



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Genderspezifische Ernährungskommunikation

Verfasserin

Stephanie Medla

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 15. März 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 0503943

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Ernährungswissenschaften

Betreuerin / Betreuer:

Dr. Ass.-Prof. Petra Rust

Danksagungen

Dr. Ass.-Prof. Petra Rust

Mag. Elisabeth Höld

Mag. Lisa-Maria Wagner

Manuela und Franz Medla

Peter Lincz

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	IV
TABELLENVERZEICHNIS.....	V
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VI
1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG.....	1
2. LITERATURÜBERBLICK.....	3
2.1 Ernährungskommunikation	3
2.1.1 Informationsträger in der Ernährungskommunikation.....	5
2.1.2 Massenmedien bei der Vermittlung von Ernährungsinformation.....	6
2.1.3 Auswahl verschiedener Massenmedien	6
2.1.4 Gender im Fokus der Ernährungskommunikation und Gesundheitsförderung.....	9
2.2 Ernährungsverhalten und -gewohnheiten	11
2.2.1 Determinanten des Ernährungsverhaltens.....	11
2.2.2 Genderaspekte im Ernährungsverhalten – soziologisch und kulturell	13
2.2.3 Unterschiede in der Ernährung von Männern und Frauen.....	15
2.3 Interesse an Ernährung und Ernährungswissen von Männern und Frauen.....	18
2.4 Public Health und Public Health Nutrition.....	23
2.5.1 Community based Public Health.....	24
2.5.1 Beispiele für regionale Gesundheitsförderungsprojekte in Österreich.....	25
2.5 Das Projekt:	29
„Chance – Community Health Management to Enhance Behaviour“ –	
Stadtteilbezogenes Gesundheitsmanagement zur Verhaltensänderung.....	29
2.5.1 Wien – Gesundheitsförderung im „Schneiderviertel“	30
3. METHODIK UND STICHPROBENBESCHREIBUNG	32
3.1 Aufbau des Fragebogens	32
3.2 Feldarbeit und Projektablauf.....	33
3.2.1 Stichprobenumfang.....	35
3.3 Statistische Auswertung.....	36
3.4 Soziodemographische Daten des Untersuchungsgebiets „Schneiderviertel“	37
3.5 Beschreibung der Stichprobe.....	39

3.5.1 Soziodemographische Daten	39
3.5.2 Klassifizierung des Körpergewichts mittels Body Mass Index (BMI)	40
3.5.3 Wohnsituation.....	43
3.5.4 Bildungsgrad, Beschäftigungsart und Einkommen	44
4. ERGEBNISSE UND DISKUSSION.....	47
4.1 Gesundheitsinformationen	47
4.1.1 Ich bin über folgende Gesundheitsthemen gut informiert.....	47
4.1.2 Bewertung des Zugangs zu Gesundheitsinformationen im eigenen Stadtteil.....	48
4.1.3 Quelle der Gesundheitsinformationen	48
4.1.4 Verständnis von Gesundheitsinformationen des Arztes.....	53
4.1.5 Umsetzbarkeit von Gesundheitsinformationen im Alltag	54
4.1.6 Die meisten Informationen zur Gesundheit verwirren mich.....	55
4.1.7 Wenn ich Probleme habe finde ich meistens eine Lösung.....	56
4.2 Geschlechterspezifisches Rollenverhalten im Haushalt.....	58
4.2.1 Zubereitung der Mahlzeiten (n=253)	58
4.2.2 Einkauf von Lebensmitteln und anderen Dingen des täglichen Bedarfs (n=253).....	59
4.2.3 Unterstützung im Haushalt	61
4.3 Sport und Freizeit.....	64
4.3.1 Fernsehen.....	64
4.3.2 Täglicher Aufenthalt im Freien.....	64
4.3.3 Stunden Sport pro Woche	65
4.3.4 Wo wird Sport betrieben?.....	66
4.4 Gesundheit.....	68
4.4.1 Stellenwert der Gesundheit.....	68
4.4.2 Was tun Sie, um gesund zu sein?.....	68
4.4.3 Einschätzung der eigenen Gesundheit	70
4.4.4 Gesundheitszustand in den nächsten drei Jahren.....	70
4.5 Verzehrshäufigkeit von verschiedenen Lebensmitteln und Getränken.....	71
4.5.1 Getreide und Getreideerzeugnisse.....	71
4.5.2 Obst und Gemüse	73
4.5.3 Milch und Milchprodukte	74
4.5.4 Fleisch und Fleischwaren sowie Fisch	74
4.5.5 Fetter und fettarmer Fisch.....	75
4.5.6 Pflanzliche Öle und Streichfette	76
4.5.7 Süßigkeiten und Kuchen.....	76
4.5.8 Getränke.....	77
4.5.9 Bioprodukte	79
4.5.10 Fertiggerichte	79
4.6 Ernährungswissen	80
4.6.1 Was heißt „5 am Tag“?.....	80
4.6.2 Für wie viele Tage kann ich frisches Faschiertes in meinem Kühlschrank lagern?	83
4.6.3 Wenn ich Lebensmittel kaufe, lese ich die Zutatenliste und die Nährstoffangaben... ..	84
4.6.4 Fühlen Sie sich durch ihre tägliche Ernährung ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt?	85
4.7 Allgemeine Lebensstilfaktoren.....	86
4.7.1 Meine Familie ist mir wichtig.....	86
4.7.2 Meine Karriere ist mir wichtig.....	86
4.7.3 Gesund zu leben ist langweilig.....	87

4.7.4 Umweltschutz ist mir wichtig.....	87
4.7.5 Ich gebe mehr Geld für gesunde Lebensmittel aus.....	88
4.7.6 Mich interessiert aktiver Sport.....	88
5. SCHLUSSBETRACHTUNG	90
6. ZUSAMMENFASSUNG	96
7. SUMMERY	97
8. LITERATURVERZEICHNIS	98
9. ANHANG: FRAGEBOGEN	104
LEBENS LAUF	115

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Schneiderviertel	30
Abbildung 2: Klassifizierung des Körpergewichts der befragten Einwohner des Schneiderviertels mittels BMI (Angaben in % der Befragten)	41
Abbildung 3: Was bedeutet „5 am Tag“?	81

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Soziodemographische Daten des Untersuchungsgebiets Schneiderviertel im Vergleich mit Wien (Interne Berechnungen der MA 18 nach Angaben der Statistik Austria)	37
Tabelle 2: Altersstruktur in Wien und im Schneiderviertel (Interne Berechnungen der MA 18 nach Angaben der Statistik Austria).....	37
Tabelle 3: Geschlechterverteilung in Wien und im Schneiderviertel (Interne Berechnungen der MA 18 nach Angaben der Statistik Austria).....	38
Tabelle 4: Einteilung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht (n = 254)	39
Tabelle 5: Klassifikation des Körpergewichts mittels BMI getrennt nach Geschlecht und Alter.....	42
Tabelle 6: Einteilung nach der Beschäftigungsart der befragten BewohnerInnen des Schneiderviertels.....	45
Tabelle 7: Einschätzung des eigenen Einkommens im Vergleich mit anderen Bewohnern des Stadtteils	46
Tabelle 8: Information über Gesundheitsthemen getrennt nach Geschlecht	47
Tabelle 9: Genutzte Quellen für Gesundheitsinformationen der Bewohner des Schneiderviertels nach der Häufigkeit (in absteigender Reihenfolge).....	52
Tabelle 10: Vergleich zwischen den befragten Männern und Frauen hinsichtlich der benötigten Unterstützung im Haushalt (altersunabhängig).....	61
Tabelle 11: Antworten zu „5 am Tag“ bei Männern und Frauen.....	82
Tabelle 12: Vergleich der Relevanz unterschiedlicher privater Lebensbereiche..	86

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

MWU = Mann-Whitney-u Test

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

χ^2 = Chi-Quadrat

BMI = Body Mass Index

FFQ = Food Frequency Questionnaire

WHO = World Health Organisation

ÖGE = Österreichische Gesellschaft für Ernährung

bzw. = beziehungsweise

ca. = circa

1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Es gibt viele Möglichkeiten Informationen über Gesundheit beziehungsweise Ernährung zu beziehen. Die Medien bieten ein breites Spektrum an Informationen. Zahlreiche Kampagnen versuchen ins Bewusstsein der Verbraucher zu treten. Trotzdem ist eine Änderung des Ernährungs- und Gesundheitsverhaltens bei vielen Bevölkerungsgruppen nicht in Sicht.

Es gibt zahlreiche Modelle, welche die optimale Ernährungskommunikation beschreiben. Dennoch stellt sich die Frage: Wie müssen Informationen zu Ernährung, Bewegung und Gesundheit kommuniziert werden, um die Zielgruppe zu erreichen und von dieser akzeptiert zu werden? Sind zum Beispiel Männer und Frauen getrennt voneinander zu beachten?

Eine zielgruppengerechte Kommunikationsstrategie setzt voraus, dass man die Wünsche und Erwartungen der Empfänger kennt. Je nach Zielgruppe können die Erwartungen erheblich differieren (CVITKOVICH-STEINER 2006).

Das Projekt „*Chance*“ basiert auf der Annahme, dass die Gesellschaftsstruktur und die soziale Umgebung einen Einfluss auf den Zugang zu den entsprechenden Gesundheitsinformationen haben.

Da die soziale Umgebung von Männern und Frauen oft unterschiedlich ist oder anders von beiden wahrgenommen wird, könnten unterschiedliche Maßnahmen der Ernährungskommunikation für die beiden Geschlechter erforderlich sein.

Spezifische gesellschaftsbezogene Interventionen sollen erst dann ausgearbeitet werden, wenn die Ausgangsposition einer Bevölkerungsgemeinde – oder in dem Fall von Männern und Frauen – analysiert wurde.

Ziel dieser Diplomarbeit ist es, im Rahmen des Public Health Projektes „*Chance*“ mit Hilfe eines quantitativen Fragebogens bestehende Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich ihres Gesundheitsverhaltens und ihrer Einstellung zum Thema Gesundheit auszuarbeiten. Woher beide Geschlechtergruppen Gesundheitsinformationen bekommen und welche Einstellung sie zu Gesundheit, Ernährung und Sport haben, ist Teil der Arbeit.

Aufgrund der Ergebnisse sollen neue Ansatzpunkte für Ernährungskommunikation, die auf Frauen beziehungsweise Männer abgestimmt ist, gefunden werden, mit dem Ziel die „Message“ bei beiden Zielgruppen bestmöglich anzubringen.

2. LITERATURÜBERBLICK

2.1 Ernährungskommunikation

Die Weitervermittlung von Ernährungswissen lässt sich sozialwissenschaftlich als Prozess der kommunikativen Vermittlung von Ernährungsinformationen zwischen Kommunikatoren (= Wissensvermittler) und Rezipienten (= Wissensadressaten) charakterisieren. Die Vermittlung des Ernährungswissens kann durch Ernährungsaufklärung, Ernährungsberatung und Ernährungserziehung erfolgen. (BECKER 1990)

Ernährungsaufklärung bezieht sich auf den Teilbereich pädagogisch-kommunikativer Interventionsstrategien, der sich auf die massenmediale Vermittlung von Ernährungswissen bezieht. Zum Einsatz kommen dabei indirekte Kommunikationsformen, also Vermittlungsmedien, die für den Transfer von Ernährungswissen technische Hilfsmittel verwenden und die durch eine räumliche, zeitliche oder raum-zeitliche Distanz zwischen Kommunikator und Rezipient gekennzeichnet sind, wie zum Beispiel Aufklärungsbroschüren.

Bei der Interventionsebene *Ernährungsberatung* verfolgen Interventionsstrategien die Zielsetzung, ernährungswissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse in praktische Ratschläge und problemlösende Handlungsweisen umzusetzen und sie in persönlichen Gesprächen an ratsuchende Verbraucher weiterzugeben. Im Vordergrund steht dabei die Beeinflussung des individuellen Ernährungsverhaltens in Richtung eines gesundheitsbewussteren Umgangs mit Nahrungsmitteln und einer bedarfsgerechten Ernährungsweise.

Im Bereich der *Ernährungserziehung* steht die Zielsetzung im Vordergrund, Individuen über gezielte Vermittlung grundlegender Kenntnisse im Bereich der Ernährung zu einem gesundheitsbewussten und bedarfsgerechten Ernährungsverhalten zu erziehen (BECKER 1990).

Gesundheitsaufklärung und –erziehung dienen dazu, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern und unterstützen den Prozess zu psychischem, körperlichem sowie sozialem Wohlbefinden. Beide Methoden erfordern Empfänger mit der Motivation das weiter vermittelte Ernährungswissen auch umzusetzen. Diese Umsetzung bildet das Problem, da das Gesundheitsverhalten durch viele Faktoren bestimmt ist und Verhaltensänderungen nicht allein durch die Vermittlung von Gesundheitsinformationen erzielt werden können (KLOTTER 2007).

Oft erreicht die Kommunikation von Ernährung und Gesundheit nicht die gesteckten Ziele. Warum diese scheitert oder wie man die gewünschten Ziele und Zielpersonen erreichen kann ist zu ergründen.

Ernährungskommunikation scheitert, weil sie die tragende Expertenkultur ihre eigenen Setzungen und scheinbaren Selbstverständlichkeiten nur unzureichend reflektiert, weil sie die tief greifenden gesellschaftlichen Veränderungen im Rahmen der Ausbildung moderner Wissensgesellschaften nicht angemessen wahrnimmt und somit einen Machbarkeits- und Steuerungsoptimismus anhängt, der nicht greifen kann (SPIEKERMANN 2005).

Um eine Verbesserung des Transfers von Ernährungswissen erreichen zu können, sind folgende drei Aspekte von großer Bedeutung: Zielgruppenorientierung, inhaltliche und formale Gestaltung von Ernährungsinformation sowie gezielte und systematisch angelegte Verbreitungsstrategien (BECKER 1990).

Bevor Gesundheitskampagnen oder -informationen erstellt werden, sollten folgende Fragestellungen beantwortet werden:

- Wie ist das derzeitige Ernährungswissen und –verhalten der Zielgruppe?
- Wie wichtig sind die Themen Ernährung und Gesundheit der Zielgruppe? Wie motiviert ist eine Zielgruppe?
- Wie muss die Information aufgearbeitet werden, damit sie verstanden wird? Wie ist der Bildungsgrad der Zielgruppe?
- Welche Medien werden von der Zielgruppe genutzt
(WILSON 2007)

Eine zielgruppengerechte Kommunikationsstrategie setzt voraus, dass man die Wünsche und Erwartungen der Empfänger kennt. Je nach Zielgruppe können die Erwartungen erheblich differieren (CVITKOVICH-STEINER 2006).

2.1.1 Informationsträger in der Ernährungskommunikation

Die am meisten genutzten Quellen für Ernährungskommunikation sind die Massenmedien. Erwachsene informieren sich am häufigsten über die Quellen Fernsehen und Radio über das Thema „Ernährung und Gesundheit“. Auch Tageszeitung und Fachbücher bzw. –zeitschriften werden oft als Informationsquelle genannt (ELMADFA et al. 2005).

Meist werden mehrere Informationsquellen gleichzeitig genutzt. Ihre Gewichtung hängt von soziodemographischen Merkmalen, Alter, Motivation und Themenfeld ab. Die Art der präferierten Informationsquellen hängt weniger vom Geschlecht ab als vom Alter und der sozialen Schichtzugehörigkeit (LEIMÜLLER 1997).

Durch den Überfluss an Informationen in den unterschiedlichsten Medien wird der Konsument heute stark beansprucht. Täglich finden sich andere und neue Informationen über Gesundheit und Ernährung.

2.1.2 Massenmedien bei der Vermittlung von Ernährungsinformation

Massenmedial vermittelte Ernährungsinformation bildet eine Basis. Massenmedien, wie Printmedien, Fernsehen, Radio oder Internet können durch die hohe Reichweite breite Bevölkerungsgruppen ansprechen. Sie wecken die Aufmerksamkeit für ernährungsbezogene Botschaften und bieten Gesprächsstoff im Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis, was dazu führt, dass man sich verstärkt mit Ernährungsthemen beschäftigt (LÜCKE 2005).

Seit mehreren Jahren ist in Industrieländern eine steigende Thematisierung von ernährungsrelevanten Inhalten in Massenmedien zu beobachten. Ernährungsbotschaften beeinflussen das Ernährungswissen der Bevölkerung und damit auch Einstellung und Verhaltensweisen in großem Maße (ELMADFA et al. 1998).

Der Laie wünscht sich wissenschaftlich belegte, fachkundige, aber leicht verständlich formulierte Botschaften, die er im täglichen Leben umsetzen kann. Die Information sollte kurz und prägnant über leicht zugängliche Medien, die keinen zusätzlichen Zeit- oder Kostenaufwand bedeuten, transportiert werden. Regelmäßige Berichte im Fernsehen, Radio und in Zeitungen sowie interessant gestaltete Informationsbroschüren oder Plakatwände könnten als Medien genutzt werden (ELMADFA et al. 2005).

Ungeachtet dessen besitzen elektronische Medien und Printmedien ein hohes theoretisches Potenzial zur Gesundheitsförderung (ELMADFA et al. 1998).

2.1.3 Auswahl verschiedener Massenmedien

Jedes Massenmedium verfügt hinsichtlich seiner Inhalte, formalen Gestaltungsmöglichkeiten und Zielgruppen über eigene Schwerpunkte. Deshalb birgt jedes Medium ein unterschiedliches Wirkungspotenzial bei der Vermittlung ernährungsrelevanter Botschaften. Diese Eigenschaften sollten bei den Kommunikationsstrategien in der Aufklärung berücksichtigt werden (LÜCKE 2005).

Printmedien

Je nach Ausrichtung findet man ein breites oder spezielles Publikum, wobei hier eine Zielgruppenorientierung möglich ist. Durch Printmedien lassen sich relativ viele, komplexe Informationen vermitteln. Sie erfordern hohe Aufmerksamkeit beim Lesen. So entstehen eine intensive Informationsverarbeitung und ein nachhaltiger Lerneffekt. Problematisch ist, dass die Auswahl und Aufbereitung der Themen seitens der Journalisten sich oftmals nicht mit den Interessen von Ernährungsfachkräften deckt.

Fernsehen

Im Gegensatz zu Printmedien geht hier die Nutzung quer durch alle Bevölkerungsgruppen. Das Medium Fernsehen hat durch hohe Alltagsrelevanz und Nutzungsdauer das stärkste Wirkungspotenzial der Massenmedien. Der Unterhaltungsschwerpunkt macht es schwierig, komplexe, detaillierte Informationen zu vermitteln.

Radio

Wie beim Fernsehen findet auch das Radio hohe Alltagsrelevanz und Nutzungsdauer. Ein Nachteil ist, dass die Aufmerksamkeit der Zuhörer sehr gering ist und es sich eher um ein flüchtiges Medium handelt. Die Vermittlung findet nur über Wort und Ton statt. Das Radio sollte als Vermittler von überblicksartigem Wissen nicht unterschätzt werden.

Internet

Wie bei Printmedien können relativ viele und komplexe Informationen vermittelt werden. Problematisch ist die unüberschaubare Fülle an Informationen und die kaum vorhandene Möglichkeit, die Qualität des Angebots zu beurteilen. Informationen

müssen aktiv gesucht werden, das heißt ein gewisses Interesse an Ernährungsfragen muss wie bei den Printmedien vorhanden sein (LÜCKE 2005).

Bezüglich der Zielgruppenansprache besteht die Notwendigkeit, spezifisch zu kommunizieren, da erhebliche verbraucherspezifische Unterschiede in der Aufnahme, Verarbeitung und Umsetzung von Ernährungsinformation vorhanden sind (PIRKO 2000).

Mediale Botschaften sollten so gestaltet sein, dass diese effektiv genug sind, dass die Zielgruppe sie annimmt. Unterschiedliche Menschen werden von Botschaften in unterschiedlichen Weisen beeinflusst. Wünsche und Bedürfnisse der Zielgruppe sind genauso zu beachten wie soziologische Determinanten, der Ernährungsstatus oder die Ernährungsbildung (WILSON 2007).

Frauen informieren sich deutlich häufiger als Männer über Informationsaustausch und Gespräche mit ihrer Familie. Einen großen Teil ihres Ernährungswissens erwerben sie mit Hilfe von Zeitschriften (DAVY 2006).

Eine Studie hat bewiesen, dass signifikant mehr Frauen als Männer Informationen zu Ernährung über Familie, Freunde und Zeitungen bekommen (MORSE 2009).

Männer informieren sich nicht so regelmäßig bewusst über Ernährung. Die männliche Bevölkerung ist sehr informationspassiv. Um dieses Zielpublikum anzusprechen, muss die Ernährungsbotschaft leicht verständlich und so aufbereitet sein, dass sie der männliche Laie verstehen, verarbeiten, aber auch umsetzen kann (PIRKO 2000).

Die Zahl der Erwachsenen, welche sich regelmäßig informieren, nimmt mit steigendem Body Mass Index ab. Weiters ist auffällig, dass je gesünder die Kostform ist, umso häufiger erfolgt eine bewusste Information über Ernährung (WIESER 2006).

Es muss daher verstärkt versucht werden, weniger gesundheitsbewusste Erwachsene durch passive Informationsquellen zu erreichen (WIESER 2006).

2.1.4 Gender im Fokus der Ernährungskommunikation und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Gesundheitsbewusstsein in allen Lebensbereichen und auf allen Ebenen zu etablieren und zu integrieren. Sowohl der Einzelne als auch alle sozialen Systeme sollen eine aktive Rolle in der Gesundheitsförderung übernehmen. Eine Erhöhung der Lebenserwartung und vor allem der Lebensqualität wird angestrebt. Organisationen und Netzwerke in verschiedenen Bereichen sowie die Gesundheitspolitik können gesundheitsfördernde Projekte initiieren und unterstützen (ELMADFA et al. 2005).

Gesundheitsförderung sollte sich an den vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Erhaltung von Gesundheit und die Entstehung von Krankheit orientieren, d.h. an den gesundheitlichen Ressourcen und Risiken der Zielgruppe. Sie sollte die Zielpersonen als Subjekte ihres Alltagshandelns verstehen und sie im Kontext ihrer Lebenssituation sowie ihrer gesellschaftlichen Strukturen wahrnehmen. Gesundheitsförderung sollte einen partizipativen Praxisansatz wählen, der die subjektiven Vorstellungen und Kompetenzen der Zielpersonen zum Ausgangspunkt eines gemeinsam gestalteten Veränderungsprozesses in einem überschaubaren Setting macht (FALTENMAIER 2001).

Gender

Für die gesellschaftliche Position in der Gesellschaft sind nicht die biologischen Merkmale entscheidend, sondern die mit Frau-Sein und Mann-Sein verknüpften Rollenerwartungen sowie zugeschriebene Eigenschaften und Stereotype.

„Sex“ bezieht sich auf das biologische Geschlecht, mit „Gender“ werden die sozialen Rollen, Lebensweisen, Rechte und Pflichten, spezifische Eigenschaften von Frauen und Männern wie auch die Selbstwahrnehmung von Personen als männlich oder weiblich (Gender-Identität) bezeichnet.

Der Begriff „Gender“ meint die sozialen Dimensionen des Geschlechts. In ihm schwingt immer eine politische Bedeutung mit, denn wenn das Geschlecht sozial und kulturell geprägt ist, bedeutet dies zugleich, dass Geschlechtsrollen und Geschlechterhierarchien veränderbar sind (JAHN und KOLIP 2002).

Der Genderaspekt in der Ernährung könnte für eine gezielte Ernährungskommunikation und Gesundheitsförderung kein unwesentlicher sein. Männer und Frauen zeigen sozial und kulturell Unterschiede im Alltag und somit auch im Essverhalten.

Gender wird als soziale (und kulturelle) Konstruktion und Inszenierung der Geschlechter verstanden, die über die Dualität des biologischen Geschlechts hinausgeht. Über Essweisen (und andere Handlungen) wird Männlichkeit oder Weiblichkeit hergestellt (doing gender).
(BARTSCH 2008)

Kenntnisse über die Unterschiede von Mann und Frau im Ernährungsverhalten und den daraus folgenden Handlungsweisen sind für Maßnahmen in der Ernährungsberatung und Gesundheitsförderung von besonderem Wert.

Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von Männern unterscheiden sich nicht grundsätzlich von denen der Frauen: Sowohl Frauen als auch Männer haben ein positives Gesundheitskonzept. Für Männer sind verglichen mit Frauen jedoch die körperliche Dimension und die Leistungsfähigkeit von größerer Bedeutung als das psychische Wohlbefinden (FALTENMAIER 2001).

Um eine geschlechtsspezifische Ernährungskommunikation oder Gesundheitsförderung anzuwenden, könnte es von Vorteil sein Verschiedenheiten zwischen Männern und Frauen bezüglich ihres Ernährungsverhaltens oder Ernährungswissen zu kennen. Die Literatur im nächsten Teil zeigt einige Unterschiede auf.

2.2 Ernährungsverhalten und –gewohnheiten

Das Ernährungsverhalten charakterisiert Handlungsweisen des Menschen, die auf die Befriedigung seiner Ernährungsbedürfnisse gerichtet sind. Es schließt sowohl Tätigkeiten zur Nahrungsbeschaffung als auch solche Tätigkeiten, die mit zeitlichen und örtlichen Umständen sowie der Art und Weise des Lebensmittelverzehr direkt verbunden sind, mit ein (MÖHR et al. 1992).

2.2.1 Determinanten des Ernährungsverhaltens

Das Essverhalten ist generell über Generationen hinweg als stabil zu sehen, doch über kürzere Zeiträume wird es durch unterschiedlichste Faktoren beeinflusst.

Das Geschlecht spielt eine entscheidende Rolle: die Gewährleistung der täglichen Ernährungsversorgung liegt nach wie vor überwiegend in Frauenhand und stellt einen festen Bestandteil der täglichen Routinearbeit ihres Alltags dar und zwar unabhängig vom Grad ihrer eigenen Erwerbstätigkeit (DGE 2004).

Wesentliche Determinanten des Ernährungsverhaltens sind das Bildungsniveau und der Familienstand, wie Studien zeigen:

Einen großen Einfluss nehmen der Bildungsgrad und der Familienstand. In den baltischen Ländern ist der Obstkonsum bei Personen mit sehr gutem Bildungsgrad am höchsten. Unabhängig vom Bildungsgrad verzehren Frauen mehr Obst und Gemüse als Männer (PRÄTTALA 2006).

In Nordfrankreich weist die Ernährung von Männern mit besserem Bildungsniveau und gutem Einkommen ein besseres Fettsäuremuster auf und die Fettzufuhr ist in Summe niedriger (DALLONGEVILLE 2001).

Betrachtet man den Einfluss des Geschlechts auf das Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit dem Familienstand kann beobachtet werden, dass verheiratete Männer in Litauen etwas mehr Obst verzehren. In Finnland konsumieren verheiratete Männer täglich mehr Gemüse verglichen mit unverheirateten Männern (PRÄTTÄLÄ 2006).

Der Österreichische Ernährungsbericht 2008 dokumentiert ebenfalls, dass bei Männern der Familienstand Einfluss auf das Ernährungsverhalten hat, während bei Frauen dieser Effekt geringer ist. Auffällig ist, dass 56- bis 65-jährige verwitwete Österreicher mehr Getreideprodukte, Fisch und kohlenhydrathaltige Speisen zu sich nehmen als ihre nicht verwitweten Altersgenossen (ELMADFA et al. 2008).

Diese Ergebnisse lassen die Frage nach der Größe der Verantwortung der Frau als Handlungstreiber im Bereich Ernährung im Familienbild relevant werden.

Während der Familienstand teilweise Einfluss auf das Ernährungsverhalten hat, konnte dies beim Einkommen nicht bestätigt werden (ELMADFA et al. 2008)

Rauchen hat insbesondere bei Frauen einen starken Effekt auf das Ernährungsverhalten. Bei Männern ist dieser Effekt abgeschwächt nachweisbar. Dies kann möglicherweise daran liegen, dass Frauen das Rauchen häufiger als Essensersatz verwenden im Vergleich zu Männern, die im Rauchen eher den Genuss sehen (ELMADFA et al. 2008).

Während bei den Männern ein hoher Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht und dem Ernährungsverhalten besteht, ist dieser Effekt bei den Frauen eher gering, aber doch vorhanden. (ELMADFA et al. 2008).

BRANCO et al. (2006) untersuchten die Zufriedenheit von Männern und Frauen mit deren Körpergewicht während der Adoleszenz. Männer schätzen ihr Körpergewicht häufig besser ein als es tatsächlich ist und Frauen eher schlechter. Männer sind häufiger mit ihrem eigenen Körpergewicht zufrieden, obwohl sie übergewichtig oder adipös sind, und überschätzen meist den eigenen Gesundheitszustand.

Im folgenden Teil sollen geschlechtsspezifische Merkmale im Ernährungsverhalten diskutiert werden.

2.2.2 Genderaspekte im Ernährungsverhalten – soziologisch und kulturell

Männer und Frauen essen unterschiedlich. Das unterschiedliche Ernährungsverhalten könnte durch unterschiedliche Motive beeinflusst sein. Männliche Orientierungspunkte beim Essen sind Sättigung und Genuss. Weibliche Orientierungspunkte sind dagegen Schlankheit und Gesundheit. (SETZWEIN 2004)

In allen Alltagssituationen und folglich auch beim Essen werden Handlungen dem Geschlecht zugeordnet und als „männlich“ oder „weiblich“ kategorisiert. Während Frauen Obst, Gemüse oder Salat bevorzugen, ist bei Männern der höhere Fleischkonsum markant. In außerhäuslichen Esssituationen wählen Männer kaum vegetarische Aufläufe oder Süßspeisen als Hauptgericht, da geschlechtsdifferenzierte Zuschreibungen eher ein deftiges Fleischgericht nahe legen. Kommentare der sozialen Umwelt bestätigen diese geschlechtsdifferenzierte Speisenwahl sowie das folgliches Essverhalten und verstärken dadurch das „männliche“ oder „weibliche“ Verhalten (BARTSCH 2008).

Ein bewussterer Lebensstil bei Frauen ist in erster Linie mit Gesundheitsbewusstsein und idealisierten Schlankkeitsvorstellungen verknüpft. Für Männer hat eine gesundheitsfördernde Ernährungsweise keine vordergründige Bedeutung, am ehesten tritt die Ernährung in Kombination mit Fitness oder in Folge einer Krankheit in den Vordergrund. Besonders in Haushalten mit einer geschlechtsspezifischen Rollenverteilung übernehmen Männer kaum Verantwortung im Ernährungsbereich. Männer, die keinen Zugang zum Thema Ernährung haben, ernähren sich eher „deftig“ und fleischlastig (JELENKO 2007).

Frauen hingegen fühlen sich gegenüber Männern in einem viel stärkerem Ausmaß für Ernährung und das leibliche Wohlergehen verantwortlich. Männer treten vornehmlich

als Hobbyköche in Erscheinung. Es erfolgt eine so genannte Verantwortungsübernahme der Frauen im Handlungsfeld Ernährung (JELENKO 2007).

In der Frankfurter Beköstigungsstudie äußerten sieben von zehn Frauen, sich für das Wohlbefinden der Familie verantwortlich zu fühlen, und knapp ein Viertel sah sich zumindest manchmal mit diesem Gefühl konfrontiert (SELLACH 1994).

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Essverhalten und der Körperwahrnehmung. Beides beeinflusst sich gegenseitig. Das Streben nach Schlankheit ist bei Frauen deutlich ausgeprägter als bei Männern. Während Frauen eher den Nahrungsverzehr einschränken oder Diäten ausprobieren, treiben Männer Sport (BARTSCH 2008).

So lassen sich im Sportverhalten insofern geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen, als der Anteil bei den Frauen, die selten oder nie körperlich aktiv sind, doppelt so hoch ist als bei den Männern (ELMADFA et al. 2005).

Während meist für Männer der Genussaspekt die größte Rolle spielt, essen Frauen eher „gesund“. Frauen wollen ihr Essverhalten kontrollieren und essen beispielsweise bestimmte Sachen nicht, weil sie ungesund sind oder umgekehrt (BARTSCH 2008).

Laut Österreichischem Ernährungsbericht 2008 zeigen sich deutliche Unterschiede in der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas hinsichtlich des Geschlechts, Alter und österreichischer Regionen.

Buben bzw. Männer zeigten häufiger als Mädchen bzw. Frauen einen BMI über dem wünschenswerten Bereich. Zwischen Mädchen und Buben von 6 bis 15 Jahren gibt es geringere Unterschiede. Bei den Schulkindern neigen Mädchen eher zu Untergewicht während Buben eher übergewichtig bzw. adipös waren. Vor allem bei den erwachsenen Männern hat sich der Anteil an Adipösen im Vergleich zum Österreichischen Ernährungsbericht 2003 mehr als verdoppelt (von 6% auf 13%). Mehr als die Hälfte der 18- bis 65-jährigen Männer war als übergewichtig oder adipös einzustufen (ELMADFA et al. 2008).

2.2.3 Unterschiede in der Ernährung von Männern und Frauen

KIEFER et al. (2000) beobachteten geschlechtsspezifische Unterschiede im Essverhalten österreichischer Erwachsener: Männer essen mehr Fleisch und Wurstwaren als Frauen. Die Österreicherinnen essen häufiger Süßspeisen, fleischlose Gerichte, Gemüsegerichte und Fisch. Auch Joghurt, Obst und Müsli werden von Frauen häufiger gegessen.

In Norwegen sollten Männer und Frauen unterschiedliche Lebensmittel nach ihrer Relevanz für eine gesunde Ernährung bewerten. Männer bewerteten Fleisch signifikant besser als Frauen. Frauen wiederum gaben Obst, Gemüse, Käse und entrahmter Milch eine signifikant bessere Bewertung als Männer (FAGERLI und WANDEL 1999).

Bezüglich der Ernährungsform geben mehr Männer als Frauen an, dass sie einer Mischkost (österreichische Hausmannskost) den Vorzug geben. Frauen antworten häufiger als Männer, dass sie vor allem Obst, Gemüse und Vollkornprodukte bevorzugen, aber weniger Fleisch essen würden (ELMADFA et al. 2005).

In Großbritannien essen Frauen signifikant mehr Gemüse und Obst als Männer. Das Wissen über die Empfehlungen und die gesundheitlichen Vorteile von Obst und Gemüse ist bei Frauen signifikant größer als bei Männern. Signifikant weniger Männer als Frauen kennen die aktuellen Empfehlungen für den Obst- und Gemüseverzehr oder kennen Zusammenhänge zwischen Ernährung und Krankheit (BAKER 2003).

In Österreich wird Obst in allen Altersgruppen von Frauen in größeren Mengen als von Männern gegessen. Gemüse wird mit Ausnahme der Altersgruppen der 13- bis 14-Jährigen und der Senioren von Mädchen bzw. Frauen in größeren Mengen gegessen als von Buben bzw. Männern (ELMADFA et al. 2008).

Frauen in den baltischen Ländern verzehren unabhängig vom Bildungsgrad mehr Obst und Gemüse als Männer. In Finnland konsumieren verheiratete Männer täglich mehr Gemüse verglichen mit unverheirateten (PRÄTTALA 2006).

Der Österreichische Ernährungsbericht 2008 zeigt ebenfalls, dass bei Männern der Familienstand Einfluss auf das Ernährungsverhalten hat. 56- bis 65-jährige verwitwete Österreicher nehmen mehr Getreideprodukte, Fisch und kohlenhydrathaltige Speisen zu sich als ihre nicht verwitweten Altersgenossen (ELMADFA et al. 2008).

Hinsichtlich des Trinkverhaltens können einige geschlechtsspezifische Unterschiede nachgewiesen werden:

Frauen greifen eher zu kalorienarmen, alkoholfreien Getränken und Getränken ohne Kohlensäure. Männer konsumieren vermehrt zuckerhaltige und alkoholische Getränke, was gleichzeitig eine höhere Energieaufnahme durch Getränke zur Folge hat.

Bei den Heißgetränken zeigte sich beim Kaffee kein Unterschied in der Trinkmenge zwischen den Geschlechtern. Der Anteil von Tee jedoch war bei den Frauen mehr als doppelt so hoch wie bei den Männern (ELMADFA et al. 2008).

Im 2. Wiener Ernährungsbericht 2004 zeigte sich beim Alkoholkonsum der Männer ein ungünstiges Verhalten. Während Frauen nur einmal pro Woche Wein konsumierten und etwas wenig häufiger Bier, konsumierten die Männer dreimal pro Woche Wein und ca. einmal die Woche Bier (ELMADFA et al. 2005).

Laut Männergesundheitsbericht 1999 trinkt sogar ein Viertel der männlichen Bevölkerung in Wien täglich Alkohol (SCHMEISSER-RIEDER und KUNZE 1999).

Der Konsum von Fast Food ist signifikant unterschiedlich. Deutlich mehr Männer geben an mehrmals pro Woche in Fast Food Restaurants zu essen und es gibt signifikant weniger Männer als Frauen, die nie in Fast Food Restaurants gehen (MORSE 2009).

Trotz der unterschiedlichen Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährung wissen sowohl Männer als auch Frauen, wie wichtig eine gesunde Ernährung für die Gesundheit ist. Hier konnte eine Studie aus Norwegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede nachweisen (FAGERLI und WANDEL 1999).

Wie Studien im nächsten Teil zeigen, haben Frauen im Vergleich zu Männern oft ein besseres Ernährungswissen und auch ein größeres Interesse am Thema Ernährung. Nicht nur die Verantwortungsübernahme beim Essen sondern auch das Motiv des Schlankkeitsideals können Gründe für ein größeres Interesse und besseres Wissen im Bereich Ernährung bei Frauen sein.

2.3 Interesse an Ernährung und Ernährungswissen von Männern und Frauen

Sowie sich das Verhalten der Geschlechter aufgrund unterschiedlicher Einflüsse unterscheidet, finden sich auch Unterschiede in Bezug auf das Interesse an Ernährung und dem Ernährungswissen. Kann ein gutes Ernährungswissen das Ernährungsverhalten positiv beeinflussen?

Frauen zeigen ein höheres Interesse an gesundheitsfördernden Aktivitäten und sind motivierter ihr Gesundheitsverhalten zu ändern. Im Gegensatz zu Männern ist die Motivation zu einem gesünderen Lebensstil bei Frauen größer. (BOTHMER 2005)

Die Verantwortungsübernahme beim Essen und das Motiv des Schlankkeitsideals können Gründe für ein größeres Interesse und besseres Wissen im Bereich Ernährung bei Frauen sein (PIRKO 2000).

Frauen weisen laut einer norwegischen Studie ein größeres Interesse an gesunder Ernährung auf und achten mehr darauf sich energiearm zu ernähren. Frauen finden es zudem wichtiger als Männer, ernährungswissenschaftliche Empfehlungen zu berücksichtigen. (FAGERLIE und WANDEL 1999).

Bei Frauen besteht zudem ein großes Interesse an Ernährungsinformationen. Frauen mit einem guten Ernährungswissen informieren sich regelmäßiger über Ernährung und nützen häufiger angebotene Ernährungsinformationen als jene mit befriedigendem oder mangelhaftem Wissen (HITTHALLER 2000).

Im 2. Wiener Ernährungsbericht 2004 wurde dokumentiert, dass das Lebensalter einen signifikanten Einfluss auf das Ernährungswissen ausübt. Der Anteil der Erwachsenen, die ein gutes Ernährungswissen hatten, stieg proportional zum Lebensalter an und sank ab dem 60. Lebensalter wieder ab. Die über 60-jährigen wiesen den höchsten Anteil an Personen mit schlechtem Ernährungswissen auf. Zudem war in Wien das Ernährungswissen der weiblichen Studienteilnehmer besser als jenes der Männer (ELMADFA et al. 2005).

Der Beruf und die Bildung sind wesentliche Einflussfaktoren für das Ernährungswissen von Männern und Frauen wie folgende Studien zeigen:

Bildungsgrad, Alter, Rauchverhalten und Berufstätigkeit beeinflussen das Ernährungswissen von Frauen in Belgien. Jüngere Frauen und solche mit schlechtem Bildungsniveau haben kein gutes Wissen über Ernährung. Nichtraucherinnen mit einem höherem Bildungsgrad und einem besserem Berufsstand verfügen über ein besseres Ernährungswissen. Ein besseres Ernährungswissen war mit einem höheren Obst- und Gemüsekonsum verbunden. Es gibt allerdings keinen Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen und sportlicher Aktivität, Körpergewicht sowie Lebensstil (DE VRIENDT et al. 2009).

In Nordfrankreich verfügen Männer mit einer besseren Ausbildung und einem höherem Einkommen über ein besseres Wissen über Ernährung. Ein gutes Ernährungswissen zeigte einen positiven Einfluss auf das Ernährungsverhalten. Ein besseres Bildungsniveau wirkte sich positiv auf die aufgenommene Fettmenge und die Fettqualität aus (DALLONGEVILLE et al. 2001).

Unter den Männern ist ein größerer Anteil jener anzutreffen, die über ein schlechtes Ernährungswissen verfügen als unter den Frauen. Diese Unterschiede sind zum Teil auf die traditionelle Rolle der Frau in der Gesellschaft, welcher zufolge sie für den Einkauf und die Ernährung der Familie zuständig ist, zurückzuführen. Diese Ergebnisse zeigte eine Diplomarbeit am Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien.

Untersucht wurde das Ernährungswissen und Ernährungsverhalten mittels eines quantitativen Fragebogens von 426 österreichischen Männern ab 20 Jahren. (PIRKO 2000).

Ein schlechtes Ernährungswissen könnte mit einem niedrigeren Obst- und Gemüseverzehr von Männern verbunden sein (BAKER 2003).

WARDLE et al. (2000) bestätigen einen Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen und der Zufuhr von Obst, Gemüse sowie Fett. Beruf und Bildungsgrad hatten Einfluss auf das Ernährungswissen.

Eine Studie aus Nordirland zeigt keinen Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen und dem Body Mass Index. Übergewichtige Personen und solche mit Normalgewicht wiesen ein vergleichbares Wissen über Ernährung auf. Alter und Geschlecht hatten keinen Einfluss auf den Body Mass Index und das Ernährungswissen (O'BRIEN 2007).

Bezogen auf das Diätverhalten besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen. Deutlich mehr Frauen haben schon unterschiedliche Diäten wie Low-Fat oder Low-Carb Diäten ausprobiert. Im Gegensatz dazu geben signifikant mehr Männer an, dass sie noch nie eine Diät gemacht haben (DAVY 2006).

Eine signifikante Mehrheit von Frauen gegenüber Männern hat der Aussage zugestimmt, dass der Energiegehalt und die im Lebensmittel enthaltenen Nährstoffe für sie wichtig sind (MORSE 2009).

Männer haben eindeutig Schwierigkeiten bei der Einschätzung des Kalorienbedarfs, sowie des Kaloriengehalts bestimmter Lebensmittel (PIRKO 2000).

In Großbritannien sind den Frauen die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Krankheit bzw. Gesundheit eher bekannt als den Männern. Frauen kennen die aktuellen Verzehrsempfehlungen für Obst und Gemüse besser als Männer (BAKER 2003).

DE VRIENDT et al. (2009) konnten bei belgischen Frauen einen positiven Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen und dem Obst- und Gemüsekonsum nachweisen, allerdings zeigte sich kein Einfluss auf die Gesamtfettzufuhr, die Zufuhr gesättigter Fettsäuren oder den Alkoholkonsum. Trotz gutem Ernährungswissen lag die Zufuhr dieser Komponenten weit über den Empfehlungen.

Dass das Ernährungswissen nur einen geringen Einfluss auf das Verhalten hat, zeigte sich auch im Rahmen einer Dissertation zur Effektivität der individuellen Ernährungsberatung. Obwohl das Ernährungswissen der 154 StudienteilnehmerInnen aus Wien und Wien-Umgebung überdurchschnittlich hoch war, waren sie mit dem eigenen Essverhalten nicht zufrieden und hatten auch Probleme mit ihrem Körpergewicht. Geschlechtsspezifische Unterschiede wurden nicht berücksichtigt (KIEFER 1998).

Eine Studie aus Nordirland zum Ernährungswissen zeigte, dass kein Unterschied bezüglich des Ernährungswissens zwischen Personen mit Übergewicht und Normalgewicht besteht (O'BRIEN 2007).

Fast die Hälfte der TeilnehmerInnen einer amerikanischen Studie unter StudentInnen war der Meinung, dass ein hoher Konsum von Fast Food Produkten hinsichtlich ihrer Gesundheit nicht positiv ist. Auch der hohe Anteil an Transfettsäuren und gesättigten Fettsäuren in Fast Food war den StudentInnen bewusst. Nahezu ein Drittel der Befragten gab an, dass viele der von ihnen konsumierten Lebensmittel zuviel Fett und Zucker enthalten. Trotzdem essen 74 % der Studenten und 60 % der Studentinnen ein- bis dreimal pro Woche in Fast Food Restaurants (MORSE et al. 2009).

Laut der Literatur bezüglich des Ernährungswissens von Männern und Frauen können zusammenfassend folgende Kernaussagen getroffen werden:

Das Ernährungswissen wird besonders durch den Bildungsgrad und das Einkommen beeinflusst (DE VRIENDT et al. 2009; WARDLE 2000; DALLONGEVILLE et al. 2001). Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen und dem Body

Mass Index sowie der sportlichen Aktivität (DE VRIENDT et al. 2009; O'BRIEN 2007). Das Geschlecht übt kaum Einfluss auf das Wissen über Ernährung aus, aber Frauen sind interessierter am Thema Ernährung und empfinden es als wichtiger (FAGERLIE und WANDEL 1999, PIRKO 2000; BOTHMER 2005; MORSE et al. 2009).

Manche Autoren beobachten, dass sich ein gutes Ernährungswissen positiv auf das Ernährungsverhalten, besonders auf den Obst- und Gemüseverzehr, auswirkt (DE VRIENDT et al. 2009; WARDLE et al. 2000; DALLONGEVILLE et al. 2001).

Andere Studien hingegen widerlegen die These, dass ein gutes Wissen über Ernährung das Verhalten positiv beeinflusst (KIEFER 1998; DE VRIENDT et al. 2009; MORSE et al. 2009). Übergewichtige Personen und solche mit Normalgewicht wiesen ein vergleichbares Wissen über Ernährung bei unterschiedlichem Verhalten auf (O'BRIEN 2007).

Der Österreichische Ernährungsbericht 2008 kritisiert die mangelnde Umsetzung von gesunder Ernährung obwohl das Wissen darüber in der österreichischen Bevölkerung sehr hoch ist (ELMADFA et al. 2008).

Die Literatur zeigt unterschiedliche Ergebnisse bezüglich der Auswirkungen des Ernährungswissens auf das Verhalten. Es kann nicht eindeutig beurteilt werden, ob das Wissen Einfluss auf das Verhalten hat beziehungsweise wie groß dieser Einfluss ist.

2.4 Public Health und Public Health Nutrition

Im Zentrum von Public Health stehen nicht Individuen sondern die gesamte Bevölkerung oder bestimmte Bevölkerungsgruppen. (KLOTTER 2007)

Public Health befasst sich mit der Förderung und Erhaltung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene.

„Collective action for sustained population-wide health improvement“

Diese Definition hebt die Bedeutung von Aktionen und Interventionen hervor, die gemeinsame und organisierte Handlungen notwendig machen. Ziele von Public Health sind die bevölkerungsweite Verbesserung der Gesundheit und der Verminderung von sozialer Ungleichheit in der Gesundheit. Prinzipien von Public Health sind „access to health“, „social justice“ und „equity“. (MÜLLER 2005)

„Public Health nutrition focuses on the promotion of good health through nutrition and the primary prevention of diet-related illness in the population. The emphasis is on the maintenance of wellness in the whole population“

(LANDMAN 1998)

Da Ernährungsprobleme und ernährungsassoziierte Erkrankungen in den letzten Jahren zu gesellschaftlichen Problemen geworden sind, hat sich Public Health Nutrition als neue Disziplin entwickelt. Public Health Nutrition beruht auf allgemeinen Kenntnissen der Public Health, aber auch auf speziellen multidisziplinären Kenntnissen der Ernährungswissenschaft. (MÜLLER 2005)

Die junge Disziplin befasst sich mit dem Einfluss der Ernährung auf die Gesundheit auf Bevölkerungsebene und sucht nach Maßnahmen zu ihrer Optimierung. Eine weitere Aufgabe von Public Health Nutrition liegt in der Vermittlung zwischen öffentlichen Einrichtungen und Entscheidungsträgern in der Regierung und anderen beteiligten Einrichtungen. Diese haben die Mittel, um geeignete Interventionsmaßnahmen und -kampagnen auf Bevölkerungsebene durchzuführen. Für die Planung und Umsetzung benötigen sie jedoch die Hilfe von Fachleuten, die die spezifischen Probleme und Ansatzpunkte kennen. Die effiziente Umsetzung erfordert zudem die Berücksichtigung des sozialen Umfelds der Zielgruppe. (ELMADFA 2008)

Es macht Sinn das Gesundheitsverhalten, Motivationen für einen gesunden Lebensstil und verschiedenen Ernährungsgewohnheiten einer Zielgruppe gut zu kennen, um Health-Promotion gezielt zu verbessern. (BOTHMER 2005)

In diesem Sinne ist besonders die regionale Gesundheitsförderung von Bedeutung.

2.5.1 Community based Public Health

Gesundheitsförderung zielt im regionalen Setting darauf ab, dass die Gemeinde Gesundheit zu einer Leitlinie des Handelns macht und gesundheitsfördernde Lebensbedingungen schafft. Die zentrale Ressource, die es dabei zu mobilisieren gilt, sind die Menschen und etablierte Netzwerke, die sich für das übergeordnete Ziel „Gesundheit“ engagieren (FGÖ 2008).

Eine Erhöhung der Lebenserwartung und vor allem der Lebensqualität wird angestrebt. Organisationen und Netzwerke in verschiedenen Bereichen sowie die Gesundheitspolitik können gesundheitsfördernde Projekte initiieren und unterstützen (ELMADFA et al. 2005).

Die Möglichkeiten einer verbesserten, bedürfnisgerechten Gesundheitsinformation sollen erforscht und der Einfluss des Sozialraums auf die Gesundheitsförderung untersucht werden. Personen- oder haushaltsbedingte Ressourcen und Barrieren für ein gesundes Alltagsleben werden berücksichtigt (www.community-health.eu, Zugriff am 11. Jänner 2010).

Angebote zum Thema Gesundheit sollen so gestaltet sein, dass sie sich an den spezifischen Wünschen und Bedürfnissen der Gesellschaft orientieren und diese berücksichtigen.

2.5.1 Beispiele für regionale Gesundheitsförderungsprojekte in Österreich

Vor allem in Wien gibt es sehr viele Gesundheitsförderungsprojekte.

WHO-Projekt „Wien Gesunde Stadt“

Wien ist als einzige Stadt Österreichs direktes Mitglied des „Gesunde Städte“-Projektes der World Health Organisation (WHO). Das Projekt wird durch die Stadt Wien finanziert. Die WHO stellt ihr Know-How und die internationalen Kontakte zur Verfügung. Dieses langfristig angelegte Entwicklungsprojekt hat zum Ziel, Gesundheitsförderung auf die Tagesordnung der Entscheidungsträger in den europäischen Städten zu bringen und eine einflussreiche Lobby für öffentliche Gesundheit aufzubauen. Es geht um die Verbesserung des körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefinden und der Umweltbedingungen der Menschen in den Städten.

Die wichtigsten Schwerpunkte sind unter anderem Frauengesundheit, gesunde Schulen, Gesundheit von MigrantInnen sowie Gesundheitsinformation und Öffentlichkeitsarbeit (www.wien.gv.at Zugriff: 4. Februar 2010).

Frauengesundheit – Gesundheitszentrum F.E.M

Das Frauengesundheitszentrum fördert und unterstützt einen gesundheitsbewussten Lebensstil. Es ist eine Anlaufstelle für Frauen, Eltern und Mädchen (auch mit Migrationshintergrund), die Hilfe bei spezifischen Frauenproblemen benötigen. Es werden verschiedene Kurse zur Thematik „Frauenkörper-Frauenseele“ angeboten. Die Einrichtung kann auch in Krisensituationen oder bei schwierigen Diagnosen aufgesucht werden. Das Team von F.E.M. setzt sich aus Frauen zusammen, die aus unterschiedlichen psychosozialen und medizinischen Berufen kommen.

F.E.M-Projekte:

- Elternambulanz im Wilhelminenspital
- Gesundheitsförderung für wohnungslose Frauen
- „Ernährung, die bewegt – für Mutter und Kind“: Es handelt sich um ein Ernährungs- und Bewegungsprogramm für übergewichtige Mütter und deren übergewichtige Kinder

In Wien gibt es ein Frauengesundheitszentrum in der Semmelweisklinik und eines im Kaiser-Franz-Josef-Spital (www.fem.at Zugriff: 4. Februar 2010).

Männergesundheitszentrum M.E.N

Das Männergesundheitszentrum im Kaiser-Franz-Josef-Spital ist eine Anlaufstelle in Sachen Gesundheitsvorsorge und -beratung speziell für Männer. Das Angebot richtet sich an Männer aller Altersgruppen und auch speziell an Migranten. In Vorträgen und Workshops werden Themen wie Raucherentwöhnung und gesundes Essverhalten behandelt. Die Gesundheitsförderung für Männer richtet sich insbesondere auf Herz-Kreislauf-Kurse und Bewegungsangebote (www.men-center.at Zugriff: 4. Februar 2010).

Ein Herz für Wien

Basierend auf den Zielen und Strategien des Wiener Gesundheitsförderungsprogramms startete der Fonds Soziales Wien im Jänner 2001 diese Kampagne mit dem Ziel die WienerInnen über das Thema Herzgesundheit zu informieren. Die Schwerpunkte umfassen Bewegung, Rauchen, Ernährung, Blutdruck, Cholesterin und Stress. Verschiedene Veranstaltungen, Broschüren und Projekte wie der 1. Wiener Herzlauf oder „herzgesunde“ Ernährung machen auf die Thematik der Herz-Kreislauf-Prävention aufmerksam. Eine weitere ernährungsspezifische Kampagne in diesem Rahmen war „5x Obst und Gemüse am Tag“ auf den Wiener Märkten.

Beispiele für einige „Ein Herz für Wien“-Projekte

- Genuss in Favoriten: Es handelt sich um betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben des 10. Wiener Gemeindebezirks, bei der das Wissen und die Einstellung zu gesunden Speisen verbessert werden soll.
- Herz-Weckerl: Eine gesunde Jause, die in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) entwickelt wurde.
- Geh!sund: Eine Initiative, die sich für mehr Bewegung im Alltag einsetzt.

(www.einherzfuervien.at Zugriff: 4. Februar 2010).

Desweiteren werden durch den Fonds Gesundes Österreich viele kommunale Gesundheitsförderungsprojekte in ganz Österreich ins Leben gerufen. Ein Beispiel sind die „Gesunden Gemeinden“ in den Bundesländern Steiermark, Oberösterreich, Niederösterreich, Burgenland, Kärnten und Salzburg (www.gesundesleben.at Zugriff: 5. Februar 2010):

Gesunde Gemeinde

Die Aktion gesunde Gemeinde basiert auf einem sehr breiten und vielschichtigen Verständnis kommunaler Gesundheitsförderung nach dem Konzept der WHO.

Schwerpunkte sind die Bereiche Gesundheitsinformation und Gesundheitsförderung im regionalen Setting.

Mit den Aktivitäten im Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ sollen gesicherte Kenntnisse der Prävention und Gesundheitsförderung vermittelt werden. Das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung soll gestärkt und gesundheitsfördernde Bedingungen in der Gemeinde geschaffen werden. Eine größere Beteiligung durch die Gemeindebevölkerung ist zu erzielen. Die vorhandenen Aktivitäten örtlicher Organisationen, Vereine und Institutionen zum Thema Gesundheit sind zu ergänzen und zu vernetzen.

Veranstaltungen in Form von Vorträgen, Kursen, Seminaren, Projekten oder Ausstellungen werden in den „Gesunden Gemeinden“ abgehalten. Aktivitäten zu den Gesundheitsthemen Ernährung und Bewegung werden am häufigsten angeboten. Die betriebliche Gesundheitsförderung, gesunde Schulen und die gesunde Schulkantine ist nur eines von vielen Projekten.

Die beteiligten „Gesunden Gemeinden“ können zudem Qualitätszertifikate erwerben, wenn vorgegebene Ziele erreicht wurden. (www.gesundegemeinde.ooe.gv.at 4. Februar 2010)

Im nächsten Kapitel wird das Public Health Projekt „Chance“ und dessen Ansatzpunkte für eine regionale Gesundheitsförderung erläutert.

2.5 Das Projekt:

„Chance – Community Health Management to Enhance Behaviour“ – Stadtteilbezogenes Gesundheitsmanagement zur Verhaltensänderung

Das Projekt befasst sich mit Gesundheitsförderung auf regionaler Ebene und basiert auf der Annahme, dass die Gesellschaftsstruktur und die soziale Umgebung einen Einfluss auf die Art der Gesundheitsinformationen hat und den Zugang zu den entsprechenden Gesundheitsinformationen beeinflusst.

Welchen Einfluss hat der Stadtteil auf die Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden seiner Bewohner und Bewohnerinnen – und umgekehrt? Gibt es kulturelle Unterschiede?

Die Idee von „Community Health Management“ ist es von innen nach außen vorzugehen. Das bedeutet, zuerst die Ausgangsposition einer Community zu analysieren: Welcher Zugang zu Gesundheitsinformation besteht bereits? Woher kommen Gesundheitsinformationen? Wie werden diese umgesetzt und verstanden? Wie hoch ist das Interesse an Gesundheit?

Erst danach werden spezifische gesellschaftsbezogene Interventionen ausgearbeitet. So sollen Gruppen miteinbezogen werden, die normalerweise bei solchen Interventionen nicht berücksichtigt werden oder generell schwer von Gesundheitsinformationen erreicht werden. Gerade sozial benachteiligte Gruppen innerhalb einer Community sollen so besonders profitieren.

CHANCE möchte herausfinden, wie Menschen, die in den unterschiedlichen europäischen Städten leben, Informationen zum Thema Gesundheit wahrnehmen und wie sie damit umgehen. Um sich ein Bild von der spezifischen Situation des Stadtteils zu machen, wurden Begehungen und Dokumentationen gemacht.

Das Gesundheits- und Ernährungsverhalten einer spezifisch ausgewählten Community in sechs europäischen Ländern wurde anhand von quantitativen und qualitativen Befragungen analysiert:

- Austria, Vienna, Schneiderviertel in Simmering
- Germany, Fulda, Südend and Kohlhaus
- Great Britain, Liverpool, South Central
- Latvia, Jelgava, RAF (district of former Riga automobil factory)
- Romania, Timisoara, Dumbravita
- Sweden, Uppsala, Eriksberg

Soziale Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen sowie Gesundheitsinformationssysteme von unterschiedlichen europäischen Städten können so beurteilt und untereinander verglichen werden. Lokale Netzwerke werden aufgebaut und Angebote geschaffen, um die gesundheitlichen Bedingungen im Stadtteil zu verbessern und einen persönlichen gesunden Lebensstil zu entwickeln.

2.5.1 Wien – Gesundheitsförderung im „Schneiderviertel“

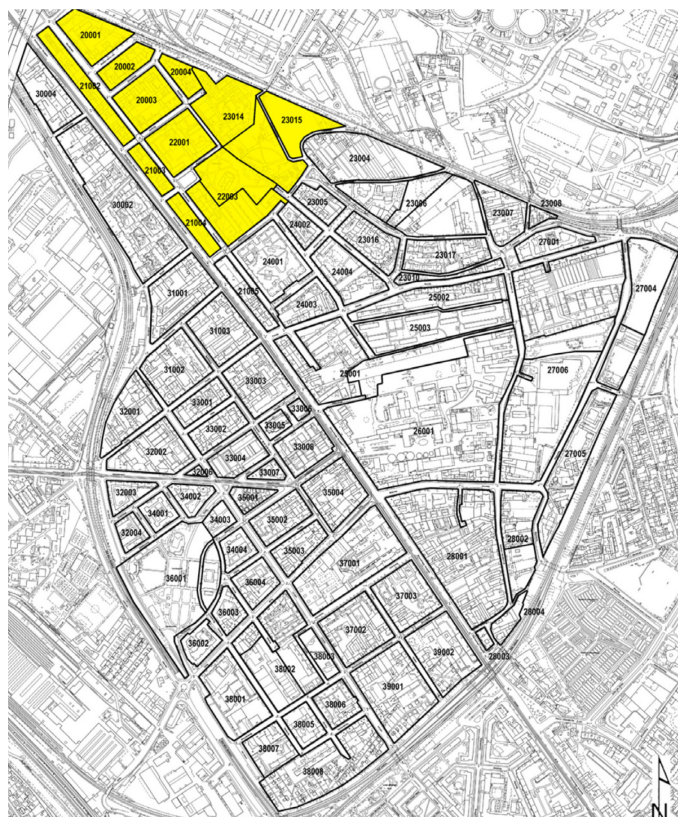


Abbildung 1: Schneiderviertel

In Wien wurde ein Stadtteil im 11. Bezirk für das Projekt ausgewählt. Das Projektgebiet „Schneiderviertel“ liegt nahe der Simmeringer Hauptstraße, welche ein wichtiger Verkehrsknotenpunkt mit dementsprechenden Verkehrsaufkommen ist. Mittlerer bis hoher Bedarf an Stadterneuerung sowie eine hohe Verbauungsdichte kennzeichnen das „Schneiderviertel“. Die Häuser im Untersuchungsgebiet sind im Stil der Gründerzeit gebaut und es gibt drei Gebäude des sozialen Wohnungsbaus. Der „Hyblerpark“, eine zentrale Grünfläche, stellt eine Ruhezone und ein Sportareal dar.

3. METHODIK UND STICHPROBENBESCHREIBUNG

Ziel dieser Diplomarbeit ist es, im Rahmen des EU-Projektes CHANCE geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich ihres Gesundheitsverhaltens und ihrer Einstellung zum Thema Gesundheit auszuarbeiten. Woher bekommen Männer und Frauen ihre Gesundheitsinformationen und welche Quellen nutzen sie dafür? Gibt es Unterschiede im Gesundheitsbewusstsein? Ob Männern und Frauen in Bezug auf Ernährungs- und Gesundheitsverhalten verschieden sind, soll anhand der Ergebnisse der Befragung evaluiert werden.

Mithilfe einer quantitativen Befragung werden allgemeine Daten zur Person ermittelt. Fragen rund um das Thema „Gesundheit und Wohlbefinden“ haben zum Ziel das Gesundheitsbewusstsein und -wissen der befragten Personen zu erforschen. Außerdem wird die Verzehrshäufigkeit unterschiedlicher Lebensmittel und Getränke mittels eines Food Frequency Questionnaires (FFQ) ermittelt.

3.1 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen, welcher für die quantitative Befragung genutzt wurde, war für alle europäischen Projektteilnehmer einheitlich konzipiert (siehe Anhang).

Ein großer Teil des Fragebogens befasst sich mit dem Zugang zu Gesundheitsinformationen, der allgemeinen Einstellung der Teilnehmer zum Thema „Gesundheit“ und dem eigenen Gesundheitsverhalten (zum Beispiel das Freizeit- und Sportverhalten). Eine allgemeine Beurteilung der Relevanz unterschiedlicher Bereiche wie Karriere, Familie oder Umwelt ist ein Bestandteil des Fragebogens. Zudem werden Fragen zum Stadtteil und dessen Möglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsförderung gestellt. Die Haushaltsgröße und –situation sowie die Rollenverteilung innerhalb des Haushalts werden erfasst.

Da der Anteil der MigrantInnen im Stadtteil der Befragung von Relevanz ist, beinhaltet der Fragebogen auch Fragen zur Herkunft der Eltern, zur Dauer des Aufenthalts in Österreich sowie zur Muttersprache.

Desweiteren wird die Häufigkeit des Verzehrs unterschiedlicher Lebensmittel und Getränke mit Hilfe eines Food Frequency Questionnaire (FFQ) ermittelt, indem die Verzehrshäufigkeit angegeben wird. Antwortmöglichkeiten, um anzugeben, wie oft ein bestimmtes Lebensmittel oder Getränk konsumiert wird, sind: mehrmals täglich – (fast) täglich – mehrmals pro Woche – einmal pro Woche – mehrmals pro Monat – selten/nie.

Es gab sowohl Fragen nach dem „Multiple Choice Verfahren“ als auch nach dem „Single Choice Verfahren.“ Wenn mehrere Antworten möglich waren war dies angemerkt.

Einige Fragen waren mittels einer Skalierung von „trifft sehr zu“ bis „trifft gar nicht zu“ zu bewerten. Körpergröße und –gewicht waren frei zu beantworten während das Alter in Dekaden eingeteilt war.

3.2 Feldarbeit und Projektablauf

Nachdem im Sommer 2008 das Projektgebiet „Schneiderviertel“ im 11. Wiener Gemeindebezirk Simmering ausgewählt wurde, erfolgte die Koordination und Organisation in Kooperation mit lokalen Partnern wie der Wiener Gebietsbetreuung GB11 und der Volkshochschule Simmering. Unmittelbar vor der Befragung wurden die Bewohner mittels eines Informationsblattes, das im Eingangsbereich der Wohnhäuser am schwarzen Brett ausgehängt wurde, über das Projekt und die bevorstehende Befragung informiert.

Die quantitativen Untersuchungen wurden im August 2008 in 183 Haushalten (204 ausgefüllte Fragebögen) durchgeführt. Die Befragungen wurden im „Hyplerpark“ und in den Wohnungen durchgeführt. Zusätzlich wurden Fragebögen verteilt und nach

einigen Tagen persönlich wieder abgeholt. Eine Befragung dauerte ungefähr 30 bis 40 Minuten. Die Fragebögen dienten der Evaluierung des Ernährungs- und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung im „Schneiderviertel“. Außerdem konnte so das soziale Umfeld analysiert werden.

Zwanzig qualitative Interviews wurden im „Hyplerpark“ oder in den Wohnungen der TeilnehmerInnen von Studierenden der Technischen Universität Wien gemacht.

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und anonym sowie unter Berücksichtigung des Datenschutzes. Die TeilnehmerInnen hatten allerdings die Möglichkeit freiwillig ihre Daten am Ende des Fragebogens zu hinterlassen, wenn sie weitere Informationen zu dem Projekt CHANCE per E-mail oder Telefon erhalten wollten.

Nach Auswertung der Ersterhebung wurde die Interventionsphase geplant. Weitere lokale Organisationen wurden kontaktiert und um Kooperation gebeten. Von Mai bis Juni 2009 fand die Interventionsphase im Schneiderviertel statt.

Die Interventionsphase „Gesundes Simmering“ bestand aus drei Säulen:

- „Simmering informiert sich“ – 11 geplante Vorträge von denen 3 stattfanden
- „Simmering kocht“ – 11 geplante Kochveranstaltungen von denen 3 stattfanden
- „Simmering bewegt sich“ – 12 geplante Sporteinheiten von denen 6 stattfanden

Zudem war die Projektgruppe „CHANCE“ auch mit Informationsständen bei verschiedenen lokalen Veranstaltungen vertreten:

- Beim Grätzlfest 2008 wurde mittel BIA (Bioelektrische Impendanzanalyse) eine kostenlose Messung der eigenen Körperzusammensetzung bei interessierten Personen durchgeführt.
- Beim Nachbarschaftsfest am 26. Mai 2009 erhielten Besucher einen frischen Obst- und Gemüsesaft, wenn diese bei einer sportlichen Aktivität wie Nordic

Walking, Yoga oder Kniebeugen mitmachten. Außerdem wurden die TeilnehmerInnen über das Projekt und weitere Veranstaltungen der Interventionsphase informiert.

- Beim Straßenfest am 6. Juni 2009 gab es für Erwachsene und Kinder unterschiedliche Aktivitäten wie ein Fettquiz oder eine Sinnesschulung. Smoothies und Obst wurden gratis angeboten.

Im Sommer 2009 wurden die Ergebnisse ausgewertet und interpretiert sowie die Erfahrungen der Interventionsphase dokumentiert.

3.2.1 Stichprobenumfang

In Sommer wurden 254 quantitative Interviews in Form von Fragebögen durchgeführt. Innerhalb der Erstbefragung 2008 wurden 204 Fragebögen ausgefüllt und 20 qualitative Interviews gemacht. Während der Interventionsphase und im Rahmen der beiden Veranstaltungen „Nachbarschaftsfest“ sowie „Simmeringer Straßenfest“ wurden im Frühjahr 2009 weitere 50 Fragebögen ausgefüllt.

Die Rücklaufquote der quantitativen Befragung betrug 40 %.

Die Prozentsätze der Ergebnisse beziehen sich immer auf die Fallzahl (n), welche immer angegeben wird, da die Fragebögen nicht immer von jeder Person vollständig ausgefüllt wurden.

3.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS 15. Mit Hilfe der deskriptiven Statistik wurden Häufigkeitsanalysen durchgeführt sowie Mittelwerte, Standardabweichungen, Maxima und Minima errechnet.

Der T-Test bei zwei unabhängigen Stichproben wurde als statistisches Prüfverfahren angewendet, um Mittelwerte metrischer und ordinaler Daten auf signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu prüfen. Als statistisch signifikant galt das Ergebnis, bei welchem das Testergebnis $p < 0,05$ war. Voraussetzung für den T-Test ist eine Normalverteilung $n > 30$ und der Levene-Test für Varianzgleichheit $p > 0,05$.

Mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest wurde die Normalverteilung geprüft ($p > 0,05$). War die Voraussetzung der Varianzgleichheit nicht gegeben, wurde der Mann-Whitney-U-Test angewendet. Das Ergebnis war bei $p < 0,05$ signifikant.

Als statistisches Prüfverfahren diente auch der Chi-Quadrat-Test, welcher überprüft, ob die Ausprägungen in den einzelnen Gruppen zur Gesamtstichprobe signifikant verschieden sind. Als statistisch signifikant galten jene Unterscheidungsmerkmale, bei welchen statistische Testverfahren eine Irrtumswahrscheinlichkeit $p < 0,05$ ergaben (TIMISCHL 2000).

Bei einem signifikanten Unterschied werden standardisierte Residuen $> 1,6$ als überzufällig häufig oder $< -1,6$ als überzufällig selten ausgedrückt.

3.4 Soziodemographische Daten des Untersuchungsgebiets

„Schneiderviertel“

	Schneiderviertel	Wien
Bewohner (in 1.000)	4,01	1.663,89
Fläche (in km²)	ca. 0,2	ca. 415
Bevölkerungsdichte (Bewohner/km²)	ca. 20.000	ca. 4.000
Haushalte (Hauptwohnsitz)	1.765	770.955
Wohnfläche (in m²)	104.843	63.011.102
Erwerbstätige	1.600	671.555
Arbeitslose (und erstmalig Arbeitssuchende)	331	88.198

Tabelle 1: Soziodemographische Daten des Untersuchungsgebiets Schneiderviertel im Vergleich mit Wien (Interne Berechnungen der MA 18 nach Angaben der Statistik Austria)

Altersgruppe	gesamt (Wien/ CHANCE)	gesamt % (Wien/ CHANCE)	Migranten % (Wien/ CHANCE)
0-4 Jahre	81.302/ 258	4,89/ 6,43	4,92/ 6,88
5-19 Jahre	245.101/ 738	14,73/ 18,39	14,28/ 16,06
20-34 Jahre	359.772/ 891	21,62/ 22,21	35,38/ 32,88
35-64 Jahre	712.645/ 1.622	42,83/ 40,43	40,32/ 39,42
65-69 Jahre	79.676/ 132	4,79/ 3,29	2,17/ 1,53
70-74 Jahre	53.106/ 107	3,19/ 2,67	1,44/ 1,53
75-79 Jahre	53.473/ 108	3,21/ 2,69	0,85/ 1,02
80-84 Jahre	46.634/ 107	2,80/ 2,67	0,41/ 0,59
>85 Jahre	32.183/ 49	1,93/ 1,22	0,22/ 0,17

Tabelle 2: Altersstruktur in Wien und im Schneiderviertel (Interne Berechnungen der MA 18 nach Angaben der Statistik Austria)

Innerhalb des Schneiderviertels gibt es eine Volksschule, eine Mittelschule und zwei Kindergärten.

Auffallend ist der besonders hohe Anteil an MigrantInnen. Während in Wien insgesamt 18,79 % MigrantInnen leben, sind es im „Schneiderviertel“ 29,34 %.

Altersgruppe	männlich % (Wien/ CHANCE)	weiblich % (Wien/ CHANCE)
0-4 Jahre	5,25/ 7,26	4,55/ 5,63
5-19 Jahre	15,80/ 20,10	13,67/ 16,75
20-34 Jahre	22,33/ 21,93	20,97/ 22,48
35-64 Jahre	44,04/ 42,03	41,72/ 38,88
65-69 Jahre	4,58/ 2,99	4,98/ 3,75
70-74 Jahre	2,80/ 2,34	3,54/ 2,99
75-79 Jahre	2,53/ 1,47	3,84/ 3,87
80-84 Jahre	1,70/ 1,37	3,81/ 3,92
>85 Jahre	0,96/ 0,51	2,82/ 1,91

Tabelle 3: Geschlechterverteilung in Wien und im Schneiderviertel (Interne Berechnungen der MA 18 nach Angaben der Statistik Austria)

49,10 % der Bewohner des „Schneiderviertels“ sind Männer und 50,90 % sind Frauen. In den höheren Altersgruppen sind mehr Frauen als Männer vertreten.

3.5 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt konnten 254 Fragebögen ausgewertet werden.

3.5.1 Soziodemographische Daten

Gesamt haben 161 Frauen (63,4 %) und 93 Männer (36,6 %) den Fragebogen ausgefüllt.

Zusammenfassend sind 32,3 % unter 30 Jahre alt. 57,5 % sind zwischen 31 und 60 Jahre alt. Der Anteil der SeniorInnen ab 61 Jahre liegt bei 10,2 %.

Von den befragten Frauen sind 29,8 % unter 30 Jahre. 60,2 % sind zwischen 31 und 60 Jahre alt. 9,9 % sind über 61 Jahre alt und zählen zu den Seniorinnen.

Bei den teilnehmenden Männern sind 36,6 % unter 30 Jahre. In der Altersklasse 31-60 befinden sich 52,7 % und 10,8 % sind über 61 Jahre alt und zählen somit zu den Senioren.

	Alter gesamt	Alter weiblich	Alter männlich
unter 20 Jahre	7,5 %	6,2 %	9,7 %
21-30 Jahre	24,8 %	23,6 %	26,9 %
31-40 Jahre	26,8 %	32,9 %	16,1 %
41-50 Jahre	20,1 %	17,4 %	24,7 %
51-60 Jahre	10,6 %	9,9 %	11,8 %
61-70 Jahre	7,1 %	8,1 %	5,4 %
71-80 Jahre	2,0 %	1,2 %	3,2 %
über 81 Jahre	1,2 %	0,6 %	2,2 %

Tabelle 4: Einteilung der Stichprobe nach Alter und Geschlecht (n = 254)

68,9 % der Befragten (175 Personen) leben seit ihrer Geburt in Österreich und 28,3 % (72 Personen) sind MigrantInnen. 2,8 % (7 Personen) haben diese Frage nicht beantwortet. Als Personen mit Migrationshintergrund wurden diejenigen bezeichnet, die nicht seit ihrer Geburt in Österreich leben.

Von den Frauen (n=154) leben 68,8 % seit ihrer Geburt in Österreich - 31,2 % sind Migrantinnen. In der Gruppe der Männer (n=93) leben 74,2 % seit ihrer Geburt in Österreich - 25,8 % sind Migranten.

3.5.2 Klassifizierung des Körpergewichts mittels Body Mass Index (BMI)

Anhand von so genannten anthropometrischen Messungen (u. a. Körpergröße und – gewicht) können Aussagen über langfristige Auswirkungen der Ernährung auf den Ernährungszustand gemacht werden.

Der Body-Mass-Index ($\text{BMI} = \text{Körpergewicht in kg} / \text{Körpergröße in m}^2$) ist dabei am gebräuchlichsten, um Personen und Bevölkerungsgruppen in die Kategorien Unter-, Normal- und Übergewicht bzw. Adipositas einzuteilen. Bei Erwachsenen gilt ein BMI unter $18,5 \text{ kg/m}^2$ als Untergewicht, zwischen $18,5$ und $24,99 \text{ kg/m}^2$ als Normalgewicht, zwischen $25,0$ und $29,99 \text{ kg/m}^2$ als Übergewicht und ab einem BMI von $30,0 \text{ kg/m}^2$ als Adipositas. Zwischen dem BMI und der Körperfettmasse besteht ein enger Zusammenhang. Ein BMI über 25 kg/m^2 ist ein guter Indikator für ein erhöhtes Erkrankungsrisiko (WHO 2003).

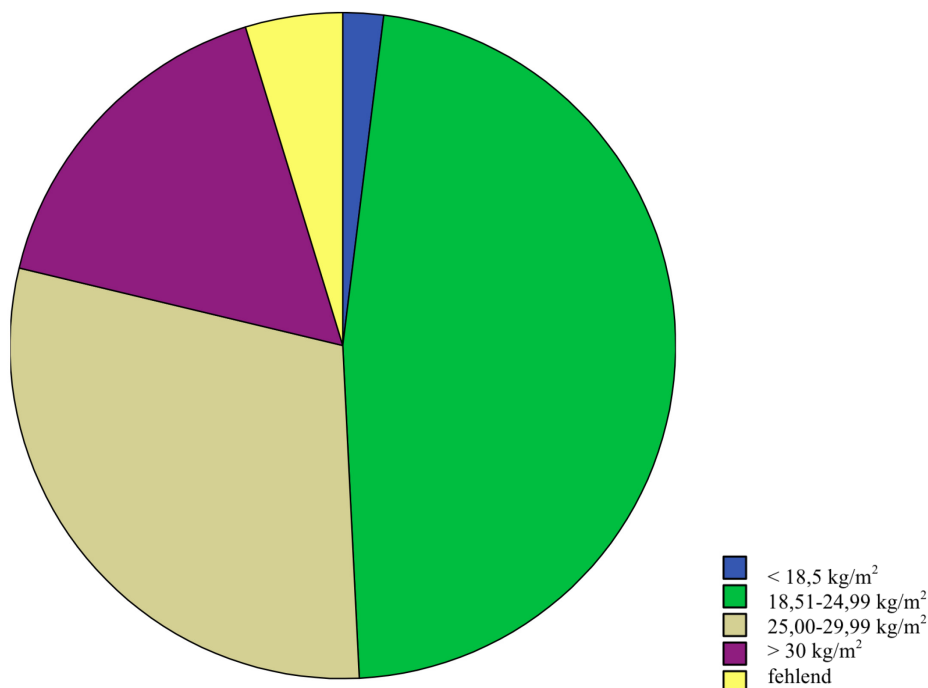


Abbildung 2: Klassifizierung des Körpergewichts der befragten Einwohner des Schneiderviertels mittels BMI (Angaben in % der Befragten)

Mit einer Fallzahl von 243 Personen liegt der BMI im Minimum bei $17,1 \text{ kg/m}^2$ und im Maximum bei $43,3 \text{ kg/m}^2$. Im Mittel beträgt der BMI $25,7 \pm 4,7 \text{ kg/m}^2$. 11 Personen haben keine Angaben zu Körpergröße und -gewicht gemacht.

Insgesamt ($n = 242$) sind 2,1 % (5 Personen) mit einem BMI bis $18,5 \text{ kg/m}^2$ untergewichtig. 49,6 % (120 Personen) sind normalgewichtig. 31 % (75 Personen) haben Übergewicht und 17,4 % (42 Personen) sind mit einem BMI über 30 kg/m^2 adipös. Fast die Hälfte der Personen haben demnach Übergewicht oder Adipositas.

Bei den Frauen ($n = 152$) ist der mittlere BMI $25,3 \pm 4,5 \text{ kg/m}^2$. Der kleinste BMI beträgt $17,1 \text{ kg/m}^2$ und der höchste BMI ist $40,4 \text{ kg/m}^2$ (Tabelle 5).

Der mittlere BMI der Männer ($n = 91$) beträgt $26,3 \pm 5,1 \text{ kg/m}^2$. Das Minimum liegt bei $17,2 \text{ kg/m}^2$ und das Maximum bei $43,3 \text{ kg/m}^2$ (Tabelle 5).

Im vorliegenden Kollektiv zeigt sich ein höherer Anteil an adipösen Männern im Vergleich zu den Frauen.

Frauen				
	≤ 30 Jahre (n = 44)	31-60 Jahre (n = 91)	≥ 61 Jahre (n = 16)	Gesamt (n = 151)
BMI bis 18,50 kg/m ²	2,1 %	0,7 %	-	2,6 %
BMI 18,5-24,99 kg/m ²	17,9 %	30,5 %	2,6 %	51,0 %
BMI 25-29,99 kg/m ²	5,3 %	19,9 %	4,6 %	29,8 %
BMI über 30 kg/m ²	4,0 %	9,3 %	3,3 %	16,6 %
Männer				
	≤ 30 Jahre (n = 34)	31-60 Jahre (n = 48)	≥ 61 Jahre (n = 9)	Gesamt (n = 91)
BMI bis 18,50 kg/m ²	1,1 %	-	-	1,1 %
BMI 18,5-24,99 kg/m ²	28,6 %	17,6 %	1,1 %	47,3 %
BMI 25-29,99 kg/m ²	5,5 %	20,9 %	6,6 %	33,0 %
BMI über 30 kg/m ²	2,2 %	14,3 %	2,2 %	18,7 %

Tabelle 5: Klassifikation des Körpergewichts mittels BMI getrennt nach Geschlecht und Alter

Der European Nutrition and Health Report 2009 zeigt, dass der mittlere BMI von erwachsenen Frauen in allen europäischen Städten außer Griechenland und Lettland niedriger ist als der von erwachsenen Männern. In Österreich ist der mittlere BMI bei Frauen zwischen 19 und 64 Jahren $23,8 \pm 4,5$ kg/m² und bei Männern $25,8 \pm 3,7$ kg/m² (ELMADFA et al. 2009).

Ein Vergleich mit den aktuellen Daten zeigt, dass Frauen im Schneiderviertel einen höheren BMI aufweisen.

Der mittlere BMI der MigrantInnen (n=67) beträgt $25,7 \pm 4,2$ kg/m². Der kleinste BMI ist 18,8 kg/m² und der höchste BMI 38,0 kg/m².

Keine(r) der MigrantInnen (n = 72) hat einen BMI unter 18,5 kg/m². 48,6 % (35 Personen) haben einen BMI zwischen 18,5 und 24,99 kg/m². 27,8 % (20 Personen) haben einen BMI zwischen 25 und 29,99 kg/m². 15,3 % (11 Personen) sind mit einem

BMI über 30 kg/m² als adipös einzustufen. 8,3 % der MigrantInnen (6 Personen) haben die Frage nicht beantwortet.

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit oder ohne Migrationshintergrund hinsichtlich des mittleren BMI (T -0,106; df 235; p 0,915).

3.5.3 Wohnsituation

86,1 % (n= 252) der Teilnehmer leben in ihrer Wohnung/ ihrem Haus als Mieter oder Pächter. 9,1 % sind Eigentümer ihrer Wohnung/ ihres Hauses. 4 % sind Untermieter und 0,8 % haben sonstiges angegeben.

50, 4 % (n=254) der Befragten wohnen in einer Wohnung/ einem Haus mit bis zu 60 m². 33,1 % leben in einer Wohnung/ einem Haus mit 61 und 80 m². 10, 6 % wohnen in einer Wohnung/ einem Haus zwischen 81 und 100 m² und 5,5 % bewohnen über 100 m².

Die Anzahl der Personen in einem Haushalt ist mit einer Fallzahl von 253 mindestens eine Person und maximal sechs Personen. Die mittlere Personenanzahl eines Haushalts beträgt $2,7 \pm 1,4$.

In 84 Haushalten wohnt mindestens ein Kind. In einem Haushalt befinden sich sechs Kinder.

In Summe (n = 251) wohnen 22,7 % allein. 8,8 % leben mit Kind/ Kindern. 25,1 % wohnen mit ihrem Partner zusammen. 29,9 % leben mit Partner und Kind/ Kindern. 7,2 % wohnen zusammen mit anderen Personen. 6,4 % haben „sonstige“ Wohnverhältnisse angegeben.

Von den befragten Frauen (n = 159) leben 22,6 % allein, 11,9 % mit Kind/ Kindern und 5,7 % mit anderen Personen im Haushalt. 20,8 % leben nur mit ihrem Partner zusammen und 32,7 % mit ihrem Partner und Kind/ Kindern. 6,3 % geben „sonstige“ Wohnverhältnisse an.

Von den untersuchten Männern (n = 92) leben 22,8 % alleine, 3,3 % mit Kind/ Kindern und 9,8 % mit anderen Personen. 32,6 % leben nur mit ihrer Partnerin zusammen und 25,0 % mit ihrer Partnerin und Kind/ Kindern. 6,5 % wohnen in „sonstigen“ Verhältnissen.

Der Prozentsatz alleinerziehender Mütter unter den Frauen ist höher als der alleinerziehenden Väter unter den Männern.

3.5.4 Bildungsgrad, Beschäftigungsart und Einkommen

Bildungsgrad

4,8 % der Befragten (n=252) haben keinen Schulabschluss. 18,7 % haben die Hauptschule beendet und 48,4 % die mittlere Reife bzw. eine Lehre gemacht. 24,6 % haben die Matura und 3,6 % ihr Studium abgeschlossen. Insgesamt (n = 252) haben 76,6 % mindestens einen Hauptschulabschluss und 23,4 % haben maximal einen Hauptschulabschluss.

Von den untersuchten Frauen (n = 159) haben 5,7 % keinen Abschluss. 18,9 % haben die Hauptschule abgeschlossen und 47,2 % ihre Lehre beendet. 23,9 % haben die Matura und 4,4 % ihr Studium abgeschlossen. 75,5 % der Frauen haben mindestens einen Hauptschulabschluss und 24,5 % maximal einen Hauptschulabschluss.

Von den befragten Männern (n = 93) haben 3,2 % keinen Abschluss. 18,3 % haben einen Hauptschulabschluss und 50,5 % haben eine Lehre gemacht. 25,8 % haben die Matura und 2,2 % ihr Studium abgeschlossen. 78,5 % der Männer haben mindestens einen Hauptschulabschluss und 21,5 % maximal einen Hauptschulabschluss.

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich ihres Schulabschlusses ($T -0,250$; $df 250$; $p 0,830$). Betrachtet man Männer und Frauen hinsichtlich dessen ob sie maximal oder mindestens einen Hauptschulabschluss besitzen, gibt es ebenfalls keine statistisch signifikanten Unterschiede ($T -0,545$; $df 250$; $p 0,586$).

Im Untersuchungskollektiv sind demnach keine Bildungsunterschiede zwischen den Geschlechtern vorhanden.

Beschäftigungsart

Hinsichtlich der Verteilung der Geschlechter gibt es statistisch signifikante Unterschiede bei den verschiedenen Beschäftigungsarten ($\chi^2 47,610$; $df 8$; Sig. 2-seitig 0,000).

	gesamt (n = 252)	weiblich (n = 106)	männlich (n = 92)
Studierende	5,6 %	3,8 %	8,7 %
Teilzeit	14,3 %	19,4 %	5,4 %
Vollzeit	40,5 %	28,1 %	62,0 %
Arbeitslos	10,7 %	13,1 %	6,5 %
Pension	15,1 %	14,4 %	16,3 %
Hausfrau/Hausmann	11,5 %	18,1 %	-
Studium + Teilzeit	0,4 %	0,6 %	-
Hausfrau/Hausmann + Teilzeit	0,4 %	0,6 %	-
Karenz	1,6 %	1,9 %	1,1 %

Tabelle 6: Einteilung nach der Beschäftigungsart der befragten BewohnerInnen des Schneiderviertels

Überzufällig viele der befragten Frauen arbeiten Teilzeit (standardisierte Residuen 1,7) und überzufällig wenig arbeiten Vollzeit (standardisierte Residuen -2,5). Außerdem sind überzufällig viele Frauen Hausfrauen (standardisierte Residuen 2,5).

Überzufällig wenige der befragten Männer arbeiten Teilzeit (standardisierte Residuen - 2,2) und im Gegensatz dazu arbeiten überzufällig viele Männer Vollzeit (standardisierte Residuen 3,2).

Keiner der Männer gibt an „Hausmann“ zu sein. Wenig überraschend ist auch die Tatsache, dass eindeutig mehr Frauen als Männer Teilzeit arbeiten und ein höherer Prozentsatz der Männer verglichen mit den Frauen Vollzeit arbeitet. Anhand der Ergebnisse ist anzunehmen, dass die typische Rollenverteilung mit der klassischen Hausfrau und dem Mann als Hauptverdiener hier sehr stark vertreten ist.

Diese typische Rollenverteilung ist vorhanden, obwohl die Männer und Frauen im Untersuchungskollektiv gleich gut gebildet sind.

Einkommen

Es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Einschätzung ihres Einkommens ($T = -1,330$; $df = 245$; $p = 0,185$). Beide Geschlechtergruppen schätzen ihr Einkommen durchschnittlich ein. Frauen ($n = 154$): $MW = 1,82 \pm 0,661$. Männer ($n = 93$): $MW = 1,94 \pm 0,689$.

	gesamt ($n = 247$)	Frauen ($n = 154$)	Männer ($n = 93$)
unterdurchschnittlich	30,4 %	32,5 %	26,9 %
durchschnittlich	53,0 %	53,2 %	52,7 %
überdurchschnittlich	16,6 %	14,3 %	20,4 %

Tabelle 7: Einschätzung des eigenen Einkommens im Vergleich mit anderen Bewohnern des Stadtteils

53 % der befragten Personen ($n = 247$) schätzen ihr Einkommen verglichen mit anderen BewohnerInnen des Stadtteils als durchschnittlich ein. 30,4 % denken ihr Einkommen würde unter dem Durchschnitt liegen und 16,6 % schätzen ihr Einkommen überdurchschnittlich gut ein.

4. ERGEBNISSE UND DISKUSSION

4.1 Gesundheitsinformationen

4.1.1 Ich bin über folgende Gesundheitsthemen gut informiert...

Variablenoperationalisation: 1 = trifft zu, 2 = weder noch, 3 = trifft nicht zu

	Frauen	Männer
Bewegung	1,30 ± 0,571	1,00 ± 0,000
Ernährung	1,24 ± 0,495	1,50 ± 0,850
Psychische Gesundheit	1,46 ± 0,691	1,67 ± 0,866
Soziales Wohlbefinden	1,19 ± 0,462	1,40 ± 0,699

Tabelle 8: Information über Gesundheitsthemen getrennt nach Geschlecht

Bei dem Gesundheitsthema „Bewegung“ ($n = 47$) zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied (MWU 140,000; $p = 0,087$; $T = 1,634$; $df = 44$; $p = 0,109$). Beide Geschlechter fühlen sich gut über „Bewegung“ informiert.

Beim Gesundheitsthema „Ernährung“ ($n = 47$) ist keine statistisch signifikante Differenz zu erkennen (MWU 163,000; $p = 0,439$; $T = -1,235$; $df = 45$; $p = 0,223$). Männer und Frauen finden, dass sie gut über „Ernährung“ informiert sind.

Frauen und Männer geben beide an gut über das Gesundheitsthema „Psychische Gesundheit“ informiert zu sein. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($T = -0,768$; $df = 44$; $p = 0,447$).

Auch beim Thema „Soziales Wohlbefinden“ fühlen sich Frauen und Männer im Mittel gleich gut informiert. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($T = -1,142$; $df = 45$; $p = 0,260$).

Insgesamt kann gesagt werden, dass es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, hinsichtlich dessen wie gut sie sich über die unterschiedlichen Gesundheitsthemen wie Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit oder soziales Wohlbefinden informiert fühlen.

4.1.2 Bewertung des Zugangs zu Gesundheitsinformationen im eigenen Stadtteil

Es zeigt sich ein Trend in der mittleren Häufigkeit ($n = 252$; $T -1,961$; $df 250$; $p 0,051$) bei der Frage ob Männer und Frauen alle Informationen zu Gesundheit, die sie möchten, in ihrem Stadtteil bekommen können. Frauen bewerten im Mittel den Zugang zu Gesundheitsinformationen in ihrem Stadtteil öfter besser als Männer.

Bei Frauen ($n = 159$) ist der MW $1,68 \pm 0,649$. Bei Männern ($n = 93$) ist der MW $1,85 \pm 0,691$.

4.1.3 Quelle der Gesundheitsinformationen

...Freunde

Hinsichtlich der Verteilung der Personen, die Gesundheitsinformationen von Freunden erhalten, und denen, die keine Informationen von Freunden erhalten, konnten keine Unterschiede zwischen Männern ($n = 93$) und Frauen ($n = 161$) festgestellt werden ($\chi^2 1,119$; $df 1$; $p 0,290$). 36,6 % der Frauen und 30,1 % der Männer erhalten ihre Gesundheitsinformationen von Freunden.

...Familie

Weiters konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Verteilung der Männer und Frauen, die Gesundheitsinformationen von der Familie bekommen, gefunden werden ($n = 254$; $\chi^2 0,008$; $df 1$; $p 0,931$). 36,0 % der Frauen und 35,5 % der Männer erhalten Informationen von ihrer Familie.

...Fernsehen

Männer und Frauen beziehen in gleichem Maße Gesundheitsinformationen über das Fernsehen ($n = 254$; $\chi^2 0,586$; $df 1$; $p 0,444$). 44,7 % der Frauen und 39,8 % der Männer informieren sich durch das Fernsehen über Gesundheit.

...Zeitung

Es gibt auch keine geschlechtlichen Unterschiede bei der Benutzung von Zeitungen als Quelle für Gesundheitsinformationen ($n = 254$; $\chi^2 0,081$; $df 1$; $p 0,776$). 37,3 % der Frauen und 35,5 % der Männer geben an, die Zeitung als Quelle für Gesundheitsinformationen zu nutzen.

...Internet

Hinsichtlich der Verteilung der Personen, die Gesundheitsinformationen aus dem Internet erhalten, und denen, die sich nicht über das Internet zum Thema Gesundheit informieren, konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gefunden werden ($n = 254$; $\chi^2 2,184$; $df 1$; $p 0,139$). 31,7 % der Frauen und 40,9 % der Männer nutzen das Internet.

...Nachbarn

Männer und Frauen informieren sich im gleichen Ausmaß bei Nachbarn über Gesundheit ($n = 254$; $\chi^2 0,006$; $df 1$; $p 0,939$). 6,2 % Frauen und 6,5 % Männer informieren sich in Gesundheitsfragen bei ihrem Nachbarn.

...Arzt

Männer und Frauen fragen ihren Arzt zum Thema Gesundheit. Es gibt keine Unterschiede in der Verteilung ($n = 254$; $\chi^2 0,494$; $df 1$; $p 0,482$). 68,9 % der Frauen und 73,1 % der Männer erhalten ihre Gesundheitsinformationen vom Arzt.

...Schule meiner Kinder

Bei der Betrachtung der Personen, die Gesundheitsinformationen von der Schule ihrer Kinder bekommen, konnte ein signifikanter Unterschied bei der Verteilung der Geschlechter gefunden werden ($n = 254$; $\chi^2 4,370$; $df 1$; $p 0,037$). 10,6 % der Frauen, aber nur 3,2 % der Männer erhalten Informationen aus der Schule ihrer Kinder.

Die Anzahl der Männer, die keine Informationen über die Schule erhalten sind überzufällig seltener vertreten (standardisierten Residuen -1,6). Der Grund dafür könnte sein, dass Männer seltener ihre Kinder zur Schule bringen und weniger direkten Kontakt mit der Schule ihrer Kinder haben Mütter. Außerdem sind in dieser Stichprobe kaum alleinerziehende Väter vorhanden.

...Apotheke

Es konnten keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Verteilung, der Personen, die Gesundheitsinformationen aus der Apotheke beziehen, gefunden werden ($n = 254$; $\chi^2 3,334$; $df 1$; $p 0,068$). 41,6 % der Frauen und 30,1 % der Männer beziehen Gesundheitsinformationen aus der Apotheke.

...Ernährungsindustrie

Es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen, hinsichtlich der Nutzung von Informationen aus der Ernährungsindustrie ($n = 254$; $\chi^2 1,344$; $df 1$; $p 0,246$). 8,1 % der Frauen und 4,3 % der Männer nutzen die Ernährungsindustrie für Gesundheitsinformationen.

...Gemeinde/ Stadtverwaltung

Hinsichtlich der Verteilung der Männer und Frauen, die Informationen zur Gesundheit von der Gemeinde oder Stadtverwaltung erhalten, konnten keine Unterschiede gefunden werden ($n = 254$; $\chi^2 0,037$; $df 1$; $p 0,847$). 3,7 % der Frauen und 3,3 % der Männer erhalten Informationen zum Thema Gesundheit von der Gemeinde oder Stadtverwaltung.

...Institutionen, Einrichtungen, Vereine

Bezüglich der Verteilung der Männer und Frauen, die Gesundheitsinformationen von Institutionen, Einrichtungen oder Vereinen erhalten, wurde ein signifikanter Unterschied gefunden ($n = 254$; $\chi^2 6,013$; $df 1$; $p 0,014$). Während 6,2 % der Frauen aus dieser Quelle Gesundheitsinformationen erhalten, geben 100 % der Männer an, sich nie über Institutionen, Einrichtungen oder Vereinen zu informieren. Überzufällig wenig Männer erhalten ihre Informationen zur Gesundheit von Institutionen, Einrichtungen und Vereinen (standardisierte Residuen – 1,9).

...Staat/ Regierung

Auch hier konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Verteilung gefunden werden ($n = 254$; $\chi^2 0,474$; $df 1$; $p 0,491$). 1,9 % der Frauen und 3,2 % der Männer erhalten Gesundheitsinformationen vom Staat oder der Regierung.

Es konnte beobachtet werden, dass der Arzt sowohl für Männer als auch für Frauen die am häufigsten genutzte Quelle für Gesundheitsinformationen darstellt. Neben dem Arzt sind Freunde und Familienmitglieder sowie die Apotheke wichtige Informationsquellen. Außerdem werden Medien wie Fernsehen, Zeitung und Internet genutzt, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren. Soziale Einrichtungen wie die Gemeinde, Stadtverwaltung, Institutionen oder Vereine werden kaum genutzt (Tabelle 9).

	Gesamt		Anteil der befragten Männer		Anteil der befragte Frauen	
	ja	nein	ja	nein	ja	Nein
Arzt	70,5 %	29,5 %	73,1 %	26,9 %	68,9 %	31,1 %
Fernsehen	42,9 %	57,1 %	39,8 %	60,2 %	44,7 %	55,3 %
Apotheke	37,4 %	62,6 %	30,1 %	69,9 %	41,6 %	58,4 %
Zeitung	36,6 %	63,4 %	35,5 %	64,5 %	37,3 %	62,7 %
Familie	35,8 %	64,2 %	35,5 %	64,5 %	36,0 %	64,0 %
Internet	35,0 %	65,0 %	40,9 %	59,1 %	31,7 %	68,3 %
Freunde	34,3 %	65,7 %	30,1 %	69,9 %	36,6 %	63,4 %
Schule	7,9 %	92,1 %	3,2 %	96,8 %	10,6 %	89,4 %
Ernährungsindustrie	6,7 %	93,3 %	4,3 %	95,7 %	8,1 %	91,9 %
Nachbarn	6,3 %	93,7 %	6,5 %	93,5 %	6,2 %	93,8 %
div. Institutionen	3,9 %	96,1 %	-	100 %	6,2 %	93,8 %
Gemeinde	3,6 %	96,4 %	3,3 %	96,7 %	3,7 %	96,3 %
Staat/ Regierung	2,4 %	97,6 %	3,2 %	96,8 %	1,9 %	98,1 %

Tabelle 9: Genutzte Quellen für Gesundheitsinformationen der Bewohner des Schneiderviertels nach der Häufigkeit (in absteigender Reihenfolge)

Das Institut für Strategieanalysen hat im November 2009 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 1002 ÖsterreicherInnen ab 16 Jahren telefonisch zum Thema Gesundheitsvorsorge befragt und ein „Gesundheitsbarometer“ erstellt. Im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit ist das Internet laut dieser Erhebung die beliebteste Quelle für Gesundheitsinformationen. 29 % der Befragten nennen das World Wide Web als erste Quelle für Gesundheitsinformationen noch vor den Ärzten (24 %) oder den Massenmedien (16 %). Besonders jüngere Personen und jene mit höherem Bildungsstand informieren sich über das Internet. Das Internet wird allerdings trotzdem von den Befragten als die am wenigsten glaubwürdigste Quelle für Gesundheitsinformationen bewertet. Haus- und Fachärzte hingegen genießen die größte Glaubwürdigkeit in der Bevölkerung. Unterschiede zwischen Männern und Frauen wurden nicht untersucht (BMG Zugriff: 11.1. und 22.2. 2010).

Die statistischen Ergebnisse zeigen keine Unterschiede hinsichtlich der Quellen der Gesundheitsinformationen zwischen den Geschlechtern. Dies gilt für mediale Quellen wie Fernsehen, Zeitung oder Internet. Außerdem werden Freunde, Familie, Nachbarn oder Ärzte als Quelle für Gesundheitsinformationen von beiden Geschlechtern genauso oft benutzt wie die Ernährungsindustrie, Gemeinde/Stadtverwaltung und Staat beziehungsweise Regierung.

Lediglich bei den Bereichen Schule, Institutionen, Einrichtungen und Vereinen geben Männer an keine oder kaum Informationen über Gesundheit zu beziehen. Daraus könnte man schließen, dass Frauen Fragen rund um den Themenbereich Gesundheit eher über soziale Kontakte beantworten als Männer und auch über diesen Weg am besten zu erreichen sind. Das könnte auch der Grund sein, warum Frauen angeben, eher alle Informationen zur Gesundheit, die sie brauchen, in ihrem Stadtteil bekommen zu können.

Die Art der präferierten Informationsquellen hängt weniger vom Geschlecht ab als vom Alter und der sozialen Schichtzugehörigkeit. Tendenziell werden in niedrigeren sozialen Schichten eher TV-Sendungen, in höheren sozialen Schichten schriftliche Massenmedien genutzt (LEIMÜLLER 2007)

4.1.4 Verständnis von Gesundheitsinformationen des Arztes

Variablenoperationalisation: 1 = immer; 2 = manchmal; 3 = nie

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen in der mittleren Häufigkeit hinsichtlich ihres Verständnisses von Gesundheitsinformationen durch den Arzt ($n = 253$; $T -0,155$; $df 251$; $p 0,877$). Beide verstehen die Anweisungen immer beziehungsweise manchmal. Bei Frauen ($n = 160$) ist der MW $1,21 \pm 0,436$. Bei Männern ($n = 93$) ist der MW $1,22 \pm 0,439$.

Personen, die mindestens einen Hauptschulabschluss haben, verstehen die Anweisungen ihres Arztes besser als Personen, die maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen ($n = 251$; $T 2,688$; $df 249$; $p 0,008$).

Maximal Hauptschulabschluss ($n = 58$): $MW 1,34 \pm 0,515$. Mindestens Hauptschulabschluss ($n = 193$): $MW 1,17 \pm 0,404$.

DE VRIENDT et al. (2009) fanden einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsniveau und dem Wissen über gesunde Ernährung bei Frauen in Belgien. Besser gebildete Frauen wiesen ein besseres Ernährungswissen auf.

In Nordfrankreich verfügen Männer mit einer besseren Ausbildung und einem höheren Einkommen über ein besseres Wissen über Ernährung. Ein gutes Ernährungswissen zeigte einen positiven Einfluss auf das Ernährungsverhalten (DALLONGEVILLE et al. 2001)

WARDLE et al. (2000) bestätigen einen Zusammenhang zwischen dem Ernährungswissen und der Zufuhr von Obst, Gemüse sowie Fett. Ein besserer Beruf und ein höherer Bildungsgrad hatten einen positiven Einfluss auf das Ernährungswissen bei Männern und Frauen.

Ein höheres Bildungsniveau wirkt sich positiv auf das Ernährungswissen aus. Ein besseres Wissen in diesem Bereich könnte gleichzeitig zu einem besseren Verständnis von vermittelten Informationen führen.

4.1.5 Umsetzbarkeit von Gesundheitsinformationen im Alltag

Variablenoperationalisation: 1 = trifft sehr zu; 2 = trifft zu; 3 = weder noch; 4 = trifft weniger zu; 5 = trifft gar nicht zu

Bezüglich der Umsetzung von Gesundheitsinformationen im Alltag, gibt es zwischen Männern und Frauen keinen signifikanten Unterschied in der mittleren Häufigkeit ($n =$

252; $T -1,668$; $df 250$; $p 0,096$). Beide Geschlechter können Gesundheitsinformationen in ihrem Alltag gut umsetzen.

Bei Frauen ($n = 159$) ist der MW $2,47 \pm 1,017$. Bei Männern ($n = 93$) ist der MW $2,69, \pm 1,032$.

Hinsichtlich des Bildungsniveaus zeigen sich auch keine Unterschiede hinsichtlich der Umsetzung von Gesundheitsinformationen im Alltag ($n = 252$; $T -0,129$; $df 249$; $p 0,897$). Maximal Hauptschulabschluss ($n = 58$): MW $2,53 \pm 1,096$. Mindestens Hauptschulabschluss ($n = 193$): MW $2,55 \pm 1,010$.

4.1.6 Die meisten Informationen zur Gesundheit verwirren mich...

Variablenoperationalisation: 1 = immer; 2 = manchmal; 3 = nie

Bei der Frage, ob Informationen zur Gesundheit verwirrend sind, besteht kein signifikanter Unterschied in der mittleren Häufigkeit der Antworten zwischen Männern und Frauen ($n = 252$; $T 0,536$; $df 250$, $p 0,593$). Beide Geschlechter verwirren Gesundheitsinformationen manchmal bis nie.

Bei Frauen ($n = 159$) ist der MW $2,33 \pm 0,581$. Bei Männern ($n = 93$) ist der MW $2,29 \pm 0,669$.

Personen, die mindestens einen Hauptschulabschluss besitzen, verwirren Gesundheitsinformationen genauso häufig wie Personen, die maximal einen Hauptschulabschluss haben ($n = 250$; $T -0,866$; $df 248$; $p 0,387$). Maximal Hauptschulabschluss ($n = 58$): MW $2,26 \pm 0,609$. Mindestens Hauptschulabschluss ($n = 192$): MW $2,34 \pm 0,618$.

FAGERLI et al. (2009) fanden geschlechtsspezifische Unterschiede: Frauen tendieren zu einem besseren Wissen und Verständnis zum Thema Gesundheit. Frauen haben ein größeres Interesse an gesunder Ernährung.

In Schweden zeigten Frauen im Vergleich zu Männern ein größeres Interesse an gesundheitsfördernden Aktivitäten und waren auch motivierter ihr Ernährungs- und Sportverhalten zu ändern (BOTHMER 2005).

Ein größeres Interesse an Gesundheit und Ernährung und die höhere Motivation zu Verhaltensänderung könnten hier Gründe für besseres Wissen und Verständnis sein.

Bezüglich der Umsetzung der Gesundheitsinformationen im Alltag gibt es keinen Unterschied zwischen Personen mit besserem oder schlechterem Bildungsgrad. Gesundheitsinformationen werden meist von Männern und Frauen gut verstanden und können auch gut im Alltag umgesetzt werden.

Allerdings verstehen Personen mit einem höheren Bildungsniveau Anweisungen ihres Arztes besser und können auch häufiger Lösungen für ihre Probleme finden.

Ein Grund dafür könnte sein, dass Männer und Frauen mit einem höherem Bildungsniveau oft auch über ein besseres Wissen zum Thema Gesundheit und Ernährung verfügen (WARDLE et al. 2000; DE VRIENDT et al. 20001; DALLONGEVILLE et al. 2009)

4.1.7 Wenn ich Probleme habe finde ich meistens eine Lösung

Variablenoperationalisation: 1 = trifft zu; 2 = weder noch; 3 = trifft nicht zu

Sowohl Männer als auch Frauen geben im Mittel an, bei Problemen meistens eine Lösung zu finden. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($n = 242$; $T 0,046$; $df 240$; $p 0,964$).

Bei Frauen ($n = 151$) ist der MW $1,21 \pm 0,524$. Bei Männern ($n = 91$) ist der MW $1,21 \pm 0,506$.

Personen, welche maximal einen Hauptschulabschluss besitzen, finden seltener Lösungen für ihre Probleme als die, die mindestens eine Hauptschule abgeschlossen haben ($n = 240$; $T 4,996$; $df 238$; $p 0,000$).

Maximal Hauptschulabschluss ($n = 59$): $SD\ 1,49 \pm 0,796$. Mindestens Hauptschulabschluss ($n = 181$): $MW\ 1,12 \pm 0,344$.

Die Ergebnisse zeigen keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Verständnisses oder der Umsetzbarkeit von erhaltenen Gesundheitsinformationen. Beide Geschlechter finden gleich oft Lösungen für ihre Probleme.

4.2 Geschlechterspezifisches Rollenverhalten im Haushalt

4.2.1 Zubereitung der Mahlzeiten (n=253)

Bei 11,3 % der Frauen und 12,9 % der Männer kochen die Eltern. Hinsichtlich der Verteilung gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (χ^2 0,154; df 1; p 0,695).

91,3 % der Frauen und 74,2 % der Männer kochen sich ihre Mahlzeiten selbst. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Verteilung derer, die sich ihre Mahlzeiten selbst kochen und derer, die ihre Mahlzeiten nicht selbst kochen (χ^2 13,405; df 1; p 0,000). Überzufällig viele Männer bereiten sich ihre Mahlzeiten nicht selbst zu (standardisierte Residuen 2,7). Im Gegensatz dazu bereiten sich überzufällig wenig Frauen ihre Mahlzeiten nicht selbst zu (standardisierte Residuen -2,0).

Bei 23,1 % der Frauen und bei 49,5 % der Männer kocht der Partner die täglichen Mahlzeiten. Hinsichtlich der Verteilung gibt es signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen (χ^2 18,507; df 1; p 0,000). Männer lassen sich überzufällig häufiger von ihrer Partnerin bekochen (standardisierte Residuen 2,8), während Frauen sich wesentlich seltener von ihrem Partner bekochen lassen (standardisierte Residuen -2,1). Dieses Ergebnis weist auf eine klassische Rollenverteilung im Handlungsfeld Küche hin.

Bei 5,0 % der Frauen und 1,1 % der Männer bereiten die Kinder die Mahlzeiten zu. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern (χ^2 2,641; df 1; p 0,104).

Lediglich bei 1,9 % der Frauen und 1,1 % der Männer kochen die Großeltern täglich. Es gibt keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Verteilung (χ^2 0,242; df 1; p 0,623).

0,6 % der Frauen und 2,2 % der Männer lassen sich ihre Mahlzeiten von anderen Personen kochen. Es gibt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Verteilung (χ^2 1,168; df 1; p 0,280).

Im so genannten Ernährermodell trägt der Mann die Verantwortung für die finanzielle Absicherung der Familie durch Erwerbstätigkeit und die Frau ist verantwortlich für die Haushaltsführung und das leibliche Wohlergehen der Familienmitglieder. Trotz Berufstätigkeit tragen Frauen zusätzlich die alleinige Verantwortung für Haushalt und Familie. Frauen fühlen sich zudem in viel stärkerem Ausmaß für Ernährung verantwortlich als Männer dies tun. (JELENKO 2007).

Übereinstimmend wird festgestellt, dass die Verköstigung der Familie in die Zuständigkeit von Frauen fällt, und zwar sowohl der tatsächlich ausgeführten Arbeit nach, als auch in der von Männern und Frauen gleichermaßen formulierten Einschätzung der Verantwortlichkeit für diesen Bereich (SETZWEIN 2004).

In der Frankfurter Beköstigungsstudie äußerten sieben von zehn Frauen, sich für das Wohlbefinden der Familie verantwortlich zu fühlen und knapp ein Viertel sah sich zumindest manchmal mit diesem Gefühl konfrontiert. Fast drei Viertel der Frauen, die an der Studie teilgenommen haben, bereiten täglich die Mahlzeiten selbst zu unabhängig von Alter, Familienstand, Bildung oder Haushaltsnettoeinkommen (SELLACH 1996).

Die vorliegenden Daten zeigen eine klassische Rollenverteilung: Frauen kochen ihre Mahlzeiten öfter selbst als Männer dies tun. Weiters gibt ein höherer Anteil der Männer an, sich von der Partnerin bekochen zu lassen.

4.2.2 Einkauf von Lebensmitteln und anderen Dingen des täglichen Bedarfs (n=253)

Bei 11,3 % der Frauen und 11,8 % der Männer kaufen die Eltern die Dinge des täglichen Bedarfs ein. Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Verteilung (χ^2 0,019; df 1; p 0,889).

90,6 % der Frauen und 87,1 % der Männer gehen selbst einkaufen. Es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Verteilung (χ^2 0,769; df 1; p 0,381)

Bei 19,0 % der Frauen und bei 16,6 % der Männer erledigt der Partner alle notwendigen Einkäufe. Hinsichtlich der statistischen Verteilung gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern (χ^2 5,899; df 1; p 0,015). Überzufällig viele Männer lassen ihre Partnerin die Einkäufe erledigen (standardisierte Residuen 1,6). Noch einmal wird die klassische Rollenverteilung von Männern und Frauen in der Stichprobe deutlich.

Bei 5,0 % der Frauen und 2,2 % der Männer kaufen die Kinder die Dinge des täglichen Bedarfs ein. Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern (χ^2 1,258; df 1; p 0,262).

Bei keinem der Männer, aber bei 1,3 % der Frauen kaufen die Großeltern ein. Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern (χ^2 1,172; df 1; p 0,279).

1,1 % der Männer und keine Frau lassen ihre Einkäufe von anderen Personen erledigen. Auch hier gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen (χ^2 1,727; df 1; p 0,189).

Die Frankfurter Beköstigungsstudie zeigte, dass Frauen öfter selbst den Einkauf von Lebensmitteln sowie Getränken besorgen unabhängig von Alter, Bildung oder Erwerbstätigkeit. Der Anteil der Ehemänner/ Partner, der einkaufen geht, ist bei den jüngeren deutlich größer. Ältere Kinder beteiligen sich öfter am Einkauf als jüngere. Hinzu kommt, dass Kinder eher beim Einkaufen mithelfen als beim Kochen (SELLACH 1996).

Die Ergebnisse zeigen, dass besonders Frauen ihre Einkäufe zum größten Teil selbst erledigen und Männer öfter als Frauen die notwendigen Einkäufe vom Partner erledigen lassen. Außerdem kochen Frauen häufiger selbst oder für ihren Partner, als Männer dies

tun. Diese Ergebnisse bestätigen abermals die klassische Rollenverteilung von Männern und Frauen innerhalb der Stichprobe. Da hauptsächlich die Frauen es sind, die für Einkäufe und Zubereitung der Lebensmittel zuständig sind, tragen sie große Verantwortung in Bezug auf die Ernährung und das damit verbundene Gesundheitsbewusstsein der Familie.

4.2.3 Unterstützung im Haushalt

1,2 % (3 Personen) haben diesen Teil nicht beantwortet (n=251). 67,7 % benötigen keine Unterstützung in ihrem Haushalt. Die Daten wurden unabhängig vom Alter ausgewertet. Hier gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern (χ^2 0,000; df 1; p 0,997). 67,7 % der Frauen und 67,7 % der Männer brauchen keine Hilfe im eigenen Haushalt.

Unterstützung beim/ bei der...	Männer	Frauen
Putzen	24,7 %	20,3 %
Einkaufen	11,8 %	13,9 %
Pflege	6,5 %	0,6 %
persönlichen Hygiene	4,3 %	1,9 %
Kochen	15,1 %	7,0 %
Verwaltungsangelegenheiten	5,4 %	6,4 %
Kinderbetreuung	7,5 %	12,0 %
sonstige Angelegenheiten	4,3 %	5,1 %

Tabelle 10: Vergleich zwischen den befragten Männern und Frauen hinsichtlich der benötigten Unterstützung im Haushalt (altersunabhängig)

Ähnlich viele Männer wie Frauen brauchen im Haushalt Unterstützung beim Putzen (χ^2 0,686; df 1; p 0,408). Auch beim Einkaufen gibt es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern (χ^2 0,225; df 1; 0,635).

Beim Bedarf an Pflegepersonal gibt es signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen (χ^2 7,311; df 1; p 0,007). Männer benötigen überzufällig häufiger (standardisierte Residuen 2,1) Unterstützung durch Pflegepersonal während Frauen in dieser Gruppe überzufällig seltener vertreten sind (standardisierte Residuen -1,6).

Bezüglich der Unterstützung bei der persönlichen Hygiene gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen (χ^2 1,246; df 1; p 0,246).

Beim Kochen brauchen signifikant mehr Männer als Frauen Hilfe (χ^2 4,374; df 1; p 0,039). Überzufällig häufig (standardisierte Residuen 1,6) sind es Männer, die nicht alleine zurechtkommen.

Männer und Frauen benötigen gleich oft Hilfe bei der Erledigung verschiedener Verwaltungsangelegenheiten (χ^2 0,102; df 1; p 0,749). Auch bei notwendiger Unterstützung im Bereich Kinderbetreuung zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (χ^2 1,276; df 1; p 0,259).

Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der Unterstützung im Haushalt von sonstigen Angelegenheiten (χ^2 0,075; df 1; p 0,785).

Der Vergleich der befragten Männer und Frauen über 60 Jahre (n = 26) zeigte folgende Ergebnisse: 25 % der Frauen und 30 % der Männer geben an, dass sie Unterstützung im Haushalt benötigen. Es gibt hier keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (χ^2 0,078; df 1; p 0,780).

Aufgrund des kleinen Kollektivs kann keine eindeutige statistische Beurteilung bezüglich der Unterschiede von Männern und Frauen im Seniorenalter hinsichtlich der Bereiche in denen Unterstützung nötig ist, getroffen werden. Allerdings zeigen die Ergebnisse, dass sowohl Männer als auch Frauen im Pensionsalter häufig auf Unterstützung angewiesen sind.

Innerhalb der Frauen (n = 158) gibt es keine altersabhängigen Unterschiede bei der Frage, ob sie Hilfe benötigen oder nicht. Frauen, die unter 60 Jahre alt sind, brauchen genauso häufig Unterstützung beim Putzen (χ^2 0,025; df 1; p 0,875), Einkaufen (χ^2 0,030; df 1; p 0,862), Kochen (χ^2 1,332; df 1; p 0,248), bei der täglichen Pflege (χ^2 0,113; df 1; p 0,736), der persönlichen Hygiene (χ^2 0,345; df 1; p 0,557), der Kinderbetreuung (χ^2 2,433; df 1; p 0,119) oder bei sonstigen Verwaltungsangelegenheiten (χ^2 1,212; df 1; p 0,271) wie Frauen, die 61 Jahre oder älter sind.

Innerhalb der Männer (n = 158) gibt es keine Unterschiede zwischen denen, die unter 60 Jahre alt sind und denen, die 61 Jahre oder älter sind. Beide Altersgruppen brauchen keine Hilfe beim Putzen (χ^2 0,167; df 1; p 0,683), beim Einkaufen (χ^2 0,718; df 1; p 0,397), beim Kochen (χ^2 1,986; df 1; p 0,159), bei der täglichen Pflege (χ^2 0,773; df 1; p 0,379), der persönlichen Hygiene (χ^2 0,504; df 1; p 0,478) oder bei sonstigen Verwaltungsangelegenheiten (χ^2 0,471; df 1; p 0,493).

Bei der altersunabhängigen Betrachtung brauchen Männer im Gegensatz zu Frauen öfter Unterstützung im Haushalt besonders bei der persönlichen Pflege oder beim Kochen. Männer und Frauen, die über 60 Jahre alt sind, brauchen in ihrem Haushalt gleich oft Unterstützung.

Innerhalb der Geschlechter zeigten sich keine altersabhängigen Unterschiede.

Die Daten zeigen eine typische Rollenverteilung im Untersuchungsgebiet „Schneiderviertel“. Frauen tragen die hauptsächliche Verantwortung im Bereich der Haushaltsführung.

4.3 Sport und Freizeit

4.3.1 Fernsehen

Variablenoperationalisation: 1 = 0-1 Stunde; 2 = 1-2 Stunden; 3 = 2-4 Stunden; 4 = mehr als 4 Stunden

Vergleicht man die Anzahl der Stunden, die Männer und Frauen täglich vor dem Fernseher verbringen, sind keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu finden ($T\ 0,258$; $df\ 250$; $p\ 0,797$).

Frauen ($n = 159$): $MW\ 2,38 \pm 1,017$. Männer ($n = 93$): $MW\ 2,34 \pm 0,938$. Beide Gruppen geben an zwischen zwei und drei Stunden täglich vor dem Fernseher zu sitzen.

4.3.2 Täglicher Aufenthalt im Freien

Variablenoperationalisation: 1 = weniger als 1 Stunde, 2 = 1-2 Stunden; 3 = 2-3 Stunden; 4 = mehr als 3 Stunden

Es gibt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Betrachtung der mittleren Häufigkeit der Zeit, die Männer und Frauen ($n = 253$) täglich im Freien verbringen ($T\ 1,113$; $df\ 251$; $p\ 0,267$). Beide Geschlechter geben an sich zwei bis drei Stunden täglich im Freien aufzuhalten. Frauen ($n = 160$): $MW\ 2,9 \pm 1,001$. Männer ($n = 93$): $MW\ 3,09 \pm 1,060$.

In Wien geben knapp mehr als ein Drittel der Männer und Frauen an, täglich beziehungsweise 3- bis 5-Mal pro Woche aktiv zu sein. Das untersuchte quantitative Bewegungsverhalten beinhaltet nicht nur Sport im Speziellen sondern auch das Spaziergehen oder das zu Fuß gehen weiterer Strecken (ELMADFA et al. 2005).

Bei den Frauen, die unter- bzw. normalgewichtig sind und übergewichtig bzw. adipös sind, besteht kein signifikanter Unterschied in der mittleren Häufigkeit der Zeit, die sie täglich draußen verbringen ($n = 135$; $T -0,622$; $df 133$; $p 0,535$). Beide Gruppen verbringen täglich zwei bis drei Stunden im Freien. Unter- und normalgewichtige Frauen ($n = 66$): $MW 2,88 \pm 1,015$. Übergewichtige und adipöse Frauen ($n = 69$): $MW 2,99 \pm 0,987$.

Bei den Männern, die unter- bzw. normalgewichtig sind und übergewichtig bzw. adipös, besteht ebenfalls kein signifikanter Unterschied in der mittleren Häufigkeit der Zeit, die sie täglich draußen verbringen ($n = 83$; $T -0,349$; $df 81$; $p 0,728$). Unter- und normalgewichtige Männer ($n = 44$): $MW 3,05 \pm 1,099$. Übergewichtige bis adipöse Männer ($n = 39$): $MW 3,1 \pm 1,056$.

4.3.3 Stunden Sport pro Woche

Variablenoperationalisation: 1 = mehr als 5 Stunden pro Woche; 2 = 3-5 Stunden pro Woche; 3 = 1-3 Stunden pro Woche; 4 = 0-1 Stunden pro Woche; 5 = selten, nie

Wie eine Studie zum Sportverhalten in Österreich gezeigt hat, betreiben ein Drittel der Österreicher und Österreicherinnen niemals Sport. 27 % üben Sport in so geringem Maße aus (ein bis zweimal im Monat), dass es zu keiner gesundheitlichen Wirkung kommen kann. 40 % der Österreicher und Österreicherinnen sind ein- bzw. mehrmals die Woche oder sogar täglich sportlich aktiv. Männer sind generell sportlich aktiver als Frauen. 45 % der Männer und 35 % der Frauen üben regelmäßig Sport aus (PRATSCHER 2000)

Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern, wenn man die Anzahl der Sportstunden pro Woche vergleicht ($n = 254$; $T 2,447$; $df 252$; $p 0,015$). Männer treiben im Mittel häufiger pro Woche Sport als Frauen. Männer ($n = 93$): $MW 2,89 \pm 1,591$. Frauen ($n = 161$): $MW 3,38 \pm 1,487$.

Im Sportverhalten lassen sich laut dem 2. Wiener Ernährungsbericht insofern geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen, als der Anteil bei den Frauen, die selten oder nie körperlich aktiv sind, doppelt so hoch ist als bei den Männern (ELMADFA et al. 2005).

Kein signifikanter Unterschied findet sich zwischen Frauen, die unter- bis normalgewichtig sind und Frauen, die übergewichtig bis adipös sind ($n = 136$; $T -1,244$; $df 134$; $p 0,216$). Beide Gruppen treiben zwischen ein und zwei Stunden Sport pro Woche. Unter- bis normalgewichtige Frauen ($n = 66$): $MW 3,24 \pm 1,348$. Übergewichtige und adipöse Frauen ($n = 70$): $MW 3,56 \pm 1,585$.

Auch bei den Männern zeigt sich hinsichtlich des BMIs kein signifikanter Unterschied bei den Sportstunden pro Woche ($n = 83$; $T -1,319$; $df 81$; $p 0,191$). Unter- und normalgewichtige Männer ($n = 44$): $MW 2,70 \pm 1,407$. Übergewichtige und adipöse Männer ($n = 39$): $MW 3,15 \pm 1,694$.

Die statistischen Daten zeigen, dass Männer mehr Sport treiben als Frauen. Männer verbringen aber nicht unbedingt mehr Zeit im Freien als Frauen dies tun. Zwischen dem BMI und dem Sportverhalten zeigt sich bei beiden Geschlechtern kein Zusammenhang.

4.3.4 Wo wird Sport betrieben?

Insgesamt ($n = 250$) treiben 56,0 %, davon 33,2 % Frauen und 22,8 % Männer, Sport in der Natur. Bei der Verteilung der Männer ($n = 92$) und Frauen ($n = 158$), die Sport in der Natur treiben, konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden ($\chi^2 2,096$; $df 1$; $p 0,148$). 52,5 % der Frauen und 62,0 % der Männer treiben Sport in freier Natur.

26,4 % aller Personen, davon 18,8 % Frauen und 7,6 % Männer, treiben Sport in ihrer privaten Umgebung. Auch in diesem Bereich konnten keine geschlechtsspezifischen

Unterschiede gefunden werden (χ^2 2,475; df 1; p 0,116). 29,7 % der Frauen und 20,7 % der Männer treiben Sport in ihrer privaten Umgebung.

Insgesamt gehen 18 %, davon 9,2 % Frauen und 8,8 % Männer, in ein Fitnessstudio. Beide Geschlechter gehen gleichermaßen oft in Fitnessstudios, um Sport zu treiben (χ^2 3,448; df 1; p 0,063). 14,6 % der Frauen und 23,9 % der Männer nutzen Fitnessstudios für sportliche Aktivitäten.

86 % der ÖsterreicherInnen haben noch nie ein Fitnesscenter besucht, während nur 5 % der ÖsterreicherInnen in einem trainieren (IFT Zugriff: 3. Februar 2010). Geschlechtsspezifische Besonderheiten wurden keine bemerkt.

9,6 % der gesamten befragten Personen (davon 4,8 % Frauen und 4,8 % Männer) treiben Sport in einem Sportverein. Bezüglich dessen, wer Mitglied in einem Sportverein ist und wer nicht, zeigt sich kein Unterschied zwischen den Geschlechtern (χ^2 1,989; df 1; p 0,158). Betrachtet man die Geschlechter getrennt, halten sich 7,6 % der Frauen und 13 % der Männer im Sportverein auf.

16,4 % der gesamten Befragten, davon sind 10,4 % Frauen und 6,0 % Männer, geben an anderswo Sport zu betreiben, auch hier gibt es keinen signifikanten Unterschied (χ^2 0,001; df 1; p 0,975). 16,5 % aller Frauen und 16,3 % aller Männer geben an anderswo Sport zu treiben.

Die Ergebnisse zeigen, dass es bei den Geschlechtern keinen Unterschied bezüglich der Umgebung, in der Sport betrieben wird, gibt. Am beliebtesten ist die Aktivität in der Natur gefolgt von der privaten Umgebung und dem Fitnessstudio. Vereine spielen eine geringe Rolle hinsichtlich der körperlichen Aktivität.

4.4 Gesundheit

4.4.1 Stellenwert der Gesundheit

Variablenoperationalisation: 1 = sehr wichtig; 2 = wichtig; 3 = weder noch; 4 = weniger wichtig; 5 = gar nicht wichtig

Männern und Frauen ist ihre Gesundheit gleich wichtig. Beim Stellenwert der Gesundheit gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($n = 254$; $T -0,60$; $df 252$; $p 0,952$). Die Gesundheit wird von beiden Geschlechtern zwischen wichtig und sehr wichtig eingestuft. Frauen ($n = 161$): $MW 1,40 \pm 0,665$. Männer ($n = 93$): $MW 1,41 \pm 0,556$.

Personen mit einem höheren Bildungsniveau ist ihre Gesundheit genauso wichtig wie Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau ($n = 252$; $T 0,209$; $df 250$; $p 0,834$). Maximal Hauptschulabschluss ($n = 59$): $MW 1,42 \pm 0,675$. Mindestens Hauptschulabschluss ($n = 193$): $MW 1,40 \pm 0,614$.

4.4.2 Was tun Sie, um gesund zu sein?

Variablenoperationalisation: 1 = trifft zu, 2 = weder noch, 3 = trifft nicht zu.

Beide Geschlechter bewegen sich täglich, um gesund zu sein oder gesund zu bleiben. Hier ist kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ($n = 251$; $MWU 6667,000$; $p 0,096$; $T 1,512$; $df 249$; $p 0,132$). Frauen ($n = 158$): $MW 1,34 \pm 0,616$. Männer ($n = 93$): $MW 1,23 \pm 0,534$.

Im Mai 2000 wurde im Auftrag des Instituts für Sozialmedizin das Sportverhalten der ÖsterreicherInnen untersucht. Insgesamt wurden 479 Männer und 521 Frauen ab 14 Jahren befragt. Die Freude an der Bewegung und der Wunsch gesund zu bleiben, sind die Hauptmotive zum Sporttreiben. Für fast die Hälfte (49 %) der sporttreibenden

Männer und Frauen ist das Gesundheitsmotiv von großer Bedeutung. 55 % der Männer und 42 % der Frauen nennen die Freude an der Bewegung als Hauptmotiv. (PRATSCHER 2000).

Bei der Frage, ob sie täglich Obst und Gemüse essen, um gesund zu bleiben, geben beide Geschlechter im Mittel zutreffend bis weder noch an. Es gibt keinen signifikanten Unterschied ($n = 254$; $T -0,569$; $df 252$; $p 0,570$). Frauen ($n = 161$): $MW 1,41 \pm 0,711$. Männer ($n = 93$): $MW 1,46 \pm 0,700$.

Es gibt keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern bei der Frage, ob sie nicht rauchen um gesund zu sein ($n = 251$; $T -1,026$; $df 249$; $p 0,306$). Frauen ($n = 158$): $MW 1,88 \pm 0,967$. Männer ($n = 93$): $MW 2,01 \pm 0,994$.

Männer und Frauen geben im Mittel „weder noch“ als Antwort. Das könnte bedeuten, dass die Nichtraucher nicht aus Gesundheitsgründen nicht rauchen beziehungsweise Raucher keine Gesundheitsgefahr in ihrem Verhalten sehen.

Männer und Frauen waschen sich nach dem Toilettengang die Hände. Auch hier sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede zu erkennen ($n = 253$; $T 0,034$; $df 251$; $p 0,973$). Frauen ($n = 160$): $MW 1,09 \pm 0,325$. Männer ($n = 93$): $MW 1,09 \pm 0,351$.

Bei der Frage, ob sie den Kontakt anderer Lebensmittel mit Fleisch zu verhindern versuchen, gibt es bei den Antworten ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen ($n = 252$; $T -0,022$; $df 250$; $p 0,983$).

Frauen ($n = 159$): $MW 1,32 \pm 0,660$. Männer ($n = 93$): $MW 1,32 \pm 0,593$.

Männer und Frauen versuchen die richtige Temperatur im Kühlschrank zu halten. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($n = 253$; $MWU 7376,500$; $p 0,858$; $T -0,938$; $df 251$; $p 0,327$). Frauen ($n = 160$): $MW 1,20 \pm 0,499$. Männer ($n = 93$): $MW 1,29 \pm 0,963$.

Es gibt keinen statistischen Unterschied zwischen den Geschlechtern, wenn man das Gesundheitsbewusstsein und Dinge, die getan werden um gesund zu sein, betrachtet. Männern und Frauen ist ihre Gesundheit gleich wichtig.

4.4.3 Einschätzung der eigenen Gesundheit

Variablenoperationalisation: 1 = sehr gut; 2 = gut; 3 = weder noch; 4 = schlecht; 5 = sehr schlecht

Sowohl Männer als auch Frauen schätzen ihre Gesundheit gleich ein. Auch hier gibt es keinen signifikanten Unterschied ($n = 253$; MWU 7176,500; $p 0,595$; $T -0,929$; $df 251$; $p 0,354$). Der Gesundheitszustand wird im Allgemeinen als gut eingestuft.

Frauen ($n = 160$): MW $2,00 \pm 0,735$. Männer ($n = 93$): MW $2,10 \pm 0,898$

4.4.4 Gesundheitszustand in den nächsten drei Jahren

Variablenoperationalisation: 1 = sich verbessert; 2 = gleich bleibt; 3 = sich verschlechtert

Bezüglich der Erwartungen des eigenen Gesundheitszustandes in den nächsten drei Jahren gibt es ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($n = 252$; $T -0,103$, $df 250$; $p 0,918$). Männer und Frauen denken, dass ihr Gesundheitszustand gleich bleibt oder sich eher verbessert. Frauen ($n = 159$): MW $1,69 \pm 0,527$. Männer ($n = 93$): MW $1,70 \pm 0,527$.

Die statistische Auswertung zeigt, dass zwischen den Geschlechtern keine Unterschiede in der Relevanz der Gesundheit, der Einschätzung der Gesundheit und der Erwartungen betreffend ihrer zukünftigen Gesundheit bestehen.

4.5 Verzehrshäufigkeit von verschiedenen Lebensmitteln und Getränken

Variablenoperationalisation: 1 = mehrmals täglich, 2 = (fast) täglich, 3 = mehrmals pro Woche, 4 = etwa einmal pro Woche, 5 = mehrmals pro Monat, 6 = fast nie.

4.5.1 Getreide und Getreideerzeugnisse

Brot und Gebäck

Hinsichtlich der mittleren Häufigkeit des Verzehrs von Brot und Gebäck besteht kein Unterschied zwischen den Geschlechtern ($n = 250$; $T 1,413$; $df 248$; $p 0,159$). Beide Gruppen verzehren (fast) täglich Brot und Gebäck.

Frauen ($n = 158$): $MW 1,88 \pm 1,27$. Männer ($n = 92$): $MW 1,66 \pm 0,953$.

Vollkornbrot, -gebäck

Es besteht allerdings ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Verzehrs von Vollkorngebäck ($n = 250$; $T -2,589$; $df 248$; $p 0,010$). Frauen ($n = 159$; $MW 3,17 \pm 1,714$) verzehren im Mittel häufiger in der Woche Vollkorngebäck als Männer ($n = 91$; $MW 3,78 \pm 1,925$).

Reis und Nudeln

Männer und Frauen essen gleich oft Reis und Nudeln ($n = 251$; $T 0,293$; $df 249$; $p 0,770$). Beide Gruppen geben an, mehrmals pro Woche Reis und Nudeln zu verzehren. Frauen ($n = 159$): $MW 3,21 \pm 1,153$. Männer ($n = 92$): $MW 3,16 \pm 1,170$.

Müsli und Cornflakes

Es besteht auch kein Unterschied in der mittleren Verzehrshäufigkeit von Müslis und Cornflakes. ($n = 249$; $T -0,091$; $df 247$; $p 0,927$). Beide Gruppen essen mehrmals pro Monat bis einmal die Woche Müsli. Frauen ($n = 156$): $MW 4,47 \pm 1,747$. Männer ($n = 93$): $MW 4,49 \pm 1,592$.

Kartoffeln

Männer und Frauen verzehren im Mittel gleich oft Kartoffeln ($n = 49$; $T 0,851$; $df 247$; $p 0,296$). Kartoffeln werden einmal bis mehrmals pro Woche konsumiert. Frauen ($n = 157$): $MW 3,54 \pm 1,258$. Männer ($n = 92$): $MW 3,40 \pm 1,059$.

Die Grundnahrungsmittel Brot, Kartoffeln, Cerealien, Mehl, Teigwaren, Reis und andere Getreideprodukte sowie stärkereiche Pflanzen gehören zur Lebensmittelgruppe „Getreide und Getreideerzeugnisse“. Diese Gruppe zählt vom mengenmäßigen Verzehr zu den bedeutendsten Lebensmittelgruppen. Rund 30 % der gesamten Lebensmittelmenge pro Tag sollen in Form dieser Lebensmittelgruppe aufgenommen werden. Laut dem Österreichischen Ernährungsbericht 2008 wird nur die Hälfte der empfohlenen Menge Brot verzehrt. Auch der Verzehr von Vollkornprodukten liegt unter den Empfehlungen (ELMADFA et al. 2008).

Aufgrund dessen, dass keine mengenbezogenen Angaben erhoben wurden, kann kein Vergleich mit den Empfehlungen gemacht werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass beim Verzehr von Getreide und Getreideerzeugnissen kein Unterschied zwischen den Geschlechtern besteht. Nur bei den Vollkornprodukten geben Frauen öfter als Männer an, diese zu konsumieren.

4.5.2 Obst und Gemüse

In der mittleren Verzehrshäufigkeit von Obst besteht ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($n = 253$; $T -0,608$; $df 251$; $p 0,544$).

Frauen ($n = 160$): $MW 2,24 \pm 1,412$. Männer ($n = 93$): $MW 2,34 \pm 1,220$. Obst wird fast täglich konsumiert.

Wie bei Obst, besteht auch bei Gemüse kein Unterschied zwischen Männern und Frauen in der mittleren Verzehrshäufigkeit ($n = 253$; $MWU 6511,000$; $p 0,086$; $T -1,053$; $df 251$; $p 0,293$). Frauen ($n = 160$): $MW 2,40 \pm 1,265$. Männer ($n = 93$): $MW 2,56 \pm 0,949$. Gemüse wird mehrmals pro Woche bis (fast) täglich gegessen.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt fünf Portionen Obst und Gemüse (davon 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Obst) am Tag idealerweise zu jeder Hauptmahlzeit und auch als Zwischenmahlzeit (DGE Zugriff 19.9.2009).

Der Obst- und Gemüsekonsum der Stichprobe liegt mit (fast) täglich unter den Empfehlungen mehrmals täglich Obst und Gemüse zu essen. Zwischen den Geschlechtern gibt es keine Unterschiede in der Häufigkeit, in der Obst und Gemüse gegessen wird.

Der österreichische Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt andere Ergebnisse. Erwachsene Frauen essen mit Abstand die größte Menge an Obst und Gemüse und sind somit auch die einzige österreichische Bevölkerungsgruppe, welche die von der Weltgesundheitsorganisation ausgesprochene Empfehlung, mindestens 400g Obst und Gemüse pro Tag zu essen, erfüllt. Obst wird in allen Altersgruppen von Frauen in größeren Mengen als von Männern gegessen. Gemüse wird in Österreich mit Ausnahme der Altersgruppen der 13- bis 14-Jährigen und der Senioren von Mädchen bzw. Frauen in größeren Mengen gegessen als von Buben bzw. Männern (ELMADFA et al. 2008).

4.5.3 Milch und Milchprodukte

Bei der mittleren Verzehrshäufigkeit von Milch besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($n = 249$; $T -0,467$; $df 248$; $p 0,641$). Frauen ($n = 157$): $MW 2,38 \pm 1,677$. Männer ($n = 93$): $MW 2,47 \pm 1,434$. Frauen und Männer trinken nahezu täglich Milch.

Zwischen Männern und Frauen besteht im Gegensatz zur Trinkmilch ein signifikanter Unterschied in der mittleren Verzehrshäufigkeit von Topfen oder Joghurt ($n = 204$; $T -2,780$; $df 202$; $p 0,006$). Frauen essen im Mittel häufiger Topfen oder Joghurt als Männer. Frauen ($n = 121$): $MW 3,02 \pm 1,589$. Männer ($n = 83$): $MW 3,66 \pm 1,640$.

Vergleicht man die mittlere Verzehrshäufigkeit von probiotischen Joghurts ist kein Unterschied zwischen den Geschlechtern nachzuweisen ($n = 204$; $T -1,374$; $df 202$; $p 0,171$). Probiotische Joghurts werden mehrmals pro Monat verzehrt. Frauen ($n = 121$): $MW 4,75 \pm 1,729$. Männer ($n = 83$): $MW 5,07 \pm 1,488$.

Bei Käse gibt es keine Unterschiede in der mittleren Verzehrshäufigkeit bei Männern und Frauen ($n = 241$; $T 1,164$; $df 239$; $p 0,245$). Käse wird im Mittel mehrmals die Woche gegessen. Frauen ($n = 148$): $MW 3,11 \pm 1,459$. Männer ($n = 93$): $MW 2,89 \pm 1,418$.

Männer und Frauen verzehren gleich oft Milch, probiotische Joghurts oder Käse. Bei der Verzehrshäufigkeit von Milchprodukten wie Joghurt oder Topfen zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede.

4.5.4 Fleisch und Fleischwaren sowie Fisch

Es besteht ein signifikanter Unterschied in der mittleren Verzehrshäufigkeit von Fleisch und Wurst bei Männern und Frauen ($n = 204$; $T 3,340$; $df 202$; $p 0,001$). Männer essen öfter Fleisch und Wurstwaren als Frauen. Während Frauen im Mittel mehrmals die Woche Fleisch und Wurstwaren verzehren, geben Männer an (fast) täglich bis mehrmals

die Woche diese zu konsumieren. Frauen (n = 121): MW $3,12 \pm 1,255$. Männer (n = 83): MW $2,54 \pm 1,172$.

In Österreich ist der Verzehr an rotem Fleisch, Wurstwaren und Eiern zu hoch und der Verzehr von Fisch zu niedrig. Männer essen im Durchschnitt mehr Fleisch und Wurstwaren verglichen mit Frauen (ELMADFA et al. 2008).

Bei Männern ist der hohe Fleischkonsum markant. Männer wählen kaum vegetarische Speisen als Hauptgerichte, da geschlechtsdifferenzierte Zuschreibungen eher ein deftiges Fleischgericht nahe legen. Vom sozialen Umfeld werden Alltagshandlungen wie zum Beispiel das Essverhalten oft als „männlich“ beziehungsweise „weiblich“ bezeichnet. Männer essen eher größere Portionen mit mehr Fleisch, da diese als „Kraft“ spendend für einen muskulösen Männerkörper verstanden werden. Energiereiches Fleisch gilt als „männlich“. (BARTSCH 2008).

4.5.5 Fetter und fettarmer Fisch

Bei Männern und Frauen besteht kein Unterschied in der Häufigkeit des Verzehrs von fettem Fisch wie Lachs oder Thunfisch (n = 250; T 0,177; df 248; p 0,859). Fettfische werden im Mittel mehrmals pro Monat verzehrt. Frauen (n = 157): MW $5,10 \pm 1,418$. Männer (n = 93): MW $5,06 \pm 1,187$.

Auch fettarmer Fisch wie Dorsch oder Zander wird von beiden Geschlechtern gleich oft gegessen (n = 250; T -0,515; df 248; p 0,607). Fettarmer Fisch wird mehrmals pro Monat verzehrt.

Frauen (n = 157): MW $4,63 \pm 1,369$. Männer (n = 93): MW $4,72 \pm 1,271$.

Fisch sollte laut den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung ein- bis zweimal pro Woche gegessen werden (DGE Zugriff 19.9.2009).

In Österreich liegt der Konsum von Fisch unter den Richtwerten. Hier ist eine Erhöhung der Zufuhr wünschenswert, da Fisch essenzielle Nährstoffe wie zum Beispiel Jod und Vitamin D und die ernährungsphysiologisch wichtigen n-3 Fettsäuren liefert (ELMADFA et al. 2000).

Auch im „Schneiderviertel“ ist der Verzehr von Fisch im Allgemeinen mit einer Konsumhäufigkeit von „mehrmals pro Monat“ sehr niedrig. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich keine.

4.5.6 Pflanzliche Öle und Streichfette

Zwischen den Geschlechtern besteht kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Verwendung pflanzlicher Öle ($n = 253$; $T = 0,061$; $df = 241$; $p = 0,951$). Frauen ($n = 150$): $MW = 2,89 \pm 1,457$. Männer ($n = 93$): $MW = 2,88 \pm 1,405$. Pflanzliche Öle werden mehrmals die Woche bis (fast) täglich verwendet.

Wie bei den pflanzlichen Ölen befindet sich auch bei der Butter kein nachweislicher Unterschied in der mittleren Verzehrshäufigkeit zwischen den Geschlechtern ($n = 251$; $T = 1,145$; $df = 249$; $p = 0,253$; p). Frauen und Männer verwenden mehrmals die Woche Butter. Frauen ($n = 158$): $MW = 3,32 \pm 1,682$. Männer ($n = 93$): $MW = 3,06 \pm 1,686$.

Auch Margarine wird von Männern und Frauen gleich oft konsumiert ($n = 246$; $T = 1,136$; $df = 244$; $p = 0,257$). Margarine wird im Mittel einmal die Woche gegessen. Frauen ($n = 154$): $MW = 4,03 \pm 1,717$. Männer ($n = 92$): $MW = 4,29 \pm 1,788$.

In Bezug auf die Verwendung von pflanzlichen Ölen oder Butter und Margarine zeigt sich kein Unterschied zwischen Männern und Frauen.

4.5.7 Süßigkeiten und Kuchen

Zwischen den Geschlechtern besteht kein signifikanter Unterschied in der mittleren Häufigkeit des Verzehrs von Süßigkeiten ($n = 252$; $T = -0,986$; $df = 249$; $p = 0,325$) und Kuchen ($n = 249$; $T = 0,118$; $df = 247$; $p = 0,906$).

Süßigkeiten werden im Mittel etwas weniger als mehrmals pro Woche gegessen. Frauen (n = 158): MW $3,30 \pm 1,482$. Männer (n = 93): MW $3,49 \pm 1,606$.

Kuchen wird etwa einmal pro Woche gegessen. Frauen (n = 156): MW $3,98 \pm 1,559$. Männer (n = 93): MW $3,96 \pm 1,488$.

4.5.8 Getränke

Alkoholfreie Getränke

Es besteht kein signifikanter Unterschied im mittleren Verbrauch von Wasser und Mineralwasser (n = 253; T 0,596; df 251; p 0,552).

Frauen (n = 160): MW $1,66 \pm 1,449$. Männer (n = 93): MW $1,56 \pm 1,098$.

Männer und Frauen trinken gleich oft Säfte (n = 248; T 1,603; df 246; p 0,110). Nektar und Saft wird im Mittel mehrmals die Woche getrunken. Frauen (n = 155): MW $3,58 \pm 1,865$. Männer (n = 93): MW $3,19 \pm 1,801$.

Zwischen Männern und Frauen besteht im Gegensatz zu den Säften ein signifikanter Unterschied im mittleren Konsum von Limonaden (n = 249; T 2,261; df 247; p 0,025). Männer trinken häufiger Limonaden als Frauen.

Frauen (n = 156): MW $4,31 \pm 1,831$. Männer (n = 93): MW $3,75 \pm 1,998$.

Laut dem Österreichischem Ernährungsbericht 2008 greifen Frauen eher zu kalorienarmen, alkoholfreien Getränken ohne Kohlensäure. Bei den so genannten „Softdrinks“ war der Anteil bei den Männern mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen (ELMADFA et al. 2008).

Die *Chance*-Stichprobe zeigt ebenfalls, dass Männer häufiger zu Limonaden greifen als Frauen. Bei den anderen alkoholfreien Getränken wie Wasser, Mineralwasser oder Säften gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Heißgetränke

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Konsumation von Tee ($n = 251$; $T -1,028$; $df 249$; $p 0,305$). Tee wird im Mittel einmal pro Woche oder etwas häufiger getrunken. Frauen ($n = 158$): $MW 3,49 \pm 2,046$. Männer ($n = 93$): $MW 3,75 \pm 1,845$.

Männer und Frauen haben einen ähnlichen Kaffeeconsum ($n = 241$; $T -1,022$; $df 239$; $p 0,308$). Kaffee wird (fast) täglich oder öfter in der Woche getrunken. Frauen ($n = 148$): $MW 2,40 \pm 1,851$. Männer ($n = 93$): $MW 2,66 \pm 1,981$.

Es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Konsumation von Tee oder Kaffee.

Bei Heißgetränken zeigte sich im Österreichischen Ernährungsbericht beim Kaffeeconsum kein Unterschied in der Trinkmenge zwischen den Geschlechtern. Der Teekconsum war hingegen bei den Frauen mehr als doppelt so hoch wie bei den Männern (ELMADFA et al. 2008).

Alkoholische Getränke

Es besteht ein signifikanter Unterschied in der mittleren Häufigkeit, in der Wein oder Sekt von Männern und Frauen getrunken werden ($n = 248$; $T 2,256$; $df 246$; $p 0,025$). Männer konsumieren im Mittel häufiger Wein oder Sekt als Frauen. Frauen ($n = 155$): $MW 5,34 \pm 1,229$. Männer ($n = 93$): $MW 4,96 \pm 1,359$.

Die mittlere Verzehrshäufigkeit von Bier ist bei Männern und Frauen unterschiedlich ($n = 248$; $T 6,487$; $df 246$; $p 0,000$). Männer trinken im Mittel signifikant öfter Bier als Frauen. Frauen ($n = 155$): $MW 5,57 \pm 0,905$. Männer ($n = 93$): $MW 4,55 \pm 1,571$.

Auch bei den Spirituosen gibt es einen signifikanten Unterschied in der mittleren Häufigkeit des Konsums ($n = 247$; $T 2,730$; $df 245$; $p 0,007$). Frauen konsumieren

seltener Spirituosen als Männer das tun. Frauen ($n = 154$): $MW 5,80 \pm 0,699$. Männer ($n = 93$): $MW 5,51 \pm 0,958$.

Beim Konsum alkoholischer Getränken lassen sich eindeutige Unterschiede zwischen den Geschlechtern beobachten. Die Studienergebnisse zeigen, dass Männer Wein, Bier oder Spirituosen häufiger konsumieren als Frauen.

Im 2. Wiener Ernährungsbericht 2004 zeigte sich beim Alkoholkonsum der Männer ein ungünstiges Verhalten. Während Frauen nur einmal pro Woche Wein konsumierten und etwas wenig häufiger Bier, konsumierten die Männer dreimal pro Woche Wein und ca. einmal die Woche Bier (ELMADFA et al. 2005).

Laut Männergesundheitsbericht 1999 trinkt sogar ein Viertel der männlichen Bevölkerung in Wien täglich Alkohol (SCHMEISSER-RIEDER und KUNZE 1999). Der Österreichischen Ernährungsbericht 2008 dokumentiert, dass Alkohol wie Bier und Wein immer noch von Männern häufiger konsumiert wird als von Frauen (ELMADFA et al. 2008).

4.5.9 Bioprodukte

Es besteht kein signifikanter Unterschied in der Verzehrshäufigkeit von Bioprodukten zwischen den Geschlechtern ($n = 248$; $T 0,739$; $df 246$; $p 0,429$). Frauen ($n = 155$): $MW 4,47 \pm 1,617$. Männer ($n = 93$): $MW 4,30 \pm 1,660$. Bioprodukte werden mehrmals pro Monat bis etwa einmal pro Woche konsumiert.

4.5.10 Fertiggerichte

In der mittleren Häufigkeit des Konsums von Fertiggerichten zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ($n = 248$; $T -0,168$; $df 246$; $p 0,867$). Fertiggerichte werden von Männern und Frauen mehrmals pro Monat gegessen. Frauen ($n = 155$): $MW 4,84 \pm 1,522$. Männer ($n = 93$): $MW 4,87 \pm 1,369$.

4.6 Ernährungswissen

4.6.1 Was heißt „5 am Tag“?

„5 am Tag“ bedeutet, fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen. Das heißt drei Portionen oder 375g Gemüse – davon etwa die Hälfte roh – und zwei Portionen oder 250 bis 300g Obst – am besten frisch (DGE Zugriff: 19.9.2009).

Um langfristige Erfolge im Ernährungsverhalten der Menschen zu erzielen, ist es notwendig, die Bevölkerung ständig wieder aufs Neue daran zu erinnern, wie wichtig „5 am Tag“ ist (HERBST 2005).

In einem Verbrauchermarkt in Kiel wurden in einem Zeitraum von 2 Wochen Plakate mit Hinweisen zu „5 am Tag“ im Eingangsbereich platziert. Weiters wurden in der Obst- und Gemüseabteilung zahlreiche Informationskarten zu den verschiedenen Obst- und Gemüsesorten, den Verzehrsmöglichkeiten und Tipps zur Umsetzung von „5 am Tag“ zum Mitnehmen bereit gelegt. Auch bei den Tiefkühlprodukten sowie in der Konserven- und Saftabteilung war die Aktion präsent. Die Kunden des Verbrauchermarktes wurden vor (199 Personen), während (201 Personen) oder zehn Wochen nach Beendigung der Aktion (152 Personen) zufällig angesprochen und nach der Kampagne befragt. Von zentralem Interesse waren die Bekanntheit der Kampagne sowie die wahrgenommene Bedeutung des Logos durch den Verbraucher. Deutlich mehr Personen gaben an das Logo zu kennen im Vergleich zur ersten Befragung im Laufe der Kampagne (Steigerung um 270 %) und 10 Wochen danach (95 % Steigerung). Insbesondere die dritte Befragung zeigt den nachhaltigen Erfolg der Kampagne am Point of Sale. Frauen erkennen das Logo signifikant häufiger (34,8 %) als Männer (24,8 %). Ein Zusammenhang zwischen der Logoerkennung und dem Obst- und Gemüseverzehr konnte statistisch nachgewiesen werden. Die Ergebnisse der Studie verdeutlichten, dass die Botschaft von 5 Portionen Obst und Gemüse durch den Slogan „5 am Tag (Obst und Gemüse)“ oft nicht richtig verstanden wird. Häufig wird der Slogan einfach nur mit viel Obst und Gemüse definiert (CHRISTOPH et al. 2006).

Anschließend werden die Ergebnisse im „Schneiderviertel“ diskutiert:

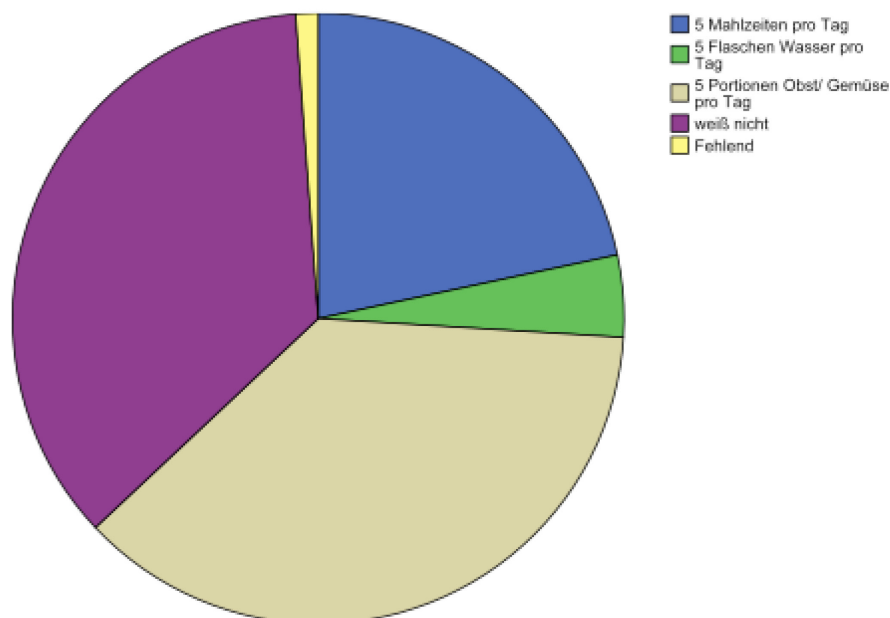


Abbildung 3: Was bedeutet „5 am Tag“?

Insgesamt wussten 37,0 % der Personen (n = 254) die richtige Antworten. 21,7 % dachten, es bedeutet „5 Mahlzeiten pro Tag“ und 4,3 % dachten, es bedeutet „5 Flaschen Wasser pro Tag“. 35,8 % wussten die Antwort nicht. 1,2 % ließen die Frage unbeantwortet.

Von den Personen, die wissen, dass „5 am Tag“ bedeutet, fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen bedeutet, haben 79,6 % mindestens einen Hauptschulabschluss und 20,4 % maximal einen Hauptschulabschluss.

Unterschiede in der Verteilung der Antworten gibt es bei Personen mit höherer und Personen mit niedrigerer Bildung (n = 249; χ^2 13,667; df 3; p 0,003). Diejenigen, die maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen, wissen überzufällig seltener (standardisierte Residuen -2,1) die richtige Antwort und geben dafür überzufällig häufiger (standardisierte Residuen 1,9) an, dass sie die Antwort nicht wissen.

Es gibt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Häufigkeit der Verteilung der Antworten ($n = 251$; $\chi^2 3,454$; $df 3$; $p 0,327$). (Tabelle 9)

	Frauen	Männer
5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag	37,3 %	36,6 %
5 Mahlzeiten pro Tag	25,3 %	16,1 %
5 Flaschen Wasser pro Tag	3,8 %	5,4 %
weiß nicht	33,5 %	40,9 %

Tabelle 11: Antworten zu „5 am Tag“ bei Männern und Frauen

Unabhängig vom Geschlecht wissen nur ein Drittel der Befragten was „5 am Tag“ bedeutet. Es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen, betrachtet man die Häufigkeit der Antworten. Der Bildungsgrad dagegen spielt eine Rolle. Personen mit niedrigerem Bildungsniveau kennen die Empfehlungen von „5 am Tag“ seltener als Personen mit höherem Bildungsniveau.

Studien aus England zeigen andere Ergebnisse im Vergleich zwischen Männern und Frauen:

Die Frauen wussten signifikant häufiger über die Empfehlungen von „5 am Tag“ Bescheid als Männer (WESTENHOFER 2005).

Frauen kennen die Empfehlung für Obst und Gemüse besser und wissen auch häufiger über die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Krankheit bzw. Gesundheit Bescheid (BAKER 2003).

Ein besseres Ernährungswissen ist assoziiert mit einem höherem Obst- und Gemüseverzehr (DE VRIENDT 2009).

4.6.2 Für wie viele Tage kann ich frisches Faschiertes in meinem Kühlschrank lagern?

Variablenoperationalisation: 1 = 0 Tage; 2 = 1 Tag; 3 = 2 Tage; 4 = 3 Tage; 5 = 4 Tage; 6 = 5 Tage; 7 = weiß nicht

Zwischen Männern und Frauen gibt es signifikante Unterschiede hinsichtlich der Beurteilung der Lagerfähigkeit von frischem Faschiertem ($n = 252$; $T -4,588$; $df 250$; $p 0,000$). Frauen geben an, Faschiertes im Mittel kürzer zu lagern als Männer es lagern würden. Während Frauen Faschiertes im Durchschnitt einen Tag im Kühlschrank aufbewahren, denken Männer, dass Faschiertes zwei Tage oder etwas länger gekühlt aufbewahrt werden kann. Frauen ($n = 160$): $MW 2,28 \pm 1,533$. Männer ($n = 92$): $MW 3,34 \pm 2,119$.

Dass Frauen ein besseres Wissen über Lebensmittelsicherheit oder –hygiene haben, könnte daran liegen, dass sie die Hauptaufgaben im Haushalt übernehmen. Wie andere Ergebnisse bereits gezeigt haben, ist die typische Rollenverteilung, in der die Frau für den Haushalt die Hauptverantwortliche ist, in der Stichprobe besonders vertreten. Somit ist es nicht überraschen, dass Frauen über die Lagerung von Faschierten besser informiert sind als Männer.

Die Unterschiede bezüglich des Ernährungswissens sind zum Teil auf die traditionelle Rolle der Frau in der Gesellschaft, welcher zufolge sie für den Einkauf und die Ernährung der Familie zuständig ist, zurückzuführen (PIRKO 2000).

Die Weitergabe des Wissens über Lebensmittel und die Zubereitung von Speisen erfolgt in erster Linie über weibliche Familienmitglieder. Männer dagegen haben sehr selten weibliche Identifikationsfiguren in der Küche (JELENKO 2007).

4.6.3 Wenn ich Lebensmittel kaufe, lese ich die Zutatenliste und die Nährstoffangaben...

Variablenoperationalisation: 1 = immer; 2 = häufig; 3 = manchmal; 4 = selten; 5 = nie

Personen, die mindestens über einen Hauptschulabschluss verfügen, lesen signifikant häufiger die Zutatenlisten und Nährstoffangaben von Lebensmitteln als Personen, die maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen ($n = 250$; $T 2,801$; $df 248$; $p 0,005$). Maximal Hauptschulabschluss ($n = 57$): $MW 3,25 \pm 1,607$. Mindestens Hauptschulabschluss ($n = 193$): $MW 2,67 \pm 1,289$.

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern, in der mittleren Häufigkeit, in der Männer ($n = 93$) und Frauen ($n = 159$) die Zutatenlisten sowie Nährstoffangaben auf Lebensmitteln lesen ($n = 252$; $MWU 6723,000$; $p 0,219$). Beide geben an die Zutatenlisten und Nährstoffangaben manchmal zu lesen. Frauen: $MW 2,70 \pm 1,325$. Männer: $MW 2,95 \pm 1,4777$.

Vergleicht man die Geschlechter hinsichtlich ihres BMI erhält man folgende Ergebnisse: Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen, die untergewichtig oder normalgewichtig sind (BMI bis 24 kg/m^2) und Frauen, die übergewichtig oder adipös sind (BMI ab 25 kg/m^2). $n=135$; $T 0,452$; $df 133$; $p 0,652$. Beide Gruppen lesen die Zutatenlisten und Nährstoffangaben häufig bis manchmal. Unter- bis normalgewichtig ($n = 66$): $MW 2,76 \pm 1,177$. Übergewichtig bis adipös ($n=69$): $MW 2,65 \pm 1,503$.

Auch bei den Männern ist kein Zusammenhang zwischen dem BMI und dem Lesen der Zutatenlisten und Nährstoffangaben nachweisbar ($n = 83$; $T 0,595$; $df 81$; $p 0,554$). Sowohl unter- bis normalgewichtige Männer ($n = 44$; $MW 3,09 \pm 1,395$) als auch übergewichtige bis adipöse Männer ($n = 39$; $MW 2,90 \pm 1,569$) lesen im Mittel manchmal die Zutatenlisten und Nährstoffangaben auf Lebensmitteln.

Männer und Frauen lesen im Mittel gleich oft die Zutatenlisten und Nährstoffangaben. Im Gegensatz dazu haben signifikant mehr Frauen gegenüber Männern in den Vereinigten Staaten von Amerika der Aussage zugestimmt, dass der Energiegehalt und die im Lebensmittel enthaltenen Nährstoffe für sie wichtig sind (MORSE 2009).

Personen mit besserer Bildung beachten diese Angaben häufiger als Personen mit schlechterer Bildung. Ein Grund könnte das bessere Wissen über Ernährung und Gesundheit (siehe Kapitel 4.1.4 bis 4.1.7) bei Personen mit höherem Bildungsgrad sein.

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen konnte kein Zusammenhang zwischen dem BMI und dem Lesen der Zutatenlisten und Nährstoffangaben nachgewiesen werden.

Übergewichtige und normalgewichtige Personen zeigen häufig ein ähnliches Ernährungswissen. Das Ernährungswissen hat keinen Einfluss auf den BMI und dürfte nicht der größte Einflussfaktor für Übergewicht sein (O'BRIEN 2007)

Eine Studie aus Belgien konnte ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen dem Körpergewicht und dem Ernährungswissen nachweisen (DE VRIENDT 2009).

4.6.4 Fühlen Sie sich durch ihre tägliche Ernährung ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt?

Es konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden hinsichtlich der Verteilung der Männer (n = 10) und Frauen (n = 39), die sich durch ihre tägliche Ernährung ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt fühlen und den Männern und Frauen, die sich durch ihre tägliche Ernährung nicht ausreichend versorgt fühlen (n = 49; χ^2 0,326; df 2; p 0,850).

Von den Frauen fühlen sich 64,1 % ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt und 33,3 % nicht. 2,6 % wissen es nicht. Von den Männern fühlen sich 70 % ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt und 30 % nicht.

4.7 Allgemeine Lebensstilfaktoren

Variablenoperationalisation: 1 = stimme sehr zu, 2 = stimme zu, 3 = weder noch, 4 = stimme weniger zu, 5 = stimme gar nicht zu.

	Männer	Frauen
Familie ist mir wichtig	1,24 ± 0,475	1,22 ± 0,659
Karriere ist mir wichtig	2,41 ± 1,424	2,72 ± 1,371
Umweltschutz ist mir wichtig	1,85 ± 1,268	1,82 ± 0,984
Gesund leben ist langweilig	3,80 ± 1,384	3,91 ± 1,434
Mehr Geld für gesunde Lebensmittel	2,67 ± 1,297	2,41 ± 1,236
Interesse an aktivem Sport	2,13 ± 1,345	2,65 ± 1,375

Tabelle 12: Vergleich der Relevanz unterschiedlicher privater Lebensbereiche

4.7.1 Meine Familie ist mir wichtig

Männern und Frauen ist ihre Familie gleich wichtig. Es gibt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ($n = 254$; $T -0,246$; $df 252$; $p 0,806$). Frauen ($n = 161$): $MW 1,22 \pm 0,659$. Männer ($n = 93$): $MW 1,24 \pm 0,475$.

Frauen mit einem besserem Bildungsniveau ist ihre Familie genauso wichtig wie Frauen mit schlechterem Bildungsniveau ($n = 159$; $T 0,393$; $df 157$; $p 0,695$). Bei Männern hat das Bildungsniveau ebenfalls keinen Einfluss darauf wie wichtig ihre Familie für sie ist ($n = 93$; $T 1,207$; $df 91$; $p 0,230$).

4.7.2 Meine Karriere ist mir wichtig

Die Karriere ist beiden Geschlechtern weder wichtig noch unwichtig ($n = 249$; $T 1,733$; $df 247$; $p 0,084$). Frauen ($n = 156$): $MW 2,72 \pm 1,371$. Männer ($n = 93$): $MW 2,41 \pm 1,424$.

Frauen, die mindestens über einen Hauptschulabschluss verfügen, ist ihre Karriere ebenso wichtig wie Frauen, die maximal einen Hauptschulabschluss besitzen ($n = 156$; $T 0,301$; $df 154$; $p 0,764$). Es gibt keinen Unterschied bei den Männern zwischen denen, die mindestens einen Hauptschulabschluss besitzen und denen, die maximal einen Hauptschulabschluss besitzen ($n = 93$; $T -1,458$; $df 91$; $p 0,148$):

4.7.3 Gesund zu leben ist langweilig

Dieser Aussage stimmen Frauen und Männer weniger zu. Es gibt keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern ($n = 251$; $T -0,601$; $df 249$; $p 0,549$). Frauen ($n = 158$): $MW 3,80 \pm 1,384$. Männer ($n = 93$): $MW 3,91 \pm 1,434$.

Unterschiede zeigen sich bei beiden Geschlechtern in Bezug auf das Bildungsniveau. Frauen, die mindestens die Hauptschule abgeschlossen haben, stimmen der Aussage „Gesund zu leben ist langweilig“ im Mittel mehr zu als Frauen, die maximal die Hauptschule abgeschlossen haben ($n = 156$; $T -2,382$; $df 155$; $p 0,018$). Frauen, die mindestens eine Hauptschule abgeschlossen haben ($n = 119$): $MW 3,95 \pm 1,301$. Frauen, die maximal eine Hauptschule abgeschlossen haben ($n = 33$): $MW 3,34 \pm 1,564$. Bei den befragten Männern ist es umgekehrt. Männer, die mindestens die Hauptschule absolviert haben, stimmen der Aussage weniger zu als Männer, die maximal die Hauptschule abgeschlossen haben ($n = 93$; $T -2,396$; $df 91$; $p 0,019$). Männer mit mindestens Hauptschulabschluss: $MW 4,10 \pm 1,396$. Männer mit maximal Hauptschulabschluss: $MW 3,25 \pm 1,410$

4.7.4 Umweltschutz ist mir wichtig

Beide Geschlechter stimmen zu, dass Umweltschutz wichtig ist ($n = 243$; $T -0,203$; $df 242$; $p 0,839$). Frauen ($n = 150$): $MW 1,82 \pm 0,984$. Männer ($n = 93$): $MW 1,85 \pm 1,268$.

Frauen mit einem besseren Bildungsniveau ist Umweltschutz genauso wichtig wie Frauen mit einem schlechteren Bildungsniveau ($n = 150$; $T -0,612$; $df 148$; $p 0,542$). Bei den Männern hat das Bildungsniveau keinen Einfluss darauf, wie wichtig Umweltschutz für sie ist ($n = 93$; $T -0,394$; $df 91$; $p 0,694$).

4.7.5 Ich gebe mehr Geld für gesunde Lebensmittel aus

Bei der Frage, ob mehr Geld für gesunde Lebensmittel ausgegeben wird, gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen ($n = 253$; $T -1,549$; $df 251$; $p 0,123$). Beide stimmten dieser Aussage eher weniger zu. Frauen ($n = 160$): $MW 2,41 \pm 1,236$. Männer ($n = 93$): $MW 2,67 \pm 1,297$.

Frauen, die maximal einen Hauptschulabschluss haben geben genauso viel Geld für gesunde Lebensmittel aus wie Frauen, die mindestens einen Hauptschulabschluss haben ($n = 159$; $T 0,269$; $df 157$; $p 0,789$). Bei den befragten Männern gibt es ebenfalls keine signifikanten Unterschiede, wenn man den Bildungsgrad berücksichtigt ($n = 93$; $T -0,842$; $df 91$; $p 0,402$).

4.7.6 Mich interessiert aktiver Sport

Bezogen auf das Interesse an aktivem Sport gibt es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern ($n = 253$; $T 2,930$; $df 251$; $p 0,004$). Männer sind mehr an aktivem Sport interessiert als Frauen. Frauen ($n = 160$): $MW 2,65 \pm 1,375$. Männer ($n = 93$): $MW 2,13 \pm 1,345$.

Familie, Karriere und Umwelt ist Männern und Frauen gleich wichtig. Beide Geschlechter finden es nicht langweilig gesund zu leben und geben nicht mehr Geld für gesunde Lebensmittel aus. Lediglich in Bezug auf Sport zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede.

Männer und Frauen, die über ein besseres Bildungsniveau verfügen, finden Familie, Karriere und Umwelt genauso wichtig wie Männer und Frauen, die über ein schlechteres Bildungsniveau verfügen. Es gibt auch keine Unterschiede hinsichtlich der Bildung, wie viel Geld für gesunde Lebensmittel ausgegeben wird. Im Gegensatz dazu finden schlechter gebildete Männer es langweiliger gesund zu leben als besser gebildete Männer. Interessant ist, dass bei den Frauen eine umgekehrte Tendenz der Fall ist: Besser gebildete Frauen finden es langweiliger gesund zu leben als schlechter gebildete Frauen.

Männer haben ein größeres Interesse an aktivem Sport. Männer sind allerdings nicht nur interessierter an aktivem Sport, sie treiben auch mehr Stunden Sport in der Woche als Frauen, wie ein vorhergehendes Ergebnis gezeigt hat. Hier könnten sich einige Ansatzpunkte für die Ernährungskommunikation und Gesundheitsförderung ergeben.

5. SCHLUSSBETRACHTUNG

Ziel der Diplomarbeit ist es, im Rahmen des EU Projektes „*Chance*“ eventuelle Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten auszuarbeiten und somit neue Wege für eine effektive Ernährungskommunikation und Gesundheitsförderung zu finden.

Mithilfe eines Fragebogens wurden allgemeine Daten der Personen und Fragen zum Thema „Gesundheit und Wohlbefinden“ erhoben. Zusätzlich wurde die Verzehrshäufigkeit von verschiedenen Lebensmitteln und Getränken mittels FFQ ermittelt. In Summe wurden 254 Fragebögen ausgefüllt. Beim Untersuchungsgebiet handelte es sich um einen abgegrenzten Stadtteil - dem „Schneiderviertel“ im 11. Wiener Gemeindebezirk Simmering.

Von den 254 Fragebögen wurden 63,4 % von Frauen und 36,6 % von Männern ausgefüllt.

Wesentliches Merkmal des Stadtteils ist der hohe Migrationsanteil. In Summe haben 29,3 % der Befragten einen Migrationshintergrund. Von den Frauen sind 31,2 % Migrantinnen und von den Männern sind 25,8 % Migranten.

2,1 % der Personen sind mit einem BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ untergewichtig. 49,6 % haben ein normales Gewicht und 31,0 % sind übergewichtig. 17,4 % sind mit einem BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ adipös. Insgesamt haben nur fast die Hälfte der Personen Normalgewicht. Der Anteil an adipösen Männern ist mit 18,7 % höher als bei den Frauen mit 16,6 %. Hinsichtlich des BMIs gab es keine Unterschiede bei Personen mit oder ohne Migrationshintergrund.

Die Einwohner des „Schneiderviertels“ leben zum Großteil in ihrer Wohnung oder in ihrem Haus als Mieter oder Pächter. In einem Haushalt wohnen zwischen ein und sechs Personen. Im Mittel sind es 2,72 Personen pro Haushalt. In 84 Haushalten wohnt

mindestens ein Kind. Insgesamt sind 11,9 % der Frauen alleinerziehende Mütter, aber nur 3,3 % der Männer sind alleinerziehende Väter.

4,8 % der Personen haben keinen Schulabschluss. 18,7 % haben die Hauptschule beendet und 48,4 % die mittlere Reife bzw. eine Lehre gemacht. 24,6 % haben Matura und 3,6 % ihr Studium abgeschlossen. Hinsichtlich des Bildungsniveaus gibt es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Obwohl es keine Bildungsunterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, gibt es Unterschiede in der Beschäftigungsart. Mehr Frauen als Männer arbeiten Teilzeit und im Gegensatz dazu arbeitet ein größerer Prozentsatz der Männer Vollzeit. Keiner der Männer gibt an „Hausmann“ zu sein. Anhand der Ergebnisse ist anzunehmen, dass die typische Rollenverteilung mit der Frau als klassische Hausfrau und dem Mann als Hauptverdiener sehr stark vertreten ist und das obwohl beide Geschlechter gleich gut ausgebildet sind.

Beim Schätzen des Einkommens zeigen sich keine Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern. 53 % der Personen schätzen ihr Einkommen verglichen mit anderen Leuten des Stadtteils als durchschnittlich ein. 30,4 % denken ihr Einkommen würde unter dem Durchschnitt liegen und 16,6 % schätzen ihr Einkommen überdurchschnittlich gut ein.

Markant ist die typische Rollenverteilung innerhalb der Stichprobe auch anhand der Haushaltsführung. Sowohl für die Zubereitung der täglichen Mahlzeiten als auch für den Einkauf von Dingen des täglichen Bedarfs sind hauptsächlich die Frauen verantwortlich. Frauen kochen häufiger selbst oder für ihren Partner als Männer dies tun. Ähnlich ist es bei den Einkäufen. Die befragten Frauen tragen große Verantwortung in Bezug auf die Ernährung und das damit verbundene Gesundheitsbewusstsein der Familie.

Auch in Bezug auf Unterstützung im Haushalt sind es die Männer, die häufiger als Frauen angeben, Hilfe beim Putzen, Kochen oder der persönlichen Pflege zu brauchen.

Männer und Frauen fühlen sich über die verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen wie Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit oder soziales Wohlbefinden gleichermaßen gut informiert.

Die beliebteste Quelle für Gesundheitsinformationen stellt sowohl für Männer als auch für Frauen der Arzt dar. Neben dem Arzt sind auch Freunde oder die Familie wichtige Informationsquellen sowie die Apotheke. Weiters werden Medien wie zum Beispiel Fernsehen, Zeitungen und Internet oft genutzt, um Informationen über verschiedene Gesundheitsthemen zu erhalten. Soziale Einrichtungen wie Gemeinde, Stadtverwaltung, Institutionen oder Vereine werden kaum genutzt.

In Bezug auf die Informationsquellen Arzt, Apotheke, Freunde oder Familie gibt es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Auch die Medien werden von beiden Geschlechtern gleichermaßen genutzt, um Gesundheitsinformationen zu bekommen.

Unterschiede gibt es vor allem bei sozialen Einrichtungen. Frauen bekommen ihre Gesundheitsinformationen häufiger von den Schulen ihrer Kinder. Auch von Institutionen, Einrichtungen und Vereinen beziehen Frauen häufiger Informationen als Männer dies tun. Daher ist es nicht überraschend, dass Frauen angeben öfter hilfreiche Informationen zur Gesundheit im eigenen Stadtteil zu bekommen als Männer.

Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen die Themenbereiche Gesundheit und Ernährung vermehrt über soziale Kontakte abdecken verglichen mit Männern und auch über diesen Weg am besten zu erreichen sind.

Hinsichtlich des Verständnisses der Gesundheitsinformationen oder deren Umsetzung im Alltag gibt es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Informationen, welche die Gesundheit betreffen, werden im Allgemeinen meistens verstanden und können im Alltag gut umgesetzt werden.

Personen mit einem höheren Schulabschluss verstehen die Anweisungen ihres Arztes besser und können auch häufiger Lösungen für ihre Probleme finden verglichen mit jenen mit geringerer Ausbildung. Bei der Umsetzung von Gesundheitsinformationen im Alltag gibt es keine Unterschiede hinsichtlich der Bildung.

Gesundheit hat für Männer und Frauen den gleichen Stellenwert und wird als wichtig bis sehr wichtig bewertet. Es gibt auch keinen Unterschied bezüglich der Dinge, die getan werden um gesund zu bleiben.

Die eigene Gesundheit wird von beiden Geschlechtern als gut eingestuft und die Erwartungen bezüglich der zukünftigen Gesundheit sind positiv.

Familie, Karriere und Umwelt ist Männern und Frauen gleich wichtig. Beide Geschlechter finden es nicht langweilig gesund zu leben und geben nicht unbedingt mehr Geld für gesunde Lebensmittel aus.

Bei den Sport- und Freizeitaktivitäten gibt es kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Männer und Frauen verbringen täglich zwischen zwei und drei Stunden vor dem Fernseher und halten sich täglich zwei bis drei Stunden im Freien auf. Sport wird von beiden Geschlechtern am liebsten im Freien betrieben. Männer treiben häufiger pro Woche Sport und weisen auch ein höheres Interesse an Sport auf als Frauen. Diese Untersuchungsergebnisse geben Hinweise, dass Männer über Sport gut erreicht werden könnten, um sie über Gesundheit und Ernährung zu informieren.

Hinsichtlich der Verzehrshäufigkeit verschiedener Lebensmittel und Getränke gibt es einige Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Frauen essen häufiger in der Woche Vollkornprodukte als Männer. Bei allen anderen Getreideprodukten und -erzeugnissen gibt es keine Unterschiede im Konsumverhalten.

Insgesamt ist der Obst- und Gemüsekonsum bei beiden Geschlechtern zu gering, was auch für den Fischverzehr gilt. Auch hier gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Milch, probiotische Joghurts oder Käse werden gleich oft verzehrt. Frauen essen aber mehr Milchprodukte wie Joghurt oder Topfen als Männer.

Männer essen mehr Fleisch und Wurst als Frauen.

Bei der Verzehrshäufigkeit von pflanzlichen Ölen, Butter, Margarine, Süßigkeiten, Kuchen, Bioprodukten oder Fertiggerichten gibt es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern innerhalb der Stichprobe.

Unterschiede bei der Verzehrhäufigkeit zwischen Männern und Frauen zeigen sich beim Konsum von Getränken. Männer trinken häufiger kohlenensäurehaltige Limonaden als Frauen. Zudem ist der Konsum alkoholischer Getränke egal ob Wein, Bier oder Spirituosen bei Männern höher als bei Frauen. Bezüglich der Heißgetränke Kaffee und Tee gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Bei Fleisch, Wurst, Vollkorn- und Milchprodukten wie Joghurt oder Topfen konnten Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der mittleren Verzehrhäufigkeit gefunden werden. Bei anderen Lebensmitteln gab es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Verzehr.

Da die Frau für Einkauf und Zubereitung der Mahlzeiten verantwortlich ist, beeinflusst sie den Speiseplan des Partners und/oder der Familie. Ein gutes Wissen der Frauen über gesunde Ernährung könnte sich positiv auf die Ernährung der Familie oder des Partners auswirken.

Männer und Frauen fühlen sich durch ihre tägliche Ernährung ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt.

Zutatenlisten und Nährstoffangaben werden von beiden Geschlechtergruppen manchmal gelesen. Hier zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Allerdings lesen Personen mit niedrigerem Bildungsniveau diese Angaben seltener als Personen mit höherem Bildungsniveau.

Nur ungefähr ein Drittel der Befragten wissen, was „5 am Tag“ bedeutet. Angesichts der Relevanz dieser Ernährungskampagne ist dieses Ergebnis als unzufrieden stellend zu bewerten. Hier gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Personen, die maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen, kennen seltener die Bedeutung von „5 am Tag“ als Personen, die mindestens einen Hauptschulabschluss haben.

Bei der richtigen Lagerung von Faschierten im Kühlschrank sind Frauen besser informiert als Männer. Sie würden Faschiertes nur einen Tag lagern, während Männer

es zwei Tage oder länger im Kühlschrank aufbewahren würden. Die typische Rollenverteilung könnte hier wieder ein Grund für die differenzierten Aussagen sein.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse eine klassische Verteilung der Rollen zwischen Männern und Frauen. Das Wissen über Gesundheit und Ernährung der Frau könnte sich auf die mit ihr im Haushalt lebenden Personen auswirken und ein wichtiger Einflussfaktor sein. Die Frau ist die Hauptverantwortliche im Handlungsfeld Küche und daher auch für die Ernährung des Partners und/oder der Familie zuständig.

Die Medien spielen für beide Geschlechtergruppen eine wesentliche Rolle und der Arzt als wichtigste Informationsquelle sollte nicht unbeachtet bleiben. Frauen nutzen soziale Einrichtungen und auch die Schulen ihrer Kinder zur Information. Diverse soziale Aktivitäten könnten Anknüpfungspunkte darstellen, um Frauen im Rahmen der Ernährungskommunikation zu erreichen.

Männer sind interessiert an Sport und könnten in Verbindung damit für Gesundheitsförderung und -kommunikation erreichbar sein.

Das Resultat der Arbeit ist, dass einige geschlechtsspezifische Eckpunkte vorhanden sind, aber die Themen Gesundheit und Ernährung für Männer und Frauen auf gleichem Wege kommuniziert werden können. Insgesamt gibt es keine spezifischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die bei der Ernährungskommunikation zu beachten sind. Allerdings könnte die Rollenverteilung innerhalb des Haushalts einen wesentlichen Aspekt darstellen.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen des Projekts „*Chance*“ wurden 254 Fragebögen zu den Themen Gesundheit und Wohlbefinden in einem Stadtteil des 11. Wiener Gemeindebezirks Simmering erhoben. Ziel dieser Arbeit war es, geschlechtsspezifische Unterschiede im Gesundheits- und Ernährungsverhalten zu untersuchen.

Wesentlichstes Merkmal ist eine klassische Rollenverteilung. Trotz gleichem Bildungsniveau arbeiten sehr viele Frauen Teilzeit und im Gegensatz dazu ein erheblicher Teil der Männer Vollzeit. Frauen sind oft „Hausfrauen“ und hauptsächlich zuständig für das Kochen und die Einkäufe. Aus diesem Grund spielen sie eine wichtige Rolle für die Ernährung des Partners und der Familie.

Beim Verzehr unterschiedlicher Lebensmittel zeigen sich typische Muster: Frauen essen öfter Vollkorn- und Milchprodukte während Männer öfter zu Fleisch und Wurstwaren greifen. Männer trinken häufiger alkoholische Getränke und Limonaden.

Die wichtigste Quelle für Gesundheitsinformationen stellt für beide Geschlechter der Arzt dar. Auch der Apotheker, Freunde, Familienmitglieder sowie die Medien sind wichtig. Es hat sich gezeigt, dass Frauen soziale Einrichtungen wie Schulen oder die Gemeinde eher nutzen als Männer. Informationen, welche die Gesundheit betreffen, werden von Frauen und Männern im Allgemeinen meistens verstanden und können im Alltag gut umgesetzt werden. Die eigene Gesundheit, Familie, Karriere und Umwelt sind Männern und Frauen gleich wichtig.

Männer treiben mehr Stunden Sport in der Woche als Frauen und zeigen auch ein größeres Interesse an Sport. Sport wird am liebsten im Freien betrieben.

Geschlechtsspezifische Eckpunkte sind vorhanden, aber die Themen Gesundheit und Ernährung können für Männer und Frauen auf gleichem Wege kommuniziert werden. Frauen sind gut über soziale Einrichtungen erreichbar und beeinflussen durch ihre starke Rolle das Gesundheitsverhalten der Familie bzw. ihrer Partner. Männer könnten für Ernährungskommunikation gut über ihre Partnerin erreichbar sein. Auch Sport könnte für Männer ein guter Anknüpfungspunkt sein.

Die Rollenverteilung innerhalb der Haushalte könnte einen wichtigen Aspekt im Rahmen der Gesundheitsförderung darstellen.

7. SUMMERY

Within the Project „*Chance*“ 254 questionnaires about health and well-being were raised in a selected area in the 11th district of Vienna. The object was to examine gender differences in health and nutritional behaviour.

One very important result is the typical role allocation. Although, men and women have the same education there are a lot of women doing part time jobs and in contrast a bigger part of men do full time jobs. Women are „housewives“ and they are responsible for cooking and shopping. That is the reason why women play an important role for the nutrition of their partners and families.

Only some differences between men and women were found at the consumption of different food groups. Women eat more often whole meal products and milk products. Men consume more meat and meat products. Overall men drink more alcohol and also more lemonades than women do.

The most important source for health information for both is the doctor. Pharmacists, friends and members of the family are also very important. A major role also plays the television, the World Wide Web and newspapers for health information. Women more often take their information from social constitutions or from the school of their children than men do.

Men and Women understand information about health and can use the information in their daily life. For both groups health, family, carrier and the environment are important the same way.

Men do more sports than women and they have a bigger interest in physical activities. Sport in nature is the most popular one.

The results show that women can be reached by social constitution und they play an important role because they are responsible for everything in the household. Women affect the nutrition and health in their families because of this role. Men could be reached via their women. Also physical activities could be important for health communication for men.

8. LITERATURVERZEICHNIS

BARTSCH, S. (2008): Essstile von Männern und Frauen – Der Genderaspekt in der Gesundheitsprävention und –beratung. Ernährungsumschau, 11, 672-680

BAKER, A.H.; WARDLE, J. (2003): Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. Appetite 40: 269-275

BECKER, W. (1990). Zur Problematik der Weitervermittlung von Ernährungswissen. Verlag Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main.

BRANCO, L.M.; HILÁRIO, M.O.E.; CINTRA, I.D.P. (2006): Perception and satisfaction with body image in adolescents and correlations with nutrition status. Revista de Psiquiatria Clinica Volume 33: 292-296

CHRISTOPH, I.B.; DRESCHER, L.S.; ROOSEN J. (2006): „5 am Tag“ – eine Untersuchung am Point of Sale. Ernährungs-Umschau 53: 300-305

CVITKOVICH-STEINER, H. (2006). Do's and Dont's in der Ernährungskommunikation. In: Ernährungskommunikation, die greift – aber wie?. VEÖ Tagungsband, Wien: 17-23.

DALLONGEVILLE, J.; MARÉCAUX, N.; COTTEL, D.; BINGHAM, A.; AMOUYEL, P. (2001): Association between nutrition knowledge and nutritional intake in middle-aged men from Northern France. Public Health Nutrition Volume 4: 27-33.

DAVY, S.R.; BENES, B.A.; DRISKELL, J.A. (2006): Sex differences in dieting trends, eating habits, and nutrition beliefs of a group of midwestern college students. Journal of the American Dietetic Association 106: 1673-1677

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (DGE). (2004): Ernährungsbericht 2004. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Bonn.

DE VRIENDT, T.; MATTHYS, C.; VERBEKE, W.; PYNAERT, I.; DE HENAUW, S. (2009): Determinants of nutrition knowledge in young and middle-aged belgian women and the association with their dietary behaviour. *Appetite* 52: 788-792

ELMADFA, I.; BLACHFELNER, J.; FREISLING, H.; HAAS, K.; RUST, P.; WEICHSELBAUM, E. (2005): 2. Wiener Ernährungsbericht. Institut für Ernährungswissenschaften, 2. Ausgabe, Universität Wien.

ELMADFA, I.; BURGER, P.; DERNDORFER, E.; KIEFER, I.; KUNZE, M.; KÖNIG, J.; LEIMÜLLER, G.; MANAFI, M.; PAPATHANASIOU, V.; RUST, P.; VOJIR, F.; WAGNER, K.H.; ZARFL, B. (1998). Österreichischer Ernährungsbericht. Institut für Ernährungswissenschaften, 1. Ausgabe, Universität Wien.

ELMADFA, I.; FREISLING, H.; NOWAK, V.; HOFSTÄDTER, D.; HASENEGGER, V.; FERGE, M.; FRÖHLER, M.; FRITZ, K.; MEYER, A.L.; PUTZ, P.; RUST, P.; GROSSGUT, R.; MISCHEK, D.; KIEFER, I.; SCHÄTZER, M.; SPANBLÖCHEL, J.; STURTZEL, B.; WAGNER, K.H.; ZILBERSZAC, A.; VOJIR, F.; PLSEK K. (2009). Österreichischer Ernährungsbericht 2008. 1. Auflage, Wien, März 2009.

ELMADFA, I.; WEICHSELBAUM, E.; KÖNIG J. et al (2009). European Nutrition and Health Report. Forum Nutrition Karger Verlag, Basel.

ELMADFA, I.; LEITZMANN C. (2004). Ernährung des Menschen. Eugen Ulmer Verlag, Stuttgart.

FAGERLIE, R.A.; WANDEL, M. (1999): Gender differences in opinions and practices with regard to a „healthy diet“. *Appetite* 32: 171-190

FALTENMAIER, T. (2001): Männer, Gesundheit, Gesundheitsförderung: Eine vernachlässigte Perspektive. Landesvereinigung für Gesundheit e.V. 1.Quartal 2001/März. Nr. 30:

<http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/5B4613A676/4A3A245D8E.pdf> (Zugriff: 20. September 2009)

FONDS GESUNDES ÖSTERREICH (FGÖ) (2008): Lehrgang Regionales Gesundheitsmanagement für Gesundheitsförderung und Primärprävention 2008. Wien.

<http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/archiv/lehrgang-201eregionales-gesundheitsmanagement201c> (Zugriff: 5. Februar 2010)

HERBST, D. (2005). Modelle in der Ernährungskommunikation: Wirkungsvoll durch Bilder informieren. In: Ernährungskommunikation: Neue Wege – Neue Chancen? aid-infodienst, Bonn: 30-40

HITTHALLER, A. (2000). Das Ernährungswissen und Ernährungsverhalten österreichischer Frauen und Methoden zur Verbesserung der Ernährungsinformation. Diplomarbeit der Universität Wien.

JAHN, I.; KOLIP, P. (2002). Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. Bremen.

<http://www.sgw.hsmagdeburg.de/sommerakademie/zertifikatneu/Modul05/yhtml/pdf/pro-geschlecht-kriterium.pdf> (Zugriff: 5. Februar 2010)

JELENKO, M.; WEISS, W.; ASTLEITHNER, F.; GEYER, S.; BRUNNER, K.M. (2007). Ernährungsalltag im Wandel: Chancen für Nachhaltigkeit. Springer Verlag, Wien.

KIEFER, I. (1998): Effektivität der individuellen Ernährungsberatung. Dissertation der Universität Wien.

KIEFER, I.; HABERZETTL, C.; RIEDER, C. (2000): Ernährungsverhalten und Einstellung zum Essen der ÖsterreicherInnen. *Journal für Ernährungsmedizin* 2(5): 2-7

KLOTTER, C. (2007) Einführung Ernährungspsychologie. Ernst Reinhardt Verlag München, Basel.

LANDMAN, J.; BUTTRISS, J.; MARGETTS, B. (1998): Curriculum design for professional development in public health nutrition in Britain. *Public Health Nutrition* 1(1): 69-74

LEIMÜLLER, G. (1997): Die Ernährungsbotschaft in Zeitungen und Zeitschriften. Dissertation der Universität Wien.

LÜCKE, S. (2005): Ernährung in Massenmedien – neue Strategien für die Ernährungsaufklärung. *Ernährungskommunikation: Neue Wege – neue Chancen?* aid-infodienst, Bonn: 42-58

MÖHR, M.; SCHÖBER, C.; FRIBE, D.; SEPPELT, B. (1992): Zur Rolle der Geschlechter im Ernährungsverhalten. *Ernährung/Nutrition*, Vol.16/Nr. 11, 663-667

MORSE, K.L.; DRISKELL, J.A. (2009): Observerd sex differences in fast-food consumption and nutrition self-assesments and beliefs or college students. *Nutrition Research* 29: 173-179

MÜLLER, M.J.; TRAUTWEIN, E.A. (2005). *Gesundheit und Ernährung – Public Health Nutrition*. Verlag Eugen Ulmer, Stuttgart.

O'BRIEN, G.; DAVIES M. (2007): Nutrtrion knowledge and body mass index. *Health Education Research* 22(4): 571-575

PIRKO, C. (2000). Das Ernährungswissen und Ernährungsverhalten von österreichischen Männern und Methoden zur Verbesserung der Ernährungsinformation. Diplomarbeit der Universität Wien.

PRATSCHER, H. (2000): Sportverhalten in Österreich. Journal für Ernährungsmedizin 2 (5): 18-23

PRÄTTÄLÄ, R.; PAALANEN, L.; GRINBERGA, D.; HELASOJA, V.; KASMEL, A.; PETKEVICIENE, J. (2006): Gender differences in the consumption of meat, fruit and vegetables are similar in Finland and the Baltic countries. European Journal of Public Health 17: 520-525

SELLACH, B. (1996): Wie kommt das Essen auf den Tisch? - Die Frankfurter Beköstigungsstudie. Schneider-Verlag, Hohengehren.

SETZWEIN, M. (2004). Ernährung – Körper – Geschlecht. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

SNYDER, B. (2007): Health communication campaigns and their impact on Behaviour. Journal of Nutrition Education Behaviour 39: 32-40

SPIEKERMANN, U. (2005): Warum scheitert Ernährungskommunikation? In: Ernährungskommunikation: Neue Wege – neue Chancen. Tagungsband zum 8. aid-Forum, Bonn.

STATISTIK AUSTRIA (2009): Interne Berechnungen der Magistratsabteilung 18 nach Angaben der Statistik Austria

TIMISCHL, W. (2000) Biostatistik: eine Einführung für Biologen und Mediziner. Springer Verlag, Wien.

VISWANATH, K.; BOND, K. (2007): Social Determinants and Nutrition: Reflections on the Role of Communication. *Journal of Nutrition Education Behaviour* 39: 20-24

WARDLE, J.; PARMENTER, K.; WALLER, J. (2000): Nutrition knowledge and food intake. *Appetite* 34: 269-275

WESTENHOFER, J. (2005): Age and Gender Dependent Profile of Food Choice. *Forum Nutrition* 75: 44-51

WIESER, R. (2006). Evaluierung von Ernährungskampagnen für Erwachsene in Österreich. Diplomarbeit der Universität Wien.

WILSON, B.J. (2007): Designing media messages about Health and Nutrition: What strategies are most effective? *Journal of Nutrition Education Behaviour* 39: 13-19

World Health Organisation (WHO) (2003): Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, 916, Genf.

www.bmgf.gv.at (Zugriff: 11. Jänner.2010)

http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/attachments/1/6/8/CH0525/CMS1262702645400/pk_unterlage_gesundheitsbarometer.pdf (Zugriff: 22. Februar 2010)

www.community-health.eu (Zugriff: 30. 9. 2009 und 11. 1. 2010)

www.dge.de (Zugriff: 19. September 2009)

www.einherzfuerwien.at (Zugriff: 4. Februar 2010)

www.fem.at (Zugriff: 4. Februar 2010)

www.gesundegemeinde.ooe.gv.at (Zugriff: 4. Februar 2010)

www.men-center.at (Zugriff: 4. Februar 2010)

www.freizeitforschung.at (Zugriff: 12. Jänner 2010 und 3. Februar 2010)

www.wien.gv.at (Zugriff: 4. Februar 2010)

9. ANHANG: FRAGEBOGEN

Chance

Community Health Management to Enhance Behaviour

Fragebogen

Guten Tag, mein Name ist _____. Ich komme von der Universität Wien, Institut für Ernährungswissenschaften und führe im Rahmen des Projektes CHANCE eine Befragung zur Gesundheit im Stadtteil Simmering - Schneiderviertel durch.

Gesundheit und persönliches Wohlbefinden sind eng miteinander verbunden. Was tue ich, um gesund zu leben? Woher weiß ich wie ich mich gesund ernähre, bewege und wie ich mich wohl fühlen kann?

Aber wie und wo finde ich Empfehlungen, Ratschläge, Tipps, die für meinen Alltag hilfreich sind? Wer oder was unterstützt mich dabei? Diesen Fragen möchten wir nun genauer nachgehen. So können wir im Herbst / Winter passende Angebote in Ihrem Stadtteil entwickeln.

1. Ich bekomme hilfreiche Informationen für meine Gesundheit

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	immer	manchmal	nie
Ich kann alle Informationen zur Gesundheit, die ich möchte, in meinem Stadtteil bekommen.....	☐	☐	☐
Ich verstehe die Anweisungen meines Arztes.....	☐	☐	☐
Die meisten Informationen zur Gesundheit verwirren mich	☐	☐	☐

2. Ich bekomme Gesundheitsinformationen von (Bitte maximal 3 der am häufigsten genutzten Informationsquellen ankreuzen)

Freunden.....	☐	Schule meiner Kinder.....	☐
Familie.....	☐	Apotheke.....	☐
Fernsehen.....	☐	Ernährungsindustrie (Lebensmittelkennzeichn. ...)	☐
Zeitung.....	☐	Gemeinde-/ Stadtverwaltung.....	☐
Internet.....	☐	Institutionen, Einrichtungen, Vereine...	☐
Nachbarn.....	☐	Staat, Regierung.....	☐
Arzt.....	☐	Sonstigen.....	☐

Bitte geben Sie Ihre wichtigste Quelle für Gesundheitsinformationen an:

3. Es ist einfach, Gesundheitsinformationen in meinem Alltag umzusetzen.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft sehr zu

trifft zu

weder noch

trifft weniger zu

trifft gar nicht zu

☐
☐
☐
☐
☐

4. Wenn ich Probleme habe, finde ich meistens eine Lösung.

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft zu

weder noch

trifft nicht zu

☐
☐
☐

5. Wenn ich Probleme mit meiner Gesundheit, Ernährung oder Bewegung habe, ...

(mehrere Antworten sind möglich)

frage ich meine Familie.....

☐

frage ich meine Freunde.....

☐

frage ich meine Nachbarn.....

☐

frage ich meinen Arzt.....

☐

frage ich meinen
Lebensmittelhändler.....

☐

frage ich meinen Trainer.....
besuche ich einen Vortrag.....

☐
☐

besuche ich einen Kurs.....
suche ich im Internet.....

☐
☐

besuche ich ein Gruppentreffen von
Menschen mit ähnlichen Problemen...

☐

Sonstiges.....

☐

6. Wenn ich daran denke, wie ich zuhause und in meinem Stadtteil lebe ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft zu

weder noch

trifft nicht zu

Mein Zuhause ist sicher.....

☐
☐
☐

Ich fühle mich wohl zuhause.....

☐
☐
☐

Mein Zuhause ist erholsam.....

☐
☐
☐

Ich lebe räumlich zu beengt.....

☐
☐
☐

Ich mag meine Wohnung/ mein Haus.....

☐
☐
☐

Ich kenne niemanden aus meiner Nachbarschaft.....

☐
☐
☐

Ich habe die besten Nachbarn, die man haben kann.....

☐
☐
☐

Ich lebe in einer gesunden Umgebung.....	☐	☐	☐
Ich lebe in einem Gebiet mit zu viel Verkehrslärm.....	☐	☐	☐
Ich lebe in einem Gebiet mit sauberer Luft.....	☐	☐	☐
Ich fühle mich sicher in meinem Stadtteil.....	☐	☐	☐
Ich würde lieber in einem anderen Stadtteil wohnen.....	☐	☐	☐

7. Ich lebe in meiner Wohnung/ meinem Haus als...

(Bitte zutreffende Antwort
ankreuzen)

Eigentümer	Mieter, Pächter	Unter- mieter
☐	☐	☐

8. Ich lebe in einer Wohnung/ einem Haus mit ...

(Bitte zutreffende Antwort
ankreuzen)

bis zu 60 m ²	61-80 m ²	81-100 m ²	mehr als 100 m ²
☐	☐	☐	☐

9. So viel Zeit verbringe ich täglich draußen ...

(Bitte zutreffende Antwort
ankreuzen)

weniger als 1 Stunde	1-2 Stunden	2-3 Stunden	mehr als 3 Stunden
☐	☐	☐	☐

10. Ich treibe gerne Sport (z.B. Wandern, Radfahren, Schwimmen, Ballsport ...)

(Bitte zutreffende Antwort
ankreuzen)

mehr als 5 Stunden pro Woche	3-5 Stunden pro Woche	1-3 Stunden pro Woche	0-1 Stunden pro Woche	selten, nie
☐	☐	☐	☐	☐

11. Ich treibe Sport in/ im ...

(mehrere Antworten sind
möglich)

freier Natur (Wald, ...)	privater Umgebung	Fitness Studio	Sportverein	anderswo
☐	☐	☐	☐	☐

Limonade, Cola	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tee.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kaffee.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wein, Sekt.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bier.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spirituosen.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. Wer bereitet im Haushalt die Mahlzeiten zu?

(mehrere Antworten sind möglich)

Eltern	ich selbst	Partner	Kinder	Großeltern	Andere
☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Wer kauft Lebensmittel und Dinge des täglichen Bedarfs für den Haushalt ein?

(mehrere Antworten sind möglich)

Eltern	ich selbst	Partner	Kinder	Großeltern	Andere
☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Ich brauche Unterstützung in meinem Haushalt für ...

(mehrere Antworten sind möglich)

putzen.....	☐	kochen.....	☐
einkaufen.....	☐	Verwaltung (Formulare ausfüllen, Amtsgänge)	☐
pflegen.....	☐	Kinderbetreuung	☐
persönliche Hygiene.....	☐	Sonstiges	☐
		Keine Unterstützung nötig	☐

20. Für mich ist meine Gesundheit ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr wichtig	wichtig	weder noch	weniger wichtig	gar nicht wichtig
☐	☐	☐	☐	☐

21. Allgemein würde ich sagen ist meine Gesundheit ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr gut	gut	weder noch	schlecht	sehr schlecht
☐	☐	☐	☐	☐

22. Ich erwarte für die nächsten 3 Jahre, dass mein Gesundheitszustand ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sich verbessert	gleich bleibt	sich verschlechtert
-----------------	---------------	---------------------

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

23. Ich sehe täglich Fernsehen ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

0-1 Stunde	1-2 Stunden	2-4 Stunden	mehr als 4 Stunden
------------	-------------	-------------	--------------------

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

24. Was heißt „5 am Tag“?

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

5 Mahlzeiten pro Tag.....	☐	5 Portionen Obst/ Gemüse pro Tag...	☐
---------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

5 Flaschen Wasser pro Tag	☐	weiß nicht.....	☐
---------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

25. Für wie viele Tage kann ich frisches Faschiertes in meinem Kühlschrank lagern?

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

0 Tage	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage	weiß nicht
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

26. Um gesund zu sein,

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft zu	weder noch	trifft nicht zu
-----------	------------	-----------------

halte ich im Kühlschrank die richtige Temperatur.....	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

bewege ich mich täglich.....	☐	☐	☐
------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

esse ich täglich Obst und Gemüse.....	☐	☐	☐
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

rauche ich nicht.....	☐	☐	☐
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

wasche ich mir nach Benutzung der Toilette die Hände..	☐	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

lasse ich rohes Fleisch nicht in Kontakt m. anderen Lebensm. kommen	☐	☐	☐
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

27. Den folgenden Aussagen stimme ich zu/ nicht zu ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

stimme sehr zu	stimme zu	weder noch	stimme weniger zu	stimme gar nicht zu
----------------	-----------	------------	-------------------	---------------------

Meine Familie ist mir wichtig..	☐	☐	☐	☐
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Meine Karriere ist mir wichtig	☐	☐	☐	☐
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gesund zu leben ist langweilig.....	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist wichtig in der Stadtteilarbeit mitzuwirken....	☐	☐	☐	☐	☐
Umweltschutz ist mir wichtig..	☐	☐	☐	☐	☐
Ich gebe mehr Geld für gesunde Lebensmittel aus....	☐	☐	☐	☐	☐
Mich interessiert aktiver Sport	☐	☐	☐	☐	☐

28. Wenn ich Gemeindevorsteher wäre, würde ich die folgenden Dinge ändern, um die Gesundheit in meinem Stadtteil zu verbessern

29. Mein Alter ist ... (Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

unter 20 Jahre	21 – 30 Jahre	31 – 40 Jahre	41 – 50 Jahre	51-60 Jahre	61 – 70 Jahre	71 – 80 Jahre	81 und mehr Jahre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. Ich bin ...

weiblich.....	☐
männlich.....	☐

31. Dies ist meine/ mein ...

Körpergröße (in cm).....	_____
Körpergewicht (in kg).....	_____

32. Ich lebe ... (Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

allein.....	☐	nur mit einem Partner.....	☐
mit Kind/ Kindern.....	☐	mit Partner und Kind/ Kindern.....	☐
mit Anderen.....	☐	_____.....	☐

33. So viele Personen leben in meinem Haushalt ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)	1 Person	2 Personen	3 Personen	4 Personen	5 Personen	6 und mehr Personen
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. Mein höchster Schulabschluss ist ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)	kein Abschluss	Hauptschul- abschluss	Lehre / Fachschule	Matura
	☐	☐	☐	☐

35. Ich ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

studiere**arbeite
teilzeit****arbeite
vollzeit****bin
arbeitslos****bin
Hausfrau****bin
Rentner**☐☐☐☐☐☐**36. Verglichen mit anderen Leuten dieses Stadtteils ist mein Einkommen ...**

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

**unter dem
Durchschnitt****Durchschnitt****über dem
Durchschnitt**☐☐☐**37. Meine Eltern sind in diesem Land geboren ...**

Mutter in

Vater in

38. Ich lebe in Österreich ...

seit meiner Geburt

☐

seit (Jahr)

39. Deutsch ist meine Muttersprache?☐ja ☐

nein

40. Falls Deutsch nicht meine Muttersprache ist ... Mein Deutsch ist ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr gut**gut****weder
noch****schlecht****sehr
schlecht**☐☐☐☐☐**Herzlichen Dank!**

Wichtige Information

Sie haben bereits jetzt durch das Ausfüllen des Fragebogens einen großen Beitrag für diese Studie geleistet. Es besteht außerdem noch die Möglichkeit für Sie an Veranstaltungen zur Förderung Ihrer Gesundheit und Ihres Wohlbefindens (Sportkurse, Ernährungsinformation, Gesundheitsstrasse, ...) teilzunehmen.

Ihre Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist natürlich gratis!

☐ Ich werde gerne über diverse Veranstaltungen informiert:

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, beantworten Sie bitte noch kurz folgende Fragen:

Ihr Name: _____

Ihre Adresse: _____

Ihre Telefonnummer: _____

Ihre e-mail: _____

Ihre Daten werden natürlich vertraulich behandelt!

LEBENS LAUF

Name: Stephanie Medla
Adresse: Pretschgasse 21/ 2/ 20
 1110 Wien
 Email: stephanie.medla@gmx.at
Geburtsdatum u. -ort: 28. Juni 1986 in Wien
Staatsbürgerschaft: Österreich
Famillienstand: ledig

Schulbildung:

1992-1996	VHS Wilhelm-Kreß-Platz - 1110 Wien
1996-2000	AHS Schützengasse - 1030 Wien
2000-2005	HLW 3 Erdbergstraße - 1030 Wien
2004	Fachprüfung Service und Küche
2005	Reife- und Diplomprüfung
2005-2010	Studium Ernährungswissenschaften
	Wahlschwerpunkt: Ernährungsökonomie

Kenntnisse :

English und Französisch gut in Wort und Schrift

Gute EDV und MS Office-Kenntnisse

Umsetzung des Projekts „Fit 4 School“ im Rahmen einer Lehrveranstaltung

Mitarbeit am EU-Projekt „CHANCE“ im Bereich Public Health Nutrition (Diplomarbeitsthema)

Berufserfahrung:

2001	1 Monat Praktikum in einer Filiale der BAWAG P.S.K
2003	3 Monate Praktikum im Service im Parkhotel Schönbrunn
2005	2 Monate Praktikum in der Zentrale der BAWAG P.S.K
2006	1 Monat Praktikum im Med. Diagn. Labor Dr. Spitzauer
2008	6 Wochen Praktikum beim Forum Ernährung heute
2009	1 Monat Praktikum bei der ÖGE

Stephanie Medla
 Wien, 15. März 2010