



„Problemzone“ Körper?

Eine Befragung von Wiener Schülerinnen und Schülern

Impressum:

Herausgeberin, Medieninhaberin, für den Inhalt verantwortlich:

Wiener Programm für Frauengesundheit in der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien,
ao. Univ.Profⁱⁿ Drⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger, Thomas-Klestil-Platz 8/2, 1030 Wien

Redaktion: Mag^a Sabine Blahout

Statistische Auswertung: Mag^a Drⁱⁿ Karin Waldherr

Grafische Ausführung: Mag^a Gisela Scheubmayr/subgrafik

© Wiener Programm für Frauengesundheit, August 2015

Vorwort

Bereits 1998 hat die Stadt Wien im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit begonnen, die Bevölkerung auf Essstörungen und deren Auswirkungen aufmerksam zu machen. Zahlreiche Informationsbroschüren wurden entwickelt, präventive Maßnahmen in Schulen und Kindergärten durchgeführt, sowie eine kostenlose, anonyme Telefonberatung für Betroffene und deren Angehörige (die Hotline für Essstörungen) ins Leben gerufen, die eine hohe Inanspruchnahme und Zufriedenheit aufweist. Durch diese umfangreichen Angebote haben wir in den letzten Jahren bereits einen wichtigen Beitrag im Kampf gegen den „Magerwahn“ in unserer Gesellschaft geleistet. Jedoch ist dieses Thema aktueller denn je. Dies zeigt auch die vorliegende Befragung von 1.427 Wiener Schülerinnen und Schülern aller Bildungsstufen.

Der Vergleich der verschiedenen Schultypen zeigt, dass Übergewicht und Adipositas doppelt so häufig in der NMS auftritt, insbesondere betroffen sind Burschen. Hingegen sind ein Viertel der Mädchen in den AHS Schulen eher untergewichtig. Das heißt mit steigender Bildung sinkt der Anteil der Übergewichtigen bzw. steigt der Anteil der Untergewichtigen und vice versa. Dieser Trend bestätigt sich auch international und macht das Thema „Körperbild“ zu einem wichtigen sozialen und gesundheitlichen Anliegen.

Die befragten Schülerinnen machten sich insgesamt große Sorgen um ihre Figur oder eine mögliche Gewichtszunahme. Dies beeinträchtigt ihr Selbstwertgefühl negativ. Für ein schlankes Erscheinungsbild werden daher häufig ungesunde Maßnahmen gesetzt, wie Diäten, Erbrechen und Abführmittel. Vor allem Mädchen fühlen sich unter Druck gesetzt und sind daher anfälliger Essstörungen zu entwickeln.

Es ist mir ein Anliegen, ein gesundes Körperbewusstsein bei Kindern und Jugendlichen aufzubauen. So lange in unserer Gesellschaft ein überschlanke, perfekter Körper als Schönheitsideal gilt und wir durch die Medien permanent damit konfrontiert werden, muss der Kampf gegen Essstörungen und die Propagierung eines positiven Körperbildes ein wichtiges Thema der Gesundheitspolitik bleiben.



© Peter Rißauer

Mag. Sonja Wehsely

*Stadträtin für Gesundheit
und Soziales*

Vorwort



© Inge Trader

**ao. Univ. Profⁱⁿ Drⁱⁿ
Beate Wimmer-Puchinger**

Wiener Frauengesundheitsbeauftragte

Essstörungen sind keine Ernährungsstörungen, die durch „richtiges“ Essen gelöst werden können. Vielmehr zeigen Essstörungen, dass die Betroffenen Probleme psychisch nicht verarbeiten können. Expertinnen und Experten sprechen von einem „Hilferuf der Seele“.

Ein gestörtes Essverhalten entsteht, wenn das Wohlbefinden vom Körpergewicht abhängt, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl fehlen, das Urteil der Außenwelt die Selbstachtung bestimmt, wenn Zuwendung durch Perfektion „erkauft“ werden muss oder wenn der eigene Körper ständig abgelehnt wird.

Das Leben der Betroffenen kreist zwanghaft ums Essen. Essen ist verbunden mit Scham und Schuldgefühlen, der Angst zuzunehmen und dem Empfinden zu versagen. Nicht-Essen dagegen bedeutet Stolz, Unabhängigkeit und Macht.

Was hoch an der Zeit ist, ist jedoch gesellschaftlich anzusetzen und das Perfektionsstreben, dem Schlankeits- und Schönheitswahn, gemeinsam entgegenzutreten.

Hintergrund

Welche Essstörungen gibt es?	8
Anorexia nervosa („Magersucht“).....	8
Bulimia nervosa („Ess-Brech-Sucht“).....	8
Binge Eating Disorder („Ess-Sucht“ nach DSM-V).....	9
„Nicht näher bezeichnete Essstörungen“.....	9
Wann treten von Essstörungen auf?	9
Risiko- und Schutzfaktoren von Essstörungen.....	10
Welche gesundheitlichen Auswirkungen von Essstörungen gibt es?.....	12
Wie häufig treten Essstörungen auf?.....	13
Prävention von Essstörungen	14
Spannungsfeld: Essstörungs- und Adipositasprävention.....	14

SchülerInnenbefragung

Fragestellungen: Körperbild, Selbstwert und Essstörungen	18
Methoden	18
Stichprobe.....	18
Ergebnisse	20
1. Gewichtsverteilung.....	20
2. Angst vor Gewichtszunahme – Körperbild und Selbstwert.....	21
3. Selbsteinschätzung von Figur und Gewicht.....	22
4. Häufigkeit ungesunder Maßnahmen zur Gewichtskontrolle.....	24
5. Diäten.....	24
6. Therapieerfahrung.....	25
7. Sportliche Betätigung.....	25
8. Was bereitet den Schülerinnen und Schülern Sorgen?.....	25
9. Welche Zeitschriften lesen Jugendliche?.....	26
10. Wie glücklich und zufrieden sind Schülerinnen und Schüler?.....	26
11. Essstörungs-Screening: Ergebnisse des SCOFF.....	29
12. Einflussfaktoren von Essstörungen.....	29
Hat sich etwas in den letzten Jahren verändert?	29
Diskussion	31

Maßnahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit zu Essstörungen und ungesunden Körperidealen

Hotline für Essstörungen	34
Plattform gegen Essstörungen	34
S-O-Ess – Initiative gegen unerreichbare Schlankheitsideale	34
Schulprävention	35
Schulwettbewerb: „We like everyBody“	35
KindergärtnerInnen Schulungen	35
Broschüren	36
Zukünftige Maßnahmen	37

Essstörungen sind keine Ernährungsstörungen. Sie zählen zu den schwersten psychischen Erkrankungen mit massiven körperlichen Auswirkungen bis zum Tod. Eine Schätzung aus dem Jahr 1999 ergab, dass ca. 200.000 Österreicherinnen einmal in ihrem Leben an einer Essstörung erkranken.¹ Neuere und repräsentative Daten für Österreich fehlen jedoch. Die zumeist weiblichen Betroffenen (90–97 %) weisen ein gestörtes Verhältnis zum eigenen Körper und eine extreme gedankliche und emotionale Beschäftigung mit dem Thema Essen auf, wodurch ein unbeschwertes genießen und das Empfinden von Hunger und Appetit beeinträchtigt werden. Im Laufe der Erkrankung werden Maßnahmen zur Gewichtsregulation vermehrt eingesetzt um dem gesetzten Idealbild näher zu kommen. Hierbei ist jedoch die subjektive Wahrnehmung der Figur und des Gewichts wichtiger, als das tatsächliche Aussehen. Je früher also eine Essstörung erkannt und behandelt wird, desto geringer ist die Gefahr einer Chronifizierung bzw. Verschlechterung der Erkrankung, und desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Heilung.

Hintergrund

Das Wiener Programm für Frauengesundheit veranlasste 2011/2012 eine Fragebogenerhebung zum Thema Körperbild und Essverhalten von Wiener Schülerinnen und Schülern, um zu erfahren, ob sich Jugendliche in ihrem Körper wohl fühlen, oder ob sie gerne etwas an sich verändern würden?

Aktuelle Studien belegen, dass bereits in der frühen Adoleszenz die ständige Konfrontation mit idealisierten Körperbildern (also per Definition etwas Exklusivem, nahezu Unerreichbarem) zu einer Verunsicherung mit dem eigenen Aussehen führen kann und sich somit negativ auf das Selbstbewusstsein von Mädchen auswirkt. Im Rahmen des 2012 veröffentlichten WHO-Berichts „Health Behaviour in School-aged Children“ wurde unter anderem die gewichtsbezogene Selbstwahrnehmung 11-, 13- und 15-jähriger Jugendlicher in 43 europäischen Ländern sowie Nordamerika erhoben. Es zeigte sich, dass insgesamt 40 % der befragten 15-jährigen Mädchen mit ihrem derzeitigen Gewicht unzufrieden sind. In Österreich fühlten sich sogar 50 % der Mädchen zu dick, obwohl nur 11 % tatsächlich übergewichtig oder adipös waren.² Eine australische Jugendstudie aus dem Jahr 2010 an 50.000 Mädchen und Burschen ergab, dass die Sorge um das eigene Aussehen sowohl Mädchen, als auch Burschen, stärker belastet, als andere subjektive Probleme.³ Je mehr sich das gesellschaftliche Körperideal und die eigene Körperrealität unterscheiden, desto größer ist die Gefahr mit dem eigenen Körper unzufrieden zu sein bzw. ein negatives Körperbild zu entwickeln. Dies kann in weiterer Folge zu einem problematischen Essverhalten führen.⁴ Sind die essgestörte Einstellungen und Verhaltensweisen erst einmal verinnerlicht, sind sie nur noch sehr schwer wieder modifizierbar.⁵

1 Rathner, G. (1999). Was Sie über Essstörungen wissen sollten, Netzwerk Essstörungen, Innsbruck

2 Candace C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, R.F. Smith O, Barnekow V (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

3 National survey of young australians 2010. <https://www.mission-australia.com.au/what-we-do-to-help-new/young-people/understanding-young-people/annual-youth-survey>. Download am 30.6.2014

4 Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T.D., Ravens-Sieberer, U. and the BELLA study group (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 1], 17:82–91.

5 Thompson, A.M. & Chad, K.E. (2000). The Relationship of Pubertal Status to Body Image, Social Physique Anxiety, Preoccupation with Weight and Nutritional Status in Young Females. Canadian Journal of Public Health, 91(3), 207–211.

Welche Essstörungen gibt es?

Essstörungen werden in Österreich nach ICD-10, der *International Classification of Diseases*, unter der Kodierung F-50 erfasst. Die häufigsten diagnostizierten Essstörungen sind „Anorexia nervosa“ (Magersucht), „Bulimia nervosa“ (Bulimie) und „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ (inklusive Binge Eating Disorder, die nur nach DSM-V eine eigenständige Störung darstellt). Darüber hinaus gibt es noch eine Unterteilung von Anorexia- und Bulimia nervosa in ihre atypischen Formen, bei denen nicht alle Kriterien einer voll ausgebildeten Störung vorliegen bzw. die Hauptsymptome nur leicht ausgeprägt sind.

Anorexia nervosa („Magersucht“)

Bei der Anorexia nervosa ist die Angst vor dem Dicksein und der damit verbundene Wunsch immer weiter Gewicht zu verlieren übermächtig. Betroffene setzen sich selbst eine extrem niedrige Gewichtsschwelle und versuchen alles, um das Wunschgewicht zu erreichen oder zu unterschreiten:

- eingeschränkte Nahrungsauswahl und -zufuhr
- übertriebene körperliche Aktivitäten
- selbstinduziertes Erbrechen und Abführen
- Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika (Entwässerungsmittel).

Mehrmals tägliche Gewichtskontrollen und ein sog. „body checking behaviour“, zu dem das kritische Betrachten von Bauch, Hüfte und Oberschenkeln zählt, dienen zur Überwachung des Erfolges. Aufgrund einer gestörten Körperwahrnehmung nehmen Betroffene den massiven Gewichtsverlust jedoch oft gar nicht angemessen wahr und empfinden ihre Figur auch dann noch zu dick, wenn sie schon lebensbedrohlich abgemagert sind.⁶

Bulimia nervosa („Ess-Brech-Sucht“)

Das Krankheitsbild der Bulimia nervosa zeichnet sich vor allem durch immer wiederkehrende Heißhungerattacken und Fressanfälle verbunden mit Kontrollverlust aus. In kürzester Zeit werden dabei sehr große Mengen an Nahrungsmitteln „verschlungen“ (engl. *binge eating*) ohne, dass Betroffene den Vorgang noch unterbrechen könnten. Um danach einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, werden verschiedene kompensatorische Maßnahmen gesetzt, die aus Scham meist versteckt und heimlich vorgenommen werden:

- selbstinduziertes Erbrechen
- Abführmittelmissbrauch
- Fasten
- übermäßiger Sport

Auch bei der Bulimia nervosa wünschen sich die Betroffenen eine schlanke Figur. Diese wird jedoch trotz gegensteuernder Maßnahmen oft nicht erreicht, weshalb Personen in allen Gewichtsklassen von dieser Störung betroffen sein können. Das bedeutet, dass eine Bulimie nicht aufgrund des Körpergewichts erkennbar ist und meist erst Jahre später vom Umfeld erkannt wird.

6 Herpertz, S., deZwaan, M. & Zipfel, S. (2008). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Heidelberg

Binge Eating Disorder („Ess-Sucht“ nach DSM-V)

Nach ICD-10 zählt diese Störung noch zu der Klasse der „nicht näher bezeichneten Essstörungen“. Im DSM-V allerdings wird sie seit 2013 als eigenständige Krankheit betrachtet.

Bei der Ess-Sucht kommt es wie bei der Bulimia nervosa zu immer wiederkehrenden Heißhungerattacken mit Kontrollverlust, jedoch ohne das charakteristische Kompensationsverhalten. Folglich kommt es schnell zu einem starken Gewichtsanstieg, der zu Übergewicht und Adipositas führt.

„Nicht näher bezeichnete Essstörungen“

Unter dieser Kategorie werden vor allem jene Essstörungen erfasst, die nicht alle Diagnosekriterien der Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa erfüllen. Symptome, wie die Fixierung auf Gewicht und Körperform, sowie ein schwieriger Umgang mit der Nahrungsaufnahme, sind allerdings vorherrschend. Außerdem werden auch neuere Formen ungewöhnlichen Essverhaltens in diese Kategorie eingeteilt, wie das „Kauen-Ausspucken-Syndrom“ (Essen wird nur gekaut aber nicht geschluckt bzw. erbrochen, sondern einfach wieder ausgespuckt) oder das „Nacht-Essen-Syndrom“ (vermehrte Nahrungsaufnahme am Abend bzw. in der Nacht).⁷

Wann treten Essstörungen auf?

Die Entstehung einer Essstörung wird, wie bei den meisten schweren psychischen Erkrankungen, von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst. Sie treten nicht spontan und plötzlich auf, sondern entwickeln sich mit der Zeit. Eine wichtige Rolle spielen dabei verschiedene biologische, soziokulturelle, familiäre und individuelle Einflussfaktoren (*prädisponierende Faktoren*). Ihr Vorhandensein allein reicht jedoch nicht aus um eine Essstörung auszulösen. Zusätzlich beeinflussen auch essstörungsförderliche Umstände (*auslösende Faktoren*), wie kritische Lebensereignisse und reduzierende Diäten, das Auftreten einer Essstörung.⁸

Essstörungen betreffen vor allem Mädchen und junge Frauen (90–97%). Das liegt einerseits daran, dass sich der Körper in der Pubertät bei Mädchen stärker und sichtbarer verändert als bei Burschen, wodurch sie einer höheren psychischen Belastung ausgesetzt sind. Andererseits wirken sich vorherrschende Schönheits- und Körpernormen, die durch eine Überrepräsentation an untergewichtigen Frauen in den Medien vermittelt wird, besonders bei Mädchen in der Adoleszenz auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper aus. Der Wunsch diesem schlanken Körperbild zu entsprechen, führt vermehrt zu gewichtsreduzierenden Maßnahmen, wodurch das Entstehen einer Essstörung begünstigt wird.

So finden sich im Laufe des Lebens jedes Menschen eine Anzahl von Risiko- und Schutzfaktoren, die das Auftreten einer Essstörung potentiell begünstigen oder verhindern können. Ob sich eine Essstörung tatsächlich entwickelt, hängt vom individuellen Zusammenspiel dieser Faktoren ab.

⁷ Cunz, U., deZwaan, M., Vocks, S. & Borse, S. (2013). Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe Band 3. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

⁸ Herpertz, S., deZwaan, M. & Zipfel, S. (2008). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Springer Heidelberg

„Problemzone“ Körper?

Risiko- und Schutzfaktoren von Essstörungen^{9,10}

1. Individuelle Ebene

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
■ Mangelndes Selbstwertgefühl	■ Selbstvertrauen
■ Umbruchsituationen (z. B. Pubertät, Trennungen)	■ Realistische Einschätzung
■ Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper / negatives Körperbild	■ Positives Körperbild und positive Körperwahrnehmung
■ Ständige Unterdrückung aggressiver Impulse	■ Sportliche Betätigung mit Freude
■ Sexualisiertes Selbstbild	■ Fähigkeit, Grenzen zu setzen
■ Chronisches Ausweichen vor Konflikten	■ Fähigkeit, Gefühle zuzulassen und ernst zu nehmen
■ Niedrige Frustrationstoleranz	■ Konfliktfähigkeit
■ Weibliches Geschlecht	■ Vielfältige Problemlösungsstrategien
■ Starke Leistungsorientierung	■ Eigeninitiative
■ Selbstobjektivierung	
■ Genetische und somatische Vulnerabilität	
■ Definition der Persönlichkeit ausschließlich über das Aussehen (Internalisierung eines „schlanken Schönheitsideal“)	

2. Essverhalten Ebene

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
■ Diätangebote	■ Ess-Kultur
■ Rigide Esskulturen	■ Genussfähigkeit
■ Fehlende Essensrituale	

9 Kolip Petra (1999). Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Juventa-Verlag

10 Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (1998). Der heimliche Heißhunger. dtv, München

3. Auf der Ebene des sozialen Nahraums

Risikofaktoren

- **Wenig Anerkennung und Aufmerksamkeit**
- **Starre und überkommene Geschlechterrollen**
- **Wechselnde Bündnisse innerhalb der Familie**
- **Negieren von negativen Gefühlen**
- **Grenzüberschreitungen wie Misshandlungen und Missbrauch**
- **Scheinharmonie und Konfliktunfähigkeit in der Familie**
- **Ungleiche Verteilung des Lebensraums**
- **Abwertung des weiblichen Verhaltens**
- **Starke familiäre Leistungsorientierung**
- **Familiengeheimnisse**
- **Unklare familiäre Generationsgrenzen**
- **Diätverhalten von Familienmitgliedern**
- **Unzufriedenheit von Familienmitgliedern mit deren eigenem Körper**
- **Negative und spöttische Kommentare zu Körper und Gewicht**
- **Psychische Erkrankungen in der Familie**
- **Substanzmissbrauch in der Familie**

Schutzfaktoren

- **Unterstützende Beziehungen und Vorbilder**
- **Respektierung der Grenzen anderer**
- **Erweiterung der Erlebniswelten**
- **Streitkultur**
- **Differenzierte männliche und weibliche Geschlechtsrollen**
- **Förderliche Kommunikationsstile und Wertschätzung in der Familie**
- **Positive weibliche und männliche Vorbilder**

4. Gesellschaftliche Ebene

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
■ Flut von idealisierten, untergewichtigen Körper-Bildern in den Medien	■ Kritische Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit der Medien
■ Gesellschaftliche Ungleichstellung von Frauen und Männern	■ Einschränkung oder Verbot von retuschierten Bildern, Rollenvielfalt für Frauen und Mädchen
■ Rigide Körpernormen	■ Anerkennung verschiedener Lebensformen
■ Idealisierung untergewichtiger Schönheitsideale	■ Differenzierter Sprachgebrauch
■ Hohe Konsumorientierung	■ Vielfalt der medialen Körper-Bilder
■ Hohe Leistungsorientierung	■ Hinterfragen der Schönheitsideale
■ Öffentliche Verspottung von Personen des öffentlichen Lebens in Bezug auf deren Körper	
■ Widersprüchliche/überhöhte Anforderungen an junge Frauen, Leistungs- und Anpassungsdruck	
■ Sexualisierte und auf Körperlichkeit reduzierte Darstellungen von Frauen und Mädchen	
■ Botschaften, die Schlankheit mit Schönheit, Erfolg und Glück gleichsetzen	

Welche gesundheitlichen Auswirkungen von Essstörungen gibt es?

Dauerhaftes Fasten oder Ess-Brech-Verhalten während einer Essstörung wirkt sich im Laufe der Zeit sowohl auf die psychische als auch auf die physische Gesundheit von Betroffenen aus. Folgeschäden betreffen den gesamten Körper und reichen von Haarausfall, Schlafstörungen, Verdauungsprobleme, bis hin zu Organschädigungen. Auf der psycho-sozialen Ebene sind Belastungen in der Partnerschaft, Störungen der Sexualität sowie sozialer Rückzug festzustellen. In Kombination mit Essstörungen kommt es auch häufig zu anderen Erkrankungen, wie Substanzmissbrauch, starkes Rauchen, selbstverletzendes Verhalten („Ritzen“), Suizidversuche, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und körperdysmorphe Störungen.

Gesundheitliche Konsequenzen von Essstörungen

- **Amenorrhoe** (Ausbleiben der Menstruation) **oder unregelmäßige Menstruationszyklen – in weiterer Folge möglicherweise verminderte Fortpflanzungsmöglichkeit** (Infertilität, Fehl-/Frühgeburten)
- **Endokrinologische Veränderungen**
- **Verdauungsprobleme** (v. a. Meteorismus, Nahrungsmittelunverträglichkeit)
- **Elektrolytstörungen und Mangelerscheinungen im Blutbild** (Hypokaliämie, Hyponatriämie)
- **Chronische Nierenprobleme** (u. a. vermindertes spezifisches Gewicht des Harns – Polydipsie)
- **Osteoporose schon in jungen Jahren**
- **Vergrößerung der Speicheldrüse** (Hals bis zum Unterkiefer)
- **Reizung und Risse in der Speiseröhre, Schluckbeschwerden**
- **Haarausfall**
- **Herzrhythmusstörungen**
- **Herz-Kreislaufprobleme**
- **Herzrasen**
- **niedriger Blutdruck**
- **Benommenheit, Schwindel oder Ohnmacht**
- **Muskelkrämpfe**
- **Schlafstörungen**
- **Erosion des Zahnschmelzes, vermehrtes Auftreten von Karies**
- **Lanugobehaarung** (feines Haar – Babyflaum an unterschiedlichen Körperstellen)
- **Ungewöhnliche Kälteempfindlichkeit**
- **Trockene Haut und Haarausfall**
- **Ungeklärte Schwellungen (Ödeme)**
- **Chronische Verstopfung und andere Magen-Darm-Probleme**
- **Verlust des sexuellen Interesses**

Für Menschen, die an Essstörungen erkranken, übernimmt Essen oder Nicht-Essen auch die missbräuchliche Funktion, in einer für sie instabilen und unkontrollierbaren Welt, Stabilität und Kontrolle auszuüben. Deshalb hängt das psychische Wohlbefinden vor allem von der Kontrolle des Essverhaltens und des Körpergewichts ab. Essen ist verbunden mit Scham- und Schuldgefühlen und dem Gefühl zu versagen. Nicht-Essen dagegen geht einher mit Stolz, einem Gefühl der Unabhängigkeit und Macht. Durch zwanghaftes Kreisen der Gedanken um Essen sind unbeschwertes Genießen, ein gesunder Appetit und das Empfinden von Hunger nicht mehr möglich.

Wie häufig treten Essstörungen auf?

Die Anzahl von Personen mit Essstörungen kann je nach Region, Untersuchungsinstrument und Stichprobe erheblich schwanken. In Deutschland zeigten bei einer landesweiten Längsschnittstudie, dem Kindergesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (KiGGS), insgesamt 21.9% der Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren Symptome einer Essstörung. Dabei weisen Mädchen mit 29% durchschnittlich doppelt so häufig Essstörungen auf, wie Burschen.¹¹ In einer

¹¹ Holling, H. Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter – Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-

survey (KiGGS). Robert Koch-Institut, Berlin, BRD / Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007 • 50:794–799

kanadischen Studie wurde gestörtes Essverhalten bei mehr als 27% der Mädchen zwischen 12 und 18 Jahren erfasst, mit steigender Häufigkeit im Zuge der Adoleszenz.¹²

In Österreich gibt es derzeit keine zuverlässigen epidemiologischen Daten über die Prävalenz von Essstörungen in der Bevölkerung. Die von der Statistik Austria veröffentlichten Zahlen der Spitalsentlassungen belegen lediglich die Anzahl stationärer Aufenthalte zur Behandlung von Essstörungen (dies betrifft vor allem schwere Fälle) und spiegeln somit nur „die Spitze des Eisbergs“ wider. Werden Essstörungen jedoch nur im ambulanten Setting bearbeitet oder suchen sich Betroffene gar keine Hilfe, scheinen sie in dieser Statistik folglich nicht auf.¹³ Im Jahr 2012 wurden Krankenhausaufnahmen von 343 weiblichen und 48 männlichen Personen in Wien registriert. Davon waren 1/3 der Patientinnen und 41 Prozent der Patienten unter 19 Jahre alt.¹⁴

Prävention von Essstörungen

Eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper kann sich bereits im Kindergartenalter entwickeln. Studien zeigen, dass schon mehr als 40% der 3 bis 6-jährigen Kinder dünner sein wollen¹⁵, bei den 5 bis 8-Jährigen sogar 59%¹⁶ und in der Adoleszenz 70%¹⁷. Erst ab dem mittleren Erwachsenenalter bleibt diese Unzufriedenheit relativ stabil über die restliche Lebensdauer bestehen.^{18,19,20} Das bedeutet, je älter Kinder werden, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie mit ihrer Figur unzufrieden sind. Deshalb sollten mögliche Präventionsmaßnahmen schon früh in der Kindheit beginnen.

Spannungsfeld: Essstörungs- und Adipositasprävention

Maßnahmen gegen Essstörungen und Adipositas stehen nicht im Widerspruch zueinander, sondern zielen beide darauf ab ein gesundes Essverhalten zu vermitteln. Allerdings wird derzeit in der Prävention häufig an zwei gegensätzlichen Fronten gekämpft. Um Essstörungen, wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, zu verhindern werden die Betroffenen animiert ihr Ess- und Bewegungsverhalten nicht mehr zu kontrollieren. Im Gegensatz dazu werden aufgrund der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas vermehrt Diäten und Sport angepriesen. Laufen derartige Präventionsmaßnahmen unkoordiniert ab, kann das die jeweils andere Störung begünstigen.²¹ International warnen daher Expertinnen und Experten vor gefährlichen Nebeneffekten von Übergewichtspräventionsprogrammen.

12 Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 547–552

13 Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010

14 Wiener Gleichstellungsmonitor 2013

15 Jenull B, Frate N, Strauss I, Birnbacher R (2013): Körperunzufriedenheit und Gewichtsregulationsstörungen im Vorschulalter. Unveröffentlichtes Manuskript. Alpen-Adria-Universität Klagenfurt.

16 Lowes J, Tiggemann M (2003): Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *British Journal of Health Psychology*, 8, 135–47

17 Wertheim EH, Paxton SJ, Blaney S (2009): Body image in girls. In Smolak L, Thompson JK: Body image, eating disorders and obesity

in youth: Assessment, prevention, and treatment (2nd edn.), pp 4–76. Washington, DC: American Psychological Association

18 Pruis TA, Janowsky JS. (2010): Assessment of body image in younger and older women. *J Gen Psychol*. 137(3):225–38.

19 Webster J, Tiggemann M. (2003): The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *J Genet Psychol*: 164:241–252.

20 Tiggemann M. (2004): Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image* 1:29–41.

21 OBESITY ACADEMY AUSTRIA (2008): Prävention und Gesundheitsförderung. URL: <http://www.obesity-academy.at/images/downloads-pdf/PraeventionUndGesundheitsfoerderung.pdf>. [Download am 4.7.2014]



Abbildung 1: **Zwei Seiten einer Medaille**

Der Wunsch dem gesellschaftlichen Schlankheitsideal zu entsprechen, kann auch bei Menschen mit Normalgewicht dazu führen, dass sie sich zu dick fühlen und somit ungesunde gewichtsreduzierende Maßnahmen setzen. Untersuchungen zeigen jedoch, dass dies auf längere Sicht zu einer gesteigerten Gewichtszunahme führen kann.^{22,23,24} In einer Längsschnittstudie aus Norwegen hatten Jugendliche mit Normalgewicht zwischen 13 und 19 Jahren, die sich zu dick fühlten, im Laufe der Jahre mehr Gewicht zu genommen, als jene, die sich nicht zu dick fühlten. 59% dieser Mädchen bzw. 63% dieser Burschen waren am Ende tatsächlich übergewichtig. Im Vergleich dazu waren von den sich realistisch einschätzenden Jugendlichen nur 31% bzw. 48% übergewichtig.²⁵ Diese Ergebnisse stützen die Theorie, dass Diäten nicht nur der Einstieg zu Essstörungen sein können, sondern auch in Folge Übergewicht und Adipositas begünstigen.²⁶

22 Mikkilä, V., Lahti-Koski, M., Pietinen, P., Virtanen, S.M., Rimpelä, M. (2002). Factors linked to obesity and body weight perception in adolescents. *Duodecim*, 118(9), 921–929.

23 Niemeier, H.M., Raynor, E.E., Lloyd-Richardson, E.E., Rogers, M.L., Wing, R.R. (2006). Fast food consumption and breakfast skipping: predictors of weight gain from adolescence to adulthood in a nationally representative sample. *Journal of Adolescent Health*, 39(6), 842–849.

24 Björntorp, J. (2001). Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obesity Reviews*, 2(2), 128–136.

25 Cuypers, K., Kvaloy, 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*.

26 Cannon, G. & Einzig, H. (Hrsg., 1983). *Dieting Makes you Fat*. London: Century Publishing.

SchülerInnenbefragung

Fragestellungen: Körperbild, Selbstwert und Essstörungen

2012 veranlasste das Wiener Programm für Frauengesundheit, in Kooperation mit dem Wiener Stadtschulrat zum dritten Mal eine Untersuchung zum Thema Körperbild und Essverhalten von Wiener Jugendlichen. Dabei sollten Informationen über die Prävalenz von Essstörungen und Körperunzufriedenheit von Schülerinnen und Schülern gewonnen werden, sowie Veränderungen zwischen den bisherigen Erhebungszeitpunkten untersucht werden.

Methoden

Schülerinnen und Schüler wurden mittels standardisierter Fragebogenverfahren untersucht und die Ergebnisse nach soziodemographischen Daten, Gewicht und Körpergröße analysiert. Erhoben wurden:

- Gewichtsverteilung
- Körperbild und Selbstwert
- Selbsteinschätzung von Figur und Gewicht
- Wunschfigur
- Häufigkeit ungesunder Maßnahmen zur Gewichtskontrolle
- Diäten
- Therapieerfahrung
- Sportliche Betätigung
- Sorgenthemen
- Zeitschriftenkonsum
- Allgemeine Zufriedenheit und Zufriedenheit mit der eigenen Figur

Zur Verwendung kamen das **Eating Disorder Inventory (EDI)**²⁷, der **SCOFF**²⁸ und die **Rosenberg Self-Esteem-Scale**²⁹

Stichprobe

Die Daten von 1427 Schülerinnen und Schülern zwischen 12 und 17 Jahren wurden an 33 verschiedenen Schulen aus 14 Wiener Gemeindebezirken erhoben. Der Anteil an Jugendlichen mit Migrationshintergrund lag bei ca. 20%. Von den 82 genannten Ländern wurden am häufigsten die Türkei (3.2%), Serbien (2.9%) und Deutschland/Schweiz (1.2%) als Herkunftsland genannt.

27 Garner, D. M., Olmstead, M. P. & Polivy, J. P. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (2), 15–34.

28 Morgan, J.F., Reid, F., Lacey, H.J. (1999). The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 319, 1467–1468

29 Chiungjung, H. & Nianbo, D. (2012). Factor Structures of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 28 (2), 132–138

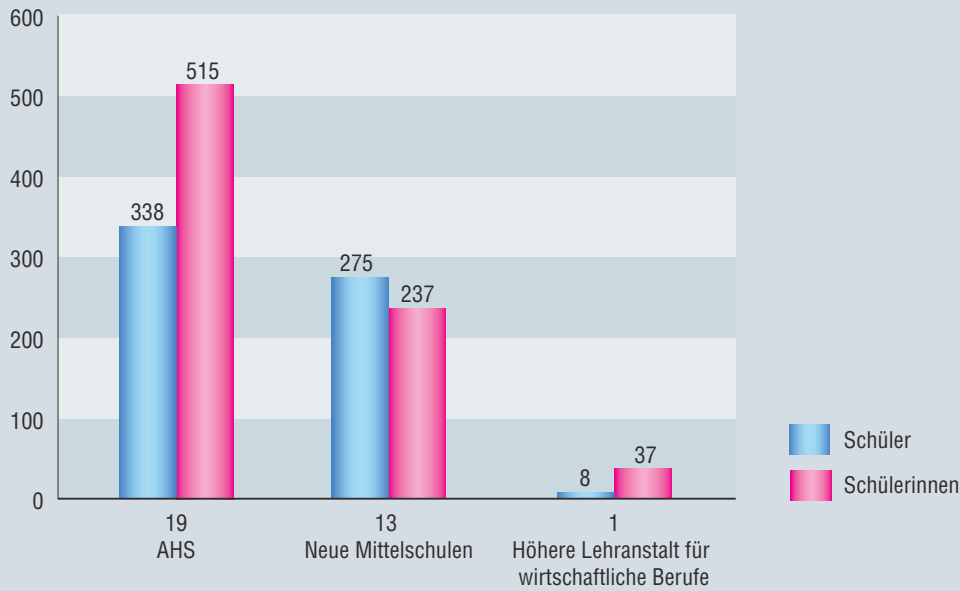


Abbildung 1: Anzahl der Schülerinnen und Schüler nach Schultyp

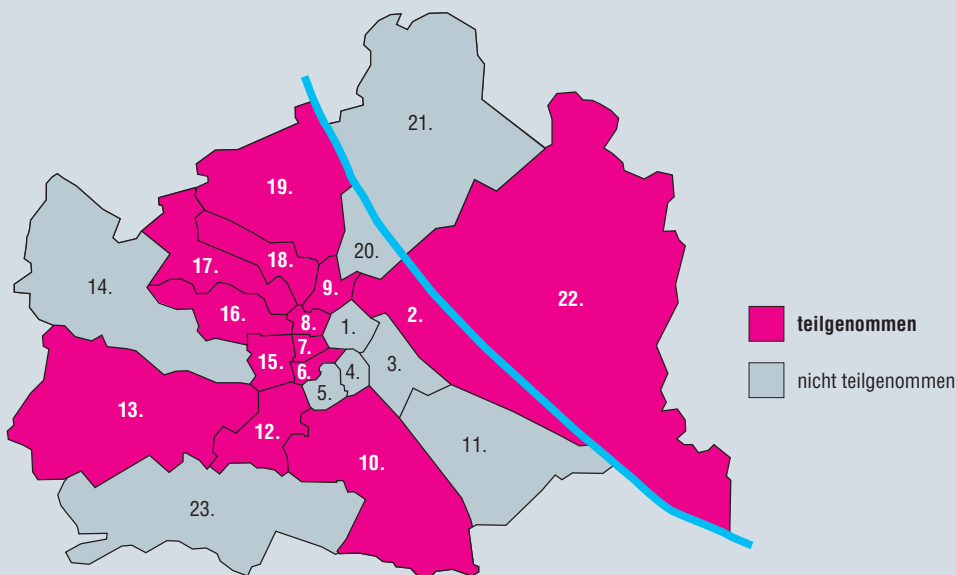


Abbildung 2: Bezirke teilgenommener Schulen

Ergebnisse

1. Gewichtsverteilung

Entsprechend alters- und geschlechtsspezifischer Referenzwerte³⁰ hatten von den 737 Schülerinnen und 592 Schülern (die Gewicht und Körpergröße angaben):

- 162 Schülerinnen (22 %) und 87 Schüler (14.7 %) **Untergewicht**,
- 491 Schülerinnen (66.6 %) und 395 Schüler (66.8 %) **Normalgewicht**,
- 48 Schülerinnen (6.5 %) und 78 Schüler (13.2 %) **Übergewicht** und
- 36 Schülerinnen (4.9 %) und 32 Schüler (5.4 %) **Adipositas**.

Gewichtseinteilung nach Kromeyer-Hauschild

BMI	Einteilung entsprechend Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) ³¹
unterhalb der 3. Perzentile (< P3)	
zwischen 3. und 10. Perzentile (P3 – P10)	Untergewicht
zwischen 10. und 25. Perzentile (P10 – P25)	
zwischen 25. und 75. Perzentile (P25 – P75)	Normalgewicht
zwischen 75. und 90. Perzentile (P75 – P90)	
zwischen 90. und 97. Perzentile (P90 – P97)	Übergewicht
zwischen 97. und 99.5. Perzentile (P97 – P99.5)	Adipositas
BMI oberhalb der 99.5. Perzentile (> P99.5)	Extreme Adipositas

Im Schultypenvergleich traten **Übergewicht** und **Adipositas** vermehrt in **neuen Mittelschulen** auf. **18.3 % der Schülerinnen** und **27.3 % der Schüler** hatten dort Übergewicht bzw. Adipositas. In AHS waren nur halb so viele Jugendliche betroffen – 10 % der Schülerinnen und 12.6 % der Schüler.

Bei **Untergewicht** zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis. In **AHS** hatten **25.3 % der Schülerinnen** und **16.8 % der Schüler** Untergewicht. Im Gegensatz dazu hatten es nur 13.6 % der Schülerinnen und 11.6 % der Schüler einer NMS.

Subjektive Probleme mit dem Gewicht belasten jedoch Jugendliche aller Bildungsstufen gleich stark. Unabhängig vom Schultyp gaben 28 % der Schülerinnen und 20 % der Schüler an, Gewichtsprobleme zu haben.

30 Kromeyer-Hauschild et al. (2001). Perzentile für den Body-mass-index für das Kinder- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149, 807–818.

31 <http://www.aga.adipositas-gesellschaft.de>; zuletzt eingesehen am 15.9.2014

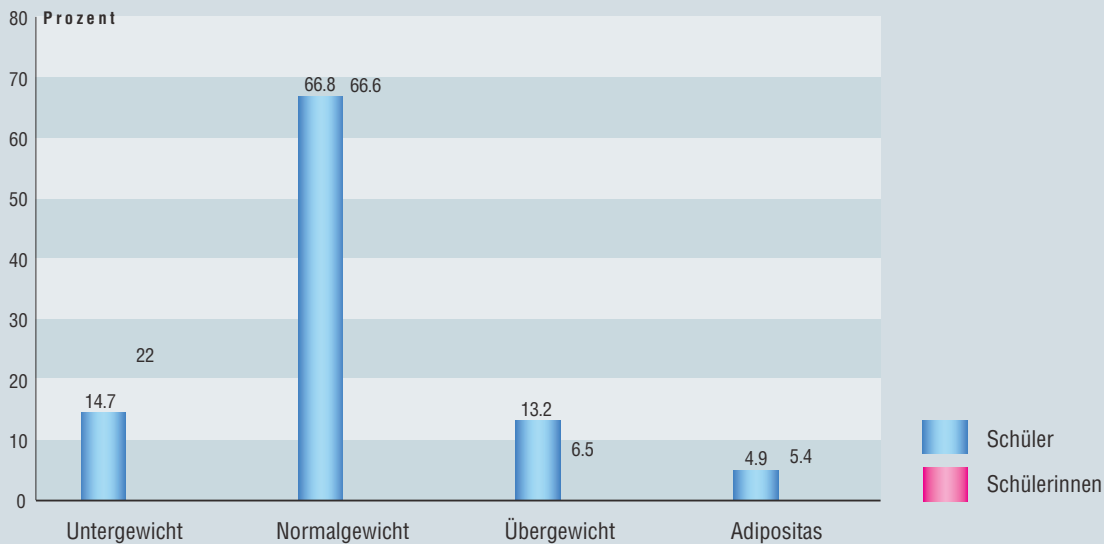


Abbildung 3: Gewichtsverteilung bei Schülerinnen und Schülern

2. Angst vor Gewichtszunahme – Körperbild und Selbstwert

Wie erwartet hat sowohl das Geschlecht als auch das tatsächliche Gewicht einen signifikanten Einfluss auf die Angst vor einer Gewichtszunahme und den Einfluss von Figur und Gewicht auf den Selbstwert.

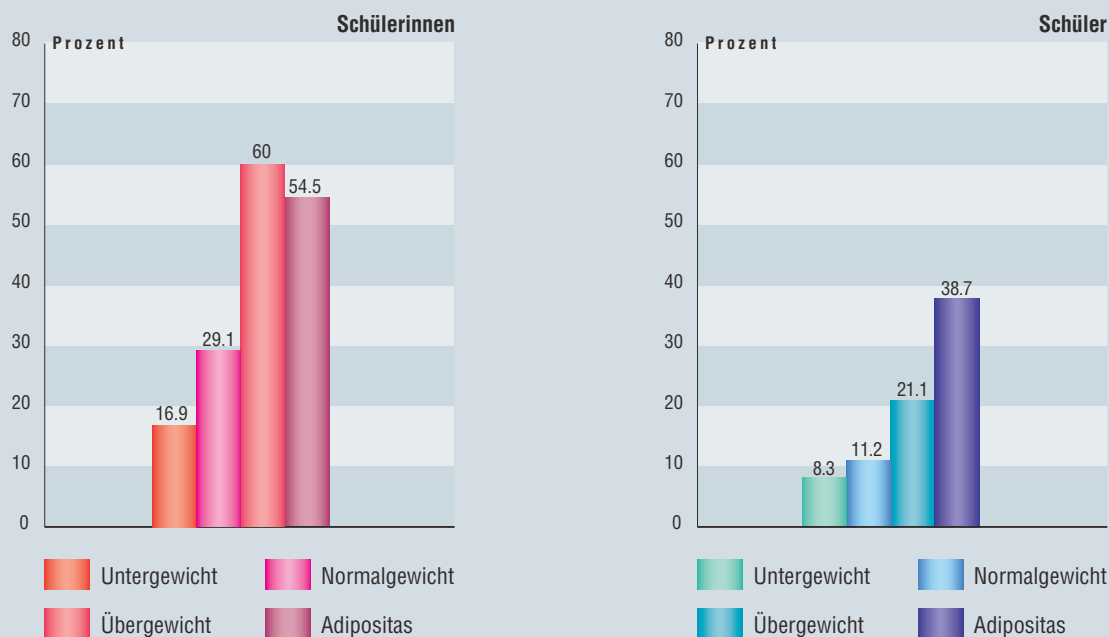


Abbildung 4: SchülerInnen mit starker/sehr starker Angst vor Gewichtszunahme nach Gewichtsklassen

„Problemzone“ Körper?

- Knapp 1/3 der Schülerinnen und 14.5% der Schüler hatten starke oder sehr starke Angst vor einer Gewichtszunahme – ein Faktor, der bei Essstörungen als wichtiges Merkmal gilt.
- 39.6% der Schülerinnen und 28.2% der Schüler fühlten sich durch ihr Gewicht in ihrem Selbstwert beeinträchtigt. Das trifft verstärkt auf jene mit Übergewicht oder Adipositas zu.

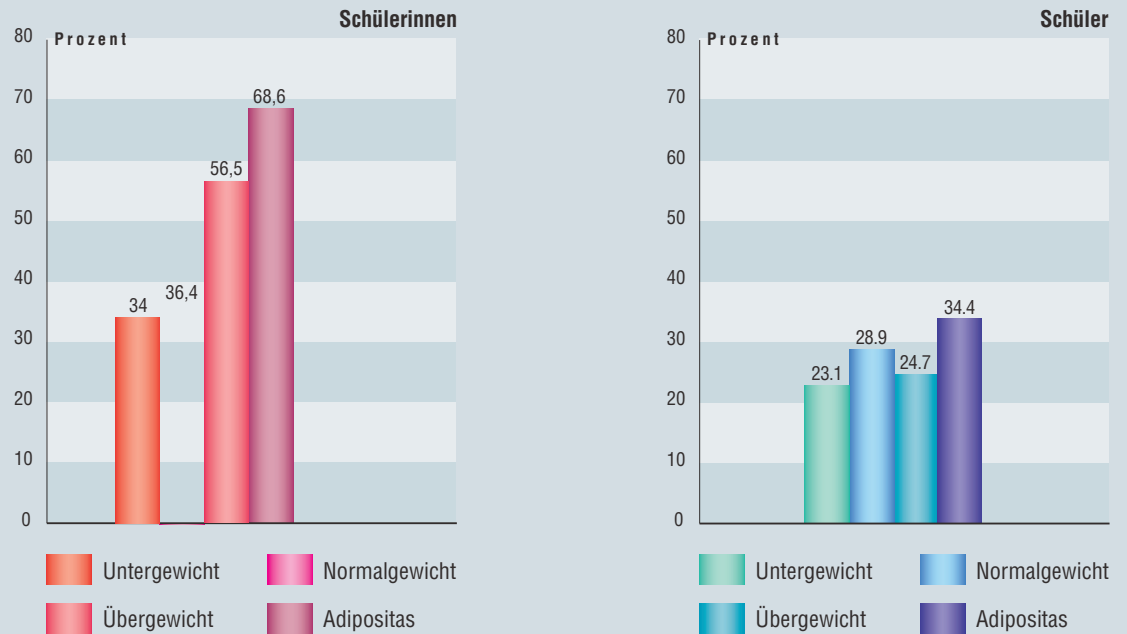


Abbildung 5: SchülerInnen mit erheblichem Einfluss von Figur und Gewicht auf den Selbstwert nach Gewichtsklassen

3. Selbsteinschätzung von Figur und Gewicht

Anhand weiblicher und männlicher Schattenbilder, die Körper von extrem untergewichtig bis adipös abbilden, sollten die Jugendlichen einschätzen, welche Figur sie selbst haben.

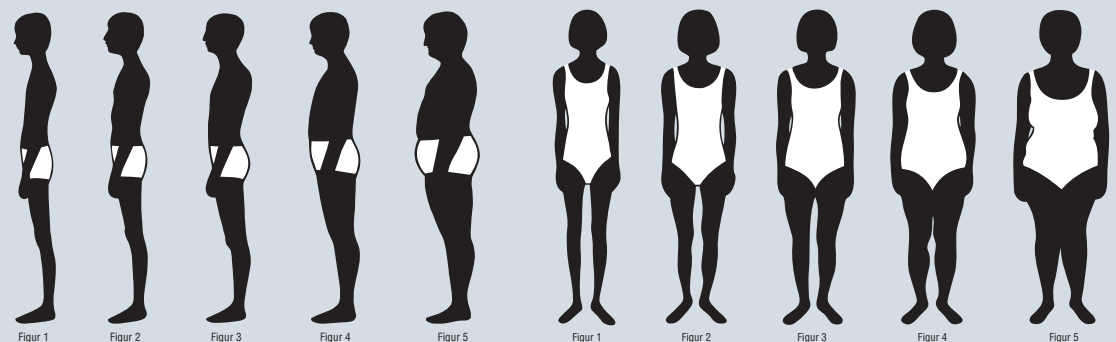


Abbildung 6: Schattenfiguren männlich/weiblich

Die Ergebnisse zeigen, dass es Jugendlichen teilweise sehr schwer fällt ihre Figur realistisch einzuschätzen. Zum Beispiel empfanden sich jeweils 2.9% Mädchen mit **Adipositas** als normalgewichtig oder **dünn**. Nur knapp die Hälfte von ihnen schätzte sich richtig als stark übergewichtig. Umgekehrt sahen sich 27.6% der **stark untergewichtigen** Schülerinnen als normalgewichtig und 3.4% als übergewichtig.

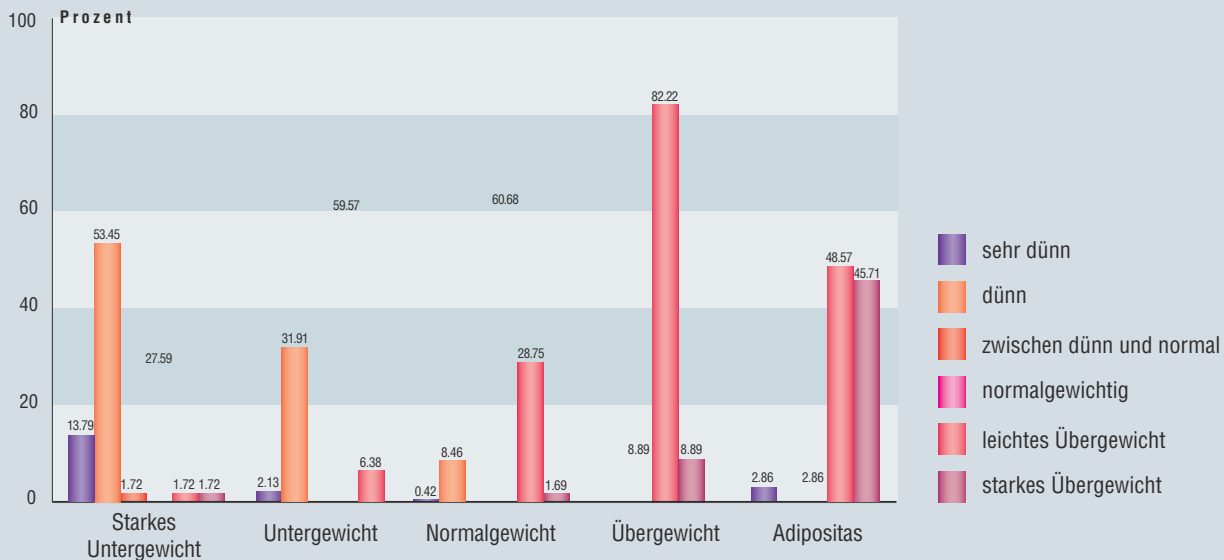


Abbildung 7: Wie empfindest Du Dich zurzeit mit Deinem augenblicklichen Gewicht?“ – Schülerinnen

Von den Burschen mit **Adipositas** schätzten sich 21.4% als normalgewichtig und 42.9% als leicht übergewichtig ein. Schüler mit **starkem Untergewicht** schätzten sich zu 50% als normalgewichtig ein. 3.9% gaben an, sich leicht übergewichtig zu fühlen.

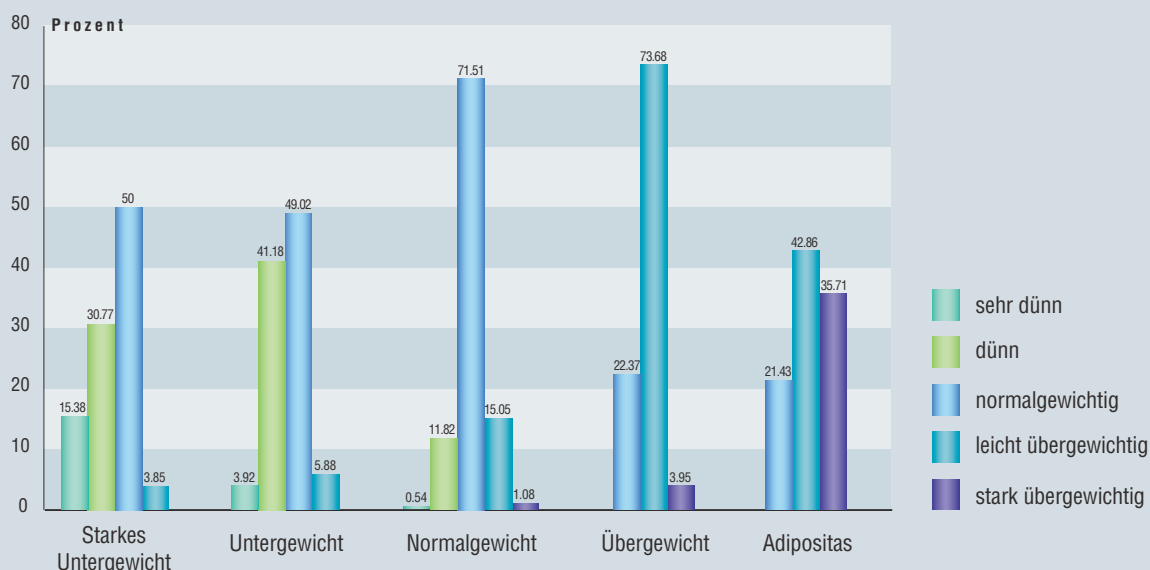


Abbildung 8: Wie empfindest Du Dich zurzeit mit Deinem augenblicklichen Gewicht?“ – Schüler

„Problemzone“ Körper?

Wunschfigur von Schülerinnen und Schülern

Ließ man die Jugendlichen anhand der Schattenfiguren angeben, welche Figur sie sich wünschen, gaben mehr als 3/4 der Schülerinnen und 1/3 der Schüler eine **untergewichtige** oder **stark untergewichtige** Figur an. Hierbei gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Schultypen.

4. Häufigkeit ungesunder Maßnahmen zur Gewichtskontrolle

Die untersuchten SchülerInnen kontrollierten ihr Gewicht in den letzten drei Monaten vor der Befragung vor allem durch folgende Strategien: „Bewusst weniger essen, um nicht zuzunehmen“, „Extrem Sport zu betreiben“ und „Verzicht auf bestimmte Lebensmittel“. NMS-SchülerInnen griffen dabei im Vergleich zu AHS-SchülerInnen weitaus häufiger zu ungesunden Maßnahmen.

Normal- oder übergewichtige Mädchen in NMS nehmen signifikant häufiger Abführmittel (1.6% vs. 7.3% in AHS) oder Appetitzügler (11.4% vs. 17.6% in AHS)!

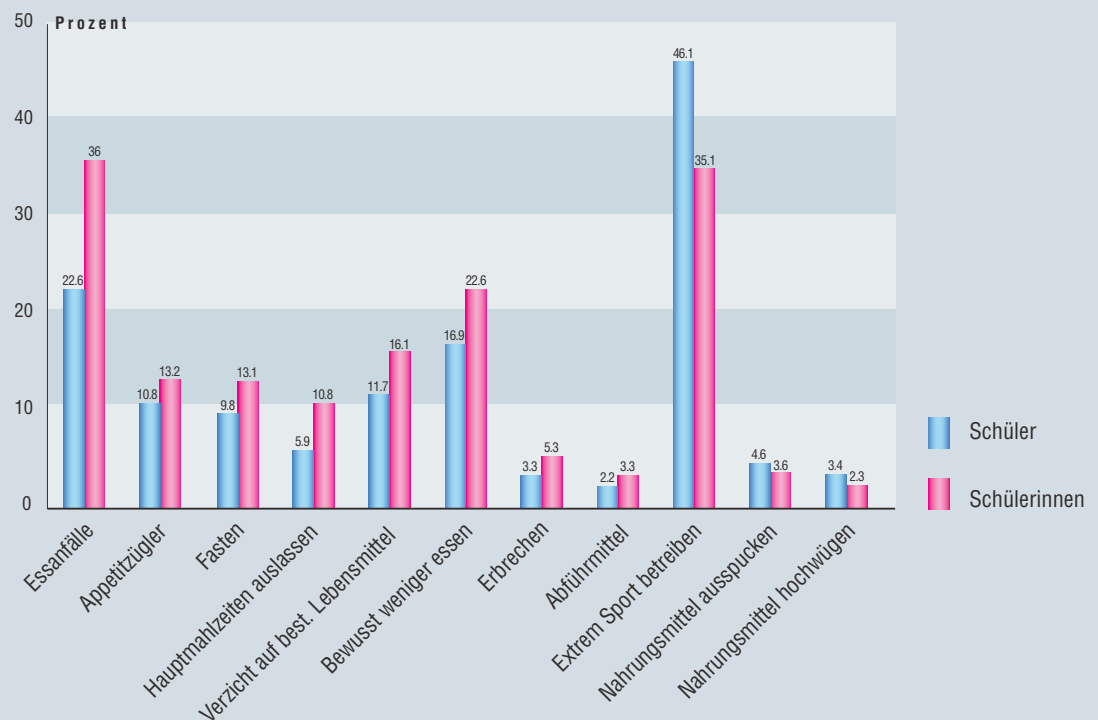


Abbildung 9: Häufigkeiten von Essanfällen und ungesunden Maßnahmen zur Gewichtskontrolle bei Schülerinnen und Schülern

5. Diäten

31.5% der Schülerinnen und 17.5% der Schüler gaben an, bereits mindestens einmal in ihrem Leben einen Diätversuch gestartet zu haben. Während bei den Burschen der Prozentsatz über verschiedene Altersgruppen relativ stabil bleibt, ist bei den Mädchen ein deutlicher Alterseffekt

zu beobachten. Die Anzahl der Mädchen steigerte sich von 16.7% bei 12-jährigen auf 52.9% bei 16-jährigen.

6. Therapieerfahrung

5% der Schülerinnen und 3% der Schüler gaben an bereits in einer Therapie wegen Essstörungen gewesen zu sein.

7. Sportliche Betätigung

Bei der Frage nach der Sportlichkeit von Schülerinnen und Schülern ergaben sich sowohl geschlechtsspezifische als auch schultypenspezifische Unterschiede. Burschen waren generell sportlicher als Mädchen. Außerdem machten SchülerInnen, die eine AHS besuchten weitaus häufiger Sport. In AHS waren es 86% der Schüler und 64% der Schülerinnen, in NMS 75% der Schüler und 54% der Schülerinnen, die regelmäßig Sport betrieben.

8. Was bereitet Schülerinnen und Schülern Sorgen?

Bei der Frage, welche Themen Schülerinnen und Schülern am meisten belasten, geben sowohl Schülerinnen als auch Schüler am häufigsten „Gewicht und Körperform“ als Sorgenthema Nummer 1 an. Bei den Mädchen folgen Familienkonflikte und Schulprobleme, bei den Burschen Schulprobleme, Stressbewältigung und Drogen.

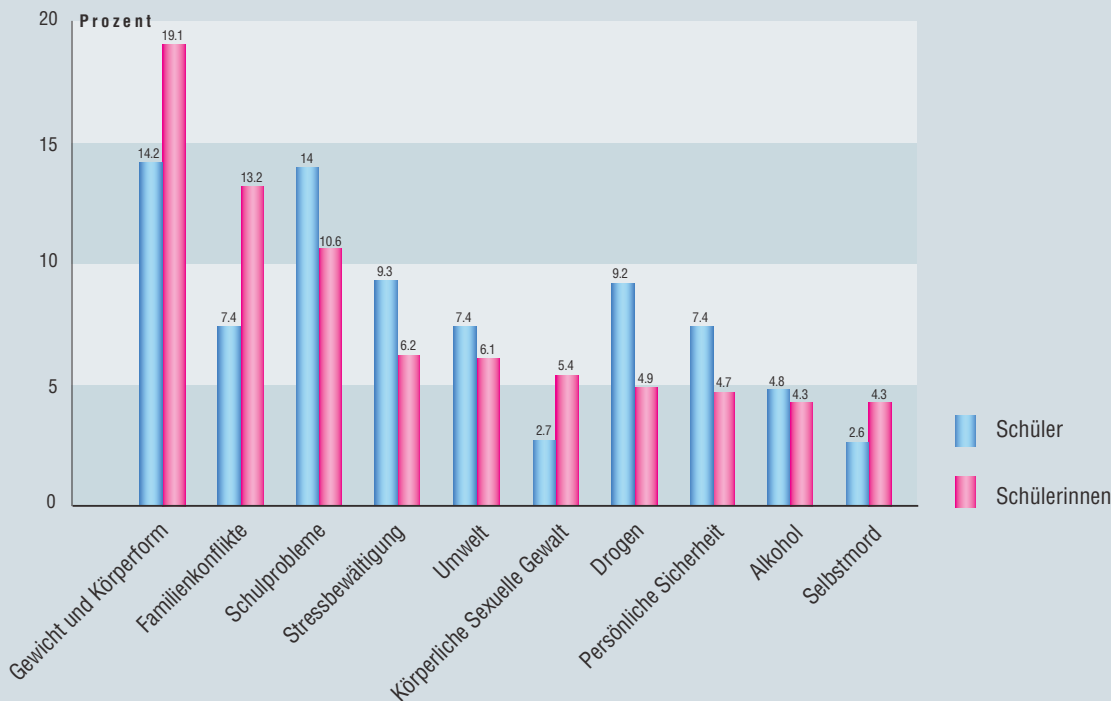


Abbildung 10: Zehn häufigste Sorgenthemen Nr. 1

9. Welche Zeitschriften lesen Jugendliche?

„Bravo“ ist nach wie vor die beliebteste Jugendzeitschrift und wird von jedem 2. Mädchen und jedem 3. Jungen gelesen. Schüler lesen generell seltener Zeitschriften als Schülerinnen. Sie bevorzugen Tageszeitungen, wie „Heute“ (7.7%) und „Österreich“ (5.8%), sowie Fußballzeitschriften, wie „Kicker“ (12%). Schülerinnen lesen gerne Mädchenzeitschriften, wie „Miss“ (19%), „Mädchen“ (17%), „Seitenblicke“ (17%) und „Cosmopolitan“ (9%). Das ist insofern relevant, da diese typischen Mädchenzeitschriften vor allem „perfektes“ Aussehen von Models und Schauspielerinnen, Diäten und Gewicht in den Fokus stellen.

10. Wie glücklich und zufrieden sind Schülerinnen und Schüler?

Die Frage nach der generellen Zufriedenheit in den letzten drei Monaten, ergab bei beiden Geschlechtern ein ähnliches Bild. Mehr als die Hälfte der Schülerinnen und Schüler waren zufrieden oder sehr zufrieden.

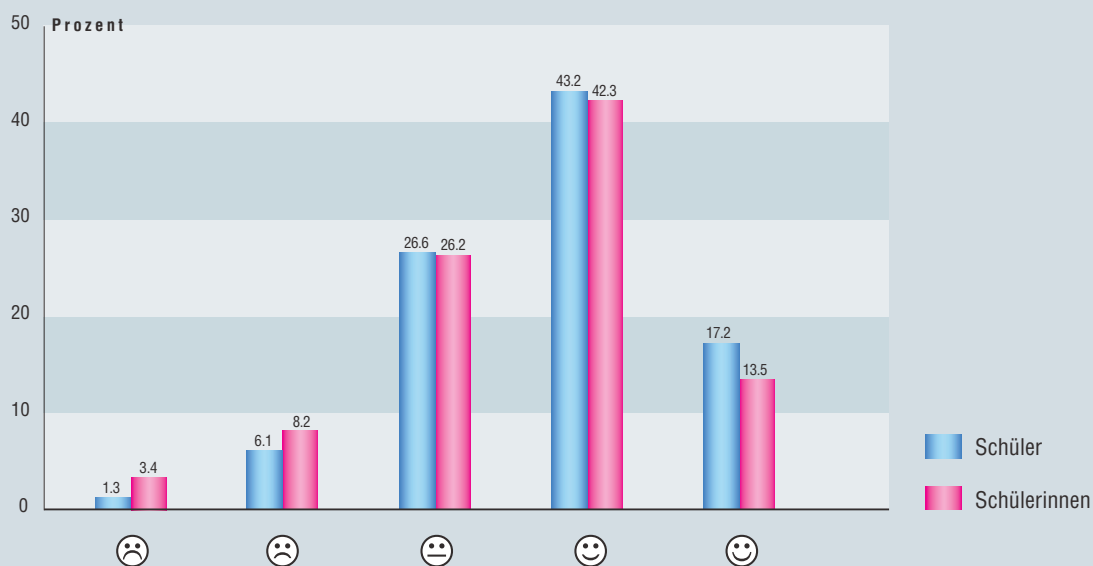


Abbildung 11: Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie glücklich und zufrieden warst Du in den letzten drei Monaten?“

Fragt man jedoch nach der Zufriedenheit mit ihrem **Aussehen**, werden deutliche Geschlechtsunterschiede sichtbar. Wie erwartet waren Mädchen seltener mit ihrem Aussehen zufrieden als Burschen.

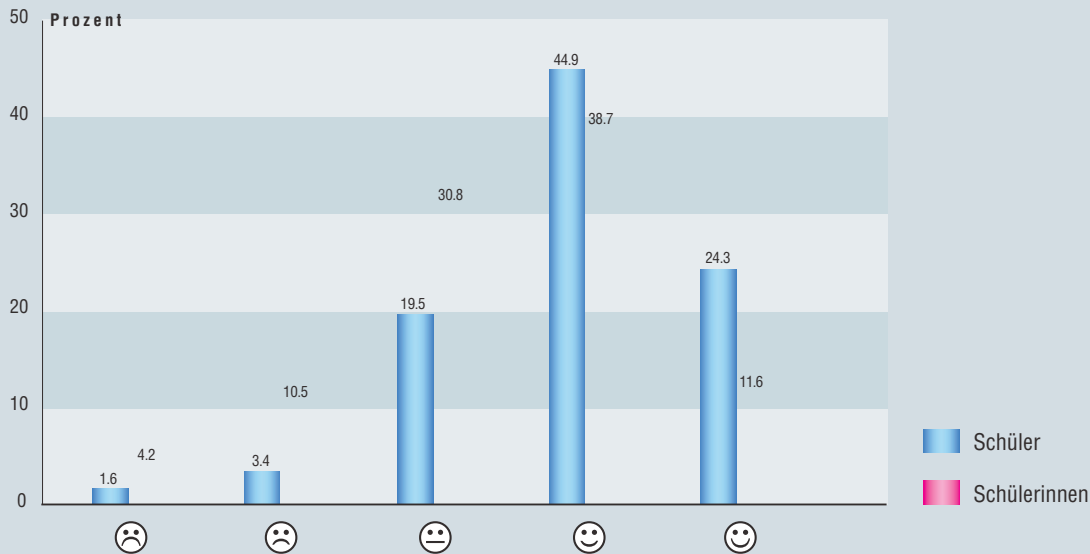


Abbildung 12: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Wie glücklich und zufrieden bist Du mit Deinem Aussehen zurzeit?“

Dies spiegelt sich auch in der Beantwortung der Frage wieder, ob sie etwas an ihrem Aussehen verändern möchten. Deutlich mehr Mädchen wollen „oft“ bzw. „immer“ etwas an ihrem Körper verändern als Burschen. Umgekehrt wollen weitaus weniger Mädchen „nie“ oder „selten“ etwas ändern als Burschen.

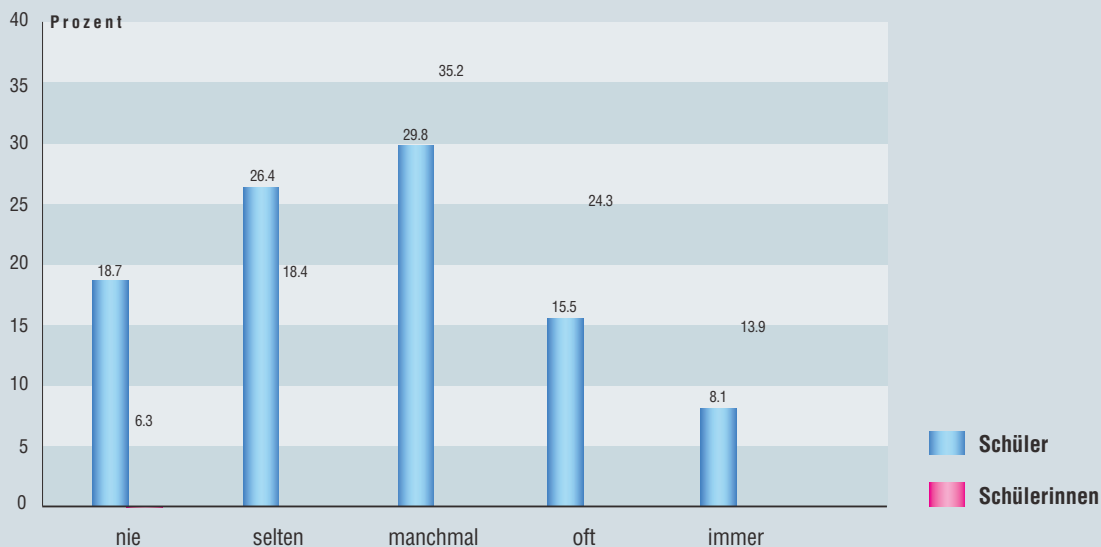


Abbildung 13: Verteilung der Antworten auf die Frage: „Würdest Du gerne etwas an deinem Körper verändern?“

„Problemzone“ Körper?

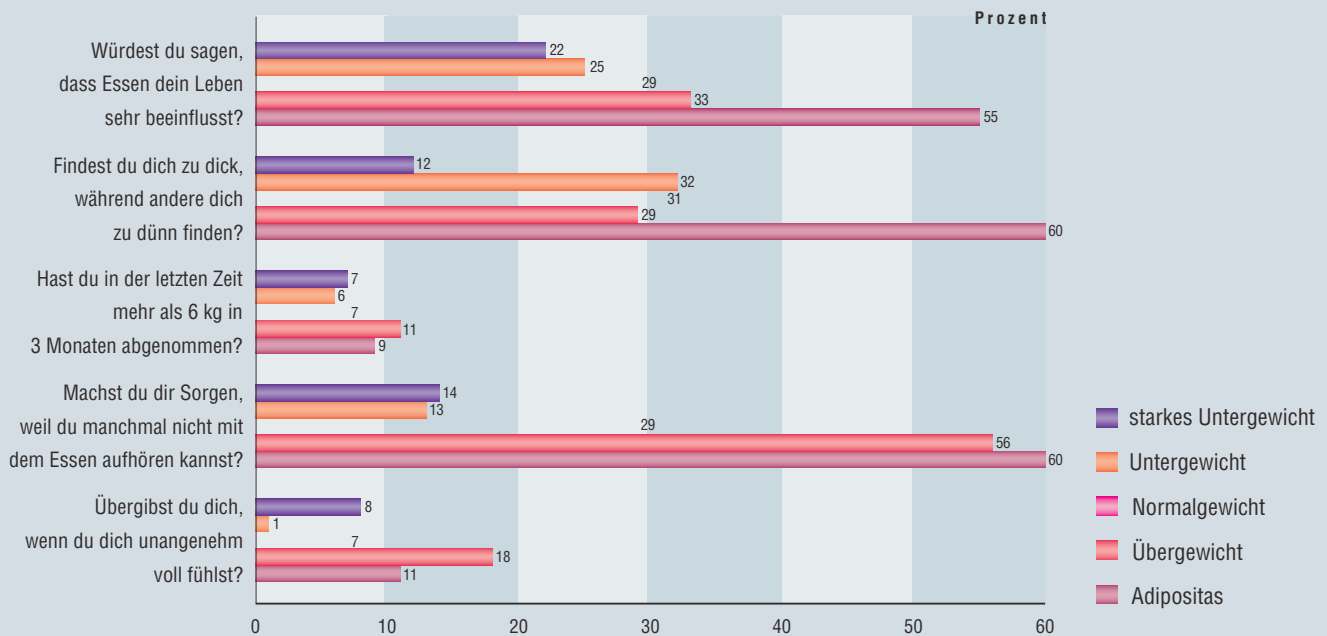


Abbildung 14: Schülerinnen der unterschiedlichen Gewichtsklassen mit „Ja“ Antworten auf die fünf Fragen des SCOFF

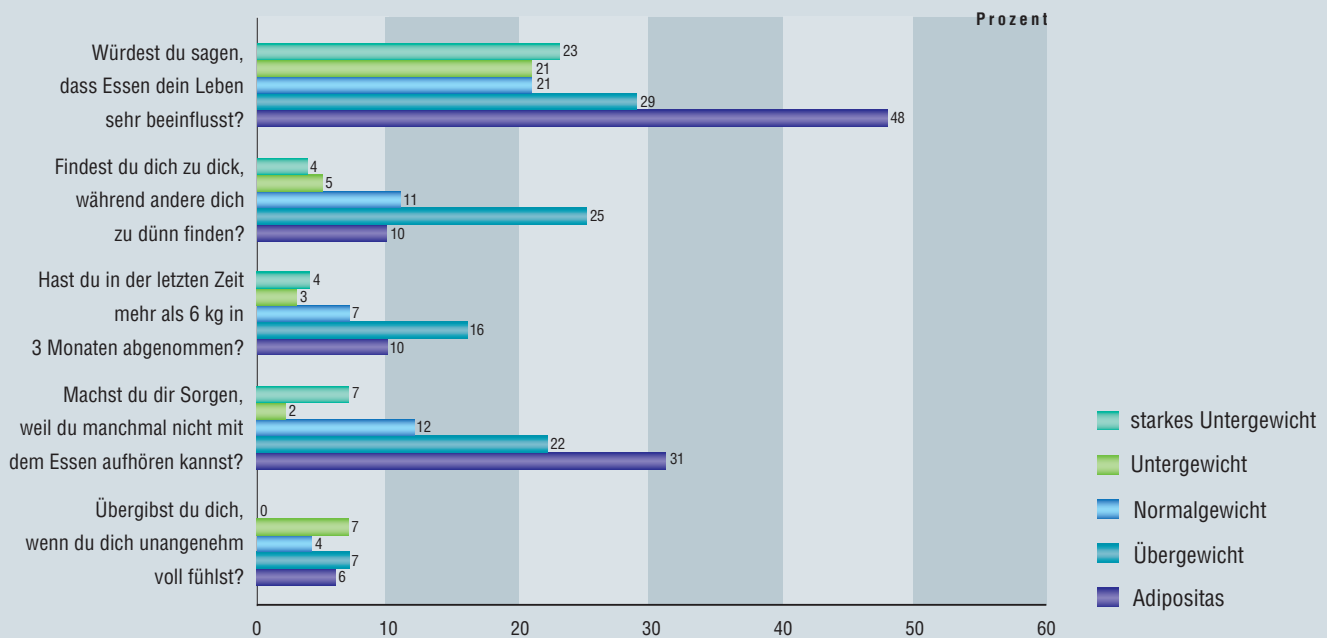


Abbildung 15: Schüler der unterschiedlichen Gewichtsklassen mit „Ja“ Antworten auf die fünf Fragen des SCOFF

11. Essstörungs-Screening: Ergebnisse des SCOFF

Der SCOFF Fragebogen ist ein Screening Instrument zur Erfassung von Essstörungen mit fünf störungsbezogenen Fragen. Je mehr zustimmende Antworten gegeben werden, desto größer ist das Risiko für eine Essstörung.

Ein auffälliger Wert (mindestens zwei „Ja“-Antworten) zeigte sich bei 29.7% der Schülerinnen und 14.6% der Schüler. Erwartungsgemäß ist bei Jugendlichen mit Übergewicht und Adipositas der Anteil an auffälligen Werten höher als bei jenen mit Untergewicht und Normalgewicht. Vor allem SchülerInnen, die eine NMS besuchten, zeigten ein höheres Risiko für eine Essstörung – besonders die Mädchen.

12. Einflussfaktoren von Essstörungen

Mittels logistischer Regression wurde ermittelt, welche Risikofaktoren für Essstörungen sich aus der vorliegenden Studie ergeben. Dafür wurden die auffälligen Werte des SCOFF verwendet.

Die Gefahr an einer Essstörung zu erkranken, ist bei Mädchen zweieinhalb Mal so hoch wie bei Burschen. Jugendliche mit Migrationshintergrund (Geburtsland nicht Österreich, Deutschland oder Schweiz) haben außerdem das eineinhalb-fache Risiko. Weitere Faktoren, die die Entwicklung einer Essstörung begünstigen können, sind das Lesen der Zeitschrift Miss (1,6-fache) und nicht regelmäßig Sport zu betreiben (1,4-fach). SchülerInnen einer NMS haben einen zusätzlichen Risikofaktor für Essstörungen. Sie haben häufiger Übergewicht und Adipositas und, erwartungsgemäß, auch damit verbundene stärkere Angst vor einer Gewichtszunahme.

Hat sich etwas in den letzten Jahren verändert?

Seit 1999 untersucht das Wiener Programm für Frauengesundheit mittels Selbstbeurteilungsfragebögen risikoreiches Verhalten in Bezug auf Essstörungen bei Wiener Jugendlichen. Nun konnte der Frage nachgegangen werden, ob in den letzten Jahren eine tendenzielle Veränderung zwischen den Erhebungszeitpunkten stattgefunden hat. Eine Studie zu zeitlichen Trends in Norwegen zwischen 1992 und 2010 bei 16- und 17-jährigen Jugendlichen berichtet sowohl eine Zunahme von Diätverhalten bei Mädchen und Burschen als auch eine Zunahme von bulimischen Verhalten und gedanklicher Beschäftigung mit Essen.³² In Australien zeigte sich 2005, dass junge Erwachsene (15–24 Jahre) vermehrt zu Binge Eating, also Essanfällen ohne kompensatorische Maßnahmen, neigten als noch zehn Jahre zuvor.³³

Um nun zu erschließen, ob das Ausmaß von Essstörungen bzw. Risikofaktoren für Essstörungen in Österreich zwischen 2000 und 2012 angestiegen oder abgesunken ist, wurden die erhobenen Daten der bisher durchgeführten Untersuchungswellen verglichen. Aufgrund der Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten in Schultyp, Schule und Alter der Stichproben, sind die Ergebnisse jedoch nur begrenzt interpretierbar.

32 Von Soest, T. & Wichström, L. (2014). Secular Trends in Eating Problems Among Norwegian Adolescents from 1992 to 2010. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 448–457.

33 Hay, P.J., Mond, J., Buttner, P. & Darby, A. (2008). Eating Disorder Behaviors Are Increasing: Findings from Two Sequential Community Surveys in South Australia. *PLoS ONE* 3(2): e1541

„Problemzone“ Körper?

Während bei den Mädchen ein Rückgang der Diäten zu beobachten ist, ist bei den Burschen eine gegenläufige Tendenz sichtbar. Im Jahr 2000 gaben noch 50.1 % der Schülerinnen an bereits mindestens einen Diätversuch gestartet zu haben. 2012 verringerte sich ihre Anzahl auf 31.5%. Bei den Schülern hingegen stieg die Anzahl von 15.3% auf 17.5%.

Dieses Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen des Eating Disorder Inventory (EDI) überein. Im Vergleich zwischen den Erhebungswellen ist bei den Mädchen zwischen 2000 und 2012 ein Rückgang der Durchschnittswerte in den Subskalen „Unzufriedenheit mit der Figur“, „Schlankheitsstreben“ und „Bulimie“ erkennbar. Bei den Schülern ist eine gegenläufige Tendenz zu beobachten. Sie sind 2012 unzufriedener mit ihrer Figur und streben mehr nach Schlankheit.

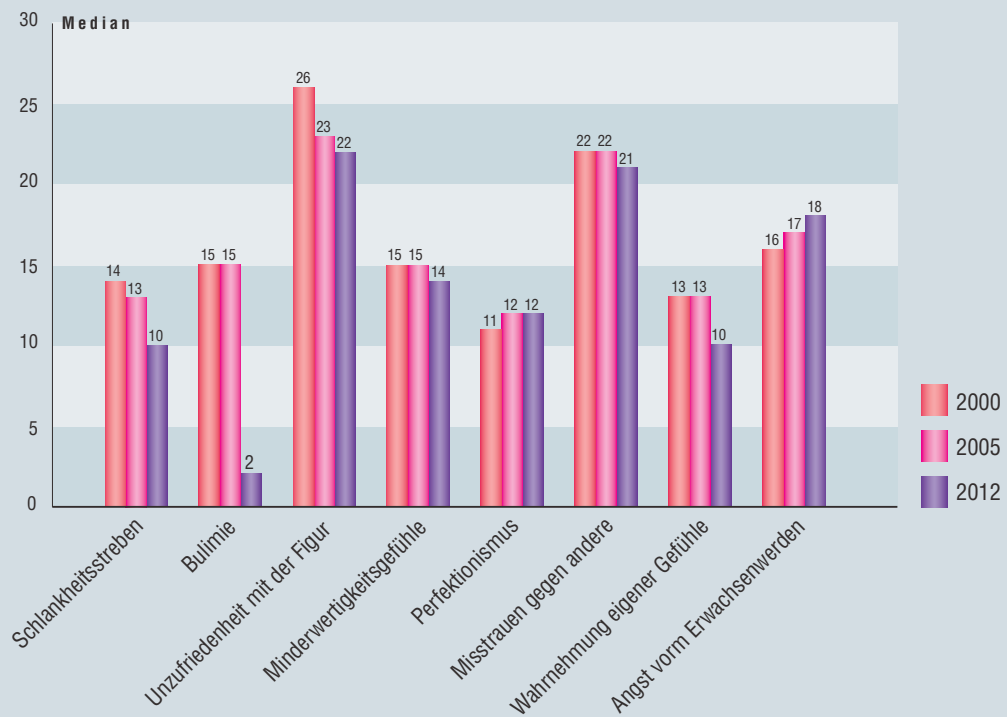


Abbildung 16: Schülerinnen – Skalen des EDI

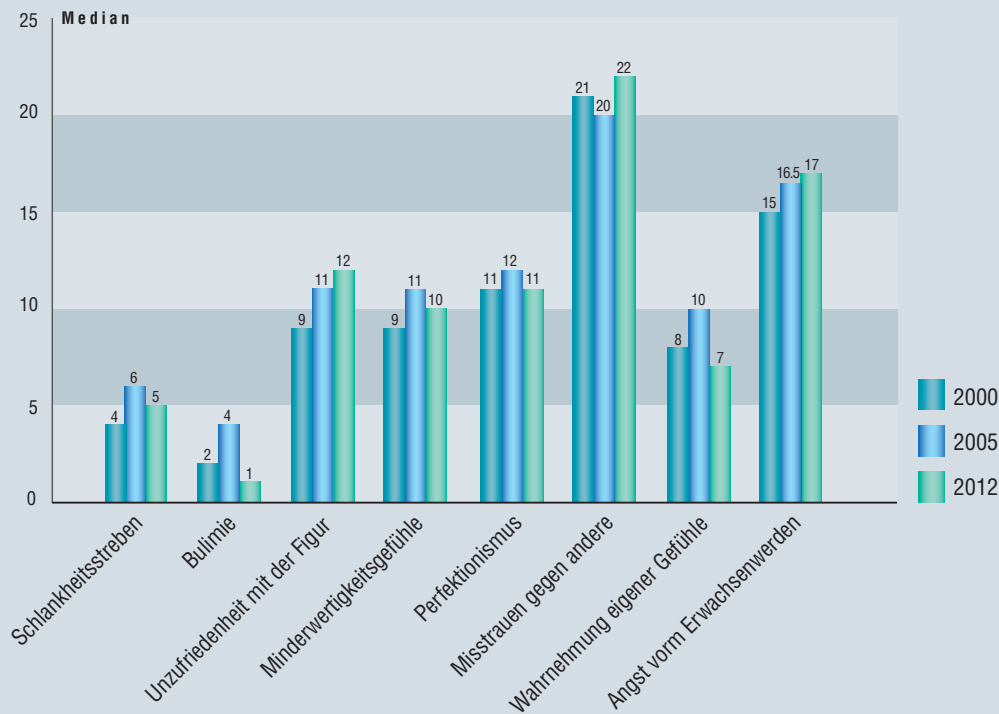


Abbildung 17: Schüler – Skalen des EDI

Diskussion

Bei einer in Deutschland durchgeführten Längsschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS-Studie) zwischen 3 und 17 Jahren liegt das generelle Risiko an einer psychischen Störung zu erkranken bei ca. 15%.³⁴ Bei Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit an einer Essstörung zu erkranken bei etwa einem Drittel der Mädchen und bei 15% der Burschen. Sie weisen im SCOFF, dem Screening-Instrument zur Identifizierung von essgestörtem Verhalten, auffällige Werte auf, die sich besonders bei übergewichtigen Jugendlichen zeigen.³⁵

Das deckt sich auch mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie. 29.7% der Wiener Mädchen und 14.6% der Burschen zeigten im SCOFF ein erhöhtes Risiko für Essstörungen. Dies scheint auch nicht verwunderlich. Fragt man Jugendliche nach ihren Sorgen und Ängsten, spielen das Gewicht und die Körperform eine sehr wichtige Rolle, was sich in weiterer Folge auf den Selbstwert auswirkt. Bei den Mädchen zeigte sich zusätzlich, dass sie mit ihrem Aussehen unzufriedener sind als Burschen und somit häufiger etwas an ihrem Aussehen verändern wollen. Nicht zu vernach-

34 Hölling, H. et al. (2012) Die Kiggs-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt, 55, 836–842. Springer Verlag

35 Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T. D., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. European Child & Adolescent Psychiatry, 17 (Suppl. 1), 82–91.

„Problemzone“ Körper?

lässigend ist, dass Mädchen sich weitaus häufiger eine (sehr) untergewichtige Körperform wünschen als Burschen und somit häufiger eine Diät zur Gewichtsreduktion einsetzen. Mit steigendem Alter hatte mehr als jedes zweite Mädchen bereits einen Diätversuch unternommen. Das spiegelt auch das gängige Schönheitsideal aus den Medien wider, wo bei Mädchen und Frauen eine extreme Schlankheit propagiert wird.

Aus Angst vor einer Gewichtszunahme gaben sowohl Mädchen, als auch Burschen an über 24 h zu Fasten, Hauptmahlzeiten auszulassen, bestimmte Lebensmittel zu vermeiden und generell weniger zu Essen. Besonders alarmierend ist die hohe Anzahl von Schülerinnen, die in den letzten drei Monaten vor der Befragung zumindest manchmal Appetitzügler eingenommen hatten. Diese haben ein hohes Abhängigkeitspotenzial und verursachen zahlreiche Nebenwirkungen wie Bluthochdruck, Herzrasen, Schlafstörungen und Herzklappenschäden.

Positiv kann jedoch gesehen werden, dass bei Mädchen in den letzten Jahren ein tendenzieller Rückgang an Diäten und einem Streben nach Schlanksein zu verzeichnen ist.

**Maßnahmen des Wiener Programms
für Frauengesundheit
zu Essstörungen
und ungesunden Körperidealen**

„Problemzone“ Körper?

Das Wiener Programm für Frauengesundheit befasst sich seit 1998 mit der Thematik von Essstörungen in Österreich. Initiativen, wie die Essstörungshotline, S-O-Ess, diverse Schulprojekte und Broschüren haben dazu geführt, dass heute Betroffene und Angehörige zielgerichtet Hilfe bekommen, sowie präventiv Maßnahmen aufgebaut wurden.

Hotline für Essstörungen

1998 wurde die Hotline für Essstörungen vom Wiener Programm für Frauengesundheit gegründet, mit dem Ziel Menschen mit Essstörungen und deren Angehörige zu unterstützen. Diese können sich kostenlos und anonym per Telefon oder E-Mail an das Team der Essstörungshotline wenden. Ausgebildete Klinischen Psychologinnen und Psychotherapeutinnen bieten anonyme Aussprache, Informationsvermittlung und akute Krisenbetreuung an. Die Dienste der Hotline wurden seit deren Gründung bereits von mehr als 25.000 Personen in Anspruch genommen. 2009 wurde die Hotline für Essstörungen in die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) integriert.

Plattform gegen Essstörungen

Diese ebenfalls seit 1998 bestehende interdisziplinäre Vernetzung hat zum Ziel Expertinnen und Experten aus verschiedenen Institutionen sowie Personen, die mit jugendlichen Mädchen arbeiten, eine Plattform zu bieten, auf der sie Erfahrungen austauschen, Probleme bearbeiten und neue Maßnahmen initiieren können. Die Plattform tagt regelmäßig 3–4x jährlich – ihr gehören Personen aus den Bereichen Schule, außerschulische Jugendarbeit, Elternverband, MAG ELF (Amt für Jugend und Familie), MA 15 (Gesundheitsdienste der Stadt Wien), psychotherapeutische Beratungseinrichtungen sowie stationäre psychiatrische Abteilungen mit Schwerpunkt Essstörungen des Wiener KAV an. Vernetzung der einzelnen Einrichtungen, Abstimmung der verschiedenen präventiven Maßnahmen, sowie Koordination bei Behandlungen sind wesentliche Themen der Plattformmeetings.

S-O-Ess – Initiative gegen unerreichbare Schlankheitsideale

2007 wurde die Initiative S-O-Ess unter dem Motto „NO body is perfect – gemeinsam gegen ungesunde Körperideale“ – von der amtierenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales Mag^a Sonja Wehsely und der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten A.o. Univ. Profⁱⁿ Drⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger – ins Leben gerufen. VertreterInnen aus den Bereichen Mode, Werbung, Wirtschaft, Industrie, Show-Business und Politik trete für mehr Bewusstsein für die negativen Folgen geltender unrealistischer Schönheitsstandards ein. Übertriebener Schlankheits- und Jugendkult ist als Nährboden für das Auftreten von Essstörungen erwiesen. Medien und Werbung spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Schulprävention

Essstörungsprävention im Bereich Schule findet auf drei wichtigen Ebenen statt:

- SchülerInnen-Information (Media Literacy)
- LehrerInnen-Schulungen
- Vorträge für Eltern

Die Workshops und Informationsstunden werden von qualifizierten PsychologInnen und PsychotherapeutInnen durchgeführt. Sie haben das Ziel Wissen über Essstörungen zu erhöhen, mehr Toleranz und Verständnis für Betroffene zu vermitteln und die bestehende Meinung über Schönheit zu diskutieren.

Schulwettbewerb: „We like everyBody“

2011 wurde ein Schulwettbewerb für SchülerInnen der 8. und 9. Schulstufe in Wien gestartet, um auf unrealistische Körper- und Schönheitsideale aufmerksam zu machen. Ziel dieser Maßnahme war Jugendliche zu motivieren neue Ideen zu entwickeln, wie mehr Toleranz in der Schule aufgebaut werden könnte. Dadurch sollte erreicht werden, dass Mädchen und Burschen sich unabhängig von ihrem Aussehen besser annehmen können. Von insgesamt 340 Jugendlichen aus 12 Wiener Schulen wurden 17 Konzepte eingereicht, aus denen, von einer unabhängigen Expertenjury, die Zwi-Perez-Chajes-Schule als Siegerschule ausgewählt wurde. Als Preis wurde ihr umfassendes Maßnahmenpaket mit dem Slogan „genau richtig“ in Zusammenarbeit mit einer professionellen Werbeagentur in ihrer Schule umgesetzt.

KindergärtnerInnen Schulungen

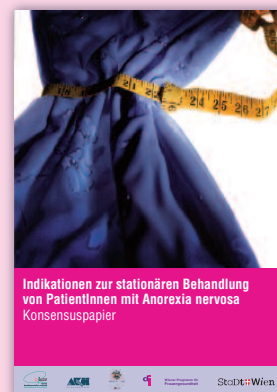
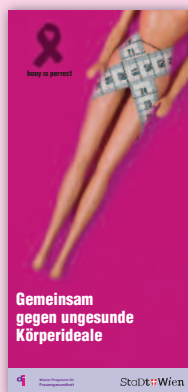
Studien zeigen, dass „perfektes Aussehen“, Styling und somit auch Mobbing bereits im Kindergartenalter ein Problem darstellt. Deshalb wurden, gemeinsam mit der MA 10 (Wiener Kindergärten), Workshops zu Körperbild und medialer Beeinflussung für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen durchgeführt. Sie dienten einerseits der Sensibilisierung der TeilnehmerInnen, andererseits der Erarbeitung pädagogischer Maßnahmen zur Selbstwertstärkung der Kinder. Der Großteil dieser rund 360 Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen, war mit der Schulung zufrieden und gab an, dass ihnen neue relevante Erkenntnisse für die Arbeit vermittelt wurden.

„Problemzone“ Körper?

Broschüren

Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat in den letzten 15 Jahren eine Reihe von Ratgebern und Informationsbroschüren für Betroffene, Interessierte und Mitarbeiter im Gesundheitswesen entwickelt, die Essstörungen thematisieren.

- **Ich liebe mich. Ich hasse mich:** Ratgeber mit Checkliste, Beschreibung der Merkmale und physische/psychische Folgeerkrankungen. Zusätzlich mit Adressen für professionelle Hilfe.
- **Hilfe bei Essstörungen in Wien. Information, Beratung und Therapie:** Detaillierter Überblick über Institutionen und Beratungsstellen in Wien.
- **NoBody is perfect – Gemeinsam gegen ungesunde Körperideale:** Unrealistische Schönheitsideale, die auf übertriebenem Schlankeits- und Jugendkult beruhen sollen korrigiert und gesundheitsförderliche Standards etabliert werden.
- **Wann denken Sie an Essstörungen? Früherkennung für ÄrztInnen in der Praxis:** Informationen zur Früherkennung von Essstörungen für medizinisches Personal – mit Diagnosekriterien, Symptomen und Merkmalen, und Tipps für den Umgang mit PatientInnen.
- **Indikationen zur stationären Behandlung von PatientInnen mit Anorexia nervosa – Konsensuspapier:** Spitalsübergreifende einheitliche Indikatoren, die von Experten und Expertinnen erarbeitet wurden.



Zukünftige Maßnahmen

Auch in den nächsten Jahren wird das Wiener Programm für Frauengesundheit sein Engagement in der Prävention von Essstörungen fortführen. So werden etwa Fortbildungen für MedizinerInnen angeboten (v. a. Gynäkologinnen/Gynäkologen und Kinderärztinnen/Kinderärzte, InternistInnen), da in bisherigen Studien gezeigt werden konnten, dass Ärzte und Ärztinnen oft das Vorliegen einer Essstörung nicht erkennen.^{36,37}

Außerdem werden auch in Zukunft weitere Aufklärungsworkshops in Schulen zum Thema Essstörungen und Körperbild stattfinden, um möglichst früh bei den Kindern und Jugendlichen anzusetzen und somit ein Auftreten bzw. eine Chronifizierung zu verhindern.

Des Weiteren plant das Wiener Programm für Frauengesundheit zurzeit eine Awarenesskampagne zum Thema Körperbild und Schönheitsideale in Wien, die auf unrealistische Körperformen von Schaufensterpuppen und Models in den Medien hinweisen soll.

36 Karwautz, A., de Zwaan, M., Wöber-Bingöl, C., Friedrich, M.H. (1997). Awareness of early-onset anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 1997 Sep; 2(3): 138-43

37 de Zwaan M, Müller A. (2003). Diagnostik und Therapie der Anorexia und Bulimia nervosa. *Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen.* 1 (2), 15-18

www.frauengesundheit-wien.at



Wiener Programm für
Frauengesundheit



Stad**t**  **Wien**