



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Gesundheits- und Ernährungskommunikation für MigrantInnen“

Verfasserin

Doris Rittenschober

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 474

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Ernährungswissenschaften

Betreuerin:

Ass.-Prof.in Dr.in Petra Rust

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei Frau. Ass.-Prof.in Dr.in Petra Rust bedanken: für die Bereitstellung des interessanten Diplomarbeitsthemas und die gute Zusammenarbeit beim CHANCE-Projekt, für die Möglichkeit, als Tutorin bei den Ernährungsphysiologischen Übungen tätig zu sein, und im Besonderen auch für die äußerst fürsorglichen Betreuungsgespräche, die uns so manche fiktive Ausflüge in die Bergwelt bescherten. Das entgegengebrachte Vertrauen in die Umsetzung meiner Ideen hat wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Dank gilt auch Mag.a Elisabeth Höld, die mit großem Eifer durch tolle Hilfestellungen und Anmerkungen bei der statistischen Auswertung geholfen und fortwährend motivierende Worte für mich gefunden hat.

Allen, die mich in den Jahren des Studiums und der Phase des Schreibens der Diplomarbeit auf ihre Art und Weise unterstützt haben und für mich da waren – ihr habt diese Zeit für mich zu etwas ganz Besonderem gemacht, danke dafür!

I INHALTSVERZEICHNIS

I	INHALTSVERZEICHNIS	I
II	TABELLENVERZEICHNIS	III
III	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	V
IV	ABBKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VI
1	EINLEITUNG	1
2	LITERATURÜBERBLICK	3
2.1	Gesundheits- und Ernährungskommunikation – theoretische Grundlagen	3
2.1.1	Der Prozess der Informationsvermittlung	5
2.1.1.1	Ernährungsbezogene/r KommunikatorIn (MittlerIn)	5
2.1.1.2	Ernährungsbezogene Aussage	5
2.1.1.3	Medium des Transfers von Ernährungswissen	6
2.1.1.3.1	Direkte Mitteilungsform (face-to-face)	6
2.1.1.3.2	Indirekte Mitteilungsformen	7
2.1.1.3.3	Wer nutzt welche Informationsträger?	11
2.1.1.4	RezipientIn des Transfers von Ernährungswissen (VerbraucherIn, KlientIn)	12
2.1.1.5	Wirkungsebene	12
2.1.1.5.1	Ernährungsbezogene Einstellung	13
2.1.1.5.2	Ernährungsbezogene Emotionen	13
2.1.1.5.3	Ernährungsbezogenes Wissen	13
2.1.1.5.4	Ernährungsbezogenes Verhalten	14
2.1.2	Formen der Ernährungskommunikation	15
2.1.2.1	Ernährungsberatung	15
2.1.2.2	Ernährungserziehung	17
2.1.2.3	Ernährungsaufklärung	18
2.1.2.3.1	Trennung der Ernährungsaufklärung hinsichtlich ihrer Interessengebundenheit	18
2.1.2.3.2	Effizienzsteigerung der Informationsvermittlung in der Ernährungsaufklärung	19
2.2	MigrantInnen – eine marginale Gesellschaftsgruppe in Österreich?	23
2.2.1	Definition: Migration	23
2.2.2	Zuwanderung nach Österreich – geschichtlicher Abriss	24
2.2.2.1	Aktuelle Situation	25
2.2.3	Migration und Gesundheit	26
2.2.4	Zugang zu Gesundheits- und Ernährungsinformationen	33
2.2.4.1	Beispiele für kommerzielle, interessengebundene Gesundheits- und Ernährungsaufklärung für MigrantInnen in Österreich	38
2.2.4.2	Beispiele für nicht kommerzielle, nicht-interessengebundene Gesundheits- und Ernährungsaufklärung für MigrantInnen in Österreich	38
3	METHODIK UND STICHPROBENBESCHREIBUNG	40
3.1	Feldarbeit	40

3.2	Aufbau des Fragebogens	41
3.3	Statistische Auswertung	44
3.4	Stichprobenbeschreibung	46
3.4.1	Stichprobenumfang und Rücklaufquote (RQ)	46
3.4.2	Geschlecht	47
3.4.3	Altersgruppen	47
3.4.4	Höchste abgeschlossene Schulbildung	48
3.4.5	Berufliche Tätigkeit	49
3.4.6	Herkunft der Eltern	50
3.4.7	Body Mass Index	50
3.4.8	Haushaltsgröße	53
3.4.9	Wohnsituation	53
3.4.10	Subjektive Einschätzung des eigenen Einkommens	54
3.4.11	Deutschkenntnisse in der MigrantInnen-Stichprobe	54
4	ERGEBNISSE UND DISKUSSION	56
4.1	Gesundheit	56
4.2	Gesundheitsinformationen	66
4.3	Sport- und Freizeitverhalten	82
4.4	Informationsverhalten, Wissen	89
4.5	Gesundheits- und Ernährungsverhalten	94
5	GESUNDHEITS- UND ERNÄHRUNGSKOMMUNIKATION FÜR MIGRANTINNEN – SCHLUSSBETRACHTUNG	117
5.1	Inhaltliche Ebene	117
5.2	Settings	119
5.3	Kommunikationsmittel	121
5.4	Verständlichkeit	121
6	ZUSAMMENFASSUNG	123
7	ABSTRACT	125
V	LITERATURVERZEICHNIS	VI
VI	TABELLENANHANG	XV
VII	ANNEX	XXIX

II TABELLENVERZEICHNIS

<i>Tabelle 1:</i>	Einteilung der beiden Stichproben in Altersgruppen	48
<i>Tabelle 2:</i>	Höchste abgeschlossene Schulbildung	49
<i>Tabelle 3:</i>	Verteilung der beiden Stichproben in den einzelnen Berufsgruppen	50
<i>Tabelle 4:</i>	Einteilung der Stichproben nach Body-Mass-Index	52
<i>Tabelle 5:</i>	Einteilung der MigrantInnen-Stichprobe nach subjektiver Einschätzung der Deutschkenntnisse	55
<i>Tabelle 6:</i>	Umgang mit rohem Fleisch	63
<i>Tabelle 7:</i>	Informiertheit über ausgewählte Gesundheitsthemen	66/67
<i>Tabelle 8:</i>	Abdeckung von Gesundheitsinformationen im Stadtteil	70
<i>Tabelle 9:</i>	Problemlösung	81
<i>Tabelle 10:</i>	Zeitliche Einschätzung des Aufenthalts im Freien	82
<i>Tabelle 11:</i>	Wissen über Aufbewahrung von frischem Faschiertem	91
<i>Tabelle 1a:</i>	Herkunftsland der Eltern – MigrantInnen-Stichprobe	XV
<i>Tabelle 2a:</i>	Einteilung der Stichproben nach BMI, Alter und Geschlecht	XVI
<i>Tabelle 3a:</i>	Einteilung der Stichproben nach Haushaltsgröße	XVI
<i>Tabelle 4a:</i>	Einteilung der Stichproben nach ihrer Wohnsituation	XVII
<i>Tabelle 5a:</i>	Einteilung der Stichproben nach subjektiver Einschätzung des eigenen Einkommens	XVII
<i>Tabelle 6a:</i>	Beurteilung der Bedeutung der Gesundheit	XVII
<i>Tabelle 7a:</i>	Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes	XVIII
<i>Tabelle 8a:</i>	Eigener Beitrag zur Gesunderhaltung	XVIII/XIX
<i>Tabelle 9a:</i>	Umgang mit Gesundheitsinformationen	XX
<i>Tabelle 10a:</i>	Quellen der Gesundheitsinformation – Signifikanzwerte zwischen den einzelnen Gruppen	XX
<i>Tabelle 11a:</i>	Umsetzung von Gesundheitsinformationen in den Alltag	XXI
<i>Tabelle 12a:</i>	Zeitlicher Aufwand für Sport pro Woche	XXI
<i>Tabelle 13a:</i>	Beurteilung des Fernsehverhaltens	XXI
<i>Tabelle 14a:</i>	Interesse an Zutaten- und Nährstoffangaben	XXII
<i>Tabelle 15a:</i>	FFQ – Signifikanzwerte zwischen den einzelnen Gruppen	XXII/XXIII

<i>Tabelle 16a:</i>	FFQ – Signifikanzwerte mit Berücksichtigung der höchsten abgeschlossenen Schulbildung von MigrantInnen	XXIV
<i>Tabelle 17a:</i>	Ausreichende Versorgung mit Mineral- und Nährstoffen	XXIV
<i>Tabelle 18a:</i>	FrISCHE Zubereitung von Mahlzeiten im Haushalt	XXV
<i>Tabelle 19a:</i>	Beachtung gesundheitsfördernder Methoden zur Speisenzubereitung	XXVI/XXVII
<i>Tabelle 20a:</i>	Verantwortlichkeit bei der Speisenzubereitung	XXVII
<i>Tabelle 21a:</i>	Verantwortlichkeit beim Lebensmittel-Einkauf	XXVIII

III ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1:</i> Ein Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit	28
<i>Abbildung 2:</i> Zukunftsorientierte Einschätzung des Gesundheitszustandes	58
<i>Abbildung 3:</i> Beurteilung von Gesundheitsinformationen	72
<i>Abbildung 4:</i> Quellen für Gesundheitsinformationen – MigrantInnen-Stichprobe	74
<i>Abbildung 5:</i> Quellen für Gesundheitsinformationen – Vergleich MigrantInnen-Stichprobe/Stichprobe ohne Migrationshintergrund	76
<i>Abbildung 6:</i> Bevorzugte Sportstätten	84
<i>Abbildung 7:</i> Wissen über Ernährungskampagne ‚5 am Tag‘	89

IV ABBKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BM	Bundesministerium
BMI	Body Mass Index
bzgl.	Bezüglich
CHANCE	Community Management to Enhance Behaviour
d	Tag
EU	Europäische Union
FAO	Federal Agricultural Organisation
FB	Fragebogen
FFQ	Food Frequency Questionnaire
h	Stunde
kg	Kilogramm
LM	Lebensmittel
m	Meter
max	maximal
min	mindestens
MW	Mittelwert
MWU	Man-Whitney-U-Test
n	Stichprobenumfang
p	Signifikanzwert
RQ	Rücklaufquote
SD	Standardabweichung
sR	standardisierte Residue(n)
UNO	United Nations Organisation
w	Woche
WHO	World Health Organisation
x^2	Chi-Quadrat nach Pearson

1 EINLEITUNG

Gesundheit wird als des Menschen höchstes Gut bezeichnet und somit große Bedeutung beigemessen. Bekanntlich ist das Wissen über einen gesunden Lebensstil essentiell für dessen Umsetzung im alltäglichen Leben.

Die Gesundheits- und Ernährungskommunikation fungiert hier als ideales Instrument, um sachliche und fachliche Informationen an eine gewünschte RezipientInnen-Gruppe zu vermitteln und fördert gleichzeitig die gesundheitliche Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung [Walter et al. 2007]. Nur wenn die Information auf der richtigen Ebene kommuniziert und auch verstanden wird, kann damit gerechnet werden, langfristige gesundheitsunterstützende Verhaltensänderungen zu bewirken [Becker 1990].

Die Vielschichtigkeit unserer Gesellschaft ist mitunter Grund dafür, dass gesundheitsfördernde Projekte nur dann höchstmögliche Reichweite und Wirksamkeit zeigen, wenn diese zielgruppenorientiert ausgerichtet sind. Das Thema „Migration und Gesundheit“ wird in Österreich erst seit kurzem thematisiert und zeigt, dass MigrantInnen als eigene heterogene Subpopulation in unserer Gesellschaft größere Beachtung finden müssen. Die spezielle Struktur dieser Gruppe soll in der Gesundheits- und Ernährungsaufklärung besonders berücksichtigt werden, da davon ausgegangen werden kann, dass sowohl Benachteiligungen im Zugang zum Gesundheitssystem und der Versorgung vorhanden sind, als auch der Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen auf unterschiedlichen Ebenen basiert [Spallek und Razum 2007]. Der Bedarf nach einem spezifischen Ansatz wird somit durch zwei Faktoren determiniert: Einerseits herrschen Schwachstellen auf der Angebotsseite vor, zum anderen stellen auf Seite der NutzerInnen die besonderen Charakteristika von MigrantInnen eine neue Herausforderung dar. Dies bedeutet in Hinblick auf die Gesundheits- und Ernährungskommunikation, dass kulturelle und linguistische Komponenten besser miteinbezogen werden müssen.

Als Ziel der vorliegenden Diplomarbeit ist es, Schwachstellen im Bereich der Gesundheits- und Ernährungskommunikation im allgemeinen und im Hinblick auf MigrantInnen im Besonderen darzustellen. Von Interesse ist es dabei auch, welche relevanten Gesundheitsthemen für diese Gruppe von Bedeutung sind, und wo die Unter-

schiede zur österreichischen Bevölkerung verankert sind – sowohl in Bezug auf die Kommunikation als auch auf inhaltlicher Ebene.

Im Rahmen des EU-Projektes *CHANCE* – Community Health Management to Enhance Behaviour sollte ein lokales Gesundheitsnetzwerk unter besonderer Berücksichtigung von sozial benachteiligten Gruppen aufgebaut werden, das die Bewohner in ihrer Informationsbeschaffung nachhaltig unterstützt, sodass sie Selbstverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können. Die Ergebnisse des verwendeten *CHANCE*-Fragebogens sollen dabei helfen, mögliche Ansatzpunkte für Interventionen – in Hinblick auf Gesundheits- und Ernährungskommunikation – für diese spezifische Gruppe der MigrantInnen herauszuarbeiten.

2 LITERATURÜBERBLICK

2.1 Gesundheits- und Ernährungskommunikation – theoretische Grundlagen

Die Gesundheitskommunikation versteht sich als interdisziplinäres Forschungsfeld, welche als Schnittstelle zwischen Kommunikations- und Gesundheitswissenschaft fungiert. Sie stellt die Weitergabe bzw. den Austausch von Informationen und Meinungen mit Hilfe von unterschiedlichen Strategien und Medien dar. An diesem Prozess sind professionelle Dienstleister der Gesundheitsversorgung, PatientInnen/KlientInnen und gesundheitsinteressierte BürgerInnen beteiligt. Das Ziel der Gesundheitskommunikation ist es, die Bevölkerung für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu motivieren und zu unterstützen [Hurrelmann und Leppin 2001].

Die Ernährungskommunikation wird in dieser Arbeit als spezifischer Themenbereich der Gesundheitskommunikation betrachtet. Die Ernährungskommunikation bedient sich teilweise eigener Strategien zur Wissensvermittlung, die in die grundlegenden Kommunikationsprozesse eingliedert sind (somit auch Teil der Gesundheitskommunikation sind), wobei der Schwerpunkt auf ernährungsbezogene Inhalte liegt.

Becker [1990] erkennt eine enge Verbindung zwischen den Begriffen ‚Information‘ und ‚Kommunikation‘ und folgert, dass die Weitervermittlung inhaltlicher Aussagen, also von Wissen, nur von einem allgemeinen Kommunikationsprozess getragen werden kann. Kommunikation findet demnach nur mit Information statt.

Laut Kreps und Thornton [1992, S.14] erfolgt menschliche Kommunikation immer dann, wenn „[...] a person responds to a message and assigns meaning to it“. Dieser grundlegende Prozess tritt auf vier aufeinander aufbauenden Ebenen auf. Diese Hierarchie der menschlichen Kommunikation gliedert sich wie folgt [Kreps und Thornton 1992]:

- *intrapersonale Kommunikation*: darunter versteht man die Kommunikation mit sich selbst. Im Zuge der Bildung und Interpretation von Botschaften kommt es zu ihrer Verschlüsselung bzw. Entschlüsselung. Dieser Vorgang befähigt

Menschen, Nachrichten zu erhalten, zu versenden und ihnen adäquate Bedeutung beizumessen. Somit bildet diese Kommunikationsart das Fundament der Hierarchie, auf der alle weiteren Stufen aufbauen.

- *interpersonale Kommunikation*: die Kommunikation findet zwischen zwei Personen (face-to-face) statt, wobei auch hier der Prozess des Kodierens und Dekodierens eine Rolle spielt um Nachrichten bzw. deren Bedeutungen zu kommunizieren. Auf dieser Ebene kommt es zur interpersonalen Bindung zwischen den beiden Personen – sie ist allgemein wichtig für die Übermittlung von gesundheitsvorsorgenden Maßnahmen.
- *Kommunikation in Klein(st)gruppen*: hier ist die Interaktion zwischen drei oder mehreren Personen gemeint, deren Bemühungen im Erreichen von allgemeinen Zielen liegen.
- *Organisationskommunikation*: sie bildet die höchste Ebene der menschlichen Kommunikationshierarchie und ist zugleich die komplexeste Form. Einzelne unabhängige Gruppen in einem sozialen Organisationssystem arbeiten auf ein gemeinsames, umfassendes Ziel hin. Die Voraussetzung für effektive Verständigung bildet eine einwandfreie Kommunikation auf den ihr untergeordneten Ebenen.
- Die *Massenkommunikation* ist Teil dieser Kommunikationsebenen, die aber nicht nahtlos in diese Pyramide eingefügt werden kann. Sie bedient sich unterschiedlicher Elemente der einzelnen Stufen [Kreps und Thornton 1992].

Auf allen Stufen der Kommunikationshierarchie werden spezifische Instrumente der Ernährungskommunikation eingesetzt, um ernährungsrelevante Informationen zu kommunizieren. Die Gesundheitsförderung steht dabei im Mittelpunkt des Interesses und bedient sich unterschiedlicher Handlungsweisen: Das Ergebnis der Organisationskommunikation findet sich vielfach in Form gesundheitsfördernder Kampagnen wieder, als Beispiel der interpersonalen Kommunikation kann das Gespräch zwischen Fachkräften des Gesundheitswesens und dem/der KlientIn genannt werden.

2.1.1 Der Prozess der Informationsvermittlung

Am kommunikativen Transferprozess von Ernährungsinformationen sind fünf Komponenten beteiligt, die sich wechselseitig beeinflussen:

1. ernährungsbezogene/r KommunikatorIn (MittlerIn)
2. ernährungsbezogene Aussage
3. Medium des Transfers von Ernährungswissen
4. RezipientIn des Transfers von Ernährungswissen (VerbraucherIn, KlientIn)
5. Wirkungsebene

2.1.1.1 Ernährungsbezogene/r KommunikatorIn (MittlerIn)

Die Rolle von KommunikatorInnen ist es, einer oder mehreren Personen ernährungsrelevante Informationen mitzuteilen. Soziologische und psychologische Faktoren beeinflussen ihre Handlungsweise in den Bereichen der Ernährungsaufklärung, -beratung und -erziehung.

2.1.1.2 Ernährungsbezogene Aussage

Damit werden alle Ernährungsinformationen bezeichnet, welche der/die KommunikatorIn an die RezipientInnen weitergibt. Als Synonyme werden häufig die Begriffe ‚Mitteilung‘, ‚Botschaft‘ oder ‚Bedeutung‘ verwendet. Der Verständlichkeit der transferierten Aussage wird große Wertigkeit beigemessen, denn sie trägt unter anderem für die entsprechende Aufnahme, Verarbeitung und Speicherung von Wissen bei.

„Als verständlich ist eine ernährungsbezogene Aussage dann zu bezeichnen, wenn sie vom Rezipienten in dem Sinne ‚dekodiert‘ wird, wie sie vom Kommunikator ‚kodiert‘ worden ist“ [Becker 1990, S.40]. Wenn also der/die RezipientIn die Information so verstanden hat, wie der/die KommunikatorIn sie gemeint hat, dann kann von einer verständlich formulierten Aussage gesprochen werden.

2.1.1.3 Medium des Transfers von Ernährungswissen

Als Medium werden alle Übertragungsmittel von ernährungsbezogenen Inhalten im Kommunikationsprozess verstanden.

Becker [1990] unterscheidet hierbei die direkte von der indirekten Mitteilungsform:

Die *direkte Mitteilungsform* ist dadurch gekennzeichnet, dass keine technischen Hilfsmittel zur Informationsübertragung herangezogen werden. Die interpersonale Kommunikation stellt demzufolge eine direkte Kommunikationsform dar, bei der Inhalte unvermittelt und direkt von einer Person auf die andere weitergegeben werden (face-to-face). Dazu werden Gespräche und Diskussionen mit ÄrztInnen, ErnährungsberaterInnen sowie unter Familienmitgliedern und Freunden gezählt, als auch Vorträge.

Bei der *indirekten Mitteilungsform* werden unterschiedliche technische Hilfsmittel eingesetzt. Fachzeitschriften, Bücher usw. dienen der Informationsübertragung genauso wie Fernsehen, Radio und Zeitungen, die auch mit der Bezeichnung ‚massenmediale Kommunikationsform‘ zusammengefasst werden können.

2.1.1.3.1 Direkte Mitteilungsform (face-to-face)

Arzt/Ärztin

Die Rolle von ÄrztInnen als Informationsquelle kann als sehr klassisch bezeichnet werden [Cotten und Gupta 2004]. Diese Berufsgruppe genießt nach wie vor hohes soziales Ansehen in der Bevölkerung was dazu führt, dass die von ihnen ausgehenden Beratungen und Interventionen erwünscht und akzeptiert werden. Demnach tragen ÄrztInnen eine große Verantwortung in Bezug auf die Informationsverbreitung.

Interessanterweise zeigt sich in vielen Studien, dass vor allem ältere Menschen in gesundheitlichen Fragen auf diese Informationsquelle vertrauen [Dierks und Schwartz 2001].

Um den Großteil von Ernährungsfragen abzuklären, dienen ÄrztInnen als ideale Ansprechpartner. In Bezug auf die Themengebiete ‚Abnehmen‘, ‚Cholesterin-Senkung‘ und ‚Lebensmittel-Allergien‘ sehen viele Personen in ihm/ihr eine hilfreiche und vor allem glaubwürdige Informationsquelle [Van Dillen und Hiddink 2008].

Zusätzlich soll hier angemerkt werden, dass es gerade im Bereich der direkten personalen Kommunikation zwischen Fachleuten des Gesundheitswesens und dem/der KlientIn (z.B. zwischen ÄrztInnen und PatientInnen) in den letzten 50 Jahren zu einem Paradigmenwechsel gekommen ist.

Das autoritative Muster, in dem sich PatientInnen hauptsächlich an den Aussagen und Anweisungen des Arztes/der Ärztin orientierten, wird vermehrt durch das partizipative Modell ersetzt. Die hierarchische Rollenverteilung wird aufgehoben, PatientInnen agieren als PartnerInnen der ÄrztInnen, diese nehmen eine Beratungsfunktion ein. Der/die ‚mündige‘ PatientIn entscheidet selbst, inwieweit die Direktiven des Arztes/der Ärztin zu befolgen sind. Diese Selbstverantwortung gegenüber der eigenen Gesundheit setzt ein hohes Maß an Informiertheit voraus. Leicht zugängliche Informationen über Gesundheit und Ernährung unterstützen dabei die Rolle der PatientInnen, als initiative AkteurInnen zu handeln [Hurrelmann und Leppin 2001; Dutta-Bergmann 2005].

2.1.1.3.2 Indirekte Mitteilungsformen

Massenmedien als Aufklärungsstrategien zeichnen sich dadurch aus, dass sie durch ihre hohe Reichweite breite Bevölkerungsgruppen ansprechen können. Durch ihre Fähigkeit, Aufmerksamkeit für Ernährungsinformationen zu wecken, regen sie Diskussionen und Gespräche in der Familie, unter Freunden und Bekannten an. Dies führt dazu, dass man sich vermehrt mit Ernährungsthemen auseinandersetzt [Lücke 2006].

Printmedien

Die tagesaktuelle Berichterstattung umfasst nicht nur Themen zu Lebensmittelsicherheit und -risiken, sondern deckt neben wirtschaftspolitischen Themen auch gesellschaftliche Entwicklungen der Ernährung ab. Ratgebermagazine und Verbraucherseiten setzen ihren Schwerpunkt vor allem auf Inhalte zum Thema Gesundheit, Schönheit, Fitness, Kochen und Wellness [Lücke 2006].

Leimüller [1997] hält in ihrer Arbeit fest, dass sich in Zeitungen und Zeitschriften ein Großteil der redaktionellen Beiträge auf genussorientierte Informationen konzentriert; zwei Drittel des Seitenumfanges werden Rezepten, Tipps für Festmenüs und Infor-

mationen über Lebensmittel gewidmet. Informationen über gesunde, bedarfsdeckende Ernährung sowie über bestimmte Krankheitsbilder und deren Prävention nehmen einen wesentlich geringeren Anteil ein.

Die Stärken der Printmedien für die Verbreitung von ernährungsbezogenen Informationen beschränken sich nicht nur auf ihre Eignung, je nach Ausrichtung ein breites Publikum oder eine bestimmte Zielgruppe anzusprechen und hohe Leserschaften zu binden. Durch die Möglichkeit, komplexe Informationen zu vermitteln, kann durch die notwendige hohe Aufmerksamkeit die beim Lesen aufgewendet werden muss, auch ein nachhaltiger Lerneffekt erzielt werden [Lücke 2006].

Unterdessen ist jedoch zu betonen, dass ein generelles Grundinteresse für Ernährungsthemen bei LeserInnen vorhanden sein muss und es daher durch diese zu einer selektiven Auswahl von Artikeln kommt [Lücke 2006].

Im Zuge von ‚Agenda-Setting‘ bestimmen JournalistInnen über die dargelegten Themenbereiche und sind somit dafür verantwortlich, mit welchen Inhalten sich LeserInnen auseinandersetzen [Kreps und Thornton 1992]. Die Themenauswahl und deren Aufbereitung durch JournalistInnen kommen dabei nicht immer dem Interesse der Ernährungsaufklärung nach [Lücke 2006].

Die Nutzung von Printmedien als Informationsquelle ist jedoch durch eine höher gebildete Leserschaft charakterisiert und somit gleichzeitig in ihrer Reichweite begrenzt [Lücke 2006; Holgado et al. 2000].

Fernsehen und Radio

Das Fernsehen spielt in der massenmedialen Informationsverbreitung eine enorme Rolle und wird in Bezug auf Ernährung und Gesundheit oftmals als wichtigste Informationsquelle genannt [Elmadfa 2005; Horch und Wirz 2005; Holgado et al. 2000; Stahl 2000].

Die Ausstrahlung unterschiedlicher Sendeformate im Fernsehen (Ratgeber, Nachrichten) ermöglicht es, das Interesse bei fast allen Bevölkerungsschichten zu wecken. Durch seine hohe Glaubwürdigkeit und Alltagsrelevanz und durch die Stilkombination

von Wort und Bild, besitzt das Fernsehen das stärkste Wirkungspotential unter den Massenmedien [Lücke 2005].

Becker [1990, S.287] erkennt die Fähigkeit dieser Medien, „[...] *Ernährungswissen wirksam weiterzuvermitteln und ernährungsbezogene Einstellungen bzw. Verhaltensweisen in Richtung gesundheitsbewussteres Essen und Trinken zu beeinflussen.*“

Gleichzeitig hält er aber fest, dass dieser Fähigkeit Grenzen gesetzt sind und eine direkte Einstellungs- und/oder Verhaltensänderung nicht möglich ist; langfristig gesehen können dennoch zumindest Ernährungsfehler berichtigt werden [Becker 1990].

Chew et al. [1998] prüften den Einfluss eines einstündigen Sendeformates über Ernährungsaufklärung („Eat Smart“) in den USA. Es können positive Veränderungen bei den ZuseherInnen erkannt werden: unabhängig von Alter, Bildung oder Haushaltsgröße wurde das Bewusstsein für Ernährungsfragen gestärkt. Langfristig wurde ein höherer Wissensstand über gesunde Ernährung erreicht, und bei wenigen stellte sich auch eine geringe Verhaltensmodifikation ein.

Die Gesundheitsorientierung von Fernsehen und Radio hat in den letzten Jahren verstärkt zugenommen, unterschiedliche Programmpunkte, Sendungen und Shows befassen sich mit Themen rund um die Gesundheit [Kreps und Thornton 1992]. Dabei wird das Fernsehen als Aufklärungsplattform vielfach durch Unterhaltungsprogramme verdrängt, komplexe und detaillierte Informationen richten sich lediglich an ein spezielles Publikum [Lücke 2006].

In einer Online-Befragung von 2007, durchgeführt von *Sozioland*¹ [2007] in Zusammenarbeit mit dem deutschen Privatsender *VOX*, wurden über 17.000 TeilnehmerInnen zum Thema Kochshows befragt. Das TV-Publikum bewertete die Kochshows durchaus positiv – fast zwei Drittel sprach den Sendeformaten eine positive Beeinflussung hinsichtlich des Koch- und Ernährungsverhaltens zu. Gleichzeitig glaubten 44 %, dass Medien generell für das Ernährungs- und Konsumverhalten der ZuseherInnen verantwortlich sind.

¹ Online-Meinungsportal der Respondi AG

In der Ernährungskommunikation wird dem **Radio** eine untergeordnete Rolle zugesprochen. Trotz seiner hohen Relevanz im Alltag kommt es in der Regel nur bedingt zu einer gesteigerten, selektiven Informationsaufnahme. Dies kann durch seine überwiegend passive Nutzung erklärt werden [Lücke 2006].

Dennoch zeigen sich effektive Einsatzmöglichkeiten dieses Mediums in Bezug auf die Gesundheitsförderung. Eine Studie von Verrall et al. [2006] zeigt die Verwendung unterschiedlicher Kommunikationsstrategien zur Bekämpfung von IDA² bei Kleinkindern in Kanada. Das Medium Radio hat sich als sehr effizient und erfolgreich bei der Informationsverbreitung und -aufnahme erwiesen.

Internet

Das Internet ist in den letzten Jahren zweifellos zu einer wichtigen Datenbank für Gesundheits- und Ernährungswissen avanciert und nimmt einen bedeutenden Stellenwert in der aktiven Informationssuche ein [Lücke 2006; Elmadfa 2005; Cotten und Gupta 2003; Goldberg 2000].

Online-SucherInnen profitieren sowohl vom einfachen Informationszugang als auch von vielseitigen Darstellungsmöglichkeiten, die zu einem individualisierten Angebot an gesundheitsrelevanten Informationen führen. Die mögliche Interaktivität lässt ein direktes NutzerInnen-Feedback – sowohl mit Fachpersonal als auch mit anderen BenutzerInnen – zu und kann anonym in Anspruch genommen werden [Cline und Haynes 2001; Cotten und Gupta 2003].

Dennoch führt die Fülle von Informationen zur Verwirrung und Unüberschaubarkeit seitens der InternetnutzerInnen. Marquis und Dubeau [2006] finden in ihrer Studie heraus, dass 62 % der 870 befragten KanadierInnen die angebotenen Informationen zu Ernährungsthemen als wenig vertrauensvoll einstufen, nur etwa ein Drittel ist von Informationen im Internet überzeugt.

² IDA = Iron Deficiency Anemia

Bauer [2001] analysiert in ihrer Studie 76 österreichische Internetseiten und beurteilt diese mit Hilfe unterschiedlicher Kriterien wie Inhalt, Urheber, Anwendungsbereich, Absicht, Handhabung und Interaktivität. In Bezug auf die Richtigkeit angegebener Informationen kann nur ein Viertel als ‚gut‘ bewertet werden, 22 % der Seiten weisen Fehler auf und 13 % können hinsichtlich ihrer Qualität als ‚schlecht‘ eingestuft werden und eignen sich nicht als Informationsquelle.

Das Problem sehen viele ExpertInnen in einer fehlenden Validierung von Internetseiten und bemängeln dargelegte Informationen. Sie fordern Kriterien zur Qualitätsbeurteilung [Elmadfa 2005; Cotten und Gupta 2004; Cline und Haynes 2001].

2.1.1.3.3 Wer nutzt welche Informationsträger?

Die Nutzung von Informationsträgern ist durch ein komplexes Wirkungsgefüge bedingt, in welches demographische, psychologische und soziologische Komponenten verankert sind. Rahmendaten wie ‚Alter‘, ‚Geschlecht‘ und ‚Schichtzugehörigkeit‘, als auch ‚Gewohnheiten‘ kennzeichnen die Präferenzen für ein bestimmtes Medium [Becker 1990].

Im zweiten Wiener Ernährungsbericht von 2004 wird die Verwendung unterschiedlicher Quellen für die Beschaffung von Ernährungsinformationen dokumentiert. Am häufigsten wenden sich die befragten Personen an Familie, Freunde und Bekannte (47 %), um Fragen zum Thema Ernährung abzuklären. Beiträge im Fernsehen werden als zweitwichtigste Informationsquelle genannt (46 %), etwa ein Viertel bezieht Informationen aus Berichten in Radio und Printmedien. 16 % der WienerInnen kontaktieren ihren Arzt/ihre Ärztin, für nur 8 % spielen Werbung und Inserate eine Rolle in der Informationsbeschaffung. Vorträge und Kurse rund um die Ernährung werden häufiger von Frauen (13,8 %) als von Männern besucht (7,3 %) [Elmadfa et al. 2005]³.

Holgado et al. [2000] untersucht die Verwendung unterschiedlicher Informationsquellen über gesunde Ernährung und deren Glaubwürdigkeit in der EU-Bevölkerung. Es zeigt

³ Bei den herangezogenen Studien war ‚Internet‘ nicht als möglich wählbare Informationsquelle angegeben.

sich, dass Massenmedien eine zentrale Rolle in der Informationsbeschaffung einnehmen, wobei mit höherem Bildungsgrad vermehrt auf diese Quelle zurückgegriffen wird. ‚Health Professionals‘, also ÄrztInnen und Fachkräfte des Gesundheitswesens, werden häufiger von Personen über 65 Jahren und von Frauen genannt.

2.1.1.4 RezipientIn des Transfers von Ernährungswissen (VerbraucherIn, KlientIn)

Der/die RezipientIn stellt das Gegenstück zum/zur KommunikatorIn dar, an ihn/sie werden ernährungsbezogene Aussagen – personal oder medial – adressiert.

Bei der Rezeption und Umsetzung von Ernährungswissen geht man von einem mehrstufigen, komplexen Informationsprozess aus, der sich aus mehreren Einzelphasen zusammensetzt.

1. Phase: Wahrnehmung und Aufnahme von Ernährungsinformationen
2. Phase: Verarbeitung und Speicherung von Ernährungsinformationen
3. Phase: Verwendung und Umsetzung von Ernährungsinformationen

2.1.1.5 Wirkungsebene

Wenn Veränderungen im psychischen Bereich und im Verhalten vorkommen, welche dem Kommunikationsprozess zugrunde liegen, spricht man von ‚Wirkung‘. Solche Veränderungen können Einstellungen, Emotionen, Wissen und Verhalten betreffen.

Kommt es innerhalb einer Stufe zu Veränderungen, so hat das oftmals Auswirkungen auf andere Bereiche. Deshalb können die Wirkungsebenen nicht getrennt voneinander betrachtet werden; sie sind funktional voneinander abhängig [Becker 1990].

Die Wirkungsebene ist dadurch charakterisiert, dass es hier sowohl zur Verwendung als auch zur Umsetzung von kognitiv gespeicherten Ernährungsinformationen kommt [Becker 1990]. Es können Einstellung, Emotion, Wissen und Verhalten durch den kommunikativen Vermittlungsprozess beeinflusst werden.

2.1.1.5.1 Ernährungsbezogene Einstellung

Darunter versteht man jene verhältnismäßig stabile Handlungsweisen der RezipientInnen, wenn diese mit spezifischen Meinungen, Ansichten und Attitüden auf ernährungsbezogene Sachverhalte, beispielsweise Nahrungsmittelauswahl oder -verzehr, reagieren. Solche Reaktionen laufen konsistent ab und können nicht auf situationspezifische Determinanten zurückgeführt werden [Becker 1990].

2.1.1.5.2 Ernährungsbezogene Emotionen

Es kommt zu inneren Erregungs- und Spannungszuständen, wenn Ernährungsinformationen aufgenommen, verarbeitet und verwertet werden. Diese innerpsychischen Vorgänge können als unangenehm oder angenehm empfunden werden. Fest steht, dass interpersonale und mediale Kommunikationsformen Emotionen zu Ernährungsthemen hervorrufen und beeinflussen können [Becker 1990].

2.1.1.5.3 Ernährungsbezogenes Wissen

Wissensbestände zum Thema Ernährung (= Ernährungswissen) werden von RezipientInnen durch bewusste Aufnahme, Verarbeitung und Speicherung von Ernährungsinformationen erweitert. Dieser Prozess kann auch als Lernen bezeichnet werden [Becker 1990].

Generell verfügen alle RezipientInnengruppen über gleichermaßen Zugang zu Informationsangeboten. Dennoch ist eine gleichmäßige Verteilung und Nutzung der Ernährungsinformationen nicht gegeben. Dieses Phänomen wird durch das Konzept der Wissensklufthypothese, erstmals formuliert von Tichenor et al [1970], erklärbar. Gemäß der Hypothese ist der Erhalt von Informationen durch spezifische Charakteristika unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen bedingt. Personen mit einem höheren Sozialstatus kommen schneller an Informationen heran verglichen mit Personen von niedrigeren Schichten.

Becker [1990, S.108] fasst treffend zusammen: *„Ein Mehr an Informationen muss nicht automatisch und generell zu einem Mehr an Wissen und damit zu einer besseren Informiertheit des Rezipienten führen. Es existieren vielmehr sozial-strukturelle*

Kommunikationsbarrieren, die einer gleichmäßigen Informationsnutzung und -verwendung entgegenstehen.“

Die Wissensklufthypothese von Tichenor et al. [1970] wird nicht von allen anschließenden Studien kritiklos übernommen.

Ettema et al. [1983] zeigen in ihrer Studie, dass Informationskampagnen nicht zwangsläufig zu einer Vergrößerung bzw. Verkleinerung der Wissenslücke zwischen besser und schlechter gebildeten Bevölkerungsgruppen führen. Sie sehen in der Motivation, Informationen zu erlangen, einen wichtigen Faktor, der zu einer möglichen Wissenskluffbeiträgt.

Laut Bericht von Gaziano [1997] tragen sowohl externe als auch interne Faktoren wesentlich zur Wissenskluff bei. Interne Faktoren, also Motivation, Interesse und ähnliche Determinanten manifestieren sich auf der individuellen Ebene, sind also für den persönlichen Wissensstand verantwortlich.

Personengruppen, bei welchen ohnehin ein großes Interesse für ihre eigene Gesundheit besteht, können durch Meldungen in Rundfunk und Presse in höherem Maße profitieren als gänzlich Uninformierte. Es kann daher nie zu einer homogenen Verteilung von Wissen kommen, sondern man spricht von differenzierten Effekten, welche durch Medien verursacht werden [Jazbinsek 2001].

2.1.1.5.4 Ernährungsbezogenes Verhalten

Als Resultat kommunikativer Vermittlung von Ernährungswissen können Handlungen im ernährungsbezogenen Verhaltensbereich (= Ernährungsverhalten) betrachtet werden. Sie äußern sich im Zusammenhang der Nahrungsmittelauswahl, -zubereitung bzw. -aufnahme.

Anlagebedingte (bio-physiologischen) Verhaltensdeterminanten wie Hungerbedürfnis, Sättigungsgefühl und physiologischer Nahrungsbedarf beeinflussen das individuelle Ernährungsverhalten genauso wie auch umweltbedingte (psycho-sozialen) Faktoren. Hierzu zählen psychologische (Kognition, Einstellung, Wissen usw.), soziologische (Sozialisationsbedingungen, Erziehungsmilieu, soziale Normen usw.) und ökonomische

(Nahrungsmittelangebot, Nahrungsmittelpreise, Einkommen usw.) Umstände [Becker 1990].

Auch mit dem richtigen Wissen kommt es nur selten zu einer Verhaltensänderung bei den VerbraucherInnen: *„Gesagt ist nicht gehört – Gehört ist nicht verstanden – Verstanden ist nicht einverstanden – Einverstanden ist nicht ausprobiert – Ausprobiert ist nicht beibehalten.“* [Ernst 1992, S.20].

Dennoch ist man sich einig, dass Information und Wissen wichtige Faktoren in der Verhaltensänderung darstellen, diese alleine aber nicht ausreichend sind [Vaandrager und Koelen 1997]. So bildet das Modell von McGuire [1989] nach wie vor einen Leitfaden für die Durchführung von Kommunikationskampagnen. Die Annahme besteht, dass ein untergeordneter Prozess (Erlangen von Wissen) eine Voraussetzung für höher geordnete Prozesse (Verhaltensänderung) darstellt [Rimal et al. 1999].

Das primäre Ziel der Ernährungsaufklärung besteht darin, durch die Verbreitung von Wissen bzw. den Ausgleich von Wissensdefiziten eine Veränderung in unterschiedlichen Wirkungsebenen – Einstellung, Emotion, Verhalten – zu bezwecken.

2.1.2 Formen der Ernährungskommunikation

Drei unterschiedliche Interventionsebenen können herangezogen werden, um Ernährungswissen an den/die VerbraucherIn zu bringen. Diese werden im Anschluss kurz erläutert, wobei der Fokus dieser Arbeit auf kommerzielle sowie nicht-kommerzielle Aufklärungsstrategien liegt.

2.1.2.1 Ernährungsberatung

Im Zuge der Ernährungsberatung kommt es zu einem persönlichen Dialog zwischen BeraterIn und KlientIn [Pudel und Westenhöfer 1998]. Diese Interventionsstrategie ist darauf fokussiert, *„[...] ernährungswissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse in praktische Ratschläge und problemlösende Handlungsanweisungen umzusetzen und sie [...] an ratsuchende Verbraucher weiterzugeben“* [Becker 1990, S.300]. Als prophy-

laktisches Instrument richtet sich die Ernährungsberatung vor allem an gesunde Menschen; ernährungsabhängigen Krankheiten soll vorgebeugt und die individuelle Leistungsfähigkeit erhalten werden. Die Beratungsmethoden für Erkrankte zielen hingegen darauf, die durch falsche Ernährungsgewohnheiten verursachten Krankheiten zu heilen und den Gesundheitszustand wiederherzustellen [Becker 1990]. In beiden Fällen handelt es sich um eine freiwillige Inanspruchnahme, bei welcher KlientInnen in ihrer Eigenverantwortlichkeit und kompetenten Handlungsfähigkeit gestärkt werden [Pudel und Westenhöfer 1998].

Der Arzt/die Ärztin als ErnährungsberaterIn

ÄrztInnen nehmen eine wesentliche Rolle in der Weitergabe von Ernährungswissen ein, vor allem auf kommunaler Ebene wird dieser Funktion große Bedeutung beigemessen. Ihnen wird große Glaubwürdigkeit zugesprochen, Sachverhalte zwischen Ernährung, Gesundheit und Krankheit durch ihre Expertise richtig zu beurteilen und folglich adäquate Behandlungsmöglichkeiten vorzuschlagen. [Becker 1990]. In der Realität aber sind auch Defizite hinsichtlich des Wissens über Ernährung gegeben [Becker 1990; Holgado et al. 2000] (siehe auch *Kapitel 2.1.1.3.1*).

Flynn et al. [2003] überprüfen in ihrer Studie das ÄrztInnenwissen über den Einfluss von Ernährung auf die Blutkonzentrationen von Triglyceriden und Lipoproteinen. Das Ergebnis zeigt, dass die befragten KardiologInnen bzw. InternistInnen nicht zwangsläufig über ausreichendes Ernährungswissen verfügen, um PatientInnen mit hohem Blutcholesterinwerten sinngemäß über Therapeutic Lifestyle Changes diets⁴ aufzuklären. Nur die Hälfte der ÄrztInnen nannte Rapsöl als gute Quelle für einfach ungesättigte Fettsäuren, nur wenige wussten über den Einfluss von Nahrungsfett auf die sich verändernden Triglycerid- bzw. HDL⁵-Werte im Blut Bescheid.

Van Dillen und Hiddink [2008] finden in ihrer Studie heraus, dass ÄrztInnen und PatientInnen unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, welche Faktoren gesund-

⁴ Der Third Report of National Cholesterol Program (ATP3) hält fest, dass eine Therapeutic Lifestyle Changes diet (TLC) für alle Patienten mit hohem Blutcholesterinwert durch den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin zu empfehlen ist. Die TLC Diät umfasst eine Energieaufnahme durch < 7% gesättigte Fettsäuren, 25-33% Gesamtfett, 50-60% Kohlenhydrate.

⁵ HDL = High Density Lipoproteins

heitsbeeinflussend sind und gewichten diese unterschiedlich: PatientInnen sind häufiger als ÄrztInnen davon überzeugt, dass Ernährung einen Einfluss auf die Gesundheit ausübt. Im Vergleich stellen ÄrztInnen Alkoholkonsum und Rauchen als wichtige Determinanten fest.

Weiters stufen PatientInnen ihr Ernährungswissen häufiger als ‚gut‘ ein als ÄrztInnen. Kushner [1995] zeigt in seiner Studie jene Barrieren auf, welche zur Erschwerung der ärztlichen Ernährungsberatung führen. Obwohl der Großteil der befragten MedizinerInnen der Notwendigkeit ihrer Beratungsfunktion zustimmt, wird nur wenig Zeit in die Abklärung von Ernährungsfragen der PatientInnen investiert. Neben den geringen zeitlichen Kapazitäten sehen praktizierende ÄrztInnen auch die niedrige PatientInnenbereitschaft, ungeeignete Lehrmaterialien und geringe Ausbildung in der Ernährungsberatung als Hindernisse, eine entsprechende Beratung durchführen zu können.

In diesem Zusammenhang wird auch auf die forcierte Zusammenarbeit zwischen MedizinerInnen und Fachpersonal der Ernährungsberatung hingewiesen.

2.1.2.2 Ernährungserziehung

Im Mittelpunkt der Ernährungserziehung steht jenes Bemühen, gesundheitsfördernde bzw. -erhaltende Ess- und Trinkgewohnheiten durch pädagogische Maßnahmen zu erreichen [Becker 1990]. Zielgruppen sind vorwiegend Kinder bis zum Beginn des Jugendalters. Ernährungserziehung findet insbesondere im familiären Umfeld statt, die Intentionen sind jedoch häufig unsystematisch, planlos, spontan und intuitiv. Außerhalb der Familie bieten Kindergarten und Schule die notwendigen Rahmenbedingungen [Pudel und Westenhöfer 1998].

Eine große Rolle spielt dabei das Lernen durch Beobachten, so werden komplexe Verhaltensformen erlangt. Nicht immer werden wünschenswerte Ernährungsmuster von Vorbildern übernommen, auch unerwünschtes Verhalten wird beobachtet [Diedrichsen 1996].

2.1.2.3 Ernährungsaufklärung

Dabei handelt es sich um eine Strategie, die sich einseitig an BürgerInnen richtet. Sie soll ihr Interesse für ernährungsbezogene Themen wecken und sie gleichzeitig für Ernährungsfragen sensibilisieren, ohne dass diese selbst nachfragen [Pudel und Westenhöfer 1998]. Für das Erreichen dieser Ziele nutzt die Ernährungsaufklärung die Werkzeuge der indirekten Kommunikation, beispielsweise Aufklärungsbroschüren, Anzeigen und Beiträge in Massenmedien wie in Radio, Fernsehen und Printmedien [Becker 1990] (siehe auch *Kapitel 2.1.1.3.2*).

2.1.2.3.1 Trennung der Ernährungsaufklärung hinsichtlich ihrer Interessengebundenheit

Nicht-kommerzielle, nicht interessengebundene Ernährungsaufklärung

Die Vermittlung von Wissen über gesundheitsbewusstes Essen und Trinken an VerbraucherInnen steht im Mittelpunkt von Aufklärungsmaßnahmen. Entscheidend ist, dass die Informationen sachkundig, objektiv und neutral sind.

Ein wichtiger Teilaspekt neben dem Abbau von quantitativen Informationsdefiziten und der Stärkung der Konsumentensouveränität⁶ ist die Richtigstellung verwirrender, einseitiger und unvollständiger Ernährungsinformationen seitens der AnbieterInnen [Becker 1990].

In Österreich betreiben das Bundesministerium für Gesundheit, das Lebensministerium und deren Institutionen wie z.B. AGES⁷, der FGÖ⁸ und auch die ÖGE⁹ Ernährungsaufklärung in diesem Sinne.

Kommerzielle, interessengebundene Ernährungsaufklärung

Vertreter der Lebensmittel- und Ernährungsindustrie, sowie deren Interessensvereinigungen zielen auf eine bewusste produktbezogene Informationsvermittlung ab. Das Interesse der VerbraucherInnen für ein bestimmtes Nahrungsmittel soll geweckt werden

⁶ Becker [1990] definiert die Konsumentensouveränität als Entscheidungs- und Handlungsfreiheit von KonsumentInnen.

⁷ AGES = Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit

⁸ FGÖ = Fonds Gesundes Österreich

⁹ ÖGE = Österreichische Gesellschaft für Ernährung

und zum Kauf des Produktes führen. Die Lebensmittelwerbung ist ein nutzvolles Instrument, den Absatz von Gütern zu fördern [Becker 1990].

Unterschiedliche Lebensmittelkonzerne fördern durch Verteilung von Broschüren den gesundheitsbewussten Einkauf von Lebensmitteln und das Wissen über gesunde Ernährung, bewerben aber gleichzeitig die Produkte ihres Sortiments. In diesem Sinne werden beispielsweise auch über die von *BILLA* eingeführte Plattform ‚Forum besser Leben‘ durch frei verfügbare Folder sowie im Internet Informationen verbreitet. Mit ähnlichen Mitteln arbeitet auch *SPAR*-Handelskette, welche durch Einführung ihrer ‚Vital‘-Linie das Ernährungsbewusstsein ihrer KonsumentInnen stärken möchte.

Die Werbung bestimmter Produkte wird durch deren Abbildung in den Broschüren erreicht und ist als verkaufsfördernde Strategie zu betrachten.

2.1.2.3.2 *Effizienzsteigerung der Informationsvermittlung in der Ernährungsaufklärung*

- **Zielgruppenorientierung**

Spezifische Unterschiede der VerbraucherInnen hinsichtlich Aufnahme, Verarbeitung und Umsetzung von Ernährungsinformation erfordern zielgruppenorientierte Strategien in der Ernährungsaufklärung. Um die einzelnen RezipientenInnengruppen gezielt ansprechen zu können, ist eine genaue Merkmals-erhebung notwendig; Informationsverhalten, Lebenssituation, Ernährungsverhalten tragen zur Identifizierung der Charakteristika einer Gruppe bei.

Es ist erforderlich, klar abgrenzbare Kollektive zu bilden, die gleiche oder ähnliche Merkmalsausprägungen aufweisen und die anhand bestimmter Eigenschaften definiert werden können. Kriterien wie geographische, demographische, sozio-ökonomische und psychologisch-kognitive Faktoren werden für die Bildung von Merkmalsgruppen herangezogen [Becker 1990].

Notwendigerweise müssen Aufklärungsmaßnahmen verstärkt auf Zielgruppen gerichtet sein, um Maßnahmen effektiver und effizienter zu gestalten. Inhaltliche und formale Gestaltungsnormen müssen Kognition und Motivation der Zielgruppe

angepasst, gleichzeitig muss auch ihre Lebens- bzw. Problemsituation berücksichtigt werden.

Schwangere, Alleinstehende, alte Menschen, Übergewichtige, Mütter mit heranwachsenden Kindern, MigrantInnen, Jugendliche und Angehörige unterer sozialer Schichten sind im besondern Maße auf zielgruppenorientierte Strategien angewiesen [Becker 1990].

- **Inhaltliche und formale Gestaltung der Ernährungsinformation**

Ernährungsabhängige Aufklärungsmaßnahmen sollen alle drei Phasen der Rezeption ansprechen bzw. auf diese ausgerichtet sein (vgl. *Kapitel 2.1.1.4*).

Ein inhaltliches Gestaltungskriterium betrifft neben dem methodischen Aspekt der Problemdarstellung auch die Art und Weise, wie RezipientInnen angesprochen werden können. Zusätzlich ist der **Grad der Verständlichkeit** von Ernährungsinformationen ausschlaggebend für eine sinngemäße Verarbeitung und Umsetzung [Fernández-Celemín und Jung 2006].

Untersuchungen belegen, dass Ernährungsinformationen für RezipientInnen nicht immer klar formuliert und einfach zu verstehen sind. Pudel und Westenhöfer [1998]¹⁰ stellen ein ‚Kommunikationsproblem‘ für die Bevölkerung fest. 1979 beurteilen mehr als zwei Drittel die angebotenen Informationen als schwer verständlich, 10 Jahre später sind es 45,6 %. Über 90 % der befragten Personen sind mit den Informationen unzufrieden; sie kritisieren das Angebot einseitiger Informationen und insbesondere deren Widersprüchlichkeit.

Zwei Arbeiten, durchgeführt am Institut für Ernährungswissenschaften an der Universität Wien, decken nur teilweise diese Resultate. In der Erhebung von Popp-Hadalin [1997] stufen immerhin 17,7 % die angebotenen Informationen als schlecht verständlich ein, bei Hitthaller [2000] sind es gerade noch 1,6 % in den Bundes-

¹⁰ Ernährungsinformation wurden durch die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1978/79 und 1989 in zwei methodisch vergleichbaren Studien beurteilt.

ländern¹¹. Beide Studien stützen jedoch mit ihren Ergebnissen die widersprüchliche und verwirrende Bewertung von Ernährungsinformationen durch die Bevölkerung.

Um die **inhaltliche Gestaltung** und auch die **Verständlichkeit** der Informationen zu gewährleisten, müssen Vokabular sowie Sprachstil so gewählt werden, dass kognitive Strukturen der RezipientInnen berücksichtigt werden um hohe textgebundene Verständlichkeit zu erreichen [Becker 1990]. Bonfadelli und Friemel [2006, S.88] stellen hinsichtlich dem Informationsgehalt von Kampagnen fest, „[...] *dass klare Botschaften kommuniziert werden sollen, die zum Nachdenken anregen, aber nicht zu einfach sein dürfen*“.

Formale Gestaltungskriterien betreffen im Wesentlichen visuell vermittelte Ernährungsinformationen. Adäquate Bild- und Farbgestaltung üben einen positiven Effekt auf die Wahrnehmung und Verarbeitung der RezipientInnen aus.

- **Distributionsstrategien**

In diesem Zusammenhang nehmen die Aspekte Zielgerichtetheit und Aktivitätsgebundenheit eine zentrale Rolle ein.

Im Zuge von gezielten Distributionsmaßnahmen (z.B. Postwurfsendungen) können Streuverluste sehr gering gehalten werden, wenn Charakteristika einzelner Zielgruppen berücksichtigt werden.

Bei der Verwendung von elektronischen Medien geht die unspezifische Ausrichtung der Ernährungsbotschaften mit hohen Streuverlusten einher. Gleichzeitig aber können viele RezipientInnengruppen auf einmal angesprochen werden und so für bestimmte Ernährungsthemen sensibilisiert werden.

Bei der Betrachtung der Aktivitätsgebundenheit sind RezipientInnen danach zu unterscheiden, ob sie als AkteurInnen agieren und sich selbst im eigenen Interesse Informationen beschaffen oder ob sie passiv und unaufgefordert (z.B. durch Post-

¹¹ Hittaler [2000] fasst die Bundesländer Steiermark, Kärnten, Ober- und Niederösterreich zusammen und vergleicht diese mit Wien.

wurfsendungen oder Abonnementzeitschriften) mit Informationen über ernährungsbezogene Themen versorgt werden.

2.2 MigrantInnen – eine marginale Gesellschaftsgruppe in Österreich?

Die Darstellung von Österreich als Einwanderungsland wird auf politischer und medialer Ebene nach wie vor weitgehend, obwohl Österreich auf eine lange Zuwanderungstradition zurückblicken kann [Bauer 2008]. Nach drei Zuwanderungsperioden seit 1961 stieg der Anteil ausländischer Staatsangehörige an der Gesamtbevölkerung von 1,4 % [Lebhart und Marik-Lebeck 2007a] auf nunmehr 10,7 % an [Statistik Austria 2010a]. Dass Migration in Österreich kein exotisches Phänomen ist, soll im nächsten Abschnitt dargelegt werden.

2.2.1 Definition: Migration

Migration beschreibt die „*Wanderungsbewegungen von (Gruppen von) Personen von einem Land in ein anderes, mit längerfristiger oder dauerhafter Verlagerung des Lebensmittelpunktes bzw. Wohnsitzes*“ [Baldaszi 2003, S.17]. Sie kann als heterogener Prozess aufgefasst werden, welcher durch unterschiedliche Gruppen (Flüchtlinge, ArbeiterInnen, AsylantInnen, WirtschaftsmigrantInnen) geprägt wird [Baldaszi 2003]. Demnach trägt internationale Migration enorm zur gesellschaftlichen und demographischen Entwicklung Österreichs bei [Lebhart und Marik-Lebeck 2007].

Hinsichtlich der Definition der Begriffe MigrantInnen bzw. Personen mit Migrationshintergrund und AusländerInnen gibt es sowohl im politischen als auch gesellschaftlichen Diskurs keinen einheitlichen Ansatz – oft werden die Begriffe synonym verwendet. Zur Unterscheidung der Gruppen werden Staatsangehörigkeit und Geburtsland herangezogen, wobei sich auch hier eine Einteilung als schwierig erweisen kann [vgl. Lebhart und Marik-Lebeck 2007a].

Auch Zeeb und Razum [2006] sehen die ausgedehnte Zielgruppendefinition – gerade in Hinblick auf die epidemiologische Migrationsforschung – als diskussionswürdigen Gegenstand. Die Verwendung des Parameters ‚Nationalität‘ erweist sich als ungeeignet, da dieser aufgrund der zunehmenden Einbürgerungen nur wenig Aufschluss über MigrantInnen und Nicht-MigrantInnen zulässt. Als Eingrenzung für den Migrations-

status werden mittlerweile das Herkunftsland (eigenes oder der Eltern), die gesprochene Sprache oder auch der Name herangezogen.

Die Statistik Austria, welche in diesem Zusammenhang die empirische Datengrundlage für sämtliche Berichte in Österreich liefert, orientiert sich nach den *Recommendations for the 2010 censuses of population and housing* der UNECE¹². Demzufolge lassen sich alle Personen als *mit Migrationshintergrund* bezeichnen, bei denen beide Elternteile im Ausland geboren wurden und sie selbst nicht unbedingt internationaler Migration ausgesetzt waren. Eine weitere Kategorisierung erfolgt in *MigrantIn erster Generation* (Person ist selbst im Ausland geboren) und *MigrantIn zweiter Generation* (Kind von zugewanderten Personen, die selbst im Inland zur Welt gekommen sind) [Statistik Austria 2010b; UNECE 2006]. Diese Gruppierung drückt die Stärke des Migrationshintergrundes aus [Lebhart und Marik-Lebeck 2007a].

2.2.2 Zuwanderung nach Österreich – geschichtlicher Abriss

Erste Zuwanderströme nach Österreich in den 1960er Jahren waren die Folge gezielter Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte, um den veränderten strukturellen und ökonomischen Bedingungen am Arbeitsmarkt gerecht zu werden. Im Zeitraum zwischen 1961 und 1974 wanderten etwa 265.000 temporäre Arbeiter – besonders männliche – nach Österreich zu. Dabei dominierten Arbeitnehmer aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei das ‚Gastarbeiter‘-System. Ein Wendepunkt in der Einwanderungspolitik führte 1974 zum Anwerbestopp. Die darauf folgende Familienmigration (zweite Zuwanderungsperiode) war jedoch für einen beinahe konstanten AusländerInnenanteil bis Ende der 80er Jahre verantwortlich [Bauer 2008]. Dieser betrug etwa 4 % der damaligen Bevölkerung [Lebhart und Marik-Lebeck 2007a].

Ab Beginn der 90er Jahre konnte die dritte Zuwanderungsperiode verzeichnet werden. Politische Umbrüche in Osteuropa und Kriegsausbrüche in Bosnien-Herzegowina 1992 und im Kosovo 1998 lösten enorme Wanderungsbewegungen nach Österreich aus [Lebhart und Marik-Lebeck 2007]. Gleichzeitig kam es zur Einführung der Quoten-

¹² UNECE = United Nations Economic Commission for Europe

regelung, welche die Anzahl der Niederlassungsbewilligungen jährlich neu festlegen und das ‚Gastarbeiter‘-System ersetzen soll [Bauer 2008].

Die Jahrtausendwende offenbart ebenfalls neue Zuwanderungsstrukturen, es sind vor allem Menschen aus dem EWR-/EU-Bereich, die nach Österreich einwandern. Die Anzahl von Personen mit fremder Nationalität steigt aber aufgrund hoher Einbürgerungsraten nur in geringem Ausmaß an [Lebhart und Marik-Lebeck 2007a].

2.2.2.1 Aktuelle Situation

Der Anteil ausländischer Bevölkerung in Österreich erreichte 2007 erstmals die 10 %-Marke. Es sind vor allem BürgerInnen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens, welche mit 36 % den größten Anteil an AusländerInnen ausmachen. SerbInnen und MontenegrinerInnen bilden den größten Teil nichtösterreichischer Staatsangehöriger, deutsche BürgerInnen haben mittlerweile TürkInnen verdrängt und bilden nun die zweitstärkste Gruppe fremder Nationen in Österreich [Lebhart und Marik-Lebeck 2007a].

Betrachtet man dies nun im Kontext des Migrationshintergrundes, können 2008 rund 17,5 % der Gesamtbevölkerung, das sind 1,442 Mio. Menschen, entweder direkter oder indirekter internationaler Migration zugeschrieben werden. Davon sind 1,078 Mio. Menschen ZuwanderInnen erster Generation, 363.400 gehören der zweiten Generation an [Statistik Austria 2009a].

Im internationalen Vergleich gehört Österreich zu jenen europäischen Staaten, die von hohen Zuwanderungsraten gekennzeichnet sind. Dieser Trend wird hauptsächlich durch positive Wanderungsbilanz (= Nettomigration¹³) erreicht, welche durchschnittlich bei +42.400 Personen/Jahr (im Zeitraum zwischen 2002 und 2005) liegt. Grundsätzlich konzentriert sich diese auf die großen Städte Österreichs, wobei Wien eine Nettozuwanderung von rund 42 % zu verzeichnen hat [Lebhart und Marik-Lebeck 2007].

Mit Stichtag 01.01.2008 betrug der AusländerInnenanteil laut Statistik Austria [2009b] für Wien 19,8 % (332.200; davon 35 % aus dem ehem. Jugoslawien inkl. Slowenien, 7,6 % deutsche Staatsangehörige und 12,1 % aus der Türkei). Nur auf Bezirksebene

¹³ Nettomigration ergibt sich aus Zuzügen minus Wegzügen

können in Wien AusländerInnenanteile von über 25 % festgestellt werden, wobei an erster Stelle Rudolfsheim-Fünfhaus (32 %) liegt, gefolgt von Leopoldstadt (27 %), Margareten, Brigittenau und Ottakring (25 %) [Lebhart und Marik-Lebeck 2007]. Grundsätzlich sieht die Bevölkerungsprognose für Wien vor, im Jahr 2035 die 2-Millionen-Einwohner-Grenze zu erreichen. Wien wird sich dabei zum ‚jüngsten‘ Bundesland entwickeln – die demographische Alterung wird durch junge ZuwanderInnen kompensiert [Bauer 2008; Marik-Lebeck et. al 2009].

Das Phänomen Migration ist überwiegend am Anstieg der Einwohnerzahl in Österreich beteiligt und beeinflusst im großen Ausmaß die Dynamik der natürlichen Bevölkerungsbilanz (Geburt und Sterbefälle). Zudem unterliegen demographische Merkmale verstärkt migrationsbedingten Veränderungen, welche sich in der Alters- und Geschlechtsstruktur auswirken [Lebhart und Marik-Lebeck 2007a]. Lebhart [2004] führt in diesem Zusammenhang auch an, dass Struktur, Form und Ausmaß des Migrationsprozesses und die Ethnie der Migranten maßgeblich an demographischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Veränderungen beteiligt sind.

2.2.3 Migration und Gesundheit

„*Migration macht krank, Migration verbessert die Gesundheitschancen*“ [Razum und Spallek 2009, S.1] – dieses Paradoxon steht im Zentrum aktueller Forschungsarbeiten zum Thema MigrantInnengesundheit. Der Widerspruch spiegelt die Komplexität dieses Gegenstands in angemessener Form wider und soll im folgenden Abschnitt aufgegriffen werden.

Migration geht immer mit Veränderungen in allen Lebensbereichen einher. Dabei entscheidet oftmals der Migrationsgrund (politisch, ökonomisch, sozial: freiwillig,/unfreiwillig) darüber, ob diese Umstellungen als negativ, also belastend oder positiv, sprich herausfordernd von Migrantinnen und Migranten aufgenommen werden. Die Folgen solcher Veränderungen stehen eng mit gesundheitlichen Aspekten im Zusammenhang; dieser wird sowohl von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als auch von eigenen Handlungsspielräumen der betroffenen Frauen und Männer getragen. Das

Bild von MigrantInnen ist oft verzerrt und negativ belastet, aber nicht alle dieser Gruppe zugehörigen Personen befinden sich in einer prekären Lebenssituation und sind vielfachen Belastungen ausgesetzt. Sie leben als aktive AkteurInnen in der Gesellschaft, nutzen ihre Ressourcen, um ein erfolgreiches Leben zu führen und sind um Gesundheitserhaltung bemüht. [Pourgholam-Ernst 2005]. Somit genießen MigrantInnen durch ihr beispielsweise teilweise ausgeprägtes soziales Netz auch gesundheitliche Vorteile [Spallek und Razum 2007].

Ein weiterer Versuch, den vielschichtigen Zusammenhang zwischen Migration und Gesundheit zu erklären, impliziert die Einbindung der sozioökonomischen Komponente.

„Migrant sein bedeutet, dass man sich mit höherer Wahrscheinlichkeit in einer sozialen Lage befindet, die mit geringeren Durchschnittseinkommen, schlechterer Bildung sowie schwierigeren Wohn- und Arbeitsbedingungen assoziiert ist.“ [Spallek und Razum 2007, S.452].

Laut neuestem Bericht des Österreichischen Integrationsfonds sind Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit öfter armutsgefährdet und neigen 3- bis 4-mal häufiger zu manifester Armut im Vergleich zu ÖsterreicherInnen. Auch im Bildungs- und Arbeitssektor sind ZuwanderInnen gegenüber der inländischen Bevölkerung häufiger benachteiligt. So findet sich beispielsweise nur ein geringer Anteil von ausländischen SchülerInnen in maturaführenden Schulen bzw. sind ZuwanderInnen häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Ebenso liegt der finanzielle Wohnaufwand bei Personen mit ausländischer Herkunft überdurchschnittlich hoch [vgl. Marik-Lebeck et al. 2009]. Anzumerken ist hier aber, dass Migration per se nicht mit einer sozialen Schlechtstellung verknüpft ist und Migration nicht zwangsläufig mit einem Statusverlust einhergehen muss.

Die Annahme, dass sich ein niedriger sozioökonomischer Status negativ auf die Gesundheit auswirken kann, wird durch einige österreichische Gesundheitsberichte bestätigt [Klimont et al. 2008a; Pochobradsky et al. 2002]. Mielck [2005, S.49] versucht

in einem Erklärungsmodell die gesundheitliche Ungleichheit zu beschreiben und pointiert diese mit seiner Hypothese „*Armut macht krank – Krankheit macht arm*“. Es wird deutlich, dass ein verstärktes Krankheitsrisiko und eine verringerte Lebenserwartung aus Armut, sozialer Benachteiligung und einer damit verbundenen Ausgrenzung resultieren [Wimmer-Puchinger 2008].

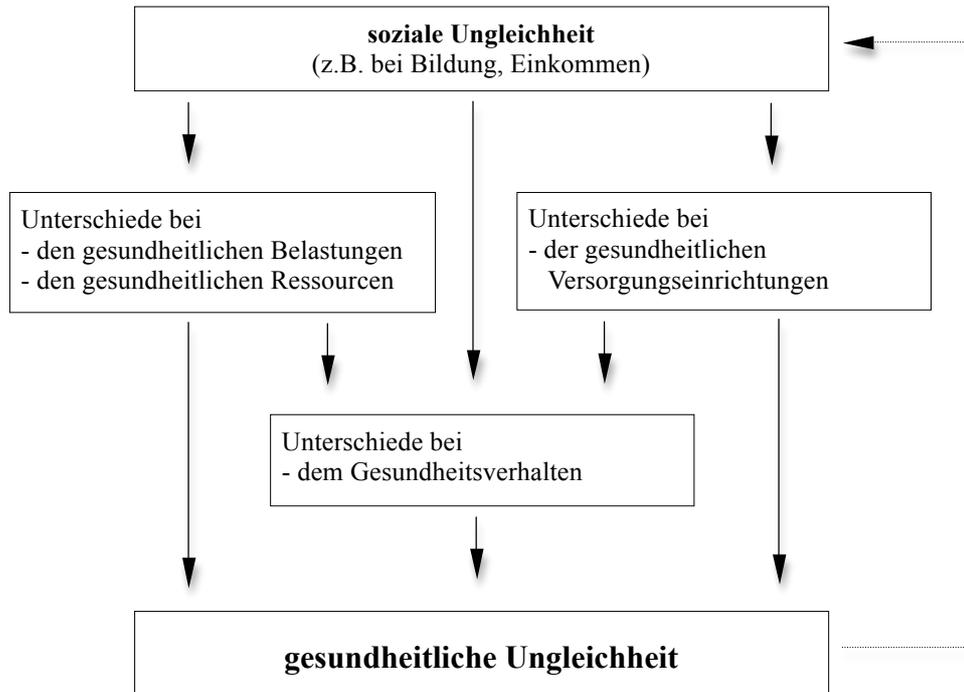


Abb. 1: Ein Modell zur Erklärung der gesundheitlicher Ungleichheit [Mielck 2008]

Gesundheitliche Belastungsprofile resultieren direkt bzw. indirekt aus sozioökonomischer Chancenungleichheit [Pammer 2006].

Der Gesundheitszustand dieser heterogenen Gruppe wird nicht ausschließlich durch deren kulturelles Gesundheitsverständnis bestimmt; er wird durch Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht bestimmt. Diese schlechte sozioökonomische Stellung von MigrantInnen kann in vielen Bereichen festgestellt werden [vgl. Marik-Lebeck et al. 2009].

Zur Betrachtung konkreter Gesundheitsindikatoren können die im Zuge der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007¹⁴ publizierten Ergebnisse herangezogen werden und sollen hier kurz zusammengefasst werden [Klimont et al. 2008a]:

- Die persönliche Gesundheitswahrnehmung wird von MigrantInnen und österreichischen Staatsangehörigen gleichermaßen als ‚sehr gut‘ bzw. ‚gut‘ beurteilt. TürkInnen als auch Personen aus Ex-Jugoslawien nehmen ihren subjektiven Gesundheitszustand als bedeutend schlechter wahr.
- MigrantInnen sind häufiger von Übergewicht betroffen und zeigen gleichzeitig ein höheres Adipositas-Risiko. Frauen sind einem 2,5fach höheren Risiko ausgesetzt, adipös zu sein; bei Männern beträgt dieser Risikofaktor 1,8.
- Der tägliche Konsum von Zigaretten ist bei Personen mit Migrationshintergrund weiter verbreitet; das Risiko, täglich zu rauchen ist bei ihnen doppelt so hoch.
- Sowohl Migrantinnen als auch Migranten betreiben weniger häufig Sport, wobei der Unterschied für Frauen größer ist. Die Wahrscheinlichkeit für sportliche Inaktivität ist bei Migrantinnen um den Faktor 2, bei Migranten um 1,4 höher verglichen mit ÖsterreicherInnen. In der Gruppe der 15-34-jährigen männlichen Personen zeigen sich keine Unterschiede der Aktivitätsquote zwischen den beiden Gruppen.

Diese Ergebnisse decken sich oftmals mit den Daten aus internationalen Studien [Lassetter und Callister 2009]. In Europa sind es beispielsweise Deutschland, die Niederlande und auch die Schweiz, deren Forschungsbeiträge zum Thema MigrantInnengesundheit eine kompakte Datengrundlage liefern.

- Dijkshoorn et al. [2008] untersuchen die Prävalenz für Übergewicht und Adipositas unter türkischen und marokkanischen MigrantInnen in den Niederlanden. Die Krankheitshäufigkeit mit 57-89 % unter den MigrantInnen ist hoch und vor allem unter türkischen Frauen mit niedrigem Bildungsgrad ausgeprägt.
- Brussaard et al. [2001] schildern in ihrer Studie über die Ernährungsgewohnheiten niederländischer MigrantInnen, dass deren Aufnahme von Makronähr-

¹⁴ Als ‚MigrantInnen‘ werden jene Personen bezeichnet, die entweder im Ausland geboren sind oder die ausländische Staatsbürgerschaft besitzen; in diesem Bericht werden österreichische Staatsangehörige mit türkischen BürgerInnen und Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien verglichen.

stoffen mit den holländischen Empfehlungen weitestgehend übereinstimmen. Die Zufuhr von Mikronährstoffen ist hingegen zu gering. Zusätzlich weisen ihre Resultate auf ein erhöhtes Risiko zu Übergewicht bei türkischen und marokkanischen Befragten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung hin.

- Der Schwerpunktbericht des deutschen Bundes ‚Migration und Gesundheit‘¹⁵ beschäftigt sich im Detail mit Mortalität und Morbidität der ausländischen Bevölkerung in Deutschland. In Hinsicht auf ausgewählte Gesundheitsparameter zeichnet sich ein bekanntes Bild ab: die Gesundheitszufriedenheit nimmt im Alter vor allem unter den MigrantInnen stärker ab als unter den deutschen Befragten; die BMI-Werte der nichtdeutschen Frauen mittleren und höheren Alters liegen gegenüber deutschen Frauen deutlich höher, gleichzeitig ist die Adipositasprävalenz bei Migrantinnen über 40 Jahren ausgeprägter; der Anteil an männlichen Rauchern ist unter ausländischen Staatsangehörigen merklich größer; der Konsum von Alkohol ist unter Deutschen weiter verbreitet, dieser nimmt aber mit zunehmender Aufenthaltsdauer von zugewanderten Personen bzw. bei deren Kindern und Enkeln zu [Razum et al. 2008].
- Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit hält in ihrem Report ‚Migration und Gesundheit – Bundesstrategie Phase II‘ ähnliche Details zur MigrantInnen-gesundheit fest. Verglichen mit der Schweizer Bevölkerung stuft die Migrationsbevölkerung ihren Gesundheitszustand wesentlich schlechter ein. Im Bereich Alkohol- und Tabakkonsum, Ernährung und Bewegung zeigen insbesondere jugendliche MigrantInnen ein ausgeprägtes riskantes Verhalten. MigrantInnen leiden wesentlich häufiger an Übergewicht bzw. Fettsucht als die Schweizer Bevölkerung, innerhalb der MigrantInnengruppe sind vor allem Schulkinder und die Altersklasse 51–60 Jahre besonders häufig übergewichtig [Cerutti 2008].

Dass Migration aber per se kein Gesundheitsrisiko darstellt, spiegelt sich in einem Phänomen wieder, das in der Literatur als ‚**healthy-migrant effect**‘ bekannt ist: die Sterblichkeitsrate ist bei erwachsenen Zuwanderern oftmals niedriger als bei der einheimischen Bevölkerung. Dieser Mortalitätsvorteil resultiert einerseits aus einer gesunden (Selbst-)Auswahl im Zuge der Migration (nur gesunde Personen migrieren),

¹⁵ Auswertung des Sozioökonomischen Panels SOEP 1984/1992/2002

andererseits werden unterschiedliche internationale Todesursachen (Todesstatistik ist verzerrt) als Grund für diesen Effekt angeführt [Razum und Rohrmann 2002]. Darüber hinaus erörtern Razum und Twardella [2002], dass sich mit längerer Aufenthaltsdauer von MigrantInnen im Zielland das Krankheitsprofil nur langsam an jenes der heimischen BürgerInnen angleicht bzw. positive Gesundheitsprofile bewahrt werden. Denn die MigrantInnengesundheit ist eben auch durch niedrige ursachenspezifische Risiken gekennzeichnet, die nach der Migration – je nach individueller Lebensweise – noch viele Jahre weiter getragen werden können [Razum et al. 2004].

Ebenso reflektieren **kulturelle Anpassungen** an das Zuzugsland sowie die **Aufenthaltsdauer** das Gesundheitsverhalten sowie die Gesundheit selbst.

Das Annähern an westliche Ernährungsweisen versteht sich als dynamischer, multi-dimensionaler Prozess und kann sich sowohl in positiven als auch in negativen Verhaltensmodifikationen niederschlagen [Satia-Abouta et al. 2002]. Die mit dem Adaptionsprozess verbundene (mögliche) Einschränkung der gewohnten Lebensweise führt zu Änderungen der traditionellen Essgewohnheiten und zu Variationen in der Lebensmittelauswahl. Erwähnenswert sind die deutlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Generationen von MigrantInnen: ältere ZuwanderInnen orientieren sich beispielsweise stärker an gebräuchlichen Essgewohnheiten und Zubereitungen von Mahlzeiten als MigrantInnen zweiter oder dritter Generation; sie adaptieren viel schneller westliche Ernährungsweisen [Nicolaou et al. 2009].

Eine niederländische Studie von Hosper et al. [2007] untersucht das gesundheitliche Risikoverhalten von MigrantInnen mit Fokussierung auf die unterschiedlichen Generationen. Die AutorInnen halten fest, dass bei einigen Risiken eine generationsübergreifende, nachteilige Anpassung zur einheimischen Bevölkerung stattfindet (Tabakkonsum bei türkischen Männern, Übergewicht bei marokkanischen und türkischen Frauen, sportliche Inaktivität bei Türkinnen). Parallel dazu konnte ein inverser Trend eruiert werden, bei dem Frauen aus der zweiten Generation signifikant mehr rauchen als die einheimische Population.

Der **gesundheitliche Übergang** wird vor allem im Zuge der Migration von ärmeren in reichere Länder beobachtet und bringt – unter anderem – auch positive Bedingungen für die Gesundheit mit sich. Die Sterblichkeitsrate an behandelbaren Infektionskrankheiten und auch die Müttersterblichkeit sinken rasch auf das Niveau der einheimischen BewohnerInnen ab [Razum 2007].

Der Faktor ‚Migrationshintergrund‘ verursacht somit auf verschiedenen Ebenen der Gesundheit Unterschiede zwischen Menschen mit/ohne Migrationshintergrund.

Wie bereits erwähnt, können diese Differenzen nicht unmittelbar der Tatsache von vorangegangener Migration bzw. Fremdnationalität zugeschrieben werden; sie ergeben sich vielmehr durch die sozioökonomische Stellung dieser Personengruppe in der Gesellschaft, durch kulturelle Anpassung an das Zuzugsland und durch etwaige Verschiebungen des Risikoprofils für verschiedene Krankheiten.

Mögliche Erklärungen für gesundheitliche Problemstellungen können an ‚unsichtbaren Barrieren‘ liegen: der Zugang zu präventiven, kurativen und rehabilitativen Gesundheitsinstitutionen wird durch fehlendes linguistisches, interkulturelles und soziales Verständnis erschwert [Pochobradsky et al. 2002]. Gleichzeitig forcieren Sprachprobleme, Analphabetismus oder schlechte allgemeine Schulbildung, unterschiedliches Gesundheitsverhalten, erschwerter Zugang zu Informationen und geringe Kenntnisse über das Gesundheitswesen seitens der MigrantInnen diese Problematik [Akbal 1998].

Österreichweit wächst das Problembewusstsein für die spezielle gesundheitliche Lage von MigrantInnen zunehmend und man beginnt, spezifische Bedürfnisse wahrzunehmen. Trotzdem gibt es in Österreich – im Gegensatz zu Deutschland und der Schweiz – nur wenige Forschungsarbeiten, die eine gezielte MigrantInnen-spezifische Evaluierung hinsichtlich Gesundheitsverhalten verfolgen. Lediglich im Themenfeld Frauengesundheit und Migration finden sich aussagekräftige Studien, deren Forschung weitgehend auf die Untersuchung von gesundheitsrelevanten Faktoren der Migration ausgerichtet ist [Wimmer-Puchinger 2008; Baldaszi 2006; Akbal 1998].

2.2.4 Zugang zu Gesundheits- und Ernährungsinformationen

Die gesundheitliche Situation von ZuwanderInnen wird im Wesentlichen von drei Komponenten dominiert, welche den gesamten Migrationsprozess einnehmen. Abgesehen von den Bedingungen im Herkunftsland (anderer Lebensstil und Ernährungsgewohnheiten, spezifische Krankheitsprävalenzen, vorherrschende Gesundheitsversorgung, politische Situation im Heimatland) sind auch die Konditionen während der Migration (z.B. Trennung von Familie, psychosoziale Belastungen) relevant. Als dritten Einflussfaktor werden die vorherrschenden, gesundheitsrelevanten Bedingungen im Zielland (z.B. Zugang zum Gesundheitswesen, Wohn-, Arbeits- und Bildungsstrukturen, Diskriminierung) angeführt [Spallek und Razum 2007].

In der Literatur wird Migration mit gesundheitlicher Ungleichheit weitgehend in enger Verbindung gesehen. Diese Ungleichheit ist in einer übergeordneten Dimension im Gesundheitswesen des Ziellandes verankert – man spricht vom ungleichen Zugang zur Gesundheit, von denen Migrantinnen und Migranten betroffen sind [Wimmer-Puchinger et al. 2006; Razum et al. 2004; Bollini und Siem 1995]. Dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für ZuwanderInnen vielfach erschwert ist, manifestiert sich (auch in konkreten, untergeordneten Aspekten des Gesundheitswesens): in der grundsätzlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, im Angebot von Projekten zur Gesundheitsaufklärung und -prävention, im Zugang und der Weitervermittlung von Gesundheits- und Ernährungsformationen, usw. [Schenk et al. 2008; Wimmer-Puchinger et al. 2006; Keller und Baune 2005; Razum et al. 2004].

Die Zugangsbarrieren, mit denen MigrantInnen im Zusammenhang mit unterschiedlichen Gesundheitsleistungen konfrontiert sind, liegen sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nutzerseite:

Mangelnde interkulturelle Kompetenz des medizinischen Personals, ethnozentrische Ausrichtung von Angeboten, Vorbehalte gegenüber den Zielgruppen, Fehlen von Dolmetschdiensten und Muttersprachlern im Gesundheitssystem gehören u.a. zu den anbieter- bzw. professionsbezogenen Barrieren.

Auf Seiten der Migranten entpuppen sich Analphabetismus bzw. mangelnde Deutschkenntnisse, Unkenntnis über vorhandene Versorgungsleistungen bzw. Hilfs- und Beratungssysteme, unterschiedliche Krankheitskonzepte und das fehlende Vertrauen in öffentliche Einrichtungen als Hürden im Gesundheitswesen [Schenk 2007; Walter et al. 2007; Akbal 1998].

Die Sprachproblematik rückt in diesem Kontext oftmals ins Zentrum der Diskussion und birgt Herausforderungen auf beiden Seiten.

Der Begriff Health Literacy¹⁶ (Gesundheitskompetenz) wird in diesem Zusammenhang oft genannt. Eine großzügige Definition der WHO [1998, S.10] lautet:

“Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.

Health literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people's access to health information and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment.”

Mit einem entsprechenden Maß an Gesundheitskompetenz – diese beinhaltet auch eine gewisse Lese- und Schreibfähigkeit – soll es demnach möglich sein, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die positives Gesundheitsverhalten mit sich bringen. Die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen und sie in geeigneter Weise anwenden zu können, fördert die gesundheitliche Selbstbestimmung und Selbstgestaltung (Empowerment). Health literacy ist somit eine wichtige Komponente für jegliche gesundheitsbezogene Kommunikation [Walter et al. 2007; Nutbeam 2000].

Um die gesundheitliche Souveränität des Einzelnen aufrechterhalten zu können, ist die Vermittlung von adäquater und fachlicher Information in der Informations- und Aufklärungsarbeit notwendig [Berrut et al. 2006]. Im breiten Spektrum gesundheitsrelevanter Themen herrscht unter der Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund oftmals ein Wissensdefizit bezüglich konkreter Krankheiten oder gesundheitsförderlichem Verhalten.

¹⁶ Die Begriffe *food literacy* und *nutrition literacy* werden hier nicht isoliert behandelt sondern als themenspezifische Begrifflichkeiten innerhalb der *health literacy* verstanden [vgl. Büning-Fesel 2008]

Zeeb et al. [2004] fanden in ihrer Studie zur gesundheitlichen Lage von MigrantInnen heraus, dass der Kenntnisstand über vorgegebene Erkrankungen und Gesundheitsprobleme unter den deutschen StudienteilnehmerInnen höher lag als unter jenen mit Migrationshintergrund. Auch in Bezug auf eigene Krankheiten, die innerhalb der letzten sechs Monate auftraten, fühlten sich Deutsche besser informiert.

Bader et al. [2006] konstatieren in ihrer Studie ein ähnliches Bild: die Unwissenheit bezüglich Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (Gesamtcholesterinkonzentration im Blut, Blutdruck, Blutzuckerspiegel) war vor der Interventionsphase unter Migrantinnen relativ hoch.

Gleichzeitig kristallisiert sich in etlichen Untersuchungen bei MigrantInnen ein fehlendes oder nur unzureichendes Wissen über das hiesige Gesundheitssystem bzw. über unterschiedliche Versorgungseinrichtungen heraus [Kamtsiuris et al. 2007; Keller und Baune 2005]. Diese Tatsache spiegelt sich z.B. in einer geringeren Inanspruchnahme von Vorsorge- bzw. Früherkennungsuntersuchungen unter MigrantInnen wider [Klimont et al. 2008a; Schenk et al. 2008; Wimmer-Puchinger et al. 2006; Zeeb et al. 2004; Razum et al. 2004]. 70 % der Österreicherinnen im Alter von 40 und mehr Jahren haben in den letzten 3 Jahren eine Mammographie-Untersuchung in Anspruch genommen, der Anteil an Migrantinnen für diese Brustkrebsvorsorgeuntersuchung liegt bei 57 %. Ebenso wird die allgemeine Gesundenuntersuchung von der Migrationsbevölkerung seltener genutzt: 11 % der Migranten und 16 % der Migrantinnen haben diesen Service beansprucht; bei der österreichischen Bevölkerung liegt der Wert für Männer bei 23 %, für Frauen bei 21 % [Klimont et al. 2008a].

MigrantInnen können von Gesundheitsbotschaften und -angeboten, welche an die Allgemeinbevölkerung adressiert sind, nur teilweise erreicht werden. Aus diesem Grund ist eine zielgruppensensible Ausrichtung, der Einbezug von spezifischen Methoden und Medien bzw. Verteilerwegen notwendig [Blaser 2009; Spallek und Razum 2007; Berrut et al. 2006]. Das Gesundheitswesen muss sich neuen transkulturellen Anforderungen stellen, da das Spektrum der MigrantInnen zunehmend varianter und vielschichtiger, mit extremen Polen geworden ist [Collatz 1998].

Auch die Sprachproblematik darf in Hinblick auf den Zugang von MigrantInnen zur Gesundheitsvorsorge nicht unterschätzt werden. Folgendes Beispiel im Bereich der interpersonalen Kommunikation bestätigt dies:

Eine funktionierende interkulturelle Verständigung ist innerhalb der Arzt-Patienten-Kommunikation bedeutsam, bei welcher ÄrztInnen als Übermittler von gesundheitsrelevanten Informationen gelten und somit einen Teil der Grundversorgung darstellen [Keller 2004]. Wenn allerdings der Inhalt einer Mitteilung nicht verstanden wird, treten häufig Laiendolmetscher (Familienangehörige) ein, um diese Barriere zu überbrücken. Diese übersetzen aufgrund von fehlendem medizinischen Fachwissen oder Respekt, Schamgefühl und Rücksichtnahme gegenüber der Person Informationen falsch, verzerrt oder mangelhaft [Razum und Spallek 2009; Çerçi 2008; Borde 1998].

Um einer fälschlichen Informationsweitergabe entgegenzuwirken und um gleichzeitig kulturelle Konzepte einbinden zu können, wird vermehrt auf geschulte MuttersprachlerInnen bzw. MediatorInnen zurückgegriffen. Diese ‚Keypersons‘ werden bevorzugt auch im Bereich der Gesundheitsförderung und -aufklärung eingesetzt und fungieren zudem als Mittler zwischen den Kulturen [Gerken et al. 2008; Spallek und Razum 2007; Walter et al. 2007].

Die Gestaltung gesundheitsrelevanter Informationen ist komplex und impliziert migrantenspezifisches Know-How und kulturelles Feingefühl [Berrut et al. 2006]:

- Botschaften sollen umfeldbezogene und soziale Aspekte, die die Lebensweise der Zielgruppe beeinflussen, berücksichtigen [Blaser 2009; Nutbeam 2000]. Gerade im Hinblick auf die kulturelle Andersartigkeit, die sich in unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitskonzepten ausdrückt, ist ein großes Verständnis notwendig – sie ergeben sonst Störungen in der Kommunikation mit Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen [Spallek und Razum 2007].
- Die reine Übersetzung von Informationsmaterialien in eine andere Sprache ist nicht ausreichend – es müssen kulturelle Unterschiede beachtet werden um den speziellen Anforderungen der MigrantInnen gerecht zu werden [Razum 2006]. Außerdem soll diesbezüglich auf einen komplizierten und mittelschichtorientierten Sprachstil verzichtet werden [Berrut et al. 2006]. Spallek und Razum [2007] bemängeln unterdies, dass Übersetzungen häufig nur in den

Sprachen der zahlenmäßig stärksten MigrantInnengruppen vorliegen. Dabei ist anzumerken, dass die Vielfalt der Sprachanforderungen in unserer multi-kulturellen Gesellschaft wächst. Dies spielt auch im Hinblick auf die Sprachverständigung in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsleistungen eine Rolle [Collatz 1998].

- Ein hohes Ausmaß an Illiteralität bzw. Analphabetismus ist unter MigrantInnen häufig [Aumiller 2009] und bei der Entwicklung von Informationsmaterialien zu berücksichtigen [Razum et al. 2004]. Niederschwellige Angebote, die audiovisuelle Stilmittel in der Wissensvermittlung miteinbeziehen und sich auf eine verständliche, klare Bildsprache festlegen, erweisen sich als sehr förderlich [Berrut et al. 2006].

Das tatsächliche Informationsverhalten von MigrantInnen wurde in der Forschung bis dato vernachlässigt. In der österreichischen Moscheen-Kampagne [Bader et al. 2006] zeigt sich, dass die Nutzung von deutschsprachigen Medien bei Türkinnen eine eher untergeordnete Bedeutung hat; der Großteil der Frauen mit Migrationshintergrund konsumiert ausschließlich türkische Fernseh- und Radioprogramme sowie Printmedien. Wimmer-Puchinger et al. [2006] legen im Zusammenhang mit der Frauengesundheit dar, dass der Partner oft die alleinige Informationsquelle für Türkinnen darstellt.

Viele AutorInnen kritisieren den Mangel an Präventions- und Informationsarbeiten für MigrantInnen [Walter et al. 2007; Wimmer-Puchinger et al. 2006; Keller und Baune 2005; Razum et al. 2004]. Gleichzeitig aber ist man sich in der Regel innerhalb von Diskussionen einig, dass keine spezifischen Programme für diese Bevölkerungsgruppe notwendig sind, sondern die bessere Ausrichtung des bestehenden Systems auf die wachsende Heterogenität gefordert ist [Razum und Spallek 2009].

Die Notwendigkeit von Gesundheits- und Ernährungsaufklärung ist vorhanden, da:

- MigrantInnen keine marginale Gesellschaftsgruppe in Österreich sind
- ein ungleicher Zugang zum Gesundheitswesen bzw. Gesundheitsversorgung besteht
- ein Mangel an Prävention- und Aufklärungsprojekten zu beobachten ist.

2.2.4.1 Beispiele für kommerzielle, interessengebundene Gesundheits- und Ernährungsaufklärung für MigrantInnen in Österreich

Eine ausführliche Recherche zeigt, dass interessengebundene Institutionen bis dato keinen Fokus auf die in Österreich lebende MigrantInnenbevölkerung legen. Sowohl die im *Kapitel 2.1.2.3.1* vorgestellten Gesundheitslinien von *BILLA* und *SPAR* bieten die Broschüren und Informationen der genannten Handelsketten im Internet nur in deutscher Sprache an, genauso aber zeigen große Lebensmittelkonzerne wie *Danone*, *Kraft Foods* oder *Nestlé* kein für MigrantInnen abgestimmtes Informationsangebot.

2.2.4.2 Beispiele für nicht kommerzielle, nicht-interessengebundene Gesundheits- und Ernährungsaufklärung für MigrantInnen in Österreich

- Rezeptbroschüre ‚**Gesund türkisch kochen – leicht gemacht. Sağlıklı Türk mutfağı – kolay yemekler**‘, herausgegeben vom BMGFJ und der AGES, 2008. Eingeleitet wird die Broschüre mit einfach formulierten Ernährungsempfehlungen, die mit der Darstellung der Ernährungspyramide vervollständigt werden. Zudem gibt es zahlreiche Tipps für die gesunde türkische Küche, die im Nachkochen der einfachen Gerichte ihre Anwendung finden. Trotz Anpassung an ernährungsphysiologische Bedürfnisse durch Austausch von Zutaten, können türkische Ernährungsgewohnheiten beibehalten werden. Die Rezeptbroschüre ist sowohl in deutscher und türkischer Sprache formuliert und wird sowohl auf der Homepage des BMG, der AGES und in der türkischsprachigen Zeitung *Yeni Vatan Gazetesi* (Neue Heimat Zeitung) beworben [Schlögel und Kiefer 2008].
- Herz-Kreislauf-Präventionsprogramm ‚**Die Moscheen-Kampagne**‘ für türkische Frauen in Tirol, durchgeführt vom Frauengesundheitsbüro des Landes Tirol, 1999/00, 2000/01 und 2001/02. Ziel dieses Projektes ist es, ein kultursensibles und türkischsprachiges Präventionsprogramm für Herz-Kreislauf-Erkrankungen speziell für Türkinnen zu etablieren. Dabei rückt vor allem das Setting Moschee in den Vordergrund,

um diese Zielgruppe zu erreichen. Das Wissen um Risikofaktoren soll verbessert werden und bestehende kulturelle und sprachliche Barrieren abgebaut werden. Im Zuge des Projektes wurden türkischsprachige Vorträge gehalten und ärztliche Beratungsgespräche angeboten; zusätzlich wurden Blutdruckmessungen durchgeführt [Bader et al. 2006].

- Türkischsprachiges Service im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung **„Ich bleib gesund – Sağlıklı kalacağım“** in Wien 10 und 15, durchgeführt von der MA15 und von FEM Süd, 2006.

Im Zuge der Gesundenuntersuchung gibt es die Möglichkeit, sich bei allen Untersuchungsstellen in türkischer Sprache zu informieren bzw. kann die Begleitung einer türkisch-sprechenden Mitarbeiterin während der Untersuchung beansprucht werden [Wimmer-Puchinger o.J.].

3 Methodik und Stichprobenbeschreibung

Die vorliegende Arbeit wurde vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien im Rahmen des EU-Projektes¹⁷ ‚*CHANCE – Community Health Management to Enhance Behaviour*‘ gestellt.

Zielsetzung von *CHANCE* ist die Etablierung von Gesundheitsförderungsprojekten unter Berücksichtigung der lokalen Infrastruktur und Spezifika der ansässigen Bevölkerungsgruppen eines ausgewählten Stadtteils. Interventionen und eine Projektleitlinie wurden entwickelt, nachdem die Bewertung hinsichtlich Zugang zu Gesundheitsinformationen, dem Ernährungs- und Sportverhalten, der Infrastruktur und der Haushaltscharakteristika abgeschlossen war.

Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit richtet sich auf die Evaluierung von Gesundheits- und Ernährungsverhalten mit Fokus auf die Zielgruppe der MigrantInnen. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, wie MigrantInnen zu ihren Gesundheits- und Ernährungsinformationen gelangen, welche Quellen bevorzugt verwendet werden, wie Einstellungen geprägt und Informationen im Alltag umgesetzt werden.

3.1 Feldarbeit

Das *Schneiderviertel* in Wien-Simmering wurde aufgrund der Projektkriterien¹⁸ als Untersuchungsgebiet ausgewählt. Im August und September 2008 führten fünf Studentinnen innerhalb des Einzugsgebietes anfänglich persönliche Interviews durch (Haustürbefragungen, Interviews an stark frequentierten Plätzen wie z.B. Hyblerpark, türkischer Lebensmittel-Händler), später wurden Fragebögen an ansässige Personen verteilt und nach Terminvereinbarung mit den Befragten persönlich abgeholt. Außerdem wurde das in diesem Zeitraum stattfindende Grätzl-Fest dazu genutzt, weitere Er-

¹⁷ Projektpartner: Hochschule Fulda (DE); Latvia University of Agriculture, Jelgava (LV); Liverpool John Moores University (GB); Technische Universität Wien (AUT); Universität Wien (AUT); Uppsala Universität (SE); West University of Timisoara (RO); Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisation e.V. (DE)

¹⁸ Population-Goals: hoher Anteil von SeniorInnen, MigrantInnen und AlleinerzieherInnen an der Gesamtbevölkerung eines Stadtteils.

hebungen durchzuführen. Insgesamt konnten so 204 verwertbare Fragebögen gesammelt werden.

Im Anschluss an die Phase der Datenerhebung wurden verschiedene Interventionen (Kochkurse, Vorträge, Sportkurse) im Schneiderviertel angeboten. Bei dieser Gelegenheit wurden an die teilnehmenden Personen Fragebögen ausgeteilt; diese dienten der Interventionsevaluierung. Zusätzlich boten in der Interventionsphase Veranstaltungen im Stadtteil (Simmeringer Straßenfest, Nachbarschaftsfest) einen geeigneten Rahmen, um zusätzliche Erhebungen durchzuführen. 50 Bögen konnten in dieser Projektphase eingeholt werden. Die endgültige Anzahl an auswertbaren Fragebögen belief sich auf 254.

Dem Fragebogen wurde eine Identifikationsnummer (LFN¹⁹) zugeordnet, um die Anonymität zu bewahren. Gleichzeitig wurde vermerkt, wenn dieser innerhalb eines persönlichen Interviews oder alleine ausgefüllt wurde.

3.2 Aufbau des Fragebogens

Der eingesetzte Fragebogen wurde gemeinsam mit den EU-Partnern entwickelt und enthält insgesamt 40 Fragen, wobei für deren Formulierung sowohl eine offene als auch geschlossene Form gewählt wurden. Die geschlossen formulierten Fragen waren durch eine Simple-Choice- oder Multiple-Choice-Methode zu beantworten, wobei immer auf die Anzahl der Antwortmöglichkeiten hingewiesen wurde. Rahmendaten wie Körpergröße und -gewicht sowie die wichtigste Informationsquelle hinsichtlich Gesundheit wurden als offene Fragen formuliert. Elf Punkte des Fragebogens dienen der Erhebung soziodemographischer Daten.

¹⁹ LFN = Laufnummer

Für die vorliegende Arbeit relevanten Fragen (die Aufzählung orientiert sich nach Themenschwerpunkten):

Gesundheit

- Bedeutung der Gesundheit
- Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes
- Zukunftsorientierte Einschätzung des Gesundheitszustandes
- Aufrechterhaltung der Gesundheit

Gesundheitsinformationen

- Informiertheit über ausgewählte Gesundheitsthemen
- Zugang zu Gesundheitsinformationen
- Quellen der Gesundheitsinformationen
- Umsetzung von Gesundheitsinformationen in den Alltag
- Problemlösung

Sportverhalten

- Freizeitverhalten
- Sportbetätigung
- Ort der Sportbetätigung

Informationsverhalten, Wissen

- Interesse bzgl. Zutatenliste
- Wissen über Ernährungskampagne ‚5 am Tag‘
- Ernährungswissen (Hygiene)

Gesundheits- und Ernährungsverhalten

- Food Frequency Questionnaire (FFQ)
- Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln
- Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen durch die tägliche Ernährung
- Zubereitung der Mahlzeiten im Haushalt
- Häufigkeit frischer Nahrungszubereitung
- Empfehlungen bei der Nahrungszubereitung
- Einkauf von Lebensmitteln im Haushalt

In der Phase der Nachevaluierung wurde der ursprünglich verwendete Fragebogen modifiziert – es wurden teilweise neu formulierte Fragen dazugenommen bzw. einige Fragen aus dem Bogen entfernt und fließen somit nicht in die Auswertung mit ein. Erweiterte Fragen betreffen u.a. die Informiertheit über ausgewählte Gesundheitsthemen und das Gesundheits- sowie das Ernährungsverhalten. Im FFQ wurden einige großzügig definierte Lebensmittel-Angaben konkretisiert um präzisere Ergebnisse zu erhalten.

- **Zur Gänze neu sind folgende Punkte im Vergleich zum Ersterhebungsbogen:**
 - Ich bin über folgende Gesundheitsthemen gut informiert ...
 - FFQ:
 - *Topfen/Joghurt und *probiotisches Joghurt ersetzt durch: *fettarme Milchprodukte (Topfen, Magerjoghurt) und *fettreiche Milchprodukte (Schlagobers, Creme fraiche)
 - *Fleisch/Wurst ersetzt durch: *mageres Fleisch/magere Wurst (Schinken) und *fettes Fleisch/fette Wurstwaren (Salami, Extra Wurst)
 - *Öl wurde ersetzt durch: *pflanzliche Öle/Olivenöl
 - Fühlen Sie sich durch Ihre tägliche Ernährung ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt?
 - Ich nehme Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralstoffe, Ginseng, ...) ein
 - Wie oft wird in Ihrem Haushalt frisch gekocht?
 - Worauf achten Sie bei der Zubereitung Ihrer Speisen?
 -
- **Erweitert bzw. modifiziert wurden folgende Punkte im Nachevaluierungsbogen**
 - Um gesund zu sein, ... erweitert durch die Punkte: *gehe ich regelmäßig zum Arzt, *vermeide ich Stress, *achte ich auf eine ausgewogene Lebensweise
 -
- **Entfernt wurden folgende Punkte aus dem Fragebogen der Ersterhebung:**
 - Wenn ich ein Problem bezüglich meiner Gesundheit, Ernährung oder Sport habe, wende ich mich an...
 - FFQ: Mineralstoff- und Spurenelement-Supplemente

Durch diese inhaltliche Veränderung des Fragebogens, bedingt durch den Bogen der Ersterhebung und den anschließend verwendeten Fragebogen zur Nachevaluierung, kommt es zu einer veränderten Stichprobengröße bei der Auswertung der betroffenen Fragestellungen. Insgesamt haben 49 TeilnehmerInnen den Evaluierungsbogen ausgefüllt (vgl. *Kapitel 3.4.1*).

Bei der Auswertung der einzelnen Fragen wird im Ergebnisteil durch die Angabe der Stichprobengröße auf den jeweilig verwendeten Fragebogen hingewiesen:

- 68/175** (MigrantInnen/Erwachsene ohne Migrationshintergrund) – große Stichprobe beinhaltet beide Fragebögen
- 14/28** (MigrantInnen/Erwachsene ohne Migrationshintergrund) – Bogen der Nachevaluierung
- 54/147** (MigrantInnen/Erwachsene ohne Migrationshintergrund) – Fragen der Ersterhebung

Der Bogen wurde in deutscher, englischer und türkischer Sprache verteilt. Es handelt sich um einen anonymen und selbsterklärenden Fragebogen, sodass zum Ausfüllen grundsätzlich keine weiteren Hilfestellungen notwendig waren.

3.3 Statistische Auswertung

Für die statistische Auswertung der Daten aus dem Fragebogen wurde SPSS 17.0 für Mac OS X 10.4.11 verwendet.

Da der Fragebogen zur Gänze nominale und ordinale Skalenniveaus beinhaltet, werden nichtparametrischen Tests (Mann-Whitney-U-Test= MWU) durchgeführt, um Unterschiede zwischen Stichproben aufzuzeigen. Wenn jedoch die Voraussetzungen für einen T-Test gegeben sind (Normalverteilung, Homogenität), werden die Signifikanzwerte dieses Mittelwert-Vergleiches bevorzugt; diese geben einen besseren Aufschluss als die von Mann-Whitney-U-Test herangezogenen Ränge.

Das Signifikanzniveau liegt bei $\alpha = 0.95$, bei einem p-Wert von $> 0,05$ wird die Nullhypothese verworfen.

Zur Konkretisierung von signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen werden die Stichprobengröße (n), Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD) angegeben und so das Ergebnis interpretiert.

Bei der Interpretation der Kreuztabellen wird nicht auf die Stichprobengröße Rücksicht genommen, sondern immer das Chi-Quadrat (χ^2) nach Pearson herangezogen. Das Intervall für die standardisierten Residuen (sR) liegt bei -1,6/1,6.

Methodik FFQ

Grundsätzlich werden die erhobenen Daten des FFQs wie folgt ausgewertet: die einzelnen Antwortkategorien werden operationalisiert (mehrmals täglich= 1; (fast) täglich= 2; mehrmals pro Woche= 3; etwa einmal pro Woche= 4; mehrmals pro Monat= 5; selten/nie= 6), um die Verzehrshäufigkeiten mit Mittelwerten (MW) ausdrücken zu können. Zusätzlich werden auch Stichprobengrößen (n) und die Standardabweichungen (SD) angegeben.

Die einzelnen Lebensmittel werden in Lebensmittelgruppen zusammengefasst; Unterschiede zwischen den Gruppen, zwischen Frauen und Männern beider Gruppen und zwischen den Geschlechtern innerhalb des MigrantInnenkollektivs werden mittels T-Tests bzw. Man-Whitney-U-Tests errechnet. Der MWU-Test wird bei nicht homogenen Daten bzw. bei Stichprobengrößen ≤ 30 angewandt.

Bei signifikanten Unterschieden zwischen untersuchten Gruppen wird mit Hilfe von Mittelwerten und Angabe der Standardabweichungen der Unterschied konkretisiert.

Die Schwierigkeit bei der Auswertung des FFQs liegt darin, dass zwei unterschiedliche Fragebögen während der Untersuchungszeit verwendet wurden und im FFQ Lebensmittel im neuen Bogen teilweise ergänzt wurden bzw. weggelassen wurden (siehe Kapitel 3.2). Die möglichen Änderungen sind im Ergebnisteil bei den einzelnen Lebensmittel-Gruppen festgehalten und durch Angaben der Stichprobengröße (n/n) erkenntlich gemacht.

Zur Feststellung möglicher Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Kollektiven (inklusive Geschlechtertrennung beider Gruppen und innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe) werden die zwei verwendeten Fragebögen (Bogen zur Ersterhebung und zur Evaluierung) hinsichtlich der einzelnen, geänderten Lebensmittel getrennt ausgewertet.

Daraus resultieren ein kleiner Stichprobenumfang sowie Schwierigkeiten bei der Vergleichbarkeit vorhandener Daten – diese sollten somit kritisch betrachtet werden.

3.4 Stichprobenbeschreibung

3.4.1 Stichprobenumfang und Rücklaufquote (RQ)

Nach Abzug der nicht auswertbaren Bögen (Kriterien für nicht auswertbare Fragebögen waren: grob lückenhaft ausgefüllte Antworten, klar erkennbare Logistikfehler) beträgt das gesamte Untersuchungskollektiv 254 Personen. Die Rücklaufquote beträgt 40 %.

Befragt wurden Personen über 18 Jahre. Die Gesamtstichprobe (n= 254) wird in zwei Kollektive aufgeteilt, und zwar in ‚Stichprobe ohne Migrationshintergrund‘ (n= 175) und ‚MigrantInnen-Stichprobe‘ (n= 72), wobei als Definition der Gruppe mit Migration das Geburtsland herangezogen wird. Angaben zum Geburtsland fehlen in sieben Bögen. Diese werden nicht in die Bewertungen miteinbezogen, da nur Vermutungen zu ihrem Geburtsland angestellt werden können.

Bei genauer Aufschlüsselung des Geburtslandes der Eltern zeigt sich, dass vier Elternpaare mit deutscher Herkunft aufscheinen. Diese MigrantInnen fallen weg, da sie nicht zu unserem Verständnis des ‚Gastarbeiter-Migranten‘ gehören und somit nicht zu einer sozial benachteiligten Gesellschaftsgruppe in Österreich zählen.

Die berichtigte Stichprobe enthält nun 68 Personen in der MigrantInnengruppe, in der Stichprobe ohne Migrationshintergrund befinden sich 175 Personen, die Gesamtstichprobe sinkt auf n= 243.

Infolge der Modifizierung des Fragebogens zur Interventionsevaluierung kommt es zu einer verkleinerten Stichprobe von 49 TeilnehmerInnen. Diese Stichprobe kann anhand Migrationshintergrund und Geschlecht folgendermaßen charakterisiert werden: von sieben Personen gibt es keine Angabe zum Migrationshintergrund, somit ergibt sich eine Stichprobengröße von 42 Personen. Diese Stichprobe setzt sich zu einem Drittel aus

MigrantInnen (n= 14) und zu zwei Dritteln (n= 28) aus Erwachsenen ohne Migrationshintergrund zusammen.

3.4.2 Geschlecht

Gemäß Statistik Austria [2009c] leben 2008 51,3 % Frauen und 48,7 % Männer in Österreich. Zwar wurde während der *CHANCE*-Befragung ein geschlechtsneutrales Kollektiv angestrebt, dieses Ziel konnte aber weder in der Stichprobe ohne Migrationshintergrund noch unter den MigrantInnen erreicht werden. Die geschlechtsspezifische Aufteilung der MigrantInnengruppe ergibt 69,1 % Frauen und 30,9 % Männer, jene der Stichprobe ohne Migrationshintergrund 60,6 % weibliche und 39,4 % männliche TeilnehmerInnen. Diese zwei Drittel/ein Drittel-Relation mit dem hohen Frauenanteil ist im Zuge von Befragten zu Gesundheitsthemen als sehr klassisch anzusehen. Dies könnte durch deren höhere Bereitschaft zu Umfrageteilnahme bzw. durch ein höheres Interesse für gesundheitsrelevante Themen begründet werden.

Auch in der kleinen Stichprobe (n= 42) kann in Bezug auf den Frauenanteil ein ähnliches Phänomen beobachtet werden, soll jedoch aufgrund der Kollektivgröße kritisch betrachtet werden. Demnach sind alle TeilnehmerInnen der MigrantInnen-Stichprobe Frauen (n= 14), bei den Erwachsenen ohne Migrationshintergrund sind es 19 Frauen und neun Männer (67,8 % bzw. 32,2 %).

3.4.3 Altersgruppen

Die Altersstruktur der Stichproben MigrantInnen und TeilnehmerInnen ohne Migrationshintergrund wird in *Tabelle 1* dargestellt. Nahezu 80 % aller MigrantInnen sind im Untersuchungszeitraum zwischen 21 und 50 Jahre alt; mehr als ein Drittel findet sich in der Altersstufe der 31- bis 40-Jährigen. Die Stichprobe ohne Migrationshintergrund ist – im Gegensatz zu den MigrantInnen – in allen Altersklassen vertreten. Auch hier ist die Streuung auf das Alter zwischen 21 und 50 Jahre konzentriert; statistisch betrachtet deutet der Wert von $p = 0,023$ (MWU= 4854,000) auf einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen hin.

Einen signifikanten Unterschied in der Verteilung der beiden Stichproben gibt es auch in der Altersgruppe ab 60 Jahren: MigrantInnen sind weniger häufig in höheren Altersklassen verteilt ($\chi^2= 7,496$; $p= 0,006$; $sR= -2,2$) als die österreichischen TeilnehmerInnen. Dieses Merkmal spiegelt sich auch in der österreichischen Bevölkerungsdemographie wider. Bei der Altersklasse über 60 Jahre liegt der Anteil ausländischer Personen unter dem Durchschnitt [Marik-Lebeck et al. 2009].

Altersgruppen	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
unter 20	6	8,8	13	7,4
21 bis 30	19	27,9	41	23,4
31 bis 40	25	36,8	41	23,4
41 bis 50	10	14,7	39	22,3
51 bis 60	7	10,3	18	10,3
61 bis 70	-	-	16	9,1
71 bis 80	1	1,5	4	2,3
80 und älter	-	-	3	1,7
gesamt	68	100	175	100

Tabella 1: Einteilung der beiden Stichproben in Altersgruppen

3.4.4 Höchste abgeschlossene Schulbildung

Tabella 2 zeigt die Häufigkeiten der beiden Stichproben hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung. Im MigrantInnenkollektiv hat fast ein Drittel der befragten Personen einen Maturaabschluss, bei der Stichprobe ohne Migrationshintergrund ein Fünftel. Gleichzeitig sind MigrantInnen überzufällig häufiger in den unteren Bildungsschichten, besitzen demnach max. einen Hauptschulabschluss, vertreten ($\chi^2= 8,134$; $df= 1$; $p= 0,004$, $sR= 2,1$); zwischen Frauen und Männern dieses Kollektivs ist kein statistischer Unterschied feststellbar ($p= 0,842$).

Marik-Lebeck et al. [2009] konstatieren ähnliche Ergebnisse in ihrem Bericht und weisen darauf hin, dass Personen mit Migrationshintergrund sowohl in den höchsten als auch in den niedrigsten Bildungsschichten überproportional vertreten sind. Im Jahr 2007 verfügte ein Viertel aller MigrantInnen zwischen 25 und 64 Jahre über Matura oder einen akademischen Abschluss, in der selben Alterskategorie traf dies auf ein Drittel der

Erwachsenen ohne Migrationshintergrund zu. Gleichzeitig konnten 16 % aller ÖsterreicherInnen diesen Alters maximal einen Pflichtschulabschluss vorweisen, hingegen haben 48 % der TürkInnen und ZuwanderInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien keine über die die Pflichtschule hinausgehende Ausbildung.

höchste abgeschlossene Schulbildung	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
kein Abschluss	6	8,8	5	2,9
Hauptschulabschluss	18	26,5	28	16
mittlere Reife	19	27,9	98	56
Matura	21	30,9	37	21
Studium	2	2,9	7	4
fehlend	2	2,9	-	-
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 2: höchste abgeschlossene Schulbildung

3.4.5 Berufliche Tätigkeit

Befragungen wurden zu unterschiedlichen Tageszeiten durchgeführt, um ein breites Spektrum der Erwerbstätigkeit in die Studie einfließen lassen zu können. Innerhalb der Stichprobe von Personen mit Migrationshintergrund ist ein hoher Anteil an Arbeitslosen als auch an Hausfrauen auffallend. Gleichzeitig sind laut Auswertung etwa 10 % der Befragten an einer Universität/Hochschule inskribiert. In der Stichprobe ohne Migrationshintergrund sind 16 % Teil- und 44,6 % Vollzeit beschäftigt, jede/r elfte Befragte gibt an, arbeitslos zu sein.

Eine statistische Auswertung zeigt signifikant unterschiedliche Verteilungen der beiden Kollektive ($\chi^2= 26,641$; $df= 8$; $p= 0,001$): MigrantInnen sind überzufällig häufiger in der Gruppe ‚Hausfrau‘ ($sR= 3,0$), und seltener in der Rubrik ‚PensionistIn‘ ($sR= -1,9$) verteilt. In der Kategorien ‚Hausfrau‘ ist die Stichprobe ohne Migrationshintergrund hingegen signifikant weniger oft vertreten ($sR= -1,8$). Auch innerhalb des MigrantInnen-Kollektivs können signifikante Unterschiede in der Verteilung registriert werden ($\chi^2= 19,359$; $df= 6$; $p= 0,004$): Männer sind häufiger Studenten als Frauen ($sR= 2,0$ vs. $sR= -1,3$).

berufliche Tätigkeit	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
Studieren	7	10,3	7	4
Teilzeit-Arbeit	8	11,8	27	16
Vollzeit-Arbeit	20	29,4	78	44,6
arbeitslos	9	13,2	15	8,6
Hausfrau	16	23,5	12	6,9
PensionistIn	4	5,9	32	18,3
Karenz	2	2,9	2	1,1
studieren und TZ-Arbeit	-	-	1	0,6
fehlend	2	2,9	-	-
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 3: Verteilung der beiden Stichproben in den einzelnen Berufsgruppen

3.4.6 Herkunft der Eltern

Das Geburtsland der Eltern gibt einen Überblick über die Herkunft der TeilnehmerInnen aus der MigrantInnengruppe und spiegelt auch die vermutete Heterogenität wider. Die Herkunftsländer sind in *Tabelle 1a* nach Kontinenten aufgelistet, die größte Gruppe (80 %) kommt demnach aus dem europäischen Raum. Nahezu 40 % der Eltern stammen aus der Türkei, die zweitgrößte MigrantInnengruppe des Kollektivs hat ihre Herkunft im ehemaligen Jugoslawien (ca. 28 %). Nationalitäten wie Bangladesch, Rumänien, Kongo, Indien, Venezuela, Polen usw. sind in der vorliegenden Stichprobe unterrepräsentiert.

Die österreichische Wanderungsstatistik von 2008 zeigt, dass die Türkei und ex-jugoslawische Staaten nach wie vor zu den stärksten Zuwanderstaaten des Nicht-EU-Raumes gehören. Die Dominanz von Wien als Destination der ZuwanderInnen ist bis dato aufrecht [Statistik Austria 2009d].

3.4.7 Body Mass Index

In der Regel werden Körpergröße und -gewicht am häufigsten als anthropometrische Parameter ermittelt. Die Angaben zu Gewicht und Größe beruhen in dieser Studie sowohl auf eigenen Angaben, als auch auf Messungen durch geschulte Interviewer mit

Stadiometern und Körperwaagen. Da die Anzahl der so durchgeführten Messungen vernachlässigbar klein ist, werden diese wie Selbstangaben diskutiert.

Der Body Mass Index (BMI), der aus diesen beiden Größen berechnet wird, dient zur Kategorisierung von Unter- und Übergewicht bzw. Adipositas. Zur Bestimmung des BMI wird der Quotient aus Körpergewicht (kg) und Körpergröße (m) zum Quadrat errechnet.

Die WHO-Klassifizierung [1995/2000/2005] lautet wie folgt: Untergewicht bei einem BMI-Wert $< 18,5 \text{ kg/m}^2$, Werte zwischen $18,5$ und $24,9 \text{ kg/m}^2$ gelten als Normalgewicht, von Übergewicht spricht man bei einem BMI zwischen $25,0$ und $29,9 \text{ kg/m}^2$ und von Adipositas ab $30,0 \text{ kg/m}^2$.

Der durchschnittliche BMI in der MigrantInnenstichprobe beträgt für Frauen $25,6 \text{ kg/m}^2$ (SD= $\pm 4,19$; min= $18,75$; max= $35,6$; n= 43), für den männlichen Anteil der Stichprobe liegt dieser Wert bei $25,51 \text{ kg/m}^2$ (SD= $\pm 3,45$; min= $18,99$; max= $32,14$; n= 21).

In der Stichprobe ohne Migrationshintergrund ergibt der durchschnittliche BMI der teilnehmenden Frauen einen Wert von $25,27 \text{ kg/m}^2$ (SD= $\pm 4,73$; min= $17,10$; max= $40,35$; n= 102), der Wert bei Männern beträgt $26,43 \text{ kg/m}^2$ (SD= $\pm 5,36$; min= $17,16$; max= $43,25$; n= 69).

Eine geschlechtsspezifische Auswertung für die MigrantInnen hinsichtlich der BMI-Klassifizierung (Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas) ergibt, dass sowohl knapp die Hälfte der Frauen als auch der Männer in den Normalgewichtsbereich fallen (*Tabelle 4*). Weder weibliche noch männliche Personen mit Migrationshintergrund sind von Untergewicht betroffen. Jede zweite Teilnehmerin mit Migrationshintergrund überschreitet das wünschenswerte Normalgewicht, jede Vierte ist adipös.

Innerhalb der österreichischen Stichprobe zeichnet sich ein ähnliches Bild ab, wobei die Prävalenz für Übergewicht bei Männern auch hier höher liegt, verglichen mit den Frauen. Jede Fünfte der befragten Personen ist aufgrund ihrer Angaben ‚adipös‘.

Statistische Auswertungen zeigen weder bei den TeilnehmerInnen ohne, noch mit Migrationshintergrund signifikante Unterschiede im Mittel zwischen Frauen ($p= 0,691$) und Männern ($p= 0,460$).

Body-Mass-Index		Untergewicht < 18,5 kg/m ²	Normalgewicht 18,5 – 24,9 kg/m ²	Übergewicht 25 – 29,9 kg/m ²	Adipositas > 30 kg/m ²
MigrantInnen- Stichprobe (n= 68)	Frauen (n)	-	23	12	12
	%	-	48,9	25,5	25
	Männer (n)	-	10	8	3
	%	-	47,6	38,1	14,3
	gesamt (n)	-	33	20	15
	%	-	48,6	29,4	22
Stichprobe ohne Migrations- hintergrund (n= 175)	Frauen (n)	4	51	29	22
	%	3,8	48,1	27,4	20,8
	Männer (n)	1	32	22	14
	%	1,4	46,4	31,9	20,3
	gesamt (n)	5	83	51	36
	%	2,9	47,4	29,1	20,6
gesamte Stichprobe	(n)	5	116	71	51
	%	2,1	47,7	29,2	21

Tabelle 4: Einteilung der Stichproben nach Body-Mass-Index

Nach Berücksichtigung der Altersgruppen zeichnet sich folgendes Bild ab (Tabelle 2a): Migrantinnen weisen auf eine hohe Prävalenz für Übergewicht bzw. Adipositas ab 30 Jahren hin (38,2 %), rund ein Viertel der Frauen unter dieser Altersgrenze ist im Normalgewichtsbereich angesiedelt. Männer sind im geringen Ausmaß normalgewichtiger als Frauen unter 30 Jahren, die Altersstufe für ein ungünstiges Gewichtsprofil beginnt bei dieser Stichprobe ab 40 Jahren. Dennoch zeigt eine statistische Auswertung keinen signifikanten Unterschied im Verteilungsmuster zwischen den beiden Geschlechtern wenn nach verschiedenen Altersgruppen getestet wird (0–30 Jahre: $p=0,278$; 31–60 Jahre: $p=0,771$; 61 Jahre und älter: –).

Auch innerhalb der Stichprobe ohne Migrationshintergrund (Tabelle 2a) ist der Großteil der normalgewichtigen TeilnehmerInnen in der Altersgruppe der 21- bis 40-Jährigen zu finden. Jede dritte Frau im Alter zwischen 31 und 60 Jahren ist von Übergewicht bzw. Adipositas betroffen, bei den Männern ist es jeder vierte Befragte.

Zwischen den beiden Stichproben mit und ohne Migrationshintergrund können, getrennt nach Geschlecht, keine signifikanten Unterschiede in ihrer Verteilung hinsichtlich der

Altersgruppen ausgemacht werden (Frauen 0–30 Jahre: $p= 0,573$; 31–60 Jahre: $p= 0,486$; 61 Jahre und älter: $p= 0,139$; Männer 0-30 Jahre: $p= 0,651$; 31-60 Jahre: $p= 0,885$; 61 Jahre und älter: –).

3.4.8 Haushaltsgröße

Die Auswertung hinsichtlich der Haushaltsgröße (*Tabelle 3a*) zeigt, dass MigrantInnen wesentlich häufiger in größeren Familienverbänden wohnen – mehr als 60 % der Beteiligten leben in Haushalten mit 4 oder mehr Personen ($sR= > 2,5$). Ein Fünftel lebt in einem ein- oder zwei-Personenhaushalt ($sR= -2,3$ bzw. $-1,9$), jede/r Zehnte teilt sich eine Wohnung mit mindestens fünf weiteren Personen. In der Stichprobe ohne Migrationshintergrund leben mehr als 60 % der befragten TeilnehmerInnen allein oder zu zweit. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine kleine Haushaltsgröße eher Personen ohne Migrationshintergrund zugeschrieben werden kann, hingegen MigrantInnen eher in Familienverbänden zusammenleben [vgl. Marik-Lebeck et al. 2009]. Der Signifikanzwert für die oben genannten Merkmale beträgt $p= < 0,001$ ($\chi^2= 43,438$; $df= 5$). Ein geschlechtsspezifisch signifikanter Unterschied in der Verteilung innerhalb der MigrantInnengruppe kann nicht beobachtet werden ($p= 0,566$).

3.4.9 Wohnsituation

Die Wohnsituation ist erwartungsgemäß eng mit der Personenanzahl eines Haushaltes verbunden. Nahezu die Hälfte aller MigrantInnen gibt an, dass sie mit Partner und Kind/ern leben, jede/r 13. Beteiligte ist entweder alleinerziehend oder lebt allein (jeweils 7,4 %), dargestellt in *Tabelle 4a*. Knapp ein Fünftel teilt sich die Wohnung mit dem Partner – genauso häufig wurde die Antwortmöglichkeit ‚mit Anderen‘ oder ‚sonstiges‘ gewählt (Eigenangaben waren u.a. ‚Schwester‘, ‚Familie‘, ‚Eltern‘, ‚Tochter‘).

Bei Betrachtung der Stichprobe ohne Migrationshintergrund zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen entweder alleine wohnt oder lediglich mit dem Partner. 23,4 % geben an, in einem Familienverband zu leben. Fast jede/r Elfte ist alleinerziehend. Ein signifikanter Unterschied in der Verteilung der beiden Kollektive kann beobachtet werden ($\chi^2= 28,102$; $df= 5$; $p= < 0,001$). Es zeigt sich, dass Personen, die

nicht in Österreich geboren wurden, seltener alleine leben ($sR = -2,6$) und überzufällig häufig in der Kategorie ‚mit Partner und Kind/ern‘ vertreten sind ($sR = 2,5$). Überdies hinaus sind sie häufiger in der Gruppe ‚mit Anderen‘ anzutreffen ($sR = 2,4$). Innerhalb der Stichprobe der MigrantInnen kann kein signifikanter Verteilungsunterschied festgestellt werden ($p = 0,943$).

3.4.10 Subjektive Einschätzung des eigenen Einkommens

Sowohl 50 % der MigrantInnen als auch der Stichprobe ohne Migrationshintergrund schätzen ihr Einkommen – im Vergleich zu anderen Personen in ihrem Stadtteil – als durchschnittlich ein (*Tabelle 5a*). Ein knappes Drittel (32,4 %) der Personen mit Migrationshintergrund gibt an, über ein Einkommen unter dem Durchschnitt zu verfügen, in der österreichischen Vergleichsgruppe sind es 28,6 %. Deutlich mehr in Österreich geborene StaatsbürgerInnen bewerten ihr Gehalt als überdurchschnittlich (19,4 %), unter den MigrantInnen sind es 7,4 %. Dieses Verteilungsmuster der MigrantInnen in dieser Kategorie ist signifikant gering ($sR = -1,7$). Grundsätzlich gibt es weder zwischen den beiden Kollektiven einen signifikanten Unterschied in der Verteilung ($p = 0,097$), noch in der den MigrantInnengruppe zwischen den Geschlechtern ($p = 0,940$).

3.4.11 Deutschkenntnisse in der MigrantInnen-Stichprobe

Adäquate Deutschkenntnisse von Menschen mit Migrationshintergrund tragen nicht nur zu sozialer Akzeptanz bei und fördern gesellschaftliche Netzwerke – sie sind grundlegender Bestandteil der menschlichen Kommunikation, der Informationsaufnahme und -austausches und der Möglichkeit, als aktive AkteurInnen zu handeln. Dies ist natürlich auch vor dem Hintergrund der Gesundheit und Gesundheitsförderung wesentlich.

Deutschkenntnisse von MigrantInnen	Frauen		Männer	
	n	%	n	%
sehr gut	12	25,5	2	9,5
gut	17	36,2	10	47,6
weder noch	9	19,1	4	19
schlecht	3	6,4	2	9,5
sehr schlecht	2	4,3	-	-
fehlend	4	8,5	3	14,3
gesamt	47	100	21	100

Tabelle 5: Einteilung der MigrantInnen-Stichprobe nach subjektiver Einschätzung der Deutschkenntnisse

Tabelle 5 stellt – nach eigener Einschätzung – die Deutschkenntnisse innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe dar, aufgetrennt nach Geschlecht. Demnach beurteilen vergleichsweise deutlich mehr Frauen ihre Sprachkenntnisse als ‚sehr gut‘ ein. Nahezu die Hälfte der Männer und 36,2 % der Frauen geben an, über ‚gute‘ Deutschkenntnisse zu verfügen. Jeder zehnte Migrant meint, schlecht deutsch zu können. Ähnliches gilt unter den Frauen, wo jede Neunte angibt, über ‚schlechte‘ oder ‚sehr schlechte‘ Deutschkenntnisse zu verfügen. Grundsätzlich kann jedoch in der Verteilung kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern beobachtet werden ($p=0,666$)

4 ERGEBNISSE UND DISKUSSION

4.1 Gesundheit

Die subjektive Empfindung des eigenen Gesundheitszustandes gilt als idealer Indikator für das allgemeine Wohlbefinden; diese impliziert neben körperlichen insbesondere auch psychische und soziale Aspekte der Gesundheit. Mit Hilfe der folgenden formulierten Fragen sollen gesundheitsrelevante Indikatoren evaluiert werden.

Für mich ist meine Gesundheit ... (68/175)

Kategorien: sehr wichtig 1 / wichtig 2 / weder noch 3 / weniger wichtig 4 / gar nicht wichtig 5

Der Stellenwert der Gesundheit wird von beiden Kollektiven im Detail etwas unterschiedlich wahrgenommen, im Mittel aber bewertet sowohl die MigrantInnen-Stichprobe (n= 68; MW= 1,28; SD= 0,48) als auch die Stichprobe ohne Migrationshintergrund (n= 175; MW= 1,44; SD= 0,62) Gesundheit als ‚sehr wichtig‘. Die Antwortmöglichkeit ‚weniger wichtig‘ bzw. ‚gar nicht wichtig‘ wurde von keinem Erwachsenen mit Migrationshintergrund gewählt, die Kategorie ‚weder noch‘ von lediglich einer Person. Der Großteil der österreichischen TeilnehmerInnen stuft die Gesundheit entweder als ‚sehr wichtig‘ (61,1 %) oder ‚wichtig‘ (34,9 %) ein, für eine Person dieses Kollektivs hat die Gesundheit keine Bedeutung (siehe *Tabelle 6a*).

Statistische Auswertungen zeigen weder signifikante Unterschiede zwischen den beiden Stichproben ($p= 0,620$), zwischen den teilnehmenden Frauen der beiden Gruppen ($p= 0,204$), zwischen den Männern ($p= 0,144$) als auch innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe zwischen den Geschlechtern ($p= 0,710$). Unter der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund kann ebenso kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern beobachtet werden ($p= 0,874$).

Die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbegriff ist in tadellosem gesundheitlichen Zustand oftmals überflüssig und rückt erst mit einem Krankheitsvorkommen in den Vordergrund; Aspekte wie Alter, Risikoverhalten oder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten beeinflussen die Gesundheitswahrnehmung [Belz-Merk 1995]. Man kann davon ausgehen, dass jedoch Nationalitäten bzw. der

Migrationsstatus selbst keinen direkten Einfluss auf den ideologischen Wert der Gesundheit nehmen.

Allgemein würde ich sagen ist meine Gesundheit ... (68/175)

Kategorien: sehr gut 1 / gut 2 / weder noch 3 / schlecht 4 / sehr schlecht 5

Im Durchschnitt wird der eigene Gesundheitszustand als ‚gut‘ eingestuft. Das kann sowohl bei der MigrantInnen-Stichprobe (n= 68; MW= 2,01; SD= 0,74) als auch bei der Stichprobe ohne Migrationshintergrund (n= 175; MW= 2,05; SD= 0,81) beobachtet werden (*Tabelle 7a*).

Bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes ist sowohl in der MigrantInnen-Stichprobe (p= 0,958) als auch in der österreichischen Vergleichsgruppe (p= 0,644) keine deutliche Abweichung zwischen Frauen und Männern ersichtlich. Genauso zeigen sich im Vergleich von Stichprobe mit zur Stichprobe ohne Migrationshintergrund (p= 0,746), als auch geschlechtsspezifisch zwischen Frauen (p= 0,884) bzw. Männern (p= 0,805) keine signifikanten Unterschiede.

Diese Studienergebnisse gehen nicht mit Resultaten aus nationalen [vgl. Klimont et al. 2008a] und internationalen Untersuchungen einher: Gerritsen und Deville [2009] unterstützen sowohl die weitläufige These, dass Frauen ihre Gesundheit schlechter einstufen als Männer [Undén und Elofsson 2006] und konstatieren auch in Bezug auf das türkische Kollektiv geschlechtsspezifische Unterschiede. Türkinnen stufen laut Undén und Elofsson ihre Gesundheit weniger gut ein als türkische Männer und sind auch häufiger hospitalisiert. Darüber hinaus stellen auch Iglesias et al. [2003] in ihrer Studie fest, dass – unabhängig vom Zuzugszeitraum (1980 bzw. 1990) – Frauen aus Südeuropa, Finninnen und weibliche Flüchtlinge im Vergleich zu schwedischen Frauen vermehrt einen schlechten Gesundheitsstatus angeben und häufiger an psychosomatischen Beschwerden leiden.

Der Grund, weshalb die Bewertung des Gesundheitszustandes durch das MigrantInnen-Kollektiv dieser Arbeit durchaus positiv ausfällt, kann nur durch Vermutungen erklärt werden. Zum einen ist die MigrantInnen-Stichprobe äußerst ‚jung‘ – nur eine Person ist über 60 Jahre alt und dementsprechend ist auch die Prävalenz für chronische Krankheiten verglichen mit höheren Altersgruppen niedriger [vgl. Klimont

et al. 2008a]. Zum anderen fördern möglicherweise starke soziale Netzwerke unter den MigrantInnen das soziale Wohlbefinden und tragen so positiv zum Gesundheitszustand bei.

Ich erwarte für die nächsten 3 Jahre, dass mein Gesundheitszustand ... (68/175)

Kategorien: sich verbessert 1 / gleich bleibt 2 / sich verschlechtert 3

MigrantInnen zeigen sich durchaus positiv hinsichtlich ihres zukünftigen Gesundheitszustandes, knapp 45 % sind davon überzeugt, dass sich ihr Gesundheitszustand verbessern wird. Einzig drei TeilnehmerInnen glauben an eine Verschlechterung. Erwachsene aus der Stichprobe ohne Migrationshintergrund sind weniger optimistisch, weniger als ein Drittel (28,7 %) glaubt an eine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation (Abb. 2).

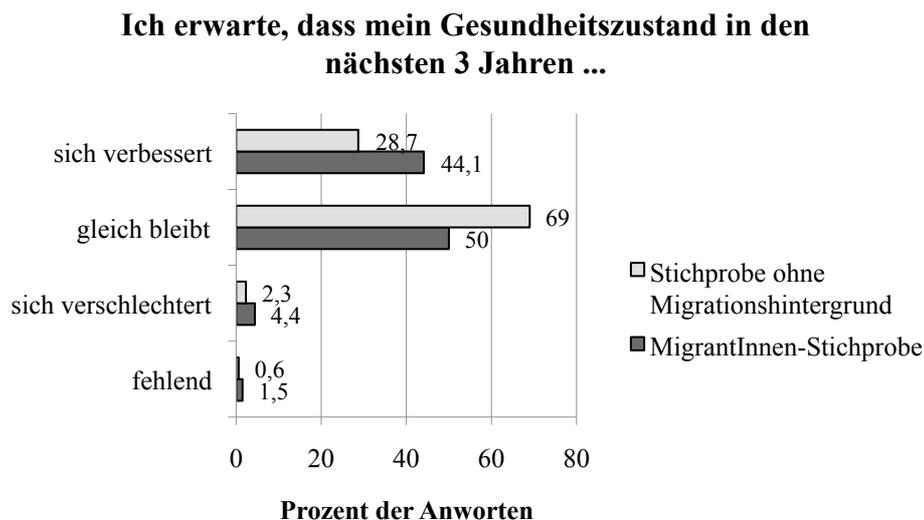


Abb. 2: Zukunftsorientierte Einschätzung des Gesundheitszustandes

Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Kollektiven (MWU= 5006,000; $p= 0,043$), der vor allem jene Tatsache darlegt, dass MigrantInnen eher von einer Verbesserung des Gesundheitszustands ausgehen (MigrantInnen-Stichprobe: $n= 67$; MW= 1,60; SD= 0,58; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n= 174$; MW= 1,74; SD= 0,49). Auch zwischen den Frauen beider Gruppen (MWU= 1855,500; $p= 0,007$) zeigt sich signifikant, dass es vor allem weibliche Erwachsene der MigrantInnen-Stichprobe sind, die an eine Verbesserung ihrer Gesundheit glauben (Migrantinnen: $n=$

46; MW= 1,52; SD= 0,55; Frauen ohne Migrationshintergrund: n= 105; MW= 1,76; SD= 0,49).

Kein signifikantes Ergebnis zeigen Berechnungen zwischen allen teilnehmenden Männern ($p= 0,736$), als auch innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe zwischen Frauen und Männern ($p= 0,140$); ebenso kann kein geschlechtsspezifischer Unterschied in der österreichischen Vergleichsstichprobe beobachtet werden ($p= 0,398$).

Vermutlich versprechen sich MigrantInnen – im Vergleich zu den Möglichkeiten in ihrem Herkunftsland – einen besseren Zugang zum lokalen Gesundheitssystem und folglich bessere gesundheitliche Versorgungsmöglichkeiten. Eine Studie aus Schweden, welche die Aufenthaltsdauer der MigrantInnen in Relation zu ihrem Gesundheitsstatus setzt, kommt zu folgendem Schluss: MigrantInnen, die weniger als 15 Jahre in Schweden beheimatet sind, bewerten ihren Gesundheitsstatus häufig als schlecht; dies könnte mit mangelnder Akkulturation zusammenhängen [Leão et al. 2009].

Um gesund zu sein, ... (68/175) bzw. (14/28)

Kategorien: trifft zu 1 / weder noch 2 / trifft nicht zu 3

Verschiedene Bereiche des individuellen Gesundheits- und Ernährungsverhaltens sollen mit Hilfe dieser Fragestellung abgeklärt werden und darüber Aufschluss geben, wie sich die Stichprobe hinsichtlich Lebensstil, Gesundheitsvorsorge und Lebensmittel- bzw. persönlicher Hygiene verhält.

Eine statistische Auswertung ist bei den Punkten ‚regelmäßiger Arztbesuch‘, ‚Stressvermeidung‘ und ‚ausgewogene Lebensweise‘ aufgrund des geringen Stichprobenumfangs ($n= 14/28$) schwierig; genauso sind die dargestellten Häufigkeitsverteilungen (*Tabelle 8a*) mit diesem Hintergrund zu betrachten. Dennoch sollen diese drei Antwortmöglichkeiten kurz dargestellt werden.

Die Frage zum **regelmäßigen Arztbesuch** der teilnehmenden Personen kann aufgrund der geringen Stichprobenzahl des MigrantInnen-Kollektivs nur unzureichend diskutiert werden. Bei drei beantworteten Bögen (von insgesamt 14) der MigrantInnen-Gruppe geben zwei Personen an, ihren Arzt/ihre Ärztin regelmäßig zu konsultieren, bei der Stichprobe ohne Migrationshintergrund trifft das auf 18 (64,3 %) der TeilnehmerInnen

zu. Jeweils fünf Personen der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund geben an, dass ein regelmäßiger Besuch beim Arzt/bei der Ärztin nicht zu ihrer Gesunderhaltung beiträgt bzw. wählen die Antwortmöglichkeit ‚weder noch‘.

Ein weiterer Punkt, der zu einem gesünderen Lebensstil beiträgt, ist **Stressvermeidung** (n= 42). Auf zwei Personen der MigrantInnenstichprobe und zwölf Personen der Stichprobe ohne Migrationshintergrund trifft Stressvermeidung zu. Acht TeilnehmerInnen der in Österreich geborenen Befragten achten nicht darauf (innerhalb der MigrantInnengruppe sind es keine Personen). ‚Weder noch‘ gaben zwei Teilnehmende der MigrantInnen- und sieben TeilnehmerInnen der Vergleichsstichprobe an.

Um sich gesund zu halten, streben drei TeilnehmerInnen der MigrantInnen-Stichprobe nach einer **ausgewogenen Lebensweise**; dies trifft auch auf 64,3 %, das sind 18 Personen der Stichprobe ohne Migrationshintergrund, zu. ‚Weder noch‘ gaben ein/e MigrantIn und fünf Befragte aus dem Vergleichskollektiv an. Weiters gaben fünf Personen (17,9 %) der Untersuchungsgruppe ohne Migrationshintergrund an, dass eine ausgewogene Lebensweise nicht zu ihrer Gesunderhaltung beiträgt. Die Stichprobengröße beträgt bei dieser Antwort n= 42.

Ein weiter Punkt im Fragebogen betrifft die **richtige Kühlschranktemperatur**; sie ist ausschlaggebend für die adäquate Lagerung von Lebensmitteln und verlängert deren Haltbarkeit. Je 84 % beider befragter Gruppen halten in ihrem Kühlschrank die richtige Temperatur, für jeweils 11 % der Kollektive trifft dies nur teilweise zu. Eine befragte Person der MigrantInnenstichprobe und neun TeilnehmerInnen des Vergleichskollektivs ohne Migrationshintergrund räumen ein, nicht auf die richtige Temperatur zu achten.

Statistisch betrachtet gibt es keine Unterschiede hinsichtlich ihrer mittleren Angaben sowohl zwischen den Kollektiven (p= 0,532), als auch zwischen Frauen (p= 0,843), Männern (p= 0,418) und auch innerhalb der MigrantInnen-Gruppe zwischen den Geschlechtern (p= 0,451).

Tägliche Bewegung ist eine essentielle Komponente eines gesunden Lebensstils. Innerhalb der MigrantInnen-Gruppe geben zwei Drittel (67,6 %) der Personen an, sich

täglich zu bewegen, bei der österreichischen Vergleichsstichprobe liegt die Häufigkeit bei 78,7 %. Für jede achte Person der MigrantInnenstichprobe und jede 20. der Stichprobe ohne Migrationshintergrund trifft tägliche Bewegung als Gesundheitsindikator nicht zu. Rund 17 % beider Stichproben wählen die Antwortmöglichkeit ‚weder noch‘. Im Mittel zeigt sich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen kein signifikanter Unterschied ($p= 0,106$), auch nicht zwischen den teilnehmenden Männern ($p= 0,561$), dafür aber zwischen den Frauen (MWU= 1948,000; $p= 0,029$) und zwischen Frauen und Männern der MigrantInnengruppe (MWU= 349,500; $p= 0,036$). Im Vergleich zu MigrantInnen üben Frauen ohne Migrationshintergrund häufiger regelmäßige Bewegung aus (Migrantinnen: $n= 45$; MW= 1,56; SD= 0,79; Frauen ohne Migrationshintergrund: $n= 105$; MW= 1,27; SD= 0,52). Ebenso gilt dies in der MigrantInnen-Stichprobe, wo Männer – im Gegensatz zu den Frauen – häufiger angeben, sich täglich zu bewegen (Migranten: $n= 21$; MW= 1,14; SD= 0,36; Migrantinnen: $n= 45$; MW= 1,56; SD= 0,79). In der österreichischen Stichprobe kann kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern errechnet werden ($p= 0,630$).

Der **tägliche Konsum von Obst und Gemüse** hilft nicht nur, den Bedarf von Vitaminen und Mineralstoffen zu decken, sondern auch das Körpergewicht zu kontrollieren und zu korrigieren. Drei Viertel der MigrantInnen-Stichprobe und 65,7 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund verzehren täglich Obst und Gemüse, für jede achte Personen beider Kollektive trifft dies jedoch nicht zu. Die Antwortmöglichkeit ‚weder noch‘ wählen rund 12 % der teilnehmenden MigrantInnen und 21 % des Vergleichskollektivs ohne Migrationshintergrund.

Eine statistische Testung hinsichtlich ihrer Verteilung zeigt im Mittel keine signifikanten Resultate zwischen den beiden Gruppen ($p= 0,236$), zwischen den weiblichen ($p= 0,159$) und männlichen TeilnehmerInnen ($p= 0,960$) sowie zwischen den Geschlechtern innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe ($p= 0,277$).

Rauchen hat nachweislich negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Laut Datenauswertung sind knapp 40 % der MigrantInnen-Stichprobe und über 50 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund RaucherInnen. Umgekehrte Verhältnisse finden sich bei Betrachtung der NichtraucherInnen. Über 50 % der teilnehmenden MigrantInnen geben

an, nicht zu rauchen. Rund 5 % beider Kollektive fühlen sich weder als RaucherInnen noch als NichtraucherInnen – sie können wahrscheinlich als GelegenheitsraucherInnen definiert werden.

Eine statistische Überprüfung der vorliegenden Daten zeigt keine signifikanten Ergebnisse zwischen den beiden Gruppen ($p= 0,112$), zwischen Männern ($p= 0,634$) und innerhalb der MigrantInnengruppe ($p= 0,346$). Dagegen kann ein signifikanter Unterschied zwischen den Frauen (MWU= 1812,000; $p= 0,015$) ausgemacht werden. Eine klare Interpretation dieses Resultates erweist sich bei Betrachtung der Mittelwerte dennoch als schwierig; der Gesundheitsindikator trägt für beide Gruppen ‚weder noch‘ zur Gesunderhaltung bei (Migrantinnen: $n= 44$; MW= 2,20; SD= 0,95; Frauen ohne Migrationshintergrund: $n= 106$; MW= 1,78; SD= 0,96).

Persönliche Hygiene, zum Beispiel das **Händewaschen nach Benutzung der Toilette**, ist für durchschnittlich 94,1 % aller TeilnehmerInnen wichtig. Nur insgesamt drei Personen (eine davon aus der MigrantInnen-Stichprobe) geben an, dass Händewaschen nach der Toilette für sie irrelevant sei. 6,3 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund und 2,9 % der MigrantInnen wählen die Möglichkeit ‚weder noch‘ auf dem Fragebogen. Statistisch betrachtet zeigen diese Daten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven ($p= 0,404$), zwischen Frauen ($p= 0,471$) und Männern ($p= 0,675$) sowie innerhalb der MigrantInnen-Gruppe ($p= 0,941$).

Zur Vermeidung von Lebensmittel-Kontaminationen ist es notwendig, **rohes Fleisch nicht in Kontakt mit anderen Lebensmitteln kommen zu lassen**. Drei Viertel der MigrantInnen-Stichprobe und 81,7 % der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund denken an den richtigen Umgang mit rohem Fleisch, für jeweils zehn Personen beider Gruppen trifft diese Aussage nicht zu. Durchschnittlich jede siebte Person achtet ‚weder noch‘ auf den adäquaten Umgang mit Fleisch (siehe *Tabelle 6*).

Kontaktvermeidung rohes Fleisch mit anderen Lebensmittel	MigrantInnen- Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
trifft zu	46	67,6	143	81,7
weder noch	10	14,7	22	12,6
trifft nicht zu	10	14,7	10	5,7
fehlend	2	2,9	-	-
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 6: Umgang mit rohem Fleisch

Es zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen (MWU= 5021,00; $p= 0,029$) und zwar jener, dass vor allem MigrantInnen im Durchschnitt den Kontakt zwischen rohem Fleisch und anderen Lebensmitteln weniger meiden als Personen ohne Migrationshintergrund (MigrantInnen-Stichprobe: $n= 66$; MW= 1,45; SD= 0,75; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n= 175$; MW= 1,24; SD= 0,55). Überdies kann noch ein Unterschied bei den Frauen beobachtet werden (MWU= 1811,000; $p= 0,001$). Auch hier sind vor allem Migrantinnen häufiger in der Gruppe vertreten, die nicht auf den richtigen Umgang mit rohem Fleisch achten (Migrantinnen: $n= 45$; MW= 1,56; SD= 0,81; Frauen ohne Migrationshintergrund: $n= 106$; MW= 1,17; SD= 0,49). Zwischen den Männern und innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe konnten keine signifikanten Ergebnisse festgestellt werden ($p= 0,438$ bzw. $p= 0,134$).

Überprüft man die einzelnen Themenbereiche hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung der MigrantInnen-Stichprobe, so findet sich lediglich im Punkt der Fleischhygiene ein signifikanter Unterschied (MWU= 327,000; $p= 0,007$). Demnach vermeiden Personen mit höherer Schulbildung eher den Kontakt zwischen rohem Fleisch und anderen Lebensmitteln (max. Hauptschulabschluss: $n= 23$; MW= 1,78; SD= 0,90; mind. Hauptschulabschluss: $n= 42$; MW= 1,24; SD= 0,53). Dieses Ergebnis liefert einen zusätzlichen Betrachtungspunkt wenn man davon ausgeht, dass MigrantInnen möglicherweise weniger über adäquate Lebensmittelhygiene informiert sind. In allen weiteren Kategorien finden sich keine signifikanten Ergebnisse (richtige Kühlschranktemperatur: $p= 0,055$; tägliche Bewegung: $p= 0,782$; täglicher Obst- und

Gemüseverzehr: $p= 0,790$; nicht rauchen: $p= 0,076$; regelmäßiges Händewaschen: $p= 0,260$)²⁰.

In Anbetracht einzelner Aspekte, die zur Gesunderhaltung des Einzelnen beitragen, treten lediglich in Bezug auf die Fleischhygiene signifikante Unterschiede zwischen MigrantInnen- und der Stichprobe ohne Migrationshintergrund auf – abgesehen von geschlechtsspezifischen Unterschieden bei einzelnen Punkten. Die Tatsache, dass hier vor allem Frauen und insbesondere Migrantinnen zu jener Gruppe gehören, die weniger auf den richtigen Umgang mit rohem Fleisch achten, wirft zwei diskussionswürdige Punkte auf. Zum einen sind hauptsächlich Frauen im Haushalt für den Einkauf, Lagerung und die Verarbeitung von Lebensmitteln zuständig (vgl. auch *Kapitel 4.5*) und sind somit auch für die lebensmittelrelevante Hygiene verantwortlich. Zum anderen ist der Hygienebegriff oftmals kulturell geprägt und resultiert folglich bei der Speisenzubereitung in ein unterschiedliches Hygieneverständnis.

Weiters können einige geschlechtsrelevante Unterschiede beobachtet werden, z.B. in Verbindung mit dem signifikant erhöhten Nikotinkonsum von Migrantinnen im Vergleich zu Frauen ohne Migrationshintergrund. Aus der im Rahmen des *CHANCE*-Projektes durchgeführten Untersuchungen gesammelten Ergebnisse werden auch durch die Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 bestätigt [Klimont et al. 2008a]. In der Studie von Reeske et al. [2009] wird der Nikotinkonsum von TürkInnen der ersten und zweiten Generation in Deutschland und die Beeinflussung der Akkulturation auf dieses Risikoverhalten untersucht. Das Rauchverhalten von Türkinnen der zweiten Generation ist zum einen ausgeprägter als jenes der ersten Generation und gleicht sich mit der Zeit an jenes von deutschen Frauen an bzw. ist sogar noch höher. So spielt auch die Aufenthaltsdauer der MigrantInnen hinsichtlich verschiedener Risikofaktoren eine entscheidende Rolle (vgl. *Kapitel 2.2.3*) [Hosper et al. 2007].

Ein zusätzlicher Umstand, der in der Gender-Medizin schon oftmals dokumentiert wurde, betrifft die Ungleichheit der sportlichen Aktivität zwischen Frauen und Männern – Männer sind sportlich aktiver als Frauen [Undén und Elofsson 2006].

²⁰ Die Kategorien „regelmäßiger Arztbesuch“, „Stressvermeidung“ und „ausgewogene Lebensweise“ konnten aufgrund des geringen Stichprobenumfangs hinsichtlich der Schulbildung nicht ausgewertet werden.

Migrantinnen machen viel weniger Bewegung als Migranten oder Frauen ohne Migrationshintergrund. Explizite Studien, die den Grund dieses Unterschiedes diskutieren, fehlen; es ist jedoch anzunehmen, dass mitunter der religiöse Aspekt Migrantinnen im Ausüben von Sport einschränkt bzw. behindert (vgl. Kapitel 4.3).

Der Besuch beim Arzt bzw. der Ärztin für Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen ist ein bedeutender Schritt für die Gesunderhaltung. Denn laut der österreichischen Gesundheitsbefragung von 2006/07 geben vier von fünf Personen ohne Migrationshintergrund an, in den letzten zwölf Monaten eine/n Allgemeinmediziner/in aufgesucht zu haben, davon werden neun Prozent aller Besuche zum Zweck einer Vorsorgeuntersuchung durchgeführt [Klimont et al. 2008b]. MigrantInnen in Österreich nutzen diese Dienstleistungen seltener, wobei die Unterschiede zur österreichischen Bevölkerung bei den Männern stärker ausgeprägt sind als bei Frauen [Klimont et al. 2008a]. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit MigrantInnen in Österreich über mögliche Vorsorgeuntersuchungen Bescheid wissen.

Der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse trifft grundsätzlich auf beide Kollektive im gleichen Ausmaß zu und wird als wichtiger Bestandteil der Gesunderhaltung angesehen. Laut FFQ treten dennoch interessante Unterschiede zwischen den Gruppen auf – diese werden in *Kapitel 4.5* näher ausgeführt.

Zusammenfassend kann unter den MigrantInnen eine durchaus positive Gesundheitsauffassung beobachtet werden, die sich nicht von den Teilnehmenden ohne Migrationshintergrund unterscheidet. Zwar finden gesundheitsfördernde Maßnahmen im Alltag in der Regel großen Zuspruch unter MigrantInnen, dennoch kristallisieren sich Schwachpunkte heraus: Bewegungsmangel, hohe Rauchprävalenz bei Migrantinnen und teilweise unsachgemäßer Umgang mit rohem Fleisch.

4.2 Gesundheitsinformationen

Information zu Gesundheit und Ernährung trägt unmissverständlich zur Wissensbereicherung bei und ist im Weiteren als zentrales Element von Gesundheits- und Ernährungsverhalten zu verstehen. In diesem Abschnitt sollen zum einen bevorzugte Kommunikationsmittel des MigrantInnen-Kollektivs, sowie zum anderen der Umgang mit dargebotenen Informationen untersucht werden.

Ich bin über folgende Gesundheitsthemen gut informiert ... (14/28)

Kategorien: trifft zu 1 / weder noch 2 / trifft nicht zu 3

Dieser Themenblock, welcher die vier Bereiche ‚Bewegung‘, ‚Ernährung‘, ‚psychische Gesundheit‘ und ‚soziales Wohlbefinden‘ umfasst, lässt auf das Wissen der befragten Personen²¹ rückschließen.

Durchschnittlich geben 60% der teilnehmenden MigrantInnen und drei Viertel der in Österreich geborenen Personen an, gut über die genannten Gesundheitsthemen Bescheid zu wissen. Gleichzeitig beurteilt jede siebte Person der MigrantInnen-Stichprobe ihren Wissenstand als unzureichend, unter der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund ist es hingegen nur jede/r 18. Die Antwortmöglichkeit ‚weder noch‘ wurde von 26 % der MigrantInnen bzw. 18 % der ÖsterreicherInnen gewählt (*Tabelle 7*).

Informiertheit zum Thema...		MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
		n	%	n	%
Bewegung	trifft zu	6	42,9	24	85,7
	weder noch	4	28,6	3	10,7
	trifft nicht zu	2	14,3	-	-
	fehlend	2	14,3	1	3,6
	gesamt	14	100	28	100

²¹ Es haben nur weibliche Teilnehmerinnen der MigrantInnen-Stichprobe auf diese Fragen geantwortet; geschlechtsspezifische Auswertungen sind daher nicht möglich.

Informiertheit zum Thema ... (Fortsetzung)		MigrantInnen- Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
		n	%	n	%
Ernährung	trifft zu	8	57,1	21	75
	weder noch	4	28,6	4	14,3
	trifft nicht zu	1	7,1	2	7,1
	fehlend	1	7,1	1	3,6
	gesamt	14	100	28	100
psychische Gesundheit	trifft zu	6	42,9	17	60,7
	weder noch	4	28,6	6	21,4
	trifft nicht zu	3	21,4	3	10,7
	fehlend	1	7,1	2	7,1
	gesamt	14	100	28	100
soziales Wohlbefinden	trifft zu	12	85,7	21	75
	weder noch	1	7,1	5	17,9
	trifft nicht zu	1	7,1	1	3,6
	fehlend	-	-	1	3,6
	gesamt	14	100	28	100

Tabelle 7: Informiertheit über ausgewählte Gesundheitsthemen

Eine umfassende Bewertung der einzelnen Kategorien zeigt lediglich in Bezug auf das Thema ‚**Bewegung**‘ signifikante Unterschiede zwischen beiden Stichproben (MWU= 96,000; $p= 0,006$). So zeigt sich, dass Teilnehmende aus der MigrantInnen-Stichprobe häufiger angeben, weniger gut über dieses Thema informiert zu sein (MigrantInnen-Stichprobe: $n= 12$; MW= 1,67; SD= 0,78; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n= 27$; MW= 1,11; SD= 0,32). Ein ähnlich signifikantes Resultat kann auch zwischen Frauen beider Stichproben (MWU= 69,000; $p= 0,040$) verzeichnet werden (Migrantinnen: $n= 12$; MW= 1,67; SD= 0,78; Frauen ohne Migrationshintergrund: $n= 18$; MW= 1,17; SD= 0,38).

Wenn zusätzlich die höchste abgeschlossene Schulbildung der MigrantInnen in die Berechnungen miteinbezogen wird, kann ein signifikanter Unterschied zwischen den Kategorien ‚maximal Hauptschulabschluss‘ und ‚mindestens Hauptschulabschluss‘ festgestellt werden (MWU= 5,000; $p= 0,041$). MigrantInnen, die zumindest einen Haupt-

schulabschluss vorweisen können, fühlen sich über das Thema Bewegung besser informiert als jene mit geringerer Schulbildung (max. Hauptschulabschluss: $n=5$; $MW=2$; $SD=0,71$; mind. Hauptschulabschluss: $n=6$; $MW=1,17$; $SD=0,41$).

Die ausgewerteten Daten zum Thema ‚**Ernährung**‘ zeigen keine signifikanten Resultate bzgl. Migrationshintergrund ($p=0,328$) bzw. zwischen Migrantinnen und Frauen ohne Migrationshintergrund ($p=0,156$). Mehr als die Hälfte der MigrantInnen (57,1 %; $n=8$) fühlen sich gut über das Themengebiet Ernährung informiert, für nur eine Person (7,1 %) trifft dies gar nicht zu.

Innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe kann ein signifikanter Unterschied zwischen den Bildungsschichten gefunden werden ($MWU=5,000$; $p=0,041$): auch hier trifft eine bessere Informiertheit über Ernährungsthemen eher auf Migrantinnen mit höherer Schulbildung zu (mind. Hauptschulabschluss: $n=6$; $MW=1,17$; $SD=0,41$; max. Hauptschulabschluss: $n=5$; $MW=2$; $SD=0,71$).

Im Hinblick auf die ‚**psychische Gesundheit**‘ sind weniger als die Hälfte des MigrantInnen-Kollektivs gut über dieses Themengebiet aufgeklärt. Vier Personen (28,6 %) fühlen sich weder gut noch schlecht darüber informiert. Es zeigen sich weder Unterschiede zwischen den beiden Gesamt-Stichproben ($p=0,230$), noch innerhalb der Frauen ($p=0,111$). Im Weiteren zeigt die Schulbildung keinen signifikanten Einfluss innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe ($p=0,954$).

Ähnlich verhalten sich die Ergebnisse der letzten Frage der vier dargelegten Gesundheitsthemen, welche die Informiertheit zum ‚**sozialen Wohlbefinden**‘ klären soll: keine Unterschiede zwischen beiden Stichproben ($p=0,604$) und bei den weiblichen Befragten ($p=0,928$) sowie in der MigrantInnen-Stichprobe hinsichtlich der Schulbildung ($p=0,937$) können verzeichnet werden. Zwölf MigrantInnen (85,7 %) fühlen sich ausreichend über dieses Themengebiet informiert, für eine Person (7,1 %) trifft dies nicht zu bzw. lautet die Antwort ‚weder noch‘.

In der Literatur finden sich nur wenig explizite Daten, welche die (subjektive) Informiertheit einzelner Bevölkerungsgruppen über die oben genannten Lebensstil-

Faktoren beschreiben. Buttriss [1997] hält in ihrer Studie fest, dass vier von fünf befragte Personen angeben, gut über gesunde Ernährung informiert zu sein (21 % ‚sehr gut‘ informiert; 59 % ‚ziemlich gut‘ informiert). Gleichzeitig ist das subjektiv empfundene Wissen bei Frauen größer als bei Männern, ebenso in höheren sozialen Schichten, wobei Abstufungen in einzelnen Ernährungskategorien auftreten. Horch und Wirz [2005] ermitteln einen Summenscore zur Beschreibung der Informiertheit, in der die Anzahl der verwendeten Informationsquellen für Gesundheitsthemen mit einbezogen werden. Demnach kann einerseits ein geschlechtsspezifischer Unterschied erkannt werden – Frauen beweisen höhere Informiertheit, ein Unterschied zwischen der deutschen und der MigrantInnenpopulation lässt sich aber nicht feststellen.

Zwar fällt in der vorliegenden Untersuchung eine geschlechtsspezifische Trennung bei dieser Fragestellung weg, der Einfluss des Bildungsniveaus kann aber durchaus festgestellt werden. Insbesondere im Bezug auf die Themenbereiche ‚Ernährung‘ und ‚Bewegung‘ fühlen sich MigrantInnen höherer Bildungsschichten besser informiert. Dies kann vermutlich dadurch erklärt werden, dass zum einen diese beiden Themen häufiger von Gesundheitsförderungsprogrammen propagiert werden als Bereiche rund um das soziale Wohlbefinden oder psychische Gesundheit. Zum anderen ist Ernährung und Bewegung bereits im Schulwesen verankert (z.B. Schulfach Ernährungslehre in Höheren Bildungslehreanstalten) und führt somit zu höherer Informiertheit.

Die aktive Informationssuche, welche erwartungsgemäß aus einer vorhandenen Wissenslücke zwischen tatsächlichem und dem gewünschten Informationsstand hervorgeht, ist u.a. dem Kontext von Verhaltensänderung bzw. präventivem Verhalten zuzuordnen [Lambert und Loisele 2007].

Infolgedessen wird beobachtet, dass die Informationssuche sehr situationsgebunden ist und sich individuell gestaltet. So beschreiben Szwajcer et al. [2005] in ihrer Studie deutlich divergierende Informationsverhalten von Frauen vor bzw. während der Schwangerschaft. Die Suche nach ernährungsbezogenen Informationen ist zum einen vom Fortschritt der Schwangerschaft abhängig, zum anderen davon, ob man durch eine frühere Geburt auf eigene Erfahrungswerte zurückgreifen kann. Mit diesem Hintergrund soll natürlich auch der vorige Diskurs betrachtet werden. So wird der Begriff

„Informiertheit“ in diesem Zusammenhang relativiert, wenn man davon ausgeht, dass ein bestehender Bedarf mit dem Informationsstand korreliert.

Ich bekomme hilfreiche Informationen für meine Gesundheit

Der persönliche Wissenstand über gesundheitsbezogene Informationen stärkt die körperliche Selbstbestimmung und fördert das aktive Handeln des Einzelnen. Grundlage hierfür ist nicht nur die Informiertheit per se sondern auch die Fähigkeit, sich Informationen zu beschaffen, Weisungen von VertreterInnen des Gesundheitswesens Folge leisten zu können und in angemessener Art und Weise mit den vorhandenen Gesundheits- und Ernährungsinformationen umzugehen.

Ich kann alle Informationen zur Gesundheit, die ich möchte, in meinem Stadtteil bekommen (68/175)

Kategorien: immer 1 / manchmal 2 / nie 3

Sowohl die MigrantInnen-Stichprobe als auch das Kollektiv ohne Migrationshintergrund schätzen das Angebot an Gesundheitsinformationen in ihrem Stadtteil verhältnismäßig ähnlich ein: jeweils mehr als ein Drittel beider Stichproben ist davon überzeugt, alle benötigten Informationen in ihrer Nachbarschaft zu bekommen, je die Hälfte beider Gruppen gibt an, dass dies nur „manchmal“ der Fall ist. Jede/r siebte TeilnehmerIn glaubt, dass die Abdeckung ihrer gewünschten gesundheitsrelevanten Informationen im Stadtteil nicht gewährleistet wird (siehe *Tabelle 8*).

Ich bekomme hilfreiche Informationen für meine Gesundheit		MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
		n	%	n	%
gewünschte Information im Stadtteil erhältlich	immer	24	35,3	65	37,1
	manchmal	34	50	86	49,1
	nie	10	14,7	22	12,6
	fehlend	-	-	2	1,1
	gesamt	68	100	175	100

Tabelle 8: Abdeckung von Gesundheitsinformationen im Stadtteil

Der Vergleich der beiden Stichproben zeigt demnach im Mittel keine signifikanten Unterschiede ($p=0,657$); dies trifft auch auf die geschlechtsspezifische Beurteilung

zwischen Frauen ($p=0,724$) und Männern ($p= 0,633$) der beiden Gruppen zu. Auch innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe kann kein Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern ausgemacht werden ($p= 0,268$).

Wenn innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe die höchste abgeschlossene Schulbildung in die Testung miteinbezogen wird, zeigt sich kein signifikanter Unterschied ($p= 0,843$).

Ich verstehe die Anweisungen meines Arztes (68/175)

Kategorien: immer 1 / manchmal 2 / nie 3

Auch *Tabelle 9a* zeigt, dass sich die beiden Gruppen ähnlich verteilen, wenn es um die Verständlichkeit von Arztanweisungen geht: 76,5 % der MigrantInnen und 80,6 % der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund beurteilen die Anweisungen des Arztes/der Ärztin ‚immer‘ als verständlich, jeweils etwa ein Fünftel der befragten Personen kann den Anordnungen nicht immer folgen. Für knapp drei Prozent der MigrantInnen-Stichprobe sind Arztdirektiven nicht begreifbar, bei der Stichprobe ohne Migrationshintergrund gilt dies für eine einzige Person.

Statistisch betrachtet gibt es auch hier keine signifikanten Resultate zwischen den beiden Stichproben ($p= 0,434$) und zwischen den Geschlechtern (Frauen: $p= 0,505$; Männer: $p= 0,661$). Auch innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe gibt es zwischen weiblichen und männlichen TeilnehmerInnen im Mittel keinen Unterschied ($p= 0,928$).

Hinsichtlich der Schulbildung kann ein signifikantes Ergebnis innerhalb der MigrantInnen-Stichprobe errechnet werden (MWU= 368,000; $p= 0,015$): im Mittel geben höher gebildete MigrantInnen häufiger an, dass Arztanweisungen verständlich sind als jene mit geringerer Schulbildung (max. Hauptschulabschluss: $n= 24$; MW= 1,46; SD= 0,59; mind. Hauptschulabschluss: $n= 42$; MW= 1,17; SD= 0,44). In der österreichischen Vergleichsstichprobe kann kein signifikanter Unterschied zwischen den Bildungsschichten festgestellt werden ($p= 0,217$).

Die meisten Informationen zur Gesundheit verwirren mich (68/175)

Kategorien: immer 1 / manchmal 2 / nie 3

Die Häufigkeitsverteilung der MigrantInnen-Stichprobe und der Stichprobe ohne Migrationshintergrund ist in *Tabelle 9a* bzw. in *Abb. 3* dargestellt. Demnach stuft jede/r siebte MigrantIn Gesundheitsinformationen immer als verwirrend ein, bei der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund ist es jeder 18. Erwachsene. Dass ge-

sundheitsbezogene Angaben ‚manchmal‘ unverständlich sind, gibt rund die Hälfte der TeilnehmerInnen beider Gruppen an. Keine Schwierigkeiten mit Gesundheitsinformationen haben 30,9 % der MigrantInnen und 42,9 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund.

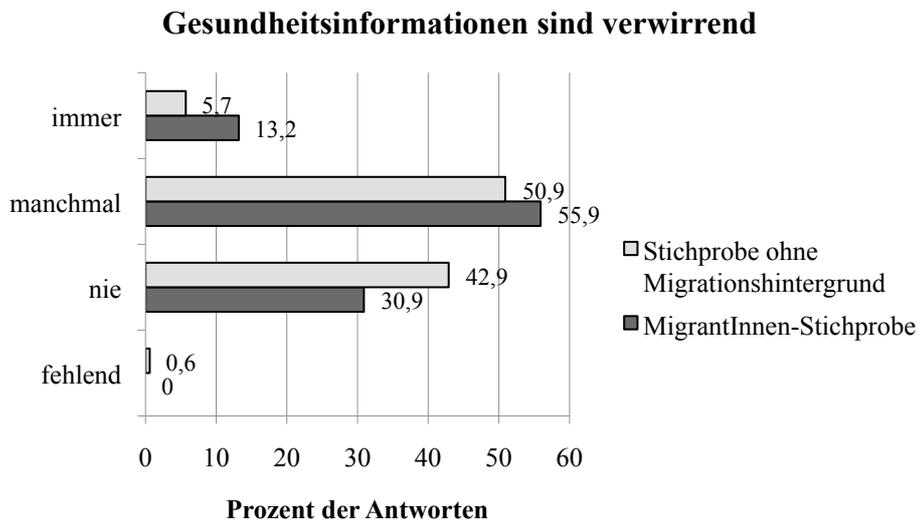


Abb. 3: Beurteilung von Gesundheitsinformationen

Diese Resultate zeigen hinsichtlich der statistischen Auswertung signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ($T = -2,268$; $df = 240$; $p = 0,024$; MigrantInnen-Stichprobe: $n = 68$; $MW = 2,18$; $SD = 0,65$; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n = 174$; $MW = 2,37$; $SD = 0,59$) sowie zwischen den männlichen Teilnehmern ($n = 90$; $MWU = 537,000$; $p = 0,049$). Deutlich mehr Männer mit Migrationshintergrund als jene ohne Migrationshintergrund geben an, dass Gesundheitsinformationen für sie unverständlich sind (Migranten: $n = 21$; $MW = 2,00$; $SD = 0,78$; Männer ohne Migrationshintergrund: $n = 69$; $MW = 2,36$; $SD = 0,62$). Kein Unterschied kann zwischen den Frauen ($p = 0,216$) als auch zwischen den Geschlechtern innerhalb des MigrantInnen-Kollektivs ($p = 0,180$) festgestellt werden. Ebenso gibt es keine signifikanten Unterschiede bei zusätzlicher Betrachtung der Schulbildung von MigrantInnen ($p = 0,397$).

In diesem Zusammenhang stellt sich vordergründig die Frage, ob die auftretende Unverständlichkeit von Gesundheitsinformationen innerhalb der MigrantInnen-

Gruppe inhaltlich oder linguistisch geprägt ist, da bei der Fragestellung nicht explizit auf muttersprachliche Informationen verwiesen wurde. Eine Auswertung der vorhandenen Daten zeigt aber, dass zwischen Personen mit guten bzw. mit weniger guten Deutschkenntnissen kein Unterschied besteht ($p=0,385$). In diesem Fall kann also eine vermutete Sprachbarriere die Unsicherheit seitens der MigrantInnen nicht erklären. In der Literatur wird häufig der Grad der Verständlichkeit von gesundheitsrelevanten Informationen geprüft (siehe auch Kapitel 2.1.2.3.2).

Ein weiterer Aspekt, den es zu diskutieren gilt, betrifft die Fülle an gesundheitsbezogenen Informationen und die damit verbundene Unüberschaubarkeit seitens der RezipientInnen. Das Fachpersonal gerät häufig aufgrund ständig wechselnder Meinungen und Äußerungen über gesunde Ernährung und daraus resultierende Empfehlungen ins Zentrum der Kritik von KonsumentInnen [Vaandrager und Koelen 1997; Buttriss 1997]. Das Aufkommen von widersprüchlichen oder komplexer werdenden Informationen (resultierend aus Fortschritten in der Forschung) führt zum Überdross beim Einzelnen und wirkt sich nachteilig auf die Ernährungsgewohnheiten aus. So haben TeilnehmerInnen einer amerikanischen Studie mit schlechter Meinung über Ernährungsempfehlungen einen geringeren Obst- und Gemüsekonsum als jene mit einer positiven Einstellung [Patterson et al. 2001].

Im Allgemeinen kann man natürlich auch davon ausgehen, dass das eigene Interesse an ausgewählten Gesundheits- und Ernährungsthemen unterstützend im Umgang mit dargebotenen Informationen wirkt [Miller et al. 2009]. Grundsätzlich zeigen Frauen ein höheres Interesse an Gesundheit [Horch und Wirz 2005] – in dieser Arbeit kann jedoch kein geschlechtssensibles Merkmal beobachtet werden.

Ich bekomme Gesundheitsinformationen von ... (68/175)

Diese Frage beschäftigt sich mit jenen Quellen bzw. Medien, welche die Teilnehmenden verwenden um an Gesundheitsinformationen zu gelangen – die erhaltenen Ergebnisse sollen mögliche Distributionsstrategien für Gesundheits- und Ernährungsinformationen für MigrantInnen aufzeigen. *Abb. 4* zeigt die Häufigkeitsverteilung der gewählten Antworten von MigrantInnen – es waren Mehrfachnennungen (max. 3) möglich.

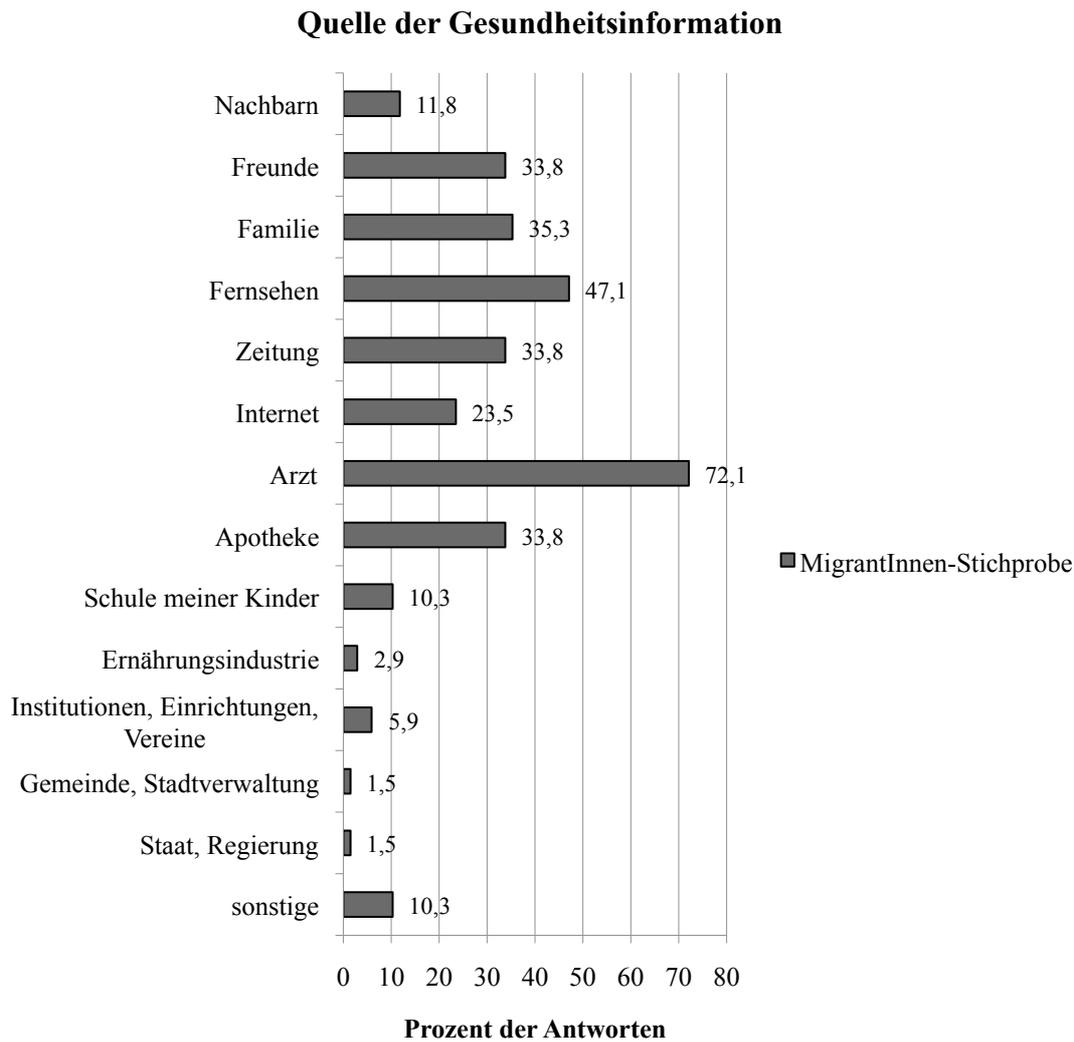


Abb. 4: Quelle für Gesundheitsinformationen – MigrantInnen-Stichprobe

Die drei wichtigsten Gesundheitsinformationsquellen der befragten MigrantInnen sind folgende:

- Arzt (72,1 %)
- Fernsehen (47,1 %)
- Familie (35,3 %)

Wird dezidiert nach der wichtigsten Quelle für Gesundheitsinformationen gefragt (n=22), so lautet auch hier die häufigste Antwort ‚Arzt/Ärztin‘ (66,7 %).

Wenn einzelne Quellen in Kategorien zusammengefasst werden, so zeigt sich, dass – neben dem Arzt/der Ärztin – vor allem Medien wie Fernsehen, Internet und Zeitung einen großen Stellenwert einnehmen; sie belaufen sich auf 32,3 % aller Informationsquellen. Ein Viertel entfällt auf das soziale Umfeld, also Familie, Freunde und

Nachbarn. Informationsmaterialien, welche von der Gemeinde bzw. von der Regierung zur Verfügung gestellt werden, haben hingegen nur eine geringe Bedeutung (1 %).

Unter den Begriff ‚sonstige‘ fallen Informationsquellen wie z.B. Arbeit, Bücher, Fitness-Studio, Schwester oder ausländisches Fernsehen.

Unterschiede zwischen Stichprobe ohne Migrationshintergrund und der MigrantInnen-Gruppe sind vor allem darin zu finden, dass Fernsehen (41,7 %) und Internet (40,6 %) als vordergründige Informationsquellen für die österreichische Gruppe dienen. Der Arzt bzw. die Ärztin nimmt auch hier die zentrale Rolle ein (68,6 %). Bei konkreter Nachfrage nach der wichtigsten Gesundheitsinformationsquelle werden neben dem Arzt/der Ärztin auch häufig Internet und Zeitung bzw. Bücher genannt.

Quellen der Gesundheitsinformationen

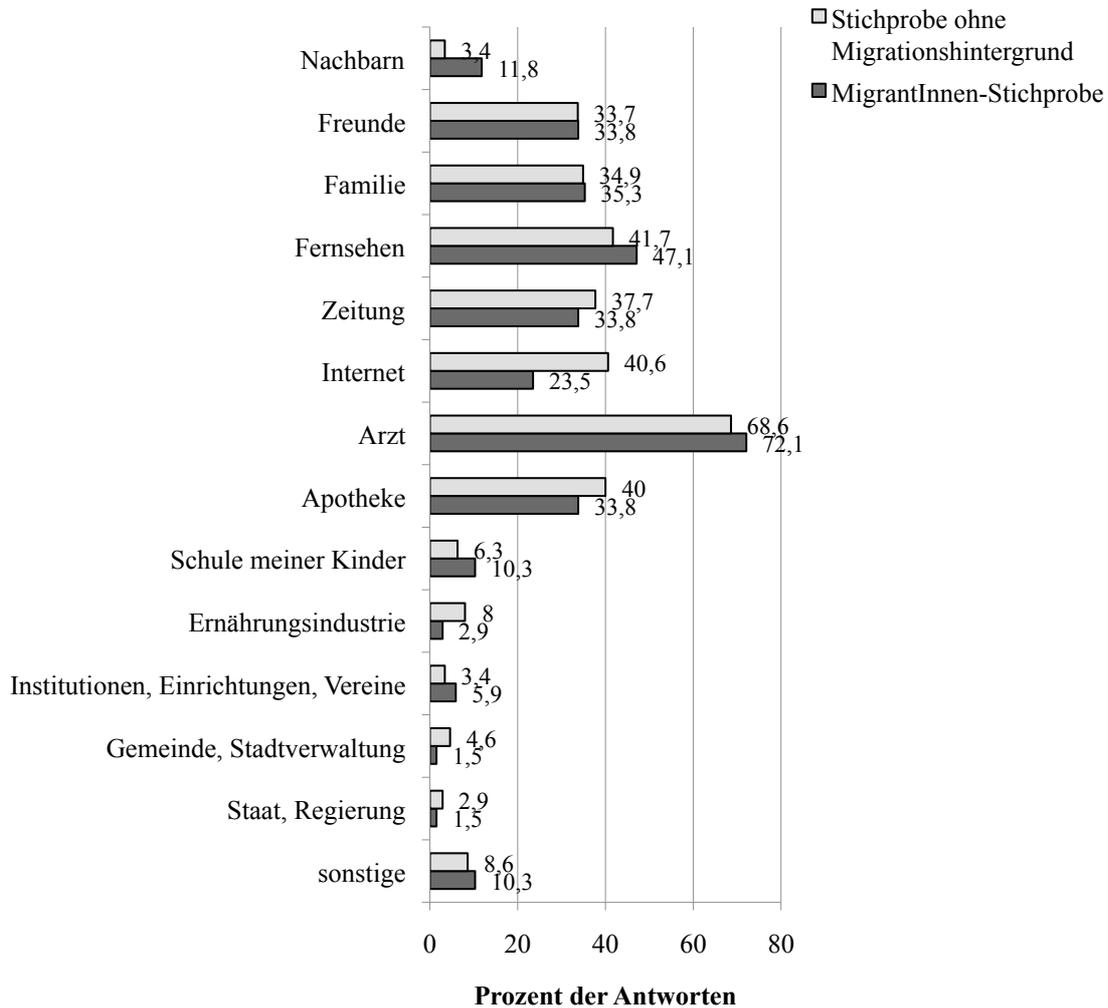


Abb. 5: Quelle für Gesundheitsinformationen – Vergleich MigrantInnen-Stichprobe / Stichprobe ohne Migrationshintergrund

Signifikante Unterschiede in der Verteilung zwischen den beiden Stichproben konnten lediglich bei ‚Internet‘ und ‚Nachbarn‘ erfasst werden.

Das Internet dient 40,6 % der TeilnehmerInnen aus der Stichprobe ohne Migrationshintergrund, aber nur 23,5 % der MigrantInnen als Informationspool für gesundheitsrelevante Themen. Der Signifikanzwert, der diesen Unterschied in der Verteilung zwischen den beiden Gruppen beschreibt, liegt bei $p=0,013$ ($\chi^2=6,188$; $df=1$; $sR=-1,7$). Unter den teilnehmenden Frauen sind besonders Migrantinnen in der Gruppe der InternetnutzerInnen unterrepräsentiert ($\chi^2=5,646$; $df=1$; $p=0,017$; $sR=-1,6$).

Unter MigrantInnen spielt der/die NachbarIn eine bedeutende Rolle in puncto gesundheitsbezogener Informationsbeschaffung – jede achte Person wendet sich diesbezüglich an ihre/n AnwohnerIn. Im Gegensatz dazu kontaktiert lediglich jede/r 30. Beteiligte aus der Stichprobe ohne Migrationshintergrund seinen Nachbarn um sich Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen zu beschaffen. Dieser Unterschied in der Verteilung kann auch statistisch bekräftigt werden ($\chi^2= 6,268$; $df= 1$; $p= 0,012$; $sR= 2,1$). Interessanterweise sind vor allem Männer aus der MigrantInnengruppe in jener Gruppe überrepräsentiert, welche den/die AnwohnerIn als Informationsquelle nutzen ($\chi^2= 6,748$; $df= 1$; $p= 0,009$; $sR= 2,2$).

Bei Betrachtung aller anderen Informationsquellen, die im Fragebogen angegeben sind, können weder zwischen MigrantInnen und der Stichprobe ohne Migrationshintergrund noch zwischen den Geschlechtern beider Gruppen (sowie innerhalb des MigrantInnenkollektivs) signifikante Unterschiede festgestellt werden. Die jeweiligen Signifikanzwerte sind in *Tabelle 10a* dargestellt.

Die höchste abgeschlossene Schulbildung hat bei MigrantInnen nur wenig Einfluss auf die Verwendung von Informationsquellen. Lediglich bei der Zeitung kann ein signifikanter Unterschied zwischen jenen mit max. bzw. mind. Hauptschulabschluss errechnet werden ($\chi^2= 5,491$; $df= 1$; $p= 0,015$). Bei allen anderen Quellen gibt es keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Schulbildung (Freunde: $p= 0,727$; Familie: $p= 0,885$; Fernsehen: $p= 0,283$; Internet: $p= 0,781$; Nachbarn: $p= 0,392$; Arzt: $p= 0,754$; Schule meiner Kinder: $p= 0,706$; Apotheke: $p= 0,733$; Ernährungsindustrie: $p= 0,684$; Gemeinde/Stadtverwaltung: $p= 0,446$; Institutionen/Einrichtungen/Vereine: $p= 0,559$; Staat/Regierung: $p= 0,446$; Sonstige: $p= 0,706$).

Die bedeutsame Rolle des Arztes bzw. der Ärztin in der Gesundheits- und Ernährungskommunikation wurde schon in den *Kapiteln 2.1.1.3.1* und *2.1.2.1* beschrieben und kann durch die vorliegende Arbeit bestätigt werden. In zahlreichen Studien führt der Arzt/die Ärztin die Liste der meist verwendeten Informationsquellen aufgrund der ihm/ihr zugeschriebenen Expertise, Vertrauenswürdigkeit und Glaubwürdigkeit an [Lambert und Loiselle 2007; Horch und Wirz 2005; Holgado et al. 2000;

van Dillen et al. 2000; Ristovski-Slijepcevic et al. 2008]. Sie befinden sich außerdem in jener Position, alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen [Hiddink et al. 1997]. Folglich lässt sich auch erklären, dass der Migrationshintergrund in dieser Arbeit keinen Einfluss auf die vorrangige Wahl dieser Informationsquelle hat.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen zudem eine deutliche Präferenz der MigrantInnen für face-to-face Kommunikation. Familienangehörige, Nachbarn und Freunde dienen oftmals als Ratgeber für gesundheits- und ernährungsbezogene Themen [Lambert und Loiselle 2007; Marquis und Dubeau 2006; Holgado et al. 2000]. Diese Studien legen zwar dar, dass diese Informationsquellen grundsätzlich häufig herangezogen werden, es wird jedoch kein migrationspezifischer Aspekt aufgezeigt, welcher die Bevorzugung durch Menschen mit Migrationshintergrund erklären würde. Erfahrungswerte des sozialen Umfelds und die Möglichkeit der Vergleichbarkeit mit der eigenen Situation sowie der soziale Rückhalt sind ausschlaggebend dafür, sich an Freunde, Familie und Nachbarn zu wenden [Ristovski-Slijepcevic et al. 2008; Lambert und Loiselle 2007; Szwajcer et al. 2005;]. Der Grund, warum das MigrantInnen-Kollektiv häufiger auf das soziale Umfeld für die Informationsbeschaffung zurückgreift, könnte in der Annahme eines starken, funktionierenden sozialen Netzwerkes begründet werden.

In beiden Kollektiven kann die Informationsbeschaffung über das Fernsehen als sehr dominant beschrieben werden, denn immerhin nützen über 40 % aller TeilnehmerInnen diese Quelle. Im Allgemeinen zählt das Fernsehen zu einer wichtigen Informationsquelle und wird häufig in Studien angeführt [Lambert und Loiselle 2007; Marquis und Dubeau 2006; Horch und Wirz 2005]. Obwohl es sich großer Beliebtheit erfreut, wird die transportierte Information als wenig nützlich [Buttriss 1997] oder wenig vertrauenswürdig [Marquis und Dubeau 2006] eingestuft. Ein wichtiger Aspekt, auf welchen in der Studie von Dutta-Bergman [2004] hingewiesen wird, ist jener, dass passive Informationskanäle wie das Fernsehen eher für Personen geeignet sind, die weniger gesundheitsorientiert leben.

Zudem stellt sich im Zusammenhang mit dem Migrationsaspekt die Frage, ob deutschsprachige oder muttersprachliche Fernsehformate gemeint waren, denn dies würde auf jeden Fall das Medium Fernsehen klarer positionieren.

Der Vormarsch des Internets zur Informationsbeschaffung wird auch durch die Resultate dieser Studie bekräftigt. Die geringe Nutzung des Mediums von MigrantInnen – und insbesondere Frauen – kann vermutlich durch einen geringeren Zugang zum Internet argumentiert werden. So haben Horch und Wirz [2005] in ihrer Studie festgehalten, dass vorrangig Menschen, die der gesellschaftlichen Oberschicht zuzuordnen sind, das Internet als Informationsquelle nutzen. Cotten und Gupta [2003] formulieren eine ähnliche Aussage, nämlich dass InternetnutzerInnen über ein höheres Einkommen verfügen und einer höheren Bildungsschicht angehören.

Die geringe Nutzung verschiedener Einrichtungen der Stadtverwaltung, der Ernährungsindustrie sowie gesundheitsnaher Vereine für den Erhalt von Informationen ist sowohl unter den MigrantInnen als auch bei der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund sehr gering. Dabei weisen Studien auf die hohe Glaubwürdigkeit von Informationsmaterialien seitens der Regierung hin [Marquis und Dubeau 2006]. Van Dillen et al. [2004] führen in ihrem Beitrag zwar positive Arbeitsbereiche seitens der Ernährungsindustrie an, unterstützt durch deren Fachwissen und anwendungsorientierten Informationen; sie kommentieren aber gleichzeitig deren vermischte Absichten, die wahrscheinlich nicht für alle KonsumentInnen transparent sind.

Das Bildungsniveau ist in Bezug auf das Informationsverhalten eine bedeutsame Einflussgröße. Dies zeigt sich auch in dieser Arbeit hinsichtlich Printmedien. Vor diesem Hintergrund tendieren MigrantInnen mit höherer Schulbildung eher dazu, Zeitungen zu lesen und sich auf diesem Wege Zugang zu Informationen zu verschaffen. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit internationalen Untersuchungen [Dutta-Bergman 2004a; Holgado et al. 2000]. Laut Holgado et al. [2004] können höher gebildete Personen tendenziell kritischer mit dargebotenen Gesundheitsinformationen umgehen und widersprüchliche Inhalte besser filtern als jene mit niedriger Schulbildung.

Es ist einfach, Gesundheitsinformationen in meinem Alltag umzusetzen (68/175)***Kategorien: trifft sehr zu 1 / trifft zu 2 / weder noch 3 / trifft weniger zu 4 / trifft gar nicht zu 5***

Gesundheits- und Ernährungskommunikation impliziert Informationsverbreitung mit Alltags- und Handlungsrelevanz.

Für beinahe die Hälfte der MigrantInnen-Stichprobe (48,6 %) trifft die einfache Umsetzung vorhandener Gesundheits- und Ernährungsinformationen im Alltag zumindest zu. Dennoch ist nicht für jede Person dieser Stichprobe die Realisierung gleichermaßen einfach, 38,2 % haben Schwierigkeiten mit der Implementierung von gesundheitsbezogenen Informationen (siehe *Tabelle 11a*).

In ihren mittleren Angaben der Stichproben mit und ohne Migrationshintergrund trifft die einfache Umsetzung sehr zu (MigrantInnen-Stichprobe: $n= 68$; $MW= 1,34$; $SD= 0,68$; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n= 167$; $MW= 1,15$; $SD= 0,41$).

Grundsätzlich können keine signifikanten Unterschiede im Mittel zwischen beiden Gruppen beobachtet werden ($p= 0,072$). Ein signifikantes Ergebnis zeigt lediglich die Betrachtung der männlichen Teilnehmer ($MWU= 532,00$; $p= 0,024$), nicht aber der Frauen ($p= 0,461$). Demnach stellt sich vor allem für Männer aus der MigrantInnen-Stichprobe – im Gegensatz zu den Männern der Stichprobe ohne Migrationshintergrund – die Umsetzung von Gesundheitsinformationen als weniger einfach heraus (Migranten: $n= 21$; $MW= 3,10$; $SD= 1,04$; Männer ohne Migrationshintergrund: $n= 69$; $MW= 2,57$; $SD= 1,01$). Eine Auswertung mit Augenmerk auf die MigrantInnen-Stichprobe zeigt keine signifikanten Resultate zwischen den Geschlechtern ($p= 0,062$) und hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Schulbildung ($p= 0,724$).

Wenn ich Probleme habe, finde ich eine Lösung (68/175)***Kategorien: trifft zu 1 / weder noch 2 / trifft nicht zu 3***

Die Kompetenz, Probleme lösen zu können die mitunter unterschiedliche Handlungsansätze erfordern, ist ein wesentlicher Bestandteil von Selbstinitiative und Eigenverantwortung.

Ein Großteil der befragten Personen gibt an, meistens eine Lösung bei vorhandenen Problemen zu finden (77,9 % der MigrantInnen-Stichprobe bzw. 82,9 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund), rund jede/r neunte TeilnehmerIn beider Kollektive wählt

die Antwort ‚weder noch‘. Fast 12 % der MigrantInnen geben an, Schwierigkeiten im Lösen von Problemen zu haben; in der Stichprobe ohne Migrationshintergrund geben dies nur drei Personen an (1,7%).

bei Problemen finde ich meistens eine Lösung	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
trifft zu	53	77,9	145	82,9
weder noch	7	10,3	19	10,9
trifft nicht zu	8	11,8	3	1,7
fehlend	-	-	8	4,6
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 9: Problemlösung

Ein signifikantes Ergebnis kann zwischen den beiden Stichproben im Allgemeinen (MWU= 5120,500; $p= 0,035$) festgestellt werden und drückt unter anderem die größere Unsicherheit der MigrantInnen in der Bewältigung von Problemen aus (MigrantInnen-Stichprobe: $n= 68$; MW= 1,34; SD= 0,68; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n= 167$; MW= 1,15; SD= 0,41). Auch bei den Männern der MigrantInnen-Stichprobe kann diese Tendenz beobachtet werden (MWU= 574,500; $p= 0,018$; MigrantInnen: $n= 21$; MW= 1,48; SD= 0,81; Männer ohne Migrationshintergrund: $n= 67$; MW= 1,12; SD= 0,33), nicht aber bei den teilnehmenden Frauen ($p= 0,461$). Ein Test in der MigrantInnen-Stichprobe zeigt keine signifikanten Resultate zwischen den Geschlechtern ($p= 0,225$) und dem Bildungsgrad ($p= 0,057$).

4.3 Sport- und Freizeitverhalten

So viel Freizeit verbringe ich täglich im Freien (68/175)

Kategorien: weniger als 1 Stunde 1 / 1-2 Stunden 2 / 2-3 Stunden 3 / mehr als 3 Stunden 4

Table 10 zeigt die Verteilung der beiden Kollektive hinsichtlich ihres Freizeitverhaltens. Mehr als die Hälfte aller MigrantInnen gibt an, sich täglich länger als drei Stunden im Freien aufzuhalten – in der Stichprobe ohne Migrationshintergrund trifft dies für jede dritte Person zu. Etwa ein Fünftel der MigrantInnen-Stichprobe verbringt zwei bis drei Stunden pro Tag im Freien, bei der Stichprobe ohne Migrationshintergrund ist dies ein Viertel. Nur 5,9 % der MigrantInnen sind weniger als eine Stunde draußen, bei den TeilnehmerInnen ohne Migrationshintergrund trifft dies auf etwa 10 % zu. Laut Datenerhebung sind beide Untersuchungsgruppen im Schnitt zwischen zwei und drei Stunden pro Tag im Freien (MigrantInnen-Stichprobe: $n=68$; $MW= 3,22$; $SD= 0,98$; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n= 175$; $MW= 2,90$; $SD= 1,02$).

So viel Zeit verbringe ich täglich im Freien	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
weniger als 1 h	4	5,9	18	10,3
1-2 h	14	20,6	47	26,9
2-3 h	13	19,1	45	25,7
mehr als 3 h	37	54,4	65	37,1
gesamt	68	100	175	100

Table 10: zeitliche Einschätzung des Aufenthalts im Freien

Eine genaue statistische Bewertung der Daten zeigt einen signifikanten Unterschied zwischen TeilnehmerInnen mit und ohne Migrationshintergrund ($T= 2,241$; $df= 241$; $p= 0,026$) und zwischen den männlichen Teilnehmern ($MWU= 405,000$; $p= 0,001$). Vor allem männliche Migranten verbringen häufiger mehr als drei Stunden täglich im Freien ($n= 21$; $MW= 3,71$; $SD= 0,78$) als Männer ohne Migrationshintergrund ($n= 69$; $MW= 2,93$; $SD= 1,05$). Zwischen den Frauen kann kein signifikanter Unterschied beobachtet werden ($p= 0,486$). Betrachtet man das MigrantInnen-Kollektiv, zeigt sich eine geschlechtsspezifische Abweichung ($MWU 279,000$; $p= 0,002$). Es sind vor allem die

männlichen Teilnehmer, die sich im Mittel mehr als drei Stunden täglich im Freien aufhalten (Migranten $n=21$; $MW=3,71$; $SD=0,78$; Migrantinnen: $n=47$; $MW=3,00$; $SD=0,98$).

Wenn zusätzlich für die MigrantInnen-Stichprobe die Schulbildung berücksichtigt wird, kann kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ‚max. Hauptschulabschluss‘ und ‚mind. Hauptschulabschluss‘ errechnet werden ($p=0,264$).

Ich treibe Sport (z.B. Nordic Walking, Schwimmen, Radfahren, Ballsport, ...)
(68/175)

Kategorien: mehr als 5 Stunden pro Woche 1 / 3-5 Stunden pro Woche 2 / 1-3 Stunden pro Woche 3 / 0-1 Stunde pro Woche 4 / selten, nie 5

Laut Datenerhebung geben MigrantInnen an, sich durchschnittlich bis zu einer Stunde pro Woche sportlich zu betätigen ($n=67$; $MW=3,51$; $SD=1,48$), die Stichprobe ohne Migrationshintergrund sportelt im Schnitt ein bis drei Stunden wöchentlich ($n=175$; $MW=3,10$; $SD=1,49$). Dieser Unterschied ist dennoch nicht signifikant ($p=0,060$).

Über ein Drittel der MigrantInnen-Stichprobe gibt an, selten bzw. nie Sport zu treiben. Nur etwa jede fünfte Person schafft es, wöchentlich zwischen einer und drei Stunden sportlich zu sein (*Tabelle 12a*).

Wie bereits erwähnt können im Mittel keine signifikanten Resultate zwischen den Gruppen festgestellt werden. Darüber hinaus zeigen sich auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den weiblichen ($p=0,168$) und männlichen ($p=0,388$) Befragten, als auch zwischen den Geschlechtern innerhalb der MigrantInnengruppe selbst ($p=0,467$).

Es kann jedoch hinsichtlich der Schulbildung von MigrantInnen ein signifikanter Unterschied beobachtet werden ($MWU=281,000$; $p=0,003$). So geben MigrantInnen mit höherer Schulbildung an, häufiger in der Woche Sport zu treiben, nämlich ein bis drei Stunden pro Woche, verglichen mit MigrantInnen mit max. Hauptschulabschluss (max. Hauptschulabschluss: $n=24$; $MW=4,21$; $SD=1,25$; mind. Hauptschulabschluss: $n=41$; $MW=3,15$; $SD=1,49$).

Ich treibe gerne Sport in/im ... (68/175)

Mehrfachnennungen möglich.

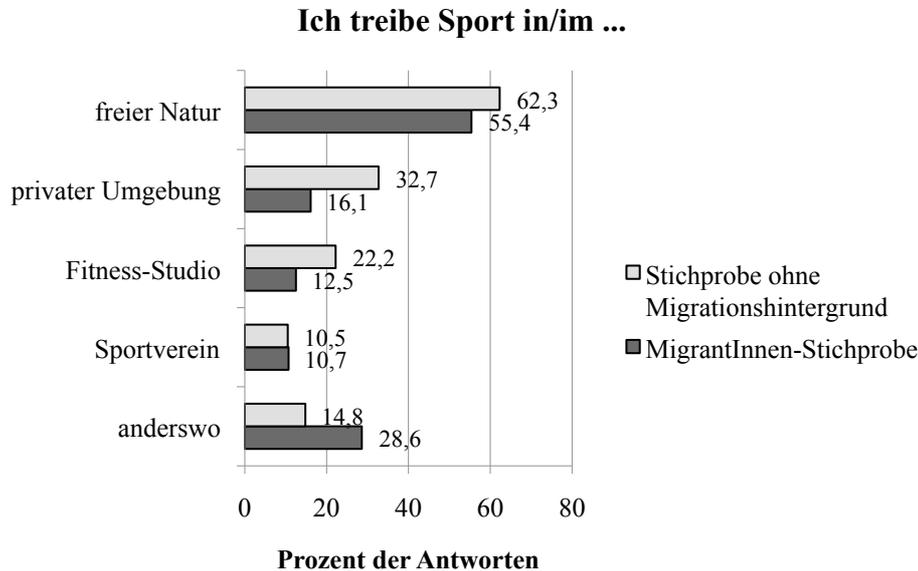


Abb. 6: Bevorzugte Sportstätten

Der Großteil der MigrantInnen (55,4 %) und die Mehrheit der Personen ohne Migrationshintergrund (62,3%) bevorzugen die **freie Natur** zum Ausüben sportlicher Aktivitäten.

Es können statistisch keine signifikanten Resultate zwischen den Gruppen ($p= 0,113$), zwischen den teilnehmend Frauen ($p= 0,392$), Männern ($p= 0,161$) und zwischen den Geschlechtern innerhalb des MigrantInnenkollektivs ($p= 0,942$) festgestellt werden.

In **privater Umgebung** treiben rund 16,1 % der MigrantInnen Sport – das ist prozentmäßig nur halb so viel wie die Stichprobe ohne Migrationshintergrund die eigenen Räume nutzt; dieser Unterschied ist signifikant ($\chi^2= 7,186$; $df= 1$; $p= 0,007$; $sR= -2,0$). Weiters sind vor allem männliche Teilnehmer der MigrantInnen-Stichprobe – im Gegensatz zu den Männern der Stichprobe ohne Migrationshintergrund – diesbezüglich unterrepräsentiert ($\chi^2= 4,503$; $df= 1$; $p= 0,034$; $sR= -1,6$). Ein Test zwischen den teilnehmenden Frauen zeigt jedoch keine signifikanten Resultate ($p= 0,054$), ebenso sind innerhalb der MigrantInnen keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu beobachten ($p= 0,151$).

Jede/r achte MigrantIn übt Sport im **Fitnessstudio** aus, bei der vergleichenden Stichprobe ohne Migrationshintergrund ist es beinahe jede/r Fünfte. Zwischen den Gruppen kann kein statistischer Unterschied berechnet werden ($p=0,066$). Ebenso wenig gibt es signifikante Resultate zwischen Frauen ($p=0,190$) und Männern ($p=0,250$). Auch innerhalb der MigrantInnen gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede ($p=0,507$).

Der **Sportverein** ist für jeden zehnten Erwachsenen beider Stichproben als Sportstätte interessant. Die Auswertung zwischen den Gruppen hinsichtlich ihrer Verteilung zeigen keine signifikanten Ergebnisse (Gruppen: $p=0,863$; Frauen: $p=0,374$; Männer: $p=0,393$; MigrantInnen: $p=0,055$).

Die Antwortmöglichkeit ‚**anderswo**‘ wurde von 28,6 % der MigrantInnen und 14,8 % der vergleichenden Stichprobe ohne Migrationshintergrund gewählt. Als Alternative zu den angegebenen möglichen Sportstätten wurde unter anderem das Schwimmbad genannt.

Auch hier können keine signifikanten Resultate verzeichnet werden (Gruppe: $p=0,055$; Frauen: $p=0,094$; Männer: $p=0,330$; MigrantInnen: $p=0,955$).

Berücksichtigt man die höchste abgeschlossene Schulbildung der MigrantInnen-Stichprobe bei dieser Fragestellung, so gibt es signifikante Unterschiede bei den Kategorien ‚freie Natur‘ ($\chi^2=6,901$; $df=1$; $p=0,009$) und ‚anderswo‘ ($\chi^2=7,481$; $df=1$; $p=0,006$). MigrantInnen, die max. einen Hauptschulabschluss besitzen, nutzen weniger häufig die freie Natur ($sR=-1,6$), bevorzugen zum Sporttreiben dafür aber andere Sportstätten ($sR=1,9$). Bei allen weiteren Sportstätten gibt es keine signifikanten Unterschiede (private Umgebung: $p=0,0408$; Fitness-Studio: $p=0,732$; Sportverein: $p=0,995$).

Ich sehe täglich fern (68/175)***Kategorien: 0-1 Stunde 1 / 1-2 Stunden 2 / 2-4 Stunden 3 / mehr als 4 Stunden 4***

Die beiden Untersuchungsgruppen unterscheiden sich im Wesentlichen kaum voneinander: im Mittel beläuft sich der tägliche Fernsehkonsum bei beiden Kollektiven auf ein bis zwei Stunden täglich (MigrantInnen-Stichprobe: $n= 67$; $MW= 2,39$; $SD= 0,98$; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n= 174$; $MW= 2,40$; $SD= 0,99$).

In *Tabelle 13a* sind die Häufigkeiten hinsichtlich des Fernsehkonsums beider Stichproben aufgezeigt. Rund jede/r sechste Erwachsene der jeweiligen Stichproben verbringt demnach mehr als vier Stunden pro Tag vor dem Fernseher. Im Unterschied dazu sieht ein Fünftel der beiden Kollektive maximal eine Stunde pro Tag fern.

Statistisch betrachtet gibt es im Mittel keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben ($p= 0,920$) als auch nicht zwischen den Geschlechtern (Frauen: $p= 0,716$; Männer: $p= 0,471$) und in dem Kollektiv der MigrantInnen selbst ($p= 0,502$).

Ein signifikantes Ergebnis kann bei der MigrantInnen-Stichprobe beobachtet werden, wenn die höchste abgeschlossene Schulbildung berücksichtigt wird ($MWU= 359,000$; $p= 0,043$): MigrantInnen mit höherer Schulbildung weisen einen geringeren Fernsehkonsum auf (max. Hauptschulabschluss: $n= 24$; $MW= 2,75$; $SD= 0,94$; mind. Hauptschulabschluss: $n= 42$; $MW= 2,21$; $SD= 0,95$).

Die Relevanz von Bewegung zur Prävention verschiedenster Krankheitsbilder ist zahlreich dokumentiert und folglich wird sportliche Aktivität als ein sich positiv auf die Gesundheit auswirkender Life-Style-Faktor beschrieben [Veiga et al. 2009]. Sport trägt wesentlich zur Vorbeugung von kardiovaskulären Krankheiten [Sofi et al. 2008], Diabetes [Burr et al. 2010] und Übergewicht [Blair und Church 2004] bei.

Die Empfehlung liegt für Erwachsene bei mindestens 30 Minuten an fünf Tagen (besser an jedem Tag) in der Woche moderat intensive Bewegung oder mindestens 20 Minuten anstrengend körperliche Aktivität an drei Tagen der Woche [FAO/WHO/UNO 2001]. Vor diesem Hintergrund können erstaunliche Resultate beobachtet werden, obwohl prinzipiell zwischen den Kollektiven kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Dauer festgestellt werden konnte. Die Stichprobe ohne Migrationshintergrund kann die empfohlene Dauer beider Grundsätze mit durchschnittlich 60-180 Minuten Bewegung/Woche erreichen. Die TeilnehmerInnen des MigrantInnen-Kollektivs decken

nur 40 % der nahegelegten moderaten Bewegung ab bzw. erreichen nur knapp die Mindestdauer von einer Stunde Ausdauersport pro Woche – sie verfehlen somit weit die propagierten Empfehlungen zur Gesunderhaltung. Im Vergleich zu Daten aus Österreich decken sich die vorliegenden Ergebnisse nur teilweise. Sowohl im Österreichischen Ernährungsbericht von 2008 [Elmadfa et al. 2009] als auch in der Österreichischen Gesundheitsbefragung von 2006/07 [Klimont et al. 2008b] geht hervor, dass der empfohlene PAL²² bzw. die vorgeschlagene Mindestbewegung bei den österreichischen Erwachsenen nicht erreicht wird. Im Gegensatz dazu bestätigt sich allerdings die unter österreichischen MigrantInnen weiter verbreitete sportliche Inaktivität mit den Daten der Gesundheitsbefragung 2006/07 [Klimont et al. 2008a] sowie der Faktor Bildung, welcher positiv mit dem Ausmaß an Sport korreliert.

Nationale sowie internationale Studien machen vielfach auf den Geschlechtsunterschied im Bezug auf das Bewegungsausmaß aufmerksam. Frauen betreiben weniger Sport als Männer und die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen die Empfehlungen verfehlen, liegt höher [O'Dougherty et al. 2009; Bergman et al. 2008]. Dies bestätigt sich in der MigrantInnen-Gruppe, wo Teilnehmerinnen regelmäßige Bewegung weniger zu einem positiven Gesundheitsverhalten zählen als Männer (vgl. *Kapitel 4.1*). Die Erklärung dieses Geschlechtsunterschiedes – unabhängig vom Migrationsstatus – liegt laut O'Dougherty et al. [2009] u.a. darin, dass verschiedene Umstände, die Einflüsse auf den Zeitfaktor haben (Kinder, Haushaltsverantwortung), zu einer Verringerung der körperlichen Aktivität bei Frauen führen. Dieses Argument lässt sich auch auf Migrantinnen umlegen. Da vor allem in Migrantenfamilien Frauen die Verantwortung gegenüber Kindererziehung und Haushaltsverwaltung tragen, weisen sie damit auch ein geringeres Zeitbudget auf. Des Weiteren kann auch der Religionsglaube mitunter einschränkend im Bezug auf die Sportausübung sein, wenn zum Beispiel an bestimmte Kleidungs Vorschriften festgehalten werden muss.

Die Unterschiede im Sportverhalten zwischen MigrantInnen und Erwachsenen ohne Migrationshintergrund sind vermutlich auch Folge der unzureichenden Informationslage seitens der MigrantInnen (vgl. *Kapitel 4.2*).

²² PAL = Physical Activity Level

Die freie Natur wird sowohl von den MigrantInnen als auch von den Erwachsenen ohne Migrationshintergrund am häufigsten als Platz für die Sportausübung angegeben. Grund dafür liegt wohl in der freien Verfügbarkeit ohne Zugangsbeschränkungen, in der kostenlosen und in der zeitlich unbegrenzten Nutzung von Grünflächen, Parkanlagen und Radwegen. Fitnessseinrichtungen und die Mitgliedschaft in Sportvereinen werden von beiden Kollektiven wenig angenommen. Powell et al. [2006] erkennen in ihrer Studie den Einfluss der vorhandenen Infrastruktur der Umgebung auf das Sportverhalten. Zum einen führt die Nähe zu einer Sporteinrichtung als auch deren Dichte in der Nachbarschaft zu einer gesteigerten Häufigkeit der Sportausübung. Gleichzeitig merken die AutorInnen aber an, dass auch der Kostenfaktor in sozial schwachen Bevölkerungsgruppen sowie andere Barrieren wie die fehlende Möglichkeit der Teilnahme zu sportlicher Inaktivität beiträgt.

Auch das Fernsehverhalten trägt indirekt zu Bewegungsmangel und schlechterer Fitness bei [Sugiyama et al. 2008]. Erhöhter Fernsehkonsum ist besonders bei MigrantInnen mit niedriger Bildung ausgeprägt.

4.4 Informationsverhalten, Wissen

Was heißt ‚5 am Tag‘? (68/175)

Kategorien: 5 Mahlzeiten pro Tag / 5 Flaschen Wasser pro Tag / 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag / weiß nicht

Die korrekte Antwort, also ‚5 Portionen Obst und Gemüse/d²³‘, wussten nur 13,2 % der MigrantInnen, aber immerhin fast 45 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund. 30,9 % der MigrantInnen und ein Viertel der in Österreich geborenen TeilnehmerInnen kreuzten eine der beiden falschen Antwortmöglichkeiten an. Mehr als die Hälfte des MigrantInnen-Kollektivs und ein Drittel der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund wusste über den Hintergrund dieser Kampagne nicht Bescheid (Abb. 7).

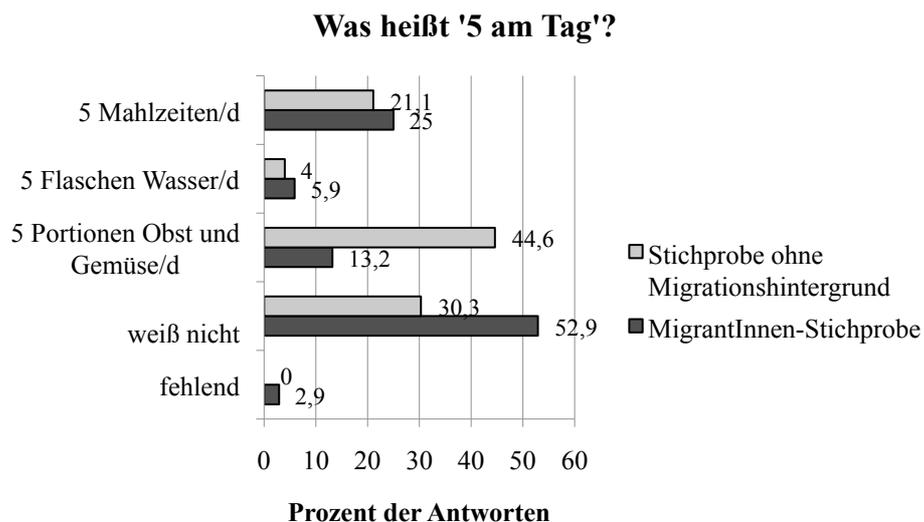


Abb. 7: Wissen über die Ernährungskampagne ‚5 am Tag‘

Laut Chi-Quadrat nach Pearson ($\chi^2 = 21,244$; $df = 3$) liegt der Signifikanzwert bei $p < 0,001$. Das Ergebnis zeigt, dass überzufällig viele MigrantInnen ($sR = -3,0$) die richtige Antwort ‚5 Portionen Obst und Gemüse am Tag‘ nicht wählen, dafür aber häufiger von der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund ($sR = 1,9$). Im Unterschied zu Personen ohne Migrationshintergrund gaben MigrantInnen häufiger an, den Slogan ‚5 am Tag‘ nicht zu kennen ($sR = 2,4$).

²³ d= Tag

Bei Betrachtung der Geschlechter kann der signifikante Unterschied konkretisiert werden: Migrantinnen sind vor allem in der Gruppe ‚5 Flaschen Wasser pro Tag‘ überrepräsentiert ($\chi^2= 16,209$; $df= 3$; $p= 0,001$; $sR= 1,7$), seltener dafür aber in der Kategorie ‚5 Portionen Obst/Gemüse am Tag‘ ($sR= -2,5$). Frauen der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund sind hier überrepräsentiert ($sR= 1,6$). Bei den Männern der MigrantInnen-Stichprobe zeigt sich ein ähnliches Bild. Männer aus dieser Stichprobe geben vor allem ‚weiß nicht‘ an ($\chi^2= 13,390$; $df= 3$; $p= 0,004$; $sR= 2,4$), sind aber weniger häufig in der korrekten Kategorie vertreten ($sR= -1,7$).

Eine genauere Betrachtung der MigrantInnen-Stichprobe zeigt keine signifikanten Resultate hinsichtlich Geschlecht ($p= 0,053$) und der höchsten abgeschlossenen Schulbildung ($p= 0,557$).

***Für wie viele Tage kann ich frisches Faschiertes in meinem Kühlschrank lagern?
(68/175)***

Kategorien: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / weiß nicht

In *Tabelle 11* ist die Häufigkeitsverteilung der beiden Kollektive dargestellt und zeigt folgendes Bild: 17,6 % der MigrantInnen-Stichprobe und 26,9 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund sind sich dessen bewusst, dass frisches Faschiertes noch am selben Tag aufzubrauchen ist. Im Gegenzug meinen 10,3 % der MigrantInnen, dass man Faschiertes vier Tage im Kühlschrank ohne Qualitätsverlust lagern kann, beim Vergleichskollektiv ohne Migrationshintergrund glaubt dies hingegen nur eine Person. 14,7 % der MigrantInnen und 10,9 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund geben an, die Antwort nicht zu wissen. Im Mittel gehen sowohl MigrantInnen ($n= 68$; $MW= 3,12$; $SD= 1,99$) als auch Erwachsene der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund ($n= 174$; $MW= 2,56$; $SD= 1,775$) davon aus, Faschiertes problemlos zwei Tage aufbewahren zu können.

Aufbewahrung von frischem Faschiertem im Kühlschrank (d)	MigrantInnen- Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
0	12	17,6	47	26,9
1	26	38,2	72	41,1
2	9	13,2	24	13,7
3	4	5,9	11	6,3
4	7	10,3	1	0,6
5	-	-	-	-
weiß nicht	10	14,7	19	10,9
fehlend		-	1	0,6
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 11: Wissen über Aufbewahrung von frischem Faschiertem

Statistisch betrachtet gibt es im Mittel signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ($T= 2,132$; $df= 240$; $p= 0,034$) und zwischen den weiblichen Teilnehmenden ($MWU= 1931,000$; $p= 0,024$). Migrantinnen gehen im Durchschnitt davon aus, dass frisches Faschiertes zwei Tage lang problemlos gelagert werden kann ($n= 47$; $MW= 2,77$; $SD= 1,82$), Teilnehmerinnen der Stichprobe ohne Migrationshintergrund gehen von einem Tag aus ($n= 105$; $MW= 2,11$; $SD= 1,38$). Bei den Männern kann kein Unterschied im Mittel festgestellt werden ($p= 0,160$). Zudem kann ein signifikantes Resultat innerhalb der MigrantInnen-Gruppe zwischen Männern und Frauen festgestellt werden ($MWU= 336,500$; $p= 0,031$): Männer glauben im Durchschnitt, die Antwortmöglichkeit ‚drei Tage‘ sei korrekt ($n= 21$; $MW= 3,90$; $SD= 2,17$), Frauen hingegen ‚zwei Tage‘ ($n= 47$; $MW= 2,77$; $SD= 1,82$). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der österreichischen Vergleichsstichprobe zwischen den Geschlechtern ($MWU= 3396,500$; $p= <0,001$): Männer meinen, dass Faschiertes zwei Tage problemlos gelagert werden kann ($n= 69$; $MW= 3,23$; $SD= 2,09$), Frauen gehen von einem Tag aus ($n= 105$; $MW= 2,11$; $SD= 1,38$).

Bei zusätzlicher Berücksichtigung der Schulbildung von MigrantInnen zeigt sich kein signifikanter Unterschied ($p= 0,347$).

Wenn ich Lebensmittel kaufe, lese ich die Zutatenliste und Nährstoffangaben (68/175)

Kategorien: immer 1 / häufig 2 / manchmal 3 / selten 4 / nie 5

Im Durchschnitt lesen beide Stichproben Zutatenlisten und Nährstoffangaben beim Kauf von Lebensmitteln manchmal durch (MigrantInnen: $n= 67$; $MW= 2,61$; $SD= 1,55$; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n= 175$; $MW= 2,90$; $SD= 1,33$). 47,1 % der MigrantInnen-Stichprobe und 44 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund zeigen hohes Interesse an Angaben zu Lebensmittelzutaten und -nährstoffen und lesen diese beim Lebensmitteleinkauf ‚immer‘ bzw. ‚häufig‘. Gleichzeitig zeigt aber ein großer Anteil beider Gruppen wenig Interesse für angegebene Informationen zu Lebensmittelinhaltsstoffen (19,2 % der MigrantInnen und 33,1 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund). Die Häufigkeitsverteilung ist auch in *Tabelle 14a* dargestellt.

Es konnte kein signifikantes Resultat zwischen den Gruppen hinsichtlich ihrer mittleren Angaben ermittelt werden. (zwischen den beiden Stichproben: $p= 0,147$; zwischen Frauen: $p= 0,338$; zwischen Männern: $p= 0,312$; innerhalb der MigrantInnen-Gruppe zwischen den Geschlechtern: $p= 0,081$). Ein zusätzlicher Test, der die höchste abgeschlossene Schulbildung der MigrantInnen berücksichtigt, konnte ebenso kein signifikantes Ergebnis zeigen ($p= 0,219$).

Aktionen der Kampagne ‚5 am Tag‘ sollen den Obst- und Gemüseverzehr der Bevölkerung steigern. Jedoch kennt nur insgesamt ein Drittel aller TeilnehmerInnen die ‚5 am Tag‘ Gesundheitsformel. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch im Hinblick auf den Migrationsstatus – MigrantInnen geben häufiger an diese Kampagne nicht zu kennen oder wählen eine falsche Antwort. Ähnliche Ergebnisse zeigt Wieser [2006] in ihrer Arbeit, in der u.a. die ‚5 am Tag‘ Kampagne evaluiert wird. Zwar wird in dieser Arbeit der Migrationsstatus nicht berücksichtigt, dennoch ist die Kampagne für 71,9 % der TeilnehmerInnen aus dem Postfragebogen und für 51,4 % der Befragten des Internet-Fragebogens unbekannt. Deutliche Unterschiede gibt es auch zwischen den Geschlechtern: signifikant mehr Frauen geben an, diese Initiative zu kennen. Ursachen für die ungünstige Informationsabdeckung in der Bevölkerung liegen mitunter in einer ineffizienten Kampagnenkommunikation [Synder 2007].

Im Unterschied zur oben genannten passiven Informationsweitergabe durch Kampagnen positionieren sich Food Labels²⁴ als Beitrag aktiver Informationssuche. MigrantInnen und Erwachsene ohne Migrationshintergrund zeigen nur mäßiges Interesse an Nährstoffangaben und Zutatenlisten von Lebensmitteln. Zudem kann kein Einfluss des Geschlechts festgestellt werden. In einem europaweiten Review von Grunnert und Wills [2007] können hingegen demographische Varianzen hinsichtlich des Interesses dokumentiert werden und zeigen vor allem, dass Frauen und ältere TeilnehmerInnen bewusst Packungsinformationen lesen. Außerdem konnte ein europäisches Nord-Süd-Gefälle beobachtet werden, bei welchem vor allem nordische Länder mehr Interesse an Food Labels bekunden. Grundsätzlich kommen Grunnert und Wills zum Schluss, dass sowohl Konsumententyp, Produkt, Situation als auch das Label selbst ausschlaggebend für mehr oder weniger Interesse sind.

Die starken Divergenzen in Bezug auf das Wissen bzgl. der Haltbarkeit von rohem Faschiertem beider untersuchten Stichproben weist auf starke Informationsdefizite hin. Das Ernährungswissen unterliegt, wie bereits in *Kapitel 2.1.1.5.3* besprochen, demographischen Charakteristika [Hendrie et al. 2008] und ist höher bei Frauen und bei Menschen höherer Bildung. Geschlechtsunterschiede können im MigrantInnen-Kollektiv und in der österreichischen Vergleichsgruppe dieser Arbeit festgestellt werden (Frauen sind besser informiert) bzw. auch unter den Frauen, wo Migrantinnen hinsichtlich des Wissens schlechter abschneiden. Im Hinblick auf die Bildung jedoch sind die Ergebnisse mit der Studie von Hendrie et al. [2008] nicht konform. Warum Migrantinnen gegenüber den Migranten besser, gegen Frauen ohne Migrationshintergrund aber schlechter abschneiden, ist nicht klar. In Bezug auf den Vorteil gegenüber Migranten ist dies vermutlich dadurch begründbar, dass Migrantinnen Verantwortung gegenüber ihren Familienmitgliedern tragen; gleichzeitig weisen sie ein generelles Informationsdefizit auf; schlechte Deutschkenntnisse bzw. mangelnde Lesekompetenzen tragen ebenfalls zu schlechter Informiertheit bei. Generell kann man hier aber von fehlgeschlagener Kommunikation sprechen.

²⁴ Food Labels implizieren Zutaten- und Nährstoffangaben auf Lebensmittelprodukten

4.5 Gesundheits- und Ernährungsverhalten

Food Frequency Questionnaire (FFQ): Ich esse / trinke die folgenden Lebensmittel
Kategorien: mehrmals täglich 1 / (fast) täglich 2 / mehrmals pro Woche 3 / etwa einmal pro Woche 4 / mehrmals pro Monat 5 / selten, nie 6

Es werden hier nur signifikante Ergebnisse diskutiert, alle weiteren Resultate finden sich im Tabellenanhang (*Tabelle 15a*).

Kohlenhydratreiche Lebensmittel (68/175)

Brot/Gebäck, Vollkornbrot/ -gebäck, Reis/Nudeln, Müsli/Cornflakes, Kartoffel

Im Durchschnitt konsumieren MigrantInnen (fast) täglich Brot und Gebäck (n=67; MW= 1,69; SD= 1,26) und mehrmals pro Woche Vollkornbrot (n=67; MW= 3,34; SD= 2,0).

Nudel- bzw. Reisgerichte stehen ebenfalls öfters in der Woche auf dem Speiseplan (n= 67; MW= 3,13; SD= 1,34), Müsli und Cornflakes werden hingegen nur etwa einmal in der Woche von den befragten MigrantInnen konsumiert (n= 65; MW= 4,25; SD= 1,69).

Die Verzehrshäufigkeit von Kartoffeln liegt bei den teilnehmenden Personen aus der MigrantInnen-Gruppe bei ‚mehrmals pro Woche‘, (n= 66; MW= 3,23; SD= 1,17), das Vergleichskollektiv verzehrt Kartoffeln weniger häufig, nämlich nur etwa einmal in der Woche.

Es konnte nur bei der Verzehrshäufigkeit von Kartoffeln ein signifikanter Unterschied zwischen den MigrantInnen und der Stichprobe ohne Migrationshintergrund (T= -2,332; df= 237; p= 0,021) berechnet werden. Demnach verzehren MigrantInnen (n= 66; MW= 3,23; SD= 1,17) häufiger Kartoffeln, nämlich mehrmals pro Woche, als Personen ohne Migrationshintergrund (n= 173; MW= 3,62; SD= 1,18). Außerdem gibt es einen signifikanten Unterschied im Mittel zwischen den beteiligten Frauen (T= -2,171; df= 148; p= 0,032). Das Resultat zeigt ebenso, dass Migrantinnen häufiger Kartoffeln zu sich nehmen als Frauen ohne Migrationshintergrund (Migrantinnen: n= 45; MW= 3,24; SD= 1,21; Frauen ohne Migrationshintergrund: n= 105; MW= 3,72; SD= 1,25).

Obst und Gemüse (68/175)

Laut FFQ geben MigrantInnen an, sowohl frisches Obst ($n= 67$; $MW= 1,72$; $SD= 0,87$) als auch Gemüse ($n= 68$; $MW= 2,07$; $SD= 0,98$) beinahe täglich zu essen – im Gegensatz zur Erwachsenen ohne Migrationshintergrund, welche diese Lebensmittel etwas weniger häufig, nämlich mehrmals pro Woche, zu sich nehmen (Obst: $n= 175$; $MW= 2,53$; $SD= 1,44$ bzw. $n= 174$; Gemüse: $MW= 2,64$; $SD= 1,21$).

Die Unterschiede in der Verzehrshäufigkeit von frischem Obst und Gemüse können mit folgenden Signifikanzwerten dargelegt werden: so gibt es hinsichtlich des Obstkonsums signifikant mittlere Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ($MWU= 3815,000$; $p < 0,001$). Laut Mittelwert-Vergleich essen MigrantInnen signifikant häufiger Obst als TeilnehmerInnen ohne Migrationshintergrund. Ähnlich verhalten sich die Ergebnisse, wenn zwischen den weiblichen Befragten der Untersuchung getestet wird ($MWU= 1357,000$; $p < 0,001$): Migrantinnen essen häufiger Obst als Frauen ohne Migrationshintergrund (Migrantinnen: $n= 46$; $MW= 1,57$; $SD= 0,83$; Frauen ohne Migrationshintergrund: $n= 106$; $MW= 2,58$; $SD= 1,52$).

Innerhalb des MigrantInnen-Kollektivs gibt es auch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ($MWU= 319,000$; $p= 0,015$). Hier sind es vor allem die Frauen, die häufiger zu Obst greifen als Männer (Migrantinnen: $n= 46$; $MW= 1,57$; $SD= 0,83$; Migranten: $n= 21$; $MW= 2,05$; $SD= 0,87$).

Im Bezug auf den Gemüseverzehr können Parallelen zum Obstkonsum erkannt werden. Der Unterschied zwischen den beiden Stichproben ($MWU= 4355,500$; $p= 0,001$) beruht darauf, dass MigrantInnen häufiger angeben, mehrmals täglich Gemüse zu essen. Zudem zeigt der FFQ einen signifikanten Unterschied zwischen den Frauen ($MWU= 1677,000$; $p= 0,001$): Migrantinnen verzehren häufiger (fast) täglich Gemüse ($n= 47$; $MW= 1,91$; $SD= 0,97$) als die anderen Teilnehmerinnen ($n= 105$; $MW= 2,66$; $SD= 1,34$). Über dies kann aufgrund der Datenlage auch ein geschlechtssensibler Unterschied innerhalb des MigrantInnenkollektivs beobachtet werden ($MWU= 340,500$; $p= 0,033$). Migrantinnen konsumieren im Mittel häufiger Gemüse als Migranten (Migrantinnen: $n= 47$; $MW= 1,91$; $SD= 0,97$; Migranten: $n= 21$; $MW= 2,43$; $SD= 0,93$).

Milch, Milchprodukte***Ersterhebung: Milch, Topfen/Joghurt, probiotisches Joghurt, Käse (54/147)******Evaluierung: Milch, fettarme LM, fettreiche LM, Käse (14/28)***

Die Schwierigkeit bei der Auswertung dieser Lebensmittel-Gruppe liegt in den unterschiedlich angegebenen Milchprodukten im FFQ der beiden verwendeten Fragebögen (siehe Methodik). Lediglich zwei Lebensmittel, nämlich ‚Milch‘ und ‚Käse‘, sind in beiden Bögen kongruent. Der ursprünglich verwendete FFQ beinhaltet den Verzehr von Joghurt/Topfen und probiotischem Joghurt, im FFQ der Nachevaluierung werden diese beiden Kategorien durch die Bezeichnungen ‚fettarme Milchprodukte (Topfen/Magerjoghurt)‘ und ‚fettreiche Lebensmittel (Schlagobers/ Creme fraiche)‘ ersetzt.

Milch wird – angesichts der Tatsache unterschiedlicher Bögen – von MigrantInnen (fast) täglich (n=12; MW= 2,00; SD= 1,54) bzw. mehrmals pro Woche (n= 54; MW= 2,56; SD= 1,53) genossen. Ohne Aufspaltung dieser Stichprobe liegt der Mittelwert bei MW= 2,45 (n=66; SD= 1,53). Der Unterschied zur Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund ist marginal und nicht signifikant (n=174; MW= 2,44; SD= 1,64).

Der Käseverzehr bei allen teilnehmenden MigrantInnen liegt bei im Mittel bei ‚mehrmals pro Woche‘ (n=57; MW= 3,14; SD= 1,51). Die Trennung der beiden Fragebögen bewirkt eine Veränderung der Verzehrshäufigkeit: so bleibt der Verzehr mit der ursprünglichen Fragestellung gleich (n= 54; MW= 3,11; SD= 1,53), bei der Adaptierung der Lebensmittelgruppe Milch und Milchprodukte im Evaluierungsbogen verschiebt sich der Mittelwert hin zur Verzehrshäufigkeit ‚etwa einmal pro Woche‘ (n= 3; MW= 3,67; SD= 1,16). Dieser Wert soll aufgrund der geringen Anteilnahmen der MigrantInnen skeptisch betrachtet werden.

Fällt die Berücksichtigung der zwei Fragebögen weg, so gibt es kaum eine Abweichung der beiden Mittelwerte von der MigrantInnen-Stichprobe und Stichprobe ohne Migrationshintergrund (n=175; MW= 3,05; SD= 1,44).

Der ursprüngliche FFQ enthält die Frage nach dem Verzehr von Topfen und Joghurt. MigrantInnen geben an, dass diese beiden Lebensmittel mehrmals pro Woche Teil des Speiseplans sind (n= 54; MW= 3,28; SD= 1,70). Diese Häufigkeit unterscheidet sich kaum von jener der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund (n= 147; MW= 3,29; SD= 1,63).

Probiotisches Joghurt – ebenso ein Lebensmittel des primären Fragebogens – wird von den befragten MigrantInnen im Mittel mehrmals pro Monat gegessen (n=54; MW= 4,78; SD= 1,96); dies trifft auch auf Teilnehmende der Stichprobe ohne Migrationshintergrund zu (n= 147; MW= 4,92; SD= 1,52).

Laut modifiziertem FFQ geben MigrantInnen an, dass fettarme Milchprodukte (Topfen, Magerjoghurt) mehrmals pro Woche auf den Tischen kommen (n= 13; MW= 2,92; SD= 2,22) – vergleichbar mit der Stichprobe ohne Migrationshintergrund (n= 28; MW= 3,39; SD= 1,69).

Darüber hinaus neigen MigrantInnen im Mittel häufiger zum Konsum von fettreichen Milchprodukten wie z.B. Schlagobers oder Creme fraiche (n= 12; MW= 3,67; SD= 1,78) als TeilnehmerInnen des Vergleichskollektivs (n=28; MW= 4,50; SD= 1,69). Der Unterschied ist dennoch nicht signifikant.

Signifikante Unterschiede im Mittel konnte weder zwischen den beiden Gruppen als auch beim Geschlechtervergleich beider Gruppen und innerhalb des MigrantInnenkollektivs errechnet werden (siehe *Tabelle 15a*).

Fleisch, Wurst

Ersterhebung: Fleisch/Wurst (54/147)

Nachevaluierung: mageres Fleisch/magere Wurst (Schinken), fettes Fleisch/fette Wurstwaren (Salami, Extra Wurst) (14/28)

Auch bei der Erhebung des Fleisch- und Wurstverzehr wurde die Fragestellung im zweiten Bogen mit den Punkten ‚mageres Fleisch, magere Wurst (Schinken)‘ und ‚fettes

Fleisch, fette Wurstwaren (Salami, Extra Wurst)‘ konkretisiert. Sie ersetzen die im primären Fragebogen die großzügig formulierte Angabe ‚Fleisch/Wurst‘.

Fleisch und Wurst kommen bei der MigrantInnen-Stichprobe laut FFQ mehrmals pro Woche auf den Tisch (n=54; MW= 3,17; SD= 1,34). Diese Verzehrhäufigkeit kann auch bei der Stichprobe ohne Migrationshintergrund verzeichnet werden, obwohl die Mittelwerte voneinander abweichen (n= 147; MW= 2,77; SD= 1,21).

Dieser Unterschied kann auch statistisch bekräftigt werden (T=2,011; df= 199; p= 0,046) – MigrantInnen essen demnach weniger oft Fleisch und Wurst als die Erwachsenen ohne Migrationshintergrund.

Bei Trennung in mageres und fettes Fleisch bzw. Wurstprodukte können folgende Verzehrhäufigkeiten dargestellt werden: mageres Fleisch und magere Wurst werden von MigrantInnen signifikant weniger oft (MWU= 73,500; p= 0,009), nämlich nur mehrmals pro Monat (n= 11; MW= 4,55; SD= 1,81), als von den Erwachsenen ohne Migrationshintergrund konsumiert; sie essen magere Wurst und Fleisch mehrmals in der Woche (n= 28; MW= 2,89; SD= 1,34).

Darüber hinaus kann auch ein Unterschied zwischen den teilnehmenden Frauen verzeichnet werden (MWU= 47,000; p= 0,011). Das Ergebnis zeigt, dass Migrantinnen weniger häufig, nämlich mehrmals pro Monat magere Fleischprodukte verzehren (n= 11; MW= 4,55; SD= 1,81) als Frauen ohne Migrationshintergrund (n= 19; MW= 2,74; SD= 1,45) – für sie trifft dies mehrmals pro Woche zu.

Im Hinblick auf den Verzehr von fettem Fleisch und fetten Wurstwaren verdeutlicht der FFQ, dass MigrantInnen mehrmals in der Woche zu diesen Lebensmitteln greifen (n= 9; MW= 3,33; SD= 2,12); TeilnehmerInnen der Vergleichsstichprobe geben an, etwa einmal in der Woche fetthaltigere Fleisch- und Wurstwaren zu essen (n= 28; MW= 4,36; SD= 1,50). Signifikant ist dieser Unterschied jedoch nicht (siehe *Tabelle 15a* im Anhang).

Fisch (68/175)***fetter Fisch (z.B. Lachs, Thunfisch)******magerer Fisch (z.B. Dorsch, Zander)***

Fetter Fisch, dazu gehört etwa Lachs und Thunfisch, ist bei den MigrantInnen etwa mehrmals pro Monat Teil des Speiseplans (n= 66; MW= 5,02; SD= 1,58). Einen ähnlichen Konsum kann man bei der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund verzeichnen (n= 174; MW= 5,17; SD= 1,16).

Genauso häufig, nämlich öfters im Monat, wird magerer Fisch von MigrantInnen (n= 65; MW= 4,52; SD= 1,66) als auch vom Kollektiv ohne Migrationshintergrund (n= 175; MW= 4,80; SD= 1,15) zubereitet.

Im Mittel kann kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden (siehe Signifikanzwerte *Tabelle 15a*).

Speisefette und -öle (68/175)***pflanzliche Öle (Olivenöl/Sonnenblumenöl), Butter, Margarine***

Erwähnenswert im Hinblick auf die Auswertung ist die Formulierungsänderung von ‚Öle‘ (primärer FFQ) in den Wortlaut ‚pflanzliche Öle (Olivenöl, Sonnenblumenöl)‘, der im Evaluierungsbogen verwendet wurde. Zur Vereinfachung der statistischen Auswertung werden die Daten diesbezüglich als identisch betrachtet und somit nicht isoliert behandelt (vgl. z.B. Milch und Milchprodukte).

MigrantInnen verwenden im Zuge der Speisenzubereitung pflanzliche Öle wie Olivenöl oder Sonnenblumen (fast) täglich (n= 58; MW= 2,31; SD= 1,31) – signifikant öfter als Befragte des Kollektivs ohne Migrationshintergrund (T= -3,728; df= 231; p <0,001; n= 175; MW= 3,11; SD= 1,44).

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Ölkonsum können ebenso zwischen den untersuchten Gruppen verzeichnet werden: bei den teilnehmenden Frauen liegt der Signifikanzwert bei p= 0,009 (T= -2,668; df= 141), bei Männer bei p= 0,005 (MWU= 442,500). Laut den mittleren Angaben zeigt sich, dass sowohl Frauen als auch Männer

aus der MigrantInnen-Stichprobe häufiger pflanzliche Öle verwenden als weibliche und männliche Erwachsene ohne Migrationshintergrund (Migrantinnen: $n= 37$; $MW= 2,38$; $SD= 1,44$; Frauen ohne Migrationshintergrund: $n= 106$; $MW= 3,11$; $SD= 1,44$; Migranten: $n= 21$; $MW= 2,19$; $SD= 1,08$; Männer ohne Migrationshintergrund: $n= 69$; $MW= 3,10$; $SD= 1,46$).

Der Gebrauch von Butter bzw. Margarine ist zwischen den beiden Gruppen nahezu identisch. MigrantInnen verwenden Butter häufiger als Margarine ($n= 65$; $MW= 3,14$; $SD= 1,57$ vs. $n= 62$; $MW= 4,06$; $SD= 1,70$), dies trifft auch für die Vergleichsstichprobe zu ($n= 175$; $MW= 3,26$; $SD= 1,73$ vs. $n= 173$; $MW= 4,19$; $SD= 1,76$).

Sowohl beim Butter- als auch beim Margarineverzehr zeigen sich keine statistischen Unterschiede zwischen den Gruppen (siehe *Tabelle 15a*).

Süßes (68/175)

Süßigkeiten, Kuchen

Die Häufigkeit des Naschen von Süßigkeiten ist bei den beiden Stichproben fast gleich und beläuft sich auf mehrere Male pro Woche (MigrantInnen-Stichprobe: $n= 65$; $MW= 3,49$; $SD= 1,63$; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n= 175$; $MW= 3,34$; $SD= 1,51$). Auch beim Genuss von Kuchen gibt es im Mittel keine signifikanten Unterschiede – beide Kollektive geben an, Kuchen öfters im Monat zu konsumieren (MigrantInnen: $n= 65$; $MW= 4,14$; $SD= 1,64$; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n= 174$; $MW= 3,95$; $SD= 1,47$).

Auch hier können keine signifikanten Ergebnisse zwischen den Gruppen bzw. zwischen den Geschlechtern erfasst werden. Die Signifikanzwerte der einzelnen Tests sind in *Tabelle 15a* dokumentiert.

Bioprodukte (68/175)

MigrantInnen konsumieren Bioprodukte mehrere Male im Monat ($n= 65$; $MW= 4,66$; $SD= 1,63$), Erwachsene ohne Migrationshintergrund greifen etwa einmal in der Woche zu diesen Produkten ($n= 174$; $MW= 4,33$; $SD= 1,63$). Dennoch kann kein Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Verzehrshäufigkeit beobachtet werden. Lediglich zwischen den teilnehmenden Männern beider Gruppen gibt es signifikante

Unterschiede (MWU= 496,000; $p= 0,022$): bei Migranten beschränkt sich der Konsum von Bioprodukten auf mehrere Male im Monat ($n= 21$; MW= 5,05; SD= 1,53), Männer ohne Migrationshintergrund essen etwa einmal pro Woche Bioprodukte ($n= 69$; MW= 4,21; SD= 1,62).

Fertiggerichte (68/175)

Im Hinblick auf die Verzehrshäufigkeit von Fertiggerichten gibt es zwischen den beiden Untersuchungsgruppen im Mittel keinen signifikanten Unterschied. Sowohl die MigrantInnen-Stichprobe ($n=64$; MW= 4,80; SD= 1,57) als auch die Stichprobe ohne Migrationshintergrund ($n= 174$; MW= 4,91; SD= 1,39) gibt an, monatlich mehrere Male zu diesen Produkten zu greifen.

Nahrungsergänzungsmittel (68/175)

Vitamin- und Mineralstoffsupplemente

Die Häufigkeit bei der Einnahme von Vitamin- und Mineralstoffsupplementen liegt bei beiden Kollektiven bei mehreren Malen im Monat (MigrantInnen: $n= 68$; MW= 5,15; SD= 1,62; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: $n=175$; MW= 4,85; $p= 1,74$).

Alkoholfreie Getränke (68/175)

Wasser/Mineralwasser, Saft/Nektar, Limonade/Cola, Tee, Kaffee

Von allen im FFQ angegebenen alkoholfreien Getränken werden Wasser und Mineralwasser von MigrantInnen ($n= 67$; MW= 1,79; SD= 1,38) als auch von der Stichprobe ohne Migrationshintergrund ($n= 175$; MW= 1,57; SD= 1,33) am häufigsten konsumiert, nämlich (fast) täglich. Im Mittel gibt es keinen signifikanten Unterschied (Signifikanzwerte siehe *Tabelle 15a*).

Saft und Nektar dienen ebenfalls als Durstlöcher für MigrantInnen und werden mehrmals pro Woche getrunken ($n= 65$; MW= 3,00; SD= 1,85), im Durchschnitt signifikant häufiger als von der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund ($n= 174$; MW= 3,58, SD= 1,82; $T= -2,181$; $df= 237$; $p= 0,030$).

Zu Limonaden und Cola greifen MigrantInnen (n= 64; MW= 3,81; SD= 2,00) sowie das Vergleichskollektiv (n= 175; MW= 4,20; SD= 1,87) etwa einmal pro Woche. Auch hier gibt es keinen Unterschied im Mittel (siehe *Tabelle 15a*).

Der Teekonsum ist bei MigrantInnen deutlich höher als bei der Stichprobe ohne Migrationshintergrund (T= -3,326; df= 240; p= 0,001): so trinken MigrantInnen mehrmals in der Woche Tee (n= 67; MW= 2,94; SD= 1,97), im Gegensatz zur vergleichenden Stichprobe, die Tee nur etwa einmal in der Woche konsumieren (n= 175; MW= 3,87; SD= 1,93). Zudem zeigt sich hier auch ein signifikantes Resultat zwischen den Frauen beider Gruppen (T= -2,643; df= 150; p= 0,009). Migrantinnen trinken mehrmals pro Woche Tee (n= 46; MW= 2,89; SD= 1,99), Frauen ohne Migrationshintergrund etwa einmal wöchentlich (n= 106; MW= 3,83; SD= 2,02).

Kaffee wird laut FFQ mehrere Male in der Woche sowohl von MigrantInnen (n= 57; MW= 2,53; SD= 1,94) als auch von der Stichprobe ohne Migrationshintergrund (n= 175; MW= 2,55; SD= 1,92) konsumiert. Es können keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (siehe *Tabelle 15a*).

Alkoholische Getränke (68/175)

Wein/Sekt, Bier, Spirituosen

Wein und Sekt wird von der MigrantInnen-Stichprobe selten bzw. nie getrunken (n=63; MW= 5,51; SD= 0,99), im Gegensatz zur Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund die wesentlich öfter diese Getränke konsumiert (n= 175; MW= 5,09; SD= 1,37; MWU= 4451,500; p= 0,011). In diesem Zusammenhang kann auch ein signifikanter Unterschied zwischen Männern der beiden Stichproben festgestellt werden (MWU= 504,500; p= 0,023). Auch hier greifen Migranten nur seltener zu diesen Getränken (n= 21; MW= 5,52; SD= 0,93) als Männer ohne Migrationshintergrund (n= 69; MW= 4,80; SD= 1,43).

Der Bierkonsum weicht ebenfalls zwischen den beiden Kollektiven ab – MigrantInnen (n= 63; MW= 5,59; SD= 1,01) trinken durchschnittlich seltener Bier als die österreichische Stichprobe (n= 175; MW= 5,02; Sd= 1,38). Der Signifikanzwert liegt hierfür bei p= 0,001 (MWU= 4198,500). Über dies ist auch ein signifikantes Ergebnis zwischen

den teilnehmenden Frauen der zwei Untersuchungsgruppe ersichtlich (MWU= 1612,500; $p= 0,001$): Migrantinnen ($n= 42$; MW= 5,93; SD= 0,34) konsumieren seltener Bier als Frauen ohne Migrationshintergrund ($n= 106$; MW= 5,41; SD= 1,03).

Außerdem ist auch innerhalb des MigrantInnenkollektivs ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern vorhanden (MWU= 249,000; $p < 0,001$): Männer ($n= 21$; MW= 4,90; SD= 1,48) dieser Gruppe geben an, häufiger Bier zu trinken als Frauen ($n= 42$; MW= 5,93; SD= 0,34).

Bei der Analyse des Spirituosenkonsums zeigen sich zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede (*Tabelle 15a*). MigrantInnen ($n= 63$; MW= 5,75; SD= 0,74) als auch Erwachsene ohne Migrationshintergrund ($n= 174$; MW= 5,65; SD= 0,88) geben laut FFQ an, selten bzw. nie zu diesen Getränken zu greifen.

Bei Überprüfung des Ernährungsverhalten von MigrantInnen konnten im Hinblick auf die höchste abgeschlossene Schulbildung keine signifikanten Ergebnisse errechnet werden. Die p -Werte sind in *Tabelle 16a* angeführt.

Die Auswertung des FFQ zeigt einerseits signifikante Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund, teilweise sind die Verzehrgeohnheiten kongruent.

Wichtige Grundlage in der Ernährung von MigrantInnen bilden kohlenhydratreiche Lebensmittel, was mit den Empfehlungen für eine gesunde Ernährung einhergeht. Dennoch wird der hohe Brot- und Gebäckverzehr der vorliegenden Stichprobe wahrscheinlich überwiegend durch Produkte aus raffinierten Weißmehlen gedeckt. Dies trifft vor allem dann zu, wenn das Ursprungsland der ethnischen Gruppen in südlichen Teilen Europas liegt, wo hauptsächlich helle Mehle verwendet werden. Entgegen der Erwartung kann jedoch ein relativ hoher Konsum von Vollkornbrot und -gebäck festgestellt werden. Interessanterweise zeigt sich ein signifikanter Unterschied in der Gruppe der kohlenhydratreichen Nahrungsmittel nur bei Kartoffeln – MigrantInnen, und hier vor allem die weiblichen Befragten, essen diese mehrmals pro Woche. Schmid [2002] hält in ihrer in Deutschland durchgeführten Befragung fest, dass der Kartoffel-

verzehr von türkischen Migrantinnen viel höher ist als jener andere ethnischer Gruppen wie Italienerinnen oder Griechinnen.

Der Obst- und Gemüseverzehr ist unter MigrantInnen deutlich höher als bei den Erwachsenen ohne Migrationshintergrund; MigrantInnen geben an, Obst und Gemüse beinahe täglich zu essen. Dies liegt vermutlich an der ohnehin stark obst- und gemüseorientierten traditionellen Kost vieler ethnischer Gruppen [Schmid 2002]. Auch in internationalen Studien konnte oftmals ein höherer Obst- bzw. Gemüsekonsum bei MigrantInnen beobachtet werden – unabhängig von deren ethnischer Herkunft. So hat beispielsweise Méjan et al. [2007] einen signifikant höheren Anteil von Obst und Gemüse in der Ernährung von nordafrikanischen MigrantInnen im Vergleich zu einheimischen Franzosen beobachten können. Aufgrund der Häufigkeitsanalyse ist nicht zu erwarten, dass die ‚5 am Tag‘ Empfehlung von den in dieser Arbeit untersuchten Stichproben erreicht werden kann. In der Literatur finden sich zahlreiche Erklärungsversuche für den noch immer zu niedrigen Obst- und Gemüsekonsum der Bevölkerung zahlreicher Länder [Ashfield-Watt et al. 2003; Yeh et al. 2008]. Es werden hohe Kosten für frisches Obst und Gemüse, Bequemlichkeit und mangelnde Zeit für die Speisenzubereitung, fehlendes Wissen über positive Aspekte von Obst- und Gemüsekonsum und Familieneinflüsse als Barrieren für den unzureichenden Verzehr gesehen [Yeh et al. 2008; Wolf et al. 2008].

Der in dieser Arbeit beobachtete geschlechtsspezifische Unterschied in der MigrantInnen-Gruppe, nicht aber im österreichischen Vergleichskollektiv, kann teilweise durch weitere Untersuchungen bekräftigt werden, bei denen generell ein höherer Konsum von Obst und Gemüse bei Frauen dargelegt wurde [Ashfield-Watt et al. 2003]. In der Untersuchung von Wolf et al. [2008] geben Männer mit Migrationshintergrund an, dass ihr niedriger Obst- und Gemüseverzehr vor allem dadurch bedingt ist, dass sie von Personen abhängig sind, die die Speisen für sie zubereiten.

Im Allgemeinen können zwischen den beiden Kollektiven keine signifikanten Unterschiede im Verzehr von Milch und Milchprodukten festgestellt werden. Dieses Resultat ist nicht kongruent mit der Studie von Méjean et al. [2008], welche einen signifikant niedrigeren Konsum von Milchprodukten bei den befragten MigrantInnen

aus Tunesien (im Vergleich zu Erwachsenen aus Frankreich) notieren konnte. Der Grund dafür könnte darin liegen, dass die Ernährung in Nordafrika nicht sehr viele Milchprodukte enthält. Laut Deshmukh-Taskar et al. [2007] ist der Konsum von Milch und Milchprodukten unter europäisch-stämmigen Amerikanern höher als jener, deren Ursprungsland in Afrika liegt.

Milch wird laut FFQ von MigrantInnen fast täglich konsumiert, wobei in der türkischen Küche – so Schmid [2002] – diese ausschließlich zum Kochen verwendet wird. Über dies gehören Käse und Joghurt zu den beliebtesten Milchprodukten von TürkInnen [Schmid 2002] und diese Tatsache schlägt sich auch in der vorliegenden Befragung nieder, wenn man davon ausgeht, dass der Großteil der MigrantInnen-Stichprobe türkischen Migrationshintergrund besitzt. Darmon und Drewnowski [2008] halten in ihrer Arbeit fest, dass der sozioökonomische Status den Verzehr von Milchprodukten beeinflusst: zwar gibt es keine Unterschiede beim Konsum von Milch im Allgemeinen, aber fettarme Milch und Käse mit niedrigem Fettgehalt wird überwiegend von Personen in den höchsten sozialökonomischen Schichten verzehrt. Dies trifft nicht auf die vorliegende Stichprobe zu; obwohl das MigrantInnenkollektiv eher in niedrigen sozialen Schichten angesiedelt ist, wird von ihnen Käse mehrmals pro Woche konsumiert. Auch fettarme Produkte werden von MigrantInnen mehrmals in der Woche gegessen, wobei hier anzumerken ist, dass die Stichprobe bei diesem Punkt sehr klein ist.

Der Fleisch- und Wurstkonsum von MigrantInnen ist signifikant niedriger als jener von Erwachsenen ohne Migrationshintergrund – dennoch ist dieser mit ‚mehrmals pro Woche‘ relativ hoch. Auch Mèjean et al. [2008] beobachten einen niedrigeren Fleischkonsum bei der MigrantInnenstichprobe im Vergleich zur französischen Bevölkerung. Der Grund hierfür liegt vermutlich darin, dass Fleisch in der tunesischen Ernährung eine untergeordnete Rolle spielt und sich dies auf den niedrigen Fleischkonsum in der tunesischen Bevölkerung auswirkt. Schmid [2002] merkt an, dass Fleisch in der ursprünglich türkischen Küche eher sparsam verwendet wird und auch das Festhalten am islamischen Glauben eine große Bedeutung im Hinblick auf den Fleischkonsum hat.

Mageres Fleisch konsumieren MigrantInnen signifikant weniger häufig als die Gruppe ohne Migrationshintergrund, nämlich nur mehrmals im Monat. Auch hier wird in der Literatur auf den beeinflussenden Faktor der sozialen Schichtzugehörigkeit hingewiesen: mageres Fleisch wird häufiger von jenen in höheren sozialen Schichten gegessen und umgekehrt wird Fleisch mit hohem Fettanteil eher von der Bevölkerung in niedrigen sozialen Schichten bevorzugt [Darmon und Drewnowski 2008]. Interessanterweise sind es vor allem Migrantinnen die im Gegensatz zu den Teilnehmerinnen ohne Migrationshintergrund weniger oft zu mageren Fleisch greifen – dies könnte einerseits mit einem geringen Wissen über Nahrungsmittel seitens der Migrantinnen oder durch die traditionelle Küche begründet sein.

Der Verzehr von Fisch ist – kein Unterschied ob magerer oder fetter Fisch – in beiden untersuchten Kollektiven zu niedrig. Laut Datenlage wird Fisch nur öfters im Monat gegessen – die Empfehlung, einmal pro Woche Fisch zu konsumieren, wird somit bei weitem nicht erfüllt. Zwar können auch hier Zusammenhänge von sozio-ökonomischem Status und Fischverzehr in der Literatur beobachtet werden – Fisch und Meeresfrüchte werden eher von der Bevölkerung in höheren sozialökonomischen Schichten verzehrt [Darmon und Drewnowski 2008] – dies allein ist jedoch als Erklärung für den beobachteten geringen Fischverzehr nicht ausreichend. Da Fisch in der österreichischen Küche eine eher untergeordnete Rolle spielt und auch das Fischsortiment aufgrund der Binnenlage Österreichs beschränkt ist, könnte dies mitverantwortlich für den niedrigen Konsum sein.

Unter MigrantInnen hat die Verwendung von pflanzlichen Ölen und Fetten einen wichtigen Stellenwert in der Speisenzubereitung – sie finden unter MigrantInnen fast täglich Einsatz in der Küche. So stellt auch Schmid [2002] in ihrer Arbeit dar, dass zwar mediterrane Einflüsse auf die türkische Küche einen hohen Anteil an Olivenöl erklären, dennoch die Verwendung anderer Pflanzenöle in einem größeren Ausmaß ausfällt. Im Vergleich zu Italienerinnen und Griechinnen ist der Butterkonsum bei Türkinnen deutlich höher. Zudem ist eine Präferenz von Butter gegenüber Margarine bei türkischen Frauen erkennbar – dieses Ergebnis deckt sich mit den Daten der vorliegenden Arbeit, bei der MigrantInnen die Verwendung von Butter bevorzugen.

Es gibt zwischen den beiden untersuchten Stichproben keinen Unterschied im Verzehr von Süßigkeiten und Kuchen – Süßes wird mehrmals in der Woche genascht, Kuchen wird öfters im Monat gegessen.

Wasser bzw. Mineralwasser gehört bei MigrantInnen als auch bei den TeilnehmerInnen der Studie ohne Migrationshintergrund zum beliebtesten Getränk und wird beinahe täglich getrunken. Saft und Nektar wird von MigrantInnen signifikant häufiger konsumiert; Schmid [2002] beobachtet auch in ihrer Arbeit auch, dass vor allem Türkinnen – verglichen mit Italienerinnen und Griechinnen – öfters zu Saft und Limonade greifen und diese Getränke nach Wasser und Tee zu den von ihnen favorisierten zählen. In dieser Studie wird aber nicht – wie in der vorliegenden Arbeit – zwischen Saft/Nektar und Limonade/Cola differenziert. MigrantInnen dieser Untersuchung geben an, Limonaden und Cola-Getränke nur einmal pro Woche zu konsumieren und unterscheiden sich nicht von der Stichprobe ohne Migrationshintergrund.

Wie bereits erwähnt ist der Konsum von Tee – besonders Schwarztee unter TürkInnen – weit verbreitet [Schmid 2002] und ähnliche Tendenzen können auch in dieser Arbeit festgestellt werden.

Der Konsum von alkoholischen Getränken wie Bier und Wein ist unter MigrantInnen signifikant niedriger als bei der vergleichenden Stichprobe ohne Migrationshintergrund. Besonders jene MigrantInnen, die an der islamischen Religion festhalten, konsumieren kaum Alkohol [Schmid 2002]. Ähnliche Ergebnisse erzielt auch die Studie von Brussard et al. [2001], wo MigrantInnen aus der Türkei und Marokko weniger Alkohol im Gegensatz zur einheimischen niederländischen Bevölkerung trinken. Anzumerken ist hier natürlich die Gefahr des 'underreporting' der befragten TeilnehmerInnen.

Im Rahmen der Evaluierung wurde genauer auf das Ernährungsverhalten eingegangen und neue Fragen wurden formuliert; diese weisen eine kleine Stichprobengröße auf (14/28).

Fühlen Sie sich durch Ihre tägliche Ernährung ausreichend mit Vitaminen und Mineralstoffen versorgt? (14/28)

Kategorien: ja 0 / nein 1 / weiß nicht

Im Unterschied zu MigrantInnen (35,7 %) vertrauen 71,4 % der Erwachsenen ohne Migrationshintergrund darauf, dass ihre Ernährung sie ausreichend mit Vitaminen und Nährstoffen versorgt (*Tabelle 17a*).

Dieser Unterschieden zwischen den Gruppen kann auch statistisch bekräftigt werden ($\chi^2= 6,281$; $df= 2$; $p= 0,043$). MigrantInnen sind überzufällig häufig in jener Gruppe anzutreffen, die nicht an eine ausreichend Nährstoffversorgung durch ihre tägliche Ernährung glauben ($sR= 1,6$). Signifikante Unterschiede konnten bei Berücksichtigung der höchsten abgeschlossenen Schulbildung der MigrantInnen-Stichprobe nicht festgestellt werden ($p= 0,221$).

Wie oft wird in Ihrem Haushalt frisch gekocht? (14/28)

Kategorien: mehrmals täglich 1 / (fast) täglich 2 / mehrmals pro Woche 3 / etwa einmal pro Woche 4 / mehrmals pro Monat 5 / selten, nie 6

Frisch gekochte Speisen spielen bei MigrantInnen laut Datenauswertung eine große Rolle (*Tabelle 18a*): im Durchschnitt wird (fast) täglich frisch gekocht ($n=14$; $MW= 2,0$; $SD= 0,68$). Jeweils mehr als ein Fünftel gibt an, ‚mehrmals täglich‘ bzw. ‚mehrmals pro Woche‘ frisch zu kochen. Für weitere acht Personen dieses Kollektivs (das sind 57,1 %) kommen ‚(fast) täglich‘ frisch zubereitete Mahlzeiten auf den Tisch. Andere Antwortmöglichkeiten hinsichtlich der Häufigkeit der frischen Nahrungszubereitung, z.B. ‚etwa einmal pro Woche‘, ‚mehrmals pro Monat‘ und ‚selten, nie‘, werden von den MigrantInnen nicht gewählt. Bei der Stichprobe ohne Migrationshintergrund wird durchschnittlich mehrere Male in der Woche frisch gekocht ($n= 28$; $MW= 2,71$; $SD= 1,33$).

Ein statistischer Nachweis für einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen kann nicht festgestellt werden ($p= 0,113$). Innerhalb der

MigrantInnen-Stichprobe gibt es in Bezug auf die Bildung der TeilnehmerInnen ebenso kein signifikantes Ergebnis ($p=0,180$).

Worauf achten Sie bei der Zubereitung Ihrer Speisen? (14/28)

Kategorien: trifft zu 1 / weder noch 2 / trifft nicht zu 3

Die **Verwendung hochwertiger pflanzlicher Öle** ist für die Mehrheit der TeilnehmerInnen beider Gruppen von Bedeutung (85,7 % bzw. 78,6 %). Jeweils jede/r siebte Befragte der beiden Stichproben zeigt sich hinsichtlich des Gebrauchs pflanzlicher Öle als unentschlossen. Lediglich zwei Personen der Stichprobe ohne Migrationshintergrund achten im Zuge der Speisenzubereitung nicht auf die Wahl der Öle.

Zwischen den Gruppen gibt es statistisch betrachtet kein signifikantes Resultat in ihren mittleren Angaben ($p=0,532$).

Für eine **fettsparende Zubereitung (durch z.B. Grillen, Folie)** als Beitrag zu einer gesunden Ernährungsweise sprechen sich 57,1 % Erwachsene mit und 60,7 % ohne Migrationshintergrund aus. Drei Personen der MigrantInnengruppe, das sind 21,4 %, bzw. 17,9 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund wählen die Antwortmöglichkeit ‚weder noch‘. Für eine Person der MigrantInnenstichprobe und sechs Personen des Vergleichskollektivs trifft eine fettsparende Garmethode für die Nahrungszubereitung nicht zu.

Es kann kein signifikantes Ergebnis zwischen den Erwachsenen mit bzw. ohne Migrationshintergrund errechnet werden ($p=0,572$).

Die **Verwendung von Gewürzen und Kräutern** in der Speisenzubereitung ist ein guter Ansatzpunkt für die Minimierung des Salzkonsums. Jeweils mehr als die Hälfte beider Untersuchungskollektive gibt an, Salz durch vermehrten Gewürz- und Kräutergebrauch einzusparen (MigrantInnen: 57,1%; Erwachsene ohne Migrationshintergrund: 53,6 %). Beinahe jede/r dritte Befragte aus der Stichprobe mit und ohne Migrationshintergrund zeigt sich unschlüssig hinsichtlich dieser Frage. Jeweils eine Untersuchungsperson aus

beiden Kollektiven gibt an, dass eine Einsparung von Salz durch Verwendung von Kräutern und Gewürzen nicht auf sie zutrifft.

Im Mittel kann kein signifikantes Resultat zwischen den Gruppen beobachtet werden ($p=0,636$).

Eine weitere Komponente im Zusammenhang mit der Nahrungszubereitung stellt die **vitaminschonende Zubereitung (Dämpfen, kurze Garzeit)** dar, auf welche jeweils mehr als 50 % der teilnehmenden Frauen und Männer beider Kollektive achten. Etwa ein Fünftel beider Gruppen zeigt sich bei dieser Fragestellung unentschlossen. Nur eine Person (7,1 %) aus der MigrantInnengruppe und sieben TeilnehmerInnen (25 %) aus der Stichprobe ohne Migrationshintergrund berücksichtigen eine vitaminerhaltende Zubereitungsart nicht.

Im Mittel konnte auch hier zwischen den beiden untersuchten Gruppen kein Unterschied festgestellt werden ($p=0,328$).

Der gute **Geschmack** einer Speise ist ein grundlegendes Kriterium, welches im Zuge der Nahrungszubereitung angestrebt wird. Diese Tatsache trifft für die Hälfte der MigrantInnen-Stichprobe und für fast 90 % der Stichprobe ohne Migrationshintergrund zu. Jeweils zwei Personen aus beiden Kollektiven sind diesbezüglich unentschieden und wählten die Antwort ‚weder noch‘. Keine Person der StudienteilnehmerInnen gab an bei der Zubereitung von Mahlzeiten nicht auf den guten Geschmack zu achten.

Die Verteilung der beiden Untersuchungskollektive zeigt keine signifikanten Unterschiede ($p=0,227$).

Auf die **Verwendung regionaler Produkte** im Zuge der Speisenzubereitung achten im Durchschnitt 73,2 % aller partizipierenden Personen. Für eine MigrantIn bzw. vier Teilnehmende aus der Stichprobe ohne Migrationshintergrund trifft dies ‚weder noch‘ zu. Nur drei in Österreich geborene Personen (im Gegensatz zu Personen der MigrantInnengruppe) geben an, dass die Wahl regionaler Produkte im Rahmen des Kochens wenig Rolle spielt.

Im statistischen Test zeigt der Signifikanzwert von $p=0,249$ im Mittel keinen Unterschied zwischen den beiden Untersuchungskollektiven.

Der letzte Punkt dieser Fragestellung behandelt die **Verwendung saisonaler Produkte** in der Küche. Auch hier greifen durchschnittlich drei Viertel aller UntersuchungsteilnehmerInnen zu jahreszeitlichen Lebensmitteln, jeweils 14,3 % beider Gruppen zeigen sich diesbezüglich unentschlossen. Für nur zwei Personen aus der Stichprobe ohne Migrationshintergrund ist die Präferenz für saisonale Lebensmittel bei der Speisenzubereitung eher untergeordnet.

Die Verteilung zeigt im Mittel keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden untersuchten Kollektiven ($p=0,672$).

Wenn zusätzlich in der MigrantInnen-Stichprobe die Bildung der TeilnehmerInnen in die Auswertung miteinbezogen wird, kann in keinem Bereich ein signifikanter Unterschied festgestellt werden (hochwertige pflanzl. Öle: $p=1,000$; fettsparende Zubereitung: $p=0,464$; salzeinsparend: $p=0,306$; vitaminschonende Zubereitung: $p=0,807$; Geschmack: $p=0,378$; regionale Produkte: $p=0,480$; saisonale Produkte: $p=0,759$).

Eine Tabelle, welche die Häufigkeitsverteilung der Stichproben zu den einzelnen Fragestellungen zeigt, findet sich im Tabellenanhang (*Tabelle 19a*).

Wer bereitet in ihrem Haushalt die Mahlzeiten zu? (68/175)

Mehrfachnennungen möglich

Bei der Datenauswertung zeigt sich folgendes Bild: 95,7 % der Frauen mit Migrationshintergrund und 88,6 % der Frauen ohne Migrationshintergrund geben an, selbst für die Nahrungszubereitung verantwortlich zu sein. Auch ein hoher Prozentsatz der Männer ohne Migrationshintergrund (81,2 %) kocht selbst, bei MigrantInnen trifft dies auf weniger als die Hälfte zu (47,6 %).

Am zweithäufigsten reiht sich bei den befragten Erwachsenen die Kategorie ‚Partner/in‘ ein, nur bei den MigrantInnen stellt dies die häufigste gewählte Antwort dar (57,1 %). Auch die Mithilfe der Eltern spielt in beiden Haushalten eine Rolle (mit Migrationshintergrund 17,6 %; ohne Migrationshintergrund 10,3 %). Lediglich drei Personen aus der MigrantInnen-Stichprobe geben an, dass auch die Großeltern in die Speisenzubereitung involviert sind – im Unterschied dazu gab es in der Gruppe ohne Migrationshintergrund hierzu keine Angabe (*Tabelle 20a*).

Die Mehrheit der befragten TeilnehmerInnen bereitet die Mahlzeiten im Haushalt **selbst** zu (MigrantInnen: 80,9%; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: 85,6%) – einen signifikanten Unterschied gibt es hier nicht ($p= 0,361$), genauso wenig wie bei den Frauen ($p= 0,158$). Bei den Männern beider Gruppen zeigt sich, dass vor allem jene aus dem MigrantInnenkollektiv nicht in der Gruppe der Selbstversorger repräsentiert sind ($\chi^2= 9,262$; $df= 1$; $p= 0,002$; $sR= 2,3$). Diese Tatsache bestätigt sich auch wenn zwischen den Geschlechtern innerhalb der MigrantInnengruppe getestet wird: Männer geben vor allem an, nicht selbst für die Zubereitung von Mahlzeiten zuständig zu sein ($\chi^2= 21,741$; $df= 1$; $p= <0,001$; $sR= 3,5$), bei Frauen liegt die standardisierte Residue bei -2,3. In Prozenten ausgedrückt: 95,7 % der Migrantinnen und nur 47,6 % der Migranten geben an, selbst zu kochen.

An zweiter Stelle der Verantwortlichen für die Speisenzubereitung liegt der **Partner** bzw. die **Partnerin**; dies trifft im Durchschnitt für ein Drittel der MigrantInnen und der Vergleichsstichprobe ohne Migrationshintergrund zu. Signifikante Unterschiede gibt es lediglich zwischen den MigrantInnen, wo vor allem Männer jener Gruppe angehören, bei denen die Partnerin für die Zubereitung der Mahlzeiten zuständig ist ($\chi^2= 8,531$; $df= 1$; $p= 0,003$; $sR= 2,0$). Sonst können keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (Gruppen: $p= 0,818$; Frauen: $p= 0,640$; Männer: $p= 0,455$).

Die Speisenzubereitung im Haushalt obliegt bei 17,6 % der MigrantInnen und 10,3 % der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund den **Eltern**. Es können statistisch betrachtet keine Unterschiede beobachtet werden (Gruppe: $p= 0,121$; Frauen: $p= 0,186$; Männer: $p= 0,379$; MigrantInnen: $p= 0,840$).

Bei 5,9 % der MigrantInnen sowie bei 2,9 % der anderen Untersuchungsgruppe beteiligen sich auch **Kinder** an der Zubereitung der Speisen im Haushalt.

Keine auffälligen Ergebnisse können hinsichtlich der Verteilung beobachtet werden (Gruppe: $p= 0,266$; Frauen: $p= 0,679$; Männer: $p= 0,068$; MigrantInnen: $p= 0,790$).

Die Hilfe der **Großeltern** wird im Haushalt von MigrantInnen (4,4 %) signifikant häufiger in Anspruch genommen als bei Erwachsenen der Stichprobe ohne Migrations-

hintergrund (0 %; $\chi^2= 7,773$; $df= 1$; $p= 0,005$; $sR= 2,3$). Auch Frauen aus der MigrantInnengruppe geben häufiger an, dass Großeltern für die Speisenzubereitung mitverantwortlich sind ($\chi^2= 6,837$; $df= 1$; $p= 0,009$; $sR= 2,2$). Innerhalb der MigrantInnen-Gruppe gibt es zwischen den weiblichen und männlichen Erwachsenen keinen Unterschied ($p= 0,236$).

Signifikante Einflüsse im Hinblick auf die Schulbildung von MigrantInnen konnten nicht festgestellt werden (Eltern: $p= 0,278$; selbst: $p= 0,413$; PartnerIn: $p= 0,103$; Kinder: $p= 0,626$; Großeltern: $p= 0,264$; andere: $p= 0,183$).

Wer kauft Lebensmittel und Dinge des täglichen Bedarfs für den Haushalt ein? (68/175)

Mehrfachnennungen möglich

Sowohl für MigrantInnen (80,6 %) als auch Nicht-MigrantInnen (93,1 %) gilt, sich in erster Linie selbst um den Einkauf von Lebensmittel und Bedarfsartikel zu kümmern und trifft sowohl auf Frauen als auch auf Männer zu.

Der/die Partner/in wird zwar von allen am zweithäufigsten genannt, der niedrigste Wert kann jedoch bei den Frauen ohne Migrationshintergrund beobachtet werden; rund ein Viertel davon bekommt Unterstützung von ihrem Partner. Bei den anderen Gruppen liegen die Werte zwischen 41,3 % für Migrantinnen, bei 42 % bei Männern ohne Migrationshintergrund und bei 50,2 % bei Migranten. Die Hilfe der Eltern bei den täglichen Besorgungen schätzt ein Fünftel der MigrantInnen, bei TeilnehmerInnen ohne Migrationshintergrund sind es nur 9,2 % (Tabelle 21a).

Mehr als die Hälfte der Migrantinnen (52,9 %) gibt an, Lebensmittel und Dinge des täglichen Bedarfs für den Haushalt **selbst** einzukaufen, bei der Stichprobe ohne Migrationshintergrund trifft das auf 93,1 % zu. Der Chi-Quadrat-Test zeigt folgende Werte: $\chi^2= 7,245$; $df= 1$; $p= 0,007$; $sR= 2,2$. Über dies gibt es auch signifikante Unterschiede zwischen den befragten Männern, wobei vor allem Migranten angeben, nicht für die Einkauf zuständig zu sein ($\chi^2= 5,504$; $df= 1$; $p= 0,019$; $sR= 1,9$). Sonst konnte kein Unterschied errechnet werden (Frauen: $p= 0,092$; MigrantInnen: 0,200).

Am zweithäufigsten ist es Aufgabe des **Partners/der Partnerin** Lebensmittel einzukaufen (MigrantInnen: 29,4 %; Stichprobe ohne Migrationshintergrund: 32,2 %). Es können keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen getestet werden (Gruppe: $p=0,063$; Frauen: $p=0,051$; Männer: $p=0,403$; MigrantInnen: $p=0,398$).

An dritter Stelle stehen laut Datenerhebung **Eltern**, die für die Besorgung der nötigen Lebensmittel und Dinge des täglichen Bedarfs verantwortlich sind. Dies trifft bei knapp einem Fünftel der MigrantInnen zu, bei der Vergleichsgruppe ist es nur jede/r Zehnte. Dieser Unterschied kann auch statistisch bewiesen werden und zeigt, dass vor allem die Eltern von MigrantInnen ($\chi^2=4,836$; $df=1$; $p=0,028$; $sR=1,8$) und – genauer betrachtet – von weiblichen Migrantinnen ($\chi^2=6,189$; $df=1$; $p=0,013$; $sR=2,0$) für den Einkauf zuständig sind. Bei Männern ($p=0,742$) und zwischen den Geschlechtern innerhalb des MigrantInnenkollektivs ($p=0,474$) kann kein Unterschied errechnet werden.

Kinder aller Beteiligten beider Stichproben sind generell nur im geringen Ausmaß vom Einkauf der Lebensmittel betroffen – lediglich 3,7 % aller Befragten geben an, dass Kinder für diese Aufgabe mitunter herangezogen werden. Es konnten statistisch betrachtet keine signifikanten Unterschiede errechnet werden (Gruppe: $p=0,374$; Frauen: $p=0,674$; Männer: $p=0,367$; Migrantinnen $p=0,778$).

Die Hilfe der **Großeltern** beim Einkauf von Lebensmitteln und von Dingen des täglichen Bedarfs nimmt nur jeweils eine Person aus beiden Kollektiven in Anspruch. Es können diesbezüglich auch keine signifikanten Resultate verzeichnet werden (Gruppen: $p=0,479$; Frauen: $p=0,541$; Männer: -; MigrantInnen: $p=0,496$).

Im Hinblick auf die höchste abgeschlossene Schulbildung konnten bei den MigrantInnen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Einkaufsverhaltens festgestellt werden (Eltern: $p=0,120$; selbst: $p=0,795$; PartnerIn: $p=0,401$; Kinder: $p=0,087$; Großeltern: $p=0,456$; andere: -).

Die Auswahl an Lebensmitteln im Allgemeinen kann als ein komplexes Zusammenspiel von soziodemographischen, psychosozialen und umfeldbedingten Faktoren bezeichnet werden [Darmon und Drewnowski 2008; Deshmukh-Taskar et al. 2007; Trudeau et al. 1998]; zudem kristallisieren sich auch Geschmack, Kosten und Bequemlichkeit als bedeutende Einflussgrößen heraus [Glanz et al. 1998].

Im Zusammenhang mit Migration sind noch weitere wichtige Aspekte nennenswert, die Auswirkung auf die Ernährungsgewohnheiten und Speisenzubereitung von MigrantInnen haben, wie Tradition, Akkulturation und Aufenthaltsdauer im Gastland [Méjan et al. 2007; Hosper et al. 2007; Schmid 2002]. Im Zuge der Aneignung von Verhaltensmustern der Aufnahmegesellschaft übernehmen MigrantInnen Ernährungsgewohnheiten der einheimischen Bevölkerung (Schmid 2002), die oft negative Auswirkungen auf die Gesundheit mit sich bringen [Méjean et al. 2008; Sharma et al. 1999]. Dennoch können auch traditionelle positive Ernährungsmuster sogar nach längerer Aufenthaltsdauer im Gastland beibehalten werden, wobei natürlich auch die von MigrantInnen empfundene Identität und der Zugang zur eigenen Kultur und Tradition eine enorme Rolle spielen [Méjean et al. 2008; Schmid 2002]. Das Verhalten der untersuchten MigrantInnen zeigt mitunter positive Ernährungsmuster, die sich förderlich auf die Gesundheit auswirken: ein hoher Obst- und Gemüseverzehr, ein hoher Anteil pflanzlicher Öle und ein niedriger Konsum von Alkohol. Vor allem im Zuge von Interventionen sollen diese Aspekte propagiert werden und MigrantInnen ermuntert werden, diese Ernährungsgewohnheiten beizubehalten. Die Aufrechterhaltung der ethnischen Ernährungsweisen wird auch durch ein immer größer werdendes Warenangebot vereinfacht – ethnische Produkte und Gerichte sind aufgrund der Industrialisierung keine Rarität mehr [Schmid 2002].

Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden oftmals von den teilnehmenden Erwachsenen nicht in ihre alltägliche Speisenzubereitung eingebunden – ungeachtet des Migrationsstatus. Den höchsten Zuspruch aber findet bei MigrantInnen die Verwendung hochwertiger Öle; wie bereits in der Diskussion des FFQs erwähnt, könnte dies damit begründet werden, dass beispielsweise Olivenöle ohnedies eine zentrale Rolle in der traditionellen Ernährung einnehmen und diesbezüglich keine außerordentlichen Bemühungen getätigt werden müssen. Ebenso dürfte bei der Wahl der Garmethode das Beibehalten traditioneller Zubereitungsarten von Bedeutung sein, denn laut Datenlage

sind Grillen und Dämpfen nur bei der Hälfte der MigrantInnen eine Alternative. In einem Bericht von Zwick [2007] geben türkische Migrantinnen in Deutschland an, dass die Ernährung zwar sehr gemüseorientiert ist, aber dieses oft sehr fettreich zubereitet wird und folglich auch ungesund ist [Schmid 2002]. Gewürze und Kräuter wie Petersilie, Minze und Knoblauch dominieren die türkische Küche [Schmid 2002], dennoch geben nur etwas mehr als die Hälfte aller Befragten an, diese gezielt zur Salzreduktion einzusetzen.

Die frische Zubereitung von Speisen überwiegt bei MigrantInnen – (fast) täglich wird im Haushalt frisch gekocht – im Gegensatz zu Haushalten ohne Migrationshintergrund, wo es mehrere Male pro Woche frisch zubereitete Mahlzeiten gibt. Fertiggerichte spielen in beiden Untersuchungsgruppen laut FFQ eine untergeordnete Rolle, diese werden monatlich mehrere Male zubereitet. Laut Landman und Cruickshank [2001] bevorzugen Migrantinnen ‚Frische‘ und lehnen Fertiggerichte ab – diese Aussage bezieht sich zwar auf Frauen ethnischer Minderheiten, kann aber auch auf die MigrantInnen-Gruppe dieser Studie umgelegt werden.

Zudem sind überwiegend Frauen – unabhängig vom Migrationsstatus – für die Nahrungszubereitung und für alltägliche Besorgungen in der vorliegenden Arbeit verantwortlich [Möser 2010]. Sehr stark dominiert wird diese Rollenverteilung unter MigrantInnen. Man kann davon ausgehen, dass unter MigrantInnen türkischer Herkunft oftmals andere Wertvorstellungen und patriarchale Familienstrukturen vorherrschen und folglich der Haushalt besonders in den Verantwortungsbereich der Frauen fällt. Interessanterweise wird im MigrantInnen-Kollektiv mehrfach die Unterstützung der Eltern für Einkäufe und für die Zubereitung der Mahlzeiten angegeben – dies lässt darauf schließen, dass MigrantInnen in größeren Familienbänden zusammenleben und somit traditionelle Handlungsmuster weitergegeben und aktiv gelebt werden können.

5 Gesundheits- und Ernährungskommunikation für MigrantInnen – Schlussbetrachtung

Migration per se ist nicht gleichzusetzen mit Krankheit, dennoch sind MigrantInnen einem höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt – bedingt durch ihren erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem, durch kulturelle und linguistische Barrieren. Im Zuge von Gesundheitsförderungsmaßnahmen können sie als Zielgruppe mit besonderen Charakteristiken definiert werden, da vor allem kultursensible und sprachliche Aspekte eine zusätzliche Herausforderung für die Gesundheits- und Ernährungskommunikation darstellen.

5.1 Inhaltliche Ebene

Vorweg ist anzumerken, dass die inhaltlichen Themenbereiche nicht zwischen MigrantInnen und Erwachsenen ohne Migrationshintergrund divergieren – Bewegungsmangel, hohe Rauchprävalenz und ungünstige Ernährungsmuster dominieren das Spektrum. Trotzdem kristallisieren sich unter den MigrantInnen auch durchwegs positive Verhaltenseinstellungen heraus, die es gilt, im Zuge von gesundheitsfördernden Projekten aufrechtzuerhalten. Im folgenden Abschnitt sollen die wesentlichen Punkte für die Gesundheits- und Ernährungskommunikation nochmals kurz zusammengefasst werden.

Ein herausstechend positives Ernährungsmuster der teilnehmenden MigrantInnen ist der hohe Konsum von Obst und Gemüse, der sich aus der traditionellen Kost ergibt. Dennoch soll die Steigerung des Obst- und Gemüseverzehrs Gegenstand der Gesundheitsförderung bleiben, da die empfohlene Tagesration von fünf Portionen nicht erreicht werden kann. Zum anderen sind vor allem Männer als eine besondere Zielgruppe zu definieren, da sie signifikant weniger Obst und Gemüse konsumieren als Frauen dieses Kollektivs. In diesem Zusammenhang stechen zwei mögliche Ansatzpunkte hervor: einerseits ist es sinnvoll, Migranten direkt als Zielgruppe anzusprechen, andererseits kann über die Frauen, die häufig für die Speisenzubereitung verantwortlich sind, ein Zugangsweg gefunden werden. Dies trifft im Speziellen nicht nur auf den Konsum von

Obst und Gemüse zu sondern lässt sich auf alle anderen Ernährungsmuster umlegen: Migrantinnen etablieren sich hier als ideale Schnittstelle zu anderen Familienmitgliedern.

Kohlenhydratreiche Lebensmittel nehmen eine wichtige Rolle im Speiseplan von MigrantInnen ein. Da aber Vollkornbrot und -gebäck nicht im Sortiment ethnischer Lebensmittelgeschäfte vertreten sind, ist es notwendig, andere Vollkornprodukte wie Nudeln und Reis zu bewerben.

Milch- und Milchprodukte werden sehr ausgewogen konsumiert – dennoch lässt sich eine Verbesserung im Verzehr erzielen, wenn fettarme Lebensmittel begünstigt würden. Eine Bewertung ethnischer Produkte wäre hier sinnvoll, damit für MigrantInnen eine Kategorisierung (fettarm/fettreich) ihrer gewohnten Produkte erleichtert wird.

Der Fleisch- und Wurstkonsum von MigrantInnen kann als erhöht eingestuft werden und beläuft sich auf mehrere Male pro Woche. Zusätzlich werden fetthaltige Produkte den fettarmen vorgezogen. Hier wäre es sinnvoll, grundsätzlich fettarme Fleisch- und Wurstsorten wie z.B. Geflügelprodukte als Alternative hervorzuheben. Der religiöse Aspekt des Fleischkonsums soll aber keinesfalls vernachlässigt werden und ist vor allem bei MuslimInnen zu berücksichtigen. Darüber hinaus soll auch vermehrt auf eine Steigerung des Fischkonsums eingegangen werden – dieser ist bei MigrantInnen genauso gering wie bei der Gruppe ohne Migrationshintergrund und liegt bei nur mehreren Malen im Monat.

Öle und Fette spielen bei der traditionellen Speisenzubereitung vor allem bei türkischstämmigen MigrantInnen eine große Rolle und werden signifikant häufiger verwendet als von Erwachsenen ohne Migrationshintergrund. Der Einsatz von hochwertigen Pflanzenölen wie z.B. Olivenöl soll weiterhin propagiert werden.

Der Konsum von Alkohol ist bemerkenswert niedrig und vermutlich durch religiöse Einschränkungen, insbesondere bei MuslimInnen, bedingt. Dieses Attribut soll auch weiterhin in der Gesundheitsförderung unterstützt werden, ebenso wie der hohe Wasser-

konsum. Zudem bevorzugen MigrantInnen Saft und Nektar gegenüber Limonaden und Cola-Getränken – ein weiteres positives Ernährungsmuster.

Eine in Zusammenarbeit mit der AGES veröffentlichte Rezeptbroschüre 'Gesund türkisch kochen – leicht gemacht' vom Bundesministerium für Gesundheit [Schlögel und Kiefer 2008] wurde für türkische MigrantInnen erstellt. Idealerweise werden typisch türkische Gerichte in ernährungsphysiologisch verbesserter Form wiedergegeben. So können Ernährungsmuster bei gewohntem Geschmack verbessert werden. Oft reicht es aus, ein Lebensmittel durch ein anderes in der Nahrungszubereitung zu ersetzen, um sich gesünder zu ernähren.

In der Broschüre, herausgegeben in deutscher und türkischer Sprache, werden auch wertvolle Tipps rund um eine gesunde Ernährung erteilt, anschaulich dargestellt durch die Ernährungspyramide. Wie sinnvoll die Bildsprache in der Kommunikation ist, wird auch im *Kapitel 2.1.2.3.2* angeführt.

Im Bereich Bewegung herrscht Handlungsbedarf. Zwar geben MigrantInnen durchschnittlich an, an aktivem Sport interessiert zu sein, die Realität offenbart aber Defizite. Eine Stunde pro Woche sind MigrantInnen dieser Studie sportlich aktiv und verfehlen damit weit den empfohlenen Richtwert von 30 Minuten Bewegung pro Tag. Besonders Migrantinnen neigen zu Bewegungsmangel und schätzen ihren Informationsbedarf zu diesem Thema als zu niedrig ein. Hier ist es notwendig, in zweierlei Hinsicht anzusetzen, nämlich primär das Informationsdefizit zu minimieren und sekundär durch Interventionen sportliche Aktivität zu steigern – zielgerichtet sowohl auf Männer als auch auf Frauen. Die Tatsache, dass sich vor allem Männer der MigrantInnengruppe mehr als drei Stunden täglich im Freien aufhalten, dient als idealer Ansatzpunkt für die Planung sportlicher Interventionen

5.2 Settings

Im Fragebogen wurden neben den bereits behandelten Themengebieten auch die Wichtigkeit verschiedener Stadtteilbereiche abgefragt. Sie beinhalten Märkte, Bildungs-

einrichtungen, Sportstätten, soziale Einrichtungen und die Kirche²⁵ (vgl. Fragebogen Frage 14). MigrantInnen dieser Studie messen dem Lebensmittelmarkt, Grünflächen und dem Gesundheitsamt große Bedeutung bei, weniger wichtig erscheint für sie die Kirche, soziale Vereine und Bildungseinrichtungen für Erwachsene.

Das Resultat zeigt für MigrantInnen wichtige Bereiche ihres Stadtteils auf und offenbart Möglichkeiten für die Gesundheits- und Ernährungskommunikation. Die Identifizierung dieser Settings ist laut Grande und Igel [2008] ein wichtiger Bestandteil für populationsbezogene Prävention in einem Stadtteil – die Anknüpfung an vorhandene Strukturen wird erleichtert, Ressourcen werden gestärkt und gemeinsame Lernprozesse der Bewohnerschaft werden gefördert.

Grünflächen als wichtiger Teil der Infrastruktur fungieren als vielseitiger Raum, der im Zuge einer Projektdurchführung gut nutzbar erscheint. Wie in *Kapitel 4.3* bereits beschrieben, halten sich MigrantInnen gerne im Freien auf und nutzen den Freiraum insbesondere für Bewegung – Voraussetzungen, die beispielsweise für sportliche Interventionen eine gewisse Ungezwungenheit mit sich bringen.

Der Grund, warum Bildungseinrichtungen für MigrantInnen weniger bedeutend sind, könnte an mangelnder Kenntnis in Bezug auf deren Zugang liegen. Dabei erweisen sich vor allem solche Institute als hervorragender Ort, um Interaktionen in einem vertrauenswürdigem Setting stattfinden lassen zu können. Das gleiche gilt auch für religiöse Einrichtungen, da hier, gerade für MigrantInnen türkischer Abstammung, ein geschützter Raum geschaffen werden kann. Als Beispiel kann hier die in Tirol durchgeführte Moscheenkampagne zur Herz-Kreislaufgesundheit genannt werden [Bader et al. 2006].

Grande und Igel [2008] sehen in der Nutzung vorhandener Strukturen und Zusammenarbeit mit bestehenden Institutionen und Interessengemeinschaften einen wesentlichen Aspekt für nachhaltige Gesundheitsförderung für MigrantInnen.

²⁵ in diesem Kontext als 'allgemeine religiöse Einrichtung' zu verstehen

5.3 Kommunikationsmittel

Die wichtige Rolle des Arztes/der Ärztin in der Gesundheits- und Ernährungskommunikation wurde schon vielfach in dieser Arbeit diskutiert. Seine/ihre Einbeziehung in stadtteilbezogene Projekte forciert den Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten für MigrantInnen und trägt zudem zur Verbesserung deren Reichweite bei.

Dem sozialen Umfeld als Informationsquelle wird in der MigrantInnengruppe ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Im Zuge von gesundheitsförderlichen Maßnahmen scheint es sinnvoll, diese sozialen Netzwerke in unterschiedlichen Settings zu berücksichtigen; der Informationsaustausch zwischen Bekannten oder Familienmitgliedern erhöht einerseits gesundheitsrelevantes Wissen, andererseits hilft es, Schwellenängste abzubauen.

Auch Massenmedien wie Fernsehen und Zeitung sind wichtige Komponenten im Zugang zu Gesundheits- und Ernährungsinformationen für MigrantInnen. Obwohl die bevorzugte Sprache dieser Medien in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht wurde, scheint es notwendig, die Zusammenarbeit mit fremdsprachigen, in Österreich produzierten Zeitungen und Fernsehformaten zu fördern. Die Optimierung der Reichweite von Angeboten zur Gesundheitsförderung kann so begünstigt werden.

5.4 Verständlichkeit

Die Auswertung der vorliegenden Daten deckt eine gewisse Unsicherheit seitens der MigrantInnen im Bezug auf Gesundheitsinformationen auf, welche jedoch nicht rein auf ein mitunter bestehendes Sprachdefizit zurückzuführen ist. Da im verwendeten Fragebogen nicht konkret auf sprachliche Probleme bei der Erfassung der Inhalte hingewiesen wurde, stellt sich die Interpretation dieses Ergebnisses als schwierig dar. Ein möglicher alternativer Erklärungsansatz über die inhaltliche Ebene scheitert auch hier, denn auch der Faktor Bildung zeigt keine Beeinflussung.

Dessen ungeachtet wird aber in zahlreichen Untersuchungen das sprachliche Konzept von schriftlichen Gesundheits- und Ernährungsinformationen bemängelt [Spallek und Razum 2007]. MigrantInnenspezifische Informationsmaterialien basieren oft auf der reinen Übersetzung in die Sprache der zahlenmäßig stärksten MigrantInnengruppe,

selten gesprochene Sprachen werden aufgrund der geringeren Migrationsdichte vernachlässigt. Zudem werden MigrantInnen mit Sprachschwierigkeiten oder AnalphabetInnen nicht berücksichtigt. Mit dem Problem des verbreiteten Analphabetismus unter MigrantInnen wurden auch Durchführende des aktuellen Projekts im Zuge der Interventionsphase konfrontiert. In diesem Fall erweisen sich besonders visuelle Kommunikationsmittel als effizient, wobei auch hier häufig der Mangel an solchen kritisiert wird.

Betreffend der inhaltlichen Ebene ist eine klare und einfache Ausdrucksform empfehlenswert, um Unverständlichkeit und Verwirrung zu vermeiden, gleichzeitig soll aber die Kommunikation nicht auf dem niedrigsten Niveau stattfinden.

Grundsätzlich gilt für die Gestaltung von Informationen für MigrantInnen, dass auf eine einfache und verständliche Sprache, auf eine kultursensible Art der Illustration und auf kultursensible Inhalte Wert gelegt wird [Berrut et al. 2006].

Die Ergebnisse dieser Arbeit deuten darauf hin, dass MigrantInnen im Hinblick auf Gesundheits- und Ernährungskommunikation spezielle Charakteristika aufweisen. Aufgrund der Heterogenität dieser Gruppe sollen gesundheitsfördernde Projekte linguistische und kulturelle, sowie traditionelle Gewohnheiten stärker berücksichtigen. Ein Projekt, welches im Besonderen auf einen Stadtteil, ein Viertel oder eine Region ausgerichtet wird, kann vorhandene Strukturen und Muster integrieren – das fördert die Zusammenarbeit der dort bestehenden Institutionen und Einrichtungen, es erleichtert den Zugang zur Zielgruppe und deren Teilnahme an Interventionen.

Das große Interesse von MigrantInnen für die geplanten Interventionen im *Schneiderviertel* beweist, dass der Setting-Ansatz des *CHANCE*-Projekts als ein wichtiger Wegweiser für die Planung von gesundheitsfördernden Programmen für spezielle Zielgruppen fungieren kann.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel dieser Diplomarbeit ist die Beschreibung und Beurteilung von Gesundheits- und Ernährungskommunikation für MigrantInnen im Rahmen des *CHANCE*-Projektes. Das Gesundheits- und Ernährungsverhalten sowie das Informationsverhalten werden untersucht, um daraus verbesserte Ansätze für die Gesundheits- und Ernährungskommunikation im Rahmen von gesundheitsförderlichen Maßnahmen abzuleiten.

Zur Datenerhebung diente der *CHANCE*-Fragebogen sowie ein Evaluierungsbogen; die Größe der MigrantInnen-Stichprobe beträgt 69 Personen, 175 Erwachsene bilden die Stichprobe ohne Migrationshintergrund. Die Datenerhebung erfolgte durch Interviews im Schneiderviertel (Wien 11) und fand im August und September 2008 statt.

Die Ergebnisse hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens weisen darauf hin, dass besonderes Augenmerk auf MigrantInnen in der Gesundheitsförderung gerichtet werden muss. Zielgruppenspezifische Ausrichtung und Beachtung kultureller und linguistischer Aspekte sind essentiell für eine nachhaltige Prävention.

Auf der Kommunikationsebene ist die Rolle des Arztes/der Ärztin eine wesentliche; 72,1 % der MigrantInnen nennen ihn/sie als wichtigste Informationsquelle für Gesundheits- und Ernährungsinformationen. Massenmedien wie Fernsehen, Zeitungen und Internet werden von 32,2 % der teilnehmenden MigrantInnen genutzt, wobei jedoch dem Internet nur eine untergeordnete Rolle zugeschrieben wird. Das soziale Umfeld dient MigrantInnen häufiger dem Informationsaustausch als Erwachsenen ohne Migrationshintergrund.

In Bezug auf die inhaltliche Ebene des Gesundheits- und Ernährungsverhaltens können Parallelen zwischen MigrantInnen und Personen ohne Migrationshintergrund festgestellt werden, diese betreffen Bewegungsmangel, hohe Rauchprävalenz und ungünstiges Ernährungsverhalten wie geringer Fischkonsum und hoher Fleisch- und Wurstkonsum. Gleichzeitig kristallisieren sich auch positive Ernährungsmuster seitens der MigrantInnen heraus: so kann ein signifikant höherer Verzehr an Obst und Gemüse und ein positives Trinkverhalten mit niedrigem Alkoholkonsum bei MigrantInnen beobachtet werden.

Zielgruppengerichtete Gesundheitsförderung für MigrantInnen ist notwendig, um speziell auf die Schwachstellen in ihrem Gesundheits- und Ernährungsverhalten eingehen zu können. Vorhandene Strukturen des Settings „Stadtteil“ helfen dabei, den sozialen Zusammenhalt zwischen Bewohnern zu fördern und Schwellenängste seitens der MigrantInnen abzubauen.

7 ABSTRACT

The aim of this thesis is the description and evaluation of health and nutrition communication for migrants within the context of the *CHANCE*-project. Health and nutrition attitudes as well as the information behaviour are determined in order to improve applications for health prevention measures.

The *CHANCE*-questionnaire was distributed among adults in the Schneiderviertel (Vienna, 11th district). Data was collected through interviews which took place in August and September 2008. The migrant sample size was 69 adults, the Austrian collective was 175 adults.

The results of the health attitude indicate that health prevention has to focus particularly on migrants. Targeted orientation and attention to cultural and linguistic aspects are essential for long-term prevention for migrants.

At the communication level, the study shows the important role of physicians in the context of health and nutrition communication; for 72,1 % of the migrant sample the physician is the most important source of information. Mass media such as television, newspaper as well as internet are used by 32,3 % of migrants, whereas the latter is not classified as an important source for health and nutrition information. The social network plays a more important role in communication for migrants than for adults without migration background.

With regards to the content level of health and nutrition attitudes, parallels can be discovered between adults with and without migrant background: physical inactivity, high smoking prevalence and adverse nutrition behavior like low fish but high meat consumption. Contemporaneously, positive food habits can be observed on the part of migrants: a significantly higher consumption of fruit and vegetables and a low consumption of alcoholic beverages can be noticed.

Migrants need health promotion that is orientated on their specific needs in order to combat weak points in their health and nutrition behavior. The neighborhood can be seen as an efficient setting for health promotion projects; existing structures can help to

improve solidarity between residents within their neighbourhood and to foster self-determined acting.

V LITERATURVERZEICHNIS

- Akbal S (1998): Migrant/innen in Österreich und Europa – ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg.): Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse-Verlage, Frankfurt am Main, 115-120.
- Ashfield-Watt PAL, Welch AA, Day NE, Bingham SA (2003): Is 'five-a-day' an effective way of increasing fruit and vegetable intakes? *Publ Health Nutr* 7(2): 257-261.
- Aumiller J (2009): Care of migrants with diabetes: the disaster about which nothing is spoken. *MMW Fortschr Med* 151(26-29): 12-13.
- Bader A, Musshauer D, Sahin F, Bezirkan H, Hochleitner M (2006): The Mosque Campaign: a cardiovascular prevention program for femal Turkish immigrants. *Wien Klin Wochenschr* 118(7-8): 217-223.
- Baldaszi E (2003): Soziale Exklusion und Gesundheit von MigrantInnen in Österreich. International Organization for Migration (IOM Vienna). National Report Austria. Wien.
www.kompass.humanrights.ch/cms/upload/pdf/oe/gesundheit_migrantinnen.pdf
(Zugriff: 25.03.09).
- Baldaszi E (2006): Stand der Forschung zur Migration in Österreich. Eine kurze Übersicht. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 49: 861-865.
- Bauer S (2001): Die Rolle der Ernährungsinformation im Rahmen der Gesundheitsförderung. Netzwerk Ernährung, ein regionales Beispiel. Dissertation am Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Wien.
- Bauer WT (2008): Zuwanderung nach Österreich. Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung. Wien, 2008.
- Becker W (1990): Zur Problematik der Weitervermittlung von Ernährungswissen. Kommunikationstheoretische Analyse, empirische Befunde und konzeptionelle Schlussfolgerungen. Europäische Hochschulschriften, Verlag Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Belz-Merk M (1995): Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit. Die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Peter Lang (Hrsg.), Frankfurt am Main.
- Bergman P, Grjibovski AM, Haströmer M, Bauman A, Sjöström M (2008): Adherence to physical activity recommendations and the influence of socio-demographic correlates – a population based cross-sectional study. *BMC Publ Health* 8: 367-375.
- Berrut S, Blümel S, Erath A (2006): Beispiele der Aufklärungsarbeit im Bereich Migration. Ein Erfahrungsbericht aus der Medienentwicklung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 49: 898-902.
- Blair SN, Church TS (2004): The fitness, obesity and health equation. Is Physical activity the common denominator? *J Am Med Assoc* 292(10): 1232-1234.
- Blaser A (2009): Gesundheitsinformationen für Migrantinnen und Migranten: die Webplattform migesplus. *Primary Care* 9(1): 16-18.
- Bollini P, Siem H (1995): No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 41(6): 819-828.

- Bonfadelli H, Friemel T (2006): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz.
- Borde T (1998): Die Versorgung von Immigranten/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg.): Migration und Gesundheit: Zukunftsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 95-113.
- Brussaard JH, van Erp-Baart MA, Brants HAM, Hulshof KFAM, Löwik MRH (2001): Nutrition and health among migrants in the Netherlands. *Publ Health Nutr* 4(2b): 659-664.
- Büning-Fesel M (2008): Food literacy. *Ernährung* 2: 107-109.
- Burr JF, Rowan CP, Jamnik VK, Riddell MC (2010): The role of physical activity in type 2 diabetes prevention: physiological and practical perspectives. *Phys Sportsmed* 38(1): 72-82.
- Buttriss JL (1997): Food and nutrition: attitudes, beliefs and knowledge in the United Kingdom. *Am J Clin Nutr* 65: 1985-1995.
- Çerçi F (2008): Interkulturelle Kommunikation: verstehen und verständlich machen. *Kinder- und Jugendarzt* 39(4): 255-256.
- Cerrutti H (2008): Krankheit hat viele Gründe. In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Bundesstrategie Phase II (2008-2013). Bern, 15-18. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/index.html?lang=de?lang=de> (Zugriff: 07.02.10).
- Chew F, Palmer S, Soohong K (1998): Testing the influence of the health belief model and a television program on nutrition behavior. *Health Commun* 10(3): 227-245.
- Cline RJW, Haynes KM (2001): Consumer health information seeking on the internet: the state of the art. *Health Edu Res* 16(6): 67-92.
- Collatz J (1998): Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David M, Borde T, Kentenich H (Hrsg.): Migration und Gesundheit: Zukunftsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 33-57.
- Cotten SR, Gupta SS (2004): Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Soc Sci Med* 59(9): 1795-1806.
- Darmon N, Drewnowski A (2008): Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr* 87:1107-1117.
- Deshmukh-Taskar P, Nicklas TA, Yang S-J, Berenson GS (2007): Does food group consumption vary by differences in socioeconomic, demographic, and lifestyle factors in young adults? The Bogalusa Heart Study. *J Am Diet Assoc* 107: 223-234.
- Diedrichsen I (1996): Möglichkeiten der Beeinflussung des Ernährungsverhaltens. *Ernährungs-Umschau* 43(4): 136-139.
- Dierks ML, Schwartz FW (2001): Nutzer und Kontrolleure von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann K, Leppin A (Hrsg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Verlag Hans Huber, Bern, 290-306.
- Dijkshoorn H, Nierkens V, Nicolaou M (2008): Risk groups for overweight and obesity among Turkish and Moroccan migrants in The Netherlands. *Publ Health* 122: 625-630.
- Dutta-Bergman MJ (2004): Primary sources of health information: comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Comm* 16(3): 237-88.

- Dutta-Bergman MJ (2004a): Reaching unhealthy eaters: applying a strategic approach to media vehicle choice. *Health Comm* 16(4): 493-506.
- Dutta-Bergmann MJ (2005): Developing a profile of consumer intention to seek out additional information beyond a doctor: the role of communicative and motivation variables. *Health Comm* 17(1): 1-16.
- Elmadfa I, Blachfelner J, Freisling H (2005): 2. Wiener Ernährungsbereich 2004. Institut für Ernährungswissenschaften, Wien, 214-222.
- Elmadfa I, Freisling H, Nowak V, Hofstätter D, et al. (2009): Österreichischer Ernährungsbericht 2008. Institut für Ernährungswissenschaften, Bundesministerium für Gesundheit, 1. Auflage, Wien.
- Ernst H (1992): *Gesund ist, was Spaß macht*. Stuttgart: Kreuz. S 20f.
- Ettema JS, Brown JW, Luepker RV (1983): Knowledge gap effects in a health information Campaign. *Public Opinion Quarterly* 47(4): 516-527.
- FAO/WHO/UNO (2001): Human energy requirements. Report of a joint FAO/WHO/UNO Expert Consultation. Rome.
- Fernández-Celemín L, Jung A (2006): What should be the role of the media in nutrition communication? *Br J Nutr* 96, Suppl. 1: 86-88.
- Flynn M, Sciamanna C, Vigilante K (2003): Inadequate physician knowledge of the effects of diet on blood lipids and lipoproteins. *Nutr J* 2(19).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC305367/?tool=pubmed>
(Zugriff: 06.02.10).
- Gaziano C (1997): Forecast 2000: Widening knowledge gaps. *Journalism and Mass Communication Quarterly* 74(2): 237-64.
- Gerken U, Salman R, Krauth C, Machleidt W, Bisson S, Kimil A, Walter U (2008): Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht. *Publ Health Forum* 16(2): 20.e1-20.e3.
- Gerritsen AAM, Deville WL (2009): Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 9(109).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2678118/?tool=pubmed>
(Zugriff: 03.04.10).
- Glanz K, Basil M, Maibach E, Goldberg J, Snyder D (1998): Why Americans eat what they do: Taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption. *J Am Diet Assoc* 98: 1118-1126.
- Goldberg JP (2000): Nutrition communication in the 21st century: what are the challenges and how can we meet them? *Nutrition* 16(7/8): 644-646.
- Grande G; Igel U (2008): Stadtteilbezogene Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Personengruppen. *Publ Health Forum* 16(59): 28.e1-28.e2.
- Grunnert KG, Wills JM (2007): A review of European research on consumer response to nutrition information on food labels. *J Publ Health* 15: 389-399.
- Hendrie GA, Coveney J, Cox D (2008): Exploring nutrition knowledge and the demographic variation in knowledge levels in an Australian community sample. *Publ Health Nutr* 11(12): 1365-1371.
- Hiddink GJ, Hautvast JGAJ, van Woerkum CMJ, Fieren CJ, van't Hof MA (1997): Consumer's expectation about nutrition guidance: the importance of primary care physicians. *Am J Clin Nutr* 65(Suppl 6): 1974-1979.

- Hitthaller A (2000): Das Ernährungswissen und Ernährungsverhalten österreichischer Frauen und Methoden zur Verbesserung der Ernährungsinformationen. Diplomarbeit am Institut für Ernährungswissenschaften, Wien.
- Holgado B, Martínez-González MÁ, de Irala-Estévez J, Gibney M, Kearney J, Martínez JA (2000): Sources of information about diet and health in a Mediterranean country. Comparison with other European member states. *Eur J Publ Health* 10(3): 185-191.
- Horch K, Wirz J (2005): Nutzung von Gesundheitsinformationen. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 48(11): 1250-1255.
- Hurrelmann K, Leppin A (2001): Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In: (dies.): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Verlag Hans Huber, Bern, 9-21.
- Iglesias E, Robertson E, Johansson S-E, Engfeldt P, Sundquist J (2003): Women, international migration and self-reported health. A population-based study of women of reproductive age. *Soc Sci Med* 56(1): 111-124.
- Jazbinsek D (2001): Public Health & Public Opinion – Die Ansätze der empirischen Kommunikationsforschung aus Sicht der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann K, Leppin A (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Verlag Hans Huber, Bern, 156-158.
- Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattey P, Schlaud M. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 50(5/6): 836-850.
- Keller A (2004): Gesundheit und Versorgung von Deutschen und Migranten – Ergebnisse eines Surveys in Bielefeld. In: Hinz S, Keller A, Reith S (Hrsg.): *Migration und Gesundheit. Prämierte Arbeiten des BKK-Innovativpreises Gesundheit 2000*. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 47-82.
- Keller A, Baune BT (2005): Impact of social factors on health status and help seeking behavior among migrants and Germans. *J Publ Health* 13: 22-29.
- Klimont J, Ihle P, Baldaszati E, Kytir J (2008a): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien.
- Klimont J, Kytir J, Leitner B (2008b): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien.
- Kreps GL, Thornton BC (1992): *Health Communication. Theory & Practice*. Second Edition. Waveland Press, Prospect Heights.
- Kushner RF (1995): Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med* 24(6): 546-552.
- Lambert SD, Loisele CG (2007): Health information seeking behavior. *Qual Health Res* 17(8): 1006-1019.
- Landman J, Cruickshank JK (2001): A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom. *Publ Health Nutr* 4(2b): 647-657.
- Lassetter JH, Callister LC (2009): The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies: A review of the literature. *J Transcult Nurs* 20(1): 93-104.

- Leão TS, Sundquist J, Johansson SE, Sundquist K (2009): The influence of age at migration and length of residence on self-rated health among Swedish immigrants: a cross-sectional study. *Ethn Health* 14(1): 93-105.
- Lebhart G (2004): Globale Perspektiven zu Migration und Gesundheit. In: *Migration und Gesundheit. Eine österreichische Bestandsaufnahme. Tagungsunterlagen*. Wien.
- Lebhart G, Marik-Lebeck S (2007): Zuwanderung nach Österreich. In: Fassmann H (Hrsg.): 2. Österreichische Migrations- und Integrationsbereich 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, Demographische Entwicklungen, Sozio-ökonomische Strukturen. Verlag Drava, Klagenfurt/Celovec, 145-162.
- Lebhart G, Marik-Lebeck S (2007a): Bevölkerung mit Migrationshintergrund. In: Fassmann H (Hrsg.): 2. Österreichische Migrations- und Integrationsbereich 2001-2006. Rechtliche Rahmenbedingungen, Demographische Entwicklungen, Sozio-ökonomische Strukturen. Verlag Drava, Klagenfurt/Celovec, 165-182.
- Leimüller G (1997): Die Ernährungsbotschaften in Zeitungen und Zeitschriften. Dissertation am Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Wien.
- Lücke S (2006): Ernährung in Massenmedien – neue Strategien für die Ernährungsaufklärung. In: AID Infodienst (Hrsg.): *Ernährungskommunikation. Neue Wege – neue Chancen?* Tagungsband zum aid-Forum am 11. Mai 2005, Bonn, 42-58.
- Marik-Lebeck S, Wisbauer A, Kytir J (2009): Migration und Integration. Zahlen, Daten, Fakten 2009. Bundesministerium für Inneres, Österreichischer Integrationsfonds, Statistik Austria, Wien.
- Marquis M, Dubeau C (2006): Potential of the internet to address topics of interest in nutrition. *Nutr and Food Sci* 36(4): 218-224.
- Méjean C, Traissac P, Eymard-Duvernay S, El Ati J, Delpuech F, Maire B (2007): Diet quality of North African Migrants in France partly explains their lower prevalence of diet-related chronic conditions relative to their native french peers. *J Nutr* 137: 2106-2113.
- Méjean C, Traissac P, Eymard-Duvernay S, Delpuech F, Maire B (2008): Influence of acculturation among Tunisian migrants in France and their past/present exposure to the home contry on diet and physical activity. *Publ Health Nutr* 12(6): 832-841.
- Mielck A (2008): Ein Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit. *Publ Health Forum* 16(59): 4.e1-4.e3.
- Mielck A (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern.
- Miller LMS, Gibson TN, Applegate EA (2009): Predictors of nutrition information comprehension ind adulthood. *Patient Educ Couns* doi:10.1016/j.pec.2009.09.031.
- Möser A (2010): Food preperation patterns in German family households. An econometric approach with time budget data. *Appetite* 983: 1-9.
- Nicolaou M, Doak CM, van Dam RM, Brug J, Stronks K, Seidell JC (2009): Cultural and social influences on food consumption in dutch residents of Turkish and Moroccan origin: A quality Study. *J Nutr Educ Behav* 41(4): 232-241.
- Nutbeam D (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Internat* 15(3): 259-267.
- O'Dougherty M, Arikawa A, Kaufman B, Kurzer MS, Schmitz KH (2009): Purposeful exercise and lifestyle physical activity in the lives of young adult women: findings from a diary study. *Women Health* 48(9): 642-661.

- Pammer C (2006): Migration und Public Health in Österreich. Beitrag in der Festschrift „Public Health in Österreich und Europa“. Interkulturalität im österreichischen Gesundheitswesen – wissenschaftliche und praktische Ansätze. Tagungsunterlagen. International Organization for Migration, Wien.
- Patterson RE, Satia JA, Kristal AR, Neuhouser ML, Drewnowski A (2001): Is there a consumer backlash against the diet and health message? *J Am Diet Assoc* 101(1): 37-41.
- Pochobradsky E, Habl C, Schleicher B (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien.
- Popp-Hadalin E (1997): Ernährungsgewohnheiten, Ernährungswissen und Quellen der Ernährungsinformation der erwachsenen Bevölkerung Österreichs. Diplomarbeit am Institut für Ernährungswissenschaften, Wien.
- Pourgholam-Ernst A (2005): Gesundheit und Migration: neue Erkenntnisse zur Gesundheit von Migrantinnen in Deutschland. *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 3: 173-185.
- Powell LM, Slater S, Chaoupka FJ, Harper D (2006): Availability of physical activity-related facilities and neighbourhood demographic and socioeconomic characteristics: a national study. *Am J Publ Health* 96(9): 1676-1680.
- Pudel V, Westenhöfer J. (1998): Ernährungspsychologie. Eine Einführung. 2. Auflage. Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Razum O (2007): Migration und Gesundheit. *Publ Health Forum* 15(56): 11e1-e3.
- Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronellenfitsch U (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. *Deutsches Ärzteblatt* 101(43): 2882-2889.
- Razum O, Rohrmann S (2002): Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-Bias. *Gesundheitswesen* 64: 82-88.
- Razum O, Spallek J (2009): Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. In: Migration im Focus. Kurzdossier. Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut, Hamburg.
http://www.focus-migration.de/Wie_gesund_sind_Migr.6027.0.html
(Zugriff: 02.07.10)
- Razum O, Twardella D (2002): Time travel with Oliver Twist: towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Health* 7: 4-10.
- Razum O, Zeeb H, Meesmann U, Schenk L, Bredehorst M, Brzoska P, Dercks T, Glodny S, Menkhaus B, Salman R, Saß A-C, Ulrich R (2008): Gesundheitliche Lage und migrationsspezifische Belastungen. In: Robert Koch-Institut (Hg.): Migration und Gesundheit. Schwerpunktberichterstattung des Bundes. Berlin, 31-64.
- Reeske A, Spallek J, Razum O (2009): Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany – an analysis of the 2005 Micro-census. *Int J Equ Health* 8(26).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2724404/?tool=pubmed>
(Zugriff: 03.04.10).
- Rimal RN, Flora JA, Schooler C (1999): Achieving improvements in overall health orientation: Effects of campaign exposure, information seeking and health media use. *Comm Res* 26(3): 322-348.
- Ristovski-Slijepcevic S, Champan GE, Beagan BL (2008): Engaging with healthy eating discourse(s): ways of knowing about food and health in three ethnocultural groups in Canada. *Appetite* 50: 167-178.

- Satia-Abouta J, Patterson RE, Neuhauser ML, Elder J (2002): Dietary acculturation: Applications to nutrition research and dietetics. *J Am Diet Assoc* 102(8): 1105-1118.
- Schenk L (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *Int J Public Health* 52: 87-96.
- Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2008): Migration und gesundheitliche Ungleichheit. *Publ Health Forum* 16(59): 18.e1-18.e2.
- Schlögel R, Kiefer I (2008): Gesund türkisch kochen – leicht gemacht. Rezeptbroschüre. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend Sektion IV, Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, Wien.
<http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.htmlchannel=CH0910&doc=CMS1224067735730> (Zugriff: 20.08.10). (Zugriff: 20.08.10)
- Schmid B (2002): Ethnische Ernährungsweisen und ihre Veränderungen – Ernährungsgewohnheiten von italienischen, griechischen und türkischen Migrantinnen in Süddeutschland. In: Gedrich K; Oltersdorf U (Hrsg.) Ernährung und Raum: Regionale und ethnische Ernährungsweisen in Deutschland, Bundesforschungsanstalt für Ernährung, Karlsruhe, 101-121.
- Sharma S, Cade J, Riste L, Cruickshank K (1999): Nutrient intake trends among African-Caribbeans in Britain: a migrant population and its second generation. *Publ Health Nutr* 2(4): 469-476.
www.agev.net/tagung2001/agev2001-schmid.pdf (Zugriff: 15.04.10)
- Sofi F, Capalbo A, Cesari F, Abbate R, Gensini GF (2008): Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 15(3): 248-257.
- Sozioland (2007): Koch-TV: Medien in der Verantwortung. Köln.
http://www.sozioland.de/7399_kochtv.php (Zugriff: 03.07.09)
- Spallek J und Razum O (2007): Gesundheit von Migranten: Defizite im Bereich der Prävention. *Med Klin* 102(6): 451-456.
- Stahl P (2000): Status report on nutrition in the news. *J Am Diet Ass* 100(11): 1298-1299.
- Statistik Austria (2009a). Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Überblick.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/033240.html (Zugriff: 27.06.09).
- Statistik Austria (2009b): Bevölkerung zu Jahresbeginn seit 2002 nach zusammengefasster Staatsangehörigkeit – Wien.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/023444.html (Zugriff: 25.03.09).
- Statistik Austria (2009c): Demographisches Jahrbuch 2008. Wien, S. 23.
- Statistik Austria (2009d): Wanderungsstatistik 2008 inkl. Revisionen 2002 – 2007. Wien.
http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=542 (Zugriff: 29.06.09).
- Statistik Austria (2010a): Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit und Geburtsland.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/031396.html (Zugriff: 26.07.10).
- Statistik Austria (2010b): Bevölkerung in Privathaushalten nach Migrationshintergrund.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_migrationshintergrund/index.html (Zugriff: 25.07.10).

- Sugiyama T, Healy GN, Dunstan DW, Salmon J, Owen N (2008): Is television viewing time a marker of a broader pattern of sedentary behaviour? *Ann Behav Med* 35(2): 245-250.
- Synder LB (2007): Health communication campaigns and their impact on behavior. *J Nutr Educ Beh* 39: 32-40.
- Szwajcer EM, Hiddink GJ, Koelen MA, van Woerkum CMJ (2005): Nutrition-related information-seeking behaviours before and throughout the course of pregnancy: consequences for nutrition communication. *Eur J Clin Nutr* 59(Suppl 1): 57-65.
- Tichenor PJ, Donohue GA, Olien CN (1970): Mass media flow and differential growth in knowledge. *Public Opinion Quarterly* 34(2): 158-170.
- Trudeau E, Kristal AR, Li S, Patterson RE (1998): Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: Implications for dietary interventions. *J Am Diet Assoc* 98: 1412-1417.
- Undén A-L, Elofsson S (2006): Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gender Medicine* 3(4): 295-308.
- United Nations Economic Commission for Europe (2006): Conference of European statisticians - Recommendations for the 2010 censuses of population and housing. United Nations, New York, S.90.
- Vaandrager HW, Koelen MA (1997): Consumer involvement in nutritional issues: the role of information. *Am J Clin Nutr* 65(Suppl): 1980-1984.
- Van Dillen SME, Hiddink GJ, Koelen MA, de Graaf C, van Woerkum CMJ (2000): Perceived relevance and nutrition information needs regarding food topics and preferred information sources among Dutch adults: results of a quantitative consumer study. *Eur J Clin Nutr* 58: 1306-1313.
- Van Dillen SME, Hiddink GJ (2008): A comparison of Dutch family doctors' and patients' perspectives on nutrition communication. *Fam Pract* 25, Suppl. 1: i87-92.
- Veiga L, Gómez-Martínez S, Martínez-Gómez D, Villagra A, Calle ME, Marcos A (2009): Physical activity as a preventive measure against overweight, obesity, infections, allergies and cardiovascular disease risk factors in adolescents: AFINOS Study protocol. *BMC Publ Health* 9: 475.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813851/?tool=pubmed>
(Zugriff: 06.02.10).
- Verrall T, Napash L, Leclerc L, Mercure S, Gray-Donald K (2006): Community based communication strategies to promote infant iron nutrition in Canada. *Int J Circumpolar Health* 65(1): 65-78.
- Walter U, Salman R, Krauth C, Machleidt W (2007): Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiat Prax* 34: 349-53.
- WHO (1998): Health Promotion Glossary. Geneva, S.10.
www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf (Zugriff: 29.07.09).
- WHO (1995/2000/2004). BMI classifications.
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Zugriff: 29.06.09).
- Wieser R (2006): Evaluierung von Ernährungskampagnen für Erwachsene in Österreich. Diplomarbeit am Institut für Ernährungswissenschaften, Wien.
- Wimmer-Puchinger B (2008): Migrantinnen-Gesundheit – ein Handlungsfeld des Wiener Programms für Frauengesundheit. Daten, Handlungsfelder, Strategien und Umsetzung. In: Borde T, David M (Hrsg.): Frauengesundheit, Migration und Kultur in einer globalisierten Welt. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 73-95.

- Wimmer-Puchinger B (o.J.): Ich bleib' gesund – Sağlıklı kalacağım. Türkischsprachiges Service im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung der Stadt Wien. DieSie – Wiener Programm für Frauengesundheit, Wien.
http://www.diesie.at/projekte/aktuelle_projekte/nach_zielgruppen/migrantinnen/ich_bleib_gesund.html?setFontSize=n (Zugriff: 09.11.09).
- Wimmer-Puchinger B, Wolf H, Engleder A (2006): Migrantinnen im Gesundheitssystem. Inanspruchnahme, Zugangsbarrieren und Strategien zur Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 49: 884-892.
- Wolf RL, Lepore SJ, Vandergrift JL, Wetmore-Arkader L, McGinty E, Pietrzak G, Yaroch AL (2008): Knowledge, barriers and stage of change as correlates of fruit and vegetable consumption among urban and mostly immigrant black man. J Am Diet Assoc 108: 1315-1322.
- Yeh M-C, Ickes SB, Lowenstein LM, Shuval K, Ammerman AS, Farris R, Katz DL (2008): Understanding barriers and facilitators of fruit and vegetable consumption among a diverse multi-ethnic population in the USA. Health Prom Internat 23(1): 42-50.
- Zeeb H, Baune BT, Vollmer W, Cremer D, Krämer A (2004): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schulinganguntersuchung. Gesundheitswesen 66: 76-84.
- Zeeb H, Razum O (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 49(9): 845-852.
- Zwick M (2007): Migration, Ernährung und Körper – das Beispiel türkischer MigrantInnen in Deutschland. Sietar Journal 2 :13-17.

VI Tabellenanhang

Geburtsland der Eltern	Mutter		Vater	
	n	%	n	%
Europa				
Türkei	26	38,2	27	39,7
ehem. Jugoslawien	19	27,9	19	27,9
Deutschland	2	2,9	-	-
Österreich	-	-	2	2,9
Polen	2	2,9	2	2,9
Slowakei	1	1,5	1	1,5
Italien	1	1,5	1	1,5
Frankreich	1	1,5	-	-
Rumänien	1	1,5	1	1,5
Tschetschenien	1	1,5	1	1,5
gesamt Europa	54	79,4	54	79,4
Afrika				
Somalia	1	1,5	1	1,5
Ägypten	1	1,5	1	1,5
Nigeria	1	1,5	1	1,5
Tansania	1	1,5	1	1,5
Kongo	1	1,5	1	1,5
gesamt Afrika	5	7,5	5	7,5
Asien				
Indien	2	2,9	2	2,9
Iran	2	2,9	2	2,9
Bangladesch	1	1,5	1	1,51
gesamt Asien	5	7,5	5	7,5
Südamerika				
Venezuela	1	1,5	1	1,5
Uruguay	1	1,5	1	1,5
gesamt Südamerika	2	3	2	3
fehlend	2	2,9	2	2,9
gesamt	68	100	68	100

Tabelle 1a: Herkunftsland der Eltern – MigranInnen-Stichprobe

BMI / Altergruppen	Untergewicht < 18,5 kg/m ²		Normalgewicht 18,5 – 24,9 kg/m ²		Übergewicht 25 – 29,9 kg/m ²		Adipositas > 30,0 kg/m ²	
MigrantInnen- Stichprobe (%)	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
unter 20	-	-	8,5	4,8	-	4,8	-	-
21 bis 30	-	-	14,9	23,8	4,3	4,8	8,5	-
31 bis 40	-	-	17	14,3	19,1	-	10,6	-
41 bis 50	-	-	6,4	4,8	2,1	9,5	2,1	9,5
51 bis 60	-	-	-	-	-	19	4,3	4,8
61 bis 70	-	-	-	-	-	-	-	-
71 bis 80	-	-	2,1	-	-	-	-	-
81 und älter	-	-	-	-	-	-	-	-
Frauen n=47; Männer n=21								
Stichprobe ohne Migrations- hintergrund (%)	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
unter 20	0,9	-	0,9	7,2	1,9	1,4	1,9	1,4
21 bis 30	1,9	1,4	14,2	20,3	1,9	2,9	3,8	1,4
31 bis 40	0,9	-	17	7,2	7,5	7,2	1,9	2,9
41 bis 50	-	-	9,4	10,1	8,4	7,2	3,8	5,8
51 bis 60	-	-	4,7	-	1,9	4,3	4,7	4,3
61 bis 70	-	-	1,9	-	4,7	4,3	3,8	2,9
71 bis 80	-	-	-	1,4	-	2,9	0,9	-
81 und älter	-	-	-	-	0,9	1,4	-	1,4
Frauen n= 106; Männer n= 69								

Tabelle 2a: Einteilung der Stichproben nach BMI, Alter und Geschlecht

Anzahl der Personen im Haushalt	MigrantInnen- Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
1	7	10,3	51	29,1
2	11	16,2	59	33,7
3	7	10,3	29	16,6
4	24	35,3	27	15,4
5	11	16,2	6	3,4
6 und mehr Personen	7	10,3	3	1,7
fehlend	1	1,5	-	-
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 3a: Einteilung der Stichproben nach Haushaltsgröße

Wohnsituation	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
allein	5	7,4	50	28,6
mit Kinder/ern	5	7,4	16	9,1
mit Anderen	4	5,9	12	6,9
nur mit Partner	12	17,6	49	28
mit Partner und Kind/ern	31	45,6	41	23,4
sonstiges	9	13,2	6	3,4
fehlend	2	2,9	1	0,6
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 4a: Einteilung der Stichproben nach ihrer Wohnsituation

Einkommen	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
unter dem Durchschnitt	22	32,4	50	28,6
im Durchschnitt	36	52,9	89	50,9
über dem Durchschnitt	5	7,4	34	19,4
fehlend	5	7,4	2	1,1
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 5a: Einteilung der Stichproben nach Einschätzung des eigenen Einkommens

Für mich ist meine Gesundheit	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
sehr wichtig	50	73,5	107	61,1
wichtig	17	25	61	34,9
weder noch	1	1,5	6	3,4
weniger wichtig	-	-	-	-
gar nicht wichtig	-	-	1	0,6
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 6a: Beurteilung der Bedeutung der Gesundheit

Meine Gesundheit ist	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
sehr gut	15	22,1	37	21,1
gut	40	58,8	106	60,1
weder noch	10	14,7	20	11,4
schlecht	3	4,4	10	5,7
sehr schlecht	-	-	2	1,1
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 7a: Subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes

Um gesund zu sein...		MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
		n	%	n	%
regelmäßiger Arztbesuch	trifft zu	2	14,3	18	64,3
	weder noch	1	7,1	5	17,9
	trifft nicht zu	-	-	5	17,9
	fehlend	11	78,6	-	-
	gesamt	14	100	28	100
richtige Kühlschrankschranktemperatur	trifft zu	57	83,8	148	84,6
	weder noch	8	11,8	18	10,3
	trifft nicht zu	1	1,5	9	5,1
	fehlend	1	1,5	-	-
	gesamt	68	100	175	100
tägliche Bewegung	trifft zu	46	67,6	137	78,7
	weder noch	12	17,6	28	16,1
	trifft nicht zu	8	11,8	9	5,2
	fehlend	2	2,9	1	0,6
	gesamt	68	100	175	100
Stressvermeidung	trifft zu	2	14,3	12	42,9
	weder noch	2	14,3	7	25
	trifft nicht zu	-	-	8	28,6
	fehlend	10	71,4	1	3,6
	gesamt	14	100	28	100

Um gesund zu sein ... (Fortsetzung)		MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
		n	%	n	%
ausgewogene Lebensweise	trifft zu	3	21,4	18	64,3
	weder noch	1	7,1	5	17,9
	trifft nicht zu	-	-	5	17,9
	fehlend	10	71,4	-	-
	gesamt	14	100	28	100
tägl. Verzehr von Obst- und Gemüse	trifft zu	51	75	115	65,7
	weder noch	8	11,8	37	21,1
	trifft nicht zu	9	13,2	23	13,1
	fehlend	-	-	-	-
	gesamt	68	100	175	100
nicht rauchen	trifft zu	27	39,7	92	52,6
	weder noch	3	4,4	10	5,7
	trifft nicht zu	35	51,5	73	41,7
	fehlend	3	4,4	-	-
	gesamt	68	100	175	100
Hände - waschen nach der Toilette	trifft zu	65	95,6	162	92,6
	weder noch	2	2,9	11	6,3
	trifft nicht zu	1	1,5	2	1,1
	fehlend	-	-	-	-
	gesamt	68	100	175	100
Kontaktvermeidung zwischen rohem Fleisch und anderen Lebensmitteln	trifft zu	46	67,6	143	81,7
	weder noch	10	14,7	22	12,6
	trifft nicht zu	10	14,7	10	5,7
	fehlend	2	2,9	-	-
	gesamt	68	100	175	100

Tabelle 8a: Eigener Beitrag zur Gesunderhaltung

Ich bekomme hilfreiche Informationen für meine Gesundheit		MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
		n	%	n	%
Anweisungen des Arztes verständlich	immer	52	76,5	141	80,6
	manchmal	14	20,6	33	18,9
	nie	2	2,9	1	0,6
	fehlend	-	-	-	-
	gesamt	68	100	175	100
Gesundheitsinformationen sind verwirrend	immer	9	13,2	10	5,7
	manchmal	38	55,9	89	51,9
	nie	21	30,9	75	42,9
	fehlend	-	-	1	0,6
	gesamt	68	100	175	100

Tabelle 9a: Umgang mit Gesundheitsinformationen

Quellen für Gesundheitsinformationen	MigrantInnen- / Stichprobe ohne Migrationshintergrund p-Werte	Frauen: Migrantinnen / ohne Migrationshintergrund p-Werte	Männer: Migranten / ohne Migrationshintergrund p-Werte	MigrantInnen-Stichprobe: Frauen / Männer p-Werte
Freunde	0,987	0,744	0,703	0,954
Familie	0,949	0,918	0,781	0,747
Fernsehen	0,450	0,457	0,853	0,643
Zeitung	0,572	0,589	0,071	0,085
Internet	0,013	0,017	0,408	0,203
Nachbarn	0,012	0,225	0,009	0,213
Arzt	0,596	0,441	0,926	0,938
Schule meiner Kinder	0,284	0,159	0,331	0,062
Apotheke	0,374	0,732	0,173	0,085
Ernährungsindustrie	0,153	0,272	0,259	0,337
Gemeinde, Stadtverwaltung	0,248	0,447	0,327	0,501
Institutionen, Einrichtungen, Vereine	0,387	0,511	-	0,168
Regierung, Staat	0,532	0,244	0,677	0,132
Sonstige	0,674	0,302	0,448	0,316

Tabelle 10a: Quellen der Gesundheitsinformation – Signifikanzwerte zwischen den einzelnen Gruppen

Umsetzung von Gesundheitsinformationen im Alltag ist einfach	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
trifft sehr zu	8	11,8	18	10,3
trifft zu	25	36,8	91	52
weder noch	9	13,2	26	14,9
trifft weniger zu	26	38,2	36	20,6
trifft gar nicht zu	-	-	3	1,7
gesamt	-	-	1	0,6
fehlend	68	100	175	100

Tabelle 11a: Umsetzung von Gesundheitsinformationen in den Alltag

Ich treibe gerne Sport	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
mehr als 5 h / w	10	14,7	33	18,6
3-5 h / w	9	13,2	34	19,4
1-3 h / w	10	14,7	43	24,6
0-1 h / w	13	19,1	12	6,9
selten, nie	25	36,8	53	30,3
fehlend	1	1,5	-	-
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 12a: Zeitlicher Aufwand für Sport pro Woche

täglicher Fernsehkonsum	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
0-1h	13	19,1	37	21,1
1-2 h	26	38,2	57	32,6
2-4 h	17	25	53	30,3
mehr als 4 h	11	16,2	27	15,4
fehlend	1	1,5	1	0,6
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 13a: Beurteilung des Fernsehverhaltens

Lesen der Zutatenliste und Nährstoffangaben	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
immer	21	30,9	28	16
häufig	11	16,2	49	28
manchmal	21	30,9	40	22,9
selten	5	7,4	28	16
nie	8	11,8	30	17,1
fehlend	1	1,5	-	-
gesamt	68	100	175	100

Tabelle 14a: Interesse an Zutaten- und Nährstoffangaben

Lebensmittelgruppen	einzelne Lebensmittel	MigrantInnen- / Stichprobe ohne Migrationshintergrund p-Werte	Frauen: Migrantinnen / ohne Migrationshintergrund p-Werte	Männer: Migranten / ohne Migrationshintergrund p-Werte	MigrantInnen: Frauen / Männer p-Werte
Kohlenhydratreiche Lebensmittel (68/175)	Brot, Gebäck	0,312	0,387	0,152	0,288
	Vollkornbrot	0,675	0,748	0,649	0,384
	Reis, Nudeln	0,542	0,140	0,646	0,639
	Müsli, Cornflakes	0,082	0,066	0,522	0,716
	Kartoffeln	0,021	0,032	0,575	0,988
Obst (68/175)	Obst	0,000	0,000	0,278	0,015
Gemüse (68/175)	Gemüse	0,001	0,001	0,470	0,033
Milch, Milchprodukte (54/147)	Milch	0,59	0,451	0,938	0,784
	Joghurt, Topfen	0,976	0,755	0,731	0,395
	Probiotisches Joghurt	0,780	0,654	0,813	0,378
	Käse	0,65	0,741	0,355	0,680
Milch, Milchprodukte (14/28)	Milch	0,234	0,286	-	-
	fettarme Produkte	0,354	0,569	-	-
	fettreiche Produkte	0,153	0,254	-	-
	Käse	0,585	0,808	-	-

Lebensmittelgruppen (Fortsetzung)	einzelne Lebensmittel	MigrantInnen- / Stichprobe ohne Migrationshintergrund p-Werte	Frauen: Migrantinnen / ohne Migrationshintergrund p-Werte	Männer: Migranten / ohne Migrationshintergrund p-Werte	MigrantInnen: Frauen / Männer p-Werte
Fleisch, Wurst (54/147)	Fleisch, Wurst	0,046	0,119	0,230	0,070
Fleisch, Wurst (14/28)	mageres Fleisch, Wurst	0,009	0,011	-	-
	fettes Fleisch, Wurst	0,162	0,156	-	-
Fisch (68/175)	fetter Fisch	0,565	0,569	0,763	0,633
	magerer Fisch	0,460	0,607	0,597	0,942
Speisefette und -öle (68/175)	(pflanzl.) Öle	0,000	0,009	0,005	0,850
	Butter	0,612	0,460	0,977	0,750
	Margarine	0,625	0,799	0,659	0,794
Süßes (68/175)	Süßigkeiten	0,505	0,588	0,707	0,656
	Kuchen	0,389	0,095	0,346	0,109
alkoholfreie Getränke (68/175)	Wasser, Mineralwasser	0,256	0,210	0,981	0,538
	Saft, Nektar	0,030	0,083	0,061	0,217
	Limonade, Cola	0,165	0,217	0,370	0,182
	Tee	0,001	0,009	0,067	0,596
	Kaffee	0,940	0,471	0,369	0,635
alkoholische Getränke (68/175)	Wein, Sekt	0,011	0,315	0,023	0,903
	Bier	0,001	0,001	0,278	0,000
	Spirituosen	0,437	0,467	0,335	0,362
Bioprodukte (68/175)	Bioprodukte	0,160	0,971	0,022	0,177
Fertiggerichte (68/175)	Fertiggerichte	0,597	0,707	0,142	0,172
Nahrungs-ergänzungsmittel (68/175)	Mineral- und Vitamin-supplemente	0,228	0,332	0,392	0,224

Tabelle 15a: FFQ – Signifikanzwerte zwischen den einzelnen Gruppen

einzelne Lebensmittel	p-Werte	einzelne Lebensmittel	p-Werte
Brot	0,217	fetter Fisch	0,387
Vollkornbrot, -gebäck	0,775	Pflanz. Öle	0,191
Reis, Nudeln	0,286	Butter	0,702
Müsli, Cornflakes	0,869	Margarine	0,898
Kartoffel	0,386	Süßigkeiten	0,110
Obst	0,905	Kuchen	0,292
Gemüse	0,922	Bioprodukte	0,072
Milch	0,639	Fertiggerichte	0,730
fettarme Milchprodukte	0,247	Nahrungs- ergänzungsm.	0,622
fettreiche Milchprodukte	0,151	Wasser	0,364
Käse	0,993	Saft, Nektar	0,408
Topfen, Joghurt	0,242	Limonade	0,054
probiot. Joghurt	0,258	Tee	0,541
Fleisch, Wurst	0,821	Kaffee	0,330
mageres Fleisch	0,063	Wein, Sekt	0,267
fettes Fleisch	0,229	Bier	0,674
magerer Fisch	0,684	Spirituosen	0,544

Tabelle 16a: FFQ - Signifikanzwerte mit Berücksichtigung der höchsten abgeschlossenen Schulbildung von MigrantInnen

Versorgung mit Mineralstoffen und Nährstoffen	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
nein	9	64,3	7	25
ja	5	35,7	20	71,4
weiß nicht	-	-	1	3,6
fehlend	-	-	-	-
gesamt	14	100	28	100

Tabelle 17a: Ausreichende Versorgung mit Mineral- und Nährstoffen

frisch gekocht im Haushalt	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	%	n	%
mehrmals täglich	3	21,4	5	17,1
(fast) täglich	8	57,1	9	32,9
mehrmals / w	3	21,4	7	25
etwa einmal / w	-	-	4	14,3
mehrmals / m	-	-	2	7,1
selten, nie	-	-	1	3,6
fehlend	-	-	-	-
gesamt	14	100	28	100

Tabelle 18a: Frische Zubereitung von Mahlzeiten im Haushalt

Zubereitung der Speisen		MigrantInnen-Stichprobe		Sichtprobe ohne Migrationshintergrund	
		n	%	n	%
Verwendung hochwertiger Öle	trifft zu	12	85,7	22	78,6
	weder noch	2	14,3	4	14,3
	trifft nicht zu	-	-	2	7,1
	fehlend	-	-	-	-
	gesamt	14	100	28	100
fettsparende Zubereitung	trifft zu	8	57,1	17	60,7
	weder noch	3	21,4	5	17,9
	trifft nicht zu	1	7,1	6	21,4
	fehlend	2	14,3	-	-
	gesamt	14	100	28	100
Verwendung von Gewürzen/ Kräutern statt Salz	trifft zu	8	57,1	15	53,6
	weder noch	4	28,6	8	28,6
	trifft nicht zu	1	7,1	4	14,3
	fehlend	1	7,1	1	3,6
	gesamt	14	100	28	100
vitamin-schonende Zubereitung	trifft zu	8	57,1	15	53,6
	weder noch	3	21,4	6	21,4
	trifft nicht zu	1	7,1	7	2
	fehlend	2	14,3	-	-
	gesamt	14	100	28	100
Geschmack	trifft zu	7	50	25	89,3
	weder noch	2	14,3	2	7,1
	trifft nicht zu	-	-	-	-
	fehlend	5	35,7	1	3,6
	gesamt	14	100	28	100

Zubereitung der Speisen (Fortsetzung)		MigrantInnen- Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
		n	%	n	%
Verwendung regionaler Produkte	trifft zu	10	71,4	21	75
	weder noch	1	7,1	4	14,3
	trifft nicht zu	-	-	3	10,7
	fehlend	3	21,4	-	-
	gesamt	14	100	28	100
Verwendung saisonaler Produkte	trifft zu	10	71,4	22	78,6
	weder noch	2	14,3	4	14,3
	trifft nicht zu	-	-	2	7,1
	fehlend	2	14,3	-	-
	gesamt	14	100	28	100

Tabelle 19a: Beachtung gesundheitsfördernder Methoden zur Speisenzubereitung

Zubereitung Speisen im Haushalt	MigrantInnen- Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	% der Fälle	n	% der Fälle
Eltern	12	17,6	18	10,3
ich selbst	55	80,9	149	85,6
Partner	22	32,4	59	33,9
Kinder	4	5,9	5	2,9
Großeltern	3	4,4	-	-
andere	1	1,5	2	1,1
gesamt	97	142,6	233	133,9

Tabelle 20a: Verantwortlichkeit bei Speisenzubereitung (Mehrfachnennungen möglich)

Einkauf Lebensmittel im Haushalt	MigrantInnen-Stichprobe		Stichprobe ohne Migrationshintergrund	
	n	% der Fälle	n	% der Fälle
Eltern	13	19,4	16	9,2
ich selbst	54	52,9	162	93,1
Partner	30	29,4	56	32,2
Kinder	4	3,9	6	3,4
Großeltern	1	1	1	0,6
andere	-	-	1	0,6
gesamt	102	152,2	242	139,1

Tabelle 21a: Verantwortlichkeit beim Lebensmittel-Einkauf (Mehrfachnennungen möglich)

VII ANNEX

CODE _____

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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verstehe die Anweisungen meines Arztes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Informationen zur Gesundheit verwirren mich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ich bekomme Gesundheitsinformationen von

(Bitte maximal 3 der am häufigsten genutzten Informationsquellen ankreuzen)

Freunden.....	<input type="checkbox"/>	Schule meiner Kinder.....	<input type="checkbox"/>
Familie.....	<input type="checkbox"/>	Apotheke.....	<input type="checkbox"/>
Fernsehen.....	<input type="checkbox"/>	Ernährungsindustrie (Lebensmittelkennzeichn. ...)	<input type="checkbox"/>
Zeitung.....	<input type="checkbox"/>	Gemeinde-/ Stadtverwaltung.....	<input type="checkbox"/>
Internet.....	<input type="checkbox"/>	Institutionen, Einrichtungen, Vereine.....	<input type="checkbox"/>
Nachbarn.....	<input type="checkbox"/>	Staat, Regierung.....	<input type="checkbox"/>
Arzt.....	<input type="checkbox"/>	Sonstigen.....	<input type="checkbox"/>

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
	<input type="checkbox"/>				

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

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

trifft zu	weder noch	trifft nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(mehrere Antworten sind möglich)

frage ich meine Familie.....	<input type="checkbox"/>	frage ich meine Freunde.....	<input type="checkbox"/>
frage ich meine Nachbarn.....	<input type="checkbox"/>	frage ich meinen Arzt.....	<input type="checkbox"/>
frage ich meinen Lebensmittelhändler.....	<input type="checkbox"/>	frage ich meinen Trainer.....	<input type="checkbox"/>
besuche ich einen Kurs.....	<input type="checkbox"/>	besuche ich einen Vortrag.....	<input type="checkbox"/>
suche ich im Internet.....	<input type="checkbox"/>	besuche ich ein Gruppentreffen von Menschen mit ähnlichen Problemen...	<input type="checkbox"/>
		Sonstiges.....	<input type="checkbox"/>

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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich wohl zuhause.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Zuhause ist erholsam.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lebe räumlich zu beengt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mag meine Wohnung/ mein Haus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne niemanden aus meiner Nachbarschaft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die besten Nachbarn, die man haben kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lebe in einer gesunden Umgebung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lebe in einem Gebiet mit zu viel Verkehrslärm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lebe in einem Gebiet mit sauberer Luft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich sicher in meinem Stadtteil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde lieber in einem anderen Stadtteil wohnen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

Eigentümer	Mieter, Pächter	Untermieter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

bis zu 60 m²	61-80 m²	81-100 m²	mehr als 100 m²
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ich treibe Sport in/ im ...

(mehrere Antworten sind möglich)	freier Natur (Wald, ...)	privater Umgebung	Fitness Studio	Sportverein	anderswo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Besondere Ereignisse (z.B. Feste, Kirtag, Treffen, Aufführungen, Vorträge, ...) sind Attraktionen im Alltag.

Ich besuche gerne Veranstaltungen meines Stadtteils ja nein

Wenn ja, welche?

13. Ich bin Mitglied eines Vereins/ einer Organisation meines Stadtteils? ja nein

Wenn ja, welche/r?

14. Für meinen Stadtteil sind die folgenden Bereiche ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)	sehr wichtig	weder noch	gar nicht wichtig
Einkaufszentrum.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittelmarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindergarten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportverein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grünflächen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsamt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialstation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungseinrichtungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Vereine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportplatz, -halle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)	immer	häufig	manchmal	selten	nie
	<input type="checkbox"/>				

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

(mehrere Antworten sind möglich)

putzen.....	<input type="checkbox"/>	kochen.....	<input type="checkbox"/>
einkaufen.....	<input type="checkbox"/>	Verwaltung (Formulare ausfüllen, Amtsgänge)	<input type="checkbox"/>
pflegen.....	<input type="checkbox"/>	Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/>
persönliche Hygiene.....	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>
		Keine Unterstützung nötig	<input type="checkbox"/>

20. Für mich ist meine Gesundheit ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr wichtig	wichtig	weder noch	weniger wichtig	gar nicht wichtig
<input type="checkbox"/>				

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

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sehr gut	gut	weder noch	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>				

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

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

sich verbessert	gleich bleibt	sich verschlechtert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Ich sehe täglich Fernsehen ...

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

0-1 Stunde	1-2 Stunden	2-4 Stunden	mehr als 4 Stunden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Was heißt „5 am Tag“?

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

5 Mahlzeiten pro Tag.....	<input type="checkbox"/>	5 Portionen Obst/ Gemüse pro Tag...	<input type="checkbox"/>
5 Flaschen Wasser pro Tag	<input type="checkbox"/>	weiß nicht.....	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>						

26. Um gesund zu sein,

(Bitte zutreffende Antwort ankreuzen)

	trifft zu	weder noch	trifft nicht zu
halte ich im Kühlschrank die richtige Temperatur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bewege ich mich täglich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
esse ich täglich Obst und Gemüse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rauche ich nicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wasche ich mir nach Benutzung der Toilette die Hände..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lasse ich rohes Fleisch nicht in Kontakt m. anderen Lebensm. kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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!

Doris Rittenschober

27.01.1983 in Wels, OÖ
Wimberggasse 9/10, 1070 Wien
dodoritt@gmail.com

Schul- und Berufsbildung

2003 – 2010	Studium der Ernährungswissenschaften an der Universität Wien Wahlschwerpunkt: Ernährung und Umwelt
1997 – 2002	Höhere Bundeslehranstalt für Wirtschaftliche Berufe Wels, Schwerpunkt: Humanökologie
1993 – 1997	Hauptschule Hörsching, OÖ
1989 – 1993	Volksschule Hörsching, OÖ

Berufserfahrung und Praktika

seit 04.05.09	Plasmapunkt Favoriten, Wien Mag.a (FH) Martina Metzich Annahmeassistentin; Teilzeitanstellung
01.03.09 – 31.07.09	Institut für Ernährungswissenschaften, Wien Ass.-Prof.in Dr. Petra Rust Tutorium „Ernährungsphysiologie des Menschen“; Tutorin
01.08.08 – 30.09.08	IFEW, Wien Ass.-Prof.in Dr.in Petra Rust Projektmitarbeit „ <i>CHANCE - Community Health Management to Enhance Behaviour</i> “; Datenerhebung; Praktikantin
01.04.08 – 31.05.08	Department of Biosciences and Nutrition, Karolinska Institutet, Stockholm – Schweden Agneta Yngve (Head of Unit) Projektmitarbeit „ <i>COSI - WHO European Childhood Growth Surveillance Initiative</i> “; Datenerhebung; Praktikantin
06.08.07 – 31.08.07	Analyse BioLab GmbH, Linz Dr. Ulrich Sagel Humanmedizinisches Labor, Mikrobiologie; Praktikantin
02.07.07 – 03.08.07	Institut für med.-chem. Laboratoriumsdiagnostik, AKH Linz Univ.-Doz. Dr. Jörg Berg Molekularbiologische Diagnostik; Praktikantin
21.08.06 – 15.09.06	Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene, AGES Linz Dr. Ulrich Sagel Humanmedizinisches Labor, Mikrobiologie; Praktikantin

Auslandsaufenthalte

14.01.08 – 31.05.08	ERASMUS-Auslandssemester am Karolinska Institutet, Stockholm Department of Biosciences and Nutrition, Unit for Public Health Nutrition
22.09.02– 31.08.03	Au-Pair in Mailand

Besondere Kenntnisse

Sprachen:	Deutsch	Muttersprache
	Englisch	Fließend (C2)
	Italienisch	Fließend (C1)
	Schwedisch	Grundkenntnisse (B2)
Computerkenntnisse	Microsoft Office, SPSS; Macintosh	

Wien, Oktober 2010