universität wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Evaluierung des Ernährungs- und Gesundheitszustands Jugendlicher und junger Erwachsener in sozial benachteiligten Settings Ostösterreichs“

verfasst von / submitted by

Corinna Dorfer

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

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2016 / Vienna, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	A 190 445 344
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Lehramtsstudium UniStG UF Biologie und Umweltkunde UniStG UF Englisch UniStG
Betreut von / Supervisor:	Ass.-Prof. Mag. Dr. Petra Rust

Danksagungen

Zuallererst gilt mein Dank Frau Ass.-Prof. Dr. Petra Rust, welche mir trotz anderer Studienrichtung einen Platz zur Mitwirkung im äußerst spannenden GAAS-Projekt verschaffte und mir somit erst dieses Diplomarbeitsthema an ihrem Institut ermöglichte. Vielen Dank.

Ein weiteres Dankeschön steht meiner besten Studienkollegin Alice zu, welche mich vor allem durch ihren Ehrgeiz das gesamte Studium hindurch motivierte, begleitete und mir unvergessliche, unterhaltsame Stunden bescherte.

Den herzlichsten Dank schenke ich meinem lieben Thomas. Dieser gilt nicht nur den gemeinsamen wunderschönen, meist unifreien Zeiten, sondern auch seinem tatkräftigen Beistand. Ohne die oft sehr speziellen motivierenden Worte hätte ich den Endspurt in dieser Zeit nicht geschafft.

Mein größter Dank gilt meinen Eltern und Großeltern, welche mir durch ihre fortwährende Unterstützung erst das Studium ermöglichten und immer an mich glaubten. Danke lieber Papa, danke liebe Mama, danke liebe Oma und danke lieber Opa.

Zum süßen Abschluss möchte ich meiner liebsten Mutter einen besonderen Dank aussprechen. Ich bedanke mich für all die Zeit und Liebe, die positiven Worte und Mühen, welche sie nie davon abhielten mir zur Seite zu stehen. Danke für alles.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst und ohne Verwendung anderer als der angeführten Hilfsmittel verfasst wurde. Ich habe alle Formulierungen und Konzepte, welche direkt oder indirekt aus fremden Quellen übernommen wurden, gemäß den wissenschaftlichen Richtlinien kenntlich gemacht.

Wien, am 30.05.2016

Corinna Dorfer

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis i

Abbildungsverzeichnis iii

Tabellenverzeichnis v

1 Einleitung 1

1.1 Hintergrund und Problemstellung 1

1.2 Zielsetzung 3

2 Literaturteil 4

2.1 Gesundheit durch Ernährung und Bewegung 4

2.2 Soziales Umfeld, Ernährungs- und Gesundheitsverhalten 7

2.3 Gesundheits- und Ernährungsstatus Jugendlicher und junger Erwachsener – Beschreibung und Bedeutung themenrelevanter Studien 9

2.3.1 Die HELENA-Studie – Ernährung und Lebensstil europäischer Jugendlicher 9

2.3.1.1 Ernährung 10

2.3.1.2 Inaktive Zeiten 11

2.3.1.3 Fazit 11

2.3.2 WHO-HBSC-Studie – Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern 12

2.3.2.1 Selbstwahrnehmung bezüglich Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit 13

2.3.2.2 BMI, Körperwahrnehmung und Diätverhalten 13

2.3.2.3 Körperliche- und sitzende Freizeitaktivitäten 15

2.3.2.4 Ernährungsverhalten 15

2.3.2.5 Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum 17

2.3.2.6 Sozioökonomischer Status und Herkunft 17

2.3.2.7 Fazit 18

2.3.3 G.E.E.L.L. – Prävention und Gesundheitsförderung von SchülerInnen in Klosterneuburg 19

2.3.3.1 Ergebnisse – Gesundheit, Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum 20

2.3.4 Expertise zu Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland 21

2.3.4.1 Gesundheitseinschätzung sowie Rauch- und Übergewichtsprävalenz nach höchster abgeschlossener Schulform 21
2.3.4.2 HBSC-Studie: Soziale Unterschiede in Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen 22
2.3.4.2.1 Ist-Zustand und Vergleich der sozial verschiedenen Zielgruppen 23
2.3.4.3 Fazit 26
2.3.5 HEALTH4YOU – Gesundheitsbefragung von Lehrlingen in Österreich 27
2.3.5.1 Gesundheitsbezogene Informationen 28
2.3.5.2 Resilienz 29
2.3.5.3 Fazit 29
2.3.6 Studie zur Ernährungseinstellung von NEETs in Nordirland 30
2.3.6.1 Barrieren 30
2.3.6.2 Fazit 32
2.4 Gegenüberstellung der beschriebenen Studienergebnisse 33

3 Material und Methoden 35
3.1 GAAS-Projekt – Konzept und Ziele 35
3.1.1 Zielgruppe 37
3.2 Kurzbeschreibung der Settings 38
3.2.1 spacelab 38
3.2.2 Jugend und Lebenswelt 40
3.2.2.1 Nordrand 40
3.3 Ist-Analyse 41
3.3.1 Befragungsinstrument Fragebogen – Allgemein 41
3.3.1.1 Durchführung 43
3.3.1.2 Limitierungen 44
3.3.2 BIA-Messung – Allgemein 45
3.3.2.1 Durchführung 45
3.3.2.2 Limitierungen 47
3.3.3 Auswertung mit SPSS 47

4 Ergebnisse und Diskussion 48
4.1 Fragebogenerhebung 48
4.1.1 Stichprobencharakteristik 48
4.1.1.1 Alter und Geschlecht 49

4.1.1.2 Herkunft 50
4.1.1.3 Migrationshintergrund 50
4.1.1.4 Wohnsituation 51
4.1.1.5 Berufstätigkeit der Eltern 51
4.1.1.6 Sozioökonomischer Status 52
4.1.1.7 (Taschen-)Geld und Mindestsicherung 53
4.1.1.8 Resilienz 54
4.1.1.9 Lebenszufriedenheit 59
4.1.1.10 Freizeitbeschäftigung 61
4.1.2 Ernährungsgewohnheiten der StudienteilnehmerInnen 62
4.1.2.1 Ernährungsform 62
4.1.2.2 Mahlzeiteneinnahme 63
4.1.2.3 Wahrnehmung – Obst, Gemüse, Fast Food 64
4.1.2.4 Konsumhäufigkeiten und Ernährungsmuster – Lebensmittelgruppen 65
4.1.2.5 Trinkgewohnheiten 70
4.1.3 Bewegungs- und Gesundheitsverhalten 72
4.1.3.1 Sport 72
4.1.3.2 Körperwahrnehmung 77
4.1.3.3 Diätverhalten 79
4.1.3.4 Alkoholkonsum 81
4.1.3.5 Tabakkonsum 82
4.1.3.6 Drogenkonsum 84
4.1.3.7 Wahrnehmung – Gesundheitszustand 85
4.2 Ergebnisse der BIA-Messungen 88
4.2.1 Junge Erwachsene 89
4.2.1.1 BMI 89
4.2.1.2 Körperfettanteil 90
4.2.1.3 Körperfettanteil, Körperwahrnehmung und Sportverhalten 94
4.2.2 Jugendliche 95
4.2.2.1 BMI 95
4.2.2.2 BMI, Körperwahrnehmung und Sportverhalten 97
4.2.3 ECM/BCM-Index 98
4.2.4 Limitierungen 99

5 Schlussbetrachtung 100

6 Zusammenfassung 103

7 Abstract 105

Literaturverzeichnis 106

Anhang 115

Fragebogen 115

Abkürzungsverzeichnis

BIA	bioelektrische Impedanzanalyse
BCM	body cell mass (Körperzellmasse)
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMS	bedarfsorientierte Mindestsicherung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ECM	extra cellular mass (extrazelluläre Masse)
ECTS	European Credit Transfer System (europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen)
EU	Europäische Union
EU-15	15 Mitgliedsstaaten der EU vor der Osterweiterung im Jahr 2004
FAS	Family Affluence Scale (Familieneinkommen-Skala)
GAAS	Gesundheitskompetenzen von Jugendlichen, die sich nicht in Ausbildung, Arbeit oder Schulung befinden
G.E.E.L.L.	Gesundheit *er*leben – ein Leben lang!
HBSC	Health Behavior in School-aged Children (Gesundheitsverhalten von Schulkindern)
ILO	International Labor Organization (international Arbeitsorganisation)
MW	Mittelwert
n	Anzahl
NAP.e	nationaler Aktionsplan Ernährung
NEET	not in education, employment or training (nicht in Ausbildung, Arbeit oder Schulung)
NR	Nordrand
p-Wert	Signifikanzwert
r	Korrelation
RS-11	Resilienz-Kurzskala (mit 11 Items)

SD	Standardabweichung
SES	socioeconomic status (sozioökonomischer Status)
SILC	Community Statistics on Income and Living Conditions (Gemeinschafts-statistiken über Einkommen und Lebensbedingungen)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2. 1: Österreichische Ernährungspyramide (BMG o. D.) 5

Abbildung 2. 2: Modell der Gesundheitsdeterminanten, der ‚Policy Rainbow' (Quelle: ursprünglich Dahlgren & Whitehead (1991), Abbildung übernommen aus FGÖ (2013) nach Dahlgren & Whitehead (1991)) 7

Abbildung 2. 3: Darstellung der sozialkognitiven Theorie angepasst an die diätische Gesundheitswahrnehmung (übersetzt ins Deutsche; nach Davison et al. 2015: 148) 33

Abbildung 4. 1: Geschlechtsspezifische Studienteilnahme der Jugendlichen (n = 53) je Standort 49

Abbildung 4. 2: Berufstätigkeit der Eltern der Jugendlichen (in %) 52

Abbildung 4. 3: Prozentränge ausgewählter Werte der RS-11 der deutschen Bevölkerung (n = 2004; 14 bis 95 Jahre) und der GAAS-StudienteilnehmerInnen (n = 52; 15 bis 24 Jahre) 58

Abbildung 4. 4: Abhängigkeit der angegebenen Lebenszufriedenheit von der kategorisierten Resilienz (unter und über dem MW von 50,6) der Jugendlichen (n = 53) 60

Abbildung 4. 5: Geschlechtsspezifisches Ernährungsmuster der befragten Jugendlichen (in %) 69

Abbildung 4. 6: Standortspezifische sportliche Betätigung aller teilnehmenden Jugendlichen (in %) 73

Abbildung 4. 7: Individuelles Aktivitätsniveau aller Jugendlichen nach Geschlecht (% der Befragten), gruppiert in *inaktiv* (Basisbewegung), *geringfügig körperlich aktiv* (über Basisbewegung hinaus), *mittleres* (2,5 bis 5 Stunden) und *hohes Aktivitätsniveau* (> 5 Stunden pro Woche) 75

Abbildung 4. 8: Geschlechtsspezifische Körperwahrnehmung der Jugendlichen aller Standorte (% der Befragten) 78

Abbildung 4. 9: Häufigkeit des Tabakkonsums (% der Jugendlichen) 83

Abbildung 4. 10: Subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands der teilnehmenden Jugendlichen (% der Befragten) 86

Abbildung 4. 11: Körperfettanteil der über 18-Jährigen nach Geschlecht (% der Befragten) 93

Abbildung 4. 12: BMI-Perzentilkurven für Mädchen zwischen 0 und 18 Jahren (verändert nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001: 811) mit zusätzlichen Markierungen der BMI-Werte der zwei GAAS-Studienteilnehmerinnen (grün: Normalbereich; rot: Adipositas – über Kurven hinaus).....96

Abbildung 4. 13: BMI-Perzentilkurven für Jungen zwischen 0 und 18 Jahren (verändert nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001: 811) mit zusätzlichen Markierungen der BMI-Werte der acht GAAS-Studienteilnehmer (blau: Normalbereich; rot Adipositas – über Kurven hinaus) 96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4. 1: Prozentrang (PR)-Normen der Resilienz-Kurzskala (RS-11) der deutschen Bevölkerung (n = 2004; 14 bis 95 Jahre) und der GAAS-StudienteilnehmerInnen (n = 52; 15 bis 24 Jahre) inklusive Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD) 56

Tabelle 4. 2: Freizeitbeschäftigung der Jugendlichen pro Tag (% der Befragten).....62

Tabelle 4. 3: Durchschnittliche Wahrnehmung der Lebensmittelgruppen Obst, Gemüse und Fast Food durch die Jugendlichen mit Bewertung mittels Schulnotensystem 1 bis 5 65

Tabelle 4. 4: Durchschnittliche Konsumhäufigkeiten der Jugendlichen von verschiedenen Lebensmittelgruppen (an Tagen pro Woche) sowie täglicher Konsum der Lebensmittelgruppen (% der untersuchten Jugendlichen) 67

Tabelle 4. 5: Häufigkeiten des Getränkekonsums der Jugendlichen (n = 53; *1 n = 51; *2 n = 52) (in %) und durchschnittliche Konsumhäufigkeiten der verschiedenen Getränkegruppen (an Tagen pro Woche).....71

Tabelle 4. 6: Beliebtheit diverser Sportarten aller Jugendlichen.....76

Tabelle 4. 7: Konsumhäufigkeiten der StudienteilnehmerInnen (n = 53) von alkoholischen Getränken pro Woche (% der Befragten).....81

Tabelle 4. 8: Körperwahrnehmung und Sportverhalten der über 18-Jährigen (Anzahl) bei gemessenem Körperfettanteil nach Lohmann et al. (1997).....94

Tabelle 4. 9: Körperwahrnehmung und Sportverhalten der unter 18-Jährigen (Anzahl) bei berechnetem BMI klassifiziert nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001).....98

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Problemstellung

Die Themen Gesundheit wie auch Ernährung gewinnen nicht nur landes- oder europa-, sondern weltweit zunehmend an Bedeutung und Popularität. Dies liegt unter anderem an den Bemühungen von Gesundheitsorganisationen verschiedenster Länder. Aufgrund steigender Zahlen an übergewichtigen und adipösen Menschen wie auch der immer häufiger werdenden lebensstilassoziierten Krankheiten ist es diesen Institutionen ein Anliegen den aktuellen Ernährungs- wie auch Gesundheitsstatus der jeweiligen Bevölkerung zu verbessern und im Zuge dessen die Menschen über die Wichtigkeit dieser Themen besser zu informieren. In Österreich, zum Beispiel, dient der im Jahr 2011 entwickelte Nationale Aktionsplan Ernährung, kurz NAP.e, dazu, genau diese Aufgaben zu übernehmen (NAP.e 2011: 1). Mit der Formulierung „*[Zweck] der ernährungsbezogenen Prävention ist die Verlängerung der Lebenszeit, die in Gesundheit verbracht wird, als Beitrag zur Verbesserung der Gesamtlebensqualität*“ wird das übergeordnete Ziel pointiert beschrieben (ibid: 9).

Um somit eine aufgeklärtere und folglich gesündere Bevölkerung zu erreichen, ist es wesentlich und essentiell bereits beim Nachwuchs damit zu beginnen (Bergmann et al. 2002: 54 & Lampert 2004 in Lampert et al. 2005: 97). Neben den Bezugspersonen stellen auch Bildungseinrichtungen, wie zum Beispiel Kindergärten oder Schulen, ideale Settings dafür dar.

Zusätzlich ist anzumerken, dass es teilweise grundlegende Unterschiede zwischen den verschiedenen sozialen Schichten gibt. Das persönliche sowie familiäre Umfeld spielt eine bedeutende Rolle in Bezug auf das Ernährungsverhalten wie auch das Gesundheitsbewusstsein von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Currie et al. 2012: 7). Vor allem aber dient das Elternhaus als Vorbild in vielerlei Hinsicht. Speziell der Bildungsgrad der Erziehungsberechtigten beeinflusst sowohl die Einstellung als auch das Verhalten des Nachwuchses gegenüber Gesundheit und Ernährung. Ergebnisse zahlreicher Studien beleuchten die Korrelation zwischen dem sozialen Status der Eltern und dem Gesundheitszugang der Familien. Überdies trägt das Haushaltseinkommen

maßgeblich zum Gesundheitsverhalten bei (Guggi & Strassnig 2013: 3). Außerdem ist die Einflussnahme der Peergroups, in welchen sich die Jugend bewegt, nicht außer Acht zu lassen.

Dennoch ist es nicht immer einfach, Menschen aus den unteren Sozialschichten zu erreichen. Wenn zu wenig bis keine Information an den Pflichtschulen stattfindet, kommen solche Menschen trotz der heutzutage omnipräsenten Medien kaum in Kontakt mit verlässlichen Quellen, um Ernährungskompetenz zu erlangen.

Insbesondere aufgrund oben genannter Fakten ist es für die folgende Diplomarbeit von großem Interesse den Ernährungs- wie auch Gesundheitszustand einer spezifischen Jugendgruppe mit niedrigem soziökonomischen Status und hohem Migrationsanteil in Wien und Niederösterreich zu erforschen.

Die vorliegende Arbeit wurde im Zuge des GAAS-Projekts, welches im Sommer 2014 ins Leben gerufen wurde und in Kapitel 3.1 genauer beschrieben wird, verfasst.

Im Literaturteil der Arbeit werden neben allgemeinen Punkten zu Gesundheit durch Ernährung und Bewegung sowie deren Beeinflussung durch das soziale Umfeld auch Projekte und Studien bezüglich des Ernährungs- und Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowohl beschrieben als auch miteinander verglichen. Im Zuge dessen werden Ähnlichkeiten sowie Unterschiede zwischen den gewählten Zielgruppen der verschiedenen Studien aufgearbeitet.

Der empirische Teil stützt sich auf die Auswertung und Ergebnisinterpretation der im Zuge des Projekts durchgeführten quantitativen Ist-Analyse basierend auf Fragebogen-erhebungen sowie Messungen mittels bioelektrischer Impedanzanalyse. Im Mittelpunkt stehen die Erfassung des momentanen Gesundheits- sowie Ernährungszustands von Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie eine Bedarfsanalyse wie auch Ergründung möglicher Ursachen.

1.2 Zielsetzung

Aufgrund der gewonnenen Einblicke aus den analysierten Ergebnissen soll die zentrale Hypothese, lautend *Sozialer Status und Bildung haben großen Einfluss auf das Ernährungs- sowie Gesundheitsbewusstsein und folglich auch auf das Verhalten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen,* bewiesen oder widerlegt werden.

Ein übergeordnetes Ziel dieser Diplomarbeit ist es, durch die in der Analyse gewonnenen Erkenntnisse, sozial benachteiligte junge Menschen aufzuklären sowie spezielle Wege zu entwickeln deren gesundheitlichen Zustand zu festigen wie auch zu verbessern. Basierend auf den Ergebnissen der Untersuchung sollen individuell abgestimmte Programme, Projekte sowie Workshops, bei welchen die TeilnehmerInnen eigene Ideen und Vorschläge einbringen können und auch sollen, entwickelt werden.

2 Literaturteil

In den nachstehenden Unterkapiteln wird genauer auf Gesundheit und Ernährung im Allgemeinen, die Einflussnahme des Sozialstatus darauf sowie auf studienrelevante Themen dazu eingegangen. Hauptaugenmerk wird hierbei auf den Gesundheits- wie auch Ernährungszustand von Personen, welche sich bevorzugt in der Altersklasse der beforschten Zielgruppe befinden, gelegt. Dazu zählen neben SchülerInnen im Alter von 11 bis 19 Jahren auch Lehrlinge zwischen 15 und 24 Jahren sowie 14- bis 24-jährige Jugendliche und junge Erwachsene im NEET-Status.

2.1 Gesundheit durch Ernährung und Bewegung

Zur Förderung der Gesundheit spielen mehrere Faktoren, die dabei beachtet werden sollen, eine essentielle Rolle. Neben bewusster Nahrungsmittelzufuhr zählt auch regelmäßige sowie ausreichende Bewegung zu den Maßnahmen, welche den Gesundheitszustand des eigenen Körpers verbessern (Widhalm & Miklautsch 2009: 11ff.).

Basierend auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien sowie Empfehlungen aus der Ernährungsphysiologie wurde die neue österreichische Ernährungspyramide (vgl. Abbildung 2.1) entwickelt. Sie dient als Richtlinie für die österreichische Bevölkerung und stellt eine einheitliche, leicht verständliche Hilfestellung zum Thema Ernährung dar. Während energiearme, alkoholfreie Getränke wie auch Gemüse, Hülsenfrüchte und Obst sowie Produkte aus Getreide, bevorzugt aus Vollkorn, und Kartoffel die Basis und ersten Stufen der Pyramide bilden und täglich konsumiert werden sollen, folgen in absteigender Konsumationshäufigkeitsempfehlung Milchprodukte, pflanzlich hochwertige Öle, Fisch, Fleisch, Wurst und Eier. Über tierischen Fetten bilden Süßigkeiten, salzige Snacks und Fast Food die Spitze der Pyramide (o.A. 2010: 2f.). Die sogenannte 6-5-4-3-2-1-Regel gibt die optimale tägliche Portionshäufigkeit der einzelnen Pyramidenstufen an (1 - BMG 2015: 9) und stellt somit eine weitere Vereinfachung für die Bevölkerung dar.

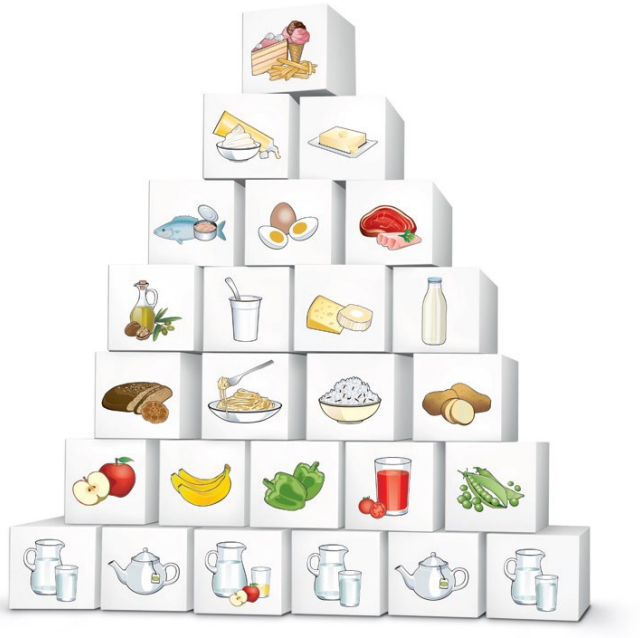


Abbildung 2. 1: Österreichische Ernährungspyramide (BMG o. D.)

Wie bereits oben erwähnt, trägt zusätzlich zur Anpassung der persönlichen Ernährungsgewohnheiten an die wissenschaftlich empfohlenen auch regelmäßige sportliche Aktivität mit zumindest leichter Anstrengung zu einer Gesundheitsförderung bei (Widhalm & Miklautsch 2009: 11ff.). Nach Titze et al. (2010: 6) sollten Kinder und Jugendliche mindestens 60 Minuten pro Tag für Aktivitäten von zumindest mittlerer Intensität aufbringen. Um gesundheitsfördernde Wirkung zu erzielen, sollen Erwachsene zwischen 18 und 64 Jahren wöchentlich nicht weniger als zweieinhalb Stunden für Aktivitäten mittlerer Intensität oder wenigstens 75 Minuten für solche höherer Intensität aufwenden (ibid: 6). Allgemein sind zusätzlich zu regelmäßiger Bewegung mittlerer Intensität, welche mit stärkerem Atmen einhergehen soll, Aktivitätsformen höherer Anstrengung mit deutlich schnellerer Atmung sowie erhöhter Herzfrequenz empfehlenswert. Im Idealfall sollten Ausdauer-, Kraft- und Beweglichkeitstraining zu unterschiedlicher Dauer sowie angepasst an das persönliche Leistungsniveau ausgeübt werden (Widhalm & Miklautsch 2009: 11ff.).

Bewegung und somit die Verringerung inaktiver Zeiten zeigen durchwegs positive Effekte auf den menschlichen Körper wie auch auf die Psyche. Nicht nur im Erwachsenen-,

sondern bereits im Kindes- und Jugendalter wirkt körperliche Aktivität deutlich gesundheitsfördernd. Sie verringert unter anderem die Häufigkeit von Herz-Kreislauferkrankungen, bestimmten Krebsarten sowie Erkrankungen am Stützapparat, vor allem an den Knochen (WHO 2010 in BMG 2015: 34). Überdies werden durch Bewegung psychische Aspekte positiv beeinflusst. Aktivere Menschen zeigen im Allgemeinen ein gesteigertes Selbstwertgefühl und Wohlbefinden, vergleichsweise bessere Sozial-kompetenzen und bessere Umgangsweisen in Stresssituationen (Hüther 2007 & Sothern et al. 1999 in BMG 2015: 34). Bereits beim Nachwuchs zeigen sich Unterschiede zwischen den Kindern, welche körperlich aktiver sind und jenen, welche sich weniger bewegen. Erstere sind unter anderem aufnahmefähiger und erzielen zusätzlich bessere Leistungen in der Schule (Hillman et al. 2008 & 2009 in BMG 2015: 34). Ausreichende körperliche Betätigung trägt somit maßgeblich zu einer verbesserten Entwicklung, sowohl körperlich, geistig als auch in sozialen Belangen, bei (Lampert 2003: 7).

Im Gegensatz dazu sind die negativen Aspekte von Fehlernährung und unzulänglicher körperlicher Aktivität, welche primär Übergewicht, Bluthochdruck und Zuckerkrankheit begünstigen, nicht außer Acht zu lassen (NAP.e 2012: 5). Sekundär sind es vor allem die sogenannten nichtübertragbaren Krankheiten, zu welchen wie bereits oben erwähnt Krebs, chronische Atemwegs- und Herz-Kreislauferkrankungen, wie vor allem Herzinfarkt und Schlaganfall, zählen, welche durch oben genannte Ursachen begünstigt werden (WHO 2016; Belz & Link 2008: 2f.). Um aktiv gegen die Zunahme solcher Krankheiten beitragen zu können, müssen vor allem Maßnahmen zur Information der weltweiten Bevölkerung getroffen werden. Hierbei ist zu beachten, dass neben den Erwachsenen auch Kinder sowie Jugend miteinbezogen werden sollen. Um eine perfekte Anpassung der Bedürfnisse gewährleisten zu können, müssen Studien zur Informationsgewinnung, welche folglich als Basis für weitere gesundheitsfördernde Maßnahmen dienen, durchgeführt werden. Einige solcher Studien, welche für die hier verfasste Diplomarbeit wegen inhaltlicher Relevanz ausgewählt wurden, werden in Unterkapitel 2.3 beschrieben sowie genauer beleuchtet.

2.2 Soziales Umfeld, Ernährungs- und Gesundheitsverhalten

Im folgenden Kapitel wird auf die Bedeutung des persönlichen Umfelds in Bezug auf das Ernährungsverhalten sowie das Gesundheitsbewusstsein von Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingegangen. Speziell der sozioökonomische Status (socioeconomic status, SES), welcher abhängig von Elternhaus, Herkunft, Einkommen und Bildung ist, wird hierbei als Einflussfaktor besonders berücksichtigt (Guggi & Strassnig 2013: 3). Dennoch sind auch andere Faktoren, wie unter anderem genetische Determinanten, Geschlecht, Alter sowie Peergroups nicht außer Acht zu lassen (Dür & Giebler 2007: 11).

Dahlgren und Whitehead (1991) versuchten mit ihrem Modell ‚Policy Rainbow' (vgl. Abbildung 2.2) die Abhängigkeit der Gesundheit von den verschiedensten Einfluss-faktoren auf fünf Ebenen zu veranschaulichen. Diese Gesundheitsdeterminanten nehmen Einfluss aufeinander, wie auch, abhängig von der Person, auf deren Gesundheit (FGÖ 2013). Für die vorliegende Diplomarbeit sind in erster Linie die individuelle Lebensweise sowie die sozialen und kommunalen Netzwerke als Bestimmungsgrößen von hauptsächlichem Interesse.

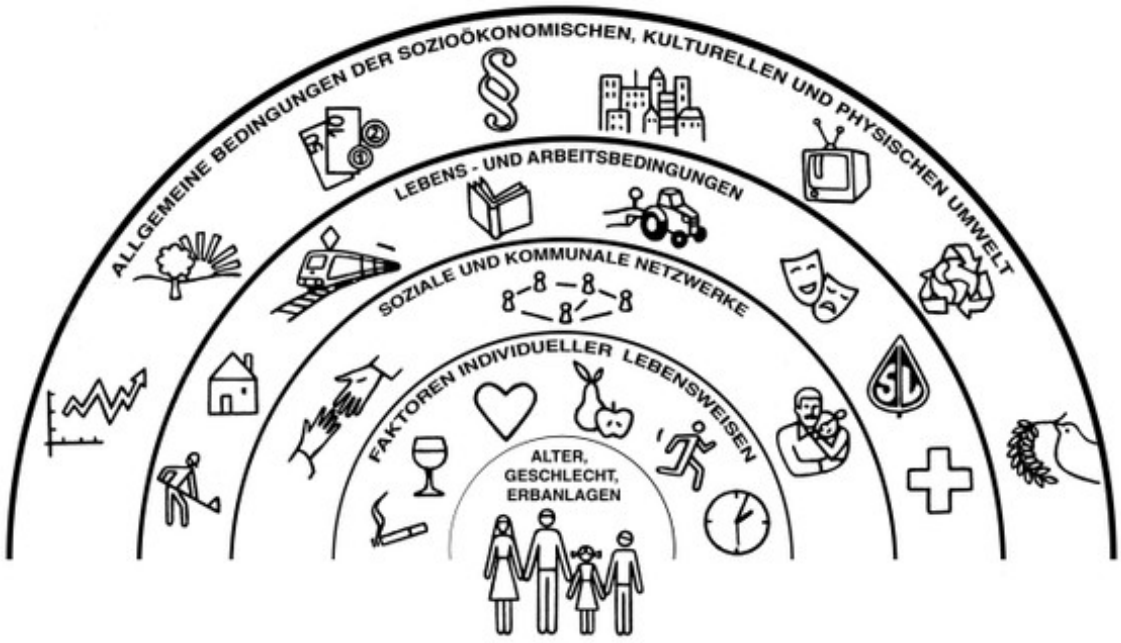


Abbildung 2. 2: Modell der Gesundheitsdeterminanten, der ‚Policy Rainbow' (Quelle: ursprünglich Dahlgren & Whitehead (1991), Abbildung übernommen aus FGÖ (2013) nach Dahlgren & Whitehead (1991))

Gerade in den westlichen, industrialisierten Ländern wird der Gesundheitszustand der verschiedenen Bevölkerungsschichten beträchtlich von ihrem Sozialstatus beziehungsweise Familienwohlstand bestimmt (Längnase et al. 2002 & Janssen et al. 2006 in Lange et al. 2010: 707; Currie et al. 2012: 6). Bei Personen aus niederen Sozialklassen ist die Wahrscheinlichkeit an Übergewicht zu leiden dreimal höher als bei anderen (Längnase et al. 2002 & Janssen et al. 2006 in Lange et al. 2010: 707). Bereits bei Kindern und Jugendlichen kommt die Bestimmung des Gesundheitszustands durch soziale Determinanten offensichtlich zu tragen. Übergewicht und Adipositas wird häufig bei jenen Heranwachsenden festgestellt, deren Eltern nur maximal eine Pflichtschulausbildung oder keine abgeschlossene Berufsausbildung, folglich auch ein geringeres Einkommen sowie kleinere Wohnraummöglichkeiten haben und zusätzlich meist Migrationshintergrund aufweisen (Lange et al. 2010: 710f; Müller et al. 2010).

Unwissenheit über adäquate Ernährungsweisen und Bewegungsempfehlungen aber auch das Fehlen finanzieller Mittel schränken das Gesundheitsverhalten der Bezugspersonen und folglich auch jenes ihres Nachwuchses beträchtlich ein. Zahlreiche Studien belegen, dass bei Heranwachsenden in einem niederen sozialen Umfeld der Konsum von zuckerhaltigen Getränken, Weißmehlprodukten und Fast Food erhöht ist und andererseits weniger Gemüse und Obst gegessen wird (Längnase et al. 2002 & Janssen et al. 2006 in Lange et al. 2010: 707; Richter et al. 2009 & Vereecken et al. 2005 & Vereecken et al. 2009 in Currie et al. 2012: 6). Auch die Teilnahme an beitragspflichtigen Sportprogrammen wird diesen meist nicht ermöglicht (Borraccino et al. 2009 & Zamboon et al. 2006 in Currie et al. 2012: 6). Außerdem verbringen jene mehr Zeit vor TV-Geräten oder Computer, wodurch ihre inaktiven Zeiten im Allgemeinen höher sind (Längnase et al. 2002 & Janssen et al. 2006 in Lange et al. 2010: 707).

Zusätzlich steht häufig der psychosoziale Stress (Kuusela 1999 in Currie et al. 2012: 6), vor allem ausgelöst durch Geldnöte, im Vordergrund. Gesundheitsdenken und folglich Gesundheitsverhalten zur Krankheitsprävention verlieren dadurch zunehmend an Priorität (siehe auch Kapitel 2.3.6.2).

2.3 Gesundheits- und Ernährungsstatus Jugendlicher und junger Erwachsener – Beschreibung und Bedeutung themenrelevanter Studien

Das Jugendalter ist eine kritische Zeit, in welcher nicht nur physische, sondern auch psychische Veränderungen stattfinden. Ein erhöhter Energieumsatz, die Benötigung von mehr Nährstoffen sowie eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten, teilweise auch durch die beginnende Loslösung vom Elternhaus, können zu Nährstoffdefiziten und ernährungsbedingten Krankheiten führen. Diese beginnen schon frühzeitig und entwickeln sich in dieser Periode, wobei ihre Auswirkungen spätestens im Erwachsenenalter Ausprägung finden. Neben genetischen Faktoren bestimmen vor allem die Ernährungsgewohnheiten wie auch die persönlichen Lebensstilfaktoren den Gesundheitszustand jedes einzelnen. Zusätzlich werden Verhaltensweisen frühzeitig erlernt und in der Jugendphase gefestigt. Eben deshalb ist es umso wichtiger die junge Bevölkerung bezüglich eines positiven Gesundheitsverhaltens zu sensibilisieren und sie über die Wichtigkeit von richtiger Nahrungsmittelzufuhr wie auch regelmäßiger körperlicher Aktivität zu informieren (Moreno et al. 2014: 615f.).

In den nachfolgenden Kapiteln werden einige europa-, insbesondere aber österreich- und deutschlandweite Projekte sowie Studien zu Gesundheit und Ernährung von Jugendlichen wie auch jungen Erwachsenen zusammengefasst. Durch deren Gegenüberstellung sollen Überblick sowie Verständnis zum übergeordneten Thema vermittelt werden. Im Vordergrund stehen die Vergleiche der gewählten Studien mit den Ergebnissen der im Zuge des Projekts durchgeführten Bedarfsanalyse an der spezifischen Zielgruppe (siehe Kapitel 4), von welcher sich die wenigsten in Ausbildung, Arbeit oder Schulung befinden. Dadurch soll auch der Unterschied bezüglich des Ernährungs- und Gesundheitsstatus zwischen den verschiedenen Bildungsschichten, wie bereits in Kapitel 2.2 allgemein erwähnt, beleuchtet und analysiert werden.

2.3.1 Die HELENA-Studie – Ernährung und Lebensstil europäischer Jugendlicher

Für die HELENA-Studie wurde der Ernährungsstatus von insgesamt 3528 gesunden Heranwachsenden im Alter von zwölfeinhalb bis 17,5 Jahren in zehn verschiedenen

Städten Europas erhoben. Die Resultate basieren auf den Ergebnissen der Daten aus Nahrungsmittelaufnahme und -präferenzen, Anthropometrie, Blutprobenuntersuchungen, körperlicher Aktivität und Fitness wie auch genetischen Faktoren. Zusätzlich wurden die Eltern der teilnehmenden Jugendlichen angehalten Fragen zu den Geburtsdaten ihrer Kinder mittels eines Fragebogens zu beantworten (Moreno et al. 2014: 616). Für die vorliegende Diplomarbeit sind die Ergebnisse zu Ernährungs- und Bewegungsverhalten der ProbandInnen dieser Studie von besonderem Interesse. Auf die Daten der anderen Erhebungsmethoden wird hier nicht genauer eingegangen.

2.3.1.1 Ernährung

Bei Jugendlichen, welche regelmäßig frühstücken (50 % aller TeilnehmerInnen), wurde ein geringerer Körperfettanteil, eine bessere Fitness und ein gesünderer Herzkreislauf festgestellt. Im Vergleich zu Ernährungsempfehlungen waren die Ergebnisse der Jugendlichen bezüglich ihrer Nahrungsmittelaufnahme nicht optimal. Die Heranwachsenden nehmen weniger als die Hälfte der empfohlenen Menge an Obst und Gemüse wie auch weniger als zwei Drittel der vorgeschlagenen Menge an Milchprodukten zu sich. Im Gegensatz dazu liegt ihr Konsum von Fleischwaren, Fetten und Süßigkeiten weit darüber. Bei genauer Betrachtung der Trinkgewohnheiten wurde ersichtlich, dass nach Wasser, welches am häufigsten getrunken wird, zuckergesüßte Getränke, Fruchtsäfte und gesüßte Milch folgen. Generell wurde festgestellt, dass die Aufnahme der meisten Nährstoffe den Empfehlungen der deutschen, österreichischen und schweizerischen Gesellschaften entspricht, der Anteil an gesättigten Fettsäuren sowie Salz jedoch zu hoch ist. Im Gegensatz dazu nehmen die Jugendlichen zu wenige mehrfach ungesättigte Fettsäuren mit ihrer Nahrung zu sich. Die Mikronährstoffe Vitamin D, Folsäure, Jod und Fluorid werden mit rund 55 % unter den empfohlenen Mengen deutlich zu wenig von den Heranwachsenden aufgenommen (ibid: 617f.).

2.3.1.2 Inaktive Zeiten

In der HELENA-Studie wurden auch die täglichen Zeiten, in welchen die Jugendlichen sitzende Tätigkeiten ausführen, genauer betrachtet und folglich die Auswirkungen dieser analysiert. Im Durchschnitt verbringen die Jugendlichen neun Stunden ihrer Wachzeiten pro Tag ohne aktive Bewegung. Während die Heranwachsenden rund 35 % dieser Zeit, nämlich drei Stunden und 15 Minuten für sitzende Tätigkeiten, wie Fernsehen aufwenden, folgen Computerspiele und Lernen mit jeweils 20 % (1,8 Stunden), Internet mit 15 % (etwa eineinhalb Stunden) und Spielkonsolen mit 10 % (knapp unter einer Stunde). Allgemein sind es vermehrt ältere Jugendliche, welche mehr Zeit mit sitzenden Tätigkeiten verbringen. TeilnehmerInnen mit einem Fernsehgerät im eigenen Zimmer (62 % der Jungen und 49 % der Mädchen) schauen häufig länger fern als die anderen. Jugendliche mit unter acht Stunden Schlaf pro Tag nehmen weniger an sportlichen Aktivitäten teil und verbringen folglich mehr Zeit mit sitzenden Tätigkeiten, wie zum Beispiel Fernsehen. Überdies wurde eine Korrelation zwischen der Konsumation von Frühstück und sitzenden Tätigkeiten festgestellt. Vor allem männliche Studienteilnehmer, welche nicht frühstücken, verbringen mehr Zeit ohne sich aktiv zu bewegen. Zusätzlich wurden auch Abhängigkeiten von Sitzverhalten und anderen Lebensstilfaktoren analysiert: Jugendliche, welche mehr Zeit für sitzende Tätigkeiten, wie Fernsehen, Computerspielen und Internet, aufwenden, konsumieren häufiger gesüßte Getränke jedoch weniger Obst. Auch das Ernährungsverhalten, wie Zwischenmahlzeiten und Frühstück, sowie das Gesundheitsbewusstsein sind abhängig davon. Vor allem bei den Mädchen, welche rund 70 % ihrer Wachzeiten sitzen, wurde eine schlechtere kardio-respiratorische Fitness festgestellt (ibid: 618f.).

2.3.1.3 Fazit

Gewohnheiten bezüglich Lebensstil und Ernährung entwickeln sich in der frühen Kindheit, festigen sich in der Jugend und nehmen folglich Einfluss auf jene im Erwachsenenalter. Diese Tatsache und die Ergebnisse der erhobenen Daten lassen eher pessimistische Vorhersagen für die ernährungsbedingte Sterbewahrscheinlichkeit wie auch Erkrankungs-häufigkeit aufgrund der bestehenden Lebensstilfaktoren zu. Zu geringe Bewegung in

Kombination mit unausgewogener Ernährung sind häufig und typisch für die heranwachsende Generation. Während die genauen Auswirkungen in der Zukunft noch nicht vorherzusehen sind, ist es offensichtlich, dass die angesprochenen Probleme nicht einfach zu bewältigen sind. Eine Unterversorgung der Jugendlichen mit wichtigen Nährstoffen kann aus mangelnder Zufuhr von Obst und Gemüse und Überkonsum von zuckerhaltigen Getränken, Süßigkeiten und Fleisch resultieren. Überdies nehmen zu wenige der Heranwachsenden regelmäßig ein gesundes Frühstück zu sich. Neben der Erhöhung des Bewusstseins im Allgemeinen sollen Nahrungsmittelproduzenten sowie Händler gezielt ansetzen, um den Jugendlichen mehr gesunde Alternativen, sowohl einfach als auch schmackhaft, für den täglichen Bedarf zu bieten. Zusätzlich ist es von Wichtigkeit, dass Wissenschaftler und Angestellte im Gesundheitswesen Wege entwickeln um das Aktivitätslevel der Zielgruppe zu steigern. Nur solche Maßnahmen können für eine gesunde europäische Bevölkerung in der Zukunft sorgen (ibid: 620).

2.3.2 WHO-HBSC-Studie – Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern

In der neunten österreichischen HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)-Studie vom Jahr 2014 wurden elf-, 13-, 15- und 17-jährige SchülerInnen mittels Fragebogen zu gesundheitsrelevanten wie anderen für diese Zielgruppe relevanten Themen befragt. Von insgesamt 5983 TeilnehmerInnen wurden 5617 Fragebögen ausgewertet. Vor allem dem Bundesministerium für Gesundheit ist es ein Anliegen, durch die gewonnenen Erkenntnisse der Studie das Gesundheitsverhalten sowie die diesbezüglichen Kompetenzen der jungen und jugendlichen ÖsterreicherInnen zu fördern. Trotz der allgemein jüngeren Altersklasse der SchülerInnen im Vergleich zu jener der TeilnehmerInnen des GAAS-Projekts, bietet die Studie mit ihren Ergebnissen wesentliche Informationen zu Gesundheitszustand und Ernährungsverhalten österreichischer Jugendlicher (BMG 2015: 7 & 13f.).

2.3.2.1 Selbstwahrnehmung bezüglich Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit

Fragen zum Gesundheitszustand wie auch zur Lebenszufriedenheit dienten dazu, einen Einblick in die subjektive Wahrnehmung der Jugendlichen zu erlangen (ibid: 17). Während 37,3 % der Befragten angaben, eine ausgezeichnete Gesundheit zu besitzen, fanden 49 % jene gut. Einen eher guten Gesundheitszustand nannten 12,1 % und 1,6 % schätzten diesen als schlecht ein. Allgemein ist zu erwähnen, dass weibliche TeilnehmerInnen eine weniger gute Einstellung gegenüber ihrem Gesundheitszustand aufweisen (ibid: 18). Die Jungen liegen mit ihren Einschätzungen klar vor den Mädchen, wobei sich bei beiden Geschlechtern generell eine Verschiebung der Empfindung der eigenen Gesundheit mit steigendem Alter ergibt. Eine ausgezeichnete Gesundheit wurde besonders selten von 15- und 17-Jährigen angegeben, wobei sich dies bei den weiblichen Schülerinnen gegenüber ihren männlichen Kollegen noch deutlicher verringert (ibid: 18f.).

Ein zufriedenes Leben hängt von verschiedensten Parametern ab. Neben dem Schulalltag beeinflussen Sozialstatus wie soziales Umfeld, Selbstwirksamkeit und Freizeitaktivitäten das persönliche Lebenszufriedenheitskonzept (Huebner 1998; Danielson et al. 2009; Ravens-Sieberer at al. 2009 & Gilman 2001 in BMG 2015: 19). Im Fragebogen konnten die SchülerInnen ihre aktuelle Lebenszufriedenheit mit Zahlen auf einer Skala von 1 bis 10 angeben, wobei 10 die bestmögliche Antwort darstellte. Somit beträgt die mittlere Lebenszufriedenheit der jungen StudienteilnehmerInnen 7,8. Mit zunehmendem Alter sinkt die durchschnittlich errechnete Lebenszufriedenheit von 8,5 auf 7,3. Wie bei der Frage zur Einschätzung des Gesundheitszustands gaben auch hier die weiblichen Probandinnen mit durchschnittlich 7,6 eine schlechtere Zufriedenheit mit ihrem Leben als ihre männlichen Kollegen (8,0) an. Während bei den Elfjährigen noch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festzustellen waren, sind diese bei den 15-Jährigen am größten (BMG 2015: 20f.).

2.3.2.2 BMI, Körperwahrnehmung und Diätverhalten

Um den BMI der SchülerInnen berechnen zu können, wurden Körpergröße und Gewicht erfragt (BMG 2015: 24). Dies muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden. Insgesamt werden 85,2 % der Jugendlichen als unter- oder normalgewichtig

eingestuft, 12,2 % fallen in die Kategorie Übergewicht und 2,6 % gehören der Gruppe mit Adipositas an. Trotzdem wurde angenommen, dass die tatsächliche Zahl an SchülerInnen mit einem Körpergewicht über dem Normalgewicht höher ist. Über die verschiedenen Altersgruppen hinweg, ist kein besonderer Zuwachs an Übergewichtigen zu erkennen (ibid: 26).

Im Fragebogen wurde zusätzlich nach der Körperwahrnehmung der ProbandInnen gefragt. Während 46,4 % ein ungefähr richtiges Gewicht angaben, fühlten sich 15 % zu dünn und 39 % zu dick. Geschlechtsspezifische Unterschiede, vor allem bei den über 13-Jährigen, sind hier deutlich zu erkennen. Mehr als die Hälfte der Jungen (51,4 %) finden ihr Gewicht richtig, wobei im Vergleich nur 42,2 % der weiblichen Kolleginnen mit ihrem Gewicht zufrieden schienen. Auffallend ist auch, dass sich die männlichen Schüler eher als zu dünn einstufen (18,6 %) und die Mädchen diese Option seltener wählen (11,9 %). Den größten geschlechtsspezifischen Unterschied stellt die Option sich zu dick fühlen dar. Im Vergleich zu den Jungen (30 %) stufen signifikant mehr Mädchen (46 %) ihr Körpergewicht als zu hoch ein. Mit zunehmendem Alter gaben immer mehr Mädchen an, sich zu dick zu fühlen. Beim berechneten BMI ergibt sich in den höheren Altersklassen kein bedeutender Anstieg. Bei den 11-jährigen Mädchen sind es noch 32,4 %, welche ihr Gewicht als zu hoch einschätzen, während der Prozentsatz bei den älteren auf mehr als die Hälfte, nämlich 51,8 %, steigt. Die Angaben der 15- und 17-jährigen Schülerinnen unterscheiden sich kaum von jenen der 13-Jährigen (ibid: 26f.).

Trotz der Unzufriedenheit einiger mit dem eigenen Gewicht, wenden 54,3 % aller TeilnehmerInnen zum Zeitpunkt der Erhebung keine gewichtsreduzierenden Maßnahmen an. Der kleinste Teil, nämlich 8,5 %, gab bei der Frage nach dem Diätverhalten an, keine Diät zu machen, da sie ohnehin zunehmen sollten. Ungefähr 37 % der befragten SchülerInnen meinten, abnehmen zu müssen und waren aus diesem Grund zu dieser Zeit auf Diät (ibid: 27).

2.3.2.3 Körperliche- und sitzende Freizeitaktivitäten

Die hier befragten SchülerInnen gaben an, sich an vier von sieben Tagen pro Woche mindestens eine Stunde aktiv zu bewegen. Im Mittel sind es 4,8 Stunden an diesen Tagen und somit auch insgesamt in einer Woche. Im Geschlechtervergleich liegen die Jungen mit wöchentlich 4,4 Tagen beziehungsweise 5,2 Stunden Bewegung deutlich vor ihren weiblichen Kolleginnen, welche sich an 3,6 Tagen beziehungsweise 4,5 Stunden pro Woche körperlich betätigen. Es zeigte sich auch, dass sich mit zunehmendem Alter die körperliche Aktivität reduziert, nicht nur die Wochenstunden, sondern auch die Tage betreffend. Durch die Befragung wurde auch festgestellt, dass nur 17,4 %, welche sich jeden Tag für mindestens eine Stunde aktiv bewegen, den Empfehlungen der WHO zu Bewegung gerecht werden (BMG 2015: 36f.).

Im Gegensatz dazu sind es 5,4 Stunden pro Schultag, in welchen die TeilnehmerInnen sitzenden Tätigkeiten nachgehen. Hierunter fällt Zeit vor Fernsehgerät, Computer, Handy und Playstation. An Tagen ohne Schule ist die tägliche Stundenanzahl sogar höher (7,5). Obwohl sich die Jungen im Allgemeinen häufiger aktiv bewegen, wenden sie im Vergleich zu den Mädchen auch etwas mehr Zeit für sitzende Tätigkeiten auf. Mit zunehmendem Alter, vor allem ab 13 Jahren, werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede immer geringer (ibid: 37).

2.3.2.4 Ernährungsverhalten

43,8 % der befragten Jugendlichen konsumieren an jedem Tag der Woche Obst. Die weiblichen Teilnehmerinnen liegen mit ihren Angaben knapp vor jenen der Jungen. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass die SchülerInnen bis zum Alter von 15 Jahren im Vergleich zu den Elfjährigen weniger häufig zu Obst greifen, während die 17-jährigen TeilnehmerInnen wieder mehr davon konsumieren (BMG 2015: 40).

Die Lebensmittelgruppe Gemüse scheint bei den Jugendlichen weniger beliebt als Obst, denn nur 30,6 % gaben an, dieses an jedem Tag zu essen. Wie zuvor liegen die Mädchen (34,8 %) mit ihrer täglichen Konsumhäufigkeit vor jener der Jungen, von welchen knapp über ein Viertel (25,4 %) jeden Tag Gemüse zu sich nehmen. Außerdem kommen hierbei

wieder altersspezifische Unterschiede zu tragen. Eine Abnahme des täglichen Gemüsekonsums erfolgt bei den Heranwachsenden in der Altersklasse von elf bis 15 Jahren, welche von einem erneuten Anstieg bei den 17-Jährigen gefolgt wird. Dieser fällt nicht so stark aus wie beim Obst (ibid: 41).

Mehr als ein Viertel der österreichischen SchülerInnen (27,9 %) nehmen jeden Tag Süßwaren oder Schokolade zu sich. Obwohl die weiblichen TeilnehmerInnen öfter Obst und Gemüse essen als ihre männlichen Kollegen (25,6 %), essen sie auch etwas häufiger Süßes (29,6 %). Je nach Altersgruppe und Geschlecht liegt der Anteil jener ProbandInnen, welche angaben, mehr als einmal pro Woche zu naschen, zwischen 40 und 50 % (ibid: 42).

Wenn man die Konsumation von zuckergesüßten Softdrinks beziehungsweise Limonaden betrachtet, wird ersichtlich, dass durchschnittlich 16 % der Jugendlichen täglich danach greifen. Jungen (20,2 %) trinken diese häufiger als ihre weiblichen Kolleginnen (12,7 %). Im Alter zwischen elf und 15 Jahren sind Limonaden bei beiden Geschlechtern beliebter als bei den 17-Jährigen, bei welchen sich der Konsum dieser Getränke wieder reduziert (ibid: 42).

Fast Food, wie zum Beispiel Pizza oder Burger, wird lediglich von 4 % der Befragten an jedem Tag der Woche konsumiert. Die Jungen (5,7 %) liegen damit etwas vor den Mädchen (3,1 %). Knapp unter der Hälfte der TeilnehmerInnen (48 %) gab an, mindestens einmal wöchentlich Fast Food zu essen (ibid: 42).

Zusätzlich wurde das Frühstücksverhalten der österreichischen SchülerInnen untersucht. Trotz studienbelegter positiver Auswirkungen von Frühstück sind es nur 51,5 % der Jugendlichen, welche während der Schulzeit morgens Essen zu sich nehmen. Im Gegensatz dazu gaben sogar 32,7 % der TeilnehmerInnen an, niemals zu frühstücken. Während es bei den elf- und 17-Jährigen keine relevanten geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt, nehmen während der Schulzeit mehr 13- und 15-jährige Jungen täglich Frühstück zu sich. Ein tägliches gemeinsames Frühstück mit den Eltern gibt es bei 21 % der SchülerInnen, wobei sich dies mit zunehmendem Alter stetig verringert. Es ist das Abendessen, welches häufiger im Familienverband konsumiert wird. Hierbei gaben 36,4

% der Jugendlichen an, abends mit den Eltern zu speisen, wobei dies auch hier mit zunehmendem Alter weniger wird (ibid: 43ff.).

2.3.2.5 Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum

Von allen Befragten gaben ungefähr 16 % an, täglich oder gelegentlich zu rauchen. Je älter die SchülerInnen sind, desto höher ist auch der Anteil der RaucherInnen. Im Vergleich zu 99 % der Elfjährigen gibt es unter den 17-Jährigen nur mehr 69 % NichtraucherInnen. Es ist kein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied zu erkennen, da unter Betrachtung aller Altersgruppen 14,9 % der Jungen und 16,5 % der Mädchen rauchen. Bei den 15- und 17-Jährigen ist der Anstieg der täglichen RaucherInnen klar zu erkennen. Während 9,6 % der 15-jährigen SchülerInnen täglich zu Zigaretten greifen, sind es bei den älteren rund 18,8 % (ibid: 47f.).

Ein regelmäßiger Alkoholkonsum, mindestens an einem Tag in der Woche wurde von 16 % der TeilnehmerInnen angegeben. Hierbei liegen die männlichen (19,4 %) vor den weiblichen (13,6 %) ProbandInnen. Ähnlich dem Rauchverhalten nimmt der Konsum von Alkohol mit steigendem Alter zu. Je älter die SchülerInnen sind, desto höher ist auch der Alkoholkonsum pro Woche (ibid: 48).

Von allen befragten über 15-jährigen SchülerInnen berichteten ungefähr 17 % mindestens einmal Cannabis probiert zu haben. 6 % der älteren Jugendlichen gaben an, dieses Suchtmittel im letzten Monat geraucht zu haben. Geschlechtsspezifisch ist der Anteil der Cannabis konsumierenden Jungen größer als jener ihrer weiblichen Kolleginnen (ibid: 49).

2.3.2.6 Sozioökonomischer Status und Herkunft

Um den Sozialstatus der SchülerInnen zu erheben, wurden neben einer persönlichen Einschätzung der Jugendlichen dazu auch die Familienwohlstandsskala oder „Familiy Affluence Scale“, kurz FAS, von Currie et al. (1997: 39) verwendet. Hier werden nur die Ergebnisse der FAS-Auswertung genauer beschrieben. Für die österreichischen SchülerInnen ergibt sich ein gutes Bild, denn verhältnismäßig wenige gehören der

untersten Wohlstandsgruppe an. Der Anteil dafür liegt zwischen 3,0 % und 7,4 %, abhängig von Altersgruppe und Geschlecht. Der Großteil der Jugendlichen, welcher den höchsten Familienwohlstand genießt, lässt sich zwischen 56,1 % und 67,0 % einordnen, wobei die Übrigen der mittleren Kategorie angehören (BMG 2015: 77).

Um den Migrationshintergrund der ProbandInnen zu erheben, wurde nach der eigenen sowie nach der Herkunft der Eltern gefragt. Diese Information wurde nur von den älteren, nämlich den 15- und 17-jährigen SchülerInnen erfasst. Es gibt kaum altersbedingte und geschlechtsspezifische Unterschiede. So sind es zwischen 10,9 % und 14,3 % der TeilnehmerInnen, welche selbst nicht in Österreich geboren sind oder Eltern haben, welche auch ursprünglich aus anderen Ländern stammen. Der Anteil der Jugendlichen, von welchen nur ein Elternteil nicht in Österreich geboren ist, liegt zwischen 17,1 % und 23,5 % (BMG 2015: 79ff.).

2.3.2.7 Fazit

Neben Erhebung und Auswertung der oben beschriebenen sowie weiterer Punkte war es Ziel der HBSC-Studie Trends bezüglich der Entwicklung der Gesundheit österreichischer SchülerInnen wie auch deren Gesundheitsverhalten zu beschreiben. Dazu wurden Ergebnisse der Erhebungsjahre 1994, 1998, 2002, 2006, 2010 und 2014 verglichen (BMG 2015: 98).

Bezüglich des Konsumverhaltens der Jugendlichen ist zu erwähnen, dass Obst wie auch Gemüse in den letzten Jahren häufiger gegessen wurde. Trotz eines leichten Anstiegs des Süßigkeitenverzehrs, wurden weniger Softdrinks konsumiert (ibid: 98). Beim Thema Frühstück gab es keine positive Veränderung, denn die Zahl der NichtfrühstückerInnen blieb noch immer relativ hoch. Bezüglich Rauch- sowie Trinkverhalten der SchülerInnen wurde ein deutlicher Trend nach unten festgestellt. In den letzten Jahren verringerten sich die Anzahl der rauchenden Jugendlichen wie auch ihr Alkoholkonsum deutlich. Keine Zunahme gab es hinsichtlich der körperlichen Aktivität, welche über alle Erhebungsjahre sehr ähnlich blieb (ibid: 99). Im Vergleich zu den Studien der anderen Jahre blieben die Zahlen der übergewichtigen oder adipösen SchülerInnen relativ konstant. Diese Daten

sind, wie bereits oben erwähnt, wegen der Selbstangaben des Körpergewichts der TeilnehmerInnen unter diesem Aspekt zu werten, da es dabei zu Fehleinschätzungen kommen kann. Auch bei der Wahrnehmung des eigenen Körpers ergaben sich keine deutlichen Unterschiede (ibid: 100). Außerdem blieb auch das Diätverhalten über die Jahre konstant (ibid: 90).

Die Ergebnisse der HBSC-Studie des Jahres 2014 fielen kollektiv positiver aus als jene der Jahre davor. Während sich das Gesundheitsverhalten der österreichischen SchülerInnen im Allgemeinen über die letzten Jahre sichtlich verbesserte, kam es dennoch auch zu einigen Verschlechterungen. Somit sind weitere informierende Maßnahmen zur Gesundheitskompetenzförderung, vor allem der jungen Generationen der österreichischen Bevölkerung, essentiell (ibid: 102).

2.3.3 G.E.E.L.L. – Prävention und Gesundheitsförderung von SchülerInnen in Klosterneuburg

Das Projekt Gesundheit erleben – ein Leben lang!, kurz G.E.E.L.L., zielte auf die Vorsorge sowie die Förderung der Gesundheit österreichischer SchülerInnen in Niederösterreich ab. Die Ergebnisse der anfänglich durchgeführten Bedarfsanalyse zum Thema Ernährung und Gesundheit bei sechs bis 18-jährigen SchülerInnen in Klosterneuburg im Jahr 2012 dienten als Ausgangspunkt für das Setzen der nötigen Hilfs- beziehungsweise Verbesserungsmaßnahmen. Hauptaugenmerk wurde auf Informationen bezüglich Gesundheitszustand, Ernährungsverhalten, körperlicher Aktivität sowie Resilienz der befragten Jugendlichen gelegt. Zusätzlich wurden auch Motive zu bestimmten Verhaltensweisen beforscht, worauf hier nicht genauer eingegangen wird (Guggi & Strassnig 2013: 2).

Die teilnehmenden SchülerInnen gehörten den unterschiedlichsten Schultypen (Volksschule, Neue Mittelschule, Gymnasium und HBLA) an. Da die Altersspanne relativ groß war, wurden die Ergebnisse der sechs- bis zehnjährigen VolksschülerInnen, von jenen der elf bis 18-Jährigen getrennt betrachtet. Je Erhebung nahmen im Durchschnitt 119

Kinder und 1100 Jugendliche teil, wobei insgesamt 86 Kinder und 166 Jugendliche über den Zeitraum des gesamten Projekts involviert waren (ibid: 11 & 47).

2.3.3.1 Ergebnisse – Gesundheit, Ernährung, Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum

Den beforschten SchülerInnen ist eine gute persönliche Gesundheit von großer Wichtigkeit. Insgesamt bewerten beinahe ein Drittel aller ProbandInnen (72 %) ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, wobei die Mädchen mit 67 % hinter den Jungen mit 77 % liegen (Guggi & Strassnig 2013: 39).

Das Gewicht der Klosterneuburger Jugendlichen kann als durchschnittlich eingestuft werden. Anhand von objektiven Messungen des BMIs fallen 10 % der SchülerInnen in die Kategorie übergewichtig, jedoch glauben 23 % zu dick zu sein. Zusätzlich beantworteten 27 % der TeilnehmerInnen die Frage bezüglich einer jemals durchgeführten Diät mit ja (ibid: 40).

Bei Betrachtung der Ernährungsgewohnheiten gab es folgende Erkenntnisse: Mehr als die Hälfte der befragten Jugendlichen (54 %) konsumieren jeden Tag Obst, während Gemüse von 43 % an sieben Tagen in der Woche gegessen wird (ibid: 40).

Die SchülerInnen sind im Mittel an viereinhalb Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv. Mit zunehmendem Alter, vor allem ab dem 13. Lebensjahr, nimmt die Häufigkeit dafür stark ab. Während sich knapp unter 50 % der Sechs- bis Zehnjährigen (49 %) noch wenigstens 60 Minuten pro Tag bewegen, sind es von den Älteren nur noch 24 % (ibid: 40).

Bezüglich Tabakkonsum wurde anhand der Daten eine stetige Zunahme ab dem 15. Lebensjahr festgestellt. Auffallend ist hier der geschlechtsspezifische Unterschied. Mädchen (24 %) mit 15 Jahren rauchen häufiger als Jungen (8 %) derselben Altersgruppe. Bei einem Alter ab 16 Jahren unterscheidet sich das Rauchverhalten der beiden Geschlechter nicht mehr voneinander (ibid: 40).

Laut Ergebnissen der Studie startet der Alkoholkonsum der befragten Jugendlichen ab einem Alter von 15 Jahren. Hier liegen die männlichen vor ihren weiblichen Kolleginnen (ibid: 40).

2.3.4 Expertise zu Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland

Das Robert Koch-Institut startete im Jahr 2004 ein Projekt, um den Gesundheitsstatus von verschiedensten Sozialschichten zu vergleichen. Dafür wurden Daten diverser Surveys verwendet (Lampert et al. 2005: 9f.). Nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen europäischen Ländern wurde zunehmend über die Tatsache, dass niedere Sozialschichten erhöhte Krankheitsrisiken beziehungsweise verminderte Gesundheitschancen aufweisen, diskutiert. In jenen Ländern gab es in den letzten Jahren vermehrt Projekte mit dem Ziel, dieser Ungleichheit entgegen zu wirken (ibid: 7). Die Altersspanne der Zielgruppen der verglichenen Studien war groß. Sie reichte von Schulkindern bis zu pensionierten Personen. Für die vorliegende Diplomarbeit sind ausschließlich die Ergebnisse der Jugendlichen sowie jene in Abhängigkeit der Schulbildung von Interesse.

2.3.4.1 Gesundheitseinschätzung sowie Rauch- und Übergewichtsprävalenz nach höchster abgeschlossener Schulform

Im Gesundheitssurvey des Jahres 2003 wurde der subjektive Gesundheitszustand mittels Telefongesprächen von über 18-Jährigen erhoben. Zusammenfassend konnte bei beiden Geschlechtern mit höheren Schulabschlüssen, von mittlerer Reife bis Matura, eine deutlich bessere persönliche Gesundheitseinschätzung ermittelt werden. Im Gegensatz dazu wählten die männlichen und weiblichen StudienteilnehmerInnen mit Volks- oder Hauptschulabschluss im Vergleich zu den anderen weniger häufig den bestmöglichen Gesundheitszustand (ibid: 43f.).

In derselben Befragung wurde auch das Rauchverhalten der ProbandInnen ermittelt. Von allen Altersgruppen wurden für vorliegende Diplomarbeit die Ergebnisse der 18- bis 29-Jährigen ausgewählt. Bei beiden Geschlechtern in dieser Altersspanne gab es abhängig von der Schulbildung deutliche Unterschiede in der Rauchprävalenz. Während bei den

männlichen Studienteilnehmern mit Volks- oder Hauptschulabschluss 67,8 %, bei jenen mit Mittlerer Reife 59,9 % rauchten, waren es bei den Männern mit Matura 43,7 %. Ähnlich wie beim männlichen Geschlecht, waren auch die Ergebnisse zum Rauchverhalten der Frauen (Volks- oder Hauptschule: 61,9 %, mittlere Reife: 51,6 %, Abitur: 35,7 %) (ibid: 45).

Zusätzlich wurde auch das Körpergewicht und die -größe der Befragten erhoben, um ihren BMI zu ermitteln. Damit konnte ebenfalls ein Zusammenhang zwischen Schulbildung und Übergewicht oder Adipositas festgestellt werden. In aufsteigender Reihenfolge der Schulform reduziert sich sowohl die Zahl der übergewichtigen (34,7 %, 32 %, 25,9 %) als auch der adipösen Männer (5,1 %, 4,8 %, 3,2 %) im Alter von 18 bis 29 Jahren. Insbesondere bei den Frauen gibt es je nach Schulabschluss noch deutlichere Unterschiede. Von jenen mit einem Volks- oder Hauptschulabschluss sind 27,6 % übergewichtig und 7,9 % adipös, während 19,3 % der weiblichen Probandinnen mit mittlerer Reife dem Übergewichts- und 6 % dem Adipositasbereich zuzuordnen sind. Bei den Maturantinnen sind 10,9 % übergewichtig und 1,9 % adipös (ibid: 47).

Insgesamt wurde mittels Auswertung der Daten des Telefonsurveys festgestellt, dass Bildung und Gesundheitszustand stark voneinander abhängig sind. In jenen Kategorien, wie Tabakkonsum, körperliche Aktivität und Übergewicht oder Adipositas, welche einen negativen Einfluss auf die allgemeine Gesundheit ausüben, ist ausschließlich die Gruppe des niedrigsten Bildungsstands führend. Durch diese Erkenntnisse wurde zusätzlich klar, dass die allgemeinen Chancen auf ein gesundes Leben mit zunehmendem Bildungsniveau erhöht werden (ibid: 52).

2.3.4.2 HBSC-Studie: Soziale Unterschiede in Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Die Kindheit und Jugend ist ein wichtiger Abschnitt im Leben eines Menschen. Bereits im frühen Alter entwickeln sich persönliche Einstellung zum Thema Gesundheit im Allgemeinen wie auch Gesundheitsverhalten. Die Festigung dieser erfolgt im Laufe des Lebens womit es immer schwieriger wird diese Muster zu verändern (Lampert et al. 2005: 97). Wie bereits in Kapitel 1.1 erwähnt, ist es eben deshalb vor allem der Nachwuchs, bei

welchem gesundheitsfördernde Maßnahmen am besten wirksam werden, was folglich wiederum in einer gesünderen Gesamtbevölkerung resultiert (Bergmann et al. 2002 & Lampert 2004 in Lampert et al. 2005: 97).

Studien belegen, dass das Heranwachsen in Haushalten mit niederem Sozialstatus zahlreiche Nachteile mit sich bringt. Wenn es die Erziehungsberechtigten nicht schaffen ihrem Nachwuchs positive Perspektivenanreize sowie eine bestmögliche Unterstützung in deren Entwicklung zu geben, reduzieren sich untere anderem ihre Chancen auf einen guten Selbstwert und eine förderliche soziale Kompetenz. Damit gehen auch Schwierigkeiten bei Konfliktlösung in unangenehmen Situationen, Stressbewältigung und somit beim Verfolgen eigener Ziele einher. Die Einstellung gegenüber der eigenen Zukunft sowie den Chancen in der Berufswelt ist folglich auch negativer als bei anderen. Solche Voraussetzungen wirken sich nachteilig auf die psychische wie auch physische Gesundheit aus, was eben zur sozialen Chancenungleichheit zwischen diesen und jenen Kindern und Jugendlichen, welche in besseren Verhältnissen aufwachsen, führt (Klocke & Becker 2002 & 2003 in Lampert et al. 2005: 98).

In der hier behandelten Expertise zu *Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit* wurden an der Universität Bielefeld eigens zu diesem Thema die Ergebnisse der HBSC-Studie 2002 einer Sonderauswertung unterzogen (Richter & Hurrelmann 2004 & Richter 2005 in Lampert et al. 2005: 97). Im anschließenden Kapitel werden daraus für die vorliegende Diplomarbeit themenrelevante Daten beschrieben.

2.3.4.2.1 Ist-Zustand und Vergleich der sozial verschiedenen Zielgruppen

Die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands unterscheidet sich je nach sozioökonomischem Status. Elf- bis 15-jährige Jungen mit niederem Familienwohlstand schätzen ihre Gesundheit 1,6 Mal häufiger als eher schlecht ein als ihre finanziell besser gestellten Kollegen. Bei den weiblichen Teilnehmerinnen wurde ein Verhältnis von zwei zu eins festgestellt (Lampert et al. 2005: 103).

Auch im Gesundheitsverhalten der Jugendlichen gibt es abhängig von ihrer Schulform deutliche Unterschiede. Genauer betrachtet wurden hierfür Tabak- und Alkoholkonsum, Ernährung sowie körperliche Aktivität der untersuchten Zielgruppe.

Der Unterschied im regelmäßigen Tabakkonsum (mindestens einmal pro Woche laut BZgA (2001: 10)) zwischen GymnasiastInnen und Haupt- oder RealschülerInnen ist signifikant. Während von den SchülerInnen im Gymnasium circa 8 % der Jungen und 10 % der Mädchen zu den regelmäßigen RaucherInnen zählen, rauchen von den anderen rund 19 % der Jungen und 22 % der Mädchen wenigstens einmal wöchentlich (Lampert et al. 2005: 106). Bei beiden Geschlechtern sind es sogar mehr als doppelt so viele Jugendliche der unteren zwei Schulformen, welche zu den RaucherInnen zählen.

Wie beim Rauchverhalten wurde regelmäßiger Alkoholkonsum auf mindestens einmal pro Woche festgesetzt. Hier sind es mehr Jungen aus Familien mit einem höheren (20 %) als mit einem niedrigen (11,6 %) oder mittleren Wohlstand (14 %), welche regelmäßig Alkohol konsumieren. Abhängig von der Schulform gibt es keine signifikanten Unterschiede. Bei den Mädchen macht sowohl der familiäre Wohlstand als auch die Schulform keinen erwähnenswerten Unterschied im wöchentlichen Alkoholkonsum aus. Dennoch gaben bei beiden Geschlechtern mehr Haupt- oder RealschülerInnen als GymnasiastInnen an, bereits öfter Rauscherfahrungen durch Alkohol gemacht zu haben. Der berufliche Status der Erziehungsberechtigten zeigt keinen Einfluss auf den Alkoholkonsum der Jugendlichen (ibid: 106ff.).

Zusätzlich wurden auch Informationen zu Ernährungsgewohnheiten der elf- bis 15-Jährigen eingeholt. Bezüglich des Obst- und Gemüseverzehrs mit der Häufigkeit seltener als täglich, gibt es bei den männlichen Teilnehmern keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Wohlstandsgruppen. Zwischen der höchsten und den beiden unteren Sozialstatus liegen nur wenige Prozent. Bei den weiblichen SchülerInnen beeinflusst der berufliche Status ihrer Eltern wie auch ihre Schulform die Häufigkeit des Obst und Gemüsekonsums. Es sind auch weniger Probandinnen mit höherem Wohlstand, welche nicht an jedem Tag Obst oder Gemüse essen (ibid: 108f.).

Softdrinks werden von beinahe doppelt so vielen weiblichen SchülerInnen der untersten Wohlstandgruppe, als von ihren Kolleginnen mit hohem sozioökonomischen Status täglich getrunken. Auch der berufliche Stand der Erziehungsberechtigten zeigt Einfluss auf die tägliche Aufnahme von Limonaden. Beim weiblichen Geschlecht mit niedrigem Wohlstand ist der tägliche Softdrinkkonsum dreimal, bei den männlichen Schülern doppelt so hoch als bei jenen der obersten Sozialstatusgruppe. Insgesamt sind es auch vermehrt Haupt- oder RealschülerInnen, von welchen diese Getränke deutlich öfter getrunken werden. Beim Verzehr von Naschereien konnte kein Zusammenhang zwischen Häufigkeit und den sozialen Hintergründen verzeichnet werden (ibid: 109).

Zusätzlich wurde auch das Frühstücksverhalten der Zielgruppe an normalen Schultagen erhoben. Bei allen Wohlstandsgruppen sind es allgemein mehr Mädchen, welche das Haus ohne zu frühstücken verlassen. Beinahe doppelt so viele SchülerInnen der untersten Sozialschicht als jene der höchsten nehmen kein Frühstück zu sich. Auch unter Betrachtung des Einflusses der Schulform wie des beruflichen Status ergab sich ein ähnliches Bild (ibid: 110).

Nach Angaben der SchülerInnen zu ihrer Größe und ihrem Gewicht wurden im Zuge der Auswertung die entsprechenden BMI-Werte ermittelt. Die Zahlen der Jugendlichen der beiden schlechter gestellten Wohlstandsgruppen, welche als übergewichtig oder etwa als adipös eingestuft werden, sind deutlich höher als jene der SchülerInnen mit hohem Sozialstatus. Bei den männlichen Studienteilnehmern der untersten Gruppe gibt es mehr als doppelt so viele, bei den mittleren 1,7 Mal so viele mit erhöhtem Körpergewicht. Bei den weiblichen Kolleginnen ist der Unterschied sogar noch größer. Während rund 4 % der finanziell bestgestellten Gruppe übergewichtig oder adipös sind, sind es bei der mittleren circa 8 %, bei der untersten rund 9 %. Zusätzlich gibt es auch einen Zusammenhang zwischen erhöhtem Körpergewicht und niederer Schulform. Von den männlichen Gymnasiasten zählen 7,9 %, von den weiblichen 4,1 % zu den Übergewichtigen während 13,3 % der Haupt- und Realschüler und 8,6 % der Schülerinnen derselben Kategorie zuzuordnen sind (ibid: 110).

Sowohl der Familienwohlstand als auch die Schulform zeigt deutlichen Einfluss auf das Bewegungsverhalten der beforschten Jugendlichen. Vor allem gibt es bei den weiblichen

Schülerinnen hinsichtlich dessen klare Unterschiede. Der Anteil jener weiblichen Jugendlichen der unteren beiden sozioökonomischen Status, welche eine körperliche Aktivität an maximal einem Tag pro Woche angaben, ist deutlich geringer als die Zahl der finanziell bessergestellten Mädchen. Zusätzlich ist das Bewegungsverhalten der Mädchen im Gymnasium höher als jenes der weiblichen Kolleginnen in den Haupt- und Realschulen. Bei den männlichen Teilnehmern ist die Korrelation zwischen Sozialstatus und körperlicher Aktivität sehr gering. Die verschiedenen Schulformen haben kaum Einfluss auf die Bewegungshäufigkeit (ibid: 110ff.).

2.3.4.3 Fazit

Anhand der erhobenen Daten konnten bei den meisten oben beschriebenen Punkten soziale Unterschiede in Gesundheit sowie Gesundheitsverhalten von Jugendlichen ermittelt werden. Aufgrund der beginnenden Loslösung vom Elternhaus und der Häufung neuer Bezugspersonen, wie LehrerInnen oder Peers, fielen diese Ungleichheiten im Jugendalter geringer aus als bei den Kindern. Nichtsdestotrotz wurden speziell beim Gesundheitsverhalten, wie zum Beispiel dem Tabakkonsum und der körperlichen Aktivität, sozialstatusabhängige Unterschiede festgestellt. Unerwartet geringer sind diese zwar bei den Konsumhäufigkeiten von Gemüse, Obst und Naschereien, wobei Jugendliche aus finanziell und sozial schwächeren Schichten deutlich mehr gesüßte Limonaden zu sich nehmen, häufiger das Frühstück auslassen und allgemein eine höhere Übergewichtigen-rate aufweisen.

Während im Allgemeinen die weiblichen SchülerInnen ihren Gesundheitszustand kritischer betrachten als die männlichen, leben die Mädchen auch gesünder. In Abhängigkeit der sozialen Schicht führen Jungen in Bezug auf ihre Gesundheit meist ein risikoförderndes Leben, wobei bei den weiblichen Teilnehmerinnen auch das seelische Wohlergehen statusabhängig ist.

Abschließend kann angemerkt werden, dass sich die Sozialindikatoren sozialer Wohlstand, beruflicher Status der Eltern wie auch Schulform bedingt aber doch auf die Gesundheitschancen von Heranwachsenden auswirken (Lampert et al. 2015: 113ff.).

2.3.5 HEALTH4YOU – Gesundheitsbefragung von Lehrlingen in Österreich

Im Vergleich zum Gesundheitsverhalten und folglich auch zu den Gesundheitschancen von Lehrlingen sind jene von GymnasiastInnen wesentlich besser. Dies hängt vor allem mit dem Bildungsgrad der Beteiligten zusammen. Nichtsdestotrotz ist es gerade die Lehrzeit, in welcher gesundheitsfördernde Maßnahmen eine bedeutende Rolle spielen sollen. Diese neue Phase der Ausbildung mit dem Lehrlingsbetrieb als Hauptstandort verlangt von den Heranwachsenden große Veränderungen sowie das Erlernen von neuen, nicht nur beruflichen, sondern auch sozialen Kompetenzen und beeinflusst somit auch ihre Gesundheit (Health4You 2015: 4).

Für die Gesundheitsbefragung im Frühjahr 2015 wurden Jugendliche in überbetrieblicher Ausbildung (ÜBA) in vier verschiedenen Bundesländern Österreichs (Wien, Steiermark, Salzburg und Oberösterreich) befragt. Zum Unterschied von Lehrlingen mit einer betrieblichen Lehrstelle konnten jene in ÜBA zuvor selbst keine solche finden und wurden an eigene Ausbildungseinrichtungen vermittelt, um ihnen dennoch eine Lehrausbildung zu ermöglichen (ibid: 4f.). Für die Befragung, welche in den Monaten Mai und Juni 2015 stattfand, wurde ein Fragebogen mit fünf Kernthemen entwickelt. Der Fokus lag dabei auf dem Erhalt von Informationen zu Gesundheitsstatus und -verhalten, Resilienz, Meinung über die gesundheitliche Belastung durch die Ausbildung sowie Angaben zur Einstellung der Lehrlinge gegenüber ihrer Lehrstelle und ihren Zukunftschancen. Im Allgemeinen war es auch Ziel dieses Befragungsinstruments, Aspekte von und Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Bildungsgrad sowie Arbeitsstelle aufzuzeigen und die erhaltenen Ergebnisse mit jenen anderer Studien an gleichaltrigen ProbandInnen mit differenzierten Ausbildungshintergründen zu vergleichen (ibid: 7f.). Für die vorliegende Diplomarbeit sind nur die Informationen über Gesundheitsverhalten, wie -status und die Selbstwirksamkeit von Bedeutung.

Insgesamt nahmen 795 Jugendliche an der Erhebung teil, mit dem Großteil an TeilnehmerInnen in Wien und der Steiermark. Allgemein gibt es zwar mehr männliche Jugendliche in Österreichs ÜBAs als weibliche, bezüglich der Geschlechterverteilung der Befragung ergab sich jedoch ein beinahe identes Bild (Mädchen: 49 %, Jungen: 51 %). Aufgrund dessen konnten die möglichen geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den

Antworten genauer betrachtet werden. Die Bestimmung der Herkunft der Jugendlichen diente als eine zusätzliche Information über ihre persönlichen Hintergründe. Von 789 ProbandInnen gaben 78 % an, in Österreich geboren worden zu sein, während die restlichen 22 % aus anderen Ländern stammen (ibid: 9f.).

2.3.5.1 Gesundheitsbezogene Informationen

Die Jugendlichen mussten unter anderem ihren subjektiven Gesundheitszustand bestimmen. Während 17 % der Befragten eine sehr gute Gesundheit angaben, beurteilten 40 % ihren Gesundheitszustand als gut und 34 % als mittelmäßig. In den beiden untersten Kategorien stufen 8 % ihre momentane Gesundheit als schlecht und 1 % als sehr schlecht ein. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Mikrozensus im Jahr 2007 schätzen die Lehrlinge ihren Gesundheitszustand klar schlechter ein, wobei speziell die Gruppe ‚sehr gut', welche knapp unter der Hälfte jener des Mikrozensus liegt, auffällt. Bei diesem Punkt gibt es auch innerhalb der Health4You-Befragung geschlechtsspezifische Unterschiede. Nur knapp über die Hälfte der Mädchen schätzt ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein, während 49 % eine mittelmäßige oder schlechtere Gesundheit angaben. Bei den Jungen sind die Einschätzungen positiver, wobei 63 % gut oder sehr gut wählten. Während 39 % der Lehrlinge wenig Interesse an ihrer Gesundheit haben, ist diese für 61 % von eher bis sehr großer Bedeutung. Bezüglich Tabakkonsum gehören 50 % zu den RaucherInnen, während 11 % nur gelegentlich und 39 % nie zu Zigaretten greifen. Im Vergleich zur HBSC-Studie rauchen mehr Lehrlinge als SchülerInnen derselben Altersgruppe. Vor allem aber gibt es zwischen den weiblichen TeilnehmerInnen einen signifikanten Unterschied. Während 14 % der Schülerinnen rauchen, sind es ein Viertel der weiblichen Auszubildenden. Bei den Jungen fällt der Vergleich divergent aus, denn 19 % der Schüler rauchen im Vergleich zu 26 % der männlichen Lehrlinge (Health4You 2015: 11ff.).

Bei der Essensauswahl spielt gesunde Ernährung für 36 % der in den ÜBAs untergekommenen Jugendlichen meistens bis immer eine Rolle. 55 % achten nur manchmal oder selten darauf, während 9 % der Beteiligten dem keine Beachtung schenken. Im Allgemeinen achten mehr weibliche Lehrlinge darauf, sich gesund zu ernähren (ibid: 14f.).

Energydrinks werden von den Befragten häufig konsumiert. Rund 20 % greifen täglich danach, während 33 % diese mindestens einmal pro Woche trinken. Bezüglich Alkoholkonsum ist anzumerken, dass es kaum Unterschiede zwischen dem Konsumverhalten von SchülerInnen (HBSC) und Lehrlingen (Health4You) gibt. Dennoch liegt der Prozentsatz betreffend täglichem Alkoholkonsum der weiblichen Auszubildenden über jenem der SchülerInnen (ibid: 15f.).

2.3.5.2 Resilienz

Für die Health4You-Studie wurden den TeilnehmerInnen Fragen zur Selbstwirksamkeit gestellt. Die Ergebnisse wurden folglich mit jenen anderer Jugendlicher verglichen sowie Korrelationen zwischen den Angaben der Lehrlinge und jenen derselben zu Gesundheit hergestellt (Health4You 2015: 16f.).

Im Allgemeinen legen die ProbandInnen der Health4You-Studie bezüglich Lösungsfähigkeiten großes Vertrauen in sich. Wenn sich jedoch unerwartete Widerstände ergeben, fühlen sich die meisten im Umgang damit eher unsicher. Die übrigen Punkte unterscheiden sich kaum von den Ergebnissen anderer Jugendlicher. Es wurde auch ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Gesundheitszustandes und der bestimmten Selbstwirksamkeit festgestellt. Bei positiverer Beantwortung letzterer wurde auch die Gesundheit besser bewertet (ibid: 18).

2.3.5.3 Fazit

Durch oben beschriebene Ergebnisse konnte festgestellt werden, dass es mehr oder weniger große Unterschiede zwischen den jungen Leuten in den ÜBAs und jenen anderer Ausbildungshintergründe gibt. Die Lehrlinge schätzen ihre Gesundheit deutlich schlechter ein als die Jugendlichen anderer Studien. Bezüglich gesundheitsförderndem Verhalten wurde offensichtlich, dass weibliche Lehrlinge im Vergleich zu Schülerinnen weniger achtsam mit ihrer Gesundheit umgehen, da sie häufiger rauchen und Alkohol konsumieren. Durch die Beantwortung der Selbstwirksamkeitsskala wurden starke

Ähnlichkeiten zwischen den gegenüberstehenden Altersgruppen offengelegt. Einzig beim Punkt wie mit Widerständen und Problemen umgegangen wird, liegen die Jugendlichen der ÜBAs unter dem Durchschnitt der anderen Befragten. Durch die vorliegenden Ergebnisse der Health4You-Studie konnte bestätigt werden, dass Bildung, Gesundheit sowie soziales Umfeld in enger Wechselwirkung stehen (ibid: 30f.).

2.3.6 Studie zur Ernährungseinstellung von NEETs in Nordirland

Um einen Einblick in das Ernährungs- und Gesundheitsverhalten von jugendlichen NEETs (not in education, employment or training) zu erlangen, wurde im Jahr 2011 eine Studie in Nordirland durchgeführt. Interviews mit sieben TrainerInnen der Institutionen, in welchen die Jugendlichen auf den (Wieder-)Einstieg in die Ausbildungs- oder Arbeitswelt vorbereitet werden, stellten die erste Erhebungsphase dar. Im zweiten Schritt wurden Fokusgruppen-Diskussionen mit 14 betroffenen Jugendlichen im Alter von 14 und 25 Jahren geführt (Davison et al. 2015: 147f.).

2.3.6.1 Barrieren

Eine gesunde und ausgewogene Ernährungsweise wird von den Jugendlichen hauptsächlich mit der Konsumation von Obst und Gemüse in Verbindung gebracht. Ideen zu anderen Aspekten, welche positive Ernährungsgewohnheiten ausmachen, sind äußerst limitiert (Davison et al. 2015: 149). An dieser Stelle ist anzumerken, dass das Wissen alleine noch lange nicht ausreicht, um sich auch daran zu halten. Gesundheit im Allgemeinen wie auch des eigenen Körpers muss für die Beteiligten zunächst einen gewissen Stellenwert einnehmen, um in die wirkliche Umsetzungsphase überzutreten (Bandura & Vandenbos 1989: 1175f. in Davison et al. 2015: 149). Laut den interviewten TrainerInnen ist dies bei den Jugendlichen nicht gegeben, denn jene scheinen ihren Nahrungsmittelkonsum kaum bis überhaupt nicht zu hinterfragen. Die jugendliche Zielgruppe gab auch selbst an, sich keine besonderen Mühen bei der Auswahl von gesunden Lebensmitteln zu machen. Während die Jugendlichen Gründe wie die sehr einfache Beschaffung von Fast Food und Snacks wie auch Drogenprobleme nannten,

sprachen die TrainerInnen andere Ursachen, wie zum Beispiel schlechte Familiensituationen, wenig bis keine Unterstützung aus dem Elternhaus, finanzielle und teilweise auch andere prioritäre Sorgen (zum Beispiel das nächtliche Finden eines Schlafplatzes) an, welche maßgeblich zu ihrem Gesundheitsverhalten beitragen (Davison et al. 2015: 149).

Die befragten NEETs berichteten über wenig Mitsprache bei der Mahlzeitenauswahl. Die meisten erklärten, dass sie essen, was ihnen im Moment zur Verfügung steht beziehungsweise was von ihren Bezugspersonen oder in den Betreuungseinrichtungen gekocht wird (ibid: 149). Den Hunger zu stillen hat oberste Priorität. Die TrainerInnen berichteten, dass die Jugendlichen aufgrund ihrer Lebensweisen und des Umfelds kaum die Möglichkeit haben selbst zu kochen, womit sie es auch nie richtig lernen können. Fast- wie auch Junkfood steht der jungen Zielgruppe beinahe überall zur Verfügung. Die NEETs gaben an, dass viele solcher Produkte in den Supermärkten häufig in Aktion wären und somit häufiger von ihnen gekauft werden. Auch ihre TrainerInnen bemängelten die ungesunde Ernährung der Heranwachsenden, welche sich in ihren Augen zu einem Großteil aus Junkfood zusammensetzt. Die Zielgruppe gab zu diesem Punkt an, dass für gesunde Lebensmittel meist das verfügbare Budget nicht ausreichend sei und somit nur Leistbares konsumiert werden kann. Sowohl die Jugendlichen als auch ihre BetreuerInnen beschrieben gesundes Essen im Vergleich zu Fast Food als teurer. Vor allem in sozial ärmeren Gebieten sei laut der Interviewten der preisliche Unterschied enorm (ibid: 149f.).

Zusätzlich spielen Alkohol, Zigaretten und Drogen bei dieser speziellen Jugendgruppe eine bedeutende Rolle. Die Beschaffung jener Substanzen wurde als relativ einfach dargestellt und auch die Kosten wurden im Verhältnis zu jenen von Nahrung als eher gering angegeben. Die TrainerInnen nannten vor allem die Lebensumstände und die mentale wie emotionale Gesundheit der Jugendlichen als Hauptgründe für den meist exzessiven Substanzengebrauch. Durch Drogenkonsum würde das Hungergefühl reduziert wie auch ein Wärmegefühl speziell durch Alkohol impliziert, beides als positiv gesehene Nebeneffekte. Die interviewten BetreuerInnen gaben an, die NEETs wegen ihren persönlichen Situationen und ihren Lebensstilen in einer Spirale zu sehen. Sie erklärten das primäre Ziel der meisten Jugendlichen ‘im Moment zu überleben‘. In ihrer Perspektivenlosigkeit denken sie weder über ihre Zukunft noch über mögliche

gesundheitliche Nachteile aufgrund ihres Gesundheitsverhaltens nach. In dieser Situation sei es jenen auch folglich unmöglich reflektierte Lebensmittelentscheidungen zu treffen, was wiederum in einer noch schlechteren Gesundheit, körperlich wie auch mental, resultiert (ibid: 150).

Bei dieser Studie wurde auch die Einstellung der Zielgruppe zur Förderung einer gesünderen Lebensweise durch spezielle Programme erhoben. Die Präferenzen der Jugendlichen waren eindeutig. Vorträge, bei welchen sie die Rolle der ZuhörerInnen einnehmen sollten, kamen weniger gut an, während praktische und interaktive Einheiten klar bevorzugt wurden. Wie die Zielgruppe befürworteten auch die TrainerInnen eine integrative, aktive, praxisorientierte Gesundheitsförderung. Diese sollte sich nicht nur auf das Thema *gesunde Ernährung* beschränken, sondern ein ganzheitliches Konzept, auch die anderen nachteiligen Umstände der Jugendlichen berücksichtigend, umfassen (ibid: 151).

2.3.6.2 Fazit

Für Jugendliche, welche sich nicht in Ausbildung, Arbeit oder Schulung befinden und vorwiegend aus sozial schwächeren Schichten kommen, ist es aus den verschiedensten Gründen (siehe auch Kapitel 2.2) sehr schwierig, ein gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten zu pflegen (vgl. Abbildung 2.3). Soziale, ökonomische und häufig auch seelische Probleme haben Priorität und stellen somit andere wichtige Komponente in ihren Leben in den Hintergrund (Davison et al. 2015: 146). Neben diesen Gründen sind es auch finanzielle Engpässe, teilweise wenig Mitbestimmungsmöglichkeit bei der Nahrungsauswahl, Unwissenheit bezüglich Zubereitungsmethoden und Überfluss-angebote von billigen Fastfood-Produkten, welche dem Verzehr gesünderer Lebensmittel im Weg stehen (ibid: 153).

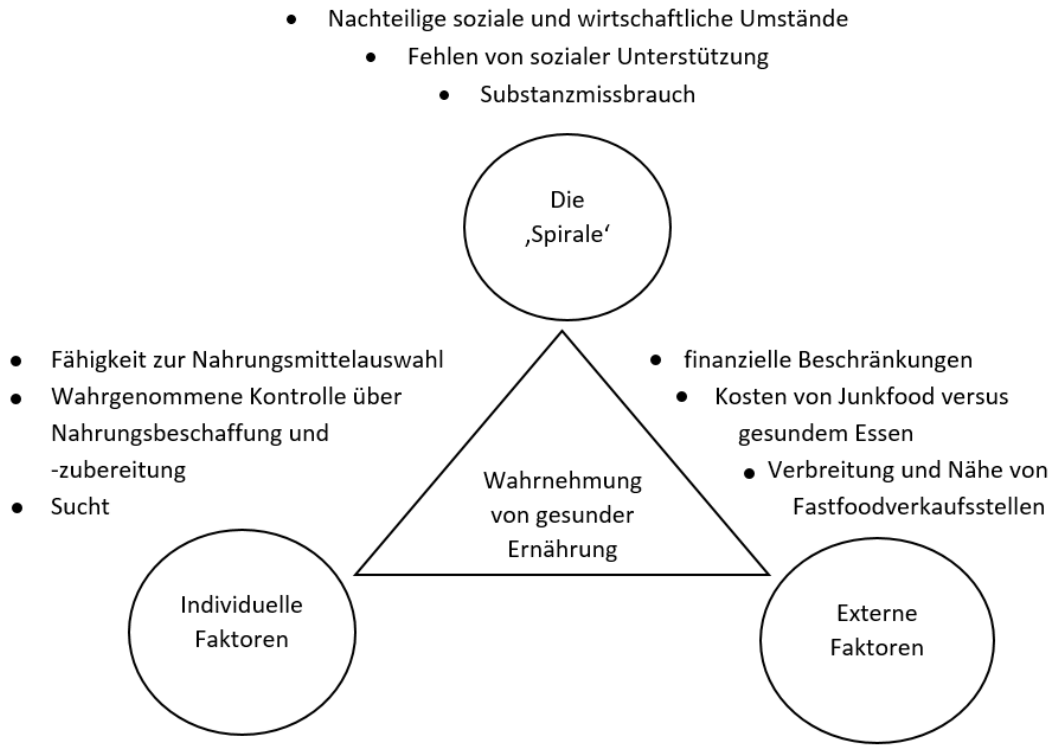


Abbildung 2. 3: Darstellung der sozialkognitiven Theorie angepasst an die diätische Gesundheitswahrnehmung (übersetzt ins Deutsche; nach Davison et al. 2015: 148)

2.4 Gegenüberstellung der beschriebenen Studienergebnisse

Nach Beschreibung der relevanten Ergebnisse aus den hierfür ausgewählten Studien wird ersichtlich, dass das Gesundheitsverhalten und die Ernährungsgewohnheiten der europäischen Jugendlichen im Allgemeinen besser sein könnten. Hervorzuheben ist hier der Konsum der Lebensmittelgruppen Obst und Gemüse, welche stets in zu geringen Mengen aufgenommen werden. Im Gegensatz dazu liegen der Fleisch- wie auch der Süßigkeitenverzehr über den empfohlenen Mengen. Überdies ist Bewegungsmangel ein wichtiger Punkt, an welchem speziell gearbeitet werden muss. Dies spiegelt sich in einem deutlichen Anstieg an übergewichtigen und adipösen Jugendlichen wider. Trotz einigen Verschlechterungen gibt es bei den SchülerInnen auch positive Trends gegenüber ihrem Gesundheitsverhalten der letzten Jahre. Vor allem der Tabak- sowie der Alkoholkonsum reduzierten sich vergleichsweise.

Zwischen den sozial verschiedenen Jugendgruppen konnten teilweise sehr große Unterschiede in ihrem Gesundheits- sowie Ernährungsverhalten festgestellt werden. Neben dem Sozialstatus ist auch der Bildungsstand ein weiterer Faktor, welcher Einfluss auf das Gesundheitsverhalten Heranwachsender nimmt. Im Allgemeinen sind es die SchülerInnen, welchen im Vergleich zu den Lehrlingen oder NEETs ein positiverer Umgang mit ihrer Gesundheit zugesprochen wird. Speziell bei weiblichen Auszubildenden herrscht ein erhöhtes Risikoverhalten gegenüber der eigenen Gesundheit, da vor allem Tabak und Alkohol vermehrt konsumiert werden. Jugendliche mit einem geringeren Sozialstatus rauchen häufiger und sind vergleichsweise weniger körperlich aktiv. Während es beim Lebensmittelkonsum weniger große Differenzen gibt, werden von ihnen deutlich mehr gesüßte Limonaden getrunken. Im Vergleich zu den besser gestellten SchulbesucherInnen gibt es bei jenen mit niederem soziökonomischen Status im Allgemeinen auch eine höhere Rate an Übergewicht.

Aus den Erkenntnissen der hier bearbeiteten Literatur kann somit folgender Schluss gezogen werden: Das persönliche und soziale Umfeld spielen eine bedeutende Rolle in Bezug auf das Ernährungsverhalten sowie das Gesundheitsbewusstsein von Jugendlichen. Neben dem Elternhaus und den Peergroups sind es vorwiegend auch soziale Determinanten wie Bildung und sozioökonomischer Status, welche die Gesundheit von Heranwachsenden positiv wie auch negativ beeinflussen.

3 Material und Methoden

Folgendes Kapitel dient dazu, das übergeordnete Projekt dieser Diplomarbeit zu beschreiben sowie dessen Methoden und Ziele zu erläutern. Zusätzliche Informationen über die gewählten Settings und Institutionen sollen helfen, Einblick in deren Konzepte zu gewinnen wie auch die Situation der untersuchten Zielgruppe besser nachvollziehen zu können. Überdies wird die für die Diplomarbeit essentielle quantitative Analyse mittels Fragebogenerhebung wie auch die anthropometrischen Messmethoden und deren Auswertungsprozess durch die Statistik- und Analysesoftware IBM SPSS Statistics erläutert.

3.1 GAAS-Projekt – Konzept und Ziele

Beim GAAS-Projekt handelt es sich um ein im September 2015 gestartetes, interdisziplinäres Projekt zur Förderung der **G**esundheitskompetenzen von Jugendlichen, die sich nicht in **A**usbildung, **A**rbeit oder **S**chulung befinden. Federführend in der Planung sowie Durchführung sind das Department für Gesundheit mit dem Studiengang Diätologie an der Fachhochschule St. Pölten wie auch das Institut für Ernährungswissenschaften an der Universität Wien. Durch die bereits zahlreichen Projekte, welche von den beiden Hochschulen zur Verbesserung des Gesundheitszugangs von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen realisiert wurden, konnten wertvolle Einblicke und Erfahrungen zu diesem Themengebiet gewonnen werden. Dadurch und aufgrund mehrerer Vernetzungstreffen mit wichtigen Stakeholdern, bei welchen Ideen sowie relevante Fragestellungen ausgetauscht und diskutiert wurden, konnte eine zielgruppengerechte Gestaltung und Planung der Projektschwerpunkte ermöglicht werden (Fachhochschule St. Pölten 2015: 6). Besonders wichtig waren hierbei die VertreterInnen der Produktionsschule Wien, kurz spacelab (siehe Kapitel 3.2.1), sowie jene des Vereins Jugend und Lebenswelt in St. Pölten (siehe Kapitel 3.2.2), welche durch ihre jahrelange Erfahrung und Arbeit mit den Jugendlichen aus der für das Projekt relevanten Zielgruppe wertvolle Beiträge zur Projektkonzeption leisteten.

In der Vorbereitungsphase wurden folgende Projektinhalte sowie -ziele entwickelt: Bei der Durchführung der Ist-Analyse mittels quantitativer und qualitativer Methoden wie Fragebogen- (siehe Kapitel 3.3.1) und Interviewerhebung sowie anthropometrischer Messungen (Messung von Körpergewicht und -größe sowie bioelektrische Impedanzanalyse) (siehe Kapitel 3.3.2) sollen Informationen zum Ernährungs- und Gesundheitszustand der beforschten Jugendlichen ermittelt und ausgewertet werden. Gestützt auf diese Daten folgt die Interventionsphase, in welcher sowohl gemeinsam mit der Zielgruppe als auch mit den BetreuerInnen der Settings spacelabs und Nordrand spezifische Themen bezüglich Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit erarbeitet werden sollen. Insgesamt gibt es fünf teilnehmende Standorte, davon vier spacelabs mit unterschiedlichen Schwerpunkten in Wien und den Verein Mobile Jugendarbeit in St. Pölten, Niederösterreich. In der ersten Hälfte der Interventionsphase (April, Mai, Juni 2016) ist pro Standort je ein Team von drei StudentInnen, bestehend aus einer oder einem Studierender/n aus dem Lehrgang Diätologie, aus der Physiotherapie der FH St. Pölten sowie aus den Ernährungswissenschaften der Universität Wien, für die Durchführung der Intervention verantwortlich. Die zweite Hälfte dieser Projektphase (August, September, Oktober 2016) findet ohne die PhysiotherapiestudentInnen statt. Jedoch werden zusätzlich PsychotherapeutInnen zur Mitgestaltung der Aktionstage miteinbezogen um das Thema mentale Gesundheit zu behandeln. Diese Teams betreuen unter anderem die aufgrund der Ergebnisse der Ist-Analyse entwickelten und individuell abgestimmten Workshops, welche einmal monatlich über einen Zeitraum von einem halben Jahr stattfinden. Um die Nachhaltigkeit der behandelten Bereiche in Bezug auf Ernährung und Gesundheit gewährleisten zu können, soll ein sogenanntes Produkt zusammen mit den Jugendlichen entwickelt werden, welches sowohl während als auch nach Ende des Projekts intern aber auch extern Einsatz finden soll. Basierend auf den bis dahin gewonnenen Erkenntnissen aus der Ist-Analyse sowie der Interventionsphase ist es Ziel des GAAS-Projekts, einen Zertifikatslehrgang im Ausmaß von zehn ECTS zur Weiterbildung von Personen, welche im sozialintegrativen Bereich tätig sind, zu entwickeln. Neben der Vermittlung von Fachwissen zu Gesundheitskompetenzen sowie deren Förderung wird der Schwerpunkt auf „Ernährung, Esskulturen, Lebensmittelkunde und -zubereitung“ liegen (ibid: 46ff.).

3.1.1 Zielgruppe

Konkret zielt das Projekt auf eine bestimmte Gruppe von jungen Menschen ab, über welche es kaum bis keine Informationen oder Daten zu ihrem Gesundheits- wie auch Ernährungsstatus gibt. Auch über ihre Einstellung zu diesen Themenbereichen ist weitgehend nichts bekannt. Diese Tatsachen wie auch noch weitere hauptsächlich diese Zielgruppe betreffende Determinanten, sind es, welche sie für eine Bedarfsanalyse interessant machen. Der Großteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen brach ihre Schule, Lehre oder Arbeit ab oder trat diese nie an und gehört folglich zur Gruppe im NEET (‚not in employment, education or training')-Status (Eurofound 2012: 1). In Österreich zählten im Jahr 2014 7,7 % aller Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren zu den NEETs (STATISTIK AUSTRIA 2015: 44ff.).

Aufgrund persönlicher sowie privater Ursachen ist es für die hier beschriebene Zielgruppe schwierig sich zu motivieren, Regeln zu befolgen oder Pflichten nachzugehen. Zusätzlich nehmen Suchtmittel, wie vor allem Zigaretten, einen großen Teil im Leben vieler Jugendlicher ein. Diese und weitere Gründe tragen dazu bei, dass sich die Mehrzahl weder dem Schul- oder Ausbildungssystem unterordnen noch in der Arbeitswelt bestehen kann oder will.

Die familiären Hintergründe sind zwar divers, jedoch überwiegen Migrationshintergrund wie auch ein niedriger Sozialstatus, welcher mit einem geringeren Einkommen sowie mangelndem Bildungsgrad in Verbindung gebracht wird. All diese Umstände sind wenig förderlich für einen barrierefreien Weg zu einem oder einer erfolgreichen jungen Erwachsenen, weshalb die meisten der Betroffenen unterstützende Maßnahmen in Anspruch nehmen müssen.

Nach prägnanter Beschreibung des Projekts sowie kurzer Erläuterung der StudienteilnehmerInnengruppe folgt nun eine aufschlussreiche Zusammenfassung über die bereits oben erwähnten Settings, welche primär als ‚Auffangort' für die jugendliche Zielgruppe dienen und somit auch die Hauptschauplätze für die einzelnen Projektschritte darstellen.

3.2 Kurzbeschreibung der Settings

In den folgenden Unterkapiteln werden die fünf, für das GAAS-Projekt ausgewählten Institutionen beschrieben sowie deren Methoden und Ziele kurz beleuchtet. Alle teilnehmenden Organisationen befinden sich im Osten Österreichs, vier der Standorte in der Hauptstadt Wien (spacelabs), und einer in St. Pölten (Nordrand).

Dort finden nicht nur die Begegnungen zwischen den Jugendlichen und den Studierenden, sondern auch die verschiedenen Projektphasen statt. Dazu zählen die Durchführung der Ist-Analyse, die Abhaltung der darauf basierenden Workshops und schließlich die Entwicklung eines gemeinsamen daraus resultierenden Produkts.

3.2.1 spacelab

Die Produktionsschule Wien (PS Wien), kurz spacelab, steht für „Aktivierung, Berufsorientierung, Bildung und Zukunftsplanung“ (6 - o.A. 2015: 2). Hier wird Unterstützung für junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren geboten, welche Schwierigkeiten haben, sich in das österreichische Bildungswesen sowie in den für sie verfügbaren Arbeitsmarkt einzugliedern. Essentiell für diese Zielgruppe sind Hilfestellung bei der Entwicklung von Perspektiven sowie in der Alltagsgestaltung aber auch die Vorbereitung auf den sowie die Betreuung beim (Wieder-)Einstieg in die Ausbildungs- oder Arbeitswelt. Zusätzlich soll diese Organisation den TeilnehmerInnen Halt und Sicherheit geben, einen strukturierten Tagesablauf bieten, ihre Stärken sowie die persönliche Entfaltung fördern aber auch Grundlagenwissen vermitteln und festigen (ibid: 3). Charakterisierend für die soziale Institution spacelab ist das Modulsystem, bestehend aus „Offene und Aufsuchende Jugendarbeit“, „Perspektivenentwicklung“, „Tagestraining und Werkstättentraining“ sowie „Bildung“ (Aumair et al. 2015: 6). Im ersten Step erfolgt eine Information der potentiellen Zielgruppe an öffentlichen Orten durch Sozial-arbeiterInnen, welche über die verschiedenen Angebote von spacelab informieren. Im zweiten Modul finden an den jeweiligen Standorten regelmäßige Treffen mit einer oder einem ausgebildeter/n Perspektivencoach, in welchen die Jugendlichen unter anderem zur Entwicklung individueller, beruflicher Ziele angeleitet werden, statt. Folglich gibt es

die Möglichkeit, in einem Tages- oder Werkstättentraining Erfahrungen in unterschiedlichen beruflichen Bereichen zu erlangen. Während ersteres tageweise erfolgt und mit zehn Euro pro Tag vergütet wird, kann das regelmäßige Werkstättentraining bis zu sechs Monate dauern. In dieser Zeit beziehen die TeilnehmerInnen eine „Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhalts (DLU)“ (6 - o.A. 2015: 2). Das letzte Modul bietet den jungen Menschen eine Vermittlung von wichtigem Basiswissen sowie speziellen kulturtechnischen Fähigkeiten, welche für den Bildungs- und Berufsalltag sowie im täglichen Leben von großer Wichtigkeit sind (ibid: 2).

Insgesamt gibt es in Wien vier Standorte mit unterschiedlichen Schwerpunkten der Tages- und Werkstättentrainings, welche von den TeilnehmerInnen besucht werden können (ibid: 3):

spacelab_gestaltung: Kulturwerkstatt und Experimentierwerkstatt,
Sachsenplatz 4-6, 1200 Wien

spacelab_girls: Handwerk und Gesundheit,
Hütteldorfer Straße 81b, 1150 Wien

spacelab_kreativ: Kreativwerkstatt und Medienwerkstatt,
Knöllgasse 2, 1100 Wien

spacelab_umwelt: Grünraumarbeit und Ökowerkstatt,
Dr.-Albert-Geßmann-Gasse 38, 1210 Wien

Entscheiden sich die Jugendlichen für einen dieser Standorte, bleiben sie bis zum Ende des Programms bei demselben. Ein Wechsel ist nicht vorgesehen.

Zusätzlich zu den vier spacelab-Standorten in Wien nimmt auch die Organisation Jugend und Lebenswelt mit ihrer Einrichtung, der Mobilen Jugendarbeit Nordrand in St. Pölten am GAAS-Projekt teil.

3.2.2 Jugend und Lebenswelt

Durch seine diversen Angebote und Programme bietet der Verein Jugend und Lebenswelt mit der Expertise in Sozialarbeit, -pädagogik und soziokultureller Animation Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Niederösterreich Unterstützung in den verschiedensten Bereichen (2 - o.A. o.J.: o.S). Dafür werden zielgruppenrelevante Themen und Problemstellungen, wie zum Beispiel die des Erwachsenwerdens, aufgegriffen und behandelt (5 - o.A. o.J.: o.S; o.A. 2014: 5). Diese werden folglich in zahlreichen Projekten und Workshops, teilweise auch durch die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, umgesetzt (o.A. 2014: 6). Neben den jungen PrimärteilnehmerInnen gehören auch Organisationen, welche sich eben mit demselben Klientel beschäftigen, Politik sowie Gemeinwesen zu den Zielgruppen (2 - o.A. o.J.: o.S).

3.2.2.1 Nordrand

Die Mobile Jugendarbeit Nordrand, kurz Nordrand, in St. Pölten ist eines der vier Betreuungs- und Beratungsinstitutionen des Vereins Jugend und Lebenswelt (o.A. 2014: 5). Unter Beachtung zahlreicher Grundsätze bietet Nordrand verschiedenste Angebote und Workshops für Jugendliche und junge Erwachsene (3 - o.A. o.J.: o.S.). Neben individuellen Hilfestellungen in allen Lebenslagen wird im sogenannten offenen Betrieb ein breites Freizeitangebot gestellt, sowie Support zur Realisierung von Projekten, welche auch von TeilnehmerInnen ins Leben gerufen werden können, geboten (4 - o.A. o.J.: o.S.). Zur Gewährleistung des breiten Spektrums dient ein Team ausgebildeter TrainerInnen, welche nicht nur am Standort, sondern auch unterwegs, im Zuge der sogenannten Streetworks, ihre Arbeit leisten (3 - o.A. o.J.: o.S.; o.A. 2014: 8). Durch zunehmende Präsenz sowie Mundpropaganda ist die Zahl der Kontakte mit der Zielgruppe im Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr um 15 Prozent gestiegen. Zwei Drittel der TeilnehmerInnen sind Burschen, von welchen die Gruppe der 14- bis 15-Jährigen, gefolgt von den zwölf- bis 13-Jährigen den Hauptanteil ausmachen. Von den weiblichen Interessentinnen sind die 14- bis 15-jährigen Mädchen führend. Im Allgemeinen liegt das Alter der Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen zwölf und 23 Jahren (o.A. 2014: 10). Diese Altersspanne

entspricht auch in etwa jener der TeilnehmerInnen, welche das Angebot der spacelabs in Wien nutzen.

3.3 Ist-Analyse

Im Zuge des GAAS-Projekts wurde die Ist-Analyse mithilfe von 53 Fragebögen, mindestens neun je Standort, sowie insgesamt zehn qualitativen Interviews durchgeführt. Pro Setting wurden für die Interviews je eine Trainerin oder ein Trainer sowie je eine Jugendliche oder ein Jugendlicher befragt und das Gespräch aufgezeichnet. Zusätzlich zu der quantitativen und der qualitativen Analyse erfolgten zwei sogenannter Fokusgruppen. Eine bestand aus 13 Jugendlichen aus allen Standorten, die andere aus sieben TrainerInnen. Im spacelab_gestaltung leitete eine sogenannte Moderatorin zuerst das Gespräch mit den Jugendlichen und anschließend mit den TrainerInnen. Ziel war es Interessen der TeilnehmerInnen zum übergeordneten Thema zu erfahren sowie Ideen für das geplante Produkt, welches im Laufe des Projekts von und mit den Jugendlichen entwickelt werden sollte, zu gewinnen. Um weitere Daten über den Gesundheitszustand der Zielgruppe zu sammeln, wurden bei interessierten StudienteilnehmerInnen BIA-Messungen durchgeführt.

Dieses sowie Kapitel 4 *Ergebnisse und Diskussion* der vorliegenden Diplomarbeit beziehen sich insbesondere auf die Fragebogenerhebung sowie die Ergebnisse der BIA-Messungen. Zwei weitere Diplomarbeiten wurden basierend auf den Ergebnissen der anderen beiden Methoden der Ist-Analyse, Interviews und Fokusgruppen, verfasst.

3.3.1 Befragungsinstrument Fragebogen – Allgemein

Im Oktober 2015 wurde der Fragebogen in Absprache der Universität Wien mit der Fachhochschule St. Pölten entwickelt und im kostenlosen Programm SoSci Survey erstellt. Dazu wurden standardisierte Fragebögen verschiedener Studien als Leitfaden verwendet sowie eigene Fragen entwickelt.

Neben anderen, diente die KiGGS-Basiserhebung des Robert-Koch-Instituts zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zwischen 2003 und 2006 (Hölling et al. 2012: 836) als Vorlage für einige Fragen. Um Informationen von den Jugendlichen über Freizeitbeschäftigung (siehe Anhang, Frage Nummer 11), Taschengeldbezug (Nummer 12), Sportverhalten (Nummer 13 bis 16), Körperwahrnehmung (Nummer 19), Tabakkonsum (Nummer 22) sowie Herkunft (Nummer 29) und Berufstätigkeit der Eltern (Nummer 31) zu gewinnen, wurden ausgewählte Fragen übernommen oder den Bedürfnissen entsprechend abgeändert.

Im Zuge des gesundheitsfördernden Projekts G.E.E.L.L. (Gesundheit erleben ein Leben lang!) in Klosterneuburg wurden im Jahr 2012 Daten von Kindern und Jugendlichen im Alter von elf bis 18 Jahren erhoben (FGÖ 2014). Basierend auf deren Erhebungsmethode wurde der Fragenblock zu Ernährungsgewohnheiten (Nummer 8) für den hier beschriebenen Fragebogen adaptiert.

Zur Erhebung der psychischen Widerstandsfähigkeit wurde die Resilienz-Kurzskala (RS-11) verwendet (Fragenblock Nummer 24). Schumacher et al. (2005) übersetzten die ursprüngliche englische Fassung der Gesamtskala von Wagnild und Young (1993) bestehend aus 25 Items ins Deutsche und entwickelten die Kurzform aus nur elf Items. Um eine eindeutige Tendenz zu erzielen, standen den Jugendlichen im Fragebogen anstatt der eigentlichen sieben nur sechs Antwortmöglichkeiten zur Auswahl.

Wie in der WHO-HBSC (Health Behavior in School-aged Children)-Studie von 2007 zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten österreichischer SchülerInnen, in welcher sozialökonomische und ethnisch-kulturelle Determinanten bestimmt wurden, erfolgte die Ermittlung des Familienwohlstands der beforschten Jugendlichen unter Anwendung der „family affluence scale“, kurz FAS (Fragen Nummer 32 bis 35) (Dür & Griebler 2007). Zusätzlich wurden Fragen aus derselben Studie zu Hunger (Frage Nummer 5), Gesundheitszustand (Nummer 17), Lebenszufriedenheit (Nummer 18) sowie Alkoholkonsum (Nummer 21) verwendet.

Bei einem Treffen der ProjektmitarbeiterInnen aus den Bereichen Ernährungswissenschaft und Diätologie sowie je einer Vertreterin oder einem Vertreter von spacelab

und Nordrand am 2. November 2015 wurde der Fragebogen diskutiert sowie Ideen zu Änderungen und Verbesserung eingebracht. Nach Überarbeitung wurde der Fragebogen für einen Pretest-Durchlauf freigeschaltet. Nach mehreren Pretests durch die MitarbeiterInnen des Projekts wurden Ende November aufgrund einiger Anmerkungen kleine Änderungen durchgeführt und anschließend der Fragebogen finalisiert. Im Dezember desselben Jahres sowie im Januar 2016 fanden die eigentlichen Fragebogenerhebungen an den unterschiedlichen Standorten statt:

spacelab_gestaltung	10. Dezember 2015
spacelab_girls	03. und 14. Dezember 2015
spacelab_kreativ	10. Dezember 2015
spacelab_umwelt	16. Dezember 2015
Nordrand	9. und 18. Dezember 2015 sowie 13. Januar 2016

3.3.1.1 Durchführung

Die Fragebogenerhebungen wurden von den fünf StudentInnentandems aus den Ernährungswissenschaften und der Diätologie an den oben genannten Terminen durchgeführt. Dazu wurden je Standort mindestens zehn freiwillige Jugendliche ausgewählt, um den Fragebogen im one-to-one-Gespräch mit einer der beiden Studentinnen der Ernährungswissenschaften oder der Diätologie zu beantworten. Um es den TeilnehmerInnen so einfach wie möglich zu machen, wurden die Antworten der Jugendlichen vorwiegend von den Studentinnen im Onlineprogramm SoSci Survey auf den eigens mitgebrachten Laptops ausgefüllt. Dennoch wurde bei der Befragung sehr auf die Bedürfnisse der ProbandInnen eingegangen, wodurch einige der Freiwilligen den Fragebogen alleine und nur in Anwesenheit der Studierenden ausfüllten. Hier ist außerdem zu erwähnen, dass die TeilnehmerInnen die Fragebogenerhebung gut aufnahmen sowie sehr interessiert wirkten. Immer wieder stellten einige von ihnen unabhängig voneinander Fragen über den Fragebogen und ließen sich aufmerksam wie auch verständnisvoll die Gründe der Erhebung und gleichzeitig das übergeordnete Forschungsprojekt erklären.

Bei beinahe allen ProbandInnen verlief die Durchführung zügig und reibungslos. Im Allgemeinen gab es weder Verständnisschwierigkeiten noch Unklarheiten. Wenn aber die TeilnehmerInnen unsicher wirkten oder beim Antworten zögerten, wurde dies von den Studentinnen sofort erkannt und freundlich nachgefragt. Sehr positiv war, dass die ProbandInnen keine Scheu zeigten sich für sie unbekannte Wörter erklären zu lassen um die Fragebögen wahrheitsgetreu ausfüllen zu können. Vor allem das Adjektiv ‚*entschlossen*' sowie die Phrase ‚*eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten*' in Fragenblock 24 waren den Jugendlichen neu und mussten häufiger erklärt und umschrieben werden, bis die Aussagen dazu verstanden wurden.

Auch bei persönlicheren Fragen über die Familiensituation oder Alkohol- und Drogenkonsum wirkten die Jugendlichen sehr gefasst und keineswegs verunsichert. Es schien ihnen auch nicht unangenehm zu sein, darüber mit den Studierenden zu sprechen. Dies lag möglicherweise an der Anonymisierung der Angaben zur Person sowie der vertrauensvoll geschaffenen Wohlfühlatmosphäre zwischen den Studentinnen und den Befragten.

Mitte Januar 2016 waren schließlich die Fragebögen aller fünf Standorte erhoben, womit die Auswertung der Ergebnisse (siehe Kapitel 4) beginnen konnte.

3.3.1.2 Limitierungen

Durch die eher geringe Anzahl an freiwilligen Jugendlichen (n = 53), welche den Fragebogen ausfüllten, war es nur selten möglich, aussagekräftige Vergleiche oder Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der einzelnen Fragen herzustellen. Dennoch konnten durch die Häufigkeiten der Antworten der Zielgruppe ausreichende Informationen über ihren Gesundheits- und Ernährungszustand gesammelt werden.

Zusätzlich ist zu erwähnen, dass für die Jugendlichen zur Vereinfachung im Fragebogen des GAAS-Projekts die Häufigkeit des Verzehrs verschiedener Lebensmittelgruppen pro Woche erhoben wurde. Bei vielen Vergleichsstudien werden solche Ernährungs-gewohnheiten in Portionshäufigkeit pro Tag abgefragt. Somit war es nicht immer möglich

die Ergebnisse der Jugendlichen zu ihrem Ernährungsverhalten mit jenen anderer themenrelevanter Studien zu vergleichen.

3.3.2 BIA-Messung – Allgemein

Um zusätzlich zu den Informationen über die persönliche Einstellung der ProbandInnen zu Gesundheit und Ernährung auch tiefere Einblicke zu gewinnen, wurden begleitend multifrequente bioelektrische Impedanzanalysen, kurz MF-BIA, durchgeführt. Wegen ihrer einfachen und schnellen Handhabung, ihrem, im Vergleich zu anderen Methoden, günstigen Preis sowie der schmerzfreien Durchführung finden diese häufig Anwendung in den verschiedensten Bereichen (Wirth & Miklis 2005: 315). Das Verfahren dient zur Messung der Körperkomposition, indem die unterschiedliche Leitfähigkeit der verschiedenen Körperbestandteile genutzt wird (Tomczak. 2003: 37). Hierzu werden Elektroden an den Extremitäten einer Seite angebracht und Wechselstrom zu verschiedenen Frequenzen (5, 50 und 100 kHz) durch den Körper der ProbandInnen geschickt (o.A. 2000: 14). Je nach Zusammensetzung der Gewebetypen wird ein anderer Widerstand gemessen, wobei fettfreie Masse mit höherem Wasser- und Elektrolytanteil weniger Impedanz als das flüssigkeitsarme Fettgewebe bietet (ibid: 14). Aus der Gewichtsdifferenz zwischen der gemessenen Magermasse, welche sich aus fettfreier, extrazellulärer Körperzellmasse zusammensetzt, und dem gewogenen Körpergewicht berechnet das Programm das Körperfett (Data Input GmbH 2009: 14f.).

3.3.2.1 Durchführung

Im Zuge der Ist-Analyse wurden Messungen von Körpergröße und -gewicht sowie BIA-Messungen bei freiwilligen Jugendlichen durchgeführt. Dies war vor allem für die männlichen Probanden von großem Interesse. Jedoch waren es nur sehr wenige weibliche Teilnehmerinnen, welche sich einer Analyse ihrer Körperzusammensetzung unterzogen. Am Standort spacelab_girls wurden überhaupt keine Messungen durchgeführt. Gründe dafür waren unter anderem, dass die TrainerInnen des Standortes solche Messungen für kontraproduktiv hielten, da Essstörungen bei den jungen Mädchen ohnehin sehr präsent

seien. Nicht zufriedenstellende Ergebnisse könnten möglicherweise besagte Krankheitsbilder auslösen und auch verstärken.

An den anderen Standorten wurden insgesamt 24 Messungen an folgenden Terminen im Dezember 2015 durchgeführt:

spacelab_gestaltung	10. Dezember 2015
spacelab_kreativ	17. Dezember 2015
spacelab_umwelt	16. Dezember 2015
Nordrand	9. und 18. Dezember 2015

Bei der Durchführung hatten die freiwilligen ProbandInnen weder Probleme ihre Taschen von schweren Gegenständen zu befreien und diese somit offen zu legen noch ihre Schuhe auszuziehen, um sich wiegen und anschließend messen zu lassen. Auch das Ablegen der Socken für die anschließende BIA-Messung stellte keine Schwierigkeit dar. Liegend wurden jeweils zwei selbstklebende Elektroden am rechten Fuß sowie an der rechten Hand der Jugendlichen angebracht. Nach Eingabe der Werte wie Geschlecht, Geburtsdatum, Größe und Gewicht in die Programme *Nutri-Plus* (Data-Input GmbH, Darmstadt) in den spacelabs und *BodyComp V 9.0 Professional* (MEDI CAL HealthCare GmbH, Karlsruhe) in Nordrand erfolgten die Messungen. Dafür wurden die Messgeräte *Nutriguard-M* (Data-Input GmbH, Pöcking), *Nutribox* (Data-Input GmbH, Pöcking) und *Aengus BIACORPUS RX 4004M* (MEDI CAL HealthCare GmbH, Karlsruhe) in Wien und *BIA 2000-M* (Data-Input GmbH, Pöcking) in St. Pölten verwendet. Nach einigen Minuten standen die Ergebnisse bereit, welche entweder sofort ausgedruckt oder per Mail an die jeweiligen Standorte geschickt wurden. Dies sollte dazu dienen, den Jugendlichen ihre Werte zu veranschaulichen sowie einen Vergleich zwischen ihren und den zusätzlich angeführten Normalwerten anzustellen.

3.3.2.2 Limitierungen

Trotz erfolgreich durchgeführter Messungen, blieben Limitierungen, welche bei der Betrachtung der Ergebnisse beachtet werden müssen, nicht aus. Bei einer bioelektrischen Impedanzanalyse sollte sich der Patient im Idealfall in vollkommen entspanntem Zustand befinden und circa zwei Stunden davor weder gegessen noch mehr als einen halben Liter innerhalb einer Stunde vorher getrunken haben, da sich dies auf den Wassergehalt im Körper auswirkt. Unglücklicherweise war die Einhaltung der Vorgaben in den gewählten Settings nicht immer möglich, da dies einem zu hohen Aufwand für die TeilnehmerInnen bedurft hätte und sie dem für sie eigens zusammengestellten Tagesprogramm der Settings folgen mussten. Auf die Tätigkeiten der ProbandInnen, wie zum Beispiel Alkoholkonsum oder intensiver Sport in den letzten 24 Stunden vor der Messung konnte ebenso wenig Einfluss genommen werden (1 - o.A. 2015: o.S.). Zusätzlich helfen Wiederholungen der Messungen, welche hier nicht durchgeführt wurden, die Aussagekraft über die Zusammensetzung des Körpers zu verbessern (Data Input GmbH 2009: 9). Nichtsdestotrotz wurden die Messergebnisse analysiert und in Kapitel 4.2 abgefasst wie auch diskutiert.

3.3.3 Auswertung mit SPSS

Zur Auswertung der Fragebögen sowie der bioelektrischen Impedanzanalyse-Messungen wurde die Statistik- und Analysesoftware *IBM SPSS Statistics* verwendet. Mit der vor allem in den Sozialwissenschaften häufig gebrauchten Software können Datenmaterialien einfach und anwenderfreundlich verwaltet sowie deren Analysen statistisch wie auch graphisch dargestellt werden (Kohn & Öztürk 2013: 8). Unterstützend wirken hierbei eigene Funktionen wie zum Beispiel der sogenannte Dateneditor, bei dem die Daten in Tabellen aufgelistet, bearbeitet und berechnet werden können, sowie statistische Verfahren wie Varianzanalyse, *T*-Tests und Kreuztabellen. Außerdem ist es möglich, mittels Variablenselektion Graphiken manuell zu verändern und auf verschiedenste Weise zu visualisieren (o.A. 2011: vi).

4 Ergebnisse und Diskussion

In diesem Kapitel werden zunächst die Daten der Fragebogenerhebung, welche von September 2015 bis Februar 2016 erhoben wurden, analysiert. Anschließend werden die Resultate der bioelektrischen Impedanzanalyse vorgestellt, die wichtigsten Ergebnisse illustriert und erörtert.

4.1 Fragebogenerhebung

Die hier folgenden Ergebnisse der Fragebogenerhebung sind in drei Unterkapitel zusammengefasst. In der Stichprobencharakteristik werden persönliche Informationen zu Alter, Geschlecht, Geburtsland, Migrationshintergrund, Wohnsituation, Berufstätigkeit der Eltern, sozialem Status, Taschengeld, Mindestsicherung, Hunger, psychischer Widerstandsfähigkeit, Lebenszufriedenheit und Freizeitbeschäftigung beschrieben. Danach wird genauer auf die Ernährungsgewohnheiten der Jugendlichen eingegangen. Dazu wurden von den ProbandInnen Fragen zu Ernährungsform, Mahlzeiteneinnahme, Wahrnehmung und Verzehrshäufigkeiten verschiedener Lebensmittelgruppen wie auch Trinkverhalten beantwortet. Im letzten Unterkapitel wird das Gesundheitsverhalten mittels Fragen zu sportlicher Betätigung, persönlicher Körperwahrnehmung, Diätgewohnheiten, Alkohol-, Tabak- sowie Drogenkonsum und abschließend die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands analysiert.

4.1.1 Stichprobencharakteristik

Insgesamt meldeten sich 53 Jugendliche der Standorte spacelabs in Wien und Nordrand in St. Pölten, um den für die quantitative Ist-Analyse entwickelten Fragebogen zu beantworten. Allgemeine Fragen dienten dazu, detaillierte Informationen über die persönlichen Hintergründe wie auch die aktuelle Lebenssituation der Zielgruppe zu erlangen.

4.1.1.1 Alter und Geschlecht

Mit einer Standardabweichung von 1,7 betrug das Durchschnittsalter der ProbandInnen zum Zeitpunkt der Erhebung 17,9 Jahre. Die gesamte Altersspanne lag zwischen 15 und 24 Lebensjahren. Von den insgesamt 53 TeilnehmerInnen waren 32 männlich (60 %) und 21 weiblich (40 %).

Abbildung 4.1 veranschaulicht die geschlechtsspezifische Teilnahme an den verschiedenen Standorten. Generell ist in den Institutionen spacelabs und Nordrand, natürlich mit Ausnahme des spacelab_girls, der Anteil der männlichen Jugendlichen höher als jener der weiblichen Kolleginnen. Dies zeichnete sich, wie bereits oben erwähnt, auch im Geschlechterverhältnis der StudienteilnehmerInnen ab. Von den Jungen waren 53 % noch nicht volljährig, bei den Mädchen betrug der Prozentsatz der unter 18-Jährigen 29 %.

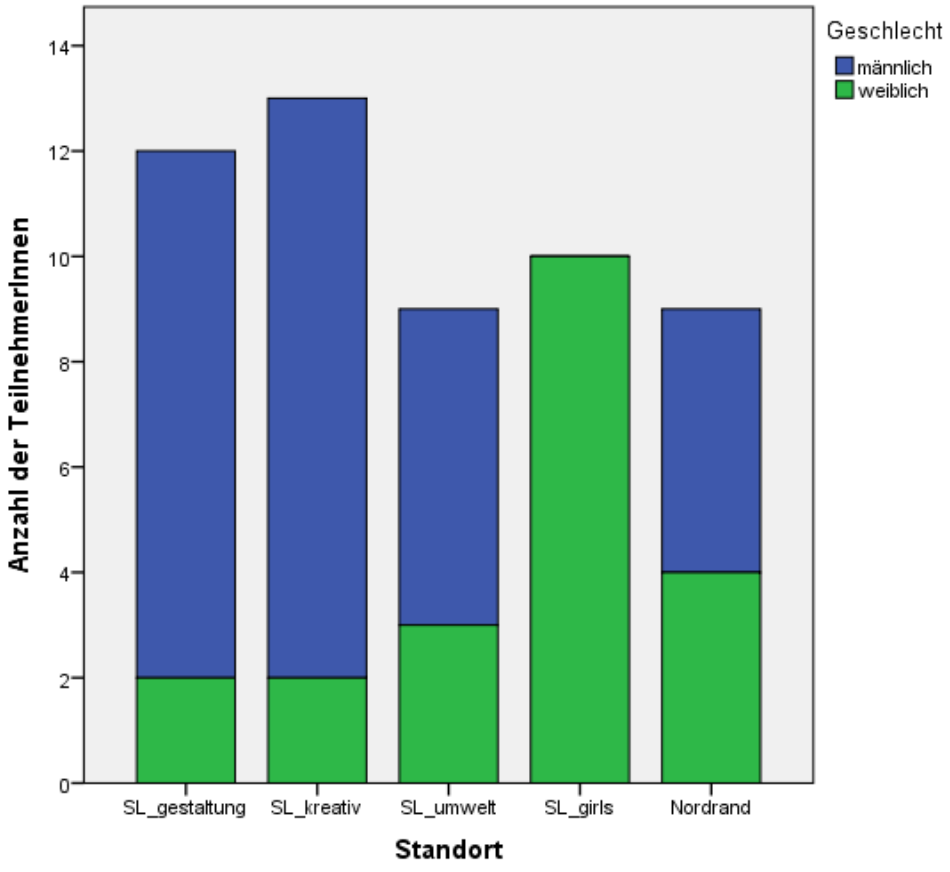


Abbildung 4. 1: Geschlechtsspezifische Studienteilnahme der Jugendlichen (n = 53) je Standort

4.1.1.2 Herkunft

Rund 66 % der Jugendlichen gaben Österreich als ihr Geburtsland an. Von den nicht in Österreich Geborenen nannten jeweils rund 22 % das ehemalige Jugoslawien (außerhalb der EU) und die Türkei ihr Geburtsland. Knapp 17 % wurden in einem der EU-15-Staaten und rund 6 % in einem der nach 2004 der EU beigetreten Länder geboren. Die Übrigen (rund 33 %) wurden der Kategorie *Sonstige* zugeordnet, wobei die meisten davon Russland angaben.

4.1.1.3 Migrationshintergrund

Als MigrantInnen sind Jugendliche definiert, von welchen beide Elternteile nicht in Österreich geboren wurden (UNECE/EUROSTAT 2006: 90). Laut dieser Definition haben 53 % der Jugendlichen Migrationshintergrund. Bei 32 % der StudienteilnehmerInnen ist Österreich das Geburtsland beider Eltern, bei 11 % von mindestens einem Elternteil. Die restlichen 4 % konnten zur Herkunft ihrer Eltern keine Auskunft geben.

Für einen Vergleich mit der Gesamtbevölkerung Österreichs wurden die Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2014 der STATISTIK AUSTRIA verwendet. In diesem Jahr betrug der Anteil an MigrantInnen in Österreich 16,2 % (Pesendorfer 2015: 2). Somit ist die Zahl der NichtösterreicherInnen bei den Jugendlichen der spacelabs und Nordrand im Vergleich zu Gesamtösterreich sehr hoch, denn mehr als die Hälfte der befragten TeilnehmerInnen gaben an, Eltern zu haben, welche nicht in Österreich geboren wurden.

Ein Leben als MigrantIn bringt häufig soziale und folglich auch gesundheitliche Nachteile mit sich. Hauptgründe dafür sind unter anderem Sprachbarrieren, geringere Aussicht auf besser gestellte Berufe durch häufig schlechtere Qualifikationen sowie weniger Einkommen (Lambert et al. 2005: 127). Wie bereits in Kapitel 2.2 kurz erwähnt, gibt es aufgrund der Datenlagen verschiedener Studien einen Zusammenhang zwischen der Angehörigkeit der niederen Sozialklasse, häufig verbunden mit Migrationshintergrund, und dem Gesundheitszustand sowie -verhalten der Beteiligten. Dies dient als wichtige Information um mögliche Ursachen für die Ergebnisse der hier beschriebenen Ist-Analyse nachvollziehen zu können.

4.1.1.4 Wohnsituation

Zur Wohnsituation der Jugendlichen ist anzumerken, dass der Großteil entweder bei den leiblichen Eltern (rund 36 %) oder nur bei der Mutter (rund 36 %) lebt. Rund 11 % der Befragten wohnen in einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft mit FreundInnen. Der Prozentsatz jener Jugendlichen, welche bei FreundInnen unterkommen, liegt bei 6 %. Jeweils rund 4 % leben bei Verwandten sowie in einem Heim oder einer betreuten Wohngemeinschaft. 2 % der ProbandInnen wohnen entweder beim Vater oder bei Pflege- und Adoptiveltern.

4.1.1.5 Berufstätigkeit der Eltern

Mittels Fragebogen wurden auch die Berufe der Eltern der StudienteilnehmerInnen erhoben. In Abbildung 4.2 wird ersichtlich, dass rund 45 % der Jugendlichen beschäftigungslose Eltern haben, bei rund 36 % der Jugendlichen ist nur ein Elternteil berufstätig, während bei der Minderheit (rund 19 %) beide Elternteile einen Beruf ausüben.

Im Rahmen der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung der STATISTIK AUSTRIA (2015: 44) betrug nach ILO-Standards die mittlere Arbeitslosenquote in Österreich im Jahr 2014 5,6 %. Mit diesem Ergebnis wurde, seit dem Beitritt zur europäischen Union, in Österreich der Höchststand erreicht. Während der Prozentsatz der beschäftigungslosen Frauen (5,4 %) unter jenem der Männer (5,9 %) lag, war dies bei den Eltern der befragten Jugendlichen nicht gegeben. Im Vergleich dazu gaben 62,3 % der Jugendlichen an, dass ihre Mütter zum Zeitpunkt der Erhebung nicht berufstätig waren. Von den Vätern war dies bei mehr als der Hälfte (56 %) der Fall. Der Unterschied zwischen dem Prozentsatz der gesamten österreichischen Bevölkerung und jenem der Eltern der befragten Jugendlichen ist enorm. Mögliche Gründe zur Erklärung dieser Ergebnisse könnten in den anderen Kultur- und Glaubensgemeinschaften, den Sprachbarrieren aufgrund von Migration sowie im vergleichsweise niederen Sozialstatus liegen.

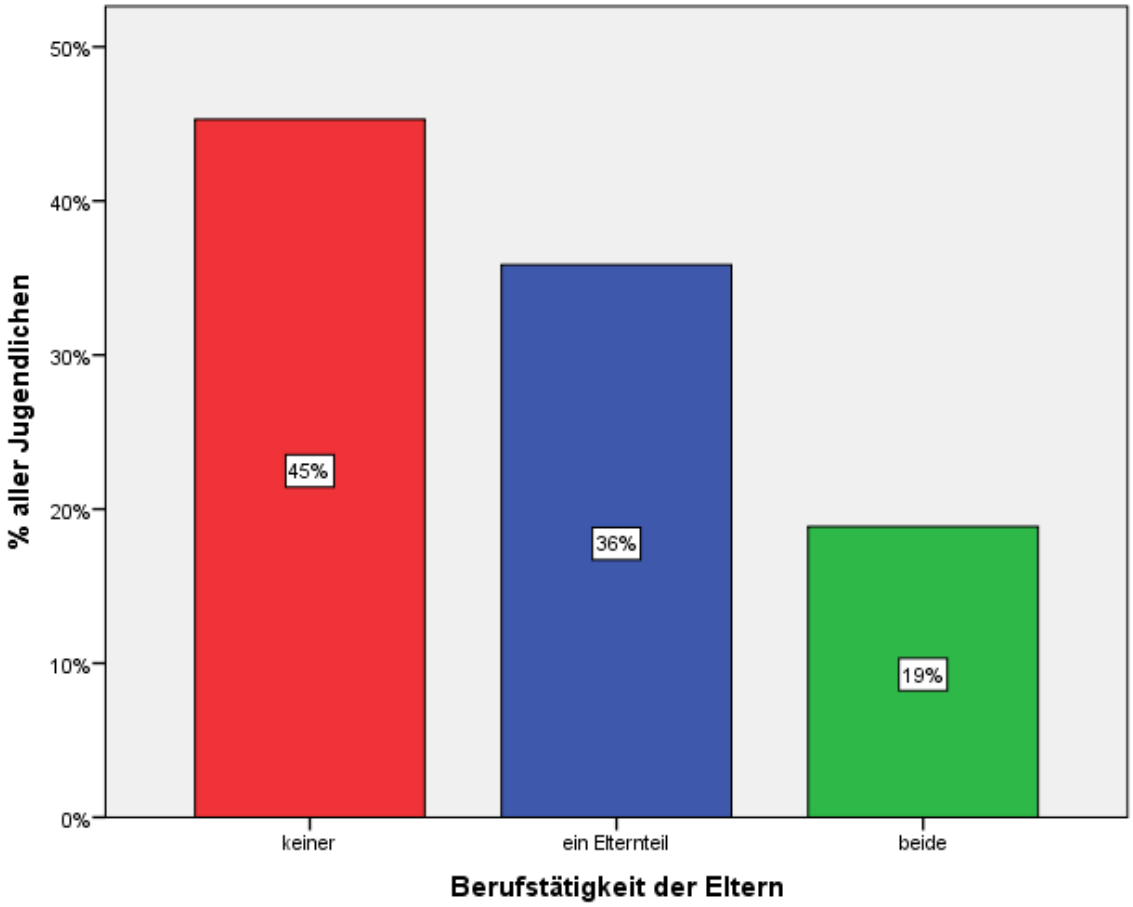


Abbildung 4. 2: Berufstätigkeit der Eltern der Jugendlichen (in %)

Die mittlere Arbeitslosenquote der gesamten 15- bis 24-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen Österreichs lag im Jahr 2014 bei 10,3 %, was eine geringe Erhöhung im Vergleich zum Vorjahr 2013 (9,7 %) darstellt. Insgesamt waren 6 % aller österreichischen Heranwachsenden in diesem Jahr nicht erwerbstätig (STATISTIK AUSTRIA 2015: 44ff.). Dazu zählen auch die meisten Jugendlichen in den spacelabs und Nordrand, welche einen beträchtlichen Teil zu diesem Prozentsatz beitragen.

4.1.1.6 Sozioökonomischer Status

Zusätzlich zur Beschäftigung der Eltern wurde der sozioökonomische Status mithilfe der Familienwohlstandsskala nach Currie et al. (1997) ermittelt. Dazu wurden ausschließlich Informationen von den Jugendlichen erhoben, welche bei ihren leiblichen Eltern oder bei

nur einem Elternteil leben (77 %). Hierbei waren die Anzahl an Computer und Autos pro Haushalt, sowie ein eigenes Zimmer für die Jugendlichen wie auch die Häufigkeit eines Familienurlaubs in den letzten zwölf Monaten von Interesse.

Nach Currie et al. (2008: 14) kann man die Ergebnisse in drei Kategorien einteilen. Aus der Befragung geht folglich hervor, dass von den 41 Jugendlichen, welche ihren Wohnsitz bei mindestens einem Elternteil angaben, 48,8 % einem mittleren sozialen Status angehören, gefolgt von 41,5 % mit einem geringen Familienwohlstand. Die kleinste Gruppe, bestehend aus 9,8 % der ProbandInnen, gehört der Bevölkerung mit einem hohen Sozialstatus an. Im Gegensatz dazu ergab sich in der HBSC-Studie vom Jahr 2014 (siehe auch Kapitel 2.3.2) ein konträres Bild. Zwischen 56,1 % und 67,0 % der österreichischen SchülerInnen gehörten der Kategorie mit dem höchsten Familienstatus an, während nur zwischen 3,0 % und 7,4 % jener die Angehörigkeit zu einem niederen sozioökonomischen Status aufwiesen (BMG 2015: 76ff.). Folglich ist der Spalt zwischen dem sozioökonomischen Status der SchülerInnen der HBSC-Studie und jenem der Jugendlichen der spacelabs wie auch Nordrand enorm. Diese Information ist wertvoll für folgende Vergleiche zwischen den hier genannten Jugendgruppen und kann somit auch häufig als Grund für mögliche Unterschiede vermutet werden (siehe auch Kapitel 4.1.1.3).

4.1.1.7 (Taschen-)Geld und Mindestsicherung

Die im Zuge des GAAS-Projekts befragten Heranwachsenden werden teilweise vom Staat, ihren Eltern oder auch durch andere Mittel finanziell unterstützt. Um genauere Informationen darüber zu gewinnen, wurden die Jugendlichen gebeten die Höhe ihres frei verfügbaren (Taschen-)Geldes und in welchem Zeitrahmen sie dieses erwerben, anzugeben. Die genannten Beträge liegen zwischen 0 € und 2500 € pro Monat durch Arbeit, wobei der Mittelwert bei 465,72 € liegt. Der Großteil der Befragten, nämlich 21 der insgesamt 53, bezieht ihr Geld vom österreichischen Arbeitsmarktservice (AMS). 19 Jugendliche gaben an, entweder ausschließlich oder zusätzlich zu anderen Einkünften auch Taschengeld von den Eltern oder Großeltern zu bekommen. Zwölf ProbandInnen erhalten ihr verfügbares Geld oder einen Teil davon von den spacelabs, jedoch lediglich bei erfolgreicher Teilnahme an den dort angebotenen Programmen. Bei sieben der

Jugendlichen setzen sich ihre Geldmittel, teils zusätzlich zu anderen Einkünften, teils aber auch ausschließlich aus diversen Arbeiten zusammen. Einzelne TeilnehmerInnen gaben an, dass sie Kinderbeihilfe, Halbwaisenpension oder Krankengeld beziehen. Die Ausreißer mit ihren Angaben über 2000 € monatlich zur Verfügung zu haben, sollten jedoch kritisch betrachtet werden.

Im Jahr 2015, in welchem die Fragebogenerhebung des GAAS-Projekts begonnen wurde, setzte sich die bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS) von 827,82 € pro Monat für Alleinstehende aus dem Grundbetrag von 620,87 € und dem Wohnkostenanteil von 206,95 € zusammen (BMASK 2015: 11). Mit dem Stichtag 1.1.2016 erhöhte sich die BMS auf 837,76 €, bestehend aus 628,32 € Grundbetrag und 209,44 € Wohnkostenanteil (AK Portal 2016). Bezugnehmend auf den österreichischen BMS-Betrag von 2015 liegen rund 87 % aller befragten Jugendlichen darunter. Von dieser Gruppe haben rund 38 % einen monatlichen Betrag von 300 bis 600 € und 36 % sogar weniger als 300 € über denselben Zeitraum zur Verfügung. Durch diese Ergebnisse wird ersichtlich, dass die finanzielle Unterstützung dieser Jugendgruppe im Allgemeinen sehr gering ausfällt.

Ausgehend von dem für die ProbandInnen zum Großteil kleinem monatlichen Geldbetrag, wurde im Fragebogen der Punkt *Manche jungen Leute gehen hungrig ins Bett oder aus dem Haus, weil zu Hause nicht genügend zu essen da ist. Wie häufig passiert dir das?* formuliert. Dennoch ergab sich in der Auswertung keine aussagekräftige Korrelation zwischen zum Beispiel jenen Jugendlichen, welche unter 300 € und solchen, welche zwischen 300 und 600 € pro Monat zur Verfügung haben. Insgesamt gaben 38 % an, nie Hungergefühl aufgrund von zu wenig verfügbarem Essen zu haben. Bei 40 % ist dies manchmal der Fall, 13 % gaben häufigen Hunger an und den kleinsten Teil der 53 Befragten (9 %) betrifft diese Situation immer.

4.1.1.8 Resilienz

Wie in Kapitel 3.3.1 kurz beschrieben, wurde zur Erhebung der psychischen Widerstandsfähigkeit der Jugendlichen die Resilienz-Kurzskala (RS-11) verwendet. Neun der insgesamt elf Items wurden aus der Skala „Persönliche Kompetenz“, zwei aus

„Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ genommen (Schumacher et al. 2005: 9). Durch die für das GAAS-Projekt abgeänderte Anzahl der auszuwählenden Antwortmöglichkeiten von sieben auf sechs je Item war eine aufsummierte Range zwischen mindestens elf und maximal 66 statt 77 Punkten möglich. Dadurch, dass eine Probandin oder ein Proband ein Item nicht beantwortet hatte, wurden deren/dessen Antworten zu den anderen Items gänzlich weggelassen. Somit erfolgte die Auswertung der Angaben von 52 TeilnehmerInnen. Für die Resilienz dieser ergaben sich ein Mittelwert von 50,56 und eine Standardabweichung von 9,1.

Um die Ergebnisse der psychischen Widerstandsfähigkeit der Jugendlichen besser interpretieren zu können, wurden sie mit jenen einer Umfrage zur Norm der deutschen Bevölkerung (n = 2031; 14 bis 95 Jahre) vom Jahr 2001 verglichen (Schumacher et al. 2005: 2). Von dieser Untersuchungsstichprobe wurden die Ergebnisse der 14- bis 30-jährigen TeilnehmerInnen (n = 376) entnommen, um einen zu großen Altersunterschied zwischen den beiden StudienteilnehmerInnengruppen zu vermeiden (ibid: 19). Für diese jüngste Gruppe (14 bis 30 Jahre) der deutschen Bevölkerung ergab sich ein Mittelwert von 60,82 und eine Standardabweichung von 11,15 (ibid: 23). Aufgrund der unterschiedlichen Skalen bedurfte es einer zusätzlichen Transformation der aktuellen Daten der GAAS-Studie auf die Skala der Umfrage aus Deutschland. Somit ergaben sich für die psychische Widerstandsfähigkeit der Jugendlichen des GAAS-Projekts ein vergleichbarer Mittelwert von 58,47 sowie eine Standardabweichung von 10,92. Folglich werden ausschließlich die transformierten Werte die GAAS-StudienteilnehmerInnen für weitere Vergleiche verwendet. Das Ergebnis der Jugendlichen der spacelabs und Nordrand weicht von jenem der deutschen ProbandInnen (MW: 60,82; SD: 11,15) kaum ab (ibid: 10).

Schumacher et al. (2005: 11) gaben aufgrund der Nichtnormalverteilung der Ergebnisse Prozentränge als Normen für jene der deutschen Bevölkerung an. Durch die geringe Abhängigkeit der Ergebnisse von Alter und Geschlecht wurde dafür die Gesamtstichprobe mit den verschiedenen Altersklassen (n = 2004; 14 bis 95 Jahre) herangezogen (ibid: 24). Um die Prozentränge der beiden StudienteilnehmerInnengruppen vergleichen zu können, wurden für die Summen der RS-11, welche sich für die deutschen StudienteilnehmerInnen ergaben, die Prozentränge der GAAS-StudienteilnehmerInnen errechnet (vgl. Tabelle 4.1).

Tabelle 4. 1: Prozentrang (PR)-Normen der Resilienz-Kurzskala (RS-11) der deutschen Bevölkerung (n = 2004; 14 bis 95 Jahre) und der GAAS-StudienteilnehmerInnen (n = 52; 15 bis 24 Jahre) inklusive Mittelwert (MW) und Standardabweichung (SD)

Summe der RS-11	PR der deutschen Bevölkerung (%)	PR der GAAS-StudienteilnehmerInnen (%)
38	**5**	**6**
42	10	6
45	15	10
48	20	10
50	25	19
52	30	21
54	35	25
55	40	27
57	45	35
58	50	39
60	55	44
61	60	48
62	65	58
64	**70**	**71**
65	75	73
66	80	73
68	**85**	**85**
70	**90**	**92**
73	**95**	**96**

77	100	100
MW	58,03	58,47
SD	10,76	10,92

Bei den hervorgehobenen Werten der RS-11 in Tabelle 4.1 ergaben sich in den Prozenträngen der beiden Studien keine signifikanten Unterschiede. Diese ausgewählten Prozenträngen sind bei beiden TeilnehmerInnengruppen entweder ident (wie zum Beispiel bei der RS-11-Summe von 68) oder unterscheiden sich auf maximal zwei Prozent (bei 38, 64, 70 und 73). Für alle anderen Summen der RS-11 lag die deutsche Bevölkerung mit einigen Prozenten über jenen der österreichischen Jugendlichen. Abbildung 4.3 dient zusätzlich dazu die Unterschiede zwischen den Prozenträngen beider ProbandInnen-gruppen zu veranschaulichen.

Daraus ergibt sich der Schluss, dass mehr deutsche ProbandInnen als Jugendliche des GAAS-Projekts in den unteren Summenbereichen der RS-11 liegen und somit insgesamt eine etwas niedrigere Resilienz aufweisen. Andererseits zeigen die Jugendlichen der spacelabs und Nordrand im Vergleich zur deutschen Bevölkerung häufiger etwas höhere Resilienzwerte im oberen Bereich. Dies spiegelt sich zusätzlich in den sich nur gering unterscheidenden Mittelwerten (58,03 und 58,47) wider (vgl. Tabelle 4.1).

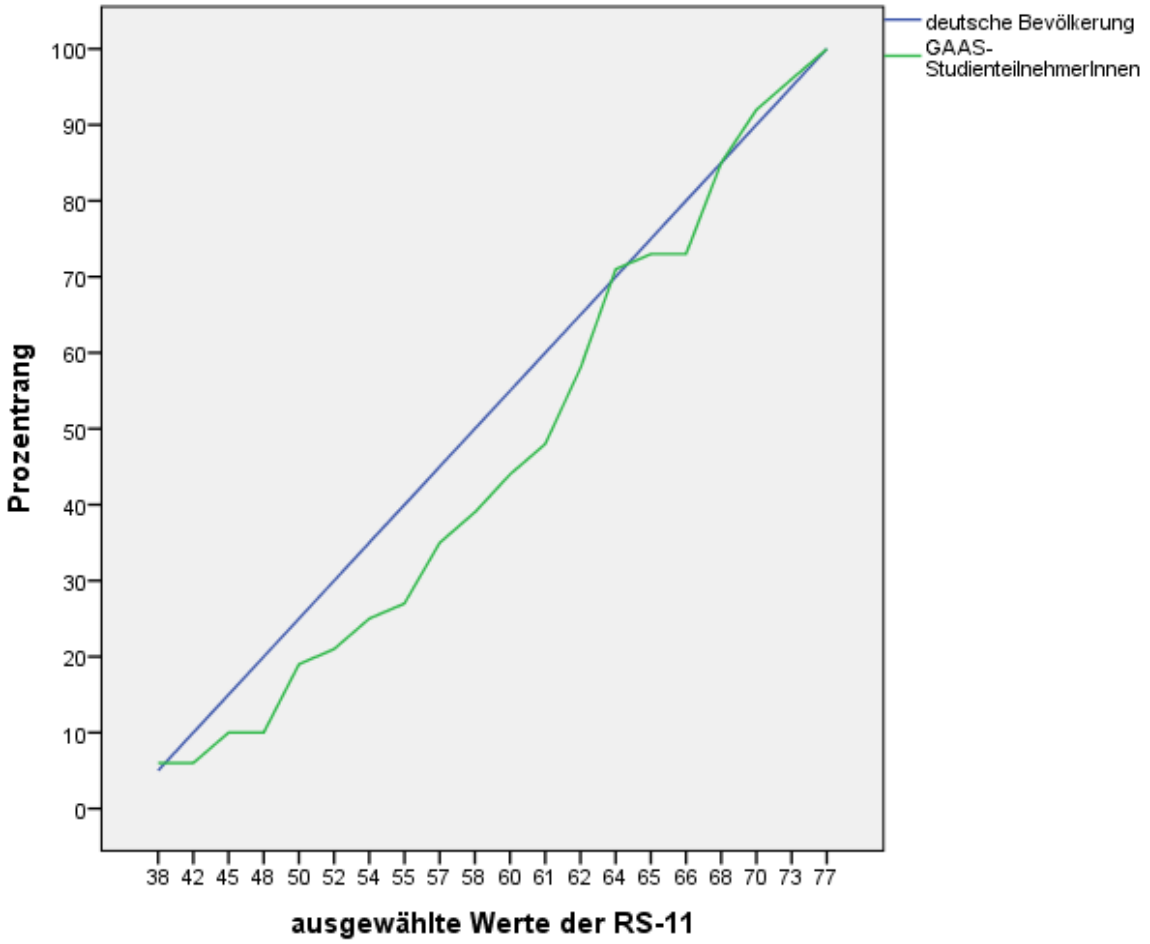


Abbildung 4. 3: Prozentränge ausgewählter Werte der RS-11 der deutschen Bevölkerung (n = 2004; 14 bis 95 Jahre) und der GAAS-StudienteilnehmerInnen (n = 52; 15 bis 24 Jahre)

Im Durchschnitt besitzen die Jugendlichen der GAAS-Studie (n = 52; MW 58,47; SD 10,92) somit zwar eine minimal bessere psychische Widerstandsfähigkeit als alle deutschen StudienteilnehmerInnen (n = 2004; MW 58,03; SD 10,76), im Vergleich zu den 14 bis 30-jährigen Deutschen (n = 376; MW 60,82; SD 11,15) liegen sie etwas darunter. Die Unterschiede der Mittelwerte sind dennoch so gering, dass hierbei kein direkter Zusammenhang zwischen Resilienz und sozialem Hintergrund beziehungsweise Umfeld festgestellt werden konnte.

4.1.1.9 Lebenszufriedenheit

Um die momentane Lebenszufriedenheit der ProbandInnen zu erheben, mussten sie dieser je eine Zahl auf einer Skala von 1 bis 10 zuordnen, wobei 10 die bestmögliche Antwort darstellte. Hier ist zu erwähnen, dass die teilnehmenden Jugendlichen (n = 53) eine durchschnittliche Lebenszufriedenheit von 6,9 angaben, welche über der Skalenmitte von 5,5 liegt. Im Vergleich zu den österreichischen SchülerInnen der HBSC-Studie im Alter zwischen 13 und 17 Jahren (siehe auch Kapitel 2.3.2), welche eine mittlere Lebenszufriedenheit von 7,8 aufwiesen, lag die hier beforschte Zielgruppe darunter. Dennoch ist dabei der Altersunterschied zu beachten, da sich nämlich laut Ergebnissen der HBSC-Studie zeigte, dass sich die Lebenszufriedenheit mit höher werdendem Alter verringert. Somit wurde ein direkter Vergleich zwischen den 17-jährigen SchülerInnen und den Jugendlichen des GAAS-Projekts aufgestellt. Bei diesen älteren, schulbesuchenden Jugendlichen ergab sich eine durchschnittliche Lebenszufriedenheit von 7,3 (BMG 2015: 20f.), welche zwar etwas über dem Ergebnis der TeilnehmerInnen in den spacelabs und Nordrand (6,9) liegt, der Unterschied jedoch sehr gering ist.

In der europäischen SILC-Erhebung werden europaweit jährlich Befragungen von Privathaushalten zu Einkommen und Lebensbedingungen durchgeführt (Statistic Austria 2016: o.S). Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern zählt die Bevölkerung Österreichs zur durchschnittlich höheren Wohlstandsgruppe (2 - BMASK 2015: 3). Der persönliche Wohlstand wird nicht nur am Nettoeinkommen, sondern auch an sozialer Integrität und Lebenszufriedenheit gemessen (ibid: 20). Überdies werden die allgemeinen Lebensbedingungen signifikant von der Höhe des Einkommens beeinflusst. Daneben ist auch die Lebenszufriedenheit bei einem niedrigeren Sozialstatus deutlich geringer (ibid: 3). Außerdem nimmt die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben mit besserer Bezahlung zu (ibid: 20). Diese studienbelegten Tatsachen zeigen, dass im Allgemeinen die Lebenszufriedenheit ärmerer Menschen im Vergleich zur finanziell sorgenfreien Bevölkerung geringer ist.

Für die GAAS-Studie wurde noch zusätzlich die Abhängigkeit der Lebenszufriedenheit von der psychischen Widerstandsfähigkeit sowie dem sozialen Status getestet. In Abbildung 4.4 wird ersichtlich, dass die Jugendlichen, welche mit ihrer Resilienz unter dem oben

genannten, nicht transformierten Mittelwert von 50,56 liegen, alle Möglichkeiten von unzufrieden bis sehr zufrieden ankreuzten. Es gab niemanden der Gruppe mit einer über der Skalenmitte liegenden psychischen Widerstandfähigkeit, welche oder welcher die letzten drei Kategorien, nämlich eine geringere Lebenszufriedenheit, angab. Mittels Signifikanztest nach Spearman ergab sich für die beiden Variablen eine signifikante Korrelation r = 0,36 mit dem p-Wert von 0,02 (Bühl 2008: 348). Somit konnte bestätigt werden, dass mit einer höheren psychischen Widerstandsfähigkeit der Jugendlichen eine höhere Lebenszufriedenheit einhergeht.

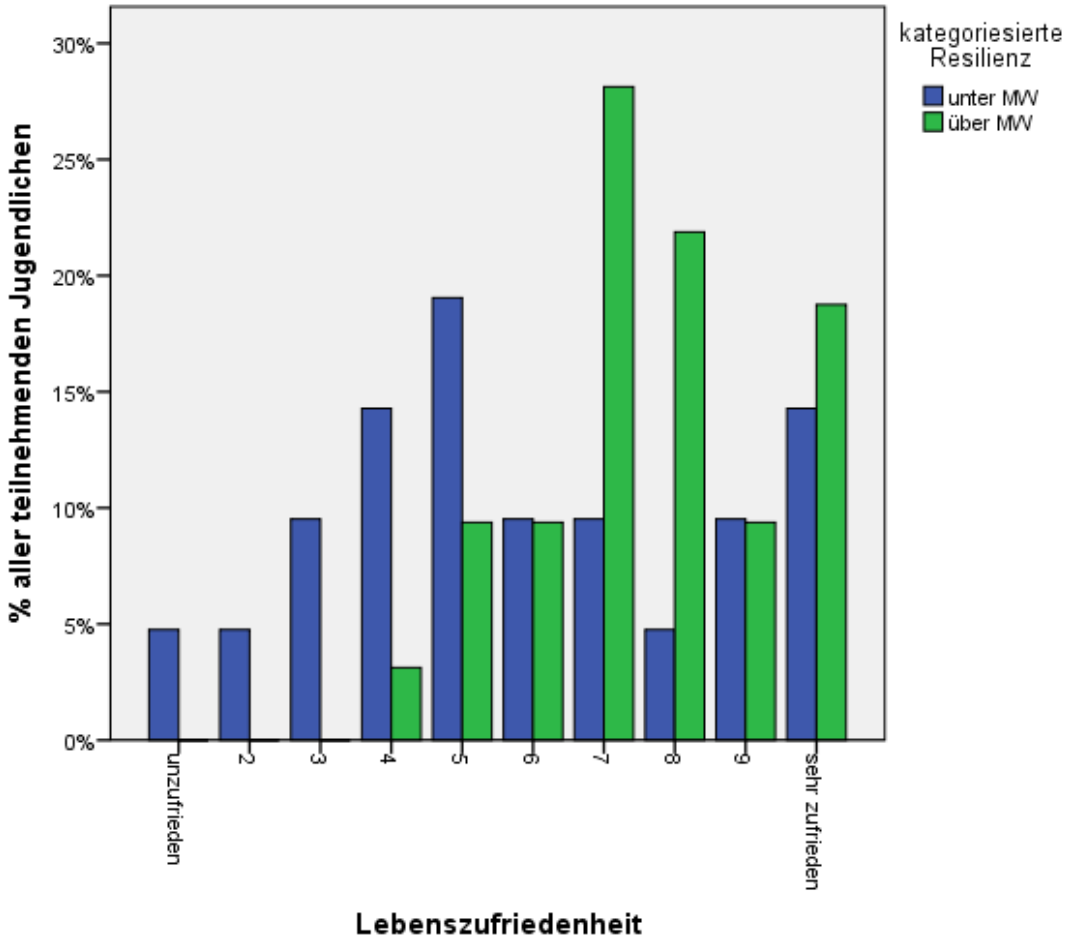


Abbildung 4. 4: Abhängigkeit der angegebenen Lebenszufriedenheit von der kategorisierten Resilienz (unter und über dem MW von 50,6) der Jugendlichen (n = 53)

Wie bereits weiter oben erwähnt, wurde auch die Korrelation zwischen dem ermittelten Sozialstatus der ProbandInnen und deren Lebenszufriedenheit genauer betrachtet. Dafür ergab sich keine signifikante Differenz.

4.1.1.10 Freizeitbeschäftigung

Den Abschluss zur Stichprobencharakteristik der Jugendlichen bilden Fragen zum täglichen Zeitaufwand für vorgegebene Freizeitbeschäftigungen (vgl. Tabelle 4.2). 81 % hören täglich über zwei Stunden Musik und ähnlich viele (79 %) benutzen mehr als zwei Stunden ihr Handy. Während 11 % weniger als zwei Stunden pro Tag Musik hören, beschäftigen sich 13 % zum selben Zeitaufwand mit dem Handy. Nur jeweils 8 % machen keines der beiden genannten jemals am Tag. Für Computer und Internet wenden 66 % der Befragten, für Fernsehen sowie DVD 28 % und für Spielkonsolen 23 % mehr als zwei Stunden täglich an Zeit auf. Absteigend werden Fernsehen und DVD (49 %), Computer und Internet (21 %) wie auch Spielkonsolen (19 %) weniger als zwei Stunden ausgeübt. Von diesen drei genannten Freizeitbeschäftigungen machen einige TeilnehmerInnen nie Gebrauch. 59 % benutzen niemals Spielkonsolen, 23 % sehen nie fern oder DVD und 13 % verbringen weder Zeit am Computer noch im Internet. Im Allgemeinen beschäftigen sich die Jugendlichen am kürzesten mit dem Lesen von Zeitschriften und Zeitungen, welche von nur 2 % täglich mehr als zwei Stunden gelesen werden. Zusätzlich nutzen 32 % diese Freizeitbeschäftigung nie während 66 % weniger als zwei Stunden täglich damit verbringen. Somit zählen Musik hören und die Benutzung des Handys gefolgt von Computer und Internet zu den bevorzugten Freizeitbeschäftigungen der TeilnehmerInnen. Fern- und DVD-sehen genießen eine mittlere Beliebtheit, während Spielkonsolen sowie Zeitschriften und Zeitungen von den wenigsten Jugendlichen gebraucht werden.

Tabelle 4. 2: Freizeitbeschäftigung der Jugendlichen pro Tag (% der Befragten)

Freizeitbeschäftigung pro Tag [% der Befragten]						
	Musik hören	Handy	Computer / Internet	Fernsehen / DVD	Spielkonsolen	Zeitschriften / Zeitungen
über zwei Stunden	81,1	79,2	66	28,3	22,6	1,9
unter zwei Stunden	11,3	13,2	20,8	49,1	18,9	66
nie	7,5	7,5	13,2	22,6	58,5	32,1

Nach Analyse der Daten zur Stichprobencharakteristik der Studie wird folgend genauer auf das Ernährungsverhalten der jugendlichen ProbandInnen wie Ernährungsform, Ort der Mahlzeiteneinnahme, Wahrnehmung bestimmter Lebensmittelgruppen, sowie Konsumhäufigkeiten eingegangen.

4.1.2 Ernährungsgewohnheiten der StudienteilnehmerInnen

In den folgenden Unterkapiteln wurden Ernährungs- sowie Trinkverhalten der beforschten Jugendlichen genauer beleuchtet sowie Vergleiche zu den Ergebnissen anderer Studien angestellt.

4.1.2.1 Ernährungsform

Da ein großer Teil der Jugendlichen Migrationshintergrund aufweist, und es weitgehend bekannt ist, dass Zuwanderer ihre traditionelle Esskultur zu großen Teilen beibehalten (Teuteberg 2004: 31), wurde ihre Ernährungsform genauer betrachtet. Bei dieser Frage war es den ProbandInnen möglich, mehrere Antworten zu wählen. Mit 57 % aller Antworten liegt die gemischte Küche an der Spitze, während sich 24 % entweder

ausschließlich oder unter anderem traditionell wie in ihrer ursprünglichen Heimat oder jener ihrer Eltern ernähren. 13 % der TeilnehmerInnen gaben an, österreichische oder deutsche Speisen zu konsumieren, während 7 % die Option *anders* wählten, womit Ernährungsformen gemeint sind, welche im Fragebogen nicht zur Auswahl standen.

4.1.2.2 Mahlzeiteneinnahme

Durch die zunehmende Industrialisierung sowie Urbanisierung haben sich die Ernährungsgewohnheiten der Gesellschaft zum Großteil verändert. Gemeinsam am Esstisch zu speisen war früher normal, wird heute jedoch immer seltener praktiziert (Koll-Schretzenmayr 2013: 2). Um die Gewohnheiten der Zielgruppe dazu zu erfahren, wurde eine Frage zur Mahlzeiteneinnahme mit Mehrfachantworten als Auswahlmöglichkeiten gestellt. Während 37 % der Jugendlichen ihre Mahlzeiten üblicherweise am Esstisch zu sich nehmen, machen dies 23 % vor dem Fernseher oder dem Computer. Die Optionen *alleine in deinem Zimmer* sowie *unterwegs* wählten jeweils 14 %. Weniger häufig, nämlich von 10 % der TeilnehmerInnen, wird gemeinsam mit mehreren Personen vor dem Fernseher gespeist. Für 2 % standen keine passenden Antworten zur Auswahl, weshalb die Möglichkeit *sonstiges* gewählt wurde.

Insgesamt essen rund 64,2 % der befragten Jugendlichen der spacelabs und Nordrand mindestens einmal täglich mit ihren Familien. 11,3 % der ProbandInnen nehmen ein- bis mehrere Male pro Woche Mahlzeiten gemeinsam mit ihren Eltern ein während knapp ein Viertel (24,5 %) nie in Gesellschaft speist.

Um die Antworten der NichtschülerInnen einordnen zu können, wurde Bartschs Studie zur Jugendesskultur in Deutschland von 1999 bis 2006 als Vergleich verwendet. Von den 196 deutschen SchülerInnen gaben mehr als die Hälfte (57,1 %) an, täglich mit mindestens einem Elternteil zu speisen. Zwischen zwei- bis viermal wöchentlich machen dies 15,3 %, während 16,3 % der ProbandInnen nur maximal zweimal pro Woche gemeinsame Mahlzeiten mit der Familie einnehmen. Die restlichen Jugendlichen essen weniger häufig mit deren Eltern und 2 % verzichten zur Gänze darauf (Bartsch 2008: 126).

Gemeinsame Mahlzeiteneinnahme erfolgt bei den jugendlichen GAAS-StudienteilnehmerInnen häufiger als bei den oben genannten SchülerInnen. Mögliche Gründe dafür könnten die hohe Beschäftigungslosenrate der Eltern der Jugendlichen der spacelabs und Nordrand wie auch die anderen Kulturen, in welchen gemeinsames Essen noch einen wichtigeren Stellenwert als in der westlichen Welt hat, sein. Auffallend ist der große Anteil an NichtschülerInnen, welcher angab, nie mit ihren Familien zu speisen. Damit liegen diese deutlich vor den deutschen SchülerInnen. Hierfür könnte vor allem die Wohnsituation der Jugendlichen des GAAS-Projekts sein, denn 21 % jener gaben an, nicht bei ihren leiblichen Eltern zu leben.

4.1.2.3 Wahrnehmung – Obst, Gemüse, Fast Food

Um die Wahrnehmung der ausgewählten Lebensmittelgruppen Obst, Gemüse und Fast Food durch die Jugendlichen zu erfahren, wurden jeweils sechs Begriffe verwendet, zu welchen je eine Bewertung abgegeben werden konnte. Wie in Tabelle 4.3 ersichtlich, führt Obst im Geschmack vor Fast Food und Gemüse, welches das Schlusslicht bildet. Zusätzlich gaben die Jugendlichen an, dass Obst für sie leichter bekömmlich sei als Gemüse, Fast Food wiederum weniger gut. Aus den Antworten bezüglich des Gesundheitsaspekts dieser drei Lebensmittelgruppen wird deutlich, dass die ProbandInnen Obst und Gemüse als sehr gesund, Fast Food als eher ungesund einstufen. Bei der Frage wie sie diese Lebensmittelgruppen empfinden, ergab sich zwischen *interessant* und *langweilig* ein mittlerer, beinahe identischer Wert für alle drei zur Auswahl stehenden. Die Zielgruppe findet die Zubereitung von Gemüse schwieriger als jene von Fast Food, welche knapp hinter jener von Obst liegt. Dennoch wurde die Zubereitung keiner der Lebensmittelgruppen als kompliziert angegeben. Der letzte Punkt zur Wahrnehmung der oben genannten Nahrungsmittel bezieht sich auf die Zubereitungszeit. Während Obst für die Jugendlichen am schnellsten verarbeitet werden kann, folgen Fast Food und knapp dahinter Gemüse.

Tabelle 4. 3: Durchschnittliche Wahrnehmung der Lebensmittelgruppen Obst, Gemüse und Fast Food durch die Jugendlichen mit Bewertung mittels Schulnotensystem 1 bis 5

	Obst	Gemüse	Fast Food
Geschmack	1,6	2,3	2
Bekömmlichkeit	1,9	2,2	3,2
Gesundheitsaspekt	1,1	1,2	4,3
Empfinden	2,6	2,6	2,7
Zubereitung	1,8	2,2	1,9
Zubereitungszeit	2	2,5	2,3

Zusammenfassend ist anzumerken, dass Obst für die TeilnehmerInnen in jedem Punkt vor den anderen Lebensmittelgruppen liegt. Wenn man die Antworten zu Bekömmlichkeit und Gesundheitsaspekt betrachtet, wird ersichtlich, dass die Jugendlichen über die Eigenschaften von Fast Food Bescheid wissen. Auffallend ist auch, dass sowohl die Zubereitung von Gemüse im Vergleich zu Fast Food als schwieriger als auch die Zubereitungszeit als länger eingeschätzt wird. Dieses Ergebnis sollte in die Gestaltung der Interventionsmaßnahmen (Aktionstage) miteinbezogen werden.

4.1.2.4 Konsumhäufigkeiten und Ernährungsmuster – Lebensmittelgruppen

Um einen Einblick in die Essgewohnheiten der StudienteilnehmerInnen zu gewinnen, wurden Konsumhäufigkeiten verschiedener Lebensmittelgruppen pro Woche erhoben. Zusätzlich gibt Tabelle 4.4 an, wie häufig jene in einer Woche im Durchschnitt konsumiert werden und wie viel Prozent der Jugendlichen täglich danach greifen. Führend, mit einem täglichen Konsum von 51 % der Jugendlichen, sind Fleisch sowie Wurstwaren, welche von 36 % zwei bis dreimal, sowie von 13 % einmal wöchentlich verzehrt werden. Es gibt niemanden der 53 ProbandInnen, welche/r diese Lebensmittel an keinem Tag isst. Dicht dahinter finden sich Käse und Milchprodukte, welche bei 47 % täglich, bei 26 % jeden

zweiten Tag und bei 17 % einmal pro Woche auf den Teller kommen. 9 % gaben an, diese nie zu konsumieren. Die Lebensmittelgruppen der Kategorie *Weißbrot, Frühstücksflocken sowie Müsli und Müsliriegel* werden von 23 Jugendlichen (43 %) täglich gegessen. 21 % nehmen diese Nahrungsmittel zwei bis dreimal, 25 % einmal wöchentlich und 11 % niemals zu sich. Knapp über ein Viertel der Jugendlichen (28 %) essen jeden Tag Gemüse. 38 % und somit der Großteil konsumieren dieses ungefähr an jedem zweiten Tag, gefolgt von 26 % der Jugendlichen, welche nur einmal in sieben Tagen und 8 %, welche nie zu Gemüse greifen. Bezüglich der Häufigkeit des Obstverzehrs ist anzumerken, dass die meisten der ProbandInnen (45 %) zwei bis dreimal pro Woche und gut ein Viertel (26 %) täglich dieses Nahrungsmittel konsumieren. 25 % der TeilnehmerInnen essen an einem Tag in der Woche Obst, während sich ein geringer Prozentsatz von 4 % niemals für Obst entscheidet. Bei der Lebensmittelgruppe *Vollkornprodukte* wurden Brot, Nudel, Haferflocken und Dinkelprodukte als Beispiele angeführt. Sofern allen Jugendlichen der Begriff *Vollkorn* bekannt war, kann Folgendes aus den Antworten abgelesen werden: Der Großteil, nämlich 43 % der Jugendlichen konsumiert ungefähr jeden zweiten Tag pro Woche Produkte aus Vollkorn, 28 % nehmen solche einmal wöchentlich zu sich, während sich 21 % täglich und 8 % nie für diese Produkte entscheiden. Die Lebensmittelkategorie *Süßigkeiten und Chips* ist bei 21 % so beliebt, dass sie täglich verzehrt werden. Pro Woche nehmen 32 % der StudienteilnehmerInnen zwei bis dreimal, 38 % einmal und 9 % nie Süßigkeiten oder salzige Knabbereien zu sich. Fertiggerichte kommen bei 9 % aller ProbandInnen täglich auf den Tisch, während diese von 32 % jeden zweiten Tag, von 40 % einmal pro Woche und von 19 % nie konsumiert werden. Bei Fast Food sieht die Verteilung ähnlich aus. 9 % der Jugendlichen essen jeden Tag Fast Food. Die meisten (45 %) entscheiden sich einmal wöchentlich, 28 % zwei bis dreimal und 17 % nie dafür. Fisch und Meeresfrüchte gehören zu den Lebensmitteln, welche mit Abstand am seltensten von den Jugendlichen konsumiert werden. 45 % nehmen diese nie zu sich, während sie bei 34 % einmal und bei 11 % zwei bis dreimal in der Woche auf dem Speiseplan stehen. Vier (8 %) der insgesamt 53 TeilnehmerInnen gehören zu jenen Personen, welche jeden Tag Fisch oder Meeresfrüchte verzehren. Nahrungsergänzungsmittel werden nur von einem Teilnehmer täglich, von fünf (9 %) zwei bis dreimal pro Woche, von 11 % einmal pro Woche und von 77 % niemals konsumiert.

Tabelle 4. 4: Durchschnittliche Konsumhäufigkeiten der Jugendlichen von verschiedenen Lebensmittelgruppen (an Tagen pro Woche) sowie täglicher Konsum der Lebensmittelgruppen (% der untersuchten Jugendlichen)

	Ø Konsumhäufigkeiten [Tage / Woche]	täglicher Konsum [% der untersuchten Jugendlichen]
Fleisch / Wurstwaren	4,6	50,9
Käse / Milchprodukte	4,1	47,2
Weißbrot / Müsli	3,8	43,4
Gemüse	3,2	28,3
Obst	3,2	26,4
Vollkornprodukte	2,8	20,8
Süßigkeiten und Chips	2,6	20,8
Fertiggerichte	1,9	9,4
Fast Food	1,8	9,4
Fisch / Meeresfrüchte	1,2	7,5
Nahrungsergänzungsmittel	0,5	1,9

Im Vergleich zu den Antworten der österreichischen SchülerInnen der HBSC-Studie 2014 unterscheiden sich die Angaben der hier beforschten Jugendlichen enorm. Sowohl Obst als auch Gemüse wird von jenen weniger häufig konsumiert. Täglich wird von 43,8 % der SchulbesucherInnen Obst und von 30,6 % Gemüse gegessen, womit der Prozentsatz jener vor allem beim Gemüsekonsum höher ist (vgl. Tabelle 4.4). Beim täglichen Fast Food-Verzehr sind es mehr als doppelt so viele Heranwachsende in den spacelabs und Nordrand (9,5 %) als in Österreichs Schulen (4 %). Andererseits essen mehr Jugendliche der HBSC-Studie jeden Tag Süßigkeiten (27,9 %) (BMG 2015: 43). Bei den GAAS-StudienteilnehmerInnen sind es 20,8 %.

Für den österreichischen Ernährungsbericht 2012 wurde unter anderem der Lebensmittelkonsum Erwachsener zwischen 18 und 64 Jahren in Österreich erhoben. Als

ihre Empfehlungsreferenz galt die österreichische Ernährungspyramide (siehe auch Kapitel 2.1). Für die hier beschriebene Studie waren besonders die Lebensmittelgruppen *Gemüse und Hülsenfrüchte*, *Obst*, *Getreide und Kartoffeln*, *Milch und Milchprodukte*, *Fleisch und Wurst* sowie *Fisch* von Interesse. Insgesamt erreichen die für den Ernährungsbericht 2012 befragten Erwachsenen weder bei pflanzlichen Produkten noch bei jenen aus Milch oder Fisch die empfohlene Menge. Demgegenüber übersteigt der Konsum von Fleisch- und Wurstwaren bei beiden Geschlechtern, vor allem aber bei den Männern, die empfohlenen Verzehrmengen. Bei den Frauen beträgt die Abweichung des durchschnittlichen Fleisch- und Wurstwarenkonsums vom empfohlenen 70 %, bei den Männern sogar 220 % (Elmadfa et al. 2012: 321). Wie bereits oben genau beschrieben, kam es bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen der GAAS-Studie zu ähnlichen Ergebnissen (vgl. Tabelle 4.4). Neben den Fleisch- und Wurstwaren, werden auch Milchprodukte, gefolgt von Weißbrot und Müsli von ähnlich vielen TeilnehmerInnen täglich konsumiert.

Um noch zusätzlich eine andere Sichtweise bezüglich des Ernährungsmusters der Jugendlichen zu gewinnen, wurden nach Landsberg et al. (2008: 741) neun Lebensmittel beziehungsweise Lebensmittelgruppen ausgewählt sowie in *gesund* und *ungesund* eingeteilt. Somit standen *Obst*, *Gemüse*, *Milchprodukte*, *Fisch* und *Vollkornprodukte* Produkten aus *Fleisch* und *Weißmehl*, *Süßigkeiten und Chips* sowie *Fast Food* (inklusive Fertiggerichte) gegenüber. Zur Kategorie *ungesund* wurden zusätzlich auch *Limonaden* gezählt. Werden pro Tag oder mehrmals in der Woche mehr als oder genau drei der als *gesund* eingestuften Lebensmittelgruppen und dem gegenüber weniger als drei *ungesunde* verzehrt, gilt dies als positives Ernährungsverhalten. Wenn jedoch in demselben Zeitraum weniger als drei *gesunde* und drei oder mehr *ungesunde* Lebensmittel konsumiert werden, wurde dies einem ungünstigen Ernährungsmuster zugeordnet. Ein *befriedigendes* ernährungsspezifisches Verhalten wurde denjenigen Jugendlichen zugeschrieben, bei welchen andere Kombinationen der Fall waren (Lange et al. 2010: 710).

Von den insgesamt 53 befragten Jugendlichen zeigen 26,4 % ein als *gesund* eingestuftes, 24,5 % ein *ungesundes* und 49,1 % ein *befriedigendes* Ernährungsmuster. Bei der befragten Zielgruppe konnten geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt werden

(vgl. Abbildung 4.5). Während sich je ein Drittel (33 %) der weiblichen Probandinnen auf alle Kategorien gleichmäßig verteilen, ernähren sich unter einem Viertel der Jungen (22 %) *gesund*. 19 % der männlichen Jugendlichen zeigen ein *ungesundes*, der Großteil (59 %) ein befriedigendes Ernährungsverhalten.

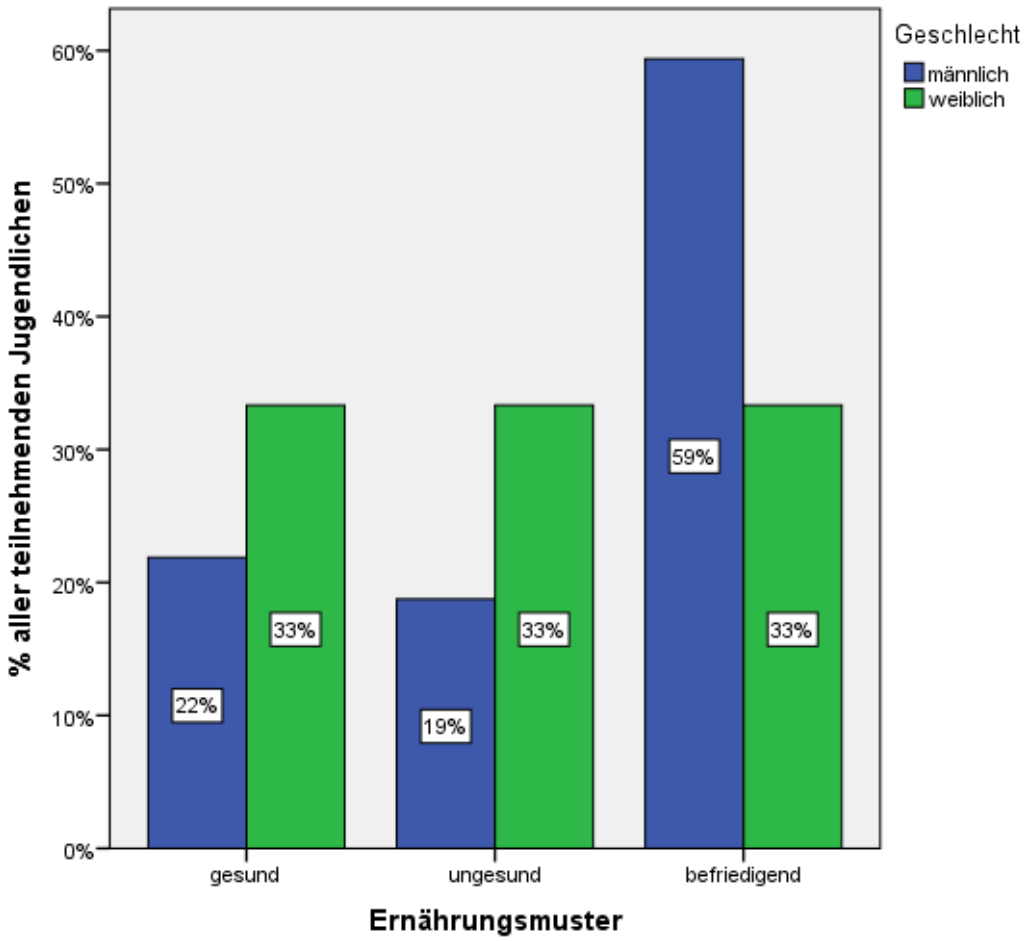


Abbildung 4. 5: Geschlechtsspezifisches Ernährungsmuster der befragten Jugendlichen (in %)

Zusätzlich wurde das Ernährungsmuster der jugendlichen MigrantInnen (53 %) mit jenem der ÖsterreicherInnen (47 %) der spacelabs sowie von Nordrand verglichen. Trotz der relativ kleinen Stichprobe wurde ersichtlich, dass sich die österreichischen ProbandInnen im Allgemeinen besser ernähren, denn mehr ÖsterreicherInnen (34,8 %) zeigen ein *gesundes* Ernährungsmuster. Demgegenüber sind es bei den Jugendlichen mit Migrationshintergrund 17,9 %. Andererseits wurde ein ‚ungesundes' Ernährungsverhalten

bei 17,4 % der ÖsterreicherInnen und bei 32,1 % der MigrantInnen erhoben. In der Kategorie *befriedigend* unterscheiden sich diese zwei Gruppen kaum (ÖsterreicherInnen: 48 %; NichtösterreicherInnen: 50 %).

4.1.2.5 Trinkgewohnheiten

Ergänzend zu den Ergebnissen der Nahrungsmittelkonsumation wurden die Trinkgewohnheiten der Jugendlichen genauer beleuchtet (vgl. Tabelle 4.5). Wasser, Mineralwasser und ungesüßte Tees sind zwar führend, da 66 % aller ProbandInnen diese täglich trinken, jedoch liegt die Empfehlung dieser Flüssigkeiten in der österreichischen Ernährungspyramide bei 1,5 Liter pro Tag (Elmadfa et al. 2012: 311). 34 % der Jugendlichen trinken davon zu wenig. Davon greifen 23 % zwei bis dreimal und 11 % einmal pro Woche zu den zuckerlosen Alternativen. Der Prozentsatz jener, welche diese Flüssigkeiten nicht jeden Tag trinken, macht im Verhältnis zur Empfehlung einen beträchtlichen Teil aus. Zusätzlich ist die Konsumationshäufigkeit der anderen Getränke nicht zu unterschätzen. Limonaden zählen zu den beliebtesten zuckerhaltigen Getränken. Rund 38 % gaben an, täglich diese Getränke zu konsumieren. Knapp ein Viertel aller TeilnehmerInnen (25 %) trinken ungefähr zwei bis dreimal, 21 % mindestens einmal wöchentlich Limonaden. Der kleinste Teil, nämlich 15 %, vermeidet diese Getränke vollkommen. Besonders auffällig ist hier der Prozentsatz der Jugendlichen, welche täglich Limonaden trinken. Im Vergleich zu den SchülerInnen der HBSC-Studie (16 %) (BMG 2015: 42) liegen die NichtschülerInnen (37,7 %) mit ihrem täglichen Konsum deutlich darüber.

Die Fragen zur Konsumhäufigkeit von Energydrinks sowie Fruchtsäften wurden nur von 51 Jugendlichen, jene zu den Molke-Drinks nur von 52 TeilnehmerInnen beantwortet. Mögliche Ursachen dafür könnten Unaufmerksamkeit oder technische Mängel beim Ausfüllen der Fragebögen gewesen sein. Dennoch ist zu erwähnen, dass 28 % der 51 Jugendlichen mindestens einmal täglich, 17 % etwa jeden zweiten Tag, 25 % einmal wöchentlich und 26 % nie zu Energydrinks greifen. Dieselben 51 TeilnehmerInnen konsumieren seltener Fruchtsäfte oder Fruchtsirupe. 11 % trinken diese täglich, 32 % zwei bis dreimal, 19 % einmal und 34 % an keinem Tag der Woche.

Die geringste Beliebtheit der in Tabelle 4.5 angeführten Getränke weisen Molke- und Wellnessdrinks auf. Während erstere von 8 % der 53 Jugendlichen täglich konsumiert werden, sind es nur 6 % von 52 für letztere. An etwa jedem zweiten Tag werden Molke- sowie Wellness-Drinks von jeweils 25 % der Befragten getrunken. Von allen ProbandInnen greifen 36 % einmal pro Woche und 30 % nie zu Getränken aus Molke. Für 21 % der 52 Jugendlichen, welche die Frage zur Konsumationshäufigkeit von Wellness-Drinks beantworteten, sind diese an einem von sieben Tagen interessant, während der Großteil (47 %) nie derartige Getränke trinken.

*Tabelle 4. 5: Häufigkeiten des Getränkekonsums der Jugendlichen (n = 53; *[1] n = 51; *[2] n = 52) (in %) und durchschnittliche Konsumhäufigkeiten der verschiedenen Getränkegruppen (an Tagen pro Woche)*

Konsumhäufigkeiten je Getränk pro Woche [% der Befragten]					Ø Konsumhäufigkeiten [Tage / Woche]
	täglich	2-3x / Woche	1x / Woche	nie	
Wasser, Mineralwasser	66	22,6	11,3	0	5,3
Limonaden	37,7	24,5	20,8	15,1	3,5
Energydrinks*[1]	28,3	17	24,5	26,4	2,8
Fruchtsäfte*[1]	11,3	32,1	18,9	34	1,9
Molke-Drinks	7,5	24,5	35,8	30,2	1,5
Wellness-Drinks*[2]	5,7	24,5	20,8	47,2	1,2

Laut den Empfehlungen der österreichischen Ernährungspyramide sollten pro Tag mindestens 1,5 Liter ungesüßte, ungezuckerte, energiearme Getränke, wie Wasser, Mineralwasser oder Tees konsumiert werden (Elmadfa et al. 2012: 311). Die Ergebnisse des österreichischen Ernährungsberichts von 2012 zeigen, dass die tägliche

Flüssigkeitsaufnahme beider Geschlechter der erwachsenen österreichischen Bevölkerung dieser Empfehlung entspricht. Wasser liegt mit höchster Konsumhäufigkeit vor Mineralwasser, gefolgt von Kaffee, welches das dritthäufigste Getränk der ÖsterreicherInnen darstellt (ibid: 321). Bei der GAAS-Studie wurde das Konsumverhalten der Jugendlichen von Kaffee zwar nicht erhoben, aufgrund der Datenlage ist jedoch anzunehmen, dass Limonaden das koffeinhaltige Getränk ablösen würden.

4.1.3 Bewegungs- und Gesundheitsverhalten

Da Bewegung für eine gute Gesundheit essentiell ist, wurden die Jugendlichen über ihre körperliche Aktivität sowie die Häufigkeit dieser befragt. Um ein zusätzliches Bild von ihrem Gesundheitszustand zu erlangen, beantworteten die Jugendlichen Fragen zu Diätverhalten, Konsumhäufigkeiten von Alkohol wie auch von Suchtmitteln. Überdies wurden Informationen über die persönliche Wahrnehmung des eigenen Körpers sowie über jene des eigenen Gesundheitszustands eingeholt, um noch tiefere Einblicke diesbezüglich zu gewinnen.

4.1.3.1 Sport

Insgesamt gaben 41 aller 53 Jugendlichen an, Sport zu betreiben. Von diesen 77 % wurden des Weiteren Informationen zu Häufigkeiten, Zeitaufwand sowie Sportarten erhoben. Außerdem wurden standortbezogene wie auch geschlechtsspezifische Unterschiede analysiert.

Bei individueller Betrachtung des Sportverhaltens der Jugendlichen der einzelnen Standorte ergaben sich folgende Ergebnisse: Während im spacelab_kreativ 15 % keinen Sport treiben, sind es im spacelab_gestaltung 17 % und in Nordrand 22 % aller Jugendlichen. Spacelab_girls liegt mit 30 % an Nichtsportlerinnen knapp vor dem spacelab_umwelt, in welchem 33 % niemals Sport machen (vgl. Abbildung 4.6). Mögliche Ursachen dieser Ergebnisse könnten die unterschiedlichen Gruppendynamiken beziehungsweise Peergroups oder auch die verschiedenen Kulturkreise sein. Zusätzlich

sind es aber auch geschlechtsspezifische Unterschiede, welche bei den Angaben zu körperlicher Aktivität zu berücksichtigen sind.

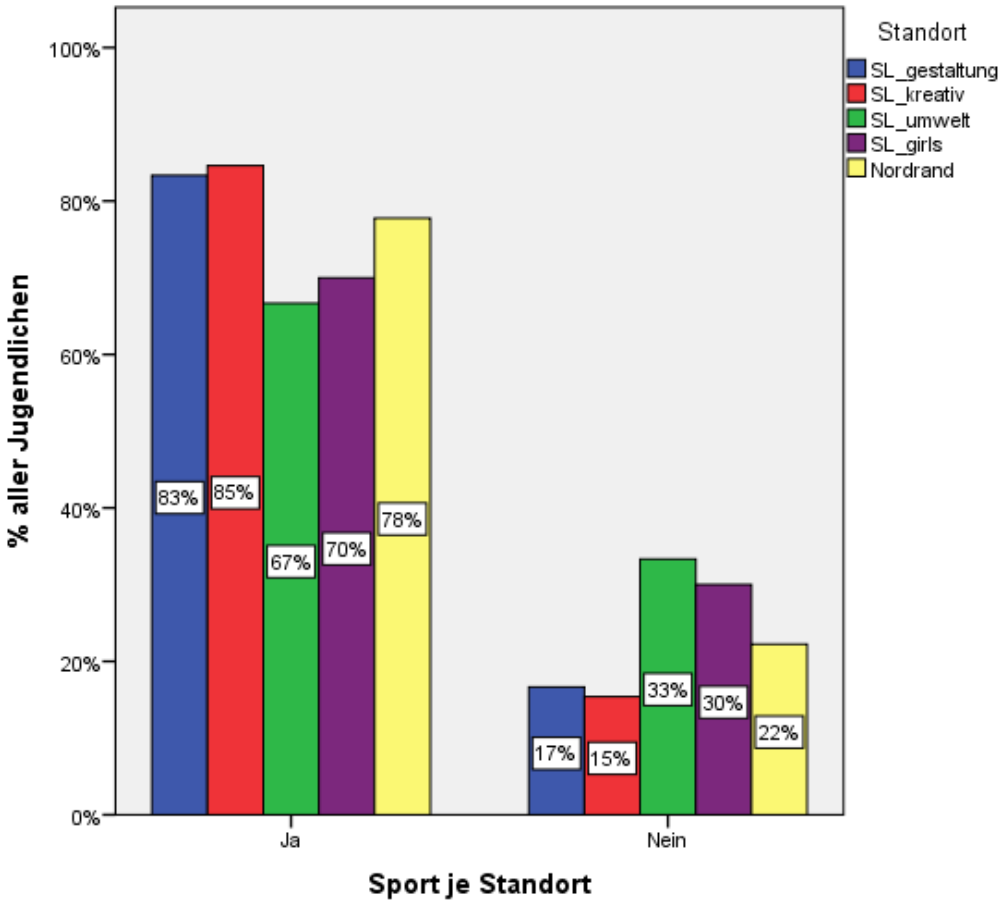


Abbildung 4. 6: Standortspezifische sportliche Betätigung aller teilnehmenden Jugendlichen (in %)

Von allen 32 männlichen Teilnehmern zählen 81 %, von allen 21 weiblichen Teilnehmerinnen rund 71 % zu den Sportbetreibenden. Insgesamt macht der Großteil jener männlichen Befragten etwa jeden Tag Sport, während die meisten Mädchen zwei bis dreimal pro Woche sportlich aktiv sind. Bei 46 % der Jungen beträgt der Zeitaufwand je sportlicher Betätigung zwischen einer und zwei Stunden, bei jeweils 27 % entweder zwischen 30 und 60 Minuten oder mehr als zwei Stunden. Bei den Mädchen sind es jeweils 33 %, welche entweder mehr als zwei Stunden oder zwischen 30 und 60 Minuten pro Sporteinheit aufwenden. 27 % der Jugendlichen verbringen zwischen einer und zwei

Stunden je sportliche Betätigung, 7 % ungefähr eine halbe Stunde. Es besteht ein geringer Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen, wonach sich die Jungen mehr Zeit für Sport nehmen.

Anhand der von den Jugendlichen angegebenen Häufigkeiten, zu welchen Sport betrieben sowie dem Zeitaufwand, welcher dafür aufgewendet wird, wurde ihr Aktivitätsniveau in vier Kategorien (*inaktiv*, *geringfügig körperlich aktiv*, *mittleres körperliches Aktivitätsniveau*, *hohes körperliches Aktivitätsniveau*) eingeteilt (vgl. Abbildung 4.7) (Titze et al. 2010: 12). Nach den österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung wird Inaktivität dadurch bestimmt, dass die körperliche Aktivität nicht über die Basisbewegung hinausgeht. Mit diesem niedrigen Aktivitätslevel gehen auch Gesundheitsrisiken einher. Menschen mit einer geringfügigen körperlichen Aktivität, bewegen sich zwar mehr als jene der ersten Kategorie, sie liegen jedoch trotzdem unter den gesundheitsfördernden Mindestempfehlungen. Eine körperliche Aktivität zwischen zweieinhalb und fünf Stunden pro Woche wird als mittel bezeichnet und hat positive Auswirkung auf die Gesundheit. Personen, welche sich mehr als fünf Stunden wöchentlich aktiv bewegen, werden dem obersten Aktivitätsniveau zugeordnet. Diese Bewegungsform hat einen zusätzlich förderlichen Effekt auf den Gesundheitszustand (ibid: 12).

Abbildung 4.7 zeigt, dass der Großteil der weiblichen TeilnehmerInnen (38 %) über 300 Minuten und die wenigsten jener (5 %) zwischen zwei und fünf Stunden für körperliche Bewegung aufwendet, während jeweils 29 % entweder *inaktiv* oder nur *geringfügig körperlich aktiv* sind. Im Vergleich dazu befinden sich 47 % der männlichen Jugendlichen in der höchsten Kategorie, während 19 % zwischen 150 und 300 Minuten pro Woche mit aktiver Bewegung verbringen. Bei 19 % der Jungen, welche *inaktiv* und 16 % jener, welche nur *geringfügig körperlich aktiv* sind, kommt Sport am schlechtesten an.

Allgemein liegt die Kategorie des höchsten Aktivitätsniveaus bei beiden Geschlechtern vorne, jedoch gibt es mehr Mädchen, welche nicht oder nur wenig körperlich aktiv sind. Auch im mittleren Bewegungsniveau liegen die männlichen Jugendlichen deutlich vor ihren weiblichen Kolleginnen.

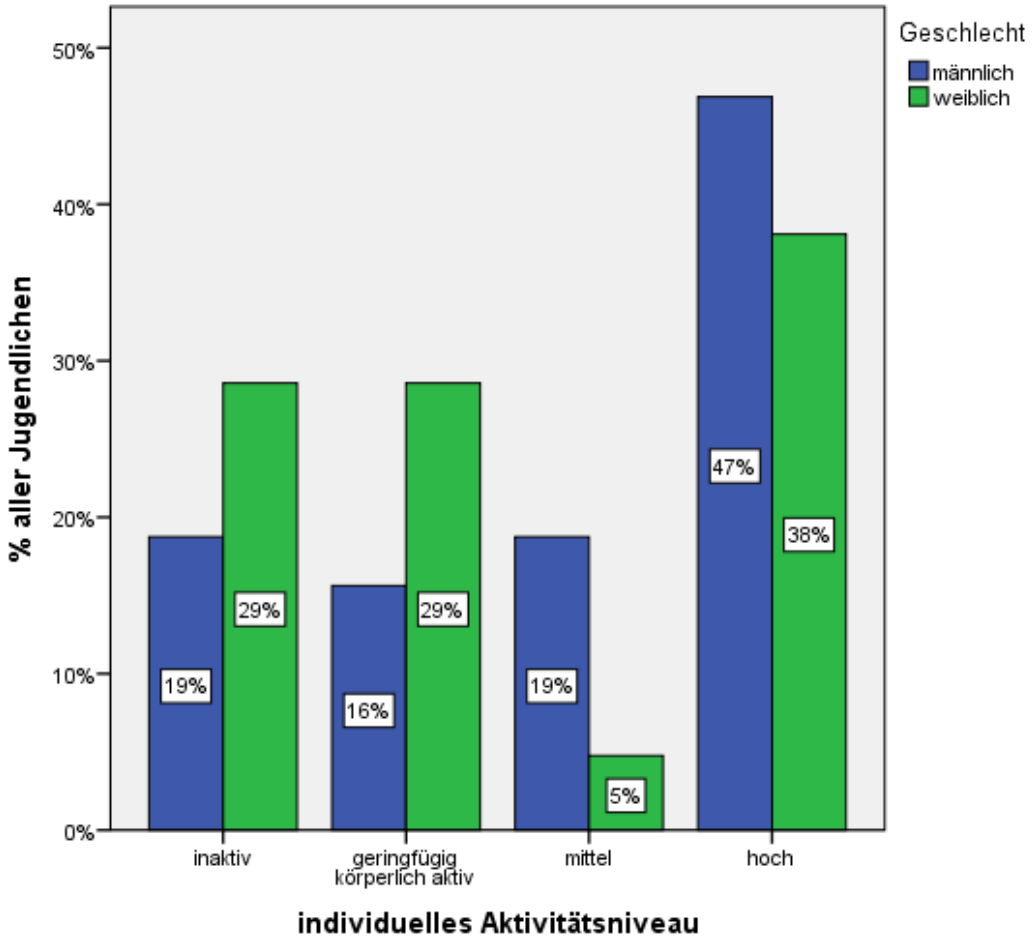


Abbildung 4. 7: Individuelles Aktivitätsniveau aller Jugendlichen nach Geschlecht (% der Befragten), gruppiert in inaktiv (Basisbewegung), geringfügig körperlich aktiv (über Basisbewegung hinaus), mittleres (2,5 bis 5 Stunden) und hohes Aktivitätsniveau (> 5 Stunden pro Woche)

Der Durchschnitt der Angaben zur Sporthäufigkeit aller TeilnehmerInnen ergab 5,1 Stunden an aktiver Bewegung in einer Woche. Im Vergleich zu den Jugendlichen der HBSC-Studie (wöchentlich 4,8 Stunden) liegen die ProbandInnen der spacelabs und Nordrand, mit rund 18 Minuten pro Woche knapp darüber. Bei geschlechtsspezifischer Gegenüberstellung der Ergebnisse der GAAS-StudienteilnehmerInnen konnten deutliche Unterschiede festgestellt werden. Während die Mädchen im Durchschnitt vier Stunden in sieben Tagen für Sport aufwenden, sind es bei den Jungen rund 5,8 Stunden. Bei den SchülerInnen der HBSC-Studie wurde derselbe Trend festgestellt, jedoch ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht so groß (Mädchen: 4,5 Stunden, Jungen: 5,2 Stunden/Woche). Im Vergleich zu den Schülerinnen, sind die Mädchen der spacelabs

und Nordrand um eine halbe Stunde je Woche kürzer körperlich aktiv, was einen bedeutenden Unterschied dieser zwei Jugendgruppen darstellt. Bei den Jungen hingegen, ist dies umgekehrt. Hier sind es die Teilnehmer des GAAS-Projekts, welche im Vergleich zu den Schülern über 35 Minuten mehr pro Woche an Sport treiben. Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, empfiehlt die WHO für Jugendliche zwischen elf und 17 Jahren mindestens eine Stunde Bewegung pro Tag und folglich sieben Stunden je Woche. Trotz des eigentlich hohen Anteils der ProbandInnen der GAAS-Studie, welche mehr oder weniger sportlich aktiv sind, kommen nur knapp ein Viertel (24,5 %) an diese Empfehlungen. Bei den SchülerInnen sind es 28,5 %, also etwas mehr (BMG 2015: 36ff.). Hier ist anzumerken, dass im Fragebogen des GAAS-Projekts ausschließlich nach Sport gefragt wurde und somit der Großteil der Jugendlichen der spacelabs und Nordrand zu Fuß gehen nicht mitzählte. Bei der HBSC-Studie wurde diese Aktivität miteinbezogen. Nichtsdestotrotz ist hierbei der Unterschied zwischen den SchülerInnen und NichtschülerInnen eher gering, womit keine Abhängigkeit zwischen sportlicher Aktivität und Bildungsstand festgestellt werden konnte.

Mit der Frage, welche Sportarten die Jugendlichen ausüben, konnte ein Einblick in die sportlichen Vorlieben dieser gewonnen werden. Dies sollte vor allem für die Gestaltung der Aktionstage zum Thema Bewegung hilfreich sein. Fußball wurde bei diesem Punkt am häufigsten genannt, wobei auch Joggen eine beliebte Bewegungsart darstellt. Schwimmen sowie Basketball folgen auf den Plätzen drei und vier. Weitere sportliche Aktivitäten wurden von mehreren, andere jeweils nur von einer/m Jugendlichen genannt (vgl. Tabelle 4.6).

Tabelle 4. 6: Beliebtheit diverser Sportarten aller Jugendlichen

Sportarten	Anzahl der Nennungen
Fußball	11
Joggen	8
Schwimmen	6

Basketball	5
Tanzen, Fahrradfahren, Parkour, Fitness(-studio)	jeweils 4
Krafttraining, Spazieren, Eislaufen	jeweils 3
Volleyball, Rollschuhfahren, Skifahren oder Snowboarden, Reiten, Ringen, Klettern oder Bouldern, (Thai-)Boxen	jeweils 2
Badminton, Bodybuilding, Cheerleading, Poledance, Yoga, Eishockey, Schwangerschaftsgymnastik	jeweils 1

4.1.3.2 Körperwahrnehmung

Im Zuge des Fragebogens wurden die Jugendlichen über das persönliche Empfinden ihres Körpergewichts befragt. Für die Auswertung wurden die Kategorien *viel zu dünn* und *ein bisschen zu dünn* in *zu dünn* sowie *ein bisschen zu dick* und *viel zu dick* in *zu dick* zusammengefasst. Dies diente vor allem dazu, um die nun auf drei reduzierten Kategorien, nämlich *zu dünn*, *ungefähr das richtige Gewicht* und *zu dick,* mit den Ergebnissen anderer Studien besser vergleichen zu können. Zusätzlich wurden die männlichen getrennt von den weiblichen TeilnehmerInnen betrachtet. Der Großteil der Mädchen (71 %) nimmt ihren Körper als zu dick wahr, während 19 % zufrieden mit ihrem Gewicht sind und sich 10 % zu dünn finden. Innerhalb der männlichen Gruppe ergab sich eine ähnliche Verteilung auf die drei Kategorien. Jeweils 34 % gaben an, sich entweder im normalen oder im oberen und 31 % im unteren Gewichtsbereich zu befinden (vgl. Abbildung 4.8). Aufgrund der Tatsache, dass sich nicht alle ProbandInnen des GAAS-Projekts wiegen und messen ließen, konnte kein aussagekräftiger Zusammenhang zwischen Wahrnehmung und eigentlichem Körperzustand ermittelt werden.

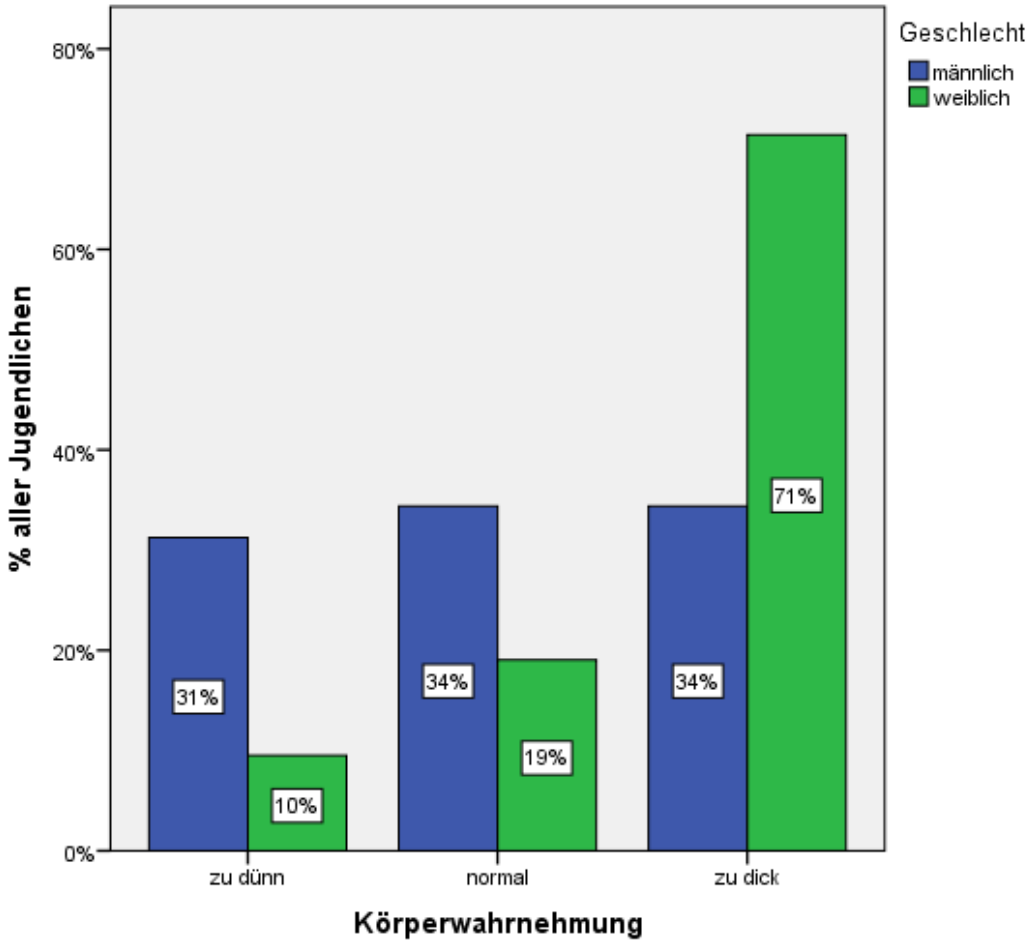


Abbildung 4. 8: Geschlechtsspezifische Körperwahrnehmung der Jugendlichen aller Standorte (% der Befragten)

Für einen weiteren Vergleich dienten auch hier die Ergebnisse der HBSC-Studie von 2014. Um altersbedingte Unterschiede bestmöglich zu vermeiden, wurden von der gesamten SchülerInnenpopulation ausschließlich die Antworten der 17-Jährigen herangezogen.

Im Vergleich zu den weiblichen ProbandInnen des GAAS-Projekts, deren Angaben bereits weiter oben beschrieben wurden, fühlen sich 46,6 % der 17-jährigen Schülerinnen zu dick, 44,7 % genau richtig und 8,7 % zu dünn (BMG 2015: 27). Ein grundlegender Unterschied zwischen den beiden weiblichen TeilnehmerInnengruppen ist vor allem bei jenen sich zu dick Fühlenden zu erkennen. Es sind wesentlich mehr Mädchen der spacelabs und Nordrand, welche sich als zu beleibt einstufen. Zusätzlich gaben auch mehr als doppelt so

viele Schülerinnen als weibliche Teilnehmerinnen, welche sich nicht in Ausbildung befinden, ein gerade richtiges Gewicht an.

Bei den Jungen gibt es zwischen den Schülern und den männlichen Studienteilnehmern der spacelabs und Nordrand keine solch grundlegenden Unterschiede wie bei den weiblichen Kolleginnen. Von den 17-jährigen Schulbesuchern gaben 27,5 % an sich zu dick, 51,2 % normal und 21,4 % zu dünn zu fühlen. Vor allem in der Gruppe, welche den eigenen Körper als genau richtig einstufte, sind weniger Jungen (34 %), welche sich nicht in Ausbildung befinden, als Schüler. Andererseits fühlen sich weniger männliche Schulbesucher zu dick (27,5 % zu 34 %), sowie auch weniger dieser zu dünn (21,4 % zu 31 %) (BMG 2015: 27).

4.1.3.3 Diätverhalten

Überleitend von der Körperwahrnehmung zielte die nächste Frage auf das Diätverhalten der ProbandInnen ab. Trotz einiger Jugendlicher, welche sich zu dick zu finden (insgesamt 49 %), gaben 15 % all jener an, eine Diät zu halten. Von den weiblichen Teilnehmerinnen fasteten 19 %, von den Jungen 12,5 %. Mehr als die Hälfte aller Mädchen (52,4 %) folgten zwar zum Zeitpunkt der Erhebung keiner Diät, meinten jedoch eigentlich abnehmen zu sollen. Die restlichen Aussagen der weiblichen Jugendlichen decken sich mit jenen zur Körperwahrnehmung (Abb. 4.6): 19 % machen keine Diät, weil sie ihr *Gewicht gerade richtig* finden und 9,5 % denken, sie sollten ohnehin *zunehmen*. Bei den Jungen fasteten im Befragungszeitraum 12,5 %, während 21,9 % dies verneinten, obwohl es ihnen eigentlich als nötig erscheint. Obwohl 34 % ihren Körper als normal wahrnehmen (siehe Kapitel 4.1.3.2), kreuzten nur 28,1 % aller männlichen TeilnehmerInnen bei der Frage zum Diätverhalten an, ihr Gewicht richtig zu finden und deshalb keine Diät zu machen. 37,5 % der Jungen verneinen gewichtsreduzierende Maßnahmen, da sie der Meinung sind, zunehmen zu müssen.

Allgemein ist zu sagen, dass im Verhältnis mehr weibliche Jugendliche Diät halten und mehr als die Hälfte jener abnehmen wollen obwohl sie zum Zeitpunkt der Erhebung nicht fasteten. Im Vergleich zu den Mädchen finden mehr Jungen ihr Gewicht gerade richtig und geben eher an zunehmen zu wollen. Hier ist noch anzumerken, dass die Antworten

zur Körperwahrnehmung der männlichen Teilnehmer nicht mit jenen ihres Diätverhaltens übereinstimmen. Eine negative Einstellung der Jungen gegenüber Diäten wie auch die Meinung, dass Diäten Frauensache seien, könnten die möglichen Gründe dafür darstellen.

Im Vergleich zum oben beschriebenen Diätverhalten der Zielgruppe des GAAS-Projekts, gibt es zu jenem der österreichischen 17-jährigen SchülerInnen der HBSC-Studie teilweise grundlegende Unterschiede. Insgesamt hielten mehr weibliche Schülerinnen zum Zeitpunkt der Erhebung eine Diät (26,2 % zu 19 %), während sich der Prozentsatz zwischen den beiden männlichen Studienteilnehmergruppen kaum unterschied (14,3 % der Schüler; 12,5 % der Nichtschüler). Mehr als doppelt so viele Mädchen in den spacelabs und Nordrand (52,4 %) als Schülerinnen (24 %) gaben an, nicht zu fasten, dies eigentlich aber für nötig zu halten. Beim anderen Geschlecht lag das Verhältnis derselben Angabe bei 21,9 % der Nichtschüler zu 11,4 % der Schüler. Im Vergleich zu den HBSC-Studienteilnehmerinnen (5,3 %) kreuzten beinahe doppelt so viele Mädchen des GAAS-Projekts (9,5 %) an, eigentlich zunehmen zu sollen. Bei den Jungen ergab sich hierbei ein noch größerer Unterschied. Mehr als der doppelte Prozentsatz an Jungen in den spacelabs und Nordrand (37,5 %) als in den Schulen (15,8 %) wählte die Option eigentlich zunehmen zu wollen. Im Gegensatz dazu liegen bei der Antwortmöglichkeit *Nein, mein Gewicht ist gerade richtig* bei beiden Geschlechtern die SchulbesucherInnen vorne. Diese wurde von 58,5 % der 17-jährigen Schüler im Vergleich zu 28 % der Nichtschüler und von 44,5 % der weiblichen Schülerinnen im Gegensatz zu 19 % der Nichtschülerinnen gewählt (BMG 2015: 27).

Zusammenfassend kann erwähnt werden, dass die SchülerInnen der HBSC-Studie im Allgemeinen zufriedener mit ihrem Gewicht scheinen. Der Großteil beider Geschlechter schätzt ihren Körper als gerade richtig ein. Je Auswahlmöglichkeit, entweder zunehmen zu wollen oder sich weniger Gewicht zu wünschen, entschieden sich mehr als doppelt so viele Jungen wie auch Mädchen der spacelabs und Nordrand als SchülerInnen dafür. Verschiedene Gründe können bezüglich den unterschiedlichen Angaben der beiden Jugendgruppen vermutet werden: Abweichung des tatsächlichen Gewichtszustands der NichtschülerInnen von der Norm, differenzierte Vorstellungen vom ‚genau richtigen' Gewicht wie auch eventuell stärkere Beeinflussung durch soziale Medien.

4.1.3.4 Alkoholkonsum

Insgesamt konsumieren 57 % der GAAS-StudienteilnehmerInnen seltener als zweimal pro Monat Alkohol, während die übrigen 43 % mindestens an zwei Tagen im Monat danach greifen. Zwischen männlichen und weiblichen ProbandInnen gibt es keine signifikanten Unterschiede. Während rund 6 % der TeilnehmerInnen täglich Bier trinken, wird keines der anderen alkoholischen Getränke zur selben Häufigkeit konsumiert. Absteigend greifen wöchentlich 17 % zu Bier, jeweils rund 11 % zu Schnaps oder anderen alkoholischen Getränken, rund 9 % zu Mischgetränken und rund 8 % zu Wein, Sekt oder Most (vgl. Tabelle 4.7).

Tabelle 4. 7: Konsumhäufigkeiten der StudienteilnehmerInnen (n = 53) von alkoholischen Getränken pro Woche (% der Befragten)

Konsumhäufigkeit [% der Befragten]					
	täglich	jede Woche	2x im Monat	seltener	nie
Bier	5,7	17	7,5	15,1	54,7
Schnaps, Liköre	0	11,3	15,1	20,8	52,8
andere alkoholische Getränke (Cocktails, etc.)	0	11,3	13,2	15,1	60,4
Alkopops, Alkoholmischgetränke	0	9,4	13,2	22,6	54,7
Wein, Sekt, Most	0	7,5	11,3	11,3	69,8

Im Vergleich zur HBSC-Studie zum Gesundheitsverhalten österreichischer SchülerInnen ist der Alkoholkonsum der Jugendlichen der spacelabs und von Nordrand deutlich höher. Während 16 % der Schülerschaft mindestens einmal wöchentlich Alkohol konsumieren, sind es bei den NichtschülerInnen des GAAS-Projekts doppelt so viele (32 %) (BMG 2015: 48).

Zusätzlich zu den Ergebnissen des GAAS-Projekts wurden hier zum Vergleich jene der Drogenaffinitätsstudie 2011 des BZgAs betrachtet. Die Daten dieser jungen deutschen Erwachsenen zeigten keine signifikante Korrelation zwischen sozioökonomischem beziehungsweise Ausbildungsstatus und regelmäßigem Alkoholkonsum. Unterschiede zwischen dem Alkoholverhalten der GymnasiastInnen gegenüber jenem der SchülerInnen in berufsbildenden Schulen, der Lehrlinge, der Arbeitenden und der Erwerbslosen waren zwar gegeben, jedoch zu gering, um Abhängigkeiten anzunehmen (BZgA 2012: 23).

4.1.3.5 Tabakkonsum

Um weitere Einblicke in den Lebensstil der jugendlichen TeilnehmerInnen zu gewinnen, wurde nach der Häufigkeit ihres Tabakkonsums gefragt. Knapp mehr als die Hälfte der ProbandInnen (53 %) rauchen täglich Zigaretten. 2 % greifen einmal oder öfter pro Woche, 6 % seltener als einmal wöchentlich zu Tabak. Insgesamt gehören 40 % zu den Nichtraucherinnen und Nichtrauchern (vgl. Abbildung 4.9).

Zwischen dem Rauchverhalten weiblicher und männlicher Jugendlicher des GAAS-Projekts ergab sich kein signifikanter Unterschied, wobei auch das ungleiche Geschlechterverhältnis der Befragten beachtet werden muss. Dennoch ist zum standortspezifischen Tabakkonsum zu erwähnen, dass in Nordrand 89 % der befragten Jugendlichen zu den RaucherInnen zählen, während in den spacelabs Gestaltung und Umwelt jeweils 67 % wenigstens hin und wieder eine Zigarette rauchen. Es folgen das spacelab_kreativ mit 46 % und das spacelab_girls mit 40 % aller ProbandInnen.

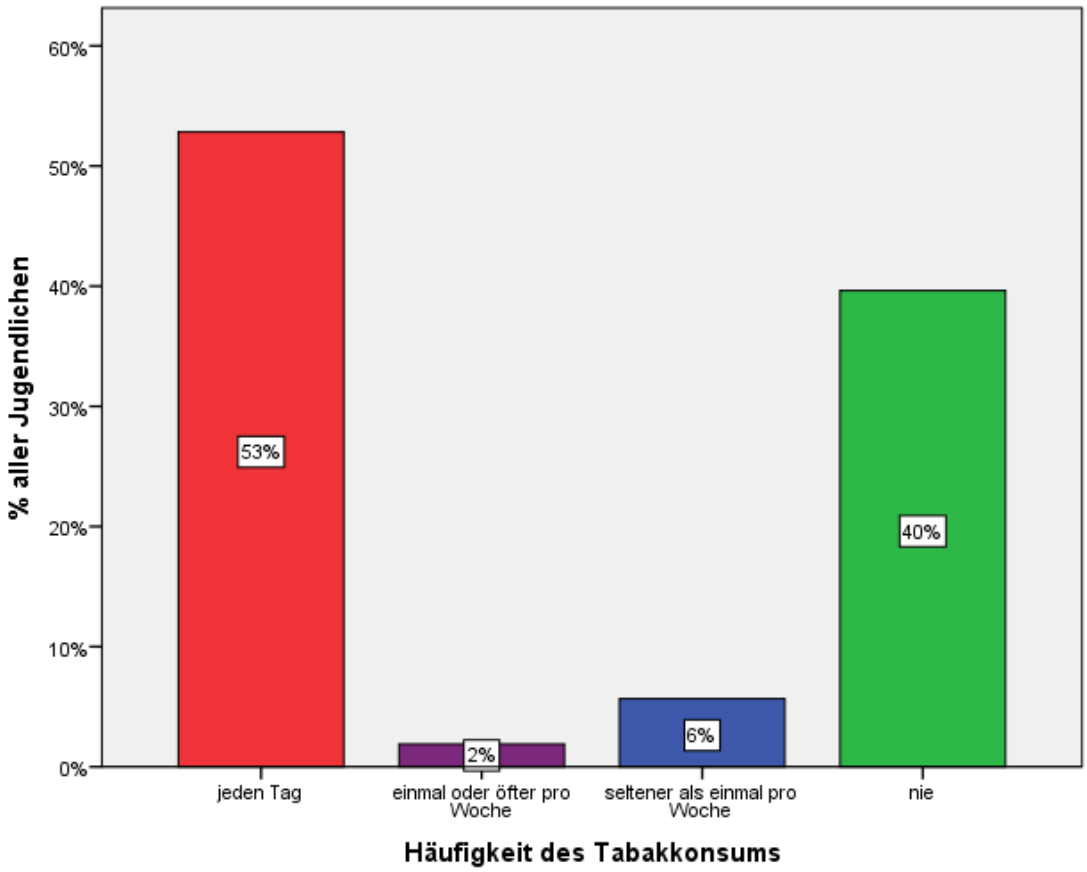


Abbildung 4. 9: Häufigkeit des Tabakkonsums (% der Jugendlichen)

Im Vergleich lagen die SchülerInnen, welche im Zuge der HBSC-Studie befragt wurden, mit ihren Angaben zur Tabakkonsumhäufigkeit deutlich hinter jenen der nichtschulbesuchenden Jugendlichen des GAAS-Projekts. Der tägliche Tabakkonsum dieser (53 %) ist im Vergleich zur Häufigkeit, mit welcher die SchülerInnen rauchen, enorm (10 % der 15-Jährigen und 16 % der 17-Jährigen). Auch der Anteil der NichtraucherInnen der beiden ProbandInnengruppen unterscheidet sich bedeutend (69 % der SchülerInnen zu 40 % der NichtschülerInnen) (BMG 2015: 47f.).

Bei zusätzlicher Betrachtung der Angaben der Lehrlinge der Gesundheitsbefragung 2015 des FGÖ wird ersichtlich, dass von diesen genau die Hälfte täglich Tabak konsumiert. Damit liegen sie nur knapp hinter den GAAS-StudienteilnehmerInnen, wobei die SchülerInnen mit ihren Ergebnissen weit dahinterliegen. Der Prozentsatz der GelegenheitsraucherInnen unter den Auszubildenden beträgt 11 %, gefolgt von der hier

beforschten Zielgruppe mit 8 %. Bei den NichtraucherInnen liegen die Jugendlichen der spacelabs und Nordrand (40 %) nur knapp vor den Lehrlingen (39 %), während es bei den SchulbersucherInnen doch bedeutend mehr sind (69 %) (Health4You 2015: 13f; BMG 2015: 47).

Fazit dieser Vergleiche ist, dass es bei den SchülerInnen deutlich weniger RaucherInnen gibt, als bei den Jugendlichen, welche keine höhere Schule besuchen. Für den Großteil der Jugendlichen der spacelabs und Nordrand wie auch der Lehrlinge ist ein täglicher Konsum bereits normal oder nötig. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Rauchen von Zigaretten in direkter Abhängigkeit mit dem Bildungsgrad steht, wobei vermutet werden kann, dass auch der sozioökonomische Status Einfluss auf den Tabakkonsum nimmt.

Zur ergänzenden Untermauerung dieser Erkenntnis dienen die Ergebnisse der KiGGS-Studie zum Rauchverhalten deutscher Kinder und Jugendlicher sowie der 2011 erhobenen Drogenaffinitätsstudie Jugendlicher in Deutschland. Daten ersterer zeigen einen erhöhten Tabakkonsum bei Heranwachsenden mit einem niedrigen SES gegenüber jenen mit besserem sozialen Hintergrund (Hempel et al. 2006: 63). Auch in der zweiten Studie wurden signifikante Unterschiede im Tabakkonsum jugendlicher Studien-teilnehmerInnen, abhängig von SES und Bildungsgrad, festgestellt (BZgA 2012: 37). Unter den GymnasialschülerInnen gibt es deutlich mehr NichtraucherInnen als unter den Lehrlingen, den ArbeiterInnen oder den Erwerbslosen. Außerdem zählen von den zuvor genannten Gruppen deutlich mehr zu den täglichen beziehungsweise den starken RaucherInnen (über zehn Zigaretten pro Tag) als von den GymnasiastInnen. Regelmäßiges und starkes bis sehr starkes Rauchen ist vor allem bei den Arbeitslosen am höchsten (ibid: 38).

4.1.3.6 Drogenkonsum

Drogenkonsum spielt laut Angaben der TrainerInnen der verschiedenen Standorte immer wieder eine große Rolle bei den Jugendlichen. Für den Fragebogen gaben 11 % aller StudienteilnehmerInnen an, jeden Tag Drogen zu nehmen. Während 4 % mindestens

einmal und 13 % seltener als einmal pro Woche Drogen konsumieren, verneinten 72 % eine Konsumation gänzlich.

Wegen der Verwendung des Überbegriffs Drogen im GAAS-Fragebogen, konnte hier kein direkter Vergleich mit den Ergebnissen der österreichischen SchülerInnen der HBSC-Studie 2014 angestellt werden. Jenen wurden nämlich ausschließlich Fragen zur Konsumhäufigkeit von Cannabis gestellt. Dabei gaben 17 % der über 15-jährigen SchulbesucherInnen an, mindestens einmal in ihrem Leben diese psychoaktive Substanz zu sich genommen zu haben. Rund 6 % der Befragten konsumierten in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung Cannabis (BMG 2015: 49). Dennoch geht aus diesen Angaben hervor, dass im Verhältnis mehr NichtschülerInnen als SchülerInnen Drogen zu sich nehmen.

In der deutschen Drogenaffinitätsstudie 2011 des BZgAs zeigten sich keine signifikanten sozialen oder bildungsbedingten Unterschiede beim illegalen Drogenkonsum von jungen Erwachsenen. Der regelmäßige Gebrauch von psychoaktiven Substanzen der SchülerInnen in berufsbildenen Schulen, der Lehrlinge, der Erwerbstätigen und der Arbeitslosen ist zwar höher als jener der GymnasiastInnen, der Unterschied bleibt im Vergleich jedoch gering (BZgA 2012: 48f.).

Trotz der oben beschriebenen Erkenntnisse sollten die Ergebnisse dieser sehr persönlichen Frage eher kritisch betrachtet werden, da anzunehmen ist, dass einige der GAAS-TeilnehmerInnen, womöglich aus Angst oder Scham, nicht wahrheitsgetreu antworteten.

4.1.3.7 Wahrnehmung – Gesundheitszustand

Abschließend für das Unterkapitel 4.1.3 zum allgemeinen Gesundheitsverhalten wurde eine Frage zur persönlichen Wahrnehmung des Gesundheitszustands gestellt. Insgesamt standen den TeilnehmerInnen zehn Punkte zur Auswahl, wobei die Zahl 1 das schlechteste und die Zahl 10 das beste Ergebnis darstellte. Für den Gesundheitszustand der ProbandInnen ergab sich der Mittelwert von 6,3 mit einer Standardabweichung von 2,1. Somit schätzen rund 65 % ihre Gesundheit im mittleren Bereich (zwischen vier und acht)

ein. Während jeweils nur eine Jugendliche oder ein Jugendlicher ihrem/seinem Gesundheitszustand einen und zwei Punkte zusprach, vergaben fünf der TeilnehmerInnen neun und drei die maximale Punkteanzahl von zehn.

Um dieses Ergebnis mit jenen anderer Studien vergleichen zu können, wurde die Skala auf fünf Punkte reduziert. Folglich entspricht ein Punkt einem *sehr schlechten* Gesundheitszustand, die Punkte zwei bis einschließlich vier einem *eher schlechten*, fünf und sechs einem *mittelmäßigen*, sieben bis inklusive neun einem *eher guten* und zehn Punkte einem *sehr guten* und *ausgezeichneten*.

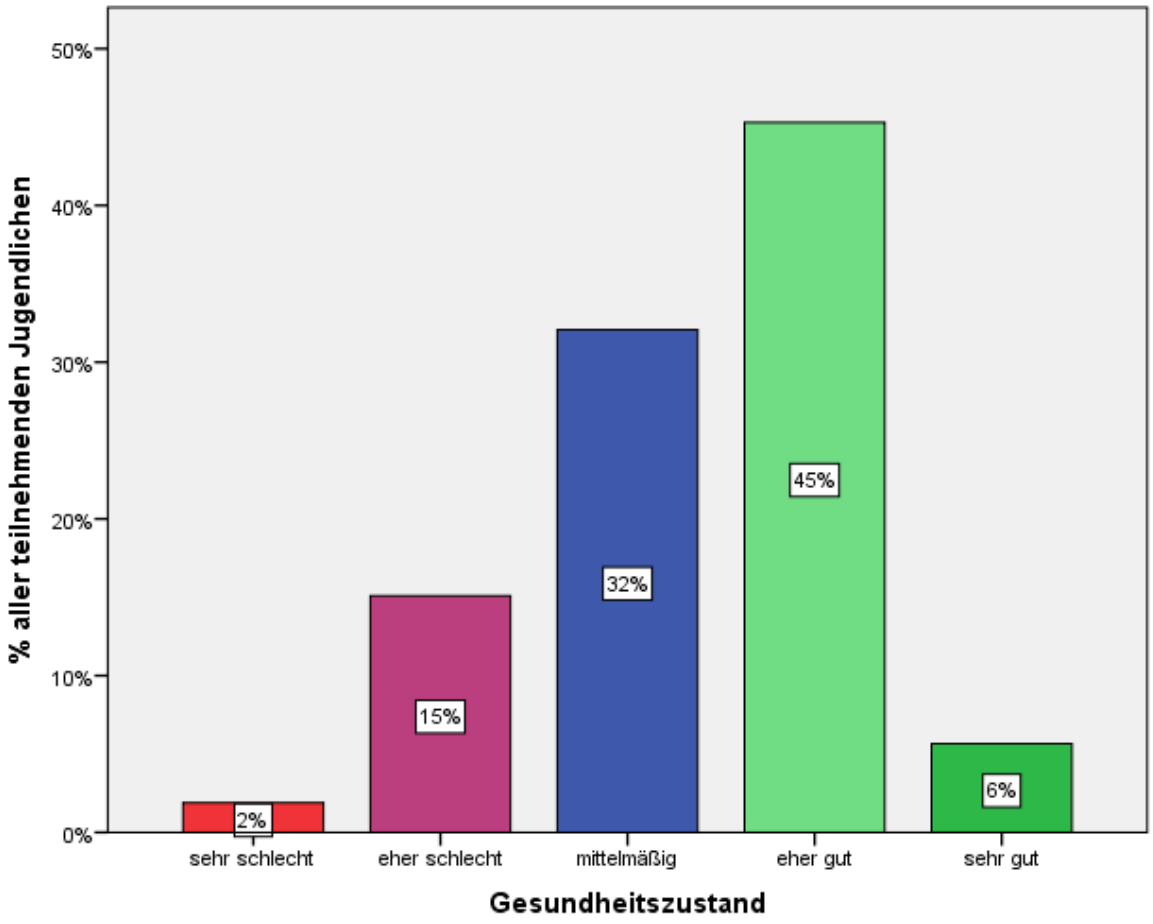


Abbildung 4. 10: Subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands der teilnehmenden Jugendlichen (% der Befragten)

Die Lehrlinge der Gesundheitsbefragung 2015 des FGÖ schnitten ähnlich der hier beforschten Zielgruppe ab. Bei den insgesamt 778 befragten Lehrlingen gaben in absteigender Reihenfolge 40 % einen *guten*, 34 % einen *mittelmäßigen*, 17 % einen *sehr guten*, 8 % einen *schlechten* und 1 % einen *sehr schlechten* Gesundheitszustand an (Health4You 2015: 11). Nach der neuen Einteilung ergaben sich für die Jugendlichen der spacelabs und Nordrand folgende Werte: 45 % beschrieben ihre momentane Gesundheit als *eher gut*, gefolgt von 32 %, welche *mittelmäßig* am Angebrachtesten fanden. Während sich diese beiden Ergebnisse stark mit den Angaben der Lehrlinge decken, sind es nur rund 6 % der GAAS-StudienteilnehmerInnen, welche ihren Gesundheitszustand für *sehr gut* hielten (Lehrlinge: 17 %) und 15 %, welche der Meinung waren eine *eher schlechte* Gesundheit (Lehrlinge: 8 %) zu haben (vgl. Abbildung 4.10). Die Antwortrate der schlechtesten Kategorie (2 %) ist wiederum jener der Lehrlinge ähnlich. Allgemein ist die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands der Jugendlichen der spacelabs und Nordrand verglichen mit jener der Lehrlinge der FGÖ-Befragung weniger gut, da vor allem bei der besten Kategorie verhältnismäßig wenige und bei der Auswahlmöglichkeit *eher schlecht* mehr zuzuordnen waren.

Im Vergleich zu den SchülerInnen der HBSC-Studie des Jahres 2014, in welcher diese ihren selbst eingeschätzten Gesundheitszustand auf einer vierstufigen Skala (*ausgezeichnet*, *gut*, *eher gut*, *schlecht*) angaben, fielen die Ergebnisse der Lehrlinge und folglich auch der Jugendlichen der spacelabs und Nordrand weniger gut aus. Von den SchulbesucherInnen nannten 37,3 % ihre Gesundheit *ausgezeichnet*, 49 % *gut*, 12,1 % *eher gut* und 1,6 % *schlecht* (BMG 2015: 18). Im Verhältnis gaben die meisten SchülerInnen (37,3 %) den besten subjektiven Gesundheitszustand an, gefolgt von den Lehrlingen (17 %) und den GAAS-StudienteilnehmerInnen (6 %). Bei allen drei ProbandInnengruppen wurden die zweitbesten Auswahlmöglichkeiten *eher gut* und *gut* am häufigsten, die schlechteste am wenigsten häufig gewählt. Somit gab es in diesen Kategorien keine grundlegenden Unterschiede. Auffallend ist, dass verhältnismäßig viele Jugendliche, welche noch die Schule besuchten, im Vergleich zu den NichtschülerInnen eine besonders gute Gesundheit angaben.

Anzumerken ist hier, dass allgemein Menschen mit einem geringeren sozialen Wohlstand nicht nur einen weniger guten Zugang zu Gesundheitsressourcen haben (Gabhainn et al.

2009 in Currie et al. 2012: 6), sondern auch eher psychosozialem Stress ausgesetzt sind (Kuusela 1999 in Currie et al. 2012: 6). Somit sind es die Faktoren Einkommen und folglich das psychische Wohlbefinden, welche den Zustand der Gesundheit zusehends beeinflussen. Andererseits ist es auch der Gesundheitszustand, welcher die Möglichkeiten am Arbeitsmarkt bestimmt (2-BMASK 2015: 8f.) sowie Auswirkung auf den seelischen Zustand hat.

Auch in der SILC-Erhebung von 2014 wurden bei der österreichischen Bevölkerung oben genannte Korrelationen festgestellt. Personen mit einem niedrigen Einkommen gaben bevorzugt einen schlechteren Gesundheitszustand an als jene mit einem höheren (schlechter Gesundheitszustand bei Einkommen – niedrig: 14 %, mittel: 9 %, hoch: 4 %). Zusätzlich fühlen sich Menschen mit geringeren finanziellen Mitteln weniger häufig glücklich oder energiegeladen, jedoch niedergeschlagener und müder als andere (ibid: 8f.).

Diese studienbelegten Tatsachen können somit in den hier beschriebenen ungleichen Wahrnehmungen des eigenen Gesundheitszustands (Kuusela 1999 in Currie et al. 2012: 6) eben zwischen den oben behandelten sozialen Gruppen resultieren.

Um zusätzlich den tatsächlichen Zustand der körperlichen Gesundheit bestimmen zu können, wurden, wie bereits in Kapitel 3.3.2 angekündigt, BIA-Messungen durchgeführt und die Ergebnisse ausgewertet. Somit werden nun nach Beschreibung und Analyse des allgemeinen Ernährungs- und Gesundheitsverhaltens der Jugendlichen, erhoben aus den Antworten der Fragebögen, im nächsten Kapitel die Ergebnisse der anthropometrischen sowie der BIA-Messungen diskutiert.

4.2 Ergebnisse der BIA-Messungen

Um zusätzliche Informationen über den Gesundheitszustand der befragten Jugendlichen zu gewinnen, wurden Freiwillige mittels einer Digitalwaage (Seca Bella 840, Vogel & Halke GmbH & Co, Hamburg) gewogen sowie mittels eines Stadiometers (Seca 214, Vogel & Halke GmbH & Co, Hamburg) auf Zentimeter genau gemessen. Ihre Körperzusammensetzung wurde anschließend durch die bioelektrische Impedanzanalyse bestimmt. Dafür

wurde die Methode der phasensensitiven Multifrequenzmessung zur differenzierteren Bestimmung von Körperzusammensetzung wie auch des Ernährungszustands gewählt (Data Input 2005: 3f.). Folgend werden die Ergebnisse diskutiert, wichtige Erkenntnisse veranschaulicht sowie mit zielgruppenrelevanten Studien verglichen.

Für die oben beschriebenen Messungen meldeten sich 24 der insgesamt 53 TeilnehmerInnen, welche auch die Fragebögen ausfüllten. Dies entspricht einem Prozentsatz von rund 45 %. Unter den Freiwilligen befanden sich 19 männliche und fünf weibliche TeilnehmerInnen. Zehn dieser ProbandInnen waren zum Zeitpunkt der Messung unter 18 Jahre alt (8 Jungen, 2 Mädchen) und 14 volljährig (11 Männer, 3 Frauen), welche in der Folge als junge Erwachsene bezeichnet werden. Da es für Jugendliche unter 18 Jahren keine einheitlichen Referenzwerte gibt, werden ihre Ergebnisse nach anderen Kriterien ausgewertet und getrennt von jenen der Volljährigen behandelt (Elmadfa et al. 2012: 371).

4.2.1 Junge Erwachsene

Von den über 18-Jährigen wurde der Body Mass Index (BMI) sowie der Körperfettanteil berechnet. Um die BMI-Werte in Unter-, Normal- und Übergewicht einzuordnen, wurden die Kriterien der World Health Organization verwendet (WHO 2000). Zusätzlich wurden mithilfe der Referenzwerte nach Lohmann et al. (1997) die Ergebnisse des in der Messung bestimmten Körperfettanteils der TeilnehmerInnen klassifiziert.

4.2.1.1 BMI

Der Body Mass Index lässt sich aus dem Körpergewicht (kg) dividiert durch die Körpergröße (m^2) berechnen und dient als einfaches Maß zur Ermittlung der verschiedenen Gewichtsklassen (Elmadfa et al. 2012: 368 ff.). Wie bereits oben erwähnt, wurde für die jungen Erwachsenen die Klassifizierung des BMIs der World Health Oganization (WHO) herangezogen (WHO 2000).

Der Großteil, nämlich neun der 14 ProbandInnen (64,3 %), befindet sich im Normalgewichtsbereich mit einem BMI zwischen 18,50 und 24,99 kg/m^2. Während niemand der volljährigen TeilnehmerInnen laut oben genannter BMI-Klassifizierung als untergewichtig (BMI unter 18,50 kg/m^2) eingestuft wurde, sind fünf der jungen Erwachsenen übergewichtig. Davon können drei (21,4 %) mit einem BMI zwischen 25 und 29,99 kg/m^2 der Präadipositas und zwei (14,3 %) mit einem BMI zwischen 30 und 34,99 kg/m^2 der Adipositas Grad I zugeordnet werden (ibid).

Für einen Vergleich wurden die BMI-Werten der StudienteilnehmerInnen des österreichischen Ernährungsberichts 2012 verwendet. Dafür dienten ausschließlich die Daten der 18- bis 64-Jährigen (Elmadfa et al. 2012: 125f.). Unter Verwendung der BMI-Kategorien der WHO (WHO 2000) wurden 58,1 % der österreichischen ProbandInnen als normalgewichtig, 2,1 % als untergewichtig, 27,6 % als übergewichtig und 12,2 % als adipös eingestuft (Elmadfa et al. 2012: 125).

Die Ergebnisse der GAAS-StudienteilnehmerInnen ergaben ähnliche Verteilungen wie jene der im Zuge des österreichischen Ernährungsberichts gemessenen Bevölkerung. Dennoch ist der Altersunterschied zwischen den beiden ProbandInnengruppen sowie die Stichprobenanzahl nicht außer Acht zu lassen.

4.2.1.2 Körperfettanteil

Die Referenzwerte des Körperfettanteils bei Erwachsenen zwischen 18 und 34 Jahren nach Lohmann et al. (1997) unterscheiden sich nach Geschlecht. Während für Frauen höhere Körperfettanteile normal sind, sollen Männer grundsätzlich weniger Körperfett besitzen (Lohmann et al. 1997). Aufgrund der geringen TeilnehmerInnenanzahl, vor allem an weiblichen Probandinnen, wird hier nicht genauer auf die empfohlene Range eingegangen, sondern hauptsächlich auf die Einteilung des Körperfettanteils in *niedrig*, *mittel* und *hoch*.

Zwei der männlichen Teilnehmer haben mit 4,3 % und 5 % einen sehr niedrigen Körperfettanteil, welcher mit unter 8 % als nicht empfohlen gilt. Der Gruppe mit einem zu hohen Anteil an Körperfett beziehungsweise bereits mit Adipositaswerten gehören eine

weibliche Teilnehmerin mit einem Wert von 39,8 % (Adipositas ab 35 %) und zwei männliche Probanden mit 23,1 % und 30,4 % Körperfettanteil an (Adipositas ab 22 %). Der Großteil der jungen Erwachsenen, nämlich 64 %, weist mittlere Körperfettanteile auf. Aufgrund der geschlechtsspezifischen Körperzusammensetzung liegt der empfohlene Bereich bei Frauen zwischen 20 und 35 %, bei Männern zwischen 8 und 22 % (Elmadfa et al. 2012: 371).

Im Gegensatz zum Körperfettanteil unterscheidet der Body Mass Index nicht zwischen Körperfettmasse und Körperzellmasse, wobei letztere aktiv am Stoffwechsel beteiligt ist. Der BMI berücksichtigt somit nur das Verhältnis der beiden Parameter Körpergewicht und -größe (Elmadfa et al. 2012: 369). Aufgrund dessen gibt es trotz der kleinen Stichprobe zwischen den oben diskutierten BMI-Werten und den hier analysierten Körperfettanteilen teilweise grundlegende Unterschiede: Während laut BMI-Klassifizierung bei niemandem der jungen Erwachsenen Untergewicht errechnet wurde, haben zwei der männlichen Teilnehmer einen zu niedrigen, nicht empfohlenen Körperfettanteil. Zusätzlich weisen zwei Männer sowie eine Frau, welche laut ihres BMIs als übergewichtig eingestuft wurden, einen mittleren und somit normalen Körperfettanteil auf. Dies lässt darauf schließen, dass der Anteil ihrer Muskelmasse hoch ist, weshalb es bei der Klassifizierung ihrer BMI-Werte zu Fehleinschätzungen kam (Elmadfa et al. 2012: 1). Die Zuteilung der zwei männlichen Teilnehmer mit zu geringem Körperfettanteil lässt sich vorwiegend anhand ihres Aktivitätsniveaus erklären (vgl. Kapitel 4.1.3.1). Beide liegen mit ihrem Sportverhalten im hohen Aktivitätsbereich, da sie mit 8,8 Stunden (Fußball und Ringen) und 10,5 Stunden (Ballsportarten) Sport pro Woche deutlich über fünf Stunden wöchentlich liegen. Somit lässt die Häufigkeit sowie die Wahl ihrer bevorzugten Sportarten die Annahme eines hohen Anteils an Muskelmasse sowie eines geringen Körperfettanteils zu. Aufgrund des wenig aktiven Sportverhaltens von zwei der drei oben genannten ProbandInnen, deren Körperfettanteil zwar normal, ihr BMI aber zu hoch ist, führt dieselbe Vermutung zum Widerspruch. Während nur einer dieser drei ein hohes Aktivitätsniveau angab, betrieb die weibliche junge Erwachsene zum Zeitpunkt der Befragung keinen Sport und wurde somit als *inaktiv* eingestuft. Zusätzlich ist ihr Ernährungsmuster nur befriedigend, da sie zwar ausreichend gesunde jedoch mehr ungesunde Lebensmittel konsumiert (vgl. Kapitel 4.1.2.4). Der zweite männliche Kollege

fällt in die Kategorie *geringfügig körperlich aktiv*, wobei er Krafttraining als bevorzugten Sport nannte. Sein ernährungsspezifisches Verhalten konnte der Kategorie *gesund* zugeordnet werden. Mögliche Ursachen für dieses Ergebnis könnten beim männlichen Teilnehmer seine gesunde Ernährungsweise oder eventuell auch eine Fehleinschätzung der Wochenstunden, in welchen Sport betrieben wird, sein. Bei der weiblichen Probandin lässt sich aufgrund ihrer Lebensweise keine adäquate Erklärung des Ergebnisses finden. Eventuell spielen genetische Faktoren sowie das junge Alter eine Rolle.

Es ergab sich somit anstatt für fünf der TeilnehmerInnen, welche nach der BMI-Einteilung als übergewichtig oder adipös klassifiziert wurden, nur für zwei ein zu hoher Körperfettanteil. Zusätzlich weist einer der männlichen Probanden trotz Normalgewicht laut seines BMI-Wertes einen zu hohen Körperfettanteil auf. In diesem Fall ist anzunehmen, dass das Körperfett zur fettfreien- beziehungsweise Muskelmasse vergleichsweise hoch ist.

Um die Daten der GAAS-TeilnehmerInnen in etwa einordnen zu können, wurden die Ergebnisse des Körperfettanteils der 18- bis 24-Jährigen des österreichischen Ernährungsberichts 2012 herangezogen. Auch hier dienten die Körperfettanteilwerte nach Lohmann et al. (1997) als Referenz. Die Einteilung erfolgte in drei Kategorien: *nicht empfohlen* (Körperfettanteil: Männer > 8 %, Frauen > 20 %), *niedrig bis hoch* (Männer 8 % bis 22 %; Frauen 20 % bis 35 %) und *adipös* (Männer < 22 %, Frauen < 35 %) (Elmadfa et al. 2012: 127 & 371).

Bei den männlichen Probanden liegen 4,9 % im unteren, nicht empfohlenen Bereich, während 39,8 % adipöse Werte aufweisen. Knapp über die Hälfte (55,3 %) des männlichen Geschlechts befindet sich im mittleren Bereich (ibid: 127). Im Vergleich dazu liegen bei den GAAS-Teilnehmern sowohl 18,2 % im Bereich von zu geringem als auch 18,2 % in jenem von adipösem Körperfettanteil, während sich die Werte von 63,6 % im Normbereich befinden. Beim Vergleich der österreichischen Bevölkerung, welche im Zuge des Ernährungsberichts 2012 untersucht wurde, mit den männlichen GAAS-Teilnehmern kann die vage Behauptung aufgestellt werden, dass Letztere im Allgemeinen und somit vergleichsweise keine schlechteren Werte vorzuweisen haben.

Die Verteilung der Frauen, welche im Zuge des österreichischen Ernährungsberichts gemessen wurden, ist wie folgt: Je 10,9 % liegen im untersten, nicht empfohlenen wie auch im Adipositasbereich, während über drei Viertel der Probandinnen (78,1 %) Körperfettanteile im mittleren Bereich aufweisen. Von den Teilnehmerinnen der GAAS-Studie sind zwei der drei gemessenen im Normbereich, während eine Frau der adipösen Gruppe angehört (ibid: 127).

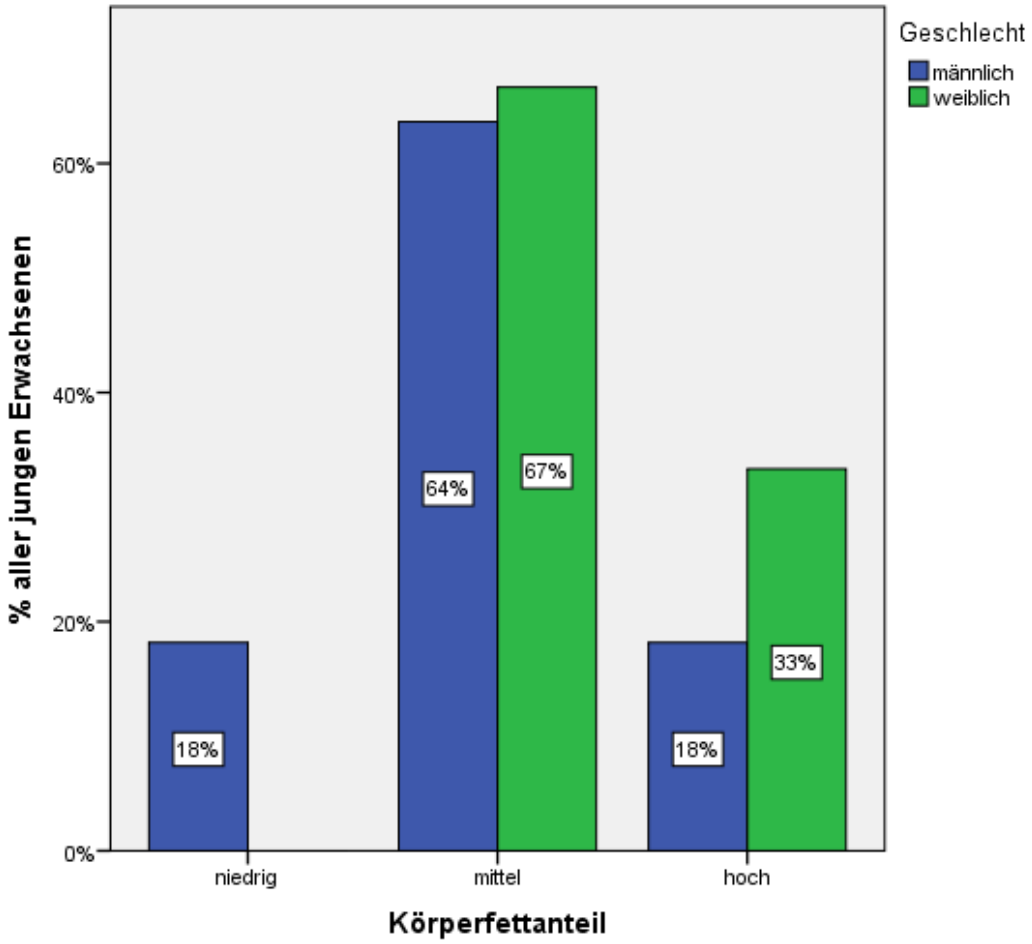


Abbildung 4. 11: Körperfettanteil der über 18-Jährigen nach Geschlecht (% der Befragten)

Diese Gegenüberstellungen sollen lediglich einer Orientierung dienen. Aufgrund der zu geringen Anzahl an jungen Erwachsenen, welche sich im Zuge des GAAS-Projekts messen ließen, waren keine weiteren aussagekräftigen Vergleiche oder Schlüsse möglich.

4.2.1.3 Körperfettanteil, Körperwahrnehmung und Sportverhalten

Beim Vergleich der Ergebnisse der BIA-Messungen mit den Angaben der jungen Erwachsenen zu ihrer Körperwahrnehmung sowie ihrem Sportverhalten wurden folgende Zusammenhänge ermittelt: Zwei der über 18-jährigen jungen Männer, welche einen zu niedrigen Körperfettanteil aufweisen, fühlen sich auch zu dünn und treiben intensiv Sport. Von den neun TeilnehmerInnen mit einem mittleren Körperfettanteil sind drei der vier ProbandInnen, welche sich normalgewichtig fühlen, sportlich aktiv. Alle drei der jungen Erwachsenen mit Normalgewicht, welche der Meinung sind zu dünn zu sein, treiben Sport. Trotz eines mittleren Körperfettanteils fühlen sich zwei jener jungen Erwachsenen zu dick, jedoch macht nur eine oder einer davon Sport. Die drei 18-Jährigen mit zu hohem Körperfettanteil fühlen sich auch zu dick, jedoch sind nur zwei dieser sportlich aktiv (vgl. Tabelle 4.8).

Tabelle 4. 8: Körperwahrnehmung und Sportverhalten der über 18-Jährigen (Anzahl) bei gemessenem Körperfettanteil nach Lohmann et al. (1997)

		Körperfettanteil nach Lohmann et al. (1997)					
		niedrig	davon sportlich aktiv	mittel	davon sportlich aktiv	hoch	davon sportlich aktiv
Körperwahr-nehmung	zu dünn	2	2	3	3	0	/
	normal	0	/	4	3	0	/
	zu dick	0	/	2	1	3	2
Gesamtanzahl		2	2	9	7	3	2

Im Allgemeinen sinkt die sportliche Aktivität mit zunehmendem Körperfettanteil. Von jenen TeilnehmerInnen mit niedrigem aber auch normalem Körperfettanteil, welche sich zu dünn fühlen, betreiben alle Sport, vermutlich vorwiegend um Muskelmasse

aufzubauen. Die ProbandInnen, welche sich als zu dick empfinden, sind im Vergleich zu den anderen weniger sportlich aktiv. Bei jenen TeilnehmerInnen mit einem mittleren Körperfettanteil gibt es die größten Unterschiede zwischen Körperwahrnehmung und Ist-Zustand, während sich die Selbsteinschätzungen bei den anderen zwei Gruppen mit der Tatsache decken.

4.2.2 Jugendliche

Alters- und geschlechtsabhängige Perzentilkurven für den BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001) dienten als Vorlage zur Einteilung der Ergebnisse der unter 18-Jährigen in bestimmte Gewichtsbereiche. Als Untergewicht wurden BMI-Werte unter der 10. Perzentile klassifiziert, als Übergewicht solche über der 90. und als Adipositas jene über der 97. Perzentilkurve (Kromeyer-Hauschild et al. 2001: 813).

4.2.2.1 BMI

Von den insgesamt zehn Jugendlichen befinden sich sieben im Normalbereich zwischen der 10. und 90. Perzentile, während drei der noch nicht volljährigen TeilnehmerInnen mit Werten weit über der 97. Perzentilkurve als adipös eingestuft wurden (Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Außerdem liegt niemand in dieser jugendlichen Gruppe im Unter- oder Übergewichtsbereich.

Geschlechtsspezifisch betrachtet, kam es zu folgenden Ergebnissen: Von den zwei Mädchen, welche sich wiegen und messen ließen, wurde eine als normalgewichtig, die andere als stark adipös eingestuft (vgl. Abbildung 4.12). Bei den acht Jungen ergibt sich ein Verhältnis von drei zu eins. Damit gehören 75 % der männlichen Probanden dem Normalgewichtsbereich und ein Viertel (25 %) der Adipositas an (vgl. Abbildung 4.13). Trotz der sehr kleinen Stichprobe ist der Anteil an adipösen Jugendlichen verhältnismäßig als sehr hoch anzusehen.

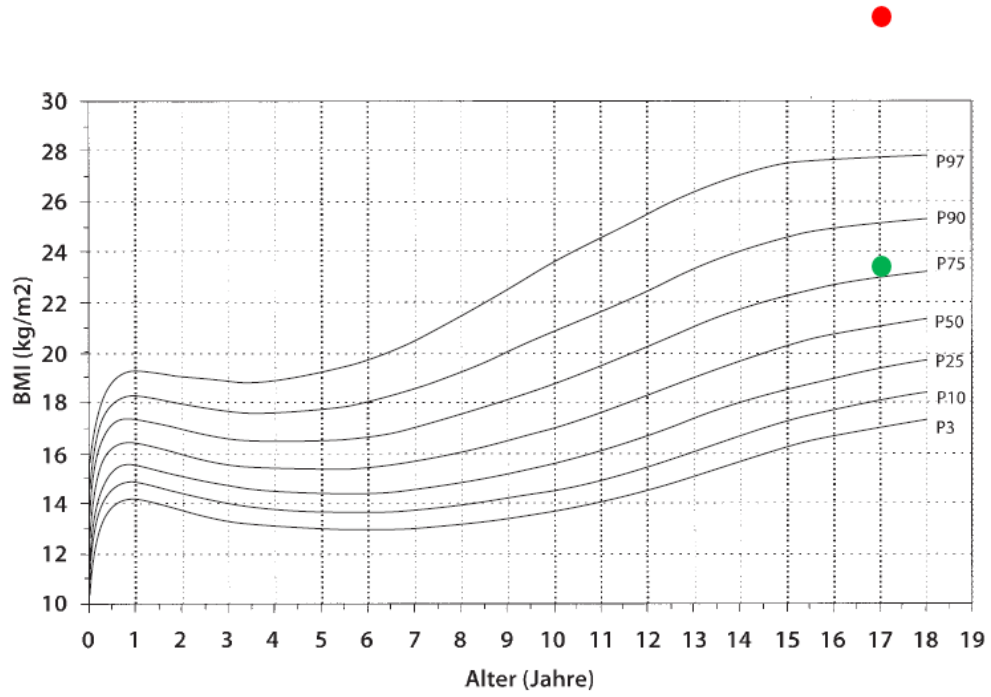


Abbildung 4. 12: BMI-Perzentilkurven für Mädchen zwischen 0 und 18 Jahren (verändert nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001: 811) mit zusätzlichen Markierungen der BMI-Werte der zwei GAAS-Studienteilnehmerinnen (grün: Normalbereich; rot: Adipositas – über Kurven hinaus)

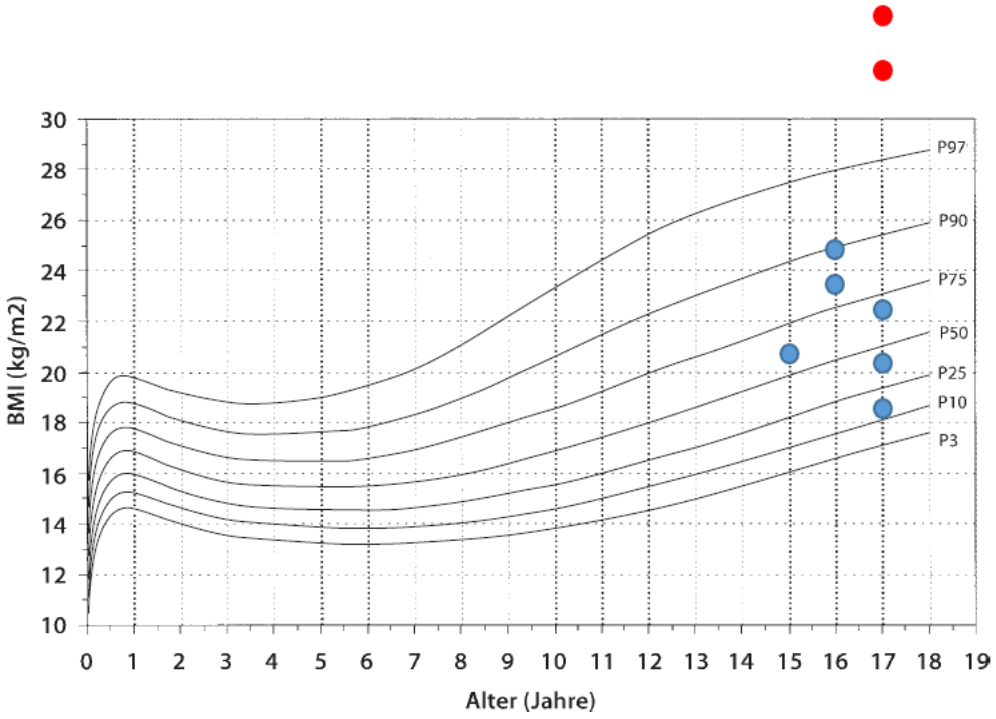


Abbildung 4. 13: BMI-Perzentilkurven für Jungen zwischen 0 und 18 Jahren (verändert nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001: 811) mit zusätzlichen Markierungen der BMI-Werte der acht GAAS-Studienteilnehmer (blau: Normalbereich; rot Adipositas – über Kurven hinaus)

Um einen Vergleich mit Jugendlichen anderer sozialer Umfelder zu erhalten, wurden die Ergebnisse der österreichischen HBSC-Studie herangezogen. Die BMI-Werte jener Zielgruppe wurden jedoch nur aus eigenen Gewichts- und Größenangaben berechnet und können somit nicht als exakt gesehen werden. Zusätzlich werden die Zahlen an übergewichtigen SchülerInnen im Allgemeinen höher vermutet. Dennoch ist ein annähernder Vergleich der für das GAAS-Projekt beforschten TeilnehmerInnen mit anderen auch trotz der sehr kleinen Stichprobenanzahl für eine grobe Einordnung der Ergebnisse wichtig. Für die österreichischen SchülerInnen der HBSC-Studie ergab sich ein Prozentsatz von 85,2 % für die unter- und normalgewichtige Gruppe, wobei die Jugendlichen der spacelabs und Nordrand mit 70 % ein ähnliches Ergebnis aufweisen. Von den schulbesuchenden Jugendlichen der HBSC-Studie sind 2,6 % adipös, während wie bereits oben erwähnt 30 %, nämlich drei von insgesamt zehn ProbandInnen der hier beforschten Jugendlichen, als adipös zu klassifizieren sind. Somit zeigt sich ein zehnmal so hoher Prozentsatz an adipösen Jugendlichen, welche nur maximal die Pflichtschule absolvierten. Ein erwarteter Zusammenhang zwischen Körpergewicht und sozioökonomischem Status wie auch Bildungsgrad kann trotz der geringen Stichprobenanzahl durch diese Ergebnisse erkannt werden (BMG 2015: 26).

4.2.2.2 BMI, Körperwahrnehmung und Sportverhalten

Wie bereits oben erwähnt, setzt sich die TeilnehmerInnengruppe der unter 18-Jährigen ausschließlich aus normalgewichtigen und adipösen Jugendlichen zusammen. Von den sieben ProbandInnen im Normalgewichtsbereich fühlen sich vier auch so, während drei davon sportlich aktiv sind. Unter den anderen drei Jugendlichen mit normalem BMI, welche alle Sport betreiben, nehmen sich zwei als zu dünn und eine oder einer als zu dick wahr. Die Körperwahrnehmung jener Jugendlichen im Normbereich ergibt wie bei den über 18-Jährigen die meisten Abweichungen vom tatsächlichem Zustand, wobei beinahe alle davon sportlich aktiv sind. Während sich zwei der adipösen Teilnehmer zu dick fühlen und auch Sport treiben, fühlt sich die eine adipöse Teilnehmerin normalgewichtig und ist auch nicht sportlich aktiv (vgl. Tabelle 4.9).

Tabelle 4. 9: Körperwahrnehmung und Sportverhalten der unter 18-Jährigen (Anzahl) bei berechnetem BMI klassifiziert nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)

		BMI nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)			
		Normal-gewicht	davon sportlich aktiv	Adipositas	davon sportlich aktiv
Körperwahrnehmung	zu dünn	2	2	0	/
	normal	4	3	1	0
	zu dick	1	1	2	2
Gesamtanzahl		7	6	3	2

Im Vergleich zu den 14- bis 18-jährigen SchülerInnen eines Oberstufengymnasiums in St. Pölten liegt die Wahrnehmung der jugendlichen GAAS-TeilnehmerInnen des eigenen Körpers näher an der Realität. Dennoch muss auch hier die geringe Stichprobenanzahl beachtet werden. Bei den niederösterreichischen SchülerInnen gibt es vor allem bei den Übergewichtigen eine deutliche Abweichung ihrer Einschätzung von dem eigentlichen Gewichtsbereich. Während sich knapp drei Viertel der Übergewichtigen (73 %) *normalgewichtig* finden, nimmt sich niemand der Adipösen als *zu dick* wahr. Mit zunehmendem tatsächlichen Körpergewicht wurde somit eine größere Verzerrung zur eigenen Einschätzung festgestellt (Gimplinger et al. 2012: 28).

4.2.3 ECM/BCM-Index

Der ECM/BCM-Index ist das Verhältnis von extrazellulärer Masse (ECM) zu stoffwechselaktiver Zellmasse (BCM) und dient wie der Körperfettanteil zur Beurteilung des Ernährungs- und Gesundheitszustands. Als gesund werden Personen betrachtet, deren BCM deutlich größer als deren ECM ist, womit sich ein Index von kleiner als 1 ergibt (Data Input GmbH 2009: 14).

Für die ECM/BCM-Ratio wurden ausschließlich die Ergebnisse der 19 TeilnehmerInnen der spacelabs genommen, da das Programm *BodyComp V 9.0 Professional* (MEDI CAL HealthCare GmbH, Karlsruhe), mit welchem die Messungen in Nordrand durchgeführt wurden, diese Parameter nicht erfassen konnte. Zusätzlich wurden dafür die Werte beider Altersklassen analysiert. Der errechnete Mittelwert der ECM/BCM-Ratio aller ProbandInnen (n = 19), welche sich in den spacelabs messen ließen, beträgt 0,79 mit einer Standardabweichung von 0,11. Hier ist zu erwähnen, dass der ECM/BCM-Index bei rund 96 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter dem Wert 1 liegt. Bei einer weiblichen Teilnehmerin (4 %) mit einem mittleren Körperfettanteil beträgt dieser 1,06. Dieses Ergebnis weist auf eine Fehlernährung hin und kann drei mögliche Ursachen haben: Katabolie der stoffwechselaktiven Zellmasse, Einlagerungen von Wasser in der extrazellulären Masse aufgrund von Diabetes oder anderer Ursachen (Data Input GmbH 2005: 14f.). Zu Beginn einer solchen Fehlernährung nimmt die BCM ab, während sich der extrazelluläre Raum durch Wassereinlagerungen ausdehnt. Damit ist es auch möglich, dass das Gewicht wie auch die Magermasse unverändert bleiben (ibid: 14). Vor allem eine Katabolie der Körperzellmasse durch eventuelles Diätverhalten beziehungsweise Unterernährung könnte eine passende Erklärung für das Ergebnis der betroffenen Probandin sein. Im Vergleich zu den anderen TeilnehmerInnen ist ihr BCM-Wert (19,6 kg) nämlich deutlich kleiner als ihr ECM-Wert (20,7 kg). Im Gegensatz dazu weist die ECM/BCM-Ratio der 18 anderen ProbandInnen auf einen angemessenen Ernährungszustand hin.

4.2.4 Limitierungen

Durch den sehr kleinen Datensatz der Jugendlichen sowie den wenigen Mädchen, von welchen BIA-Messergebnisse vorliegen, war es nicht möglich, innerhalb der eigenen Ergebnisse Vergleiche, Abhängigkeiten oder Schlüsse zu ziehen. Dennoch dienen hier beschriebene Auswertungen dazu, den Gesundheitszustand der TeilnehmerInnen besser einordnen und mit jenem anderer Jugendlicher vergleichen zu können.

5 Schlussbetrachtung

Neben der Ernährungsweise beeinflussen zahlreiche andere, vor allem persönliche Faktoren sowohl die körperliche als auch die geistige Gesundheit. Unter anderem spielt das soziale Umfeld sowie die finanzielle Situation eine bedeutende Rolle in der Wichtigkeitswahrnehmung eines gesunden Lebensstils. Aufgrund dessen teilen nicht alle Menschen dieselben Vorstellungen sowie dieselbe Einstellung zu den Themen Gesundheit und Ernährung. Zugänge dazu werden vor allem in Bildungseinrichtungen oder durch mediale Quellen geschaffen. Dennoch gibt es zahlreiche Menschen, wie zum Beispiel frühe SchulabgängerInnen oder sozial benachteiligte Personen, welche nicht die Möglichkeit haben, davon zu profitieren. Aufgrund dieser Tatsachen und den Ergebnissen der vorliegenden Diplomarbeit wird die spezielle Beachtung dieser benachteiligten Zielgruppe, besonders in ihren jungen Jahren, deutlich.

Die erhobenen Daten der beforschten Jugendlichen und jungen Erwachsenen geben Aufschluss über ihren sozialen Hintergrund, ihr Ernährungs- und Gesundheitsverhalten sowie den aktuellen körperlichen Zustand. Ihre persönliche und soziale Situation ist im Vergleich zu jenen aus bildungshöheren Schichten deutlich schlechter. Die StudienteilnehmerInnen gehören zum Großteil der mittleren (48,8 %) und niederen Sozialklasse (41,5 %) an wobei der Anteil Letzterer verhältnismäßig hoch ist. Über die Hälfte dieser ProbandInnen weist zusätzlich Migrationshintergrund auf. Mehr als ein Viertel der Heranwachsenden lebt nicht bei ihren leiblichen Eltern und der überwiegende Großteil (87 %) hat monatlich finanzielle Mittel unter der gesetzlichen Mindestsicherung zur Verfügung. Zusätzlich ist die Arbeitslosenrate ihrer Eltern extrem hoch. Bei nicht einmal einem Viertel der Zielgruppe (19 %) sind beide Elternteile berufstätig, bei knapp der Hälfte jener (45 %) arbeitet keiner von beiden.

Bezüglich ihres Ernährungsverhaltens gibt es keine so grundlegenden Unterschiede zu jenem anderer. Allgemein ist das Wissen über die Gesundheitsaspekte der Lebensmittelgruppen Obst, Gemüse und Fast Food vorhanden, wobei Gemüse die geringste Beliebtheit erfährt. Die Konsumhäufigkeiten der GAAS-Studien-teilnehmerInnen sind ähnlich jenen der österreichischen Bevölkerung, welche im Zuge des

Ernährungsberichts beforscht wurde. Damit wird aber auch von ihnen zu viel Fleisch und Wurstwaren, jedoch zu wenig Gemüse, Obst und Fisch gegessen. Im Vergleich zu den österreichischen SchülerInnen der HBSC-Studie nehmen die NichtschülerInnen jedoch weniger Obst und Gemüse zu sich, wobei Fast Food eine größere Beliebtheit erfährt. Innerhalb der GAAS-Jugendlichen ernähren sich die NichtmigrantInnen besser als die MigrantInnen. Die Trinkgewohnheiten der beforschten Zielgruppe sind deutlich schlechter als jene der Befragten anderer Studien. Wasser wird nämlich von nur 66 % täglich getrunken wobei die Konsumhäufigkeit von Limonaden (37,7 %), gefolgt von Energydrinks (28,3 %) verhältnismäßig hoch sind.

Beim Sportverhalten zeigen sich keine großen Unterschiede zwischen den HBSC-SchülerInnen und den GAAS-StudienteilnehmerInnen. Die untersuchten Jugendlichen sind im Allgemeinen weniger zufrieden mit ihrem Gewicht als die österreichischen SchülerInnen. Vor allem von den weiblichen Jugendlichen der spacelabs und Nordrand fühlt sich der Großteil zu dick.

Die ProbandInnen des GAAS-Projekts weisen im Wesentlichen ein sehr hohes Risikoverhalten gegenüber ihrer Gesundheit auf. Der Alkohol- wie auch der Tabakkonsum sind deutlich höher als jene der SchülerInnen. Nur die Lehrlinge befinden sich mit ihren Häufigkeitsangaben dieser Substanzen dicht hinter den hier beforschten NichtschülerInnen. Folglich schätzen die GAAS-StudienteilnehmerInnen auch ihre Gesundheit schlechter ein. Zwar liegen sie nur knapp hinter den Lehrlingen, jedoch deutlich hinter den österreichischen SchülerInnen.

Bei Betrachtung der Ergebnisse der Körperzusammensetzungsmessungen darf die geringe Anzahl an vorliegenden Daten nicht außer Acht gelassen werden. Die über 18-Jährigen der spacelabs und Nordrand weisen ähnliche BMI-Werte wie die österreichische Erwachsenenbevölkerung auf. Bei Betrachtung des Körperfettanteils der beforschten Zielgruppe sind die Ergebnisse der männlichen GAAS-Teilnehmer besser. Bei den Frauen können aufgrund der zu geringen Messdaten keine aussagekräftigen Behauptungen aufgestellt werden. Die Jugendlichen unter 18 Jahren schnitten mit ihren Ergebnissen deutlich schlechter ab als die österreichischen SchülerInnen. Von Ersteren wurden 30 %, von Letzteren nur 2,6 % als adipös eingestuft.

Insgesamt ergab sich deckend mit den Analysen anderer Studien ein aussagekräftiges Bild von der hier beforschten Zielgruppe. Heranwachsende der unteren Sozial- und Bildungsschicht zeigen im Allgemeinen deutliche Defizite im Gesundheitsverhalten sowie -zustand. Der insgesamt schlechtere Zugang zu den Themen Gesundheit und Ernährung sowie jener zu verlässlichen Informationsquellen dazu wird vorwiegend vom Bildungsstand, der finanziellen Situation aber auch von der Vorbildwirkung des Elternhauses bestimmt. Durch die in Kapitel 4 gewonnenen Erkenntnisse konnte die zentrale Hypothese (*Sozialer Status und Bildung haben großen Einfluss auf das Ernährungs- sowie Gesundheitsbewusstsein und folglich auch auf das Verhalten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen)* aus Kapitel 1.3 bestätigt werden.

Die Ergebnisse der Ist-Analyse verdeutlichen die Wichtigkeit, genau diese Zielgruppe zu informieren und fördern, um die soziale Ungleichheit erfolgreich zu reduzieren. Durch das GAAS-Projekt werden grundlegende Schritte in diese Richtung gesetzt. In den Interventionseinheiten werden Themenschwerpunkte, speziell angepasst an die Bedürfnisse der Zielgruppe, behandelt und aufgearbeitet. Um gewonnene Erkenntnisse sowie neues Wissen zu festigen, soll von den TeilnehmerInnen ein Produkt entwickelt werden, welches auch nach Ende der Interventionsphase Anwendung finden soll. Um eine dauerhafte Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten und des Gesundheitszustands dieser Bevölkerungsgruppe zu erzielen, wird ein Lehrgang zu diesen Themen eingerichtet werden. Zugänglich wird jener vor allem für TrainerInnen und SozialarbeiterInnen sein, welche somit in Zukunft die Aufgabe der Information und Förderung sozial benachteiligter Heranwachsender übernehmen sollen. Die bereits bestehenden Programme in Kombination mit jenem, welches im Zuge des GAAS-Projekts ins Leben gerufen wurde, sollen somit den aktuellen Ernährungs- und Gesundheitsstatus der gesamten österreichischen Bevölkerung dauerhaft verbessern.

6 Zusammenfassung

Die Förderung von Gesundheits- und Ernährungskompetenzen der Bevölkerung ist ein wichtiges Anliegen von Institutionen weltweit. Aufgrund der unterschiedlichen Lebensbedingungen und Lebensweisen der Menschen ist es von großer Bedeutung auf die persönlichen Bedürfnisse der verschiedenen Personengruppen einzugehen. Es müssen diese Lebenswelten erst verstanden werden, um solche Maßnahmen zu setzen. Erst im Zuge dessen können zielgruppenspezifische Programme entwickelt und folglich auch durchgeführt werden (BMG 2013: 21).

Diese Vorgehensweise wurde auch vom österreichischen GAAS-Projekt, welches im Jahr 2015 ins Leben gerufen wurde, angewandt. Im Rahmen dessen erfolgte eine Analyse des Ernährungs- und Gesundheitszustands von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 25 Jahren, welche bevorzugt aus den unteren Bildungs- und Sozialschichten kommen, keinen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz haben und häufig Migrationshintergrund aufweisen. Zur Informationsgewinnung dienten quantitative Erhebungen, durchgeführt mittels zielgruppenabgestimmtem Fragebogen, qualitative Methoden, durchgeführt in Form von Interviews und Fokusgruppen, sowie anthropometrische Messungen (Körpergewicht, -größe und BIA). Diese wurden im Dezember 2015 sowie im Januar 2016 in den Settings spacelab in Wien und Nordrand in St. Pölten, Niederösterreich durchgeführt. Nach anschließender Auswertung der Ergebnisse im Februar 2016 konnte der aktuelle Ist-Zustand der TeilnehmerInnen analysiert werden. Dies ermöglichte die bereits oben erwähnte zielgruppenorientierte Planung und Entwicklung von Interventionseinheiten, welche monatlich über ein halbes Jahr als sogenannte Aktionstage stattfinden. Die Ausführung jener erfolgte durch ausgewählte StudentInnen der Universität Wien und der Fachhochschule St. Pölten, von welchen auch einige im Zuge dessen ihre Diplom-, Master- oder Bachelorarbeiten verfassen.

Hauptthemen der vorliegenden Diplomarbeit sind die in den vorangehenden Kapiteln beschriebene Auswertung der Ergebnisse aus Fragebögen und BIA-Messungen und deren Diskussion. Insgesamt beantworteten 53 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter

zwischen 15 und 24 Jahren den Fragebogen. Von jenen nahmen 24 Freiwillige an anthropometrischen Messungen teil (Messung von Körpergewicht, -größe sowie der Körperzusammensetzung mittels BIA).

Als unterstützende Literatur im Bearbeitungsprozess dienten vorwiegend Studien aus Österreich und Deutschland mit dem übergeordneten Ziel zur Erfassung des Ernährungs- und Gesundheitszustands von Jugendlichen, jungen Erwachsenen sowie Erwachsenen. Bevorzugt verwendet wurden die Ergebnisse von jenen TeilnehmerInnen, welche zwar derselben Altersgruppe, jedoch nicht derselben Sozial- und Bildungsschicht angehörten. Der häufigste Vergleich erfolgte mit Daten von SchülerInnen und Lehrlingen ähnlichen Alters.

Insgesamt wurden mehr oder weniger große Unterschiede zwischen der hier beforschten Zielgruppe und jenen, anderer Studien festgestellt. Allgemein konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Ernährungsgewohnheiten, Risikoverhalten, Gesundheitszustand und Schichtenzugehörigkeit ermittelt werden. Vor allem die Faktoren Einkommen, Bildung und Migrationshintergrund zeigten den größten Einfluss auf die gesundheits- und ernährungsbezogenen Daten. Bildungsferne, einkommensschwache Jugendliche und junge Erwachsene, darunter häufig MigrantInnen, haben weniger gute Chancen auf eine positive Gesundheit und einen günstigen Ernährungszustand als jene, welche den mittleren und oberen Sozialschichten angehören.

7 Abstract

Institutions from all over the world are concerned with the promotion and the improvement of people's health and nutritional condition. However, different social, educational and financial backgrounds do not allow everybody to show the same competences and capabilities in these matters.

Therefore, the GAAS project was founded in 2015. Its aim is to inform and educate a specific group of adolescents between 15 and 24 years in Austria. Most of them belong to a lower social and educational level, show migration background and dropped their schooling or apprenticeship. In the first step, the analysis of their actual nutritional as well as health status was made employing a questionnaire, the BIA technique, interviews and group discussions. According to the results of these quantitative and qualitative methods, ideas of improvement were developed and interventions planned. In order to help the participants of the GAAS project to gain greater knowledge as well as to improve their dietary habits and health state, students of the University of Vienna and the St. Pölten University of Applied Sciences visit the spacelabs and Nordrand, once a month for six months.

The main purpose of this thesis is the evaluation and interpretation of the results gained through the questionnaire and the BIA. The outcomes are compared to and supported by literature on other studies also concerned with the nutritional and health status of adolescents, young adults and adults, primarily of a higher social and educated class. Generally, significant correlations between dietary habits, health hazard manners, health level and class membership were detected. Especially, education, income and immigrant background have the biggest influence on health and nutritional habits. Therefore, chances of good health and a favorable nutritional status are significantly poorer for young people of a lower social level and thus need to be improved.

Literaturverzeichnis

AK Portal – Portal der Arbeiterkammern (PAK). 2016. „Mindestsicherung: Wer bekommt wie viel?“. Wien. https://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitundrecht/arbeitslosigkeit/Mindestsicherung_Wer_bekommt_wie_viel.html (Stand: 17.03.2016).

Aumair, Betina; Bican, Margarete; Mahrer, Klaus; Özkan, Emine; Richrath, Beatrice; Rinner, Monika; Senekowitsch, Susanne; Smertnik, Manuela; Trauner, Christoph; Wörz, Walter. 2015. „spacelab – Produktionsschule Wien 2014 Jahresbericht über den Zeitraum 1.1. bis 31.12.2014“. *spacelab*. http://www.spacelab.cc/documents/articles/spacelab_Jahresbericht_2014.pdf (Stand: 20.11.2015).

Bandura, Albert; Vandenbos, Gary R. (Hrsg.). 1989. “Human Agency in Social Cognitive Theory”. *American Psychologist* 44(9), 1175-1184.

Bartsch, Silke. 2008. „Jugendesskultur: Bedeutung des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup“. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* 30. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Belz, Gustav G.; Link, Reinhild. 2008. „Lebe länger und gesünder – mit Freude und Genuss“. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bergmann, K. E.; Thefeld, W.; Kurth, B.-M. 2002. „Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey – eine Grundlage für Prävention, Gesundheitsforderung und Gesundheitsziele“. *Das Gesundheitswesen* 64(Sonderheft 1), 53–58.

Borraccino A.; Lemma, P.; Iannotti, R. J.; Zambon, A.; Dalmasso, P.; Lazzeri, G.; Giacchi, M.; Cavallo, F. 2009. “Socio-economic effects on meeting PA guidelines: comparisons among 32 countries”. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 41(4), 749-756.

Bühl, Achim. 2008. „SPSS 16 – Einführung in die Moderne Datenanalyse“. 11. überarbeitete Ausgabe. München: Pearson Studium.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (Hrsg.). 2015. „Bedarfsorientierte Mindestsicherung – Fragen und Antworten, Fakten statt Mythen“. Wien: Druckereien des Sozialministeriums. https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=261 (Stand: 15.03.2016).

2 - Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) (Hrsg.). 2015. „Lebensbedingungen und Lebenszufriedenheit in Österreich – Wie sind sie verteilt?.“ Wien: Sozialministerium.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). o. D. „Die österreichische Ernährungspyramide“. http://bmg.gv.at/home/Presse/Presseunterlagen/Kampagnen/2009_2013/DIE_OeSTERREICHISCHE_ERNAeHRUNGSPYRAMIDE (Stand: 19.04.2016).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). 2011. „NAP.e – Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2011“. Wien: Kopierstelle des BMG. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/5/8/CH1046/CMS1378816554856/nape_210111.pdf (Stand: 12.05.2016).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (Hrsg.). 2012. „NAP.e – Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2012“. Wien: Kopierstelle des BMG. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/5/8/CH1046/CMS1378816554856/nape_2012_final.pdf (Stand: 12.05.2016).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (Hrsg.). 2013. „NAP.e – Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013“. Wien: Kopierstelle des BMG. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/5/8/CH1046/CMS1378816554856/nap.e_20130909.pdf (Stand: 22.05.2016)

1 - Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). 2015. „Gesund genießen“. Ernährungsbroschüre 3. Auflage. Wien: BMG.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). 2015. „Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern – Ergebnisse der WHO-HBSC-Survey 2014“. Wien: Kopierstelle des BMG.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2001. „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001 – Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends“. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 2012. „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends“. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Currie, Candace E.; Elton, Rob A.; Todd, Joanna; Platt, Stephen. 1997. “Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey”. *Health Education Research* 12(3), 385-397.

Currie, Candace; Gabhainn, Saorse Nic; Godeau, Emmanuelle; Roberts, Chris; Smith, Rebecca; Currie, Dorothy; Picket, Will; Richter, Matthias; Morgan, Anthony; Barnekow, Vivian. 2008. "Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 survey". Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf?ua=1 (Stand: 14.04.2016).

Currie, Candace; Zanotti, Cara, Morgan, Antony; Currie, Dorothy; de Looze, Margaretha; Roberts, Chris; Samdal, Oddrun; Smith, Otto R.F.; Barnekow, Vivian. 2012. "Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey". *Health Policy for Children and Adolescents* 6. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret. 1991. "Policies and strategies to promote social equity in health". Stockholm: Institute for Future Studies.

Danielsen, Anne G.; Samdal, Oddrun; Hetland, Jørn; Wold, Bente. 2009. "School-related social support and students' perceived life satisfaction". *Journal of Educational Research* 102(4), 303-318.

Data Input GmbH. 2009. „Das BIA-Kompendium". 3. Ausgabe. Darmstadt: Digitaldruck Darmstadt GmbH & Co. KG. http://www.data-input.de/media/pdf-deutsch/Kompendium_III_Ausgabe_2009.pdf (Stand: 18.04.2016).

Davison, J.; Share, M.; Hennessy, M.; Stewart-Knox, B. 2015. "Caught in a 'spiral'. Barriers to healthy eating and dietary health promotion needs from the perspective of unemployed young people and their service providers". *Appetite* 85, 146-154. http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.11.010 (Stand: 12.05.2016).

Dür, Wolfgang; Griebler, Robert. 2007. „Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang". *Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend*. Wien.

Elmadfa, Ibrahim (Hrsg.); Hasenegger, Verena; Wagner, Karin; Putz, Peter; Weidl, Ninja-Maria; Wottawa, Denise; Kuen, Timo; Seiringer; Günter; Meyer, Alexa Leonie; Sturtzel, Bärbel; Kiefer, Ingrid; Zilberszac, Aleksander; Sgarabottolo, Verena; Meidlinger, Bettina; Rieder, Anita. 2012. "Österreichischer Ernährungsbericht 2012". 1. Auflage. Wien: Druckerei Berger.

Eurofound. 2012. "NEETs – Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe". Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Fachhochschule (FH) St. Pölten (Hrsg.). 2015. „FGÖ Projektguide – GAAS". *Fonds Gesundes Österreich*.

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). 2013. „Gesundheitsdeterminanten (Determinanten der Gesundheit, Einflussfaktoren auf Gesundheit)“. http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsdeterminanten (Stand: 28.04.2016).

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). 2014. „Evaluationserhebung T2_ Fragebogen SchülerInnen 11-18 Jahre“. *Gesundheit erleben – ein Leben lag! Kinder und Jugendliche in Klosterneuburg haben ihre Gesundheit fest im Griff*. http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject_3400/76433.pdf (Stand: 18.05.2016).

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). 2015. „HEALTH4YOU – Gesundheitsförderung mit jungen Arbeitnehmer/innen in der überbetrieblichen Lehrausbildung. Gesundheitsbefragung 2015“. *WISSEN* 12. Wien. http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/health4you-gesundheitsforderung-mit-jungen-arbeitnehmer-innen-in-der-uberbetrieblichen-lehrausbildung-gesundheitsbefragung-2015/2015-10-19.9345567939 (Stand: 19.04.2016).

Gabhainn, Saorse Nic; Baban, Adriana; Boyce, Willliam; Godeau, Emmanuelle; the HBSC Sexual Health Focus Group. 2009. “How well protected are sexually active 15-year-olds? Cross national patterns in condom and contraceptive pill use 2002–2006”. *International Journal of Public Health* 54, 209-215.

Gilman, R. 2001. “The relationship between life satisfaction, social interest, and frequency of extracurricular activities among adolescent students”. *J. Youth Adolescence* 30(6), 749-767.

Hillman, C. H.; Erickson, K. I.; Kramer, A. F. 2008. „Be smart, exercise your heart: Exercise effects on brain and cognition”. *Nature Reviews Neuroscience* 9(1), 58-65.

Gimplinger, Silvia; Wewerka-Kreimel, Daniela; Möseneder, Jutta; Karner, Gabriele. 2012. „Körperwahrnehmung und Diätverhalten von Jugendlichen – Realität, Wahrnehmung und Verhalten häufig im Widerspruch“. *Journal für Ernährungsmedizin* 14(4), 28-29.

Guggi, Heike; Strassnig, Barbara. 2013. „G.E.E.L.L Nr. 2205_Endbericht“. *G.E.E.L.L. Gesundheit erleben – ein Leben lang! Kinder und Jugendliche haben ihre Gesundheit fest im Griff.* http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject_3400/76363.pdf (Stand: 15.01.2016).

Hempel, Ulrike; Bergmann, Erhart; Hölling, Heike; Kahl, Heidrun; Kamtsiuris, Panagiotis; Kleiser, Christina; Knopf, Hildtraud; Kurth, Bärbel-Maria; Lampert, Thomas; Lange, Michael; Mensink, Gert B. M.; Poethko-Müller, Christine; Schaffrath Rosario, Angelika; Scheidt-Nave; Christa; Schlack, Robert; Schlaud, Martin; Stolzenberg; Heribert; Thamm, Michael; Thierfelder, Wulf; Ziese, Thomas; Robert Koch-Institut (Hrsg.). 2006. „Erste

Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“. Berlin: Robert Koch Institut.

Hölling, H.; Schlack, R.; Kamtsluris, P.; Butschalowsky, H.; Schlaud, M.; Kurth, B.M. 2012. „Die KiGGS-Studie – Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut“. *Bundesgesundheitsblatt* 55, 836-842.

Hillman, C. H.; Pontifex, M. B.; Raine, L. B.; Castelli, D. M.; Hall, E. E.; Kramer, A. F. 2009. “The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children”. *Neuroscience* 159(3), 1044-1054.

Huebner, E. Scott; Laughlin, James E.; Ash, Chris; Gilman, Rich. 1998. “Further validation of the multidimensional students' life satisfaction scale”. *Journal of Psychoeducational Assessment* 16(2), 118-134.

Hüther, G. 2007. „Sich zu bewegen lernen, heißt fürs Leben lernen! Die erfahrungsabhängige Verankerung sensomotorischer Repräsentanzen und Metakompetenzen während der Hirnentwicklung“. in Hunger, I.; Zimmer, R. (Hrsg.). *Bewegung-Bildung- Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an*. Schorndorf: Karl Hofmann Verlag, 12-22.

Janssen, I.; Boyce, WF; Simpson, K.; Pickett, W. 2006. “Influence of individual- and area-level measures of socioeconomic status on obesity, unhealthy eating, and physical inactivity in Canadian adolescents”. *American Journal of Clinical Nutrition* 83, 139-145.

Klocke, A.; Becker, U. 2002. „Armut und soziales Kapital bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit“. *Die Krankenversicherung* 54, 47-50.

Klocke, A.; Becker, U. 2003 „Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen“. in Hurrelmann, K; Klocke, A.; Melzer, W.; Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). *Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa Verlag, 183-242.

Kohn, W.; Öztürk, R. 2013. “Statistik für Ökonomen – Datenanalyse mit R und SPSS 2. Auflage“. Berlin Heidelberg: Springer Gabler.

Koll-Schretzenmayr, Martina. 2013. “Der Urbanit isst urban: The Urbanite Eats “Urban Cuisine””. *disP - The Planning Review* 49(1), 2-3. http://dx.doi.org/10.1080/02513625.2013.799850 (Stand: 14.04.2016).

Kromeyer-Hauschild, K.; Wabitsch, M.; Kunze, D.; Geller, F.; Geiß, H. C.; Hesse, V., Hippel, A., Jaeger, U.; Johnson, D.; Korte, W.; Menner, K.; Müller, G.; Müller, J. M.; Niemann-Pilatus, A.; Remer, T.; Schaefer, F.; Wittchen, H.-U.; Zabransky, S.; Zellner, K.; Ziegler, A.; Hebebrand, J. 2001. „Perzentile für den Body-mass-index für das Kinder- und

Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben“. *Monatsschrift Kinderheilkunde 149*, 807-818.

Kuusela S.; Kannas, L.; Tynjälä, J.; Honkala, E.; Tudor-Smith, C. 1999. “Frequent use of sugar products by schoolchildren in 20 European countries, Israel and Canada in 1993/1994”. *International Dental Journal* 49(2), 105-114.

Lampert, Thomas. 2003. „Sozialstatus, sportliche Aktivität und Gesundheit“. *Public Health Forum* 11(41), 7-8. http://www.degruyter.com/dg/viewarticle.fullcontentlink:pdfeventlink/$002fj$002fpubhef.2003.11.issue-4$002fpubhef-2003-2016$002fpubhef-2003-2016.pdf?t:ac=j$002fpubhef.2003.11.issue-4$002fpubhef-2003-2016$002fpubhef-2003-2016.xml (Stand: 10.05.2016).

Lampert, Thomas. 2004. „Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“. *Die Krankenversicherung* 56, 17-29.

Lampert, Thomas; Saß, Anke-Christine; Häfelinger, Michael; Ziese, Thomas; Robert Koch-Institut (Hrsg.). 2005. „Beiträge zu Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung“. Berlin: Saladruck.

Landsberg, B.; Plachta-Danielzik, S.; Much, D.; Johannsen, M.; Lange, D.; Müller, M. J. 2008. „Associations between active commuting to school, fat mass and lifestyle factors in adolescents: The Kiel Obesity Prevention Study (KOPS)”. *European Journal of Clinical Nutrition* 62, 739-747.

Lange, D.; Plachta-Danielzik, S.; Landsberg, B.; Müller, M.J. 2010. „Soziale Ungleichheit, Migrationshintergrund, Lebenswelten und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS)“. *Bundesgesetzblat*t 53, 707-715.

Langnäse, K.; Mast, M.; Müller, M. J. 2002. “Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany”. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder* 26, 566-572.

Lohmann, T. B.; Houtkooper, L. B.; Going, S. B. 1997. „Body fat measurement goes hi-tech: not all are created equal”. *ACSM’s Health and Fitness Journal* 1, 30-35.

Moreno, Luis A.; Gottrand, Frédéric; Huybrechts, Inge; Ruiz, Jonatan R.; González-Gross, Marcela; DeHenauw, Stefaan. 2014. “Nutrition and Lifestyle in European Adolescents: The HELENA (Health Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study”. *Advances in Nutrition* 5, 615-623.

Müller, M. J.; Lange, D.; Landsberg, B.; Plachta-Danielzik, S. 2010. „Soziale Ungleichheiten im Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Auf dem Weg zu Lösungen eines gesellschaftlichen Problems“. *Ernährungsumschau* 2, 78-83.

o.A. 2000. „Bioelektrische Impedanzanalyse“. *Ärzte Zeitung*. 38, 14. https://www.wiso-net.de:443/document/AEZT__000091447 (Stand: 12.01.2016).

o.A. 2010. „Die neue österreichische Ernährungspyramide – Pressekonferenz mit Alois Stöger und Univ. Prof. Dr. Sigfried Meryn“. Wien. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/8/6/CH1212/CMS1287055124905/pk_unterlage1.pdf (Stand: 19.04.2016).

o.A. 2011. „IBM SPSS Statistics 20 – Schneller Einstieg“. *IBM Corporation 1989*. http://www.math.uni-leipzig.de/pool/tuts/SPSS/IBM%20SPSS%20Statistics%20Brief%20Guide.pdf (Stand: 14.01.2016).

o.A. 2014. „Jugend & Lebenswelt – Jahresbericht 2014“. *Jugend und Lebenswelt.* http://www.jugendundlebenswelt.at/site/assets/files/1718/jule_jahresbericht_2014_klein.pdf (Stand: 23.11.2015).

1 - o.A./Ernährungsinstitut Pabst. 2015. „BIA – Bioelektrische Impedanz-Analyse“. *BIA-Messung*. http://www.ernaehrungsinstitut-pabst.at/bia-messung.html (Stand: 13.01.2016)

2 - o.A. o.J. Jugend und Lebenswelt. http://www.jugendundlebenswelt.at/leitbild/ (Stand: 23.11.2015).

3 - o.A. o.J. „Nordrand“. *Jugend und Lebenswelt*. http://www.jugendundlebenswelt.at/nordrand/ (Stand: 23.11.2015).

4 - o.A. o.J. „Projekte“. *Nordrand*. http://www.jugendundlebenswelt.at/nordrand/angebot/ (Stand: 23.11.2015).

5 - o.A. o.J. „Wir bewegen Welten und erzeugen Lebensqualität!“. *Jugend und Lebenswelt*. http://www.jugendundlebenswelt.at/ (Stand: 23.11.2015).

6 - o.A./WUK Verein zur Schaffung offener Kultur- und Werkstättenhäuser (Hrsg.). 2015. „spacelab – PS Wien Projektbeschreibung“. *spacelab*. http://www.spacelab.cc/documents/articles/spacelab_Projektbeschreibung_de_20150128.pdf (Stand: 20.11.2015).

Pesendorfer, Konrad. 2015. „Arbeitsmarktsituation von Migrantinnen und Migranten 2014 – Ergebnisse des Ad-hoc-Moduls der Arbeitskräfteerhebung 2014“. *STATISTIK AUSTRIA*. Wien. www.marktmeinungmensch.at/studien/protected/study_files/675/ (Stand: 26.04.2016).

Ravens-Sieberer, U.; Torsheim, T.; Hetland, J.; Vollebergh, W.; Cavallo, F.; Jerick, H.; Alikasifoglu, M.; Välimaa, R.; Ottova, V.; Erhart, M.; HBSC Positive Health Focus Group. 2009. „Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe". *International Journal of Public Health* 54(2), 151-159.

Richter M.; Vereechen, C. A.; Boyce, W.; Maes, L.; Gabhainn, S. N.; Currie, C. E. 2009. "Parental occupation, family affluence and adolescent health behaviour in 28 countries". *International Journal of Public Health* 54(4), 203-212.

Richter, M.; Hurrelmann, K. 2004. „Soziale Ungleichheit im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen. Sonderauswertung der HBSC-Studie 2003 im Auftrag des Robert Koch-Institutes". Bielefeld.

Richter, M. 2005. „Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter – Der Einfluss sozialer Ungleichheit". Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schumacher, Jörg; Leppert, Karena; Gunzelmann, Thomas; Strauß, Bernhard; Brähler, Elmar. 2005. „Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal". *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 53, 16-39. http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/resilienzskala2.pdf (Stand: 18.06.2016).

Sothern, M. S.; Loftin, M.; Suskind, R. M.; Udall, J. N.; Blecker, U. 1999. „The health benefits of physical activity in children and adolescents: implications for chronic disease prevention". *European Journal of Pediatrics* 158(4), 271-274.

STATISTIK AUTRIA (Hrsg.). 2015. „Arbeitsmarktstatistiken – Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung". Wien: Verlag Österreich GmbH.

Statistic Austria. 2016. "EU-SILC – Was ist SILC?". http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/eu_silc/index.html (stand: 18.05.2016).

Teuteberg, Hans Jürgen. 2004. „Die Revolution am Esstisch – Neue Studien zur Nahrungskultur im 19. / 20. Jahrhundert". Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Titze, S.; Ring-Dimitriou, S.; Schober, P. H.; Halbwachs, C.; Samitz, G.; Miko, H. C.; Lercher, P.; Stein, K. V.; Gäbler, C.; Bauer, R.; Gollner, E.; Windhaber, J.; Bachl, N.; Dorner, T. E.; Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health. Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). 2010. „Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung". Wien: Eigenverlag.

Tomczak, Jörg. 2003. „Körperanalysen: Die bioelektrische Impedanzanalyse BIA“. *FIT Wissenschaftsmagazin der Deutschen Sporthochschule Köln* 1, 34-40. http://www.egofit.de/download/BIAf.i.t.1.2003geschuetzt.pdf (Stand: 12.01.2016).

United Nations Economic Commission for Europe (UNECE)/Statistical Office of the European Communities (EUROSTAT). 2006. “Conference of European Statisticians – Recommendations for the 2010 Census of Population and Housing”. New York and Genf: United Nations Publication.

Vereecken C. A.; Inchley, J.; Subramanian, S. V.; Hublet, A.; Maes, L..2005. “The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe”. *European Journal of Public Health* 15(3), 224-232.

Vereecken C. A.; Dupuy, M.; Rasmussen, M.; Kelly, C.; Nansel, T. R.; Al Sabbah, H.; Baldassari, D.; Jordan, M. D.; Maes, L.; Niclasen, B. V.; Ahluwalia, N.; HBSC Eating & Dieting Focus Group. 2009. “Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study”. *International Journal of Public Health* 54(2), 180-190.

Wagnild, G. M.; Young, H. M. 1993. „Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale”. *Journal of Nursing Measurement 1*, 165-178.

WHO. 2016. „Was sind nicht übertragbare Krankheiten. WHO-Regionalbüro für Europa”. http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/what-are-noncommunicable-diseases (Stand: 10.05.2016).

Widhalm, Kurt; Miklautsch, Maria. 2009. „Evidenzbasierte Empfehlungen für ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten – die „Gesund-Leben“-Pyramide als Guideline“. in Widhalm, Kurt (Hrsg.). *Ernährungsmedizin 3. Auflage*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 9-22.

Wirth, Rainer; Miklis, P. 2005. „Die Bioelektrische Impedanzanalyse in der Diagnostik der Malnutrition – Phasenwinkel korreliert mit Parametern des Ernährungsstatus geriatrischer Patienten“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38(5), 315-321. http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00391-005-0330-x?LI=true#page-1 (Stand: 13.01.2016).

World Health Organization (WHO). 2000. “Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation”. *World Health Organization Technical Report Series* 894, 1-253.

World Health Organization (WHO). 2010. “Global recommendations on physical activity for health”. Genf: World Health Organization.

Anhang

Fragebogen

Seite 01

1. Personen-ID

2. Stell dir vor, du musst jemandem „Obst" beschreiben. Kreuze an, wie du „Obst" beschreiben würdest, ohne lange nachzudenken.

gut schmeckend	○ ○ ○ ○ ○	schlecht schmeckend
leicht	○ ○ ○ ○ ○	schwer
gesund	○ ○ ○ ○ ○	ungesund
interessant	○ ○ ○ ○ ○	langweilig
einfach	○ ○ ○ ○ ○	kompliziert
langsam	○ ○ ○ ○ ○	schnell

3. Stell dir vor, du musst jemandem „Gemüse" beschreiben. Kreuze an, wie du „Gemüse" beschreiben würdest, ohne lange nachzudenken.

gut schmeckend	○ ○ ○ ○ ○	schlecht schmeckend
leicht	○ ○ ○ ○ ○	schwer
gesund	○ ○ ○ ○ ○	ungesund
interessant	○ ○ ○ ○ ○	langweilig
einfach	○ ○ ○ ○ ○	kompliziert
langsam	○ ○ ○ ○ ○	schnell

4. Stell dir vor, du musst jemandem „Fast Food" beschreiben. Kreuze an, wie du „Fast Food" beschreiben würdest, ohne lange nachzudenken.

gut schmeckend	○ ○ ○ ○ ○	schlecht schmeckend
leicht	○ ○ ○ ○ ○	schwer
gesund	○ ○ ○ ○ ○	ungesund
interessant	○ ○ ○ ○ ○	langweilig
einfach	○ ○ ○ ○ ○	kompliziert
langsam	○ ○ ○ ○ ○	schnell

5. Manche jungen Leute gehen hungrig ins Bett oder aus dem Haus, weil zu Hause nicht genug zu Essen da ist. Wie häufig passiert dir das?

- ○ immer
- ○ oft
- ○ manchmal
- ○ nie
- ○ keine Angabe

6. Wie sieht deine typische Ernährungsform aus?

Bitte zuerst die Kästchen ankreuzen und dann eintragen.

- ☐ traditionell, wie in _____
- ☐ westlich (österreichische oder deutsche Küche)
- ☐ gemischte Küche
- ☐ anders: _____

7. Was trinkst du normalerweise?

Wenn ich Durst habe, greife ich zu:

	nie	1x/Woche	2-3x/Woche	täglich
Wasser/Mineralwasser, Tee ohne Zucker	○	○	○	○
Limonaden wie Cola, Fanta, Eistee,...	○	○	○	○
Fruchtsäfte & Fruchtsirupe (zum Verdünnen)	○	○	○	○
Energydrinks (Redbull,...)	○	○	○	○
Wellness-Drinks (Vöslauer Balance, Kombucha,...)	○	○	○	○
Molke- & Joghurt-Drinks (Latella, Ayran,...)	○	○	○	○

8. Was isst du normalerweise?
Wie häufig isst du...

	nie	1x/Woche	2-3x/Woche	täglich
Obst	○	○	○	○
Gemüse	○	○	○	○
Süßigkeiten & Chips,...	○	○	○	○
Fertiggerichte (Pizza, Tiefkühllasagne,...)	○	○	○	○
Fast-Food (McDonalds, Kebab, Würstelstand,...)	○	○	○	○
Käse/Milchprodukte	○	○	○	○
Fleisch/Wurst	○	○	○	○
Weißbrot, Frühstücksflocken/Müsli (Kellogg's,...), Müsliriegel	○	○	○	○
Fisch/Meeresfrüchte	○	○	○	○
Vollkornprodukte (wie Brot oder Nudeln, Haferflocken, Dinkelprodukte,...)	○	○	○	○
Nahrungsergänzungsmittel (Eiweißpulver, Eiweißriegel,...)	○	○	○	○

9. Wo isst du normalerweise?

- ☐ am Esstisch
- ☐ vor dem Fernseher mit mehreren Personen
- ☐ vor dem Fernseher/PC (alleine)
- ☐ alleine in meinem Zimmer
- ☐ unterwegs
- ☐ sonstiges

10. Wie oft am Tag isst du...

alleine	
mit der Familie	
mit Freunden	

11. Wie lange beschäftigst du dich durchschnittlich pro Tag mit folgenden Dingen?

	gar nicht	weniger als 2 Stunden	mehr als 2 Stunden
Fernsehen/DVD	○	○	○
Spielkonsolen	○	○	○
Computer/Internet	○	○	○
Musik hören	○	○	○
Handy	○	○	○
Zeitschriften/Zeitung	○	○	○

12. Wie viel Geld hast du für dich zur freien Verfügung?

Wie viel?	€
Wodurch?	€
Zeitrahmen (Tag, Woche, Monat,...)	

13. Treibst du Sport?

○ Ja

○ Nein --> weiter zu Frage 17

14. Welche Sportarten?

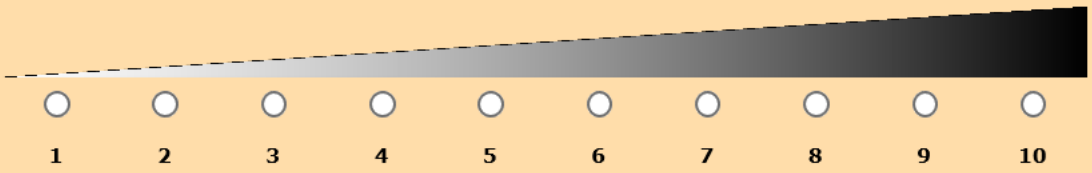
15. Wie oft machst du Sport?

○	○	○	○	○
etwa jeden Tag	jeden 2. Tag	2-3x/Woche	1x/Woche	etwa 1-2x/Monat

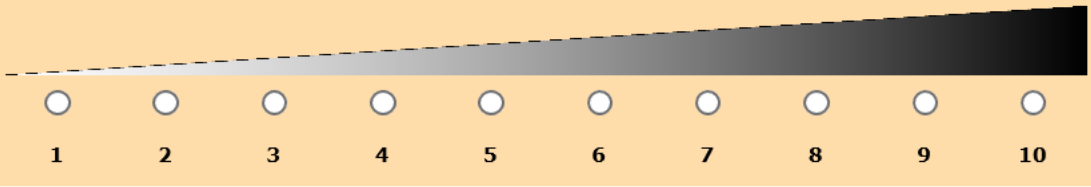
16. Wie viel Zeit verbringst du durchschnittlich je sportlicher Betätigung?

○	○	○	○
30 Minuten	bis zu 1 Stunde	bis zu 2 Stunden	mehr als 2 Stunden

17. Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben, auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 10 das Beste ist?



18. Wie zufrieden bist du mit deinem Leben auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 10 das Beste ist?



19. Wie schätzt du dein Gewicht ein?

Glaubst du, dass du...

- ○ viel zu dünn bist?
- ○ ein bisschen zu dünn bist?
- ○ ungefähr das richtige Gewicht hast?
- ○ ein bisschen zu dick bist?
- ○ viel zu dick bist?

20. Machst du gerade eine Diät oder tust du etwas anderes um Gewicht abzunehmen?

- ○ Ja.
- ○ Nein, mein Gewicht ist gerade richtig.
- ○ Nein, aber eigentlich sollte ich abnehmen.
- ○ Nein, denn ich sollte zunehmen.

21. Wie oft trinkst du in deiner Freizeit...?

	täglich	jede Woche	2 mal pro Monat	seltener	nie
Bier	○	○	○	○	○
Wein, G'spritzter, Sekt, Most	○	○	○	○	○
Schnaps, Liköre, „Flascherl", Magenbitter (Jägermeister,...)	○	○	○	○	○
Alkopops, Alkoholmischgetränke (Bacardi-Cola,...)	○	○	○	○	○
andere alkoholische Getränke (Cocktails,...)	○	○	○	○	○

22. Wie oft rauchst du derzeit Zigaretten in deiner Freizeit?

- ○ jeden Tag
- ○ einmal oder öfter pro Woche
- ○ seltener als einmal pro Woche
- ○ nie

23. Wie oft nimmst du Drogen in deiner Freizeit?

- ○ jeden Tag
- ○ einmal oder öfter pro Woche
- ○ seltener als einmal pro Woche
- ○ nie

24. Bitte lies dir die unten angegebenen Beschreibungen durch und kreuze an, wie sehr die Aussagen im Allgemeinen auf dich zutreffen.

	ich stimme nicht zu					ich stimme völlig zu
Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	○	○	○	○	○	○
Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	○	○	○	○	○	○
Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	○	○	○	○	○	○
Ich mag mich.	○	○	○	○	○	○
Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	○	○	○	○	○	○
Ich bin entschlossen.	○	○	○	○	○	○
Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	○	○	○	○	○	○
Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	○	○	○	○	○	○
Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	○	○	○	○	○	○
Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	○	○	○	○	○	○
In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	○	○	○	○	○	○

25. Geschlecht?

- ○ männlich
- ○ weiblich

26. Wie alt bist du?

27. In welchem Land bist du geboren?

28. Seit wann lebst du in Österreich?

- ○ seit meiner Geburt
- ○ seit ich ____ Jahre alt bin
- ○ weiß nicht

29. In welchem Land sind deine Eltern geboren?

Mutter		☐ Weiß nicht
Vater		☐ Weiß nicht

30. Wo lebst du hauptsächlich? (z.B.: 5 Tage/Woche,...)

- ○ bei meinen leiblichen Eltern (Mutter und Vater)
- ○ bei meiner Mutter
- ○ bei meinem Vater
- ○ bei meinen Großeltern oder anderen Verwandten --> Fragebogen Ende
- ○ bei Pflegeeltern/Adoptiveltern --> Fragebogen Ende
- ○ in eigener Wohnung/WG mit Freunden --> Fragebogen Ende
- ○ in einem Heim/betreute WG --> Fragebogen Ende
- ○ woanders --> Fragebogen Ende
- ○ bei FreundInnen --> Fragebogen Ende

31. Sind deine Eltern berufstätig? Wenn ja, was arbeiten sie?

Vater	
Mutter	

32. Wie viele Computer besitzt deine Familie?

- ○ keinen
- ○ 1
- ○ 2
- ○ mehr als 2

33. Besitzt deine Familie ein Auto?

- ○ Nein
- ○ Ja, eines
- ○ Ja, zwei oder mehrere

34. Hast du ein eigenes Zimmer?

- ○ Ja
- ○ Nein

35. Bist du in den letzten 12 Monaten mit deiner Familie verreist?

- ○ Nein
- ○ Ja, einmal
- ○ Ja, zweimal
- ○ Ja, öfter als zweimal

Vielen Dank für Deine Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Deine Mithilfe bedanken.

Deine Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Es wurden folgende Fragebögen für die Fragebogen-Gestaltung zitiert: KIGGS-Basiserhebung 2003-2006, G.E.E.L.L. 2012, Ludwig Boltzmann Institut (HBSC 2007) und Resilienzskala RS-11 2004

Deine Antworten wurden gespeichert, du kannst das Browser-Fenster nun schließen.

Universität Wien – 2015