

Redaktion

J. Eckert, Hamburg
 C. Reimer, Gießen
 B. Strauß, Jena

Uwe Berger

Institut für Medizinische Psychologie, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität, Jena

Primärprävention bei Essstörungen

Essstörungen gelten als schwer therapierbar. Mit einer Mortalitätsrate von 5–16% ist Magersucht die schwerste psychosomatische Erkrankung bei Mädchen und jungen Frauen.

Epidemiologie von Essstörungen

Essstörungen sind besonders bei jugendlichen Mädchen weit verbreitet. Dies betrifft sowohl Adipositas als auch die klinisch relevanten Essstörungen Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Bulimie) und Binge-eating-Störung (vgl. Fairburn 2004; Hilbert 2000). Die Krankheitshäufigkeit für das klinische Vollbild bei Anorexia nervosa von ca. 1% und Bulimia nervosa von ca. 4% gilt seit vielen Jahren als besorgniserregend (Gerlinghoff et al. 1993; Sipos u. Schweiger 2003; Reich et al. 2004). Neueste wissenschaftliche Studien zeigen, dass der Anteil der Mädchen und jungen Frauen mit problematischem, noch nicht klinisch auffälligem Essverhalten mit 24–28% deutlich höher liegt, als bislang angenommen (Aschenbrenner et al. 2004; Berger 2005). Diese sog. subklinischen Essstörungen (Schweiger et al. 2003) beziehen sich u. a. auf die Bereiche gezügeltes Essen, Diät halten, Vorstellungen zur Traumfigur, Körperwahrnehmung und Funktionalität von Essen, die allgemein als Prädiktoren von Essstörungen gelten und teilweise mit einem erheblichen Leidensdruck für die Betroffenen einhergehen. Aus Sicht der Primärprävention ist es nicht nur notwendig, Essstörungen in ihrer klinischen Ausprägung vorzubeugen, sondern gerade auch Zustände frühzeitig zu verhindern, die die Entwicklung von Essstörungen begünstigen oder (mit)verursachen. Primärprävention

rückt damit zusammen mit Gesundheitsförderung und erstrebt vorrangig das Ziel, eine hohe Lebensqualität möglichst lange zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Besonderheiten der Behandlung und Prävention

Essstörungen sind aufgrund vieler Übergänge zwischen den verschiedenen Formen häufig schwer zu diagnostizieren. Daher werden zunehmend mehr Essstörungen vom nicht näher bezeichneten Typ festgestellt (ca. 20% aller Diagnosen nach Gerlinghoff u. Mai 2003). Das sehr frühe Auftreten der Anorexie (Häufigkeitsgipfel 14–16 Jahre) erfordert primärpräventive Interventionen spätestens ab dem Alter von 12 Jahren. Primäre Prävention ist in diesem Bereich, im Gegensatz zu anderen Erkrankungen, auch deshalb dringend geboten, da die Behandlungsaussichten einer manifesten Anorexie oder Bulimie deutlich schlechter sind. So leben nur ca. 50% der Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa dauerhaft symptomfrei; bei ca. 25% verläuft die Anorexie chronisch; bei den verbleibenden 25% ist ein Übergang in eine andere psychische (Ess-)Störung zu verzeichnen (vgl. Gerlinghoff u. Backmund 2000). Ungünstige Faktoren für die Behandlungsprognose sind vor allem solche, die hoch mit der Dauer der Erkrankung korreliert sind: Ausmaß des Untergewichts, metabolische Dysregulation sowie Anzahl und Schweregrad der komorbiden psychiatrischen Störungen (Sipos u. Schweiger 2003).

Anorexie und Bulimie treten ca. im Verhältnis 10:1 sehr viel häufiger bei Mädchen als bei Jungen auf. Präventive Pro-

gramme sollten dies berücksichtigen, indem zum einen geschlechtsspezifische Angebote bereitgestellt und zum anderen koedukative Maßnahmen so gestaltet werden, dass Mädchen und Frauen angemessen davon profitieren können. Die Themen Essen, Figur und Gewicht rücken v. a. bei Mädchen mit Beginn der Pubertät in den Mittelpunkt ihrer Interessen, sind aber auch häufig angstbesetzt. Ein Grund hierfür ist die stärkere gesellschaftliche Beachtung und gleichzeitig Tabuisierung bzw. Problematisierung der weiblichen gegenüber der männlichen Sexualität. Da die Pubertät bei Mädchen durchschnittlich früher einsetzt als bei Jungen, sind gemischtgeschlechtliche Angebote in Schulklassen schwierig. Andererseits haben sie den Vorteil, dass die „Mitverursacher“ der Ängste und Unsicherheiten, nämlich gleichaltrige Jungen, von denen oft negative Bewertungen ausgehen, direkt miteinbezogen werden können. Vor- und Nachteile der jeweiligen Herangehensweise müssen hier also sorgfältig abgewogen werden, und ein Präventionsprogramm sollte auf jeden Fall Rechenschaft darüber ablegen können, welches Vorgehen warum gewählt wurde und die Akzeptanz dieses Vorgehens bei den Adressaten erfragen. Die Programme sollten daher nicht nur hinsichtlich ihrer Wirkung evaluiert werden, sondern auch in Bezug auf Programmkonzeption und -durchführung.

Die Ätiologie von Essstörungen ist immer noch unklar (vgl. Schweiger et al. 2003). So herrscht zwar weitestgehend Einigung darüber, welche Risikofaktoren überhaupt relevant sind (z. B. Diätverhalten, Gewichtssorgen, familiärer Interaktionsstil, negative sexuelle Erfahrungen,

Perfektionismus, elterliches Übergewicht, negativer Selbstwert; vgl. Jacobi et al. 2004, S. 32 und 33). Jedoch wird der jeweilige Status eines Faktors bezüglich der Verursachung einer Essstörung kontrovers diskutiert. Um die bekannten Risikofaktoren in ihrer möglichen komplexen Wechselwirkung zu berücksichtigen, sollte eine präventive Intervention stets auf die Trias „Medien, Eltern, „peers““ fokussieren (vgl. Berger et al. 2005).

Die Anorexie hat von allen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen mit 5–16% die höchste Mortalitätsrate (Janssen et al. 1997; Geissner 2005). Diese ist jedoch selten eine unmittelbare Folge der Mangelernährung, sondern u. a. auf eine gesteigerte Suizidrate zurückzuführen. Aus diesem Grund sollten primärpräventive Ansätze auch die Bereiche Autoaggression und Suizidgedanken bearbeiten. Neben der Berücksichtigung komorbider Erkrankungen, wie Depressionen, Ängsten oder auch Persönlichkeitsstörungen (z. B. „borderline“), und Klärung der häufig komplexen Ätiologie gilt v. a. ein angemessenes Ernährungsmanagement als Indikator für den Erfolg einer Therapie bei Essstörungen (Sipos u. Schweiger 2003). Anders als z. B. bei der Therapie substanzgebundener Süchte kann Essen nicht durch ein anderes – weniger problematisches – Verhalten ersetzt werden. Ebenso wenig definiert hier Abstinenz ein Therapieziel, sondern stellt vielmehr einen Teil des Problems dar. Diese Erfahrung schlägt sich auch in den meisten Präventionsprogrammen nieder, indem die Vermittlung eines gesunden und natürlichen Essverhaltens, jenseits von Diäten, dauerhaft gezügeltem Essverhalten, Verboten und Ideologisierung einen wichtigen Raum innerhalb der Interventionen einnimmt.

Präventionsansätze, beteiligte Professionen und theoretische Fundierung

Zu den programmatischen Vorüberlegungen einer konkreten Präventionsmaßnahme gehört an erster Stelle die Frage nach der Art der Prävention. Gebräuchlich ist eine Unterscheidung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Primäre Prävention soll Risikofaktoren entgegenwirken und dient damit der Erhö-

hung der allgemeinen Lebensqualität. Sie steht in Bezug auf Essstörungen bislang im Vordergrund. Sekundärprävention bei Essstörungen findet häufig unter Anwendung „neuer“ Medien statt, wie Internet, E-Mail und des mobiltelefonbasierten „short message service“ (SMS). Ein Beispiel für den systematischen Einsatz von Chatroom- und E-Mail-Technik für Beratung und Information ist das Projekt des Heidelberger Mädchenhauses e.V. (vgl. Raabe 2005 bzw. <http://www.maedchenhaus-heidelberg.de>). Zur tertiären Prävention wurde beispielsweise von der Arbeitsgruppe um Kordy (Bauer et al. 2003; Hagel 2004) ein SMS-basiertes Projekt zur Nachbetreuung von Psychotherapiepatientinnen mit Bulimie erfolgreich durchgeführt.

Da die Berücksichtigung aller Präventionsarten den Rahmen sprengen würde, werden in dieser Arbeit ausschließlich Maßnahmen und Interventionen zur Primärprävention dargestellt. Hierfür lassen sich auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen und der besonderen Epidemiologie der Essstörungen folgende Anhaltspunkte für eine erfolgversprechende Intervention formulieren:

- Primäre Präventionsmaßnahmen sollten spätestens ab dem 13. Lebensjahr (6. oder 7. Klasse) einsetzen.
- Mädchen sollten als Zielgruppe besonders berücksichtigt werden.
- Es sollten getrennte Programme (oder zumindest Programmteile) für verschiedene Essstörungen vorliegen.
- Aufgrund der schwierigen und vergleichsweise weniger aussichtsreichen Therapiemöglichkeiten sollten primärpräventive Maßnahmen zunächst im Vordergrund stehen und später mit sekundärpräventiven Maßnahmen flankiert werden (z. B. Angebot von Hilfsmöglichkeiten).
- Die Intervention sollte nicht bei Einzelnen sondern stets in Gruppen von Gleichaltrigen (Peers) ansetzen, da diese in der relevanten Altersgruppe den wichtigsten Einfluss auf das Verhalten haben und die Auseinandersetzung in der Gruppe notwendige soziale Ressourcen zur Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben stärkt.

- Der Einfluss von Medien (insbesondere Zeitschriften und Fernsehen) sollte ebenfalls berücksichtigt werden, da das hier kolportierte Schönheitsideal mit der Verbreitung der Mager sucht korreliert (vgl. z. B. Levine u. Smolak 1998).
- Der Informationsstand bei Betroffenen, Eltern und Lehrern sollte ungefähr gleich sein, um eine konstruktive Auseinandersetzung zwischen diesen Bezugsgruppen zu ermöglichen.
- Den in unserem Gesundheitssystem zunehmend diskutierten ungleich verteilten Zugangschancen zu Hilfsangeboten sollte durch ein möglichst niederschwelliges Angebot entgegen gewirkt werden.
- Das Programm sollte auch auf lange Sicht in den normalen Schulunterricht bzw. das reguläre Curriculum integriert werden können; dies ist am ehesten gewährleistet, wenn die Intervention kurz ist, von den Lehrern selbst durchgeführt werden kann, und wenn ihre Inhalte nicht von aktuellen Modeerscheinungen geprägt sind.

Aus Forschungssicht sollte ein Präventionsprogramm zudem zwei weitere Voraussetzungen erfüllen:

- Umsetzung der Standards wissenschaftlicher Evaluation und
- theoretische Fundierung.

Die theoretische Fundierung von Präventionsprogrammen allgemein wird vielfach als unbefriedigend betrachtet. Zwar kursieren in Medizin und Psychologie einige Modelle, die versuchen, bekannte Wirkfaktoren gesundheitsbezogener Verhaltensänderungen (Symptomaufmerksamkeit, wahrgenommene Schwere einer Erkrankung, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen, soziale Norm, Barrieren, Ressourcen usw.) zueinander in Beziehung zu setzen. Letztlich konnte sich aber kein einzelnes Modell durchsetzen (für einen Überblick vgl. z. B. Berger 2004). Der vermutlich wichtigste Grund hierfür ist das notwendige Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen in der Prävention. Je nach Profession und wissenschaftlicher Tradition werden unterschiedliche Modelle bevorzugt. Da es mindestens zu

Beginn jeder Maßnahme erforderlich ist, die beteiligten Personen über das Risikoverhalten und die Krankheit, der vorgebeugt werden soll, aufzuklären und zu informieren, spielt Pädagogik eine wichtige Rolle. Das Grundprinzip einer Intervention „erkennen – verstehen – verändern“ entspricht dem KAP-Modell („knowledge“, „attitude“, „practice“). Hierbei wird „Verstehen“ meist ausdrücklich nicht mehr nur als kognitive Komponente im Sinne einer Einstellungsänderung aufgefasst, sondern es wird gerade der emotionale Aspekt im Sinne von „Nachempfinden“ betont. Verstehen und Nachempfinden zielen v. a. auf eine Verbesserung der Empathiefähigkeit als Grundlage sozialer Kompetenz. Das Prinzip, empirisch-bewährte Vorgehensweisen und Wirkvariablen zusammenzuführen und in einem Modell zu integrieren, wurde besonders im „transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung“ nach Prochaska et al. (z. B. 1992) umgesetzt. Der praktische Nutzen dieses Modells wurde im Suchtbereich zunächst bei der Veränderung des Tabakkonsums erprobt, aber auch zum Ernährungsverhalten liegen mittlerweile fundierte Erkenntnisse vor (vgl. Keller 1999). Verhaltensänderung wird hierbei als Prozess in sechs Stufen, von Sorglosigkeit über Bewusstwerden, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung und Stabilisierung beschrieben. Für die primäre Prävention sind dabei alle Schritte relevant, wenn unter Verhalten nicht das Suchtverhalten, sondern damit einhergehende Verhaltensweisen und Einstellungen gefasst werden, wie dauerhaft gezügeltes Essen, Diät halten, Gewichtssorgen oder Unzufriedenheit mit der eigenen Figur. Sind diese Risikofaktoren oder Prädiktoren von Essstörungen so ausgeprägt, dass die Betroffenen darunter leiden, werden sie – wie bereits erwähnt – als subklinische Essstörungen bezeichnet (z. B. Aschenbrenner 2002; Aschenbrenner et al. 2004; Schweiger et al. 2003). Hier überschneiden sich die Professionen der Medizin, Gesundheitspsychologie und klinischen Psychologie. Innerhalb der Medizin ist der Begriff „Risikofaktor“ gebräuchlicher als „Prädiktor“. Inhaltlich dürfte der wichtigste Unterschied zwischen beiden Begriffen in der weiter gefassten Bedeutung von „Prädiktor“ lie-

Psychotherapeut 2006 · 51:187–196 DOI 10.1007/s00278-006-0489-7
© Springer Medizin Verlag 2006

Uwe Berger

Primärprävention bei Essstörungen

Zusammenfassung

Essstörungen gelten als schwer therapierbar. Mit einer Mortalitätsrate von 5–16% ist Magersucht die schwerste psychosomatische Erkrankung bei Mädchen und jungen Frauen. In den letzten Jahren wurde daher verstärkt versucht, der Entstehung von Essstörungen durch präventive Maßnahmen entgegenzuwirken. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Primärprävention im Rahmen von Schulprojekten. Hierfür liegen bereits ermutigende Wirkungs- und Qualitätsnachweise vor. Entsprechende Projekte stehen im Zentrum der vorliegenden Übersichtsarbeit. Diese stellt keinen Anspruch auf vollständige Darstellung, sondern ist ein Versuch der Systematisierung unterschiedlicher Herangehensweisen und soll durch die kurze Beschreibung möglichst prototypischer und evaluierter Bei-

spiele einen Einblick in die derzeitige Praxis der Primärprävention von Essstörungen geben. Quellen der Übersicht sind die Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Veröffentlichungen in Fachzeitschriften sowie Internetauftritte. Da Art, Umfang und Umsetzung der Präventionsprogramme sehr von politischen Bedingungen und Voraussetzungen innerhalb des Gesundheits- und Bildungssystems abhängen, bleibt die Übersicht auf Programme aus dem deutschen Sprachraum beschränkt.

Schlüsselwörter

Primäre Prävention · Gesundheitsförderung · Essstörungen · Essverhalten · Anorexia nervosa · Bulimia nervosa

Primary prevention of eating disorders

Abstract

Eating disorders are known as difficult to treat. With a mortality rate between 5% and 16%, anorexia nervosa is probably the most severe psychosomatic disorder among girls and young females. During the recent years, attempts have increased to influence the development of eating disorders using preventive programs. These programs usually focus on the primary prevention within school projects. Currently, the programs reveal encouraging results related to their efficiency and quality. Such programs are focussed within this review. The review might not be complete, but tries to systematically describe the major approaches used within different programs and to illustrate the practice of prima-

ry prevention of eating disorders by reporting some prototypical and evaluated examples. The sources of this review were the database of the Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), publications within scientific journals as well as internet presentations. Since concepts, the extent and the potentials of preventive programs are mainly determined by political conditions and the health and education systems, the review is mainly restricted to programs within German-speaking countries.

Keywords

Eating disorders · Preventive programs · School projects

Tab. 1 Beispiele für primärpräventive Angebote bei Essstörungen

Projektname	Literatur	Design und Bedingungen	Teilnehmerzahl (n)
<i>Evaluierte Modellprojekte an Schulen^a</i>			
Jugend mit Biss	Schlevogt (2002)	Evaluationsstudie 2000–2002 3-jähriges Modellprojekt mit BMBF-Förderung Frankfurter Zentrum für Essstörungen e.V. Kostenlos für Frankfurter Schulen	211
Trainingsprogramm an Schulen	Dannigkeit et al. (2005)	Evaluation: Prä-Post-Kontrollgruppen-Studie 5-stündiges Grundtraining 6. Klasse + Auffrischung 8. Klasse	204
PriMa (Primärprävention Magersucht)	Berger (2005)	Evaluation: Prä-Post-Kontrollgruppen-Studie 9-mal 90-minütiger Projektunterricht mit Lehrmanual Kostenlos für Thüringer Schulen durch Kooperation mit dem Thüringer Kultusministerium	496
<i>Workshops (auch außerschulisch)^b</i>			
Wie schlank muss ich sein, um schön zu sein? Muss ich...?	Raabe (2005)	Wissensvermittlung, Aufklärung, Übungen (Entspannung, Körper usw.); Spezielle Angebote, wie „foto shooting“ Mädchenhaus Heidelberg e.V. Kosten: EUR 6,60/h	–
<i>Unterrichtseinheiten und Projektwochen^b</i>			
Durch DICK und dünn	–	AOK -- Die Gesundheitskasse für Niedersachsen Modellprojekt von 2000–2003 an 6 Orten Projektwoche für Mädchen der 7. und 8. Klasse Evaluiert durch die Universität Bremen Eigenbeitrag EUR 100,- für die Schule	–
Dünn und dann?	Bonetti et al. (1998)	Zentralstelle für Suchtvorbeugung in der LSSH und Koordinationsstelle für schulische Suchtvorbeugung in Schleswig-Holstein e.V. Arbeitshandbuch für Mädchen ab 10 Jahren	–
Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden?	Hafermann (2004)	Projektwoche für Mädchen der 7. und 8. Klasse Evaluation mit Kontrollgruppe in Sachsen	79
<i>Information und Aufklärung^b</i>			
Mädchen SUCHT Junge	–	Suchtprophylaxe e.V. Kommune + IKK, Karlsruhe 8 Info- und Aktionssäulen zu allen Suchtbereichen Handbuch und CD-ROM zur Nachbereitung Interaktive Gruppenarbeit (2 Stunden) Kosten: EUR 1500,-	–
BMBF Bundesministerium für Bildung und Forschung, LSSH Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V.			
^a Erfolgreiche umfassende Evaluation mit Prä-post-Kontrollgruppendesign.			
^b Durchführung in der Regel auf Anfrage; nähere Informationen unter http://www.bzga.de oder direkt bei den Autorinnen und Autoren.			

gen. Damit sind alle mit einem bestimmten Kriterium (hier einer Essstörung) in Zusammenhang stehenden Variablen gemeint, während „Risikofaktor“ im Sinne von „Wirkfaktor“ meist eine kausale Vorgeordnetheit impliziert. Entsprechend weisen z. B. Jacobi et al. (2004) in ihrer Metaanalyse zu Screenings (hier epidemiologische Fragebogenerhebungen) bei Essstörungen und entsprechendem Risi-

koverhalten darauf hin, dass Risikofaktoren im engeren Sinne nur längsschnittlich und mit ergänzenden diagnostischen Untersuchungen (z. B. mithilfe der „eating disorder examination“, EDE, Fairburn u. Cooper 1993; vgl. auch Tuschen-Caffier et al. 2005) valide bestimmt werden können. Wesentlich für den Erfolg eines primärpräventiven Programms könnte daher sein, längsschnittliche Forschungser-

gebnisse zu berücksichtigen und gezielt auf solche Faktoren mit einer entsprechenden Intervention zu fokussieren, die sich als besonders potent erwiesen haben. Bei Essstörungen sind dies weibliches Geschlecht, Gewichtssorgen, Diätverhalten, negatives Körperbild und geringe soziale Unterstützung (Jacobi et al. 2004 oder auch Muir et al. 1999).

Erfahrungen mit Programmen, die ausschließlich auf Risikofaktoren fokussierten, führten im Zuge der Entwicklung und Etablierung der Gesundheitsförderung bald zu der Erkenntnis, in neueren Programmen neben der Verringerung von Risikofaktoren auch Schutzfaktoren und Ressourcen von Jugendlichen zu fördern und zu stärken. Moderne Präventionsprogramme beziehen daher sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren ein (Pinquart u. Silbereisen 2004). Schutzfaktoren werden aufseiten des Individuums als sog. personale Ressourcen oder Resilienz und in seiner Umwelt als soziale Ressourcen in Form von Unterstützungssystemen angenommen (Gresko u. Rosenvinge 1998). Ihre Erforschung steht den Erkenntnissen zu Risikofaktoren von Essstörungen in weiten Teilen noch nach. Diskutiert werden positive Entwicklungsbedingungen, die Förderung von Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, ein positives Körperbild und Körpergefühl, Selbstständigkeit, Selbstwirksamkeitserwartung, Setzen und Respektieren von Grenzen, Genussfähigkeit, realistische Selbsteinschätzung sowie Kompetenzen, wie Konfliktfähigkeit, Umgang mit Unsicherheit und Misserfolgen, Medienkompetenz etc. (vgl. Shisslak et al. 1998; Smolak 1999; Stahr et al. 1995). Einige Autoren fassen das Ausbleiben oder die Kehrseite einzelner Risikofaktoren bereits als Schutzfaktoren auf.

Die Erforschung und die angemessene Berücksichtigung von Protektivfaktoren sind wichtige Anliegen der Gesundheitspsychologie. Einzelne Variablen des Prozesses der gesundheitlichen Verhaltensänderung, wie Selbstwirksamkeit oder die Überwindung von Barrieren (vgl. „health action process approach“ nach Schwarzer 1992) werden innerhalb der verschiedenen Projekte z. B. durch Einübung alternativer Verhaltensweisen in Rollenspielen berücksichtigt. Information und Erfahrung (auch im Sinne von Reflexion des eigenen

Verhaltens) sind zwei wesentliche Komponenten der meisten Interventionen. Sie dienen der Einschätzung der eigenen Verwundbarkeit und der Ergebniserwartung und sind somit eine wichtige Voraussetzung für die Änderung gesundheitsbezogenen Verhaltens. Abgeleitet wurden sie u. a. aus dem „Prozessmodell präventiven Handelns“ nach Weinstein (1988) bzw. Schwarzer (1996). Dieses Modell ist, ebenso wie das bereits erwähnte transtheoretische Modell, ein Stufen- oder Stadienmodell der Verhaltensänderung, verzichtet jedoch auf die Festlegung zeitlicher Kriterien. Als relevante Stadien des präventiven Handelns werden hier „Unkenntnis eines Gesundheitsverhaltens“ (Stufe 1), „Kenntnis des Gesundheitsverhaltens“ (Stufe 2), „Entscheidungsprozess“ mit den möglichen Ausgängen „Unentschieden“ (Stufe 3), „Nichthandeln“ (Stufe 4) oder „Handeln“ (Stufe 5) sowie „Handlung“ (Stufe 6) und „Aufrechterhaltung“ (Stufe 7) definiert (vgl. Knoll et al. 2005). Im Sinne des „Prozessmodells präventiven Handelns“ besteht die Aufgabe der Primärprävention darin, Personen durch Aufklärung und Information von Stufe 1 auf die Stufe 2 zu bringen (z. B. durch Information zu den Risiken nichtmedizinisch-indizierter Diäten), um dann den Entscheidungsprozess für ein bestimmtes Gesundheitsverhalten (z. B. Verzicht auf Diäten zugunsten langfristiger Umstellung auf gesunde Ernährung) in Richtung „Handlung“ zu fördern. Sekundär- und Tertiärprävention dienen dann der Aufrechterhaltung dieses Verhaltens.

Mittlerweile gibt es sehr viele verschiedene Ansätze und Projekte zur Primärprävention von Essstörungen. Für einen Überblick erscheint daher eine Betrachtung nach systematischen Unterschieden in der hier vorliegenden Arbeit sinnvoller als eine einfache Auflistung. In **Tab. 1** sind beispielhaft Programme aufgeführt, die sich relativ eindeutig einer der Kategorien „evaluierte Modellprojekte an Schulen“, „Workshops (auch außerschulische)“, „einzelne Unterrichtseinheiten und Projektwochen“ oder „Information und Aufklärung“ zuordnen lassen.

Für die dauerhafte Etablierung werden aus wissenschaftlicher und Nutzersicht heute mindestens zwei Forderungen gestellt:

1. Die Angebote müssen umfassend evaluiert sein (Evaluation der Programmkonzeption, -durchführung und -wirksamkeit, Letztere mit Prä-Post-Kontrollgruppen-Design).
2. Die Nutzer (z. B. Schulen) sollten nicht dauerhaft auf externe Expertise angewiesen sein, um auch jenseits der Laufzeit eines wissenschaftlichen drittmittelgeförderten Projektes (in der Regel wenige Jahre) bestehen zu können.

Um diese Punkte zu verwirklichen, sind langfristige Kooperationen mit Institutionen, wie Ministerien, Kranken- bzw. Gesundheitskassen oder Gesundheitsämtern, wichtig. Im Folgenden wird die Entwicklung von Schulprogrammen skizziert, die diesen Anforderungen genügen.

Systematische Primärprävention an Schulen

Vorläufer schulischer Programme zur Primärprävention stammen aus dem Bereich der allgemeinen Suchtprävention. Hier wurde zunächst auf Wissensvermittlung und sachliche Aufklärung gesetzt. Darüber hinaus sollten Furchtappelle in Form von abschreckenden Inhalten und Bildern Ängste schüren und dadurch gesundheitsgefährdendes oder riskantes Verhalten verhindern. Mit Beginn der systematischen Evaluationsforschung in den 1980er-Jahren wurde jedoch deutlich, dass Wissensvermittlung, Aufklärung und Abschreckung bei Jugendlichen zwar zu Wissenszuwachsen, nicht aber zu den gewünschten Einstellungs- und Verhaltensänderungen führten (zum Stand

der Furchtappellforschung vgl. Barth u. Bengel 1998). Im Hinblick auf Essstörungen wird hierbei v. a. die Konfrontation mit (Bildern von) drastisch abgemagerten Patientinnen diskutiert. Zudem sollte bei der Konzeption eine mögliche Kontraproduktivität bedacht werden. Vor allem bei jungen Mädchen kann die Aufklärung über genaue Techniken des Erbrechens oder der medikamentengestützten „Säuberung“ Reaktanz, Neugier und Nachahmungseffekte provozieren (Carter et al. 1997; Jerusalem 2003).

Auf der Grundlage des Risikofaktorenmodells, das bis in die 1950er-Jahre zurückgeht, entstanden international schulische Präventionsprogramme, wie z. B. „adolescents and eating disorders“ (Gresko u. Rosenvinge 1998), das als erstes unterrichtsbasiertes Programm Norwegens mit dem Hauptziel einer Wissensvermittlung über Erscheinungsformen und langfristige Gesundheitsrisiken von Essstörungen aufklärte. Gresko und Rosenvinge (1998) kamen zu ähnlichen Ergebnissen wie vergleichbare Studien der ersten Generation mit dem Schwerpunkt einer Wissens- und Informationsvermittlung zu Essstörungen. Das Wissen über potenzielle Risikofaktoren und langfristige Konsequenzen hatte keinen Einfluss auf die Inzidenz oder Prävalenz klinisch-manifester Essstörungen. Gesundheitsbezogenes Wissen stellte allenfalls eine Voraussetzung zur richtigen Einschätzung von Risiken dar. Für den begrenzten Erfolg rein wissenschaftlicher Präventionsmaßnahmen sind auch alters- und entwicklungspezifische Charakteristika Jugendlicher verantwortlich, da deren Gesundheitsverhalten oft mehr im Sinne

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Tab. 2 Ablauf des Schulprojektes „PriMa“ zur Primärprävention von Magersucht

t	Projektteil	Zielgruppe	Inhalt	Durchführung
1	Informationsveranstaltung	Lehrerinnen ^a	Vorstellung des Projektes Bewerbungsunterlagen	Projektleiter Mitarbeiter Ministerium
2	Weiterbildung	Lehrerinnen ^a	Eintägige Einführung in das Arbeiten mit den Postern und dem Lehrmanual	Beratungslehrerinnen
3	Auftaktveranstaltung	Eltern, Lehrerinnen ^a	Informations- und Aufklärungsveranstaltung an der jeweiligen Schule	Projektleiter
4	Projektunterricht	Schülerinnen, Lehrerin ^a	9 Einheiten Projektunterricht oder Projektwoche	Projektlehrerin ^a
5	Evaluation und Bericht	Schülerinnen, Lehrerin ^a	Dokumentation des Projektes Auswertung der Forschungsfragebogen	Projektleiter Diplomandinnen

tZeitpunkt
^aAm Pilotprojekt PriMa nahmen nur Lehrerinnen teil. Daher wird hier ausschließlich die weibliche Form verwendet. Grundsätzlich stand die Teilnahme am Projekt aber auch Lehrern offen

eines Sozialverhaltens verstanden werden kann (Jerusalem 2003). Das unter heranwachsenden Mädchen angestrebte Schlankheitsideal wird durch anhaltende mediale Einflüsse gespeist und aufrechterhalten. Ein rein informationsbasierter Aufklärungsunterricht kann daher nicht mit der Bedeutung und Zugehörigkeit zur Peer-Gruppe und der Auseinandersetzung mit aktuellen (Alltags-)Problemen konkurrieren.

Universelle Präventionsprogramme gegen Essstörungen, die spezifische Risikofaktoren und Schutzfaktoren gleichermaßen berücksichtigen, erfüllten trotz konzeptueller Verbesserungen und deren Umsetzung insgesamt dennoch nur mäßig die Erwartungen. Psychoedukative unterrichtsbasierte Präventionsprogramme der zweiten Generation lieferten nur mittlere Effekte des Wissenszuwachses und, nach wie vor, geringe Effekte auf der Ebene von Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Programme ohne psychoedukative Inhalte schnitten in einer Metaanalyse von Stice und Shaw (2004) wesentlich erfolgreicher ab.

Als viel versprechend erwies sich hingegen ein primärpräventiver Ansatz, der den psychosozialen Ansätzen schulischer Gesundheitsförderung zuzurechnen ist. Der Lebenskompetenzansatz („Life-skills-Ansatz“) von Botvin (1988) hat sich in der Suchtprävention zur bisher erfolgreichsten Einzelmaßnahme im schulischen Kontext etabliert und liegt zahlreichen

evaluierten deutschen Programmen zugrunde (Bühlinger u. Bühler 2004). Mittlerweile orientieren sich auch Interventionen im Bereich von Essstörungen an diesem Ansatz (z. B. Berger 2005; Dannigkeit et al. 2005). Der Life-skills-Ansatz fördert allgemeine personale und soziale Lebens- und Bewältigungskompetenzen zur Vorbeugung gesundheitsgefährdenden Verhaltens. Er ist verhaltenstheoretisch ausgerichtet und basiert u. a. auf der sozialkognitiven Lerntheorie Banduras (1986). Im Rahmen von Gruppenarbeiten und -diskussionen werden alterstypische Themen und Konflikte besprochen und erarbeitete Problemlösungsstrategien mithilfe von Rollenspielen eingeübt. Im Vordergrund stehen dabei die persönlichkeitsfördernde Stärkung individueller Lebenskompetenzen zur Konflikt- und Stressbewältigung in Bereichen der Kommunikation, Entscheidungsfindung und Konfliktregulierung sowie der Aufbau von Selbstsicherheit, Selbstvertrauen und Empathie (Jerusalem 2003).

Der Erfolg des Life-skills-Ansatzes regte Konzeptionen weiterer schulischer Präventionsprogramme und damit auch die Entstehung von psychosozialen Mischprogrammen an. Zur differenzierteren Vergleichbarkeit der Programme berücksichtigten Tobler und Stratton (1997) erstmals die Interaktivität von verschiedenen Programmen und konnten in ihrer Metaanalyse zeigen, dass schulische Gesundheitsprogramme mit hohem Interak-

tionsgrad, in denen Teilnehmer mit Verhaltensübungen, Diskussionen, Rollenspielen etc. aktiv in die Programmgestaltung miteinbezogen werden, einen größeren Präventionserfolg erzielten als solche mit geringen oder keinen Interaktionsanteilen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Stice und Shaw (2004), in deren Metaanalyse interaktive Programme solchen mit didaktischem Schwerpunkt überlegen waren. Größere Interventionseffekte erzielten Programme mit mehreren Projekteinheiten („multisession“) im Vergleich zu einmaligen Projekten oder kurzen Projektphasen („single session“). Aktuelle Programme der sog. dritten Generation richten sich mit interaktiven Projekteinheiten gezielt an spezifische Risikogruppen und schnitten als selektive Programme besser als universelle Programme ab. Neuartig sind auch Versuche mit Computer- bzw. Internet-gestützten Präventionsprogrammen (z. B. „student bodies“, Jacobi et al. 2005; vgl. Winzelberg et al. 1998).

Systematische Evaluationen von längerfristigen Präventionsprojekten mit großen Stichproben stammen meist aus den USA. Im deutschsprachigen Raum gibt es bislang nur eine überschaubare Anzahl von wissenschaftlich-konzipierten Präventionsprogrammen gegen Essstörungen. Sie basieren in der Regel auf Forschungsprojekten, die verschiedene Ansätze erprobten. Dazu gehört das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Projekt „Jugend mit Biss“ (Schlevogt 2002). Kern des Projektes war ein Programm, das von 2000–2001 an Frankfurter Schulen durchgeführt wurde. Dabei wurden 12 Unterrichtseinheiten á 90 min realisiert, die aus unterschiedlichen Elementen (Wissensvermittlung, Ernährungsberatung, Selbsterfahrung und externen primär- und sekundärpräventiven Workshops) bestanden. Die Interventionen waren geschlechtsspezifisch, also getrennt für Jungen und Mädchen. Ähnlich konzipiert war eine Intervention von Buddeberg-Fischer (2000), die an Schulen in der Schweiz durchgeführt wurde. Das 1998 mit dem Christina-Barz-Forschungspreis ausgezeichnete Projekt mündete in der ersten deutschsprachigen Buchveröffentlichung zu einem Präventionsprogramm bei Essstö-

Hier steht eine Anzeige.



rungen. Auch dieses Programm bestand aus verschiedenen Elementen (Informationsvermittlung per Dia, Video, Broschüren; Gruppendiskussionen; Klassenpicknick) in Lektionen von insgesamt 3-mal 90 min. In beiden Programmen wurde die Notwendigkeit betont, die Intervention möglichst kurz zu halten, um eine Kollision mit der normalen Unterrichtszeit zu vermeiden. Zudem wollten sich beide vom normalen Schulalltag abheben, d. h. nicht „nur“ Wissen vermitteln. Beim Frankfurter Programm wurde die Möglichkeit zu einer Schulung von Eltern und Lehrern durch das Beratungszentrum offeriert. Bei Buddeberg-Fischer war keine Schulung von Multiplikatoren vorgesehen. Die Interventionen richteten sich ausschließlich an die Schülerinnen und Schüler, jedoch wurde bei den jüngeren Teilnehmern die Anwesenheit der Lehrer als positiv und wünschenswert beschrieben. Beide Projekte konnten positive Effekte auf die Zunahme von Wissen und die Veränderung von Einstellungen bezüglich Körper, Figur und Gewicht nachweisen, jedoch keine Auswirkungen auf das Essverhalten. Sie waren vorrangig als Forschungsprojekte konzipiert und wurden nach dem Ende der Förderungszeit nicht mehr systematisch, sondern als Angebote auf Nachfrage weitergeführt.

Ein Projekt, das konzeptionell bereits auf längerfristige Wirkung zielt, ist der Ansatz von Köster et al. (2001). Die Autorinnen fokussierten in ihrem Vorgehen nicht nur auf Risikofaktoren bezüglich der Entstehung von Essstörungen, sondern bezogen ausdrücklich protektive Faktoren sowie personelle und soziale Ressourcen der Adressaten mit ein (Dannigkeit et al. 2005). Das Programm besteht aus einem fünfstündigen Grundtraining für Schülerinnen und Schüler der 6. Klasse und einem Auffrischungstraining in der 8. Klasse. Inhaltlich werden Schönheitsideale reflektiert, Informationen zu gesundem Essen und Essstörungen vermittelt sowie Problemlösefähigkeiten und soziale Kompetenz trainiert. Es zeigten sich in einem Prä-Post-Kontrollgruppen-Design an 204 Schülerinnen und Schülern sowohl positive Effekte beim Wissenszuwachs als auch langfristige Unterschiede zwischen Projekt-

und Kontrollgruppe hinsichtlich Essverhalten und Selbstwertgefühl.

Unter der Leitung des Autors wird seit September 2004 an mittlerweile 33 Schulen in Thüringen das Projekt „Primärprävention Magersucht für Mädchen ab dem 6. Schuljahr“ (PriMa) durchgeführt. Kernstück des Programms sind vom Projektleiter entwickelte Bildvorlagen (Poster) mit der Barbie-Puppe als zentralem Motiv. Barbie kann als Symbol für Superschlankheit und Schönheit betrachtet werden. Sie ist allgemein bekannt, hat daher ein hohes Potenzial für eine starke Identifikation und unterstreicht die Zielgruppenspezifität des Ansatzes. Für das PriMa-Projekt konnte das Thüringer Kultusministerium als Kooperationspartner gewonnen werden. Das Ministerium stellte für die Durchführung zwei Lehrerinnen ein, die zum einen methodisch-didaktisch beratend tätig sind und zum anderen die Lehrerinnen an den beteiligten Schulen weiterbilden. Das Projekt ist so angelegt, dass die Kompetenz zur Durchführung vollständig in die Hand der Schulen gegeben wird. Der Ablauf der Projektdurchführung ist in **Tab. 2** skizziert.

Das wichtigste Ziel von PriMa ist es, Schülerinnen, Eltern und Lehrerinnen die Kommunikation über Figur, Gewicht, Schönheitsideale, Essverhalten usw. vor dem Hintergrund derselben Diskussionsgrundlage zu erleichtern. Die Mädchen sollen zudem in die Lage versetzt werden, Schwierigkeiten und Probleme bei anderen wahrzunehmen und bereit sein, Hilfe anzubieten sowie andere um Hilfe zu bitten. Langfristig soll durch PriMa das Risiko für die Entstehung einer Magersucht durch ein positiv-verändertes Essverhalten und ein gesteigertes Problembewusstsein gesenkt werden. Zur Evaluation von PriMa wurden u. a. auch standardisierte Instrumente [Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek), Strauß und Richter-Appelt 1996; „kids' eating disorders survey“ (KEDS), Childress et al. 1993; „eating attitudes test“ (EAT-26), Garner u. Garfinkel 1979] eingesetzt (vgl. Berger 2005 sowie Joseph 2006; So-wa 2006; Ziegler 2006). In der Pilotphase wurden 496 Mädchen an 20 Projekt- und 12 Kontrollschulen in die Evaluation einbezogen. Die Ergebnisse zeigen signifikante Verbesserungen beim körperbezo-

genen Selbstwert, beim Wissen über und bei Einstellungen zur Magersucht, bei der Zufriedenheit mit der eigenen Figur und dem (riskanten) Essverhalten. Das Nachfolgeprojekt „Torera“ zur Prävention von Bulimie, Binge eating und Adipositas befindet sich zurzeit in der Pilotphase an 12 Schulen, die bereits das PriMa-Projekt durchlaufen haben. Um die Nachhaltigkeit des Programms zu sichern, wird auch weiterhin eine Evaluation und Qualitätssicherung nach internationalen Standards erfolgen. Hierbei sind nach den Zielsetzungen des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation“ (JCSEE 1994) und der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval 2004) besonders relevant:

- Nützlichkeit („utility“; hier z. B. vergleichbarer Informationsstand aller Beteiligten durch Auftaktveranstaltung, Lehrermanual, Ergebnisbericht),
- Durchführbarkeit („feasibility“; hier z. B. kostenlose Bereitstellung der Materialien für die Schulen durch Kooperation mit dem Kultusministerium und der Krankenkasse),
- Fairness („propriety“; hier z. B. Anonymität der Befragungen) und
- Genauigkeit („accuracy“; hier z. B. Wirkungsnachweis durch Prä-Post-Kontrollgruppen-Studien).

Schlussbemerkungen

Zur Primärprävention von Essstörungen liegen mittlerweile erprobte und evaluierte Programme vor. In dieser Übersicht wurden das Trainingsprogramm von Dannigkeit et al. (2005) bzw. Köster et al. (2001), als Beispiel für ein koedukatives Konzept, und das Projekt PriMa des Autors, das zumindest auf das Bundesland Thüringen bezogen an der Schwelle zu einem flächendeckenden Einsatz steht, hervorgehoben. Die geringe Verbreitung ist bisher das größte Manko der vorhandenen Ansätze, da sich Primärprävention definitionsgemäß an alle Personen mit einem erhöhten Risiko für eine bestimmte Erkrankung richtet. In Bezug auf Essstörungen kann darüber gestritten werden, ob es aus ökonomischer Sicht sinnvoll ist, auch spezielle Präventionsprogramme für Jungen oder ältere Adressaten zu entwi-

ckeln. Sicherlich ist dies wünschenswert und geschieht auch bereits, wenn die Verbreitung von Adipositas und Binge eating als gestörtem Ess- und Bewegungsverhalten mitberücksichtigt wird. Zur Optimierung zukünftiger Präventionsprogramme und ihrer Ergebnisse wird empfohlen, Programme mithilfe der Risikofaktorenforschung noch stärker auf die jeweiligen Zielgruppen zuzuschneiden (Pearson et al. 2002). So gilt z. B. fehlende soziale Unterstützung ab ca. 18 Jahren als potenter Prädiktor für Essstörungen (vgl. Jacobi et al. 2004) und sollte in Programmen für diese Altersgruppe entsprechend berücksichtigt werden. Austin (2000) empfiehlt die stärkere Berücksichtigung proaktiver statt reaktiver Strategien zur Verbesserung der Umweltbedingungen von Jugendlichen. Hierzu zählen die Information und Schulung der Eltern und Lehrer ebenso wie die Nutzung von Transfereffekten zwischen verschiedenen Programmen, vor allem aus den Bereichen Suchtprävention, Gewaltprävention, Partizipation oder Life skills. So sind z. B. der Umgang mit Suizidgedanken sowie das Wahrnehmen und die Kontrolle von Emotionen Aspekte der Sucht- und Gewaltprävention, die auch für die Prävention von Essstörungen relevant sind.

Für den dauerhaften Erfolg der Primärprävention sind zudem die Flankierung mit sekundär- und tertiärpräventiven Angeboten und die Verzahnung von Behandlung und Prävention von entscheidender Bedeutung. Reich et al. (2005) decken in ihrer Bedarfsanalyse eklatante Versorgungslücken im Bereich der Essstörungen auf, die noch drastischer werden, wenn die mittlerweile gängige Praxis des Rückzugs der Kommunen und Krankenkassen aus Beratung und Prävention bedacht wird. Vielfach scheinen die Gründung und die Aktivität von Vereinen (s.z.B. Frankfurter Zentrum für Essstörungen e.V., Mädchenhaus Heidelberg e.V. oder Thüringer Ess-Störungsinitiative e.V.) der einzig gangbare Weg zur Schaffung von nichttherapeutischen Hilfsangeboten bei Essstörungen zu sein. Vereine sind jedoch unkalkulierbar von Mitgliedschaften, Sponsoren und ehrenamtlichem Engagement abhängig und können daher nicht verlässlich sowie dauerhaft Aufgaben des Gesundheitssystems

ersetzen. Wünschenswert und notwendig ist auch bei Essstörungen eine professionelle Begleitung (potenziell) Betroffener („case management“). Gerade bei Essstörungen zeigt sich, dass jenseits der klinischen Störungsbilder und des daraus resultierenden therapeutischen Bedarfes die subklinischen Ausprägungen zu einem erheblichen Leidensdruck und damit einem Hilfebedürfnis bei den Betroffenen führen. Dauernde Gewichtsorgen, ständig gezügeltes Essen mit Heißhungeranfällen, unerträgliche Hänseleien durch Gleichaltrige usw. sind Zustände, denen auf jeden Fall begegnet werden sollte, auch wenn sie (noch) keine Krankheit nach den klinischen Klassifikationssystemen [International Classification of Diseases- (ICD-)10 oder Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- (DSM-)IV] darstellen.

Fazit für die Praxis

Prävention im Sinne der Erhöhung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hat hier ein hervorragendes Betätigungsfeld. Dies setzt allerdings voraus, dass der eingeschlagene Weg der Qualitätssicherung und umfassenden Evaluation der entwickelten Interventionen konsequent fortgesetzt wird. Ob das Ziel der Absenkung der Prävalenzraten von Essstörungen tatsächlich erreicht wird, kann nur durch längsschnittliche Studien geprüft werden, die in der Regel den Rahmen von Pilot- und Forschungsprojekten sprengen. Hier sind vielmehr dauerhafte Kooperationen zwischen Forschungsinstitutionen und kommunalen sowie politischen Entscheidungsträgern und Institutionen notwendig, um die Nachhaltigkeit der Programme zu sichern (vgl. auch Greenberg 2004).

Korrespondierender Autor

Dr. Uwe Berger

Institut für Medizinische Psychologie,
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität,
Steubenstr. 2, 07740 Jena
uwe.berger@uni-jena.de

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

- Aschenbrenner K (2002) Subklinische Essstörungen bei Schülern und Studenten – Epidemiologie, Symptomatik, Prädiktoren für ein gestörtes Essverhalten. Dissertation, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität, Jena
- Aschenbrenner K, Aschenbrenner F, Kirchmann H, Strauß B (2004) Störungen des Essverhaltens bei Gymnasiasten und Studenten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 6: 259–263
- Austin SB (2000) Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychol Med* 30: 1249–1262
- Bandura A (1986) Social foundations of thought and action: a cognitive social theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ
- Barth J, Bengel J (1998) Prävention durch Angst? Stand der Furchtappellforschung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), Köln
- Bauer S, Percevic R, Okon E et al. (2003) Use of text messaging in the aftercare of patients with bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 11: 279–290
- Berger U (2004) Sozialpsychologische Modelle. In: Strauß B, Berger U, Brähler E, Trotschke J von (Hrsg) Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Hogrefe, Göttingen, S 95–108
- Berger U (2005) PriMa: Primär-Prävention Magersucht für Mädchen ab dem 6. Schuljahr – Evaluation der Durchführung und Wirkung des Projektunterrichts im Schuljahr 2004/2005. Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (ThLLM), Bad Berka
- Berger U, Schilke C, Strauß B (2005) Gewichtsorgen und Diätverhalten bei Kindern in der 3. und 4. Klasse. *Psychother Psychosom Med Psychol* 7: 331–338
- Bonetti M, Francke A, Levsen M (1998) Dünn und dann? – Ein Arbeitshandbuch rund um Essen und Schönheit für Mädchen ab 10. Zentralstelle für Suchtvorbeugung, Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein, Kiel
- Botvin J (1988) Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In: Price R, Cowen E, Lorion R, Ramos-McKay J (eds) Fourteen ounces of prevention. American Psychological Association, Washington DC, pp 98–110
- Buddeberg-Fischer A (2000) Früherkennung und Prävention von Essstörungen – Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Schattauer, Stuttgart
- Bühringer G, Bühler A (2004) Prävention von Depression und Sucht. In Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Huber, Göttingen, S 179–189
- Carter JC, Stewart DA, Dunn VJ, Fairburn CG (1997) Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *Int J Eat Disord* 22: 167–172
- Childress AC, Brewerton TD, Hodges EL, Jarrell MP (1993) The Kids' Eating Disorders Survey (KEDS): a study of middle school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 843–850
- Dannigkeit N, Köster G, Tuschen-Caffier B (2005) Ist primäre Prävention von Essstörungen langfristig wirksam? Ergebnisse der Evaluation eines Trainingsprogramms an Schulen. *Z Gesundheitspsychol* 13: 79–91
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation (2004) Empfehlungen zur Anwendung der Standards für Evaluation im Handlungsfeld der Selbstevaluation. DeGeva e. V., Alfter
- Fairburn CG (2004) Ess-Attacken stoppen – Ein Selbsthilfeprogramm. Huber, Bern

- Fairburn CG, Cooper PJ (1993) The eating disorder examination, 12th edn. In: Fairburn CG, Wilson GT (eds) *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. Guilford Press, New York, pp 317–360
- Garner DM, Garfinkel PE (1979) The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9: 273–29
- Geissner E (2005) Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen bei Essstörungen. *Z Gesundheitspsychol* 13: 41–43
- Gerlinghoff M, Backmund H (2000) *Was sind Essstörungen?* Beltz, Weinheim
- Gerlinghoff M, Mai N (2003) *Was sind Essstörungen? Diagnose – Therapie – Vorbeugung*. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz (Hrsg), Hemsbach
- Gerlinghoff M, Backmund H, Mai N (1993) *Magersucht und Bulimie – Verstehen und bewältigen*. Beltz, Weinheim
- Greenberg MT (2004) Current and future challenges in school-based prevention: the researcher perspective. *Prev Sci* 5: 5–13
- Gresko RB, Rosenvinge JH (1998) The Norwegian school based prevention programme for eating disorders – Development and evaluation. In: Vandereycken W, Noordenbos G (eds) *The prevention of eating disorders*. Athlone Press, London, pp 75–98
- Hafermann S (2004) *Entwicklung, Durchführung und Evaluierung eines primären Präventionsprogramms für Essstörungen bei Schülerinnen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Friedrich-Schiller-Universität, Jena
- Hagel J (2004) *Die Nutzung des Short Message Service in der poststationären Betreuung von Patientinnen mit Bulimia nervosa: Eine Pilotstudie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen
- Hilbert A (2000) *Körperbild bei Frauen mit „Binge-Eating-Störung“*. Dissertation, Philipps-Universität, Marburg
- Jacobi C, Abascal L, Taylor CB (2004) Screening for eating disorders and high-risk behavior: Caution. *Int J Eat Disord* 36: 280–295
- Jacobi C, Hayward C, Zwaan M de et al. (2004) Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull* 130: 19–65
- Jacobi C, Paul T, Thiel A (2004) *Essstörungen*. Hogrefe, Göttingen
- Jacobi C, Morris L, Bronisch-Holtze J, Winter J et al. (2005) Reduktion von Risikofaktoren für gestörtes Essverhalten: Adaptation und erste Ergebnisse eines internetgestützten Präventionsprogramms. *Z Gesundheitspsychol* 13 (2): 92–101
- Janssen PL, Senf W, Meermann R (1997) *Klinik der Essstörungen: Magersucht und Bulimie*. Fischer, Stuttgart
- Jerusalem M (2003) *Prävention in Schulen*. In: Jerusalem M, Weber H (Hrsg) *Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Prävention*. Hogrefe, Göttingen
- Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (1994) *The program evaluation standards*, 2nd edn. Sage, Beverly Hills, CA
- Joseph A (2006) *Evaluation der Programmwirkung einer primär-präventiven Intervention gegen Magersucht*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Friedrich-Schiller-Universität, Jena
- Keller S (Hrsg) (1999) *Motivation zur Verhaltensänderung – Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Lambertus, Freiburg
- Knoll N, Scholz U, Rieckmann N (2005) *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Reinhardt, Stuttgart
- Köster G, Dannigkeit N, Tuschen-Caffier B (2001) *Prävention von Essstörungen*. *Z Gesundheitspsychol* 9(4): 147–157
- Levine MP, Smolak L (1998) The mass media and disordered eating: Implications for primary prevention. In: Vandereycken W, Noordenbos G (eds) *The prevention of eating disorders*. Athlone Press, London, pp 23–56
- Muir SL, Wertheim EH, Paxton SJ (1999) Adolescent girls' first diets: triggers and the role of multiple dimensions of self-concept. *Eat Disord J Treat Prevent* 7: 259–270
- Pearson J, Goldklang D, Striegel-Moore RH (2002) Prevention of eating disorders: challenges and opportunities. *Int J Eat Disord* 31: 233–239
- Pinquart M, Silbereisen RK (2004) Human development in times of social change: theoretical considerations and research needs. *Int J Behav Dev* 28: 289–298
- Prochaska JO, Clemente CC di, Norcross JC (1992) In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47: 1102–1114
- Raabe K (2005) *Mädchenspezifische Prävention von Essstörungen*. Schneider, Baltmannsweiler
- Reich G, Götz-Kühne C, Killius U (2004) *Essstörungen – Magersucht, Bulimie, Binge Eating, Trias*. Stuttgart
- Reich G, Witte-Lakemann G, Killius U (2005) *Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schlevogt V (2002) *Präventionsprojekt „Jugend mit Biss“*. Frankfurter Zentrum für Essstörungen, Frankfurt
- Schwarzer R (1992) Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model. In: Schwarzer S (Hrsg) *Self-efficacy. Thought control of action*. Hemisphere, Washington, pp 217–243
- Schwarzer R (1996) *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Schweiger U, Peters A, Sipos V (2003) *Essstörungen*. Thieme, Stuttgart
- Shisslak CM, Crago M, Renger R, Clark-Wagner A (1998) Self-esteem and the prevention of eating disorders. *Eat Disord J Treat Prevent* 6: 105–117
- Sipos V, Schweiger U (2003) *Psychologische Therapie von Essstörungen*. Pabst, Lengerich
- Smolak L (1999) Elementary school curricula for the primary prevention of eating problems. In: Piran N, Levine MP, Steiner-Adair C (eds) *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges*. Brunner/Mazel, Philadelphia, PA, pp 85–104
- Sowa M (2006) *Längerfristige Effekte der Programmwirkung des Schulprojektes PriMa zur Primärprävention von Magersucht*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität, Jena
- Stahr I, Barb-Priebe I, Schulz E (1995) *Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. Juventa, Weinheim
- Stice E, Shaw H (2004) Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 130: 206–27
- Strauß B, Richter-Appelt H (1996) Ein Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (Testmappe). Göttingen, Hogrefe
- Tobler NS, Stratton HS (1997) Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta analysis of the research. *J Prim Prevent* 18: 71–128
- Tuschen-Caffier B, Pook M, Hilbert A (2005) *Diagnostik von Essstörungen und Adipositas*. Hogrefe, Göttingen
- Weinstein ND (1988) The precaution adoption process. *Health Psychol* 7: 355–386
- Winzelberg AJ, Taylor CB, Sharpe T et al. (1998) Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *Int J Eat Disord* 24: 339–349
- Ziegler P (2006) *Evaluation des Programms PriMa zur Primärprävention von Magersucht an Thüringer Schulen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Friedrich-Schiller-Universität, Jena