



Mit wertvollen  
Vitaminen und  
Mineralstoffen



Mit  
hohem  
Frucht-  
anteil



Deckt  
den täglichen  
Bedarf an  
Vitaminen



Stärkt  
das Immun-  
system



Enthält  
viel Calcium für  
gesunde Knochen  
und Zähne



Ohne  
Zuckerzusatz



Unterstützt  
die gesunde  
Entwicklung ihres  
Kindes



Wir legen Wert  
auf eine  
vollwertige  
Ernährung ihres  
Kindes

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

Eine Auseinandersetzung mit dem Einfluss von Wirtschaft und Gesellschaft auf Kinder und Jugendliche

Sieben Empfehlungen zur Verbesserung der Lebensbedingungen



# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

Eine Auseinandersetzung mit dem Einfluss von Wirtschaft und Gesellschaft auf Kinder und Jugendliche

Sieben Empfehlungen zur Verbesserung der Lebensbedingungen

**Herausgeberin:** Wiener Programm für Frauengesundheit, Magistratsabteilung 15,  
Thomas-Klestil-Platz 8/2, 1030 Wien

**Für den Inhalt verantwortlich:** a.o. Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger

**Koordination:** Mag<sup>a</sup> Michaela Langer

**Redaktion und Umsetzung:** Mag<sup>a</sup> Jutta Pint

**Lektorat:** Mag<sup>a</sup> Katharina Maier

**Endredaktion:** Mag<sup>a</sup> Daniela Thurner

**Grafische Ausführung:** Mag<sup>a</sup> Gisela Schaubmayr/subgrafik

**Druck:** Jentzsch, Wien

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Herausgeberin.  
Satz- und Druckfehler vorbehalten.

November 2015, 1. Auflage

ISBN-Nr. 978-3-200-04397-8

Vorwort .....	3
---------------	---

<b>1 Einleitung</b> Zielsetzung, Funktion der Empfehlungen, Mission-Statement .....	<b>4</b>
---	----------

## 2 Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

1 Das Nahrungsmittelangebot verbessern .....	8
2 Werbung und Medien sensibilisieren .....	9
3 Stigmatisierung und Diskriminierung unterbinden .....	10
4 Mehr Möglichkeiten für Bewegung schaffen .....	11
5 Soziale Benachteiligung ausgleichen .....	12
6 Ernährungswissen vermitteln .....	13
7 Allgemeine Lebensbedingungen beachten .....	14

## 3 Problemdarstellung

<b>Die Verbreitung von Adipositas und Essstörungen: Definition, Häufigkeit, Folgen</b> .....	<b>15</b>
Thomas Dorner, Wolfgang Dür, Karin Waldherr	
<b>Die psychologische Dynamik der Nahrungsaufnahme: was wir essen und warum</b> .....	<b>22</b>
Beate Wimmer-Puchinger, Michaela Langer, Alexandra Beurle	
<b>Gesellschaftliche Einflussfaktoren bestimmen das Essverhalten: wie uns Vorbilder krank machen</b> .....	<b>26</b>
Beate Wimmer-Puchinger, Michaela Langer, Hilde Wolf	
<b>Die Interessen der Industrie: Überernährung – Produktion und Manipulation</b> .....	<b>29</b>
Ludwig Kramer	
<b>Das Für und Wider von Steuerungsinstrumenten: Adipositas und Essstörungen wirksam bekämpfen</b> .....	<b>31</b>
Karl-Michael Brunner, Petra Lehner	
<b>Ethische Aspekte in der Prävention: wie Persönlichkeitsrechte gewahrt bleiben</b> .....	<b>35</b>
Anita Rieder	

## 4 Dimensionen

<b>Das Nahrungsmittelangebot neu überdenken: zu fett, zu energiereich</b> .....	<b>37</b>
Pia Bachlechner, Harald Mangge, Ingrid Kiefer, Ludwid Kramer	
<b>Wie Werbung und Medien Adipositas und Essstörungen begünstigen: Omnipräsenz und falsche Bilder</b> .....	<b>40</b>
Beate Wimmer-Puchinger, Michaela Langer	
<b>Stigmatisierung und Diskriminierung: falsches Verhalten in Bezug auf Adipositas und Essstörungen</b> .....	<b>47</b>
Elisabeth Jäger, Rahel Jahoda, Karin Waldherr .....	
<b>Geänderte Lebensbedingungen: Beschleunigung und Zeitmangel bestimmen das Essverhalten</b> .....	<b>52</b>
Karl-Michael Brunner	
<b>Soziale Benachteiligungen ausgleichen: sozioökonomische Faktoren und Chancenförderung</b> .....	<b>55</b>
Hilde Wolf	
<b>Mehr Möglichkeiten für Bewegung: zur Vorbeugung von Adipositas und Essstörungen</b> .....	<b>58</b>
Ludwig Kaspar, Günter Schagerl	
<b>Ernährungswissen vermitteln: bessere Infos, gesündere Angebote, kleinere Portionen</b> .....	<b>61</b>
Christa Peinhaupt, Rita Kichler	

<b>Autorinnen- und Autorenverzeichnis</b> .....	<b>64</b>
---	-----------

<b>Verzeichnis des erweiterten ExpertInnenteams</b> .....	<b>66</b>
---	-----------

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

## Vorwort

„Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt: Eine Auseinandersetzung mit dem Einfluss von Wirtschaft und Gesellschaft auf Kinder und Jugendliche – Sieben Empfehlungen zur Verbesserung von Lebensbedingungen“ wurde von Expertinnen und Experten der verschiedensten Disziplinen im Konsens erarbeitet. Denn der Kampf gegen Adipositas kann nur auf mehreren Ebenen gleichzeitig erfolgreich sein.

Der Bericht richtet sich daher im Sinne von „Health in all Policies“ an all jene EntscheidungsträgerInnen, die ein gesundes Erwachsenwerden und somit die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen mitgestalten.

Hintergrund ist die Erkenntnis, dass die Summe täglicher Wahrnehmungen sowie die mediale Überflutung von Kindern und Jugendlichen deren Gesundheits- und Wertvorstellungen für ihr zukünftiges Leben formen. Die entscheidenden Weichen für einen gesunden Lebensstil werden in dieser Lebensphase gestellt. Ein gesundheitsförderliches Umfeld schafft dafür die Basis und unterstützt die Entwicklung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen – aber auch vice versa!

Bereits jedes fünfte Kind ist in Österreich übergewichtig. Obwohl zahlreiche Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung im Kindesalter gesetzt werden, bleibt deren durchschlagende Wirkung bis dato noch aus. Dadurch wird umso deutlicher: Veränderungen auf der Verhaltensebene allein sind nicht ausreichend! Was wir brauchen, ist daher die Problematik unter verschiedenen Gesichtspunkten zu verstehen, um dann gemeinsam die entsprechenden Maßnahmen einzuleiten.

Auch war uns wichtig, keine Schuldzuschreibung für Adipositas und Essstörungen vorzunehmen, da dieses Problem sehr komplex ist: Einerseits ist die Verantwortung von Wirtschaft und Werbung stärker in den Fokus zu rücken, ihre Produkte und Marketingstrategien auf ihre Auswirkungen bezüglich Adipositas und Essstörungen zu hinterfragen. Andererseits spielen soziale und gesellschaftliche Faktoren wie Abnahme von gemeinsamen Mahlzeiten oder Zunahme von „Convenience Food“ aufgrund von Zeitmangel eine Rolle.

Auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen wurden im interdisziplinären Team sieben Empfehlungen entwickelt. Diese beinhalten Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendliche in Bezug auf Adipositas und Essstörungen.

Die vorliegenden Empfehlungen sollen daher einen Anstoß für einen längst notwendigen Diskurs geben. Denn nur im Schulterschluss ist eine Kehrtwende machbar.



© Inge Prader

**a.o. Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup>  
Beate Wimmer-Puchinger**  
*Wiener Frauen-  
gesundheitsbeauftragte*

## 1 Einleitung:

### Zielsetzung und Funktion der Empfehlungen

Der „Kampf ums Gewicht“ ist längst kein individuelles, sondern ein gesamtgesellschaftliches Phänomen. Ernährung ist von einem natürlichen Teil des Lebens zu einem diffizilen Faktor mit einer Unzahl von künstlichen Aspekten und Einflussfaktoren geworden.

80–90% der Mädchen und Frauen sind mit ihrem Körper unzufrieden – ein erschreckendes Faktum, das durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt ist. Fast jedes zweite Mädchen fühlt sich trotz Normalgewicht zu dick. Auch zunehmend mehr Männer und Burschen sind mit ihrem Gewicht nicht glücklich. Wirtschaft und Industrie profitieren von der hohen Körperunzufriedenheit. Lebensmittel-, Diät- und Pharmaindustrie steigern mit laufend neuen Lösungsangeboten für die Gewichtsprobleme der Menschen ihre Gewinne und halten die Körperfokussierung gleichzeitig aufrecht. Kosmetik- und Schönheitsindustrie heben durch den Schönheitskult ihre Umsätze und die Modeindustrie betreibt eine Diktatur der Idealmaße 90-60-90, obwohl nur 6 von 10.000 Frauen diese Körperform haben. Medien schrauben die ästhetischen Standards durch retuschierte Fotos von Hochglanz-Models in die Höhe. Mediales Mobbing von Prominenten, die den uniformen Körnernormen nicht entsprechen, ist in Society-Magazinen ein beliebter Sport, nur um zwei Seiten weiter die Botschaft des „Nimm dich an wie du bist“ zu verkünden. Abhängigkeiten von Inseraten der Großkonzerne verschärfen diese widersprüchliche Wort-Bild-Sprache.

GesundheitsexpertInnen bewegen sich mit ihren Bewegungs- und Ernährungsinformationen und -angeboten auf einem schmalen Grat: Massives Übergewicht führt zu erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken und damit auch erhöhten Gesundheitsausgaben. Doch führen Ernährungs- und Gewichtsempfehlungen bei allen Bevölkerungs- und Körpergewichtsgruppen zu einer übermäßigen Beschäftigung mit dem Gewicht und mitunter zu einem gehemmten und gesundheitsschädigenden Umgang mit dem eigenen Körper. Somit steigt auch die Zahl derer, die sich für ein vermeintlich gesundes Gewicht „krankhungern“.

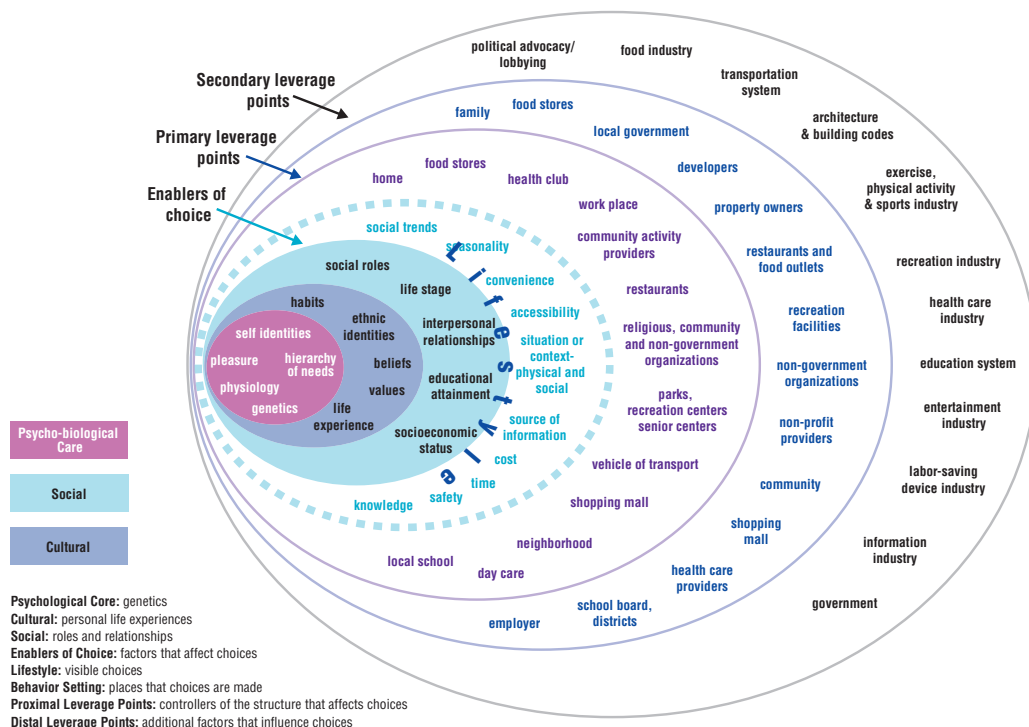
Damit in engem Zusammenhang stehen psychische und physische Beeinträchtigungen und Erkrankungen wie eine Zunahme von Selbstwertstörungen bereits im Kindesalter, häufige Diätversuche, gestörtes Essverhalten bis hin zu Essstörungen, sexuellen Funktionsstörungen und Depressionen. Dies betrifft nachweislich mehr Mädchen als Burschen.

Nach jahrzehntelangen Maßnahmen der Verhaltensprävention sind nun Präventionsmaßnahmen auf Verhältnisebene, die Wirtschaft, Industrie, GesundheitsexpertInnen und Politik gemeinsam entwickeln, dringend notwendig.

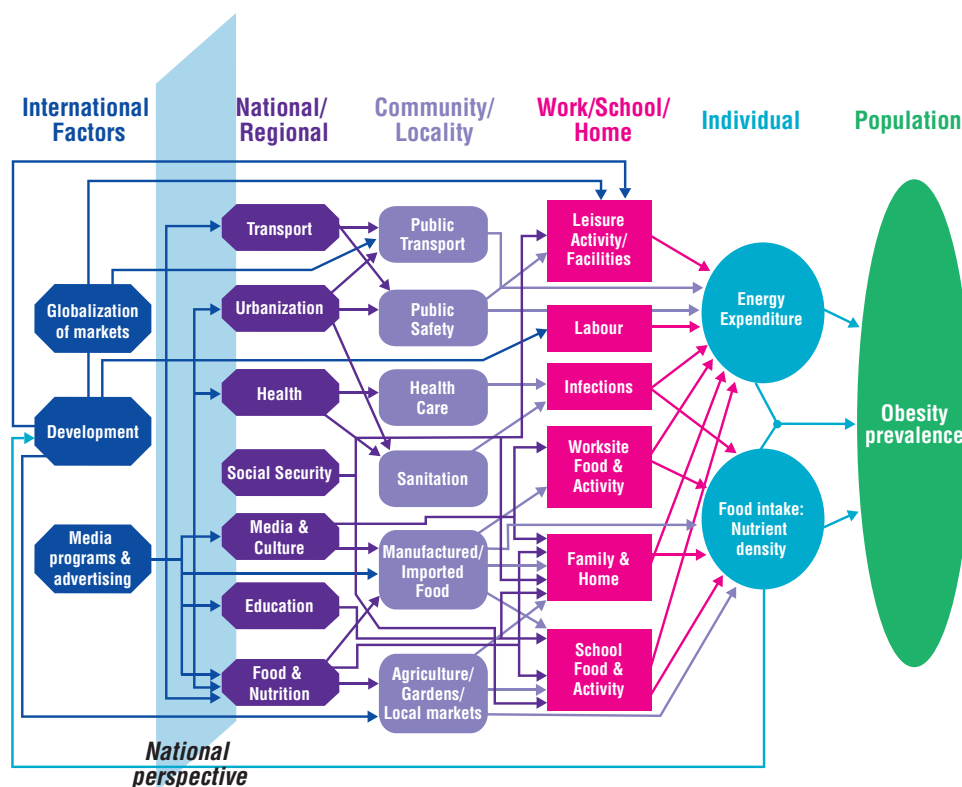
Diese Verhältnis- und Umwelt-Dimensionen müssen daher starke Berücksichtigung finden. Unser Ziel ist daher, interdisziplinär auf den relevanten Ebenen mit Empfehlungen zu reagieren.

Die folgenden Abbildungen zeigen die Komplexität und vielfältigen Einflussfaktoren auf das Essverhalten.

**Abbildung 1: Framework of Determinants of Physical Activity and Eating Behavior<sup>1</sup>**



**Abbildung 2: Causal web of societal processes influencing the population prevalence of obesity<sup>2</sup>**



**Literaturverzeichnis:**

1 Booth SL, Ritenbaugh C, Sallis JF, Hill JO, Birch LL, Frank LD, Glanz K, Himmelgreen DA, Mudd M, Popkin BM, Richard KA, StJeor S, Hays NP: Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: Rationale, influences, and leverage points. *Nutr Rev* 2001, 59:S21–S39. Zitiert in: Kumanyika S., Brownson R. (2007): *Handbook of Obesity Prevention*. Springer Verlag. S. 12

2 International Obesity Task Force Framework for Obesity Prevention. In: Kumanyika S., Brownson R. (2007): *Handbook of Obesity Prevention*. Springer Verlag. S. 132



# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

## Mission Statement

- Es ist unsere Überzeugung, dass eine Rückkehr zum normalen Körper- und Gewichtsverständnis oder Änderungen des Verständnisses nur unter Berücksichtigung der Komplexität der gesellschaftlichen Prozesse und Umweltprozesse erfolgen können.
- Wir verfolgen das Ziel, den Lebensverhältnissen und deren krankmachenden Einflussfaktoren normalisierende und entstigmatisierende Entwicklungen entgegenzusetzen.
- Die Empfehlungen sollen Richtwerte für den Umgang mit der Thematik sein

## Ziele der Empfehlungen:

- Schaffung von Transparenz bezüglich der Komplexität und Zusammenhänge
- Benennung der wesentlichen Dimensionen und dahinterstehenden Interessen
- Verdeutlichung der gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen
- Veranschaulichung der Vielschichtigkeit der Thematik
- Hervorhebung der Wichtigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit
- Bewusstseins-schaffung in den verschiedenen Disziplinen
- Erzeugung einer Zustimmung der verschiedenen Disziplinen, das Handeln an Empfehlungen zu orientieren und in den eigenen Umwelten zu berücksichtigen

## 2: Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

Die folgenden Empfehlungen und Vorschläge zur Reduzierung von Adipositas und Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen zielen auf eine Änderung der Lebensverhältnisse ab und stellen eine Zusammenfassung der verschiedenen Kapitel dar.

Legende:



Gesetze



Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen



Gesundheitswesen



Gastronomie



Lebensmittelhandel



Lebensmittelindustrie



Wirtschaft



Werbung



Medien

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

## 1

### Empfehlung Nr. 1

## Das Nahrungsmittelangebot verbessern

Zielgruppen: **Lebensmittelindustrie, Lebensmittelhandel, Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen und Gesundheitswesen**

Unsere Nahrungsmittelauswahl ist riesengroß. Doch in vielen angebotenen Produkten ist der Fett- und Zuckeranteil enorm hoch und begünstigt Übergewicht, Adipositas und in weiterer Folge Essstörungen.



### 1 Erhöhung des gesundheitsförderlichen Nahrungsmittelangebots

- Ausbau des Nahrungsmittelangebots in Schulen sowie in Kinder-, Jugend- und Gesundheitseinrichtungen durch qualitativ hochwertige Nahrungsmittel wie Obst, Gemüse und Vollkornprodukte
- Snacks und Getränke mit einem hohen Gehalt an Fett, Zucker oder Salz (HFSS<sup>1</sup>-Produkte) sowohl in Automaten als auch an Schulbuffets zur Gänze weglassen oder nur sehr eingeschränkt zulassen

### 2 Förderung des Wassertrinkens in Schulen, Kindergärten, Jugendeinrichtungen, öffentlichen Gebäuden und im öffentlichen Raum

### 3 Weglassen von Automaten mit HFSS-Produkten in Schulen und anderen öffentlich finanzierten Jugendeinrichtungen



### 4 Behördliche Richtlinie

- zum Abbau hoher HFSS-Anteile in Fertigprodukten,
- zur Reduktion des Angebots von Nahrungsmitteln mit HFSS-Anteil, insbesondere Getränken mit HFSS- bzw. Süßstoff-Anteil.

Steuereinnahmen durch HFSS-Nahrungsmittel, Getränke mit hohem HFSS- bzw. Süßstoff-Anteil und Fertigprodukte zweckgebunden für Gesundheitsförderung und Prävention verwenden.



### 5 Gezielte Vereinbarungen mit der Lebensmittelbranche und der Gastronomie hinsichtlich kleinerer Portionen und der Begrenzung von Multi-Pack-Angeboten bei HFSS-Nahrungsmitteln und HFSS-Produktgruppen treffen

<sup>1</sup> HFSS = High Fat, Sugar and/or Salt

## 2

### Empfehlung Nr. 2

## Werbung und Medien sensibilisieren

Zielgruppen: **Lebensmittelindustrie, Lebensmittelhandel, Wirtschaft, Werbung und Medien**

Widersprüchliche Werbe- und Medienbotschaften, die unerreichbare Schlankheits- und Körpernormen mit dem Konsum dickmachender Nahrungsmittel propagieren, können zu Übergewicht, Adipositas und Essstörungen führen. Die Empfehlungen Nr. 2 wurden in Absprache und mit Unterstützung des Österreichischen Werberates entwickelt und werden von diesem vollinhaltlich unterstützt.

### 1 Setzen von (Selbst-)Regulierungs-Maßnahmen, definiert in einem interdisziplinär entwickelten Kodex, für:

- Bewerbung und Sponsoring für HFSS-Nahrungsmitteln und Getränken mit HFSS- bzw. Süßstoff-Anteil in Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen sowie bei Kinder- und Jugendveranstaltungen
- Werbeeinsatz bei der Verknüpfung von HFSS-Nahrungsmitteln mit Spielzeugen



### 2 Durchführung öffentlicher Informationskampagnen zur Normalität der Körpervielfalt und den Auswirkungen von HFSS-Produkten auf das Körpergewicht



### 3 Setzen von Maßnahmen zur Sensibilisierung der Stakeholder hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen von Schlankheits- und Körpernormen in audiovisuellen Medien (z.B. Werbung, redaktionelle Medienberichterstattung, Film- und Musikvideos)



### 4 Informationskampagne für MedienvertreterInnen, VertreterInnen der Werbe- und Kreativwirtschaft und VertreterInnen der Film- und Musikindustrie sowie deren AuftraggeberInnen über die gesundheitsschädigenden Auswirkungen

- der idealisierten Darstellung von untergewichtigen Personen
- einer das Aussehen und Körperform stigmatisierenden Sprache
- von HFSS-Nahrungsmittelwerbung, Diäten und unrealen Körpernormen



### 5 Auszeichnungen für Werbe-, Medien- und Wirtschaftsunternehmen, die

- eine gewichts- und körperbildsensible Werbe- und PR-Linie vertreten
- die Produktion von HFSS-Nahrungsmittel verändern/reduzieren und/oder auf die Bewerbung von HFSS-Nahrungsmittel für Kinder und Jugendliche verzichten



### 6 Keine irreführende Bewerbung einseitiger Abnehm-Diäten, die Verhaltens- und Bewegungskomponenten nicht berücksichtigen



# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

## 3

### Empfehlung Nr. 3

## Stigmatisierung und Diskriminierung unterbinden

Zielgruppen: **Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen und Gesundheitswesen**

Übergewichtige und adipöse Personen sind von klein auf Stigmatisierungen und Diskriminierungen ausgesetzt. Der dadurch entstehende Schaden ist meist tiefgreifend und zieht oft gesundheitliche Probleme wie Essstörungen und Depressionen nach sich.



#### 1 Informationskampagne über

- Folgen von Stigmatisierung und Diskriminierung
- gemeinsame Ursachen und Risikofaktoren von Essstörungen und Adipositas



#### 2 Sensibilität bei der Erstellung und Benennung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen, um einer Stigmatisierung der AdressatInnen vorzubeugen



#### 3 Entwicklung eines „Adipositas- und Körperbild-Antidiskriminierungskodex“ für Gesundheitsberufe und pädagogische Berufe

- zu gewichtssensibler Sprache
- zu den negativen Auswirkungen von Körper- und Gewichtsstigmatisierung sowie körper- und gewichtsbezogenem Spott und dessen Wahrnehmung
- der Förderung eines positiven Körperbildes von Kindern und Jugendlichen



#### 4 „Adipositas- und Körperbild-Antidiskriminierungskodex“-Schulungen der Gesundheits- und pädagogischen Berufe

Zielpersonen: aus dem Gesundheitswesen, der Kindergarten-, Schul- und Freizeitpädagogik, dem Sportbereich

## Empfehlung Nr. 4

# 4

## Mehr Möglichkeiten für Bewegung schaffen

Zielgruppen: **Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen und Gesundheitswesen**

Bewegung beeinflusst Menschen ganzheitlich und verbessert ihre Ressourcen. Sie beugt Adipositas und Essstörungen vor, wirkt positiv auf den Energiestoffwechsel und positiv auf das Verhältnis von Fett- und Muskelmasse im Körper, stärkt das Selbstwertgefühl, erhöht die Stresstoleranz, reduziert Ängste und fördert das Gedächtnis.

**1 Qualifizierte tägliche Bewegungsförderung in Kindergärten und Schulen (in Anlehnung an den Nationalen Aktionsplan Bewegung – NAP Bewegung)**  
Zusätzlich systematische Implementierung von Bewegung bei der Vermittlung von Lehrinhalten wie z.B. „Bewegtes Lernen“.



**2 Förderung der Bewegungsfreude bereits im Kleinkindalter durch**

- Angebote in Betreuungseinrichtungen wie Krippen, Kindergärten und Kindergruppen.
- Bewegungsräume im Stadtbild wie Spiel- und Bewegungsplätze.



**3 Vernetzung von Kindergärten und Schulen mit Sportorganisationen zur Bereitstellung verschiedenster Sportangebote.**



**4 Spezielle Bewegungsangebote für Mädchen sowie eine Ausweitung von Bewegungsangeboten für die Risikogruppe übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher. Dabei ist jegliche Diskriminierung zu vermeiden. Empfohlene Maßnahmen:**

- Kommunale Förderung von Bewegungsprogrammen
- Einsatz glaubwürdiger und identifikationsfähiger Testimonials, die der Lebensrealität der Jugendlichen entsprechen



## 5

### Empfehlung Nr. 5

## Soziale Benachteiligung ausgleichen

Zielgruppen: **Lebensmittelindustrie, Lebensmittelhandel, Gastronomie, Gesundheitswesen und Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen**

Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder mit Migrationshintergrund sind besonders oft von Übergewicht und Adipositas betroffen. Herkömmliche Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention erreichen diese Zielgruppen allerdings kaum.



### 1 Konzipierung ganzheitlicher und zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderungsprogramme für sozial benachteiligte Personen und Menschen mit Migrationshintergrund:

- Berücksichtigung sprachlicher und kultureller Aspekte bei der Maßnahmenplanung
- Einbeziehung von Schlüsselpersonen aus lokalen Migrationsvereinen
- Stärkung der Lebenskompetenz, des Selbstwertgefühls und der Problemlösefertigkeit
- Vermittlung von Ernährungswissen und Entwicklung einer Kochkompetenz
- Fokus auf Bewegungsförderung
- Förderung des leistbaren Zugangs zu Bewegungsangeboten



### 2 Bereitstellung mehrsprachiger Informationen und Schulungen werdender Eltern zur Unterstützung ihrer neuen Rolle (z.B. durch Familienhebammen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, DiätologInnen)



### 3 Bewegungsfreundliche Gestaltung der Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen – insbesondere in Stadtteilen mit hohem Migrationsanteil und sozialer Benachteiligung



### 4 Ermöglichung des Zugangs zu leistbaren und qualitativ hochwertigen Nahrungsmitteln

## Empfehlung Nr. 6

### Ernährungswissen vermitteln

Zielgruppen: **Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen und Gesundheitswesen**

Das breite Lebensmittelangebot, die ständige Verfügbarkeit von Speisen, die Vielzahl an Ernährungsweisen, das Bedürfnis schlank zu sein sowie unzählige Mode-Diäten stiften Verwirrung bei VerbraucherInnen. Fehlendes Ernährungswissen forciert Übergewicht, Adipositas und Essstörungen.

#### 1 Zielgruppengerechte und qualifizierte praxisorientierte Vermittlung von Ernährungswissen insbesondere an:

- Kinder in Kindergärten
- Kinder und Jugendliche in Schulen und Jugendeinrichtungen
- Jugendliche in der Lehrlingsausbildung
- (werdende) Eltern und Erziehungsberechtigte, mit Fokus auf Alleinerziehende und Väter
- PädagogInnen und BetreuerInnen in Kinder- und Jugendeinrichtungen
- VerpflegungsanbieterInnen und MultiplikatorInnen wie Verpflegungsverantwortliche, Köche/ Köchinnen, BuffetbetreiberInnen.



#### 2 VerbraucherInnenfreundliche Kennzeichnung von Nahrungsmitteln und Fertigprodukten für eine bewusste Entscheidungsfindung beim Einkauf



#### 3 Bewusstseinsbildung für die Bedeutung von gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten in der Familie





## 7

### Empfehlung Nr. 7

## Allgemeine Lebensbedingungen beachten

Zielgruppen: **Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen und Gesundheitswesen**

Beschleunigung und Zeitmangel bestimmen das Essverhalten. Das Außer-Haus-Essen nimmt zu, gemeinsame Essenszeiten sind rar. Hochkalorische Fertigprodukte und Snacks sind ständig verfügbar und leisten Übergewicht und Adipositas Vorschub.



### 1 Den Zeitstress von Erziehungspersonen und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen reduzieren:

- Schaffung von Rahmenbedingungen für eine gerechte Verteilung der Gesamtarbeitsbelastung von Eltern bzw. Haushalten mit Kindern. Dabei soll die Haus- und Ernährungsarbeit besonders berücksichtigt werden
- Entlastung Berufstätiger durch die Bereitstellung von ganztägigen Kinderbetreuungseinrichtungen mit qualitativ hochwertiger Verpflegung für Kindergarten- und Schulkinder



### 2 Förderung gesunder Gemeinschaftsverpflegung und gemeinsamen Essens in Kindergärten, Schulen, Jugendeinrichtungen und Betrieben mit Lehrlingen



### 3 Ausweitung bewegungsfreundlicher Umwelten zur Förderung der gesunden Bewegung von Kindern und Jugendlichen im Alltag

## 3: Problemdarstellung

# Die Verbreitung von Adipositas und Essstörungen

## Definition, Häufigkeit, Folgen

Assoc.Prof. Dr. Thomas Dorner, MPH, Priv.Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür,  
Mag<sup>a</sup> Dr<sup>in</sup> Karin Waldherr

Regelmäßig ereilen uns die Meldungen eines neuerlichen Anstiegs von Übergewicht und Adipositas in der westlichen Welt, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen. Doch wann spricht man von Übergewicht und wann von Adipositas? Zur Klassifizierung des Körpergewichts wird international die Definition der World Health Organization (WHO) herangezogen.

### Adipositas und die Rolle des BMI

Die WHO stellt den so genannten Body Mass Index, kurz BMI, in den Mittelpunkt ihrer Gewichtsdefinitionen. Der BMI lässt sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm, bezogen auf das Quadrat der Körpergröße in Metern, ermitteln.

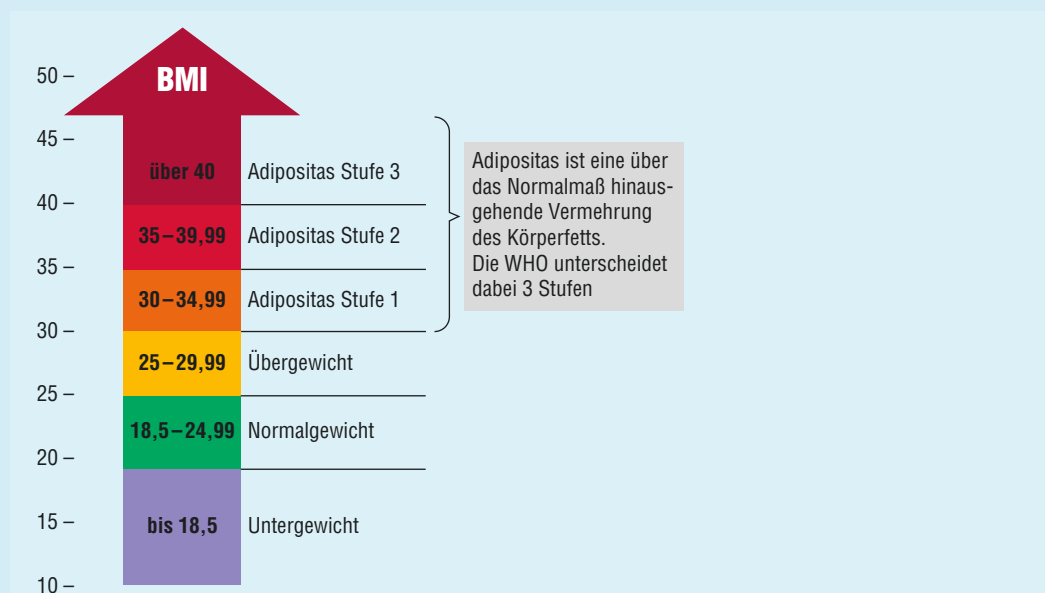


Abbildung 1: Einteilung der Gewichtsklassen bei Erwachsenen nach WHO

Kinder und Jugendliche unterliegen nicht der Gewichtsklassifikation für Erwachsene, da sich bei ihnen das Verhältnis von Größe zu Gewicht ständig ändert. Es gibt daher keine für alle Altersgruppen einheitlichen Grenzwerte der Gewichtsklassen. Die Beurteilung des BMI erfolgt anhand alters- und geschlechtsspezifischer Referenzwerte<sup>1</sup>, die bei den 18-Jährigen mit den Erwachsenen-BMI-Werten abschließen.

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

## BMI nicht überbewerten

Der BMI kann mit wenigen Messungen rasch einen Überblick über die Körpermasse geben, sollte jedoch nicht überbewertet werden. Im Alltag sind eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und körperliche Fitness viel wichtiger als das Erreichen eines bestimmten Körpergewichtes oder einer bestimmten Klassifikationskategorie.

Das Hauptproblem des BMI besteht darin, dass er nicht zwischen Körperfett- und Körpermagermasse unterscheidet. Das führt insbesondere bei muskulösen Menschen fälschlicherweise zu einer zu hohen Einschätzung der Gewichtsklasse und bei muskelärmeren Menschen – vor allem bei älteren Erwachsenen – fälschlicherweise zu einer zu niedrigen Einschätzung der Gewichtsklasse. Überdies ist problematisch, dass der BMI nicht berücksichtigt, an welchen Körperstellen das Fettgewebe sitzt.

## Gefährliches Bauchfett

Fettgewebe, das sich um den Bauch anhäuft, ist mit einem hohen Gesundheitsrisiko verbunden. Fettgewebe an Oberschenkeln, Hüften und Gesäß birgt ein geringeres Gesundheitsrisiko. Um dieses Problem deutlich zu machen, wird bei Erwachsenen routinemäßig der Bauchumfang gemessen bzw. der Taillen-Hüftquotient errechnet. Dabei zeigen Grenzwerte die verschiedenen Formen der Adipositas mit unterschiedlichem Gesundheitsrisiko auf. Übersteigt der Bauchumfang 88 cm bei Frauen bzw. 102 cm bei Männern, liegt eine bauchbetonte Adipositas vor.<sup>2</sup> Für Kinder und Jugendliche stehen dazu keine repräsentativen Referenzdaten zur Verfügung.

## Die verschiedenen Arten von Essstörungen

Essstörungen wie Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und Binge Eating Disorder zählen zu den häufigsten und schwersten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter<sup>3,4</sup> und sind über das gesamte Gewichtsspektrum verteilt. Während Menschen, die an Anorexia Nervosa (AN) erkrankt sind, durch ihr starkes Untergewicht auffallen, können Menschen mit Bulimia Nervosa (BN) unter-, normal- oder übergewichtig sein. Die Krankheit AN beginnt im Durchschnitt mit 16 oder 17 Jahren, Bulimia Nervosa (BN) mit zirka 19 Jahren.<sup>5</sup> Adipositas ist *keine* Essstörung. Allerdings *hat* ein erheblicher Anteil von Personen mit Adipositas eine Essstörung. Insbesondere die Binge Eating-Störung ist mit Adipositas assoziiert. Rund 20 bis 50 Prozent der Kinder und Erwachsenen, die Hilfe wegen ihrer Adipositas suchen, leiden an Essanfällen oder einer Binge Eating-Störung.<sup>6-9</sup>

**Abbildung 2:**  
Diagnosekriterien für  
Essstörungen<sup>10</sup>

## **Anorexia Nervosa (AN)**

- eingeschränkte Nahrungsaufnahme relativ zum Energiebedarf, was zu bedeutsam niedrigerem Gewicht – bezogen auf Alter, Geschlecht, den Entwicklungsstand und den körperlichen Gesundheitszustand führt. Bedeutsam niedriges Gewicht ist definiert als ein Gewicht unterhalb des Normalgewichtsbereiches (bei Kindern und Jugendlichen unterhalb des minimal zu erwartenden noch im Normalgewichtsbereich liegenden Gewichts)
- ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder andauerndes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz bestehenden Untergewichts
- Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades eines zu geringen Körpergewichts

## **Bulimia Nervosa (BN)**

- wiederkehrende Essattacken, die durch zwei Merkmale gekennzeichnet sind: 1. Aufnahme einer großen Nahrungsmenge in kurzer Zeit (z.B. innerhalb von zwei Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden; 2. Gefühl eines Kontrollverlusts (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören, noch Art und Menge der Nahrung kontrollieren zu können)
- wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme entgegensteuernden Maßnahmen wie selbst herbeigeführtes Erbrechen, Einnahme von Abführ- und Entwässerungsmitteln, Fasten, intensive sportliche Betätigung
- Essanfälle und Kompensationsverhalten treten mindestens drei Monate lang im Durchschnitt ein Mal pro Woche auf
- Figur und Körpergewicht haben übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung
- die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa auf

## **Binge Eating Störung (BED)**

- wiederkehrende Essattacken, die durch zwei Merkmale gekennzeichnet sind: 1. Essen einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb von zwei Stunden), die definitiv größer ist, als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Bedingungen essen würden; 2. Gefühl eines Kontrollverlusts (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören, noch Art und Menge der Nahrung kontrollieren zu können)
- Die Essattacken treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf: wesentlich schnelleres Essen als normal; Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl; Essen großer Nahrungsmengen – ohne hungrig zu sein; alleine Essen aus Verlegenheit über die gegessene Menge; Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach übermäßigem Essen
- deutliches Leiden wegen der Essattacken
- Essattacken treten ohne regelmäßige kompensatorische Verhaltensweisen auf – und nicht ausschließlich im Verlauf einer AN oder BN
- Essanfälle im Durchschnitt an mindestens einem Tag pro Woche über drei Monate hinweg

## **Häufigkeit von Essstörungen**

Von Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN) sind vor allem Mädchen und Frauen betroffen. Zieht man die durchschnittliche Schätzung internationaler Studien heran, dürfte die Häufigkeit einer AN zu einem bestimmten Zeitpunkt bei Mädchen und Frauen im Risikalter zwischen 15 und 34 Jahren bei etwa 0,4 Prozent liegen. Die Häufigkeit von BN wird auf 1 Prozent geschätzt. Die Gruppe der nicht näher bezeichneten Essstörungen – das ist jene Gruppe, die nicht alle Kriterien einer AN oder BN aufweist – kommt mit 2 bis 5 Prozent vor.<sup>9</sup>

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

Studien belegen, dass zirka 2 bis 5 Prozent der Allgemeinbevölkerung von einer Binge Eating Disorder (BED) betroffen sind<sup>11</sup>, davon sind etwa zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer.<sup>12</sup> Bei Kindern und Jugendlichen dürfte die Häufigkeit von BED bei zirka 1 bis 3 Prozent liegen.<sup>13,14</sup> Bereits unter den 6-Jährigen haben laut Lamerz et al. (2005)<sup>15</sup> zwei Prozent Essanfälle. Rund 6 Prozent der 6-jährigen Kinder mit Adipositas<sup>15</sup> und 20 bis 30 Prozent der Jugendlichen mit Adipositas leiden unter Essanfällen.<sup>9</sup>

Internationale Studien zeigen, dass seit Ende des zweiten Weltkrieges die Erstaufnahmen in Krankenhäusern aufgrund einer Essstörung stetig steigen.<sup>9</sup> Dies geht unter anderem auch auf eine erhöhte Sensibilisierung gegenüber Essproblemen und auf die Früherkennung von Betroffenen zurück.

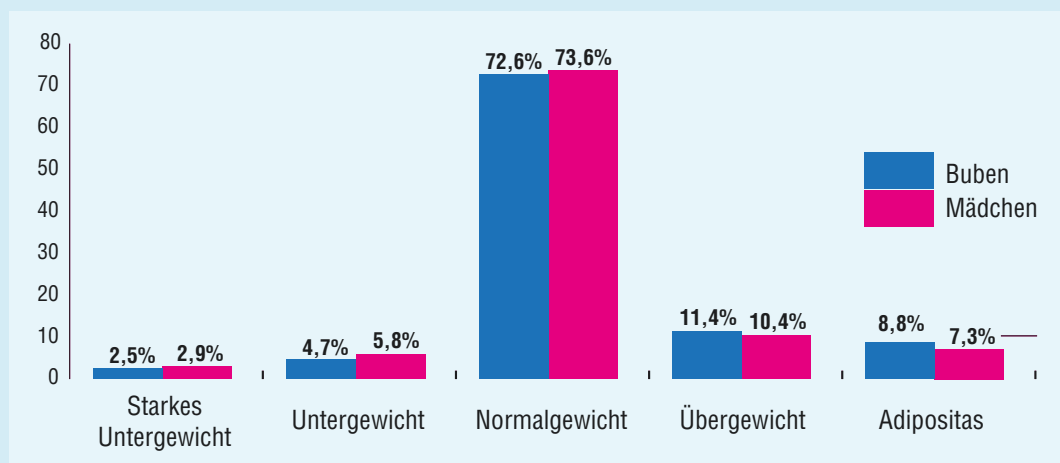
Ein erhöhtes Risiko für eine Essstörung haben laut der ersten repräsentativen Studie zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Österreich 30,9 Prozent der Mädchen (Schwankungsbreite: 28,8% – 33%) und 14,6 Prozent der Buben (Schwankungsbreite: 12,9% – 16,3%) zwischen 10 und 18 Jahren (Zeiler et al., 2015). Am häufigsten wurden angegeben: erlebter Kontrollverlust beim Essen, starker Einfluss des Essens im Allgemeinen und sich zu dick zu fühlen, obwohl andere einen für dünn halten. Rund 6 Prozent der 1976 befragten Mädchen und rund 5 Prozent der 1634 befragten Buben gaben an, schon einmal absichtlich erbrochen zu haben, weil sie ein unangenehmes Völlegefühl hatten (Zeiler et al., 2015).<sup>26</sup>

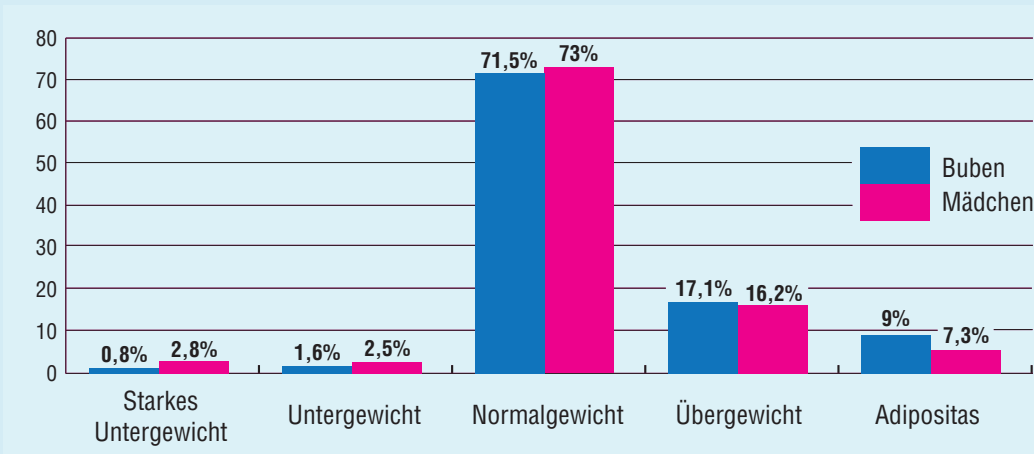
## Adipositas bei Jugendlichen

Laut Mikrozensus der Statistik Austria waren im Jahr 2006/2007 eigenen Angaben zufolge 11 Prozent der weiblichen bzw. 6 Prozent der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren untergewichtig, 12 bzw. 16 Prozent waren übergewichtig und je 4 Prozent hatten Adipositas.<sup>16</sup>

Abbildung 3 zeigt eine Übersicht über die Gewichtsverteilungen bei österreichischen Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 14 Jahren, die in zwei Studien zwischen 2005/06 und 2012 ermittelt wurden. Im Schuljahr 2005/2006 wurde eine bundesweite Feldstudie zur Erhebung der Häufigkeit von Über- und Untergewicht bei 6- bis 14-jährigen SchülerInnen durchgeführt.<sup>17</sup> Starkes Untergewicht hatten zirka 3 Prozent der SchülerInnen. Übergewicht wiesen etwa 10 Prozent der Schülerinnen und 11 Prozent der Schüler auf, Adipositas hatten rund 7 bzw. 9 Prozent (Abbildung 3a). Im Rahmen des Österreichischen Ernährungsberichts 2012<sup>18</sup> wurden bei 188 Mädchen und 198 Buben zwischen 7 und 14 Jahren Körpergröße und Gewicht gemessen – und erstmals auch Körperfettanteil und Taillenumfang. Entsprechend der BMI-Referenzwerte<sup>1</sup> war der Anteil der übergewichtigen Mädchen und jener der übergewichtigen Buben ähnlich hoch. Buben waren von Adipositas stärker betroffen als Mädchen. Diese

**Abbildung 3a:**  
Häufigkeit von starkem Untergewicht, Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas bei österreichischen Kindern und Jugendlichen<sup>17</sup>





**Abbildung 3b:**  
Häufigkeit von starkem Untergewicht, Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas bei österreichischen Kindern und Jugendlichen aus dem Österreichischen Ernährungsbericht 2012<sup>18</sup>

wiesen hingegen häufiger extremes Untergewicht auf (Abbildung 3b). Auch der Körperfettanteil lag bei Mädchen öfter über dem Referenzwert des deutschen Data-Input-Kinderkollektivs.<sup>19</sup>

Einer Auswertung des aktuellsten WHO-HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) Surveys 2010 zufolge ist der Anteil der SchülerInnen mit starkem Übergewicht von 1998 auf 2014 gestiegen. Dabei erhöhte sich die Adipositas bei Schülern eindeutig und bei Schülerinnen geringfügig.<sup>20</sup>

Trotz der mangelhaften Datenlage ist in Österreich von einem Anstieg der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen seit den 1990er Jahren auszugehen.

## Risikofaktoren steigen

In Niederösterreich wurden Schülerinnen und Schüler im Alter von 10 bis 19 Jahren in den Jahren 1993 und 2004 mit gleichen Fragebögen und zum Großteil in den gleichen Schulen zu Essstörungen und Risikofaktoren befragt.<sup>21-23</sup> Das Ergebnis: Bei den Mädchen sind sowohl der Anteil von Adipositas zwischen 1993 und 2004 angestiegen als auch der Anteil von starkem Untergewicht. Bei den Buben hat sich die Häufigkeit von Übergewicht erhöht, die Häufigkeit von Adipositas ist hingegen gesunken. Außerdem zeigte sich bei den Buben ein signifikanter Anstieg der Unzufriedenheit mit dem Körper, was sich u.a. in einer Zunahme der Diäterfahrung niederschlägt, die von 19 auf 29 Prozent angestiegen ist. Bei den Mädchen hatten im Jahr 1993 zirka 50 Prozent Diäterfahrung und im Jahr 2004 etwa 54 Prozent. Die bulimischen Verhaltensweisen wie Essattacken und selbst herbeigeführtes Erbrechen haben sich bei den Mädchen im gleichen Zeitraum ebenfalls leicht erhöht.

Die Ergebnisse der beiden – im Abstand von etwa zehn Jahren durchgeführten – Studien zeigen, dass der soziale Druck, dem vorherrschenden Körperideal zu entsprechen, vermehrt auch auf Burschen wirkt und die Häufigkeit gemeinsamer Risikofaktoren für Essstörungen und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen angestiegen ist.

## Gesundheitliche Folgen von Adipositas

Als wissenschaftlich bewiesen gilt, dass Adipositas in allen Altersgruppen – von Kindern bis zu Hochbetagten – mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden ist. Zwischen Körpergewicht bzw. BMI und Gesundheitsbeeinträchtigung besteht ein U-förmiger Zusammenhang. Das bedeutet, dass in der Bevölkerung die Gesundheitsbeeinträchtigung bei einem mittleren Körpergewicht am geringsten ist. Sowohl ein geringes als auch ein hohes Körpergewicht ziehen steigende Beeinträchtigungen nach sich. Kinder mit Übergewicht haben überdies ein

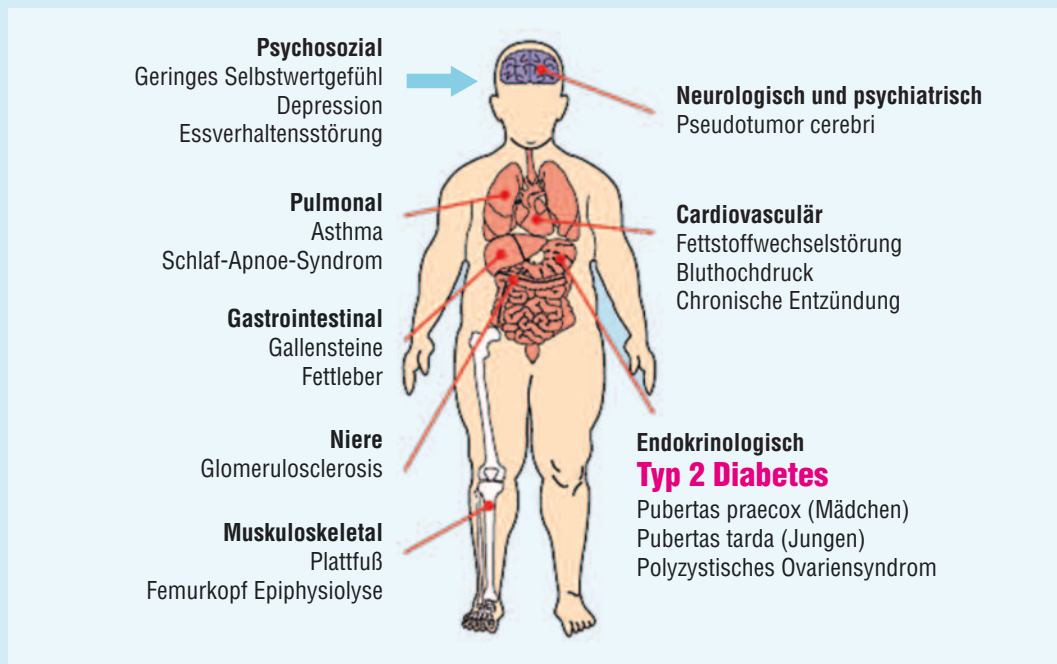
# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

erhöhtes Risiko, als Erwachsene ebenfalls von Übergewicht bzw. Adipositas betroffen und gesundheitlich beeinträchtigt zu sein.

Zu den Erkrankungen, die bereits bei Kindern und Jugendlichen als Folge eines zu hohen Körpergewichts entstehen, gehören Stoffwechselstörungen wie Glukosetoleranzstörungen, Insulinresistenz, Diabetes mellitus vom Typ 2, das metabolische Syndrom, erhöhtes Cholesterin, Gallensteine v.a. bei Gewichtsreduktion, Herz-Kreislaferkrankungen und Bluthochdruck, nichtalkoholische Fettlebererkrankungen, Hyperurikämie (Gicht), das polyzystische Ovarsyndrom und orthopädische Erkrankungen wie Arthrose und Gelenkfehlstellungen (siehe auch Abbildung 4).

Zu den Einschränkungen der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Adipositas zählen reduzierte Vitalität, Schlaf-Apnoe-Syndrom, asthmaähnliche Beschwerden, Hautinfektionen, Schmerzen und Limitierung der Beweglichkeit, Gynäkomastie (Vergrößerung der Brustdrüsen) bei Jungen und psychische Probleme wie Ängste, Depressionen oder gestörtes Essverhalten bis hin zu Essstörungen und auch soziale Probleme wie psychosozialer Druck, vermindertes Selbstwertgefühl, sexuelle Unzufriedenheit und Stigmatisierung in der Schule bzw. am Arbeitsplatz.<sup>24,25</sup>

**Abbildung 4:**  
Folgerkrankungen der  
Adipositas im Kindes- und  
Jugendalter nach dem  
WHO Report 2002<sup>17</sup>



Quelle: <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=321>

## Gesundheitliche Folgen von Essstörungen

Essstörungen haben schwere körperliche Konsequenzen und können einen tödlichen Ausgang nehmen. Folgen des extremen Untergewichts bei Anorexia Nervosa (AN) sind Hormonstörungen (mit Ausbleiben der Menstruation, Verlust des sexuellen Interesses, Verzögerung oder Ausbleiben der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale (z.B. des Brustwachstums), Unfruchtbarkeit), Osteoporose, Wachstumsstopp bzw. -störungen, verlangsamter Herzschlag und Herzrhythmusstörungen, Elektrolytstörungen, Darmträgheit, chronische Verstopfung, Nierenversagen, trockene Haut und Haarausfall sowie Kälteempfindlichkeit. AN ist eine schwer zu behandelnde psychische Erkrankung und weist eine hohe Chronifizierungsrate sowie die höchste Sterblichkeitsrate aller psychiatrischen/psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter auf. AN-PatientInnen sterben durch körperliche Folgeschäden wie z.B. Organversagen, aber auch durch Selbstmord (zirka 10 Prozent nach 12 Jahren<sup>12</sup>).

Bei Bulimia Nervosa (BN) kommt es zum Anschwellen der Speicheldrüsen, zu Zahnschäden, Reizungen und Rissen in der Speiseröhre, Magen-Darm-Problemen, Elektrolytstörungen, Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und Nierenproblemen bis hin zu Nierenversagen.

## Literatur

- 1 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.
- 2 World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organization technical report series 2000;894:i-xii, 1–253.
- 3 Golden, N.H., Katzman, D.K., Kreipe, R.E., Stevens, S.L., Sawyer, S.M., Rees, J., Nicholls, D., Rome, E.S., Society for Adolescent Medicine (2003). Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*, 33(6), 496–503.
- 4 Fairburn, C.G., Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407–416.
- 5 Gratacòs, M., Escaramís, G., Bustamante, M., Saus, E., Agüera, Z., Bayés, M., et al. (2010). Role of the neurotrophin network in eating disorders' subphenotypes: Body mass index and age of onset of the disease. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 834–840.
- 6 Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A. et al. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*, 13(2), 137–145.
- 7 Bruce, B., Wilfley, D. (1996). Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 58–61.
- 8 Decaluwé, V., Braet, C., Fairburn, C.G. (2003). Binge eating in obese children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 78–84.
- 9 Fichter, M.M. (2011). Epidemiologie der Essstörungen. In Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M., Tuschen-Caffier, B., Zeeck, A. (Hrsg.), *S3 Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (1–14)*. Springer-Verlag.
- 10 American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Auflage)*.
- 11 de Zwaan, M., Herpertz, S., Zipfel, S., Tuschen-Caffier, B., Friederich, H.-C., Schmidt, F., Gefeller, O., Mayr, A., Lam, T., Schade-Brittinger, C., Hilbert, A. (2012). INTERBED: internet-based guided self-help for overweight and obese patients with full or subsyndromal binge eating disorder. A multicenter randomized controlled trial. *Trials*, 13, 220 (open access: <http://www.trialsjournal.com/content/13/1/220>)
- 12 Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M., Tuschen-Caffier, B., Zeeck, A. (2011, Hrsg.), *S3 Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. Springer-Verlag.
- 13 Nicholls, D., Chater, R., Lask, B. (2000). Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 317–324.
- 14 Marcus, M.D., Kalarchian, M.A. (2003). Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34 (Suppl.), S47–S57.
- 15 Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Bruning, N., Wehle, C., Trost-Brinkhues, G., Brenner, H., Hebebrand, J., Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *J Child Psychol Psychiatry*, 46(4), 385–393.
- 16 Statistik Austria (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien.
- 17 Zwiauer, K., Burger, P., Hammer, J., Hauer, A., Lehner, A., Lehner, P., Mutz, I., & Rust, P. (2007). *Studienbericht: Österreichweite Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern*. Wien: Österreichisches Grünes Kreuz für Gesundheit.
- 18 Elmadfa, I. et al. (2012). *Österreichischer Ernährungsbericht 2012*. 1. Auflage. Wien.
- 19 Data Input GmbH (2005). *Das B.I.A.-Kompendium*. 3. Ausgabe. Darmstadt.
- 20 Ramelow D., Teutsch F., Hofmann F., Felder-Puig R. (2015, Hrsg.). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III.
- 21 Waldherr, K. (1995). *Eine deutschsprachige Validierung des Eating Disorder Inventory-2*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.
- 22 Friedl, H., Waldherr, K., & Rathner, G. (2005). *Restrained and disturbed eating behaviour in adolescents from Lower Austria in 1993 and 2004*.
- 23 Friedl, H. (2008). *Diätwahn und Essverhaltensstörungen: Ein Vergleich an niederösterreichischen Schulen zwischen 1993 und 2004*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.
- 24 British Heart Foundation (BHF). Internet: <http://www.bhf.org.uk/> (Stand: 22.08.2012)
- 25 Rathmanner T, Meidlinger B, Baritsch C, Lawrence K, Dörner T, Kunze M. 1. *Österreichischer Adipositas-Bericht*. Rieder A. Verein Altern mit Zukunft (Hrsg.) Wien, 2006.
- 26 Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Nitsch, M., Dür, W., Karwautz, A & Wagner, G. (2015). Prevalence of Eating Disorder Risk and Associations with Health-related Quality of Life: Results from a Large School-based Population Screening. *European Eating Disorders Review*, DOI: 10.1002/erv.2368



## Die psychologische Dynamik der Nahrungsaufnahme

### Was wir essen und warum

a.o. Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger, Mag<sup>a</sup> Michaela Langer,  
Mag<sup>a</sup> Alexandra Beurle

#### Ernährung und Psychologie

Essen stillt primär Bedürfnisse wie Hunger und Durst. Sekundär jedoch befriedigt es psychologische und soziale Bedürfnisse, die bereits in der frühesten Kindheit durch soziokulturelle Lernprozesse ausgebildet und anerzogen werden. So sind mit der Nahrungsaufnahme grundlegende emotionale Erfahrungen verbunden. Beispielsweise erfährt ein Baby durch das Stillen Sättigung als Zuwendung. Eine unzureichende Zuwendung der Bezugspersonen kann allerdings dazu beitragen, dass Kinder nicht zwischen Hunger und anderen negativen Gefühlen unterscheiden können. Außerdem wird bereits früh gelernt, unangenehme Emotionen mit Essen auszugleichen.

#### Geschmack ist Gewohnheit

Geschmack wird gelernt und als kulturspezifische Gewohnheit gefestigt. Neugeborene weisen eine evolutionär bedingte Vorliebe für süß und eine Abneigung gegen salzig, sauer und bitter auf. Im Kleinkindalter verändert sich der Geschmackssinn. Es werden positive Reaktionen auf salzige und bittere Nahrung entwickelt. Wie kommt das? Kinder lernen durch Anleitung, wiederholte Darbietung und Geschmackserfahrung sowie durch soziale Anerkennung zunächst abgelehnte Geschmäcker zu schätzen. Besonders die Abneigung gegen bestimmte Lebensmittel übernehmen Kinder von ihren Eltern. Lehnt die Mutter den Geschmack von Äpfeln ab, besteht eine 60-prozentige Wahrscheinlichkeit, dass ihre Kinder es ebenfalls tun<sup>1</sup>.

Geschmacksvorlieben sind sehr stabil, da sie über einen langen Zeitraum „trainiert“ worden und im gewohnten Verhalten verankert sind. Wird diesen Lernerfahrungen eine vernunftorientierte Präventionsmaßnahme entgegengesetzt, wie zum Beispiel „Von Zucker bekommt man Karies!“, so ist diese meist erfolglos. Einerseits sind Kinder noch weniger als Erwachsene in der Lage, wegen eines weit in der Zukunft liegenden Schadens auf einen aktuellen Genuss zu verzichten. Andererseits sind solche Argumente für Kinder oft zu komplex, um verstanden zu werden.

Die Motive bei der Auswahl von Lebensmitteln sind vielfältig<sup>2</sup>:

- Geschmacksanspruch
- Hungergefühl
- ökonomische Bedingungen
- kulturelle Einflüsse
- habituelle Bedingungen
- emotionale Wirkung
- soziale Gründe (Essen in Gesellschaft)

- Wunsch nach Zugehörigkeit zu einem sozialen Milieu
- Angebotslage
- Gesundheitsüberlegungen/Fitnessüberlegungen
- Schönheitsüberlegungen – z.B. der Wunsch, schlank zu bleiben
- Verträglichkeit
- Neugier
- Angst vor Schaden – z.B. vor BSE bei Rindfleisch oder vor Schadstoffmeldungen
- pädagogische Maßnahmen – z.B. Belohnung mit Süßigkeiten
- Krankheitserfordernisse

In Anbetracht dieser unterschiedlichen, teilweise miteinander konkurrierenden Motive ist der Wunsch, sich gesund zu ernähren, nur einer von vielen.

## Veränderungen im Nahrungsmittelangebot

Niemals zuvor in der Entwicklungsgeschichte der Menschen waren Menge und Vielfalt der verfügbaren Nahrung so groß wie heute. Während früher das „Suchen und Finden“ von Nahrung im Vordergrund stand, ist es heute das „Auswählen“. Der Ernährungspsychologe Volker Pudiel nennt weitere Veränderungen in unserer Beziehung zu Nahrungsmitteln: den Verlust der Wertschätzung für Nahrungsmittel und den Beziehungsverlust zu ihrer Herkunft, den Verlust der Lebensmittel-Identität und den Ersatz durch Beziehung zu Nahrungsmittel-Marken sowie den Verlust des emotional-sozialen Kontextes durch einsames Essen anstatt gemeinsam in der Familie.

## Gezügeltessverhalten

Das überbordende Nahrungsmittelangebot bewirkt, dass viele Menschen ihr Essverhalten zügeln wollen. Durch gezügeltessverhalten versuchen sie, die Nahrungsaufnahme einzuschränken, um eine Gewichtskontrolle zu erreichen. Besonders Übergewichtige bzw. Personen, die sich als übergewichtig empfinden, sind aufgrund des sozialen Drucks bemüht, ihr Körpergewicht zu kontrollieren. Die Problematik gezügeltess Essens besteht darin, dass es kaum gelingt, das Essverhalten dauerhaft zu kontrollieren. Gezügeltess Esser laufen somit Gefahr, bei Nichtkontrolle und Unterbrechung der selbstauferlegten Einschränkung, weit über ihre Sättigungsgrenze hinaus zu essen.

## Körperbild und Pubertät

Das Erleben des eigenen Körpers ist ein zentraler Faktor in der Entwicklung der eigenen Identität. Unser Selbstbild bestimmt, wie wir über unseren Körper denken, wie wir ihn fühlen, wahrnehmen und uns ihm gegenüber verhalten. All diese Bereiche können positiv oder negativ geprägt oder auch widersprüchlicher Natur sein.

Das Erleben des eigenen Körpers ist stets im Wandel begriffen. Es verändert sich bis ins hohe Alter. Die stärksten Veränderungen werden dabei vom Säuglings- bis ins Jugendalter durchlaufen. Vor allem für Mädchen stellt die Pubertät in dieser Hinsicht eine große psychische und soziale Herausforderung dar. Der Körper verändert sich in dieser Lebensphase dramatisch. Es entwickeln sich die Sexualität und der Wunsch, zu gefallen. Soziale Vergleichsprozesse und das Bestreben, gesellschaftlichen Rollenstereotypen zu entsprechen, können Jugendliche – insbesondere Mädchen – massiv unter Druck setzen. Schließlich erfordert die rasche körperliche Veränderung in dieser Lebensphase eine ebensolche Anpassung des eigenen Körperbildes. Dies ist nicht immer möglich – schon gar nicht, wenn Krisen auftreten. Gleichzeitig kann aber auch der sich verändernde Körper selbst zum Auslöser einer Krise werden.

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

Auch primäre Bezugspersonen und Bezugsgruppen prägen das Körperbild eines (jungen) Menschen. Bezugspersonen können die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen negativ beeinflussen, indem sie ihnen ihre eigene Unzufriedenheit bzw. ihre jeweiligen Diäten vorleben. Ebenso können körper- oder gewichtsbezogene Kommentare eine negative Auswirkung haben und Auslöser für gestörtes Essverhalten sein.

## Abnehmende Körperzufriedenheit bei Jugendlichen

Wie Studien belegen, hat die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Schlanksein wird idealisiert und selbst normalgewichtige Menschen empfinden sich als zu dick. Idealmaße und durchschnittliches Körpergewicht der Bevölkerung klaffen immer weiter auseinander. Zugleich steigt die Anzahl esssgestörter Personen, wobei insbesondere Frauen betroffen sind. Für Jugendliche verstärken sich dadurch die Schwierigkeiten mit der Entwicklung eines gesunden subjektiven Körperbildes.

Fragt man Jugendliche nach ihren Sorgen, wird das eigene Körperbild an erster Stelle genannt. Stress, Schule oder familiäre Beziehungen kommen erst danach. Laut einer australischen Studie, an der über 50.000 Jugendliche teilnahmen, reichten 50 Prozent der Mädchen und 27 Prozent der Burschen die Sorge um ihr Körperbild an erster Stelle.<sup>3</sup>

In Österreich sind die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und Körper nicht weniger besorgniserregend: Laut HBSC-Studie der WHO gaben 51 Prozent der österreichischen Mädchen im Alter von 15 Jahren an, sie seien zu dick, obwohl nur 12 Prozent laut Body-Mass-Index als übergewichtig oder adipös eingestuft wurden. 24 Prozent (also fast ein Viertel der Befragten) hielten zum Zeitpunkt der Befragung Diät.<sup>4</sup>

In Wien wurden 2012 insgesamt 737 Schülerinnen und 592 Schüler mit folgenden Ergebnissen befragt:

- 1/3 der Schülerinnen und 14.5% der Schüler hatten starke oder sehr starke Angst vor einer Gewichtszunahme
- 3/4 der Schülerinnen und 1/3 der Schüler möchten sehr dünn sein
- 31.5 Prozent der Schülerinnen und 17.5% der Schüler gaben an mindestens einmal in ihrem Leben einen Diätversuch gestartet zu haben
- 5% der Schülerinnen und 3% der Schüler gaben an, bereits in einer Therapie wegen Essstörungen gewesen zu sein.

## Die Diätfälle

Abnehm-Diäten führen oftmals zu einer kurzfristigen Gewichtsabnahme. Da sich der Stoffwechsel aber nicht sofort nach Beendigung der Diät normalisiert, kommt es zu einer Gewichtszunahme, wenn wieder ohne Einschränkungen gegessen wird (Jojo-Effekt) und es kann zu einer andauernden Gewichtszunahme trotz moderaten Essens kommen. Weiters kann die Einschränkung der Nahrungsaufnahme Heißhungerattacken auslösen, die ein schlechtes Gewissen und verstärkte Nahrungseinschränkung nach sich ziehen. Das wiederum kann einen Teufelskreis des Fastens und Überessens in Gang setzen und den Einstieg in eine Essstörung begünstigen. Denn: Jede Essstörung beginnt mit einer Diät (selbstverständlich führt jedoch nicht jede Diät zu einer Essstörung).

## Zwanghaft gesund essen

In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass sich immer mehr Menschen zwanghaft gesund ernähren (das Phänomen ist unter der Bezeichnung Orthorexia nervosa bekannt geworden, stellt aber keine anerkannte Diagnose nach ICD-10 dar). Im Vordergrund steht zwar die gesunde Ernährung, aber Genuss und Lust beim Essen sind nicht mehr vorhanden. Das ist auch ein Ergebnis einseitiger Ernährungsempfehlungen, die darauf abzielen, Übergewicht und Adipositas zu bekämpfen. Die Konsequenz daraus: eine negative psychische Befindlichkeit bei abweichendem Ernährungsverhalten.

## Essen oder Nichtessen ist die Frage

Für Menschen, die an Essstörungen erkranken, hat Essen oder Nichtessen die Funktion, Schwierigkeiten, die ihnen ansonsten unlösbar erscheinen, zu bewältigen. So gesehen resultieren Essstörungen aus misslungenen Problemlösungsversuchen. Essen oder Nichtessen bietet in einer instabilen und unkontrollierbaren Um- und Innenwelt eine vermeintliche Möglichkeit der Stabilität und Kontrolle. Das Leben der Betroffenen kreist zwanghaft um Essen bzw. Nichtessen. Unbeschwertes Genießen, gesunder Appetit und Hunger sind nicht möglich. Essen ist verbunden mit Scham- und Schuldgefühlen, der Angst zuzunehmen und bei der Gewichtskontrolle zu versagen. Das psychische Wohlbefinden wird von der Kontrolle des Essverhaltens und des Körpergewichts abhängig gemacht.

Die Verursachung ist multifaktoriell und liegt u. a. im geringen Selbstwert, in Störungen der eigenen Identität und einem negativen Körperbild. Die eigene Biografie und gesellschaftliche Körpernormen bilden den Ausgangspunkt für Essstörungen.<sup>6,7</sup> Belastende Lebensereignisse, zwischenmenschliche Probleme oder spöttische körperbezogene Kommentare sind ebenfalls ursächlich relevant.<sup>8</sup>

## Insbesondere Mädchen und junge Frauen betroffen

Essstörung betreffen fast ausschließlich Mädchen und junge Frauen, konkret 90 bis 97 Prozent.<sup>9,10</sup> Warum? Zum einen sind die körperlichen Veränderungen bei Mädchen in der Pubertät viel stärker und erfordern eine höhere psychische Anpassungsleistung als bei Burschen. Gleichzeitig wirken sich die Schönheits- und Körpernormen unserer Gesellschaft auf die Psyche und Wahrnehmung der Mädchen gerade in der Adoleszenz massiv aus. Vergleiche mit untergewichtigen Rolemodels erzeugen eine gesteigerte Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Das wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Überbewertung des Aussehens und führt zu Diäten.

## Literatur

- 1 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1984): Ernährungsbericht, Kapitel 3. Frankfurt.
- 2 Pudal V., Westenhöfer J. (2003): Ernährungspsychologie. Eine Einführung. 3. Aufl. Hogrefe-Verlag.
- 3 Mission Australia (2010). National survey of young australians 2010. <https://www.missionaustralia.com.au/what-we-do-to-help-new/young-people/understanding-young-people/annual-youth-survey>. Download am 14.4.2014
- 4 Ramelow D., Teutsch F., Hofmann F., Felder-Puig R. (2015, Hrsg.). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III.
- 5 Wimmer-Puchinger B., Langer M., Rathner EM. (2013): Körperbild, Selbstwert und Essstörungen bei Wiener Jugendlichen – Eine Fragebogenstudie. Unveröffentlichter Bericht des Wiener Programms für Frauengesundheit
- 6 Levine M., Piran N., Stoddard C. (1999): Mission more probable: Media Literacy, Activism and Advocacy as Primary Prevention. In Handbook of Eating Disorders. Brunner/Mazel. Philadelphia.
- 7 Striegel-Moore R., Steiner-Adair C. (1998): Primary prevention of eating disorders: further considerations from a feminist perspective. In: Vandereyken W., Noordenbos G.: The prevention of Eating disorders. New York University Press. New York.

- 8 Karwautz A., Wagner G., Waldherr K., Nader IW., Fernandez-Aranda F., Estivill X., Holliday J., Collier DA., Treasure JL. (2010): Gene-environment interaction in anorexia nervosa: relevance of non-shared environment and the serotonin transporter gene; Molecular Psychiatry.
- 9 Lindblad R., Lindberg L., Hjern A.(2006): Anorexia Nervosa in Young Men. International Journal of Eating Disorders 39:8.
- 10 Krüger C., Reich G., Buchheim, Cierpka M. (1997): Essstörungen: Diagnostik, Epidemiologie, Verläufe. In Reich G., Cierpka M. Psychotherapie der Essstörungen. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York.

## Gesellschaftliche Einflussfaktoren bestimmen das Essverhalten

### Wie uns Vorbilder krank machen

a.o. Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger, Mag<sup>a</sup> Michaela Langer, Mag<sup>a</sup> Hilde Wolf

#### Essen als soziokulturelle Handlung

In den westlichen Industrieländern muss heute kaum jemand hungern. Im Gegenteil: Das Überangebot und die ständige Verfügbarkeit von Lebensmitteln führen zu neuen Problemstellungen. Überdies hat Essen vielfältige Funktionen und schafft auch kulturelle, soziale und personale Identität. Essgewohnheiten, Vorlieben und Geschmäcker unterscheiden sich je nach Kultur, sozioökonomischen Bedingungen, Bildungsgrad und Ethnie. Die maßgebliche Prägung erfolgt im familiären Umfeld. Dabei kommt den Funktionen des Essens (kommunikatives Ereignis, pädagogisches Mittel, Nebensächlichkeit oder beziehungsstiftendes Element) eine wichtige kulturelle Bedeutung zu.

Wir unterscheiden grundsätzlich zwischen Essen und Ernährung. Mit Essen werden subjektive Bewertungen wie Geschmack, Gemütlichkeit oder Sättigung verbunden, mit Ernährung dagegen werden die ‚objektiven‘ Erfordernisse wie Nährstoffzufuhr, Gesundheit, Vitamine, Gewicht und damit zusammenhängende Normen, zum Beispiel in Form von Wertungen wie ‚richtig‘ oder ‚falsch‘, assoziiert.<sup>1</sup> Was gesund ist und was tatsächlich gegessen wird, das unterscheidet sich oft grundlegend voneinander. Essen im Alltag ist in erster Linie eine soziokulturelle Handlung.<sup>2</sup>

**Individuelles Verhalten wie Essen und Bewegung, die das Körpergewicht und die Körperform direkt beeinflussen, sind immer eingebettet in das jeweilige kulturelle Umfeld und in einem größeren sozioökonomischen Kontext zu sehen.**

Aufgrund der Häufigkeit von Adipositas und Essstörungen ist es notwendig, neben dem individuellen Essverhalten auch dem soziokulturellen und gesellschaftlichen Umfeld, in dem gegessen wird, nachzugehen. Denn der menschliche Körper ist immer auch Objekt sozialer und kultureller Zuschreibungen.<sup>3</sup> Das ist kein neues Phänomen. Über den Körper wurden immer auch zeitliche, geografische, religiöse und kulturelle Zugehörigkeiten ausgedrückt.

So unterscheiden sich beispielsweise Schönheitsideale in Abhängigkeit vom Kulturkreis und unterliegen einem steten Wandel. Jedoch dominiert durch die Globalisierung der Körpernormen das westliche Schönheits- und Schlankheitsideal. Dieser Trend geht so weit, dass sich Frauen aus dem asiatischen Kulturkreis durch chirurgische Eingriffe an westliche Normen anpassen ‚lassen‘. Das gilt auch für die Gewichtsabnahme: So wurden bei etlichen Frauen, die – aus dem afrikanischen oder arabischen Kulturkreis kommend – in westlichen Kulturen leben, Essstörungen festgestellt.

## Traumfigur und Realität

Ob man mit dem eigenen Körper zufrieden ist oder nicht, hängt vor allem davon ab, inwieweit man der gesellschaftlichen Norm entspricht. Der eigene Körper wird zum Objekt der Begutachtung und auf Basis der gesellschaftlichen Schönheitsideale bewertet.<sup>4</sup> In den vergangenen 50 Jahren hat sich ein zunehmendes Missverhältnis zwischen weiblichen Traumfiguren und tatsächlichen Körpermaßen entwickelt. Diese Diskrepanz verstärkt die Verunsicherung durch körperliche und psychische Veränderungen in der Pubertät. Schauspieler, Popstars und Models in Jugendzeitschriften üben auf viele Menschen einen enormen Druck aus und können diejenigen isolieren, die genau diesen perfekten Idealen nicht entsprechen.<sup>5</sup>

Auch die Mode spielt hier eine entscheidende Rolle. Sie ist nachweislich körperbetonter, enger geworden und lässt zunehmend mehr vom Körper unbedeckt. Retuschierte Werbefotos mit Magermodels verstärken die idealisierte Körpernormierung. Der Körper wird an die Mode angepasst und nicht umgekehrt. Vor allem in der Pubertät ist das Ess- und Ernährungsverhalten stark von gesellschaftlichen Vorstellungen körperlicher Schönheit beeinflusst und wird als Möglichkeit der Körpermodellierung eingesetzt. „Schlank sein“ hat sich als eine omnipräsente, von Medien unterstützte Norm durchgesetzt und wird heute in fast allen sozialen Schichten positiv assoziiert. Das in den letzten Jahrzehnten vorherrschende Schlankheitsideal entspricht nicht den biologisch vorgegebenen Maßen und stellt für Jugendliche eine unüberbrückbare Widersprüchlichkeit zwischen Ideal und Realität dar. Insbesondere Bezugsgruppen beeinflussen sich gegenseitig hinsichtlich des Aussehens, der Modestile und des Essverhaltens.

**Gesellschaftlich-mediale Idealbilder weichen extrem von der Realität ab. Paradoerweise sind in einer Zeit, in der Schlankheit zum körperlichen Ideal stilisiert und mit Gesundheit gleichgesetzt wird, mehr Menschen übergewichtig als je zuvor.**

## Das „gefühlte“ Dicksein

In den letzten 30 Jahren entstand ein Spannungsfeld aus drei Tendenzen: aus dem „tatsächlichen Zu-dick-sein“ (Adipositas), dem „tatsächlichen Zu-dünn-sein“ (Magersucht) und dem „gefühlten Zu-dick-sein-obwohl-normalgewichtig“. Das bestätigt der 2015 veröffentlichte WHO-Bericht „Health Behaviour in School-aged Children“, der die gewichtsbezogene Selbstwahrnehmung von Jugendlichen erhob. 50 Prozent der befragten 15-jährigen Mädchen in Österreich gaben an, zu dick zu sein, obwohl nur 11 Prozent aufgrund der Berechnung des Body-Mass-Index tatsächlich übergewichtig oder adipös waren (siehe auch Kapitel „Die Verbreitung von Adipositas und Essstörungen“).<sup>6</sup>

Die Einschätzung des eigenen Körpers variiert sehr deutlich je nach Geschlecht. So hat eine Studie in Deutschland ergeben, dass sich Frauen mit Übergewicht oft generell für wenig attraktiv halten, solche mit Untergewicht sich indes als deutlich attraktiver empfinden. Umgekehrt scheint es bei Männern zu sein: Männer mit Übergewicht schätzen sich attraktiver ein als Frauen, während Männer mit Untergewicht sich für unattraktiver halten als Frauen.<sup>7</sup> Hier kommen offensichtlich unterschiedliche geschlechtsspezifische Schönheitsideale zum Tragen.

## Negative Auswirkungen von Ernährungsempfehlungen

Aus diesem Blickwinkel sind Bemühungen im Gesundheitsbereich, Adipositas durch Diät-, Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen entgegenzuwirken, kritisch zu hinterfragen. Insbesondere dann, wenn nicht parallel dazu strukturelle und verhältnispräventive Ansätze mit einbezogen werden. Denn Ernährungsempfehlungen und Hinweise zur Gewichtsreduktion können bei Menschen, die übermäßig figurbewusst sind oder mit Körpergewicht und -form unzufrieden sind, das Gegenteil bewirken und im Einzelfall schädlich sein. Die Einschränkung der Nahrungsaufnahme und eine rigide Kontrolle des Essens durch Diäten provozieren Essstörungen. So hatten 84 Prozent der übergewichtigen Mädchen einer Heidelberger Schulstudie und mehr als 50 Prozent der Normalgewichtigen Erfahrungen mit Diäten, aber auch 21 Prozent der Untergewichtigen.<sup>8</sup>

## Armut und Isolation

In Industrienationen muss im Übrigen auch die Armut als Einflussfaktor auf die Entstehung von Adipositas gesehen werden. Im Unterschied zu früheren Zeiten oder zu anderen Kulturen, wo üppige Formen bei Frauen für Reichtum und Überfluss stehen, sind in Österreich vor allem Menschen, die in sozial benachteiligten Umständen leben, von Adipositas betroffen. Sozial isolierte Menschen neigen ebenfalls zu einem ungesünderen Essverhalten und einer geringeren körperlichen Aktivität als Menschen mit funktionierendem Sozialnetz. (siehe Dimension „Chancenförderung“ und „Psychodynamik“).

## Fettleibigkeit als Krankheit

Neuerdings wird zusätzlich die provokante Frage diskutiert, ob mit der Einstufung von starkem Übergewicht als „Fettleibigkeit“ und somit als Krankheit nicht generell einer „Medikalisierung des Lebens“ Vorschub geleistet wird. Demzufolge würden soziale Defizite in der Gesellschaft durch eine medizinische Behandlung maskiert, nicht aber die Probleme ursächlich angegangen.

## Literaturverzeichnis

- 1 Methfessel, B. (2005). Fachwissenschaftliche Konzeption: Soziokulturelle Grundlagen der Ernährungsbildung. In Paderborner Schriften zur Ernährungs- und Verbraucherbildung, H. Hesecker & K. Schlegel-Matthies (Hrsg.), H. 7
- 2 Bartsch S. (2008) Jugendesskultur: Bedeutungen des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 30, Bonn. S. 13.
- 3 Daszkowski A. (2003). Das Körperbild bei Frauen und Männern. Evolutionstheoret. und kulturelle Faktoren. Tectum Verlag.
- 4 Fredrickson B., Roberts T. (1997): Objectification Theory: Towards understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Woman Quarterly* 21, 172–206.
- 5 Goldfield A., Chrisler JC. (1995): Body stereotyping and stigmatization of obese persons by first graders. *Percept Mot Skills*: 81(3 Pt 1):909–10.
- 6 Ramelow D., Teutsch F., Hofmann F., Felder-Puig R. (2015, Hrsg.). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III.
- 7 Mensink GB., Lampert T., Bergmann KE. (2005): Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*; 48,1348–56.
- 8 Haffner J., Stehen R., Roos J., Klett M., Resch F. (2007). Jugendliche und ihr Körperempfinden. Ergebnisse der Heidelberger Schulstudie. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Forum* 2:12–18.

## Die Interessen der Industrie

### Überernährung – Produktion und Manipulation

Univ.Prof. Dr. Ludwig Kramer

#### Von den Anfängen industrieller Nahrung

Die technologischen Entwicklungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts führten zur globalen Verbreitung der industriellen Nahrungsmittelproduktion. Die bis dahin vorherrschende kleinräumige Landwirtschaft, die vor allem den Eigenbedarf und den lokalen Bedarf deckte, wurde zurückgedrängt. Ausgehend von den Industriestaaten USA und Großbritannien änderten sich die Produktionsprozesse. Durch die Industrialisierung gelang eine enorme Steigerung der Produktivität. Die Lebensmittelpreise sanken und die Wirtschaftskraft erreichte ungeahnte Dimensionen. Immer mehr Menschen konnten mithilfe der modernen Landwirtschaft ernährt werden, deren globale Verbreitung durch Milliarden an staatlicher Förderung und Entwicklungshilfe begünstigt wurde.

Die zunehmende Verlagerung menschlicher Arbeitskraft von der Landwirtschaft in die Industrie, den Dienstleistungsbereich und die Verwaltung ging auch mit signifikanten soziokulturellen Änderungen einher. Der Bruch mit den traditionellen Formen des Zusammenlebens und auch der Ernährung wurde vielfach zum Symbol von Modernisierung, Wohlstand und Fortschritt. Durch die Verbreitung von Kühlschränken und Tiefkühlern konnten Nahrungsmittel zudem erstmals länger gespeichert und in allen Klimazonen konserviert werden.

#### Negative Auswirkungen industrieller Nahrungsmittelproduktion – „BIG FOOD“

„BIG FOOD“ ist die Bezeichnung für multinationale börsennotierte Nahrungsmittel- und Getränkekonzerne, die eine immer größere Rolle in der globalen Lebensmittelversorgung spielen. Im Bestreben nach steter Rationalisierung und Gewinnmaximierung hat die industrielle Nahrungsmittelproduktion zu schrecklichen Folgen geführt; am bekanntesten ist die BSE-Krise durch Verfütterung von gemahlene Schafskadavern an Rinder. Auch die Zunahme von Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien in Industriestaaten ist dokumentiert. Seit kurzem werden Nahrungsmittel erstmals im großen Stil als Spekulationsobjekte für Investmentbanker sowie zur Herstellung von Biosprit verwendet. Dies stellt eine weitgehende Entfremdung von ihrer traditionellen und kulturellen Rolle dar und hat zu einem weltweiten Preisanstieg geführt.

#### Mechanismen der Industrieinteressen

Die industriellen Eingriffe in die Landwirtschaft und in die Nahrungsmittelherstellung haben nicht nur die Art der Nahrungsaufnahme verändert. Sie führten parallel auch zu einer Zunahme der Essensmenge. Interessensvertretungen der Industrie und supranationaler Lobbyismus wirken weltweit auf Konsumenten ein und manipulieren ihr Essverhalten. Ein Beispiel ist die wissenschaftlich widerlegte Legende von Gesundheit durch „fettarmes Essen“, an die sich nach wie vor Millionen von Menschen halten. Fettarme Ernährung zieht fehlende evolutionär entstandene Sättigungsimpulse in Darm und Gehirn nach sich. Für das als „gesund“ beworbene Kohlehydrat Fruktose sind bereits unzählige negative Auswirkungen bis



# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

hin zum Metabolischen Syndrom nachgewiesen. Die Einführung von Fruktose 1974 löste in den USA eine noch nie dagewesene Adipositas-Epidemie aus.

Auch durch die vielfach empfohlenen „kleinen“ Portionen werden physiologische Sättigungsreflexe unterdrückt und vermehrter Energiekonsum begünstigt. „Gesunde“ Light-Produkte, Softdrinks und Süßstoffe verhindern Sättigungsreize im zentralen und enteralen Nervensystem. Darüber hinaus setzt die Industrie auf systematische Appetitstimulation. So werden Aromaverstärker und „Glücksmacher“ eingesetzt, um unbewusst eine positive Konditionierung zu erreichen.

Als Resultat der geänderten und manipulierten Ernährung treten Kontrollverlust und Überernährung auf. Gesellschaftlich und medizinisch vielfach ignorierte Problembereiche sind – vor allem bei jungen Menschen – Soft- und Energydrinks. Die Einnahme flüssiger Kohlenhydrate, insbesondere von Fruktose-Glukose-Sirup, geht mit einer positiven Energiebilanz und Übergewicht einher. Und das führt direkt zu einem weiteren besorgniserregenden Phänomen der Industrialisierung: zu Adipositas. Erstmals in der menschlichen Geschichte wird die Fettleibigkeit ein Massenproblem. Die Industrienationen, allen voran die USA, sind vorrangig betroffen.

## Höhere Konzerngewinne durch Adipositas

Eine adipositasbegünstigende Ernährungskultur ist in der modernen Leistungsgesellschaft systemimmanent und hat vor allem wirtschaftliche Gründe. Letztere verhindern effiziente Gegenmaßnahmen, denn Adipositas und ihre vielen nichtfunktionierenden „Therapien“ von Diät bis zu Schlankheitstabletten versprechen höhere Gewinne als Schlankheit und Gesundheit. Die Folgekosten der Epidemie werden der Gesellschaft aufgebürdet. Bereits in 30% der Verwaltungsbezirke der USA zeigte sich die Lebenserwartung bei Frauen in den letzten 20 Jahren rückläufig, was in erster Linie auf lebensstilassoziierte Folgeerkrankungen zurückgeführt werden kann.

Literatur beim Verfasser

## Das Für und Wider von Steuerungsinstrumenten

### Adipositas und Essstörungen wirksam bekämpfen

a.o. Univ.Prof. Dr. Karl-Michael Brunner, Mag<sup>a</sup> Petra Lehner

#### Sinnvolle Kombination

Wenn wir Adipositas und Essstörungen wirksam bekämpfen wollen, dann müssen wir den Hebel bei den sozioökonomischen Verhältnissen ansetzen. Das haben die verantwortlichen EntscheidungsträgerInnen mittlerweile erkannt. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie andere transnationale Organisationen haben das Thema aufgrund seiner Dringlichkeit aufgegriffen.<sup>1-6</sup> Es gibt mehrere Möglichkeiten und verschiedene Steuerungsinstrumente, um gegenzusteuern. Diese werden in ordnungsrechtliche, ökonomische und informationsbasierte Tools untergliedert.<sup>2</sup> Kombinationen aus allen dreien wären aufgrund der Komplexität der Problemlage sinnvoll. Vor allem, da es nicht nur um Ernährungs- und Gesundheitsmaßnahmen im engeren Sinne geht, sondern um das Ernährungssystem im Ganzen sind auch andere Ressorts wie beispielsweise der Sozial-, Umwelt-, Industrie-, Landwirtschafts-, Finanz-, Verkehrs-, Handels-, Medien- oder Bildungsbereich relevant. Adipositas- und Essstörungsprävention ist ein Querschnittsthema und sollte ressortübergreifend bearbeitet werden.<sup>3</sup> Insgesamt kommen Studien allerdings zu dem Schluss, dass ökonomische und ordnungsrechtliche Maßnahmen tendenziell eine höhere Steuerungswirksamkeit haben.

#### Ordnungsrechtliche Instrumente

Ordnungsrechtliche Instrumente setzen Gebote und Verbote für bestimmte Handlungsweisen. Sie sind für alle verbindlich und können auf Basis von Sanktionen auch nachhaltig funktionieren. Allerdings muss deren Vollzug kontrolliert werden, wie beispielsweise bei der gesetzlichen Festlegung von Schadstoff-Grenzwerten in Lebensmitteln. Solche Maßnahmen können auf heftigen Widerstand von Interessengruppen stoßen, da sie oft als Zwangsmaßnahmen wahrgenommen werden. Sind sie einmal implementiert, kann man sie nur schwer korrigieren, wenn die gewünschte Wirkung nicht eintritt.

#### Informationsinstrumente

Informationsinstrumente sollen Handlungen, Werte, Wissen, Einstellungen und Normen in Bezug auf Nahrungsmittel beeinflussen. Dazu eignen sich Informationskampagnen und Gütesiegel. Diese sind beliebt, da sie im Einklang mit dem Leitbild mündiger KonsumentInnen stehen. Informationsbereitstellung wird generell positiv gesehen, da sie nur begrenzt eingreift. Allerdings sind Informationsinstrumente umstritten, da ihre langfristige Wirkung angezweifelt wird. Dazu tragen auch widersprüchliche Verkaufsbotschaften bei, die aufklärende Infokampagnen mit gegenteiligen Aussagen in der Werbung abschwächen. Außerdem gibt es je nach Zielgruppe Unterschiede in der Wirksamkeit: informationsbasierte Wissensvermittlung bei Kindern bringt relativ wenig, da Lernen in dieser Gruppe vor allem praktisch ausgerichtet sein muss. Zielgruppenspezifische Maßnahmen, die sowohl soziokulturell als auch längerfristig angelegt sind, können durchaus eine höhere Wirksamkeit nach sich ziehen. Das Problem bei vielen schulbasierten Interventionen zur Bekämpfung von Kinder- und Ju-

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

gend adipositas liegt allerdings darin, dass sie nur verhaltenspräventiv ausgerichtet und meist kurzfristig sind. Dementsprechend moderat sind Verhaltensänderungen, wenn sie denn überhaupt auftreten.<sup>4</sup>

## Gütesiegel als Orientierung

Der Ausbau von Zertifizierungsprogrammen wie des ÖGE-Gütesiegels für Gemeinschaftsküchen<sup>5</sup> mit Vorgaben zu Kalorien, Haupt- und Mikronährstoffen je Mahlzeit und die Kopplung mit öffentlichen Auftragsvergaben, zum Beispiel bei Schulkantinen, wäre im Sinne der Verhältnisänderung sicher erfolgversprechend. Ein staatliches Gütesiegel für ernährungsphysiologisch gut zusammengesetzte Produkte würde vor allem bildungsfernen Gesellschaftsgruppen die richtige Lebensmittelauswahl erleichtern und einen positiven Wettbewerb auslösen. Das weltweite „Choices-Programm“<sup>6</sup> könnte hierfür Impulse liefern. Diese Initiative der Lebensmittelindustrie entwickelt und evaluiert Produktinformationen, die es KonsumentInnen erleichtern, eine gesunde Lebensmittelwahl zu treffen.

## Ökonomische Instrumente

Ökonomische Instrumente wollen das Handeln der Menschen über Preissignale lenken. Handlungen, die politisch unerwünscht sind, sollen durch die Erhöhung des Preises vermieden werden, zum Beispiel durch Steuern oder Gebühren. Finanzielle Anreize wie Subventionen oder Förderungen sollen erwünschtes Handeln fördern. Ökonomische Instrumente werden häufig wegen ihrer Wirksamkeit gelobt, allerdings ist die Reaktion auf Preissignale nicht abschätzbar, wie das Beispiel der dänischen Fettsteuer zeigt.

## Fett- und Zuckersteuern

Dänemark hat als einziges Land weltweit im Oktober 2011 eine Sondersteuer auf gesättigte Fette eingeführt, die bei den ProduzentInnen eingehoben wurde. Diese Maßnahme, die zu einer Veränderung des Ernährungsverhaltens führen sollte, wurde ein Jahr später wieder abgeschafft, weil der Verwaltungsaufwand und die Kosten zu hoch waren und die erhoffte Lenkungswirkung ausblieb. Außerdem führte die Sondersteuer zum Teil zu einer Verlagerung des Einkaufs relevanter Produkte ins Ausland und gefährdete Arbeitsplätze in Dänemark. Eine geplante Zuckersteuer wurde letztlich auch verworfen.<sup>7</sup>

Frankreich führte im Jänner 2012 eine Sondersteuer auf gezuckerte und süsstoffhaltige Getränke ein, Ungarn startete im Herbst 2011 mit einer Steuer auf bestimmte Süßigkeiten, Softdrinks und koffeinhaltige Getränke – ausgenommen Kaffee und Tee – sowie auf bestimmte fettreiche Produkte – ausgenommen Salami. Einige Studien zeigen eine positive Wirkung solcher Steuern, allerdings ist die Studienlage widersprüchlich und eine empirische Evidenz nicht gesichert.<sup>8</sup>

## Steuer auf „ungesunde“ Lebensmittel

Die teilweise geringe Wirksamkeit von Informationsmaßnahmen lässt viele auf „hard instruments“ hoffen. Im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Eindämmung der „Adipositas-Epidemie“ wird zunehmend eine Sondersteuer auf „ungesunde“ Lebensmittel diskutiert, so auch im Report des UN-Sonderberichterstatters für das Recht auf Nahrung.<sup>9</sup> Allerdings gibt es nur wenige Publikationen zum Lenkungseffekt einer höheren Besteuerung von fett- oder zuckerhaltigen Produkten, die zudem zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Sie basieren vorwiegend auf Modellrechnungen. Einige behandeln nur zuckerhaltige Getränke, andere nur fettreiche Lebensmittel, manche beides bzw. sogenannte HFSS-Produkte (High in Fat, Sugar and Salt). Die Fokussierung auf fett- zucker- und salzreiche Produkte wäre aus fachlicher Sicht der fundierteste Ansatz, aber aufwändig in der Implementierung und Kontrolle.

## Der Preis ist nicht alles

Hat der Preis eine Bedeutung für die Lebensmittelauswahl? Letztere läuft oft gewohnheits-, genuss- und affektgesteuert ab, wobei der Preis nicht immer eine zentrale Rolle spielt. Bei Rankings geben KonsumentInnen zumindest an, dass der Preis eine eher untergeordnete Rolle beim Lebensmitteleinkauf spiele, eine geringfügige Verteuerung bestimmter Produkte also keine handlungsbeeinflussende Wirkung habe.

Der Endabgabepreis eines Lebensmittels wird durch mehrere Faktoren bestimmt: durch den Preis der Rohstoffe, der auch durch Agrar- und Produktionsförderungen beeinflusst wird, durch die Kosten für Verarbeitung, Marketing und Vertrieb und durch den Wettbewerb. Viele Konkurrenzprodukte und viele Anbieter führen tendentiell zu niedrigeren Preisen. Hinzu kommen die auf den Abgabepreis aufgerechneten Verbrauchssteuern, zu denen auch die Umsatzsteuer und die Steuer auf Alkohol oder alkoholische Getränke zählen.

## Steuerbefreiung „gesunder“ Lebensmittel

Da Verbrauchssteuern grundsätzlich nur einen geringen endpreisbeeinflussenden Faktor darstellen, muss die Wirksamkeit dieses Hebels als vielversprechendes Lenkungstool in Frage gestellt werden. Die Einführung eines dritten Umsatzsteuersatzes für „ungesunde“ Lebensmittel ist in Österreich nicht zulässig. Machbar und am wirkungsvollsten im Sinne einer klar wahrnehmbaren Preisveränderung – zum Beispiel einer Preisreduktion um zehn Prozent – wäre eine Steuerbefreiung von „gesunden“ Lebensmitteln. Empirisch hat sich gezeigt, dass eine Kombination mehrerer ökonomischer Instrumente durchaus positive Auswirkungen auf gesünderes Essen haben kann, besonders bei benachteiligten Gruppen.<sup>10</sup>

## Haben KonsumentInnen eine Wahl?

Wenn wir vorerst von der Ernährung als Hauptfaktor für Adipositas ausgehen, dann stehen in Debatten zu Ernährungsrisiken meist die KonsumentInnen im Mittelpunkt. Sie sollen zu einer gesundheitsfördernden Umstellung ihres Ernährungsstils motiviert werden. Als zentrale Instrumente werden dazu vor allem Information und Bildung forciert, die KonsumentInnen bei der Lebensmittelwahl befähigen, „gesündere“ Entscheidungen zu treffen. Das setzt voraus, dass sich Lebens- und Ernährungsstile durch entsprechende Informationen einfach ändern lassen und dass KonsumentInnen wirklich die Wahl haben. Beide Annahmen sind aus sozialwissenschaftlicher Sicht problematisch. Zum einen treffen KonsumentInnen bei ihrer Lebensmittelwahl auf Vorentscheidungen der Unternehmen, die bereits selektiv anbieten. Sie haben wenig Einfluss darauf, aus welchen Bestandteilen Lebensmittel zusammengesetzt werden oder welche Inhaltsstoffe substituiert werden.<sup>11</sup> Zum anderen sind Lebens- und Ernährungsstile in soziale Zusammenhänge eingebettet und mit Gewohnheiten verknüpft. Änderungen sind deshalb häufig schwierig (siehe Kapitel: „Gesellschaftliche Einflussfaktoren bestimmen das Essverhalten“).

## Wer ist verantwortlich?

Bisher war die Verantwortung für gesunde Ernährung weitgehend arbeitsteilig organisiert. Während für die Bereitstellung von leistbaren und sicheren Lebensmitteln vor allem die Agrarpolitik mit dem Steuerungsinstrument Geld und das Lebensmittelrecht mit dem Steuerungsinstrument Recht zuständig waren, wurde die Verantwortung für gesunde Ernährung den KonsumentInnen zugeschrieben, die sie durch Verbraucheraufklärung, -information bzw. Etikettierung von Lebensmitteln auch wahrnehmen sollten. Das gibt das EU-weit harmonisierte Lebensmittel-Kennzeichnungsrecht vor.<sup>12</sup>

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

Geld und Recht wurden bisher kaum als politisches Steuerungsmittel für eine konsumentenInnenorientierte Ernährungspolitik eingesetzt.<sup>13</sup> Es stellt sich aber die Frage, ob die Aufspaltung von Verantwortlichkeiten angesichts der Problemlage von Adipositas nicht überdacht werden sollte und neben den KonsumentInnen auch andere AkteurInnen im Ernährungssystem für die Förderung einer gesunden Ernährung in die Pflicht genommen werden sollten.

Eine Verantwortungszuschreibung an die KonsumentInnen beachtet nicht, dass auch geeignete Rahmenbedingungen vorhanden sein müssen, damit ein bestimmtes Ernährungshandeln erst möglich wird. Stichwort Werbung: Hier könnten Regulative gegen stark retuschierte Werbefotos, gegen Magermodels oder Schönheitsoperationen ansetzen. Damit soll dem Einzelnen nicht die Verantwortlichkeit abgesprochen werden, sondern auf das Zusammenspiel von Handeln, entsprechenden Umwelten sowie kollektiver Verantwortung für Veränderungen verwiesen werden.<sup>14</sup>

Das europäische Lebensmittel-Kennzeichnungsrecht lässt jedenfalls eine neue Tendenz erkennen: weg von der Minimalbeschreibung der Produktbeschaffenheit hin zu einer umfassenderen VerbraucherInnen-Information über ein Lebensmittel. Diese beinhaltet den Nährwert auf den Produktetiketten<sup>15</sup> sowie die Regulierung von nährwertbezogenen Angaben bei Lebensmitteln und von jeder Form der kommerziellen Kommunikation.<sup>16</sup>

Staatliche Reaktionen auf Fehlentwicklungen im Ernährungssystem sind derzeit häufig auf „weiche“ Steuerungsinstrumente wie Bildung und Information gerichtet. Diese Instrumente werden aber den oft eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten der Menschen – wie etwa nichtbeeinflussbaren stressverursachenden Arbeitsbedingungen – nur unzureichend gerecht. Adipositas tritt überdies sehr häufig in sozial benachteiligten Schichten auf, wo mittelschichtsorientierte Informations- und Bildungsanstrengungen nicht selten zum Scheitern verurteilt sind, da sie den Ernährungsstil der sozial Benachteiligten kulturell entwerten. Auch dicht beschriebene Produktetiketten wirken in dieser Zielgruppe kaum verhaltenssteuernd.

**Ernährungspolitik findet im Spannungsfeld von Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft statt, wobei dem Staat als Vertreter des Allgemeininteresses besondere Verantwortung zukommt, eine gesunde Ernährung als gesellschaftliches Projekt mit geteilter Verantwortung voranzutreiben.**

## Literaturverzeichnis

- 1 World Health Organization Region Office for Europe: Reducing food-marketing pressure on children, WHO Europe 2011; <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2011/01/reducing-food-marketing-pressure-on-children>
- 2 Kaufmann-Hayoz R et al.: Gesellschaftliche Steuerung des Konsums in Richtung Nachhaltigkeit. In: Wesen und Wege nachhaltigen Konsums, Hrsg. Defila R, Di Giulio A, Kaufmann-Hayoz R, 2011
- 3 Rayner G, Lang T: Ecological Public Health. Reshaping the conditions for good health. London, 2012
- 4 Sharma M: School-based interventions for childhood and adolescent obesity. Obesity Reviews; 7: 261–269, 2006
- 5 Österreichische Gesellschaft für Ernährung: Gütesiegel für nährstoffoptimierte Speisenqualität in der Gemeinschaftsverpflegung, <http://www.oege.at/php/current/content.php?c=2124>.
- 6 The Choices International Foundation: What is Choices; <http://www.choicesprogramme.org/what-choices>
- 7 Agra Europe: Denmark dumps 'fat tax' due to food price inflation, Issue: AE2541, 20.11.2012.
- 8 Smed S, Jensen J D, Denver S: Socio-economic characteristics and the effect of taxation as a health policy instrument. Food Policy 2007; 23: 624–639.
- 9 De Schutter O: Report submitted by the Special Rapporteur on the right to food A-HRC-19-59. UN General Assembly, 2011.
- 10 Mazzocchi M, Traill B W, Shogren J F: Fat Economics. Oxford, 2009.
- 11 Lang T, Barling D, Caraher M: Food Policy. Integrating Health, Environment & Society. London 2009.
- 12 Richtlinie 2000/13/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Etikettierung und Aufmachung von Lebensmitteln sowie die Werbung hierfür, Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften vom 6.5.2000, L 109/29.
- 13 Barlösius E: Soziologie des Essens. München, 1999.

- 14 Brunner, K-M: Der Ernährungsalltag im Wandel und die Frage der Steuerung von Konsummustern. In: Die Zukunft auf dem Tisch, Hrsg. Ploeger A, Hirschfelder G, Schönberger G, 2011.
- 15 Verordnung (EU) Nr. 1169/2011 des europäischen Parlaments und des Rates betreffend die Information der Verbraucher über Lebensmittel, Amtsblatt der Europäischen Union vom 22.11.2011, L 304/18.
- 16 Verordnung (EG) Nr. 1924/2006 des europäischen Parlaments und des Rates über nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben über Lebensmittel, Amtsblatt der Europäischen Union vom 18.1.2007, L 12/3.

## Ethische Aspekte in der Prävention

### Wie Persönlichkeitsrechte gewahrt bleiben

Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup> Anita Rieder

#### Ethische Fragen sind entscheidend

Bislang konnte kein nationales Präventionsprogramm die Häufigkeit von Adipositas deutlich reduzieren. Aufgrund dieser Tatsache werden ethische Fragen zur Prävention immer dringender. Sozialethiker Jens Ried fasst zusammen: "Die ethischen Fragen betreffen allgemein die Verhältnismäßigkeit einer Beschränkung der individuellen Freiheit für den angezielten Gesamtnutzen und konkret Fragen der individuellen, politischen und sozialen Verantwortung im Kontext genetischer Befunde."

Präventive Maßnahmen zielen auf eine dauerhafte Veränderung des Verhaltens und des Lebensstiles ab. Dabei sollten Autonomie, Respekt und Eigenverantwortung als zentrale Komponenten gesehen werden. Die Voraussetzung für die Eigenverantwortung ist eine Befähigung zur eigenverantwortlichen Lebensführung, die in diesem Zusammenhang als ethisches Leitprinzip dient (nach Ried, 2008). Auch der materielle Mangel, der Mangel an Bildung, der sozioökonomische Status und umweltbezogene Faktoren dürfen bei der Prävention nicht außer Acht gelassen werden. Prävention darf nicht nur individuell diskutiert werden – das gilt ganz besonders für Kinder und Jugendliche. Sie sind Schutzbedürftige, für die entsprechende Rahmenbedingungen und Verhältnisse geschaffen werden müssen: gesundheitsfördernde Schulen, Kindergärten, Schülerhorte, Bewegungsräume, Alkohol-, Tabakgesetze, Ernährungs- und Bewegungsangebote sowie soziale Unterstützungsangebote.

#### Stolpersteine bei der Intervention

Die Aussparung ethischer Aspekte in Adipositas-Präventionsprogrammen hat einen unbeabsichtigten Einfluss auf die Effektivität dieser Programme. Interventionen und Policies können das Potential haben, negative psychosoziale Auswirkungen hervorzurufen – wie Verunsicherung, Angst, Befürchtungen und Schuldzuweisungen oder Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund eines bestimmten Verhaltens bzw. Aussehens.

Durch sozialen Druck und inadäquate Information kann es zu einer Verstärkung der sozialen Ungleichheit kommen. Wird der soziale und kulturelle Stellenwert des Essens ignoriert, so hat dies auch einen bedeutenden negativen Effekt. Wichtig ist, dass die Persönlichkeitsrechte respektiert werden und gewahrt bleiben, ebenso wie die Wahlfreiheit „freedom of

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

choice“. Gesundheitseffekte müssen nachweisbar sein und dürfen keine negativen Auswirkungen haben. Wesentlich bei allen zu setzenden Schritten ist die Balance zwischen individueller und kollektiver Verantwortung (nach ten Have et al., 2011).

Unter diesen Aspekten sind alle Vorkehrungen, die getroffen werden, auf ihre Strategien und Auswirkungen hin zu überprüfen. Zwar gibt es einige Richtlinien für Adipositas-Präventionsprogramme, von denen jedoch keines alle ethischen Aspekte berücksichtigt. Diese sind aber entscheidend, da gerade der Bereich der Adipositas-Prävention enorm dynamisch ist und besonders die Stigmatisierung von Verhalten im Raum steht.

## **Keine Essstörungen durch Adipositas**

Wichtig ist, dass eine Adipositas-Prävention keine zusätzlichen Essstörungen provoziert. Wird das Hauptaugenmerk der Maßnahmen ausschließlich auf die Gewichtsabnahme und die Nahrungseinschränkung gelegt, so läuft unsere Gesellschaft Gefahr, ein erhöhtes Diätverhalten und ein negatives Körperbild zu entwickeln – beide sind Risikofaktoren bei der Entstehung von Essstörungen. Das gilt es zu vermeiden. Am besten durch eine enge Zusammenarbeit von Adipositas- mit EssstörungsexpertInnen. Vielversprechend sind Public-Health-Kampagnen, die sich der gemeinsamen Risikofaktoren von Adipositas und Essstörungen bewusst sind und diese im Kampagnenkonzept berücksichtigen, sowie eine verstärkte und begleitende wissenschaftliche Forschung, um den Erfolg bzw. Misserfolg von Präventionsmaßnahmen frühzeitig festzustellen (nach Schwartz und Henderson, 2009).

Literatur bei der Verfasserin

## 4: Dimensionen

# Das Nahrungsmittelangebot neu überdenken

## Zu fett, zu energiereich

**Pia Bachlechner, MSc, Univ.Prof. Dr. Harald Mangge,  
Univ.Dozi<sup>n</sup> Dr<sup>in</sup> Ingrid Kiefer, Univ.Prof. Dr. Ludwig Kramer**

### Schwer einschätzbare Warenauswahl

Das Lebensmittelangebot in unseren Supermärkten ist enorm groß, doch die Qualität der angebotenen Produkte ist für KonsumentInnen schwer zu erkennen und kaum einschätzbar. Fertiggerichte auf Fleisch-, Getreide- und Gemüsebasis, die aus Zeitmangel immer häufiger gekauft werden, dominieren die Kühlregale. Vorgefertigte Lebensmittel, sogenannte Convenience-Produkte, Fast Food-Snacks, Wellness- & Health- sowie Light-Produkte boomen allorts. In vielen dieser Produkte ist jedoch der Fett- und Zuckeranteil äußerst hoch und der Wirkstoffgehalt in Relation zum Energiegehalt niedrig. Kein Wunder also, dass diese Produkte immer öfter mit steigendem Übergewicht und mit Adipositas in Zusammenhang gebracht werden. Das Gleiche gilt für die Produkte in den Fast Food-Restaurants, deren Standard-Portionen in den vergangenen Jahren überdies drastisch vergrößert wurden. So konnte Nielsen S.J. aus ihrer US-Studie zu Fast Food-Produkten einen deutlichen Anstieg der Portionsgrößen erkennen. Vor allem bei salzigen Knabberereien, Softdrinks, Pommes Frites und Burgern stiegen die Portionen um jeweils 49 bis 98 kcal. Das ist insofern alarmierend, als Fast Food zu einem selbstverständlichen Bestandteil der Lebenskultur von Kindern und Jugendlichen geworden ist und heute zu deren Alltagsernährung zählt.

### Stopp der Softdrink-Lawine

Durch den hohen Konsum von ernährungsphysiologisch ungünstigen Fast Food-Produkten haben Jugendliche eine deutlich schlechtere Lebensmittelzufuhr. Sie verzehren zu energiereiche Mahlzeiten. Erhebungen zeigen auch, dass der häufige Besuch einer Fast Food-Kette mit einem höheren Konsum von Softdrinks korreliert und dafür weniger Obst, Gemüse, Getreide- und Milchprodukte gegessen werden. Der Energiegehalt der stark gesüßten Getränke (siehe Problemdarstellung: „Die Interessen der Industrie“) ist enorm hoch und wird von einem großen Anteil an Mono- und Disacchariden bestimmt. Der Anteil an Saccharose und Fruktose in diesen Produkten ist beträchtlich und verursacht bei häufigem Konsum einen geringeren Sättigungseffekt. Die Softdrink-Lawine erhöht somit das Risiko für Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2 und Fettlebererkrankungen signifikant. Bei Jugendlichen konnte nachgewiesen werden, dass der Fruktose-Konsum mit einer erhöhten viszeralen Fetteinlagerung verbunden ist und einen negativen Einfluss auf wichtige Stoffwechselfparameter wie den systolischen Blutdruck, den Nüchternblutzucker, das HDL- und LDL- Cholesterin, die Triglyceride und die Harnsäure hat. Besonders die Fettleberentwicklung kann durch Fruktosezufuhr potenziert werden.



# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

## Zu hohe Zucker- und Fettzufuhr

Die Studie des WHO-HBSC-Survey 2015 erhob bei österreichischen SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren die Ernährungsgewohnheiten in Bezug auf Obst, Gemüse, Süßigkeiten und süße Limonaden. Laut Studie konsumieren lediglich 43,8% der SchülerInnen täglich Obst, nur 30,6% essen täglich Gemüse. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die angeben, täglich Süßigkeiten oder Schokolade zu konsumieren, beträgt 27,9%. Zuckerhaltige Limonaden werden im Schnitt von 16% der österreichischen Schülerinnen und Schüler täglich getrunken. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam die sogenannte ESKIMO-Studie aus Deutschland: Demnach nehmen 24 Prozent der Mädchen und 34 Prozent der Buben mehr als die dreifach empfohlene Energiemenge mit Süßigkeiten auf. Massiv ist auch die Energiezufuhr aus Fast Food-Produkten. Bei etwa 6 Prozent der Jugendlichen liegt die mittlere tägliche Zufuhr bei über 500 kcal.

## Positive und negative Energiebilanz

Für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas spielt auch ein Ungleichgewicht zwischen Energieaufnahme und -verbrauch eine entscheidende Rolle. In der Regel liegt dabei immer eine positive Energiebilanz vor. Diese wird durch die steigende Zufuhr von energiereichen Lebensmitteln begünstigt, die fett- und salz-/oder zuckerhaltig (= HFSS-Food) sowie reich an leicht verfügbaren Kohlenhydraten, aber arm an Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen sind. Eine negative Energiebilanz und somit eine verringerte Nahrungsaufnahme führt jedoch zu Gewichtsverlust und einer Unterversorgung in Bezug auf Makro- und Mikronährstoffe, wie sie bei anorektischen Personengruppen auftritt.

## Handlungsanleitungen für ein gesünderes Nahrungsmittelangebot

### Für Kindergärten, Schulen, Jugendeinrichtungen und PädagogInnen:

- Förderung des Wassertrinkens in Schulen, Kindergärten, Jugendeinrichtungen, öffentlichen Gebäuden und im öffentlichen Raum
  - Das „Wassertrinken“ soll im Unterricht erlaubt sein.
  - Ungesüßte Tees an Automaten und an Buffets anbieten.
  - Das komplexe Gesundheitsrisiko von fruktosehaltigen und kohlenhydratreichen Süßgetränken besonders für Kindergarten- und Schulkinder systematisch aufzeigen. Gezielte Schulung aller Lehrkräfte und InstitutsmitarbeiterInnen, die als InformationsverteilerInnen fungieren.
  - Getränke, die stark mit Fruktose, Glukose oder Zuckeraustauschstoffen versetzt sind, nicht mehr an Buffets der Stadt Wien und in anderen öffentlichen Einrichtungen anbieten.
  - Hochquellwasser als Getränk aufwerten. Es soll vor allem in Kindergärten vermehrt angeboten werden, da diese Altersgruppe massiv mit gesüßten Getränken – häufig als Kindersoftdrinks beworben – konfrontiert wird. Kein Aufstellen von Automaten mit HFSS-Produkten in Schulen und anderen öffentlich finanzierten Jugendeinrichtungen.
- laufende verpflichtende Weiterbildungen mit Ernährungsfachkräften
- Verhältnisprävention im Setting „Schule“: mehr Wasser, weniger Limonaden und gesüßte Erfrischungsgetränke
- praktische Umsetzungen im Kochunterricht – wenn möglich laut Lehrplan
- Wissen zum Thema „Essen & Trinken“ auf spielerische Art vermitteln.
- Gesundheitsprojekte und -tage über das Schuljahr verteilt anbieten.
  - Mehr Gesundheitsprojekte anbieten und fördern.
  - Gesundheitszertifikate für Schulleitungen, PädagogInnen und für SchülerInnen.
  - Informationen: <http://www.schuleplussessen.de/>, <http://www.sipcan.at/>, Leitlinie Schulbuffets – Bundesministerium für Gesundheit, <http://unerschulbuffet.at/handbuch/leitlinie/>, Styria Vitalis – Schulbuffets OK.

**Für BuffetbetreiberInnen:**

- Reichhaltiges Angebot an Obst und Gemüse attraktiv arrangieren:
    - vorzugsweise BIO-Produkte mit saisonalem und regionalem Bezug (steigende Zufuhr von Ballaststoffen, die eine hohe Sättigung und eine verringerte Insulinausschüttung bewirken)
  - mehr Vollkornprodukte
  - konsequent reduziertes Angebot an HFSS-reichen Fast Food-Snacks, Süßwaren, Knabberereien, Salzgebäck
- Leitlinie Schulbuffet, [http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Unser\\_Schulbuffet](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Unser_Schulbuffet)

**Für die regionale Gesundheitsplanung:**

- keine Subventionen eindeutig adipositasfördernder Lebensmittel bzw. Rohstoffe
- Beratungsgremium zur Ernährung für die Stadtpolitik einrichten
- Vermeidungsstrategien für flüssige Kohlenhydrate entwickeln
- Interessenskonflikte unterschiedlicher Ernährungsempfehlungen sowie Interferenzen von Nahrungsmittelkonzernen mit der Ernährungswissenschaft/Medizin aufzeigen und in Broschüren, Zeitschriften und anderen Medien darstellen

**Literaturverzeichnis**

- BfR (Bundesinstitut für Risikobewertung). Erhöhte Aufnahme von Fruktose ist für Diabetiker nicht empfehlenswert. Stellungnahme Nr. 041/2009 des BfR vom 06. März 2009.
- Buyken A, Schulze B. Kohlenhydratzufuhr und Prävention der Adipositas. In DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) (Hrsg). Evidenzbasierte Leitlinie: Kohlenhydratzufuhr und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten, 2011.
- Dämon, S., Wildhalm, K. Fast Food, Snacks und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Journal für Ernährungsmedizin* 7, 6–9, 2005.
- Ebbeling, C.B., Sinclair, K.B., Pereira, M.A. Compensation for Energy Intake From Fast Food Among Overweight and Lean Adolescents. *American Medical Association* 291, 2828–2833, 2004.
- Ellrott, T. Zunehmende Portionsgrößen – ein Problem für die Regulation der Nahrungsmenge. *Ernährungsumschau* 50, 340–343, 2003.
- French, S.A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson, J.A., Hannan, P. Int J Obes Relat Metab Disord. Fast food restaurant use among adolescents: associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25, 1823–1833, 2001.
- Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res.* 2006 Dec;21(6):770–82. Epub 2006 Sep 8.
- Kersting, M., Sichert-Hellert, W. Fast Food bei Kindern – was ist akzeptabel und was nicht? *Pädiatrie hautnah* 18, 10–12, 2008.
- Mangge H., et al. Patatin-like phospholipase 3 (rs738409) gene polymorphism is associated with increased liver enzymes in obese adolescents and metabolic syndrome in all ages. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Jul;42(1):99–105. doi: 10.1111/apt.13232. Epub 2015 May 5.
- Mensink, G.B. M., Hesecker, H., Richter, A., Stahl, A., Vohmann, C. Forschungsbericht – Ernährungsstudie als KIGGS-Modul (ESKIMO). Bonn, 2007.
- Nielsen, S.J., Popkin, B.M. Patterns and Trends in Food Portion Sizes, 1977–1998. *JAMA* 289, 450–453, 2003.
- Nguyen S, Choi HK, Lustig RH, et al. Sugar-sweetened beverages, serum uric acid, and blood pressure in adolescents. *J Pediatr* 154 (6):807–813, 2009.
- Pollock NK, Bundy V, Kanto W, Davis CL, Bernard PJ, Zhu H, Gutin B, Dong Y. Greater Fructose Consumption Is Associated with Cardiometabolic Risk Markers and Visceral Adiposity in Adolescents. *J Nutr.* 2011 Dec 21.
- Prentice, A.M., Jebb, S.A. Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obes Rev* 4, 187–194, 2003.
- Ramelo, D., Griebler, R., Hofmann, F., Unterweger, K., Mager, U., Felder-Puig, R., Dür, W., Boltzmann, L. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien 2011.
- Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 292: 927–34, 2004.
- Silveira JA, Taddei JA, Guerra PH, Nobre MR. Effectiveness of school-based nutrition education interventions to prevent and reduce excessive weight gain in children and adolescents: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2011 Sep-Oct;87(5):382–92.

- Swarbrick MM, Stanhope KL, Elliott SS, Graham JL, Krauss RM, Christiansen MP, Griffen SC, Keim NL, Havel PJ. Consumption of fructose-sweetened beverages for 10 weeks increases postprandial triacylglycerol and apolipoprotein-B concentrations in overweight and obese women. *Br.J. Nutr* 100: 947–952, 2008.
- Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7;(12):CD001871.
- WHO. Obesity and overweight. Fact sheet N°311 May 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Widhalm K, Fussenegger D. Softdrinks und juveniles Übergewicht. *Journal für Ernährungsmedizin* 8 (1), 27–3, 2006.
- Wolfram G, Boeing H. Fettkonsum und Prävention der Adipositas. In DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) (Hrsg). Evidenzbasierte Leitlinie: Fettkonsum und Prävention ausgewählter ernährungsmitbedingter Krankheiten 2006.

## Wie Werbung und Medien Adipositas und Essstörungen begünstigen

### Omnipräsenz und falsche Bilder

a.o. Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup> Beate Wimmer-Puchinger, Mag<sup>a</sup> Michaela Langer

#### Werbung ist überall

Nie zuvor wurden Menschen in der Wahrnehmung ihrer Körper durch Werbebilder und -botschaften zu Ernährung, Gewicht und Aussehen so dominiert und manipuliert wie in den letzten Jahrzehnten. Die Werbung bedient sich dabei aller Medienarten – von den Klassikern Fernsehen, Hörfunk und Printmedien über Telefonie, Kinofilme, Computerspiele und Musik bis hin zu den Neuen Medien (Internet und Mobile Web einschließlich Social Media und Apps). Sie trägt Produkte strategisch an die verschiedenen Zielgruppen heran und beeinflusst deren Konsumverhalten. Die Auftraggeber der Werbung sind überwiegend globale Unternehmen. Durch die Neuen Medien ist die Informationsflut weiter gestiegen und damit auch die Konfrontation mit Werbebotschaften. War ein(e) Konsument(in) in den 70er Jahren noch mit 300 Werbekontakten pro Tag konfrontiert, so sind es heute 6.000 pro Tag.<sup>1</sup>

#### Zielgruppe Kinder

In einer Pressemeldung geht die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin von einer Zahl zwischen 20.000 und 40.000 TV-Werbespots aus, die ein Kind jährlich zu sehen bekommt – wovon die Hälfte aller Spots Süßwaren, Limonaden und Knabberartikel vermarktet.<sup>2</sup>

Jedoch ist die Fähigkeit von Kindern, Werbung als solche wahrzunehmen sowie ihren beeinflussenden Charakter zu erkennen, je nach Alter nicht oder nur teilweise vorhanden. Die entwicklungspsychologische Forschung zeigt, dass Kinder bis zu einem Alter von 4 bis 5 Jahren nicht zwischen Werbung und Fernsehprogramm unterscheiden. Bis zu einem Alter von 8 Jahren können Kinder nicht erkennen, dass Werbung darauf abzielt, das Konsumverhalten zu beeinflussen, und selbst Kinder von 11 oder 12 Jahren erkennen die Werbetaktiken zur Beeinflussung nicht.<sup>3,4</sup> Der kanadische Supreme Court formulierte bereits 1989 wie folgt: „Advertising directed at young children is per se manipulative. Such advertising aims to promote products by convincing who will always believe.“<sup>5</sup>

Diese gerichtliche Erkenntnis über Kinderwerbung macht sich die Lebensmittelindustrie zu Nutze. Sie zielt ganz bewusst auf die gestiegene kindliche und jugendliche Autonomie – oft gekennzeichnet durch die Verfügbarkeit von Taschengeld – ab, um spezielle Produkte entsprechend abzusetzen.

## Widersprüchliche Botschaften

Die Botschaften der Werbenden in Bezug auf Ernährung, Gewicht und Aussehen sind allerdings widersprüchlich. Einerseits wird eine Vielzahl an Produkten mit einem hohen Anteil an Fett, Zucker und/oder Salz („HFSS-Nahrungsmittel“ = High fat, sugar and/or sodium) für Kinder und Jugendliche im Fernsehen beworben. Andererseits wird mehr denn je die Schlankheit als dominante und unhinterfragte Körpernorm kommuniziert. Die britische Universitätsprofessorin und Frauenrechtsaktivistin Susie Orbach erhob, dass EuropäerInnen wöchentlich zwischen 2.000 und 5.000 Bildern von idealisierten überschlanken – insbesondere weiblichen – Körpern ausgesetzt sind, die mithilfe eines Bildbearbeitungsprogramms „perfektioniert“ wurden.<sup>6</sup>

Vor allem die Botschaft „Schlank ist schön und steigert die Attraktivität“ wird nicht nur in der Werbung, sondern ebenso auf allen anderen Kommunikationsplattformen, also auch in redaktionellen Beiträgen, laufend wiederholt und damit verstärkt. Diese Botschaft begegnet uns in Spielfilmen wie auch in Fernsehserien, Musikvideos und Büchern. Frauen- und Gesellschaftsmagazine sind geradezu durchdrungen davon.<sup>7</sup> Die zweideutige Wort-Bild-Sprache in Werbung und anderer massenmedialer Kommunikation sendet aber letztlich eine unlösbare Doppelbotschaft aus: „Konsumiere das, was beworben wird!“ einerseits und „Bleib schlank, dann bist du attraktiv und erfolgreich!“ andererseits.

Diese ständige Konfrontation mit medialen Körpernormen und Schlankheitsbildern, die an Erfolg, Anerkennung und Zuwendung gekoppelt sind, führt zu einer Verunsicherung hinsichtlich des eigenen Aussehens. Schon ab dem Kleinkindalter bewirken diese Bilder eine Internalisierung der gesellschaftlich idealisierten Körperformen.<sup>8</sup> Sie führen so zu einer Normierung des Körpers, der wiederum auf die gesellschaftlichen Leitbilder zurückgeführt<sup>9</sup> und in der Werbung wiederholt wird. Zugleich kommt es zu einer Diskriminierung von Menschen, die den Normen nicht entsprechen.

## Studien belegen den Einfluss der medialen Manipulation

Viele wissenschaftliche Studien belegen, dass sich die normierte Bilderflut auf den Selbstwert und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper der BetrachterInnen auswirkt. So zeigt der 2012 veröffentlichte WHO-Bericht „Health Behaviour in School-aged Children“, der auch auf die gewichtsbezogene Selbstwahrnehmung 11-, 13- und 15-jähriger Jugendlicher in 43 europäischen Ländern sowie in Nordamerika eingeht, dass 51 Prozent der befragten 15-jährigen Mädchen in Österreich glaubten, zu dick zu sein. Und das, obwohl nur 12 Prozent aufgrund der Berechnung des Body-Mass-Index tatsächlich übergewichtig oder adipös waren. Weiters hielten 24 Prozent der 15-jährigen Mädchen aktuell eine Diät<sup>10</sup> (siehe: Gesellschaftliche Einflussfaktoren bestimmen das Essverhalten).

2010 wurden in Australien 50.012 Mädchen und Burschen zwischen 11 und 24 Jahren befragt. Ergebnis: Die Sorgen um das eigene Körperbild standen mit 31 Prozent an erster Stelle von insgesamt 15 Bedenken (z.B. in Bezug auf Zeiteinteilung, Schule oder familiäre Beziehungen). Aufgeteilt nach Geschlecht reihten bei den Mädchen 50 Prozent die Sorge um das Körperbild an die erste Stelle und bei den Burschen 27 Prozent.<sup>11</sup>

Eine bahnbrechende psychoanthropologische Langzeitstudie aus dem Jahr 2004, die von der Harvard School of Medicine auf den Fidschi-Inseln durchgeführt wurde, ergab, dass sich

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

durch den Satellitenempfang westlicher Fernsehprogramme das traditionell gängige Schönheitsideal von „rundlichen“ Körperformen (und somit auch die lokale Esskultur) radikal hin zu westlichen Schlankheitsstandards veränderten. Das führte u.a. zum erstmaligen Auftreten von Magersucht und Bulimie.<sup>12</sup>

Dass diese negative Beeinflussung durch Werbung schon länger wirksam ist, zeigen auch ältere Studien: Eine im Jahr 1996 vorgenommene Analyse von 222 wissenschaftlichen Studien, die in den letzten 50 Jahren in gender- und altersspezifischer Hinsicht über Selbstzufriedenheit und Attraktivität durchgeführt wurden, lieferte ein eindeutiges Ergebnis: In sämtlichen Untersuchungen zeigten sich Mädchen und Frauen signifikant unzufriedener als Männer – eine Tendenz, die in der jüngeren Vergangenheit offenkundig gestiegen ist. Die deutlichsten Unterschiede gab es bei 14-jährigen Mädchen und Burschen.<sup>13</sup>

In erster Linie lassen sich Kinder von der medialen „Manipulation“ beeinflussen. Anhand einer Untersuchung an 213 9-jährigen Mädchen wurde bereits 1992 festgestellt, dass jedes dritte Mädchen den Wunsch hatte, dünner zu sein, und viele eine Diät in Angriff genommen hatten. Doch GesundheitsexpertInnen wissen: Diätverhalten kann die Eintrittskarte in die Welt der Essstörungen sein.<sup>14</sup> Die traurige Realität und ein gesundheitsgefährdendes Faktum ist, dass 80 bis 90 Prozent der Frauen und Mädchen mit ihrem Körper unzufrieden sind.<sup>15-17</sup> Die Tendenz ist übrigens auch bei Burschen und Männern steigend.

## Hoher Anteil ungesunder Werbung

Je höher der Medienkonsum ist, desto höher ist auch die Konfrontation mit Werbung. Im Durchschnitt verbringen Burschen 3,8 Stunden und Mädchen 2,7 Stunden täglich mit Fernsehen, Video, Computer, Internet bzw. Spielkonsole.<sup>18</sup> In dieser Zeit sind sie sowohl mit redaktionellen Beiträgen als auch mit Werbung – und hier in einem hohen Maß mit Lebensmittelwerbung und idealisierten Körpern – konfrontiert. Je nach Land liegt der Anteil von Lebensmittel-Werbespots für Kinder bei 20 bis 40 Prozent des Gesamtwerbeaufkommens.<sup>19-22</sup> Der Anteil an ungesunden HFSS-Nahrungsmitteln, die darin beworben werden, beträgt zwischen 50 und mehr als 99,5 Prozent,<sup>23-28</sup> während der Anteil gesunder Lebensmittel lediglich 0,5 bis 2 Prozent ausmacht.<sup>29-31</sup>

## Ernährungspyramide – upside down

Würden Kinder bzw. ihre Eltern ihren Ernährungsplan gemäß der Werbung für Nahrungsmittel zusammenstellen, so würde sich die Ernährungspyramide umdrehen: Die Hälfte der am meisten konsumierten Nahrung bestünde aus Fast Food und Süßwaren. Früchte und Gemüse kämen so gut wie nie auf den Tisch.<sup>32</sup>

Dass Werbebotschaften Einfluss nehmen, wurde auch in vielen internationalen Studien nachgewiesen. Im Report der World Health Organisation aus dem Jahr 2009 zu „The Extent, nature and Effects of Food promotion to Children“ werden 95 Studien angeführt, die sich mit der Wirkung von Werbung auf Kinder befassen haben: „Overall the studies provide strong evidence that food promotion influences children's food purchase-related behaviour and an increasing purchase request for foods high in fat, sugar or salt.“ Der Einfluss der Werbung auf Ernährungswissen, Präferenzen für bestimmte Lebensmittel und Konsummuster war ebenfalls moderat vorhanden.<sup>33</sup>

Harris & Brownell zeigten 2009 in ihrer Studie, dass Kinder um 45 Prozent mehr konsumierten, wenn sie Nahrungsmittelwerbung ausgesetzt waren.<sup>34</sup> Dass diese Erkenntnis schon lange Jahre besteht, zeigt die Literaturübersicht von Coon & Tucker aus dem Jahr 2002: Kinder, die Lebensmittelwerbung ausgesetzt sind, wählen signifikant häufiger die beworbenen Produkte.<sup>35,36</sup>

## Werbung sticht Eltern aus

In der Regel bitten Kinder ihre Eltern, die beworbenen Produkte zu kaufen. In einer Studie mit 348 Müttern gab ein Drittel an, dass die Kinder genau jene Nahrungsmittel verlangen, die sie gerade im Fernsehen sehen. Rund 40 Prozent fordern diese Produkte beim Einkauf, neun Prozent protestieren und schreien, wenn die Mütter ihren Produktwünschen nicht nachkommen.<sup>37</sup> Es zeigte sich auch, dass die Kinder ihre Vorlieben für die beworbenen Nahrungsmittel trotz elterlicher Einflussnahme beibehalten, d.h. die Werbebotschaft ist stärker als die elterliche Autorität.<sup>38</sup>

## Adipositas und TV-Werbung

Mehr als 60 Studien zeigen auch einen Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und Adipositas, wobei die Studien nachweisen konnten, dass dieser Effekt nicht auf die geringere körperliche Bewegung durch das Fernsehen zurückzuführen ist, sondern auf die Nahrungsmittelwerbung selbst.<sup>39-41</sup>

## Werbeverbote und Beschränkungen

Als Reaktion auf die über Jahre erworbenen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Lebensmittelwerbung und Übergewicht/Fettleibigkeit schlug die „British Medical Association“ 2005 ein Werbeverbot für weniger gesunde Lebensmittel vor.<sup>42</sup> Dieses Verbot wurde in den USA auch von der Henry-Kaiser-Family-Foundation 2004 gefordert.<sup>43</sup> Das Institute of Medicine IOM formulierte 2006: „Food marketing to children is a substantial contributor to childhood obesity“. <sup>44</sup> Ein komplettes Werbeverbot im Fernsehen würde Übergewicht bei Kindern zwischen 3 und 11 Jahren um 18 Prozent senken und bei Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren um 14 Prozent.<sup>45</sup> Eine weitere Studie legt nahe, dass 1 von 7 bis zu 1 von 3 Kindern in den USA ohne TV-Lebensmittelwerbung für HFSS-Produkte NICHT an Übergewicht leiden würde.<sup>46</sup>

## Falsche Darstellungen und ihre Folgen

Besorgniserregend sind vor allem auch die Botschaften der Lebensmittelwerbung: „Child marketing makes clear that it is exciting, fun and cool to eat great-tasting, high-calorie food almost any time or anywhere and there are no negative consequences for doing so.“ So wird häufig ungesundes Essverhalten gezeigt und dies als völlig normale Situation dargestellt: Nur 11 Prozent der untersuchten Lebensmittel-Werbespots zeigten Situationen in der Küche, am Esstisch oder im Restaurant, während 58 Prozent der Spots Snacking-Situationen außerhalb der Essenzeiten darstellten.<sup>47</sup>

Gleichzeitig werden Produkte mit viel Fett, Salz und/oder Zucker in der Werbung so inszeniert, als wären sie gesund und würden nicht dick machen. Das geschieht unter anderem mittels schlanker Personen – zumeist Frauen. Darüber hinaus wird aus dem OFF verbal auf die positive Wirkung des Produkts und auf einen schönen und gesunden Körper hingewiesen.<sup>48</sup> Die Sehnsucht nach dem medial transportierten idealisierten, gleichzeitig nicht erreichbaren Traumkörper wird zur Verkaufsförderung eingesetzt und ihre Befriedigung an den Konsum der beworbenen Nahrungsmittel gekoppelt. Das hat nachweislich toxische Effekte auf die psychische Gesundheit und das Körperbild. Es gibt zahlreiche Studien, die belegen, dass durch den Vergleich mit Models in den Medien allgemein ein negatives Körperbild entstehen kann. Dies bedeutet, dass gefühlte oder tatsächliche Abweichungen des eigenen Körpers vom Ideal als schwerwiegende Mängel erlebt werden. Die weibliche Selbstwahrnehmung wurde durch die medial dargestellten Figuren verzerrt.

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

Mögliche Folge: die Überschätzung der eigenen Körperfülle. Kinder und Jugendliche fühlen sich zu dick, obwohl sie normalgewichtig sind. Um abzunehmen setzen sie oftmals ungesundes Diätverhalten durch radikale Einschränkung der Nahrungsaufnahme ein – und das führt durch den Jojo-Effekt langfristig zu einem tatsächlichen Anstieg des Gewichts.<sup>49</sup> Weitere Folge: gestörtes Essverhalten bzw. Essstörungen.

In Anbetracht der hohen Zahl von unzufriedenen Mädchen und Frauen sind alle Werbefachleute aufgefordert, die uniformen Bilder dringend zu ändern. Positiv-Beispiel: Die Kosmetikmarke DOVE wirbt mit normalgewichtigen Models und erfreut sich bei Frauen und Mädchen großer Beliebtheit. Das zeigt, dass nicht nur dünne Körper verkaufsfördernd sind.

## Fazit:

**Werbe- und Medienbotschaften wirken. Sie nehmen Einfluss auf Ernährungsverhalten und Körpergewicht sowie auf psychisches Wohlbefinden und Körpergefühl. Widersprüchliche Werbebotschaften erhöhen den Konsum ungesunder und dickmachender Nahrungsmittel. Sie propagieren unerreichbare Schlankheits- und Körnernormen und verstärken bei allen Bevölkerungsgruppen die Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht und dem Aussehen – insbesondere bei Mädchen und Frauen. Das alles kann zu einem gestörten Essverhalten und folglich zu Essstörungen führen.**

## Handlungsanleitungen zur Sensibilisierung von Werbung und Medien

Da wir in einer globalisierten und vernetzten Wirtschafts- und Medienwelt leben, müssen gesundheitspolitische Maßnahmen gegen mediale Manipulation aus ökonomischem Profitstreben auch global und vernetzt gesetzt werden.

Für Österreich und Wien:

### ■ Werbung

- keine Werbung, kein Sponsoring für HFSS-Nahrungsmittel und Getränke mit HFSS- bzw. Süßstoff-Anteil in Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen sowie bei Kinder- und Jugendveranstaltungen und Sportveranstaltungen für Kinder und Jugendliche
- Überlegungen zu Einschränkungen bzw. einer Kennzeichnungspflicht für Nahrungsmittelwerbungen von HFSS-Produkten, die sich an Kinder richten (in Anlehnung an Entwicklungen in der EU)
- beschränkter Werbeeinsatz bei der Verknüpfung von HFSS-Nahrungsmitteln mit Spielzeugen
- Sensibilisierungsmaßnahmen gegen retuschierte Fotos von Menschen in Werbung und Medien generell
- Stärkung des Selbstbeschränkungskodexes des Österreichischen Werberates
- Einführung von Initiativen zur Vermeidung von Werbung, welche die Gesundheit schädigt bzw. den Selbstwert angreift:
  - Aufklärung von Werbefachleuten und JournalistInnen über die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von Nahrungsmittelwerbung und idealisierten Körnernormen
  - Fixierung positiver Ankerpunkte, die zu einer Einstellungsänderung und in weiterer Folge zu einer Systemänderung führen
  - Auszeichnungen für verantwortungsbewusstes Werben
  - Siegel für gewissenhaftes Handeln und Werben von Unternehmen (z.B. Pro-Ethik-Siegel des Österreichischen Werberates)

## ■ Medien

- Sensibilisierung für die Problematik durch den Österreichischen Presserat
- Information von JournalistInnen über gesundheitsschädigende Auswirkungen von Lebensmittelwerbung, Diäten und idealisierten Körnernormen
- Umsetzung des Punktes 3.3 des Ehrenkodexes des Österreichischen Presserates: Fotomontagen oder Bildbearbeitungen, die ansonsten als dokumentarische Abbildungen aufgefasst würden, müssen als abgeänderte Darstellungen kenntlich gemacht werden.

## ■ Werbung UND Medien

- Toleranz gegenüber der Vielfalt menschlicher Physis
- eine Bewerbung oder Darstellung untergewichtiger Körnernormen (BMI-Untergrenze von 18,5)
- Förderung von Werbemaßnahmen für gesunde Lebensmittel: verstärkte Bewerbung gesunder Lebensmittel – gemeinsam mit Agrar-Marketing-Maßnahmen
- keine irreführende Bewerbung einseitiger Abnehm-Diäten – insbesondere durch Testimonials – in der Werbung und in redaktionellen Beiträgen, die Verhaltens-einschließlich Bewegungskomponenten nicht berücksichtigen
- jährliches Monitoring von körperbildsensibler Werbung und Medienberichten
- achtsame, nichtdiskriminierende Sprache in Bezug auf den Körper
- Etablierung eines brancheninternen Regulativs für Film- und Fernsehproduktionen, ähnlich dem Österreichischen Werbe- und Presserat

## ■ Gesundheitsplanung

- Richtlinien für Werbung und Wirtschaft gegen die manipulierte und krankmachende Darstellung von Mädchen und Frauen
- Marketing und Informationskampagnen gegen die manipulierte und krankmachende Darstellung von Mädchen und Frauen
- Berücksichtigung dieser Thematik in der kommunalen Öffentlichkeitsarbeit zu Bewegung und Sport

## ■ Kindergarten und Schule

- Media-Literacy: Einführung des Faches „Kritische Medienerziehung“, beginnend in der Volksschule, und entsprechende Ausbildung der PädagogInnen.

## Literaturverzeichnis

- 1 Horizont Online (2004): Mehr als 6.000 Werbekontakte pro Tag. <http://www.horizont.at/home/detail/mehr-als-6000-werbekontakte-pro-tag.html?cHash=6b27a7002e5235afbceb22f90cd503a0> Zugriff: 27.6.2014.
- 2 Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin e.V. (2010): Werbung schauen macht Kinder dick. Kinderärzte fordern Werbeschränkungen. [http://www.dgkj.de/presse/meldung/meldungsdetail/werbung\\_schauen\\_macht\\_kinder\\_dick\\_kinderaerzte\\_fordern\\_werbeschaerankungen/](http://www.dgkj.de/presse/meldung/meldungsdetail/werbung_schauen_macht_kinder_dick_kinderaerzte_fordern_werbeschaerankungen/), Zugriff: 27.6.2014
- 3 Graff S., Kunkel D., Mermin S. (2012): Government Can Regulate Food Advertising to Children Because Cognitive Research Shows That it is Inherently Misleading. *Health Affairs* 31:2.
- 4 American Psychological Association (2004): Report of the APA Task Force on Advertising and Children“. Download am 27.6.2014 [www.apa.org/pi/families/resources/advertising-children.pdf](http://www.apa.org/pi/families/resources/advertising-children.pdf)
- 5 IAFCO (2003): Broadcasting Bad Health: Why Food Marketing to Children needs to be controlled. S.5 Download am 27.6.2014 <https://cspinet.org/reports/codex/foodmarketingreport.pdf>
- 6 Orbach S. (2009): „Bodies“. Picador, S. 89
- 7 Svoboda B. (2009): „Typisch Ich“ oder „Die gefragte Frau“?! Eine inhaltsanalytische Untersuchung zum Frauenbild in den Zeitschriften „Wienerin“ und „Woman“. Diplomarbeit an der Universität Wien / Studienrichtung Publizistik und Kommunikationswissenschaften. Betreuung: Dr. Erich Geretschlaeger.
- 8 Cook AK. (2002): Familial Influences on Body Image Development. In: Cash T., Pruzinsky T.: *Body Image*. S. 99–107
- 9 Posch W. (2009): *Projekt Körper*. Campus Verlag, S. 169
- 10 Ramelow D., Teutsch F., Hofmann F., Felder-Puig R. (2015, Hrsg.). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion III.



# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

- 21 Mission Australia (2010). National survey of young australians 2010. <https://www.missionaustralia.com.au/what-we-do-to-help-new-young-people/understanding-young-people/annual-youth-survey>. Download am 14.4.2014
- 22 Becker AE. (2004): Television, disordered eating, and young women in Fiji: Negotiating body image and identity during rapid social change. *Culture, Medicine and Psychiatry*; 28: 533–559.
- 23 Feingold A., Mazzella R. (1996): Gender differences in body image are increasing. *Gender Psychologist*; 32: 90–98.
- 24 Lask B., Bryant-Waugh R. (2000): *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. Hove, UK: Psychology Press
- 25 De Zwaan M., Wimmer-Puchinger B., Baldaszti E.: *Essstörungen: Wie groß ist das Problem in Wien? Erhebung bei Wiener SchülerInnen*. Unveröffentlichte Studie, Wien 2000.
- 26 Wimmer-Puchinger B., Langer M. (2004): *Schlankheit – immer noch ein Ideal? Erhebung bei 657 Wiener Frauen*. Unveröffentlichte Studie des Wiener Programms für Frauengesundheit, Wien
- 27 Neumark-Sztainer D. (2005): *I m, like, so fat!* New York: The Guilford Press; S. 5.
- 28 Lampert, T. et al. (2007). Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt* 50;643–652.
- 29 Lobstein T., Dobb S. (2005): Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obesity reviews* 6, 203–208.
- 20 Federal Trade Commission (2008): *Marketing Food to children and adolescents: a review of industry expenditures, activities and self-regulation*. Washington (DC): FTC. Heruntergeladen am 14.8.2012. <http://www.ftc.gov/os/2008/07/P064504foodmarketingreportappendices.pdf>
- 21 Schulz P., Keller S., Hartung U. (2006): *Lebensmittelwerbung für Kinder: eine Inhaltsanalyse des Schweizer Fernsehens März-August 2006*. Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit. [http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung\\_bewegung/05207/05218/05234/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05218/05234/index.html?lang=de) Download am 14.7.2014.
- 22 Effertz T., Wilcke AC. (2011): Do Television food commercials target children in Germany? *Public Health Nutrition* 15(8), S. 1466–1473
- 23 Adams J., Tyrrell R., Adamson A., White M. (2012): Effect of Restrictions on Television Food Advertising to Children on Exposure to Advertisements for „less Healthy“ Foods: Repeat Cross-Sectional Study. *The Lancet*, Vol. 380, S. 7
- 24 Effertz T., Wilcke AC. (2011) Do Television food commercials target children in Germany? *Public Health Nutrition* 15(8), S. 1466–1473
- 25 Powell LM., Szczepka G., Chaloupka FJ., Braunschweig CL. (2007): Nutritional content of television food advertisements seen by children and adolescents. *Pediatrics*;120(3):576–583.
- 26 Harris JL., Schwartz MB., Brownell KD. (2010): Marketing foods to children and youth: licensed characters and other promotions on packaged foods in the supermarket. *Public Health Nutr*;13(3): 409–417.
- 27 Harris JL., Graff SK. (2012): Protecting young people from junk food advertising: implications of psychological research for First Amendment law. *Am J Public Health*;102(2):214–22.
- 28 Livingstone S. (2006): *New research on advertising foods to children: an updated review of the literature*. Television advertising of food and drink products to children: Research Annexes, 9–11. Office of Communications (Ofcom), London UK. (Unpublished) <http://eprints.lse.ac.uk/21758/>. Download am 14.8.2014.
- 29 Effertz T., Wilcke AC. (2011) Do Television food commercials target children in Germany? *Public Health Nutrition* 15(8), S. 1466–1473.
- 30 Schulz P., Keller S., Hartung U. (2006): *Lebensmittelwerbung für Kinder: eine Inhaltsanalyse des Schweizer Fernsehens März-August 2006*. Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit. S. 57. [http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung\\_bewegung/05207/05218/05234/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05218/05234/index.html?lang=de). Download am 14.7.2014.
- 31 Cairns G., Angus K., Hastings G. (2009): *The Extend, Nature and Effects of Food Promotion to Children: a Review of the Evidence to December 2008*. WHO Library. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/marketing\\_evidence\\_2009/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/marketing_evidence_2009/en/). Download am 14.7.2014.
- 32 Schulz P., Keller S., Hartung U. (2006): *Lebensmittelwerbung für Kinder: eine Inhaltsanalyse des Schweizer Fernsehens März-August 2006*. Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit. S. 59. [http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung\\_bewegung/05207/05218/05234/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/05218/05234/index.html?lang=de). Download am 14.7.2014.
- 33 Cairns G., Angus K., Hastings G. (2009): *The Extend, Nature and Effects of Food Promotion to Children: a Review of the Evidence to December 2008*. WHO Library. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/marketing\\_evidence\\_2009/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/marketing_evidence_2009/en/). Download am 14.7.2014.
- 34 Harris JL., Bargh JA., Brownell KD. (2009): Priming effects of television food advertising on eating behavior. *Health Psychology*. Vol 28(4), 404–413.
- 35 Coon KA., Tucker KL. (2002): Television and children's consumption patterns. A review of the literature. *Minerva Pediatr* 54:423–436.
- 36 American Psychological Association (2004): *Report of the APA Task Force on Advertising and Children*. [www.apa.org/pi/families/resources/advertising-children.pdf](http://www.apa.org/pi/families/resources/advertising-children.pdf). Download am 14.7.2014.
- 37 Akta Arnas Y. (2006): The effects of television food advertisement on children's food purchasing requests. *Pediatr Int*. 48(2):138–45.
- 38 Ferguson CJ., Muñoz ME., Medrano MR. (2012): Advertising influences on young children's food choices and parental influence. *J Pediatr*. Mar;160(3):452–5.
- 39 Graff S., Kunkel D., Mermin S. (2012): *Government Can Regulate Food Advertising to Children Because Cognitive Research Shows That it is Inherently Misleading*. *Health Affairs* 31:2.
- 40 Boyland EJ., Harrold JA., Kirkham TC., Corker C., Cuddy J., Evans D., Dovey TM., Lawton CL., Blundell JE., Halford JC. (2011): Food commercials increase preference for energy-dense foods, particularly in children who watch more television. *Pediatrics*, 128(1):e93–100.

- 41 Zimmerman FJ., Bell JF. (2010): Associations of Television Content Type and Obesity in Children. *American Journal of Public Health*; 100/2: 334–340.
- 42 British Medical Association – Board of Science (2005): Preventing childhood obesity. [http://www.worldobesity.org/site\\_media/uploads/Preventing\\_childhood\\_obesity\\_2005.pdf](http://www.worldobesity.org/site_media/uploads/Preventing_childhood_obesity_2005.pdf). Download am 14.7.2014.
- 43 Henry-Kaiser-Family-Foundation (2004): The Role of Media in Childhood Obesity. <http://kff.org/other/issue-brief/the-role-of-media-in-childhood-obesity-2/> Download: 14.8.2012.
- 44 Graff S., Kunkel D., Mermin S. (2012): Government Can Regulate Food Advertising to Children Because Cognitive Research Shows That it is Inherently Misleading. *Health Affairs*; 31:2.
- 45 Chou S., Rashad I., Grossmann M. (2008): Fast Food Restaurant Advertising on Television and its Influence on Childhood Obesity. *Journal of Law & Economics*, 51/4, 599–618.
- 46 Veerman JL., van Beeg EF., Barendregt JJ., Mackenbach JP. (2009): By how much would limiting TV-Food-Advertising reduce childhood obesity. *European Journal of Public Health*, Vol 19/4:365–369.
- 47 Harris J., Pomeranz J., Lobstein T., Brownell K. (2009). A crisis in the marketplace: how food marketing contributes to childhood obesity. *Annu Rev Public Health*;30:211–25.
- 48 Prell H., Palmblad E., Lissner L., Berg C. (2011): Health discourse in Swedish television food advertising during children s peak viewing times. *Appetite* 56: 607–616.
- 49 Cuypers K., Kvalony K., Bratberg G., Midtjell K., Holmen J., Holmen T. (2012): Being normal weight but feeling overweight in Adolescence may affect weight development into young adulthood – a 11-year follow-up: The HUNT Study, Norway. *Journal of Obesity*. Article ID 601872, 8 Seiten.

## Stigmatisierung und Diskriminierung

### Falsches Verhalten in Bezug auf Adipositas und Essstörungen

Elisabeth Jäger, Mag<sup>a</sup> Rahel Jahoda, Mag<sup>a</sup> Dr<sup>in</sup> Karin Waldherr

#### Das Gewicht als Maß aller Dinge

Der Körper ist zum kategorischen Klassifizierungszeichen in unserer Gesellschaft geworden. Er wird als Beleg für Selbstkontrolle, Eigenverantwortlichkeit und Leistungsbereitschaft gesehen.<sup>1</sup> Während Magermodels glorifiziert werden, sind Einstellungen gegenüber Menschen mit höherem Gewicht vor allem negativ. Sie sind in wichtigen Lebenswelten wie Schule, Arbeit, Gesundheitswesen, dem öffentlichen und dem Privatleben vielfältigen Benachteiligungen und Herabwürdigungen ausgesetzt.<sup>2</sup> Menschen mit Adipositas sind sogar in doppelter Weise stigmatisiert.<sup>3</sup> Ihr Körper wird als unästhetisch und ungepflegt betrachtet, und es werden ihnen Faulheit, Willensschwäche, geringe Intelligenz, Unansehnlichkeit sowie fehlende Beliebtheit unterstellt.<sup>1–5</sup>

#### Das Ausmaß der Stigmatisierung und Diskriminierung

Personen mit Adipositas und Essstörungen sowie deren Familien sind häufig von Stigmatisierung\* und daraus resultierenden Diskriminierungen\*\* betroffen. Doch auch hier gibt es Unterschiede: So werden etwa Personen mit Adipositas und Binge Eating-Störung stärker stigmatisiert und diskriminiert als Personen mit Adipositas ohne Binge Eating.<sup>6</sup> Auch Personen mit Bulimia Nervosa werden stärker stigmatisiert als Personen mit Anorexia Nervosa.<sup>7</sup>

\* Von Stigmatisierung spricht man dann, wenn Personen aufgrund vorhandener, sichtbarer Merkmale oder aufgrund von Eigenschaften, die ihnen zugeschrieben werden, diskreditiert werden. „Die Griechen [...] schufen den Begriff Stigma als Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren.“ (Goffman, E. (1963): *Stigma, Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York, S. 9.).

\*\* Von Diskriminierung spricht man bei ungleicher Behandlung von Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe (Allport, G.W. (1954), *The Nature of Prejudice*. Addison-Wesley: Cambridge, MA

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

Zahlen zur Häufigkeit von Diskriminierungen stehen für Österreich nicht zur Verfügung. Eine Studie in den USA zeigt jedoch, dass erlebte Diskriminierungen aufgrund des Gewichts zwischen 1995/96 und 2004 bzw. 2006 stark angestiegen sind.<sup>8</sup> Es ist anzunehmen, dass die Entwicklung dieses weitgehend sozial akzeptierten Problems, das schwerwiegende gesundheitliche Auswirkungen auf die übergewichtigen Personen hat, in Europa und speziell auch in Österreich ähnlich verläuft.

## Stigmatisierungen bei Kindern und Jugendlichen

Negative Einstellungen gegenüber Personen mit höherem Gewicht sowie Stigmatisierungen wurden bereits bei dreijährigen Kindern beobachtet.<sup>9</sup> Als Folge davon sind Kinder im oberen Gewichtsbereich bevorzugte Opfer von Hänseleien, Verspottung, Bullying, sozialer Ausgrenzung und auch körperlicher Gewalt durch ihre Peer-Group.<sup>10,11</sup> Während Buben häufiger von offenkundiger Diskriminierung in Form von Hänseleien aber auch körperlicher Gewalt berichten, erfahren Mädchen Diskriminierungen oftmals in Form von sozialer Ausgrenzung und Isolation.<sup>11</sup> Auch bei LehrerInnen wurde eine negative Einstellung gegenüber SchülerInnen mit höherem Gewicht festgestellt<sup>10,12</sup>, insbesondere bei SportlehrerInnen.<sup>10</sup>

Selbst in der Familie sind betroffene Kinder und Jugendliche Kommentaren und Sticheleien von Eltern und/oder Geschwistern bezüglich ihres Gewichts ausgesetzt.<sup>13,14</sup> Zum Teil geschieht dies vermutlich, weil sich die Angehörigen für das betroffene Familienmitglied schämen. Für übergewichtige Kinder und Jugendliche, die angesichts ihres körperlichen Andersseins ohnehin schon Probleme haben, die für ihre Identitätsentwicklung notwendige Anerkennung und soziale Integration zu erlangen,<sup>1</sup> ist das eine enorme Zusatzbelastung.

Ein besonderes Problem stellen romantische Beziehungen dar. Jugendliche mit Adipositas haben seltener ein „Date“ als Jugendliche mit Normalgewicht oder weniger starkem Übergewicht.<sup>11</sup> So kommt es, dass betroffene Jugendliche im Kino mitunter zwar auf dem „Lovechair“ – einem extrabreiten Sitz – sitzen, aber alleine.

Der Einstieg in das Berufsleben gestaltet sich für sie ebenfalls schwieriger als für Normalgewichtige und ist mit weiteren Diskriminierungen verbunden. Eine experimentelle Studie zeigte, dass Bewerbungsschreiben seltener beantwortet wurden, wenn ein Foto einer Person mit höherem Gewicht angefügt war.<sup>15</sup>

## Herausforderungen der Kommunikation in Bezug auf Körpergewicht im Gesundheitswesen

Einigen Studien zufolge kommt es gelegentlich vor, dass Ärztinnen bzw. Ärzte bestimmte Vorbehalte gegenüber Patientinnen bzw. Patienten mit Adipositas haben.<sup>14,16,17,21</sup> Personen im hohen Gewichtsbereich sind manchmal schwierigen Situationen ausgesetzt, da beispielsweise medizinische Geräte nicht entsprechend ausgelegt sind.<sup>18</sup> Auch wies eine Studie nach, dass das Pflegepersonal eine negative Einstellung zu Adipositas aufweist<sup>17</sup> bzw. es auch zur Verwendung diskriminierender Ausdrücke kommen kann. Dahinter steht die falsche pädagogische Haltung, Betroffene dadurch eher zur Gewichtsabnahme motivieren zu können. Auch Personen mit Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa werden ein hohes Maß an Selbstverschulden<sup>29</sup> und Mangel an Therapietreue zugeschrieben, und es wird vermutet, dass sie häufig aus Angst vor Diskriminierungen keine Hilfe suchen.<sup>19</sup>

## Schuldzuweisungen an Familienangehörige

Im Falle von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas sind nicht nur diese selbst, sondern auch ihre Eltern und andere Familienangehörige von Schuldzuweisungen, Vorurteilen, Stigmatisierungen und Diskriminierungen betroffen. Eltern von Kindern mit leichtem Überge-

wicht, die ärztlichen Rat in Anspruch nehmen wollten, berichten, dass sie sich häufig von Ärztinnen/ Ärzten entweder durch Äußerungen wie „Das wächst sich schon aus ...“ nicht ernst genommen fühlten oder nur die üblichen Ratschläge wie „Weniger essen und mehr Bewegung!“ erhielten oder sogar für das Übergewicht ihres Kindes verantwortlich gemacht wurden – mit dem Vorwurf, dass sie etwas falsch machen würden („Sie kaufen das Essen!“, „Sie überfüttern das Kind! ...“).<sup>20</sup>

Auch Eltern von Mädchen mit Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa berichten häufig von Schuldzuweisungen und davon, dass sich Freunde und Bekannte nach Bekanntwerden der Erkrankung der Tochter plötzlich zurückziehen und die Familie in soziale Isolation gerät. Darüber hinaus leiden Personen mit Adipositas und Essstörungen sowie ihre Familien in der Öffentlichkeit aufgrund abwertender oder beleidigender Kommentare oder neugieriger Blicke, insbesondere bei Besuchen von Sportstätten (einschließlich von Schwimmbädern) und Restaurants.

## Der gesundheitliche Schaden

Der Schaden, den Stigmatisierungen und Diskriminierungen vor allem bei Menschen im oberen Gewichtsbereich anrichten, ist meist sehr tiefgreifend und zieht schwere gesundheitliche Probleme nach sich – oftmals sogar eine Essstörung<sup>10,21</sup> oder Depression.<sup>22</sup> Die soziale Ausgrenzung treibt Betroffene zu „Frustessen“, ungesunden Maßnahmen zwecks Gewichtskontrolle wie Abnehm-Diäten und zu einsamen Beschäftigungen (z.B. Computerspielen oder Fernsehen) und somit in einen „gewichtigen“ Teufelskreis. Studien zeigen, dass Sticheleien wegen des Gewichts psychisch enorm belastend sind und zu körperlicher Inaktivität, Abnehm-Diäten und/oder Fressanfällen und folglich häufig zu Essstörungen und/oder Übergewicht führen.<sup>13,23</sup> Bei einer Längsschnittstudie wiesen normalgewichtige Jugendliche, die sich übergewichtig fühlten, als junge Erwachsene einen höheren Body-Mass-Index auf als Jugendliche, die sich normalgewichtiger fühlten.<sup>24</sup> Forschungsergebnisse legen außerdem nahe, dass psychischer Stress das Risiko für physische Erkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankungen und Adipositas erhöht.<sup>22</sup> Immer häufiger wird in der Literatur diskutiert, dass er auch bestimmte physiologische Mechanismen auslöst, die das Regulationssystem für Hunger und Sättigung stören.<sup>22</sup>

## Warum kommt es zu Stigmatisierungen?

*„Dicksein wird in der Wahrnehmung anderer geschaffen“.*<sup>1</sup> Bei der Bewertung des Körpers durch die Gesellschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten das Ideal des schlanken, durchtrainierten Körpers durchgesetzt. Damit einher ging die gesellschaftliche Ächtung des Übergewichts, da dieses als „Leistungsverweigerung“ ausgelegt wird.<sup>1,3</sup> *„Der Körper wurde somit gesellschaftlich immer weniger als physisches Schicksal oder soziale und kulturelle Fügung gesehen, sondern als Summe selbst zu verantwortender Verhaltensweisen“.*<sup>1</sup>

Wird angenommen, dass eine Krankheit durch das eigene Verhalten verursacht bzw. kontrollierbar ist, und werden daher die/der Betroffene selbst verantwortlich gemacht, sind Distanzierung und Ablehnung stärker.<sup>25</sup> Experimentelle Studien zeigen, dass Informationen, die die Eigenverantwortung betonen, negative Vorurteile verstärken.<sup>26–28</sup> Im Falle von Adipositas und Essstörungen wird die Schuld häufig den Betroffenen selbst zugeschrieben.<sup>1,3,7,29</sup> Die vorwiegend einseitig negativen Darstellungen in den Medien tragen somit wesentlich zu Stigmatisierungen und daraus resultierender Diskriminierung bei.<sup>30</sup>

## Motivation durch Stigmatisierung?

Die Meinung, dass Stigmatisierungen die Betroffenen motivieren würden, ihr Verhalten zu ändern, ist weit verbreitet. Sie trägt dazu bei, dass „Anprangerung“ und Diskriminierung weitgehend sozial akzeptiert sind. Beispielsweise hat die Britische Gesundheitsstaatssekretärin im Jahr 2010 Personen mit Adipositas öffentlich aufgefordert, ihre Eigenverantwortung für ihren Lebensstil wahrzunehmen und MedizinerInnen dazu angehalten, stigmatisierende Begriffe wie „fett“ anstelle von „adipös“ zu verwenden, um die Betroffenen zu motivieren.<sup>31</sup>

Wie mehrere aktuelle Studien zeigen

- werden jedoch stigmatisierende Begriffe wie „fett“ von Personen aller Gewichtsklassen als am wenigsten motivierend eingestuft und Begriffe wie „ungesundes Gewicht“, „Übergewicht“, „Gewichtsproblem“ als am motivierendsten.<sup>32</sup>
- führen stigmatisierende Bilder und Videos zu erhöhter Nahrungsaufnahme.<sup>31,33</sup>
- führen die Verwendung stigmatisierender Begriffe sowie der gesellschaftliche Druck, ein bestimmtes „Idealgewicht“ zu erreichen, zu psychischem Stress, ungesundem Lebensstil und Essstörungen.<sup>13,22–24</sup>

## Handlungsanleitungen zur Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung

Stigmatisierungen haben negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen, stellen Hindernisse im Kampf gegen eine Krankheit dar und erhöhen gesundheitliche Ungleichheiten.

### Für das Gesundheitswesen sowie für Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen:

- Aufklärung über die komplexe Entstehung von Essstörungen und Adipositas sowie über deren Zusammenhänge<sup>6,25–28,30,32</sup>
- Aufklärung über die negativen Folgen von Stigmatisierung und Diskriminierung
- Sensibilisierung für die Vielfalt von Körperformen
- gewichtsunabhängige Gesundheitsförderung, die nicht auf die Erreichung eines bestimmten „idealen“ Gewichtsbereiches abzielt
- Sensibilität bei der Erstellung und Benennung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen, um einer Stigmatisierung der Adressat(inn)en vorzubeugen<sup>34</sup>
- primär Änderung von Verhältnissen, die Adipositas und Essstörungen erzeugen und nicht ausschließlich Vermittlung von Gesundheitswissen und Forderung nach einer Änderung des individuellen Verhaltens<sup>22</sup>
- gewichtssensible Sprache bei den zu setzenden Maßnahmen<sup>35</sup>
- Einbeziehung Betroffener in die Entwicklung von Maßnahmen<sup>35</sup>
- Entwicklung eines „Adipositas- und Körperbild-Antidiskriminierungskodexes“ für Gesundheitsberufe und (schul-,freizeit- und sport-)pädagogische Berufe sowie für Medien und Werbung
  - zu gewichtssensibler Sprache
  - zu den negativen Auswirkungen von Körper- und Gewichtsstigmatisierung sowie körper- und gewichtsbezogenem Spott und dessen Wahrnehmung
  - zur Förderung eines positiven Körperbildes von Kindern und Jugendlichen durch positive Bilder und Botschaften, die Vielfalt vermitteln

### Literaturverzeichnis

- 1 Barlösius, E., von Garmisen, A., & Voigtmann, G. (2012). Dicksein: Über die gesellschaftliche Erfahrung dick zu sein. Hannover: Leibniz Universität Hannover, Institut für Soziologie.
- 2 Puhl, R.M. & Heuer, C.A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964.

- 3 Rehaag, R. (2011). Stigmaerleben und Strategien des Stigma-Managements bei sozial-benachteiligten, übergewichtigen Jugendlichen. *Gesundheit Berlin-Brandenburg (Hrsg.), Dokumentation 16. Bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit*, 3./4.12.2010, Berlin.
- 4 Allison, D.B., Basile, V.C., Yuker, H.E. (1991). The Measurement of Attitudes Toward and Beliefs About Obese Persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 599–607.
- 5 Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2001). Bias, discrimination and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788–805.
- 6 Bannon, K.L., Hunter-Reel, D., Wilson, G.T. & Karlin, R.A. (2009). The Effects of Causal Beliefs and Binge Eating on the Stigmatization of Obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 118–124.
- 7 Wingfield, N., Kelly, N., Serdar, K., Shivy, V.A. & Mazzeo, S.E. (2011). College Students' Perceptions of Individuals with Anorexia and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 369–375.
- 8 Andreyeva, T., Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2008). Changes in Perceived Weight Discrimination Among Americans, 1995–1996 Through 2004–2006. *Obesity*, 16, 1129–1134.
- 9 Cramer, P. & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: how early does it begin? *J Appl Dev Psychol.*, 19, 429–451.
- 10 Puhl, R.M. & Latner, J.D. (2007). Stigma, Obesity, and the Health of the Nation's Children. *Psychological Bulletin*, 133(4), 557–580.
- 11 Pearce, M.J., Boergers, J. & Prinstein M.J. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization and romantic relationships. *Obesity Research*, 10(5), 386–393.
- 12 Neumark-Sztainer, D.E., Story, M., & Harris, T. (1999). Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *Journal of Nutrition Education*, 31, 3–9.
- 13 Neumark-Sztainer, D. Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P.J. & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26, 123–131.
- 14 Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14, 1802–1815.
- 15 Rooth, D.-O. (2009). Obesity, attractiveness, and differential treatment in hiring: A field experiment. *Journal of Human Resources*, 44(3), 710–735.
- 16 Hebl, M.R. & Xu, J. (2001). Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 25(8), 1246–1252.
- 17 Bertakis, K.D. & Azari, R. (2005). The impact of obesity on primary care visits. *Obes Res*, 13(9), 1615–1622.
- 18 Amy, N.K., Aalborg, A., Lyons, P. & Keranen, L. (2006). Barriers to routing gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes*, 30(1), 147–155.
- 19 Stewart, M.-C., Keel, P.K. & Schiavo, R.S. (2006). Stigmatization of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 320–325.
- 20 Edmunds, L.D. (2005). Parents' perceptions of health professionals' responses when seeking help for their overweight children. *Family Practice*, 22, 287–292.
- 21 Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Research*, 2003, 4, 213–227.
- 22 Puhl, R. & Heuer, C.A. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*, 100 (6), 1019–1028.
- 23 Libbey, H.P., Story, M.T., Neumark-Sztainer D.R. & Boutelle, K.N. (2008). Teasing, disordered eating behaviours, and psychological morbidities among overweight adolescents. *Obesity*, 16(sup 2), S24–S29.
- 24 Cuypers, K., Kvaløy, K., Bratberg, G., Midthjell, K., Holmen, J., & Holmen, T.L., (2012). Being Normal Weight but Feeling Overweight in Adolescence May Affect Weight Development into Young Adulthood – An 11-Year Followup: The HUNT Study, Norway. *Journal of Obesity*, doi:10.1155/2012/601872
- 25 Crandall, C.S. & Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *Br J Soc Psychol.*, 34, 67–83.
- 26 Crandall, C.S. (1994). Prejudice against fat people: ideology and self-interest. *J Pers Soc Psychol*, 66, 882–884.
- 27 Lewis, R.J., Cash, T.F., Jacobi, L., & Bubbs-Lewis, C. (1997). Prejudice toward fat people: The development and validation of the antifat attitudes test. *Obesity Research*, 5, 297–307.
- 28 Puhl, R.M., Schwartz, M.B. & Brownell, K.D. (2005). Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: a new approach for reducing bias. *Health Psychol.*, 24(5), 517–525.
- 29 Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I. & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.
- 30 Pearl, R.L., Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2012). Positive Media Portrayals of Obese Persons: Impact on Attitudes and Image Preferences. *Health Psychology*, Februar 2012.
- 31 Campbell, M.C. & Mohr, G.S. (2011). Seeing is eating: How and when activation of a negative stereotype increase stereotype-conducive behavior. *Journal of Consumer Research*, 38(3), 431–444.
- 32 Puhl, R., Petersen, J.L., & Luedicke, J. (2012). Movitating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. *International Journal of Obesity*, 2012, 1–8.
- 33 Schvey, N.A., Puhl, R.M., & Brownell, K.D. (2011). The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity*, 19, 1957–1962.
- 34 Daniëlsdóttir, S., Burgard, D. & Oliver-Pyatt, W. AED Guidelines for Childhood Obesity Prevention Programs. (<http://www.aedweb.org/AM/Template.cfm?Section=Advocacy&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=1659>; zuletzt eingesehen: 20.8.2012).
- 35 McLean, L, Edwards, N., Garrard, M., Sims-Jones, N., Clinton, K. & Ashley, L. (2009). Obesity, stigma and public health planning. *Health Promotion International*, 24(1), 88–93.

## Geänderte Lebensbedingungen

### Beschleunigung und Zeitmangel bestimmen das Essverhalten

a.o. Univ.Prof. Dr. Karl-Michael Brunner

#### Wie alles zusammenhängt

In den letzten Jahrzehnten setzte eine generelle Beschleunigung unseres Alltags- und Berufslebens ein. Der Strukturwandel der Arbeit führte weitgehend zu einer Erosion der normalen Arbeitsverhältnisse – Flexibilität wurde zur gesellschaftlichen Norm. Arbeiten rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche sowie Einkaufen zu jeder Tages- und Nachtzeit werden immer selbstverständlicher. Erweiterte Bildungszeiten bringen zusätzlich neue Anforderungen an die Synchronisierung der Arbeits- und Freizeit mit sich und machen die alltägliche Lebensführung schwieriger und stressanfälliger. Davon sind nicht nur Erwachsene betroffen, sondern auch Kinder und Jugendliche. Neben der sich ändernden Berufstätigkeit der Eltern sind die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen durch verlängerte Ausbildungszeiten, eine frühere Delegation von Erziehungsaufgaben an öffentliche oder private Institutionen und eine steigende Technisierung und Medialisierung geprägt. Hinzu kommen die Autonomie als Erziehungsideal sowie der Leistungsdruck zur Erhöhung der Chancen auf einem zunehmend unsicheren Arbeitsmarkt.

#### Fast Life und Fast Food

Die ungünstigen Auswirkungen dieser Veränderungen auf das Essen betreffen Erwachsene ebenso wie Kinder und Jugendliche: Fast Life geht häufig mit Fast Food einher. Das Außer-Haus-Essen nimmt zu, gemeinsame Essenszeiten sind rar, und diese zu arrangieren wird zunehmend schwieriger. Die Folge: Die Verantwortung für die Ernährung wird an Institutionen und den freien Markt delegiert. Hochkalorische Nahrungsangebote wie Ready-Meals und Snacks sind ständig verfügbar, egal ob in der Kantine oder an mobilen Knotenpunkten wie an U-Bahn-Stationen und in Bahnhöfen. Essen „on the run“<sup>1</sup> ist alltäglich, kurze oder unregelmäßige Pausenzeiten im Betrieb oder in der Schule tragen zu hektischem Essen bei. Langes Sitzen vor dem TV-Bildschirm, Computer, Laptop oder Tablet und eine Umwelt, die durch die Abhängigkeit vom Auto und von anderen Transportmitteln bewegungsunfreundlich geworden ist, verschärfen diese Situation.

#### Zeitdruck und Übergewicht

Dass veränderte Lebensbedingungen das Ernährungsverhalten beeinflussen, führen auch diverse Studien an. So wurde festgestellt, dass Unregelmäßigkeiten im Arbeitsalltag sowohl flexible Essenszeiten nach sich ziehen als auch den Anteil an Fertig- und Halbfertigprodukten bei den Mahlzeiten erhöhen.<sup>2</sup> Viele Menschen sehen den Zeitmangel als ein Hindernis für gesundes Handeln, zum Beispiel für Bewegung und gesünderes Essen. Auch Personen, die beim Essen ausgeprägt gesundheitsorientiert sind, haben unter stressigen Lebensbedingungen große Schwierigkeiten, ihren eigenen Überzeugungen gemäß zu handeln.<sup>3</sup> Obwohl der Zusammenhang von Zeitdruck und Körpergewicht noch spärlich belegt ist, so zeigen einige Studien doch, dass extremes Übergewicht häufiger bei Personen auftritt, die unter Zeitdruck stehen.<sup>4</sup> Außerdem essen Übergewichtige mehr, wenn sie alleine essen.<sup>5</sup> Gibt es gemeinsame

Mahlzeiten, dann haben Kinder niedrigere BMI-Werte.<sup>6</sup> Der Zeitdruck hingegen führt häufig zum Konsum von Convenience-Lebensmitteln, die wegen ihres hohen Fett- und Zuckergehalts mit steigenden Adipositasraten in Verbindung gebracht werden.<sup>7</sup> Kinder und Jugendliche, die von den Eltern unter Leistungsdruck gesetzt werden, sind überdies anfällig für Essstörungen.<sup>8</sup>

**Es gibt Anzeichen, dass der häufige Konsum von energieintensiven Fertiggerichten, die Zunahme des Außer-Haus-Essens und der Rückgang an Mahlzeiten daheim negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben.<sup>9</sup>**

## Jugendliches Essverhalten

Studien zeigen, dass kindliche und jugendliche Essweisen in hohem Maße von der Herkunftsfamilie geprägt sind und dabei soziale Ungleichheiten auch im juvenilen Essverhalten fortgesetzt werden.<sup>10</sup> Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Gesellschaftsschichten weisen analog zu ihren Eltern ein deutlich ungesünderes Ernährungsverhalten auf als jene aus privilegiierteren Schichten. Allerdings kommt mit zunehmendem Alter auch der Einfluss der Peer-Groups hinzu, und damit steigt die Bedeutung der Ernährung außer Haus, die oft durch hyperkalorische Lebensmittel gekennzeichnet ist. Zudem gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der Zunahme von sitzenden Tätigkeiten vor dem (TV-)Bildschirm und dem Anstieg von Adipositas – abhängig vom Ausmaß des TV-Konsums, der Herabsetzung des Bewegungslevels und der energiereichen Ernährung.<sup>11,12</sup> Für einkommensschwache Haushalte ist jedoch Fernsehen eine leistbare Freizeitgestaltung, während Aktivitäten außer Haus, die oft auch mehr Bewegung erfordern, in vielen Fällen teurer sind.<sup>13</sup>

## Handlungsanleitungen für geänderte Lebensbedingungen

Auf Entschleunigung und gesundes, nachhaltiges Essen ausgerichtete Maßnahmen betreffen verschiedene Bereiche wie die Wirtschaft, den Verkehr, die Gesundheit und die Bildung. Dementsprechend integrativ sollten diese gestaltet sein. Die Prävention von Kinder- bzw. Jugend-Adipositas und Essstörungen impliziert die Mitverantwortung vieler gesellschaftlicher Akteure.<sup>14</sup> Daraus leiten sich die folgenden Ansätze ab:

### ■ gerechtere Verteilung von Haus- und Ernährungsarbeit:

- Schaffung von Rahmenbedingungen für eine gerechte Verteilung der Gesamtarbeitsbelastung von Eltern bzw. Haushalten mit Kindern. Dabei soll die Haus- und Ernährungsarbeit besonders berücksichtigt werden.

### ■ Forcierung des Erwerbs von Ernährungskompetenz:

- Förderung des Erwerbs von Ernährungskompetenz bei Männern, Kindern und Jugendlichen

### ■ Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen:

- Der Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen könnte den Stresspegel bei berufstätigen Frauen reduzieren, was den Kindern zu Gute käme.

### ■ Förderung gesunden Essens in Betrieben und Bildungseinrichtungen:

- Gemeinschaftsverpflegung zur Kompensation von Ernährungsdefiziten in der Herkunftsfamilie

### ■ Schaffung bewegungsfreundlicher Umwelten und Verkürzung von Wegstrecken:

- bewegungsfreundliche Stadt- und Siedlungsgestaltungen mit dem Fokus auf einer engeren Verknüpfung von Arbeits- und Wohnumgebungen

### ■ Änderungen adipositasfördernder Lebensmittelzusammensetzungen:

- gesellschaftlicher Druck auf die Lebensmittelindustrie, die Zusammensetzung von Fertigprodukten in Richtung Kalorienreduktion zu ändern



## ■ Förderung von Werbemaßnahmen für gesunde Lebensmittel:

- verstärkte Bewerbung gesunder Lebensmittel gemeinsam mit Agrar-Marketing-Maßnahmen

## ■ Bewusstseinsbildung bei kommunalen Stakeholdern in Hinblick auf die Standards gesundheitswirksamer Bewegung und die Entwicklung spezifischer Informationsprogramme

### Literaturverzeichnis

- 1 Jabs J, Devine C M: Time scarcity and food choices: An overview. *Appetite* 2006; 47: 196–204.
- 2 IKUS: Ernährungsweisen und Ess- und Trinkkulturen in Österreich. Wien, 1994.
- 3 Brunner K-M, Geyer S, Jelenko M, Weiss B, Astleithner F: Ernährungsalltag im Wandel – Chancen für Nachhaltigkeit. Wien, New York: Springer; 2007.
- 4 Broom D H, Strazdins L: The harried environment. Is time pressure making us fat? In: *The seven deadly sins of obesity*, ed. Dixon J, Broom D H, 2007.
- 5 Lukanuski M: A Place at the Counter: The Onus of Oneness. In: *Eating Culture*, ed. Scapp R, Seitz B, 1998
- 6 Veugelers P, Fitzgerald, A: Prevalence of risk factors for childhood overweight and obesity. *Canadian Medical Association Journal* 2005; 173(6): 607–613.
- 7 Prentice A, Jebb S: Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obesity Reviews* 2003; 4: 187–194.
- 8 Peden J, Stiles, B L, Vandehey, M, Diekhoff, G: The Effects of External Pressures and Competitiveness on Characteristics of Eating Disorders and Body Dissatisfaction. *Journal of Sport & Social Issues* 2008; 32: 415–429.
- 9 Neumark-Sztainer D, Hannan, P J, Story M, Croll, J, Perry C: Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 2003; 103: 317–322.
- 10 Klocke A: Der Einfluß sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kinder- und Jugendalter. In: *Ernährung in der Armut*, Hrsg. Barlösius E et al., 1995.
- 11 Dugdale A, Dixon J: The technological environment. Digital technologies or space to play (up) and belong? In: *The seven deadly sins of obesity*, ed. Dixon J, Broom D H, 2007.
- 12 Giammattei J, Blix G, Marshak, H H, Wollitzer, A O, Pettitt, D J: Television watching and soft drink consumption: associations with obesity in 11- to 13-year-old school children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2003; 157(9): 882–86.
- 13 Banwell C, Shipley, M, Strazdins, L: The pressured parenting environment. Parents as piggy in the middle. In: *The seven deadly sins of obesity*, ed. Dixon J, Broom D H, 2007.
- 14 Flodmark, C-E, Lissau I, Moreno L A, Pietrobelli A, Widhalm K: New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *International Journal of Obesity* 2004; 28: 1189–1196.

# Soziale Benachteiligungen ausgleichen

## Sozioökonomische Faktoren und Chancenförderung

Mag<sup>a</sup> Hilde Wolf

### Hohe Adipositasrate bei benachteiligten Frauen

Gesundheitsberichte und Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass Übergewicht und Adipositas am stärksten Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen betreffen. Das führt zu einer Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheiten. Die Verbreitung von Adipositas ist besonders bei Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen und niedrigem Bildungsniveau höher. Dieser Zusammenhang zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen, wobei das sozioökonomische Gefälle bei Frauen stärker ausgeprägt ist. Einkommensschwache, bildungsferne Frauen sowie Frauen in niedrigen beruflichen Positionen sind besonders gefährdet. Die höchste Adipositas-Prävalenz weisen Frauen mit Pflichtschulabschluss auf. Sie sind zu 19 Prozent betroffen. Bei Männern mit vergleichbarem Bildungsstatus beträgt der Adipositas-Anteil lediglich 13 Prozent.<sup>1,2</sup>

Übergewicht entsteht häufig bereits in der Kindheit und nimmt mit fortschreitendem Alter zu. Dabei besteht ein Zusammenhang zwischen ungesunder Ernährung, Übergewicht und niedrigem sozioökonomischen Status. Übergewichtige oder adipöse Kinder finden sich häufiger in Familien mit übergewichtigen Eltern, mit geringem Einkommen sowie mit niedrigem Sozialstatus.<sup>3</sup> Hochgradiges Übergewicht im Kindes- und Jugendalter ist zudem ein wesentlicher Risikofaktor für Adipositas im Erwachsenenalter. Eine Wiener Studie zeigt, dass von SchülerInnen im Alter von 10 bis 15 Jahren bereits 17 Prozent übergewichtig sind und 8 Prozent an Adipositas leiden. Dabei sind SchülerInnen der Hauptschule doppelt so häufig übergewichtig und zweieinhalb Mal so häufig adipös.<sup>4-6</sup> Auch bei Wiener Lehrlingen ist die Prävalenz von Übergewicht besonders hoch, wie eine Langzeitstudie ergab: 28,8 Prozent der Burschen und 41,9 Prozent der Mädchen waren übergewichtig.<sup>7</sup>

### Erhöhtes Adipositas-Risiko bei Migrationshintergrund

Ferner scheint der Migrationshintergrund einen Einfluss auf das Adipositasrisiko zu haben. So wurde bei Kindern aus zugewanderten Familien eine höhere Prävalenz von Übergewicht und Adipositas festgestellt.<sup>8,9</sup> Eine Studie aus dem Jahr 2012, die 24.989 Kinder und Jugendliche in Wien zwischen 2 und 16 Jahren einschloss, bestätigt diese Ergebnisse: Übergewicht und Adipositas werden dabei als insgesamt großes Problem bei Kindern und Jugendlichen identifiziert, das sich je nach Herkunft in unterschiedlichem Ausmaß manifestiert. Von Übergewicht bzw. Adipositas betroffen sind demnach 15,1 Prozent der Buben mit deutscher Muttersprache, jedoch 23,3 Prozent der Buben mit türkischer Muttersprache und 20,6 Prozent mit anderer Muttersprache. Analog waren es bei den Mädchen 14,5 Prozent bzw. 22,5 Prozent und 17,3 Prozent. Eine manifeste Adipositas lag bei Buben türkischer Herkunft bei 6,3 Prozent und bei türkischstämmigen Mädchen bei 7,5 Prozent, während sie bei Mädchen und Burschen deutscher Muttersprache 4,2 Prozent betrug.<sup>10</sup>

Insgesamt zeigte sich bei türkischstämmigen Kindern und Jugendlichen ein eher ungünstiges Ernährungsverhalten dahingehend, dass zwar die größten Mengen an positiv zu bewertenden Lebensmitteln wie Obst, Fisch oder Reis konsumiert wurden, gleichzeitig aber auch

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

am meisten Softdrinks, Weißbrot, Pommes Frites, Schokolade und Knabbereien. Laut den AutorInnen sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund möglicherweise besonders empfänglich für einen „modernen“ Lebensstil, der durch einen hohen Konsum an Fast Food und Snacks gekennzeichnet ist.

## Wodurch Adipositas begünstigt wird

Verursacht wird Adipositas im Kindesalter zumeist durch ungesunde Ernährung und einen inaktiven Lebensstil, beeinflusst durch sozioökonomische und psychosoziale Faktoren. International werden auch soziale und kulturelle Faktoren wie fehlendes Problembewusstsein hinsichtlich des Übergewichts als ein gesundheitliches Risiko sowie die Auffassung von kindlichem Übergewicht als Zeichen besonderer Gesundheit diskutiert.<sup>11</sup> Es ist davon auszugehen, dass ein erhöhtes Adipositasrisiko bereits pränatal bzw. im Kindes- und Jugendalter generiert werden kann. Weitere Risikofaktoren für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas wurden vom Robert Koch-Institut zusammengestellt: das elterliche Übergewicht, hohes Geburtsgewicht, hohe Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft, Nikotinkonsum in der Schwangerschaft, Flaschennahrung statt Stillen, Schlaf- und Bewegungsmangel, hoher Medienkonsum, fehlende Betreuung nach der Schule und niedriger familiärer Zusammenhalt.

Vielfach diskutiert ist die Frage, ob eine gesunde Ernährung trotz manifester Armut möglich ist. Aktuelle Forschungsergebnisse aus Deutschland zeigen auf, dass eine ausgewogene Lebensmittelauswahl auch mit geringem Haushaltsbudget zu erreichen ist und sogar um 12,3 Prozent geringere Kosten verursacht als eine in Deutschland übliche Ernährung.<sup>12</sup> Weitere Ursachen für Übergewicht und Adipositas dürften allerdings fehlendes Ernährungswissen und Zeitmangel bzw. fehlende Koch-Fertigkeiten sein. Dazu kommt noch, dass die Wertigkeit einer gesunden Ernährung häufig hinter Existenzsorgen zurücktritt.<sup>13</sup>

## Unzureichende Datenlage bei Essstörungen

Die Datenlage zu Essstörungen in Bezug auf soziale Lebenslagen ist bislang eher mangelhaft. In der bereits erwähnten Studie mit Wiener SchülerInnen wurde lediglich festgestellt, dass extremes Untergewicht bei SchülerInnen der AHS häufiger auftritt als bei SchülerInnen der Hauptschule. In erster Linie sind davon nach wie vor Mädchen betroffen.<sup>14-16</sup> Zu einem konträren Ergebnis kam die KiGGS-Studie in Deutschland.<sup>17</sup> Sie fand vor allem bei Kindern aus sozial benachteiligten Gruppen fast doppelt so häufig Hinweise auf Essstörungen wie bei Kindern mit hohem Sozialstatus. Ein möglicher Grund hierfür könnte eine übersteigerte Identifikation mit westlichen Normen und Werten bzw. Anpassungsstress sein.

Nach den vorliegenden Ergebnissen sind Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus bzw. mit Migrationshintergrund besonders von Übergewicht und Adipositas – und in weiterer Folge von Essstörungen – betroffen. Herkömmliche Strategien zur Gesundheitsförderung und Adipositas- bzw. Essstörungsprävention erreichen jedoch kaum sozial benachteiligte Zielgruppen.

## Handlungsanleitungen zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen

Die WHO empfiehlt den Aufbau einer gesundheitsförderlichen Umwelt mit Maßnahmen auf Mikro- wie auf Makroebene.<sup>18</sup> Gesundheitsförderprogramme sollten auf Zielgruppen mit hohem Bedarf abgestimmt werden.

## Für das Gesundheitswesen und für Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen

- ganzheitliche und zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungsprogramme für sozial benachteiligte Personen und Menschen mit Migrationshintergrund
- intersektorale Zusammenarbeit von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich, um eine nachhaltige Gesundheitsförderung zu etablieren – ohne jedoch sozial benachteiligte Kinder und deren Familien zu stigmatisieren. Maßnahmen auf Settings wie Wohnumgebung, Kindergärten und Schulen abstimmen. Zu berücksichtigen: „Nationaler Aktionsplan für Ernährung“ bei der Planung von Maßnahmen sozial benachteiligter Zielgruppen<sup>19</sup>
- Berücksichtigung sprachlicher, kultureller und religiöser Aspekte bei der Planung von Maßnahmen. Eine essentielle Rolle hierfür spielen lokale Migrationsvereine und in den Ethnien verankerte Schlüsselpersonen.
- Vermittlung von Ernährungswissen und Kochkompetenzen
- Stärkung der Lebenskompetenz sowie individueller und familiärer Ressourcen durch folgende Maßnahmen:
  - Bereitstellung mehrsprachiger Informationen und Schulungen werdender Eltern zur Unterstützung ihrer neuen Rolle (z.B. durch Familienhebammen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, DiätologInnen)
  - gesunde Verpflegung in Kindergärten und Schulen
  - ausreichend Bewegungs- und Entspannungsräume in Kindergärten und Schulen
  - spaßmachende körperliche Aktivitäten
  - bewegungsfreundliche Gestaltung der Lebenswelten von Kindern unter besonderer Berücksichtigung von Stadtteilen mit hohem Migrationsanteil und sozialer Benachteiligung
  - multidisziplinäre Maßnahmen, die neben Ernährung und Bewegung auch die psychische Gesundheit einbeziehen
  - Stärkung von Lebenskompetenzen wie Selbstwertgefühl, Problemlösefertigkeit etc.
  - Förderung des kritischen Umgangs mit Werbung und Medien

## Literaturverzeichnis

- 1 Statistik Austria (2008). Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.
- 2 Kiefer I, Rieder A, Rathmanner T, Meidlinger B, Baritsch C, Lawrence K, Dorner T, Kunze M (2006). Erster Österreichischer Adipositasbericht. Verein Altern mit Zukunft
- 3 Heindl, I (2007). Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit. KOPS. APuZ 42.
- 4 Widhalm, K, Dietrich, S (2003). Adipositas-Prävalenzstudie aus Wien – ein gesundheitliches Problem? Aktuelle Ernährungsmedizin 28.108
- 5 Kiefer I, Rieder A, Rathmanner T, Meidlinger B, Baritsch C, Lawrence K, Dorner T, Kunze M (2006). Erster Österreichischer Adipositasbericht. Verein Altern mit Zukunft
- 6 Zwiauer K, Burger P, Hammer J, Hauer A, Lehner A, Lehner P, Mutz I, Rust P, Baierl A (2007). Österreichweite Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern. Österreichisches Grünes Kreuz für Gesundheit
- 7 Waldherr, K, Rollett, B (2001). Gesundheit von Lehrlingen in Wien – Ergebnisse einer repräsentativen Studie. In: Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 2001/1. Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dez. II – Gesundheitsplanung (Hrsg.), Wien
- 8 Kirchengast, S, Schober, E (2005). To be an immigrant: a risk factor for developing overweight and obesity during childhood and adolescence. J biosoc Sci.
- 9 Kurth, BM, Schaffrath, RA (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt 50, 736–743
- 10 Segna, D, Widhalm H, Pandey, MP, Zehetmayer, S, Dietrich, S, Widhalm, K (2012). Impact of mother tongue on overweight, obesity and extreme obesity in 24.989 Viennese children/adolescents (2–16 years). Wiener Klinische Wochenschrift, 124, 782–788
- 11 Robert Koch Institut (2006). Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) 2003-2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- 12 Mertens, E, Schneider, K, Claupein, E, Spiller, A, Hoffman, I (2008). Lebensmittelkosten bei verschiedenen Ernährungsweisen. Ernährungs Umschau 3/08: 139–148

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

- 13 Schnögl, S, Zehetgruber, R, Danninger, S, Setzwein, M, Wenk, R, Freudenberg, M, Müller, C, Groeneveld, M (2006) Schmackhafte Angebote für die Erwachsenenbildung und Beratung. Handbuch und Toolbox
- 14 Widhalm, K, Dietrich, S (2003). Adipositas-Prävalenzstudie aus Wien – ein gesundheitliches Problem? Aktuelle Ernährungsmedizin 28.108.
- 15 Kiefer I, Rieder A, Rathmanner T, Meidlinger B, Baritsch C, Lawrence K, Dorner T, Kunze M (2006). Erster Österreichischer Adipositasbericht. Verein Altern mit Zukunft.
- 16 Zwiauer K, Burger P, Hammer J, Hauer A, Lehner A, Lehner P, Mutz I, Rust P, Baierl A (2007). Österreichweite Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern. Österreichisches Grünes Kreuz für Gesundheit.
- 17 Robert Koch Institut (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln: zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.
- 18 Kolip, P (2004). Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter.
- 19 Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47:235–239.
- 20 Lehner P, Sgarabottolo V, Zilberszac A (2011). Nationaler Aktionsplan Ernährung. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

## Mehr Möglichkeiten für Bewegung

### Zur Vorbeugung von Adipositas und Essstörungen

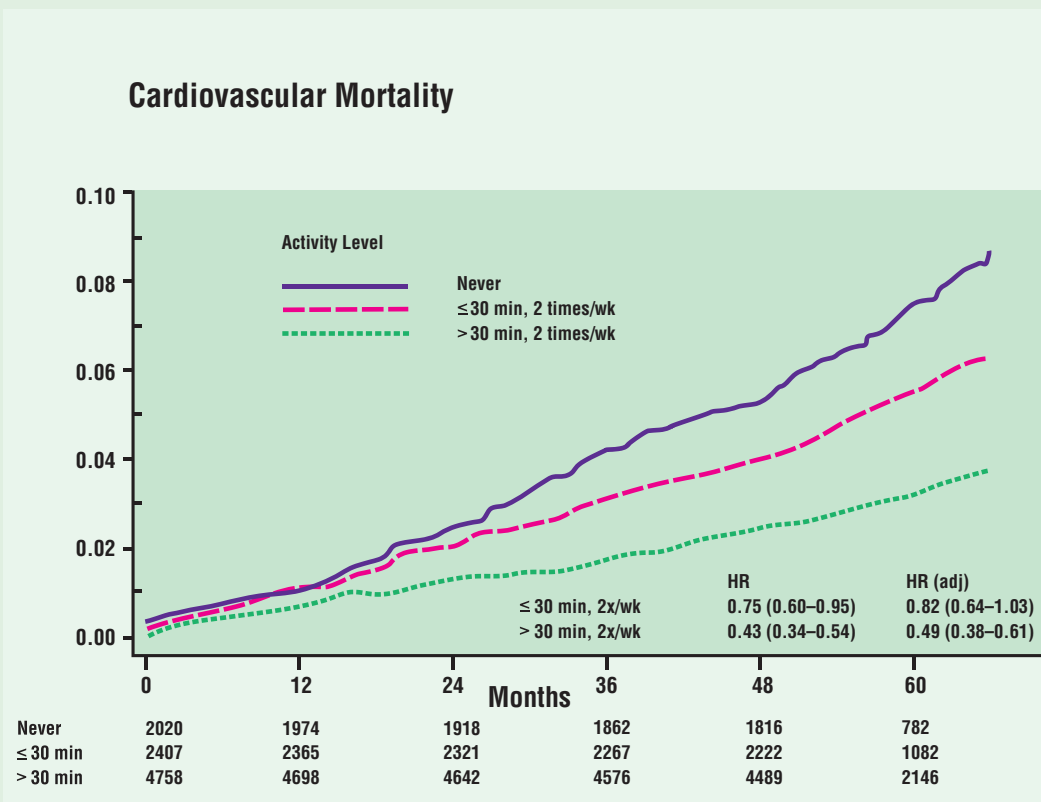
Prim. Dr. Ludwig Kaspar, Mag. Günter Schagerl

#### Länger leben durch Bewegung und Sport

Bewegung und Sport beeinflussen den Menschen ganzheitlich und steigern seine Ressourcen für die individuelle Lebensgestaltung. Besonders relevant für die Prävention von Adipositas und Essstörungen ist der direkte Einfluss von körperlicher Aktivität auf den Energiestoffwechsel sowie auf die Muskel-Fett-Zusammensetzung des Körpers. Darüber hinaus hat Bewegung eine entspannende, stimmungsaufhellende und antidepressive Wirkung und stärkt das Selbstwertgefühl. Bewegung erhöht die Stresstoleranz, reduziert Ängste und eine allfällige Suchtneigung, schärft das Denken und fördert das Lernen sowie das Gedächtnis.<sup>1</sup>

Der weltweit verbreitete Bewegungsmangel bewirkt allerdings eine Abnahme der funktionellen Möglichkeiten und schränkt die Lebensressourcen und Gesundheitschancen eines Menschen ein. Wie wichtig Bewegung ist, zeigt ein Diagramm aus der Life-Studie, wonach bewegungsaktive Übergewichtige ein geringeres Herzinfarkt- und Schlaganfall-Risiko haben als übergewichtige Inaktive.<sup>2,3</sup> Dabei werden drei Gruppen von Menschen verglichen, die sich a) nicht bewegen, b) zweimal pro Woche bis zu 30 Minuten bewegen und c) zweimal pro Woche mehr als 30 Minuten bewegen. Das Risiko eines Herz-Kreislauf-Todes ist in Prozenten (Ordinate) über einen Zeitraum von 60 Monaten (Abszisse) abgebildet. Die Probanden der dritten Gruppe haben nach 5 Jahren um 4 Prozent weniger Risiko, an einem Schlaganfall oder Herzinfarkt zu versterben.

**Abbildung 1:**  
LIFE Studie: Endpunkte  
in Abhängigkeit von  
körperlicher Aktivität<sup>18</sup>



Eine Metaanalyse von 80 Studien mit über 1,3 Millionen Teilnehmenden erhob den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesamtsterblichkeit. Das Ergebnis: Die WHO-Mindestempfehlung zu körperlicher Aktivität – 150 Minuten Bewegung pro Woche mit mäßiger Intensität oder 75 Minuten Bewegung pro Woche mit höherer Intensität – senkt das Gesamtsterberisiko in der erwachsenen Bevölkerung um 10 bis 11 Prozent.<sup>4,5,6</sup>

## Bewegungsmotiv Gewichtskontrolle

Durch den höheren Energieverbrauch infolge körperlicher Aktivität ist auch ein nachhaltiger Einfluss auf das Körpergewicht und die Körperzusammensetzung möglich. Sport wird daher oft genutzt, den Körper zu modellieren, wodurch bei exzessiver Sportausübung die Gefahr besteht, magersüchtig zu werden. Vor allem bei Personen, die Ausdauersportarten, gewichts(klassen)abhängige und ästhetische Sportarten ausüben, treten immer wieder Essstörungen auf.<sup>7</sup>

Rund 38 Prozent der ÖsterreicherInnen treiben regelmäßig Sport (mindestens 5 Mal pro Woche) oder einigermaßen regelmäßig (3 bis 4 Mal oder 1 bis 2 Mal pro Woche).<sup>8</sup> Fast alle (34 Prozent) nennen als Bewegungsmotiv die Gewichtskontrolle.<sup>9</sup> Der Stellenwert von Bewegung und Sport als Gewichtsregulativ ist somit überdurchschnittlich hoch. „Einen schönen Körper haben“ ist für 27 Prozent der Frauen und 16 Prozent der Männer ein Sportmotiv,<sup>10</sup> wobei „Schönheit und Figur“ in der Altersgruppe zwischen 18 und 30 Jahren für bis zu 100 Prozent der Frauen ein wichtiges Bewegungsmotiv ist.<sup>11</sup>

## Die Sitzkultur hindert Kinder an der Bewegung

Wegen der technologischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte (wie Auto und Computer) und der damit verbundenen Zunahme von chronischem Bewegungsmangel sowie aufgrund der schnellen Verfügbarkeit hochkalorischer Nahrungsmittel sind Energieverbrauch und

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

Energieaufnahme aus dem Gleichgewicht geraten. Das beginnt bereits bei den Kindern, die sich zwar grundsätzlich bewegen wollen, aber in ihrer bewegungsorientierten Selbstbestimmung eingeschränkt sind. Die Umweltbedingungen verleiten sie aus den verschiedensten Gründen zu einer Sitzkultur.

**Eine Bewegungs- und Sportkultur, die insbesondere Kinder und Jugendliche ausreichend aktiv sein lässt, ist ungenügend ausgeprägt. Die Bewegungsbedürfnisse und -motive von Kindern und Jugendlichen werden erfahrungsgemäß noch immer zu wenig berücksichtigt.**

## Handlungsanleitungen für mehr Bewegung

Bewegungsempfehlungen sollten primär in der Lebensumwelt ansetzen und bewegungsfreundliche Rahmenbedingungen sowie bedarfsorientierte Bewegungsangebote und Bewegungsflächen schaffen.

### Für Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen:

- qualifizierte tägliche Bewegungsförderung in Kindergärten und Schulen:
  - in Anlehnung an den nationalen Aktionsplan Bewegung – NAP Bewegung
  - systematische Implementierung von Bewegung bei der Vermittlung von Lerninhalten – z.B. „Bewegtes Lernen“
- zielgruppenorientierte Erarbeitung von Bewegungsangeboten und Förderung von Bewegungsprogrammen für übergewichtige bzw. adipöse Kinder und Jugendliche sowie für weibliche Jugendliche, die eine erhöhte Drop-Out-Quote aufweisen
  - gezielter Einsatz glaubwürdiger Vorbilder
- kommunale Förderung von Bewegungsprogrammen
- Förderung der Bewegungsfreude im Kleinkindalter durch positives Erleben von Bewegung (Leitdokumente wie die Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung und der Nationale Aktionsplan Bewegung formulieren dazu umfassende Ansatzpunkte.)<sup>12</sup>
- Vernetzung von Kindergärten, Schulen und Jugendeinrichtungen mit nahe gelegenen Sportorganisationen, um die vielfältigen Bewegungsbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen abzudecken
- Planung und Implementierung von nachhaltigen Projekten und Initiativen. Diese fungieren als Modelle für lokale Entscheidungsträger (z.B. „Kinder gesund bewegen“ und prämierte Projekte der Stadt Wien wie „10.000 Schritte täglich“<sup>13</sup>, „Lernen auf Rädern: erste Ergometer-Klasse Österreichs“<sup>14</sup>)
- Thematisierung von Essstörungen im Leistungssport in Aus- und Fortbildungsprogrammen für BewegungspädagogInnen

### Literaturverzeichnis

- 1 Raley J R und E Hagermann: Superfaktor Bewegung. Freiburg 2009.
- 2 Lindholm L et al: Life Lancet 2003; 362: 1416.
- 3 Hu FB et al. Adipositas as compared with physical activity in predicting mortality among woman. N Engl J Med 351 (2004).
- 4 Sattelmair J et al: Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease. Circulation 2011; 124: 789–95.
- 5 Lee CD et al: Physical activity and stroke risk. A meta-analysis. Stroke 2003; 34: 2475–82.
- 6 Löllgen H et al: Physical activity and all-cause mortality; an updated meta-analysis with different intensity categories. Int J Sports Med 2009; 30: 213–24.
- 7 Tappauf M und Scheer P: Anorexia athletica. Verhinderung von Essstörungen bei jungen SportlerInnen. Graz 2007 ([http://www.docs4you.at/Content.Node/Vorsorgemedizin/Ernaehrung/Broschuere\\_Anorexia\\_athletica.pdf](http://www.docs4you.at/Content.Node/Vorsorgemedizin/Ernaehrung/Broschuere_Anorexia_athletica.pdf)).
- 8 Europäische Kommission (2010). Spezial-Eurobarometer 334: Sport und körperliche Betätigung. Brüssel.

- 9 Europäische Kommission (2010). Spezial-Eurobarometer 334: Sport und körperliche Betätigung. Brüssel. S.32 [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_334\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf)
- 10 Pratscher H: Sportverhalten in Österreich. Journal für Ernährungsmedizin 2000; 2 (5), 18–23.
- 11 Weiß O und M Russo: Mehr ÖsterreicherInnen zum Sport. Eine Aktivierungsstudie zur Förderung des Sportengagements in Österreich.HG. Österreichische Bundes-Sportorganisation, Wien 2005; Seite 95.
- 12 Nationaler Aktionsplan Bewegung ([www.napbewegung.at](http://www.napbewegung.at)).
- 13 Kaspar L et al: „10.000 Schritte täglich“ Gesundheitspreis der Stadt Wien 2010.
- 14 Jorde M et al: „Lernen auf Rädern“ Gesundheitspreis der Stadt Wien 2008.

## Ernährungswissen vermitteln

### Bessere Infos, gesündere Angebote, kleinere Portionen

**Mag<sup>a</sup> Christa Peinhaupt, MBA; Mag<sup>a</sup> Rita Kichler**

Ziel einer vollwertigen Ernährung ist es, die Gesundheit zu erhalten und eine ausreichende Zufuhr der lebensnotwendigen Nährstoffe in einem ausgewogenen Verhältnis zu erreichen. Für die Umsetzung der wissenschaftlichen Anforderungen in die Praxis der Ernährung steht die Österreichische Ernährungspyramide als Vermittlungsmodell zur Verfügung. Mit Hilfe von Bildern, Farben und räumlicher Gliederung übersetzt sie nährstoffbasierte Empfehlungen in lebensmittelbasierte Empfehlungen für eine vollwertige Ernährung.<sup>1,2,3</sup>

#### Ernährungsinformation – vielfältig und kontrovers

Das Angebot an Lebensmitteln und Ernährungsinformation war noch nie so groß wie heute. Über Produktinfos, Zeitungen, Zeitschriften, elektronische Medien, Broschüren und Bücher werden wir täglich mit Ernährungsbotschaften, die zum Teil widersprüchliche Aussagen beinhalten, konfrontiert. Was heute als gesunde Ernährung gilt, hat gestrige Vorstellungen ersetzt und ist morgen möglicherweise überholt. Mit dem Zuwachs an vermeintlichem Wissen steigt auch die Verunsicherung. Angesichts der Vielfalt des Konsumangebots fällt es schwer, bestimmte Ernährungsrichtlinien dauerhaft einzuhalten.<sup>4</sup>

Das Feld der Ernährung wird durch das vergrößerte Lebensmittelangebot zwar vielfältiger, zugleich aber auch kontroverser. Die Vielfalt an Ernährungsweisen und Mode-Diäten und die vielen widersprüchlichen Stimmen, die für sich jeweils die beste Lösung reklamieren, stiften bei VerbraucherInnen Verwirrung.<sup>4</sup> Die American Dietetic Association publizierte 2006 eine Stellungnahme zu „Food and Nutrition Misinformation“ und stellte dabei fest: „Fehlinformationen über Lebensmittel und Ernährung können schädliche Effekte auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und den finanziellen Status der Verbraucher haben.“ Die Folgen sind Vertrauensverlust und eine verminderte Selbstwirksamkeit. Hinzu kommen die negativen psychischen Konsequenzen erfolgloser Diätversuche und die finanziellen Verluste durch die Einnahme von überflüssigen Schlankheitsmitteln und ähnlichen Produkten.<sup>5, 6</sup>



# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

## Ernährungsverhalten und Produktinfos

Unser Ernährungsverhalten wird oft nicht von unserem Ernährungswissen bestimmt (siehe Problemdarstellung: „Die psychische Dynamik der Nahrungsaufnahme“). Vielmehr hängt die Speisen- und Getränkeauswahl von sehr unterschiedlichen Bedürfnissen ab – wie vom „Schlank-sein-wollen“, vom Geschmack, vom Angebot, von der Bequemlichkeit oder der Preisgestaltung. Die ständige Verfügbarkeit von Speisen und die vergleichsweise niedrigen Lebensmittelpreise ermöglichen eine permanente Befriedigung der Essbedürfnisse.<sup>7</sup>

Das Lebensmittel-Kennzeichnungsrecht stellt sicher, dass KonsumentInnen wesentliche Informationen zu einem Produkt erhalten. Zutatenliste und Nährwertkennzeichnung sollen eine ausgewogene Lebensmittelauswahl unterstützen und vor einer zu hohen Aufnahme von Fett, Zucker und Natrium bewahren.<sup>8-11</sup> Die Zutatenliste gibt Auskunft über die verwendeten Zutaten und Zusatzstoffe in absteigender Mengenfolge. Die Nährwertdeklaration informiert über Energie- und Nährstoffgehalt eines Produkts und listet den Energiegehalt sowie die jeweilige Menge an Eiweiß, Fett, gesättigten Fetten, Kohlenhydraten, Zucker und Salz auf.

## Je größer die Portionen, desto mehr wird gegessen

Gerade im Snack- und Süßigkeitenassortiment fördern XXL-Packungsgrößen ebenso wie zuckerhaltige Getränke eine positive Energiebilanz<sup>7</sup>. Dabei werden die Packungen bzw. Portionen immer größer und sind dann oft sogar preiswerter. Dieser ökonomisch begründete Trend kann jedoch zu einer deutlich höheren Nahrungsaufnahme führen.<sup>12</sup> Studien verdeutlichen einen direkten Zusammenhang zwischen Portionsgröße und Energieaufnahme. Je größer die angebotene Portion eines Nudelgerichts war, desto mehr Nudeln wurden verspeist.<sup>13</sup> Die Versuchspersonen einer Studie verzehrten 30 Prozent mehr Energie, wenn ihnen statt der kleinsten (500 g) die größte Portion (1000 g) serviert wurde. Nur 45 Prozent der StudienteilnehmerInnen nahmen dabei überhaupt wahr, dass ihnen an unterschiedlichen Tagen verschieden große Portionen serviert wurden. Dieser Versuch zeigt, dass die Nahrungsaufnahme durch diverse Faktoren beeinflusst wird, wobei Bewusstsein und Wissen nicht im Vordergrund stehen.

## Zusammenhänge sind zu wenig bewusst

Den meisten Menschen ist zwar bekannt, dass mehr Obst und Gemüse, weniger fettreiche Lebensmittel sowie eine ausgewogene Ernährung der Gesundheit guttun.<sup>14</sup> Dennoch gibt es spezifische Zielgruppen, denen die Zusammenhänge der gesunden Ernährung nicht ausreichend bewusst sind. Es ist vor allem die Vielzahl der uns heute zur Verfügung stehenden Speisen und Getränke, die eine Auswahl von empfehlenswerten Lebensmitteln im optimalen Verhältnis erschwert.

## Handlungsanleitungen für mehr Ernährungswissen und ein besseres Ernährungsverständnis

Essen und Trinken sind maßgeblich von strukturellen Gegebenheiten abhängig. Das Ernährungssystem wird durch politische Rahmenbedingungen, Gesetzgebungen und globale Gegebenheiten mitbestimmt.<sup>15</sup> Veränderungen sind demnach auf allen Ebenen zu forcieren. Die Beeinflussung des Ernährungsverhaltens ist nur möglich, wenn zielgruppengerechte Maßnahmen auf der Verbraucherebene und zumindest in gleichem Ausmaß auch auf der Ebene der Verhältnisprävention erfolgen.<sup>5,16</sup>

**Für das Gesundheitswesen, Kinder-, Jugend- und Bildungseinrichtungen, die Gastronomie, die Lebensmittelindustrie und den Lebensmittelhandel:**

## 1. Verbesserung der Verhältnisprävention in Settings:

- zielgruppengerechte Vermittlung von Ernährungswissen an
  - Kinder in Kindergärten
  - Kinder und Jugendliche in Schulen und Jugendeinrichtungen
  - Jugendliche in der Lehrlingsausbildung
  - (werdende) Eltern und Erziehungsberechtigte – mit Fokus auf Alleinerziehende und Väter
  - PädagogInnen und BetreuerInnen in Kinder- und Jugendeinrichtungen
  - VerpflegungsanbieterInnen und MultiplikatorInnen wie Verantwortliche für Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen, Köchinnen und Köche, BuffetbetreiberInnen
- Zusammenstellung der gemeinschaftlichen Verpflegungsangebote nach gesundheitsförderlichen Kriterien
- praxisorientierte Schulungsprogramme für Verantwortliche für Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen

## 2. Verbesserungen hinsichtlich Lebensmittel, Produktwissen und Portionsgrößen:

- verbraucherInnenfreundliche Kennzeichnung von Lebensmitteln und Fertigprodukten für eine bewusste Entscheidungsfindung beim Einkauf
- Vereinbarungen mit einzelnen Lebensmittelbranchen und der Gastronomie hinsichtlich der Portions- und Verpackungsgrößen für bestimmte Lebensmittel bzw. Produktgruppen

## 3. Bewusstseinsbildung für die Bedeutung von gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten in der Familie

### Literaturverzeichnis

- 1 Die österreichische Ernährungspyramide, Bundesministerium für Gesundheit, BMG 2010.  
[http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Empfehlungen/DIE\\_OeSTERREICHISCHE\\_ERNAEHRUNGSPYRAMIDE](http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Empfehlungen/DIE_OeSTERREICHISCHE_ERNAEHRUNGSPYRAMIDE)
- 2 Elmadfa I., et. al.: Österreichischer Ernährungsbericht 2012, Wien, 2012.
- 3 Nationaler Aktionsplan Ernährung, NApE 2012, Herausgeber: BMG 2012.
- 4 Jäckel Michael: Im Fokus: Ernährungskommunikation. „Die Menschen sind sehr kompliziert!“ Anmerkungen zum Thema Ernährung und Prinzipientreue. ErnährungsUmschau 1/2011, 30–35.
- 5 Maschkowski Gesa, Büning-Fesel Margareta: Ernährungskommunikation in Deutschland – Definition, Risiken und Anforderungen. ErnährungsUmschau 12/2010, 676–679.
- 6 Wansink B.: American Dietetic Association (2006). Position of the American Dietetic Association: food and nutrition misinformation.
- 7 Pudol Volker: Verhältnisprävention muss Verhaltensprävention ergänzen. ErnährungsUmschau 3/2006, 95–98.
- 8 Hahn Lisa: Verständnis der GDA-Nährwertkennzeichnung. Eine Untersuchung am Beispiel der Verbrauchergruppe 50plus. Ernährungs Umschau 9/2011, 472–477.
- 9 aid infodienst: Die Grenzen der Ampelkennzeichnung, [www.aid.de/verbraucher/kennzeichnung\\_nehrwertkennzeichnung.php](http://www.aid.de/verbraucher/kennzeichnung_nehrwertkennzeichnung.php)
- 10 AK Wien Ampelrechner, [www.ampelrechner.at/](http://www.ampelrechner.at/)
- 11 WHO (World Health Organization): Global Strategy on diet, physical activity and health, Genf 2004.
- 12 Ellrott Thomas: Zunehmende Portionsgrößen – Ein Problem für die Regulation der Nahrungsmenge. Ernährungs-Umschau 9/2003, 340–343.
- 13 Rolls BJ., Morris EL., Roe LS.: Portion size of food affects energy intake in normal-weight and overweight men and women. Am J Clin Nutr 76/2002, 1207–1213.
- 14 Westenhöfer Joachim: Gesunde Ernährung – Anspruch und Wirklichkeit. ErnährungsUmschau 1/2009, 32–33.
- 15 Brombach Christine: Soziale Dimensionen des Ernährungsverhaltens. Ernährungssoziologische Forschung. ErnährungsUmschau, 318–324.
- 16 BMG: Österreichische Rahmengesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich, Mai 2012.

## Autorinnen- und Autoren-Verzeichnis

**BACHLECHNER** Pia, MSc., Fachreferentin für Kinder- und Jugendernährung, Übergewicht und Darmgesundheit, Medi Mundus GmbH & Co KG, Graz (A)

**BEURLE** Alexandra, Mag<sup>a</sup>, Klinische und Gesundheitspsychologin, Fachreferentin im Wiener Programm für Frauengesundheit in der MA 15 der Stadt Wien, Wien (A)

**BRUNNER** Karl-Michael, ao. Univ.Prof. Dr., Institut für Soziologie und Empirische Sozialforschung, WU Wien, Wien (A)

**DORNER** Thomas, Ass.Prof. Priv.Do. Dr., MPH, Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien, Wien (A)

**DÜR** Wolfgang, vorm. Priv.Do. Mag. Dr., Direktor des Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, Wien (A)

**JÄGER** Elisabeth, Präsidentin der Österreichischen Adipositas-Selbsthilfegruppen, Tulln (A)

**JAHODA** Rahel, Mag<sup>a</sup>, Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, Vorstandsmitglied der Österreichische Gesellschaft für Essstörungen ÖGES, Wien (A)

**KASPAR** Ludwig, Dr. med, medizinischer Leiter von netdoktor.at, Wien (A)

**KICHLER** Rita, Mag<sup>a</sup>, Ernährungswissenschaftlerin, Fonds Gesundes Österreich, Wien (A)

**KIEFER** Ingrid, Univ.Do. Mag<sup>a</sup> Dr<sup>in</sup>, Leiterin des Kompetenzzentrums für Ernährung & Prävention der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), Wien (A)

**KRAMER** Ludwig, Primar Univ.Prof. Dr. med., Abteilungsvorstand der 1. Medizinischen Abteilung im Krankenhaus Hietzing, Wien (A)

**LANGER** Michaela, Mag<sup>a</sup>, Klinische und Gesundheitspsychologin, Generalsekretärin des Berufsverbandes der Österreichischen PsychologInnen, vorm. Stellvertretende Leiterin des Wiener Programms für Frauengesundheit in der MA 15 der Stadt Wien, Wien (A)

**LEHNER** Petra, Mag<sup>a</sup>, Ernährungswissenschaftlerin, Leiterin der Abteilung 8 Kinder-, Jugend- und Gendergesundheit, Ernährung im Bundesministerium für Gesundheit, Wien (A)

**MANGGE** Harald, Univ.Prof. Dr. med, Wissenschaftlicher Beirat der Österreichischen Adipositasgesellschaft, Leiter des Laborbereiches Entzündungsdiagnostik am Klinischen Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik an der Medizinischen Universität Graz, Graz (A)

**PEINHAUPT** Christa, Mag<sup>a</sup>, Soziologin, vorm. Leiterin des Fonds Gesundes Österreich, Wien (A)

**RIEDER** Anita, Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup> med., Fachärztin für Sozialmedizin, Institut für Sozialmedizin der Medizinischen Universität Wien, Präsidentin der Österreichischen Adipositasgesellschaft, Wien (A)

**SCHAGERL** Günter, Mag., Abteilungsleiter und Fit-für-Österreich-Bundeskoordinator des ASKÖ Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich, Wien (A)

**WALDHERR** Karin, Mag<sup>a</sup>, Dr<sup>in</sup>, Klinische und Gesundheitspsychologin, Studiengangsleiterin Aging Services Management Bachelor der Ferdinand-Porsche-Fern-FH, Wien (A)

**WIMMER-PUCHINGER** Beate, ao. Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup>, Klinische und Gesundheitspsychologin, Wiener Frauengesundheitsbeauftragte und Leiterin des Wiener Programms für Frauengesundheit – MA 15, Wien (A)

**WOLF** Hilde, Mag<sup>a</sup>, Klinische und Gesundheitspsychologin, Leiterin des Frauengesundheitszentrums FEM Süd im Kaiser Franz Josef-Spital, Wien (A)

## Verzeichnis des erweiterten ExpertInnenteams

**ARDELT-GATTINGER** Elisabeth, ao. Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup>, Klinische und Gesundheitspsychologin, Vorstand in der Obesity-Academy Austria, Salzburg (A)

**BECK** Dennis, Geschäftsführer der Wiener Gesundheitsförderung (WiG), Wien (A)

**BISCHOF** Christine, Familienberaterin, Mediatorin, NLP-Practitioner, Supervisorin, vorm. Leiterin der Hotline für Essstörungen der Wiener Gesundheitsförderung (WiG), Wien (A)

**CANARIS** Claudia, Dipl.Päd<sup>in</sup>, Fachinspektorin für Ernährung und Haushalt, Stadtschulrat für Wien, Wien (A)

**DIKETMÜLLER** Rosa, Ass.Prof. Mag<sup>a</sup> Dr<sup>in</sup>, Sportwissenschaftlerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sportwissenschaften, Wien (A)

**FEIKS** Elisabeth, Mag<sup>a</sup>, Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, Berufsverband der Österreichischen PsychologInnen, Wien (A)

**FLOSS** Franz, Ing., vorm. Geschäftsführer des Verein für Konsumentenschutz, Wien (A)

**GREBER-PLATZER** Susanne, Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup>, MBA, Leiterin der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am AKH Wien, Wien (A)

**HACKENBERG** Brigitte, Ass.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup> med., Psychotherapeutin, vorm. Leiterin der Psychosomatik-Ambulanz an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Wien (A)

**HOFBAUER** Andrea, Prof<sup>in</sup>, MSc, MBA, Präsidentin des Verbandes der Diätologen Österreichs, Wien (A)

**HÖFLINGER** Petra, DSA<sup>in</sup>, Kinder- und Jugendanwaltschaft Wien, Wien (A)

**KAIL** Eva, Dipl.Ing<sup>in</sup> OSR<sup>in</sup>, Genderexpertin, MD-Stadtbaudirektion, Gruppe Planung, Stadt Wien, Wien (A)

**KAUTZKY-WILLER** Alexandra, Univ.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup> med., Klinik für Innere Medizin III, Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Lehrstuhl für Gender Medicine, Universitätsklinik für Innere Medizin am AKH Wien, Wien (A)

**KLAUS** Alexander Primar, Univ.Prof. Dr. med. Mag., Vorstand der Abteilung für Chirurgie am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien, Wien (A)

**KARWAUTZ** Andreas, Univ.Prof. Dr. med., Leiter der Ambulanz für Essstörungen im Kindes- und Jugendalter an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am AKH Wien, Wien (A)

**LUDVIK** Bernhard, Primar, Univ.Prof. Dr. med., OA der Universitätsklinik für Innere Medizin III, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Präsident der Österreichischen Diabetesgesellschaft, Wien (A)

**MAUTHNER** Brigitte, Dr<sup>in</sup> med., Fachärztin für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, vorm. Leiterin des Referats für Gendermainstreaming und Diversity der Ärztekammer für Wien, Wien (A)

**MOSER** Winfried, Mag., wissenschaftlicher Leiter und Geschäftsführer am Institut für Kinderrechte und Elternbildung, Wien (A)

**MÜLLER-KNESPEL** Eva, OÄ<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup> med., Psychotherapeutin im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien, Wien (A)

**PINTERITS** Monika, DSA<sup>in</sup>, Kinder- und Jugendanwältin für Wien der Kinder- und Jugendanwaltschaft Österreichs, Wien (A)

**PHILIPP** Katharina, Mag<sup>a</sup>, Ernährungswissenschaftlerin, Geschäftsführerin des Verbandes der ErnährungswissenschaftlerInnen Österreichs, Wien (A)

**PLEISCHL** Maria Anna, Mag<sup>a</sup>, Psychotherapeutin, Wien (A)

**PRAGER** Rudolf, Univ.Prof. Dr. med., Vorstand der 3. Medizinischen Abteilung mit Stoffwechselerkrankungen und Nephrologie am Krankenhaus Hietzing, Wien (A)

**PSOTA** Georg, Primar Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Chefarzt des Kuratoriums für Psychosoziale Dienste in Wien (PSD), Wien (A)

**REINISCH-ZIELINSKI** Ricarda, Dr<sup>in</sup>, Journalistin, Leiterin des ORF-Gesundheitskompetenzzentrums und der Gesundheitsredaktion des ORF-Fernsehens, Wien (A).

**RUST** Petra, Ass.Prof<sup>in</sup> Dr<sup>in</sup>, Ernährungswissenschaftlerin, Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien, Wien (A)

**SCHÄTZER** Manuel, Dr., Ernährungswissenschaftler, operativer Projektleiter des Projektes „Unser Schulbuffet“ bei der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), Wien (A)

**SCHMID** Barbara Angela, Landesleiterin Wien sowie Vorstandsmitglied des Verbandes der Diätologen Österreichs, Wien (A)

**SCHNEIDER** Cornelia, Dr<sup>in</sup>, Generaldirektion – VB Health Care Management, Wiener Krankenanstaltenverbund, Wien (A)

**SCHÖFFL** Heinz, Dipl.Ing., Konsumentenschutzexperte, Arbeiterkammer Wien (A)

**STRABERGER** Michael, Werbefachmann, Präsident des Österreichischen Werberats, Wien (A)

**STROBL** Journalistin, vorm. Vorsitzende des Frauennetzwerkes der Journalistinnen, Wien (A)

**SZEKERES** Thomas, a.o. Univ.Prof. Dr. med., Präsident der Wiener Ärztekammer, Wien (A)

**THURNER** Daniela, Mag<sup>a</sup>, Ernährungswissenschaftlerin, Fachreferentin im Wiener Programm für Frauengesundheit in der MA 15 der Stadt Wien, Wien (A)

**VAVRIK** Klaus, Primar Dr. med., Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde mit Zusatzfach Neuropädiatrie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeut, ärztlicher Leiter des „Ambulatorium für Sozialpädiatrie und Entwicklungsneurologie Fernkorngasse“, Präsident der Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, Wien (A)

# Adipositas und Essstörungen im Brennpunkt

**VLASEK** Andrea, Mag<sup>a</sup> pharm., Wiener Landesgruppenobfrau sowie Vorstandsmitglied des Verbandes Angestellter Apotheker Österreichs (VAAÖ), Wien (A)

**WALLNER** Ingrid, MBA, vorm. Koordinatorin der Plattform Elterngesundheit, Wien (A)

**WILKENS** Elisabeth, Dr<sup>in</sup> med., Koordinationsbereich Schulärztlicher Dienst im Bundesministerium für Bildung und Frauen, Wien (A)









Detaillierte Informationen zu unserem Programm, zahlreichen Frauengesundheitsthemen und unseren Initiativen finden Sie auf unserer Website.

### Ihre Gesundheit. Unser Programm.

#### Wir sind für Sie erreichbar:

☎ 01/4000-871 62

@ frauengesundheit@ma15.wien.gv.at

i [www.frauengesundheit-wien.at](http://www.frauengesundheit-wien.at)

Alle Broschüren des Wiener Programms für Frauengesundheit können auch auf der Website heruntergeladen oder unter den oben angeführten Kontaktdaten kostenlos bestellt werden.