

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

**Bekanntheit der Binge-Eating-Störung unter den Studierenden der HAW Hamburg
und Rückschlüsse auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen –
Eine quantitative Befragung**

Bachelorarbeit
im Studiengang Ökotrophologie

Vorgelegt von

Kristina Samira Große



Ort und Datum der Abgabe: Hamburg, 23.02.2023

1. Gutachterin: Prof. Dr. Johanna Buchcik (HAW Hamburg)
2. Gutachterin: Prof. Dr. med. Nina Riedel (HAW Hamburg)

Danksagung

An dieser Stelle bedanke ich mich bei allen Personen, die mich während der Vorbereitung und Erstellung dieser Bachelorarbeit unterstützt und motiviert haben.

Zuerst bedanke ich mich bei Frau Prof. Dr. Johanna Buchcik, die die Betreuung meiner Bachelorarbeit übernommen hat. Ich bedanke mich für die wertvolle Unterstützung bei der Themenwahl, die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik während der Anfertigung dieser Arbeit.

Ein großer Dank gilt der Informationsbereitschaft aller Kommiliton:innen, die an meiner Befragung teilgenommen haben. Ohne ihre Teilnahme hätte diese Arbeit nicht entstehen können.

Zudem bedanke ich mich herzlich bei meiner sehr guten Freundin, Christina Abdulahad, die mir während der Erstellung der Bachelorarbeit mit viel Geduld und Hilfsbereitschaft zur Seite stand. Ich bedanke mich insbesondere für die Tipps zur Erstellung dieser Arbeit und das Korrekturlesen.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Oma, die mir in jeder Lebensphase und besonders während des Studiums beistand, die mich immer wieder motivierte nicht aufzugeben und die mir eine riesige Stütze bei der Erstellung dieser Arbeit war. Meine Oma mit dieser Arbeit und dem Studienabschluss stolz zu machen war das, was mich motivierte, nicht aufzugeben. In diesem Moment, während diese Worte verfasst werden, wird meine Oma aufgrund mehrerer Schicksalsschläge nicht in der Lage sein, diese Arbeit oder den Studienabschluss gebührend mit mir zu zelebrieren. Aus diesen Gründen danke ich meiner Oma vom ganzen Herzen und widme ihr hiermit diese Arbeit.

Abschließend bedanke ich mich herzlich bei meinem Partner, der mir, in der bislang schwersten Phase meines Lebens, so selbstlos beistand und alles Erdenkliche getan hat, um mich in dieser prägenden Zeit zu unterstützen.

Kristina Samira Große

Hamburg, 23.02.2023

Zusammenfassung/Abstract

Die vorliegende Arbeit erforschte den Bekanntheitsgrad verschiedener Essstörungen, insbesondere der Binge-Eating-Störung, unter den Studierenden der HAW Hamburg und zog Rückschlüsse auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen. Dabei handelte es sich um eine quantitative Ausarbeitung im Querschnitt. Die hier genutzte Stichprobe wurde im Rahmen einer Online-Befragung mittels E-Mail-Verteiler rekrutiert und zu den Bereichen Essen, Essgewohnheiten, Essstörungen und Primärpräventionsmaßnahmen befragt. Die Datenanalyse zeigte, dass keine gesicherte Aussage zum Bekanntheitsgrad der Binge-Eating-Störung unter den Studierenden der HAW Hamburg getroffen werden kann, da dieser je nach Betrachtungsfaktor variiert. Es wird jedoch in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass der Bekanntheitsgrad der Binge-Eating-Störung im Vergleich zu anderen Essstörungen, nicht defizitär ist. Die Datenanalyse zeigte auch, dass die Bekanntheit der Binge-Eating-Störung und der Anorexia Nervosa signifikant mit dem Studium korrelieren. Ein Zusammenhang zur Bulimia Nervosa zum Studium konnte nicht festgestellt werden. Ein wesentlicher Rückschluss auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen, der anhand der Befragungsergebnisse gezogen werden konnte, ist, dass Studierende sowohl Interesse an Präsenzprogrammen als auch an internetgestützten Programmen aufweisen. Dies lässt darauf schließen, dass in Zukunft die Konzeption eines auf den Vorstellungen der Studierenden angepassten Kombinationsprogrammes aus Präsenz- und Online-Anteilen sinnvoll sein könnte.

This Bachelorthesis researched the degree of awareness of various eating disorders, in particular of the binge-eating-disorder among students at the university of applied sciences Hamburg and drew conclusions on the planning of primary preventive measures. This was researched in a cross-sectional quantitative elaboration. The sample used here was recruited as part of an online survey using an e-mail distribution list and was asked about food, eating habits, eating disorders and primary prevention measures. The data analysis showed that no reliable statement can be made about the degree of awareness of the binge-eating-disorder among the students, as this varies depending on the consideration factor. However, it is assumed that the level of awareness of the binge-eating-disorder is not deficient in comparison to other eating disorders. Data analysis also showed that awareness of binge eating disorder and anorexia nervosa correlated significantly with studying. A correlation between bulimia nervosa and studying could not be determined. An essential conclusion on planning of primary prevention measures is that students are interested in face-to-face-programs as well as in internet-based-programs. This suggests that the conception of a combined program of face-to-face-parts and online-parts adapted to the ideas of the students could be useful in the future.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung/Abstract	III
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
1.1 Problembeschreibung.....	1
1.2 Forschungsfragen und Forschungsziel	2
2 Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Binge-Eating-Störung.....	4
2.1.1 Definition und Diagnosekriterien.....	4
2.1.2 Prävalenz	6
2.1.3 Ätiologie.....	6
2.1.4 Folgen und Komorbiditäten.....	9
2.2 Primärprävention.....	12
2.2.1 Abgrenzung der verschiedenen Präventionsarten	12
2.2.2 Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen	12
3 Methodik	16
3.1 Studiendesign	16
3.2 Erhebungsinstrument.....	16
3.3 Rekrutierung der Teilnehmenden.....	18
3.4 Datenerhebung und Datenauswertung.....	18
4 Ergebnisse	20
4.1 Deskriptive Beschreibung der Stichprobenmerkmale	20
4.2 Deskriptive Beschreibung des Blocks Essen/Esstörungen	21
4.2.1 Beschreibung des Verständnisses über Essstörungen	21
4.2.2 Beschreibung der Aspekte des Essens und der Essgewohnheiten.....	23
4.2.3 Beschreibung der Bekanntheitsgrade von Essstörungen	24
4.2.4 Beschreibung der Wissensherkunft, der Informationsbeschaffung und der Informationsqualität über Essstörungen	26
4.3 Deskriptive Beschreibung des Blocks Primärprävention	29
4.4 Deskriptive Beschreibung der Korrelationen	33
5 Diskussion	36
5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse.....	36
5.2 Rückschlüsse auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen	42
5.3 Limitationen	43
6 Schlussfolgerung	46

6.1	Fazit.....	46
6.2	Ausblick	46
7	Literaturverzeichnis.....	48
	Anhang 1: E-Mail-Verkehr zur Anforderung des Torera-Passwortes.....	58
	Anhang 2: Fragebogen	59
	Anhang 3: Freitextantwort-Klassifikation.....	67
	Anhang 4: Übersicht aller teilnehmenden Studiengänge	68
	Anhang 5: Diagnosekriterien der “Binge-Eating“-Störung nach DSM-IV	71
	Eidesstattliche Erklärung.....	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur der Primärpräventionsmaßnahmen	31
Abbildung 2: Aspekte der Primärpräventionsmaßnahmen	32
Abbildung 3: Möglicher Teufelskreis einer Binge-Eating-Störung, vereinfacht dargestellt.....	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnosekriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-5	5
Tabelle 2: Verständnis über Essstörungen, n = 527, Mehrfachnennungen möglich	22
Tabelle 3: Aspekte an Essen/Essgewohnheiten, n = 527, Mehrfachnennungen möglich	24
Tabelle 4: Bekanntheitsgrade von Essstörungen mit n = 527, Mehrfachnennungen möglich	25
Tabelle 5: Gegenüberstellung der beiden Antwortfelder 1 und 2 zur Fragestellung „Was verstehst du unter dem Begriff „Binge-Eating“?“, n = 527.....	26
Tabelle 6: Herkunft des Wissens über Essstörungen, n = 505, Mehrfachnennungen möglich	27
Tabelle 7: Informationsbeschaffung über Essstörungen, n = 505, Mehrfachnennungen möglich ...	28
Tabelle 8: Abfrage Präventionsarten, n = 527, Mehrfachnennungen möglich.....	30
Tabelle 9: Ergebnisse der Korrelationsanalysen zur Bezugsvariable "Bekanntheit der BES"	33
Tabelle 10: Ergebnisse der Korrelationsanalysen zu den Variablen "Bekanntheit der AN" und "Bekanntheit der BN".....	35

Abkürzungsverzeichnis

AN	Anorexia Nervosa
APA	American Psychiatric Association
BES/BED	Binge-Eating-Störung/Binge-Eating-Disorder
BMI	Body-Mass-Index
BN	Bulimia Nervosa
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage.
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage.
EDNOS	Eating Disorder not Otherwise Specified
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
OSFED	Other Specified Feeding or Eating Disorders
UFED	Unspecified Feeding or Eating Disorders
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Essstörungen werden laut Klassifikationssystem für psychische Störungen, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (engl.: American Psychiatric Association; APA) zu den psychischen Erkrankungen gezählt (American Psychiatric Association, 2013).

Die drei Haupt-Esstörungen gemäß DSM-5 Klassifizierung, sind die Anorexia Nervosa (AN)/Anorexie/Magersucht, die Bulimia Nervosa (BN)/Bulimie/Ess-Brech-Sucht und die Binge-Eating-Störung (BES)/Esssucht, die erst seit 2013 als eigene Essstörung definiert ist. Weitere definierte Essstörungen sind die Pica, Ruminationsstörungen und Störungen mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme. Darüber hinaus werden im DSM-5 zwei weitere Kategorien aufgeführt – die Kategorie der anderen näher bezeichneten Fütter- oder Essstörungen (engl.: Other Specified Feeding or Eating Disorders, OSFED) und die Kategorie der nicht näher bezeichneten Fütter- oder Essstörungen (engl.: Unspecified Feeding or Eating Disorders, UFED), denen Essstörungen zugeordnet werden, die anhand der vorliegenden Symptome nicht den definierten Essstörungen zugeordnet werden können (American Psychiatric Association, 2013).

Auch, wenn immer mehr Männer in den Fokus von Essstörungen gelangen, sind Frauen das dominierende Geschlecht, das von Essstörungen betroffen ist, da besonders Frauen unter anderem einem enormen gesellschaftlichen Druck unterliegen, einem bestimmten über die Medien kommunizierten Schönheitsideal zu entsprechen (Schmidt-Semisch & Schorb, 2008).

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) ist die AN die bekannteste Essstörung, wohingegen die BES die Essstörung ist, die am häufigsten auftritt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), o. J.). Die Hauptmerkmale, die eine BES kennzeichnen, sind immer wiederkehrende Essanfälle, in denen Betroffene ein Gefühl des Kontrollverlustes über ihr Essverhalten erleben. Sie nehmen innerhalb kürzester Zeit große Nahrungsmengen zu sich – ein Kompensationsverhalten, um den Überschuss an zugeführter Energie wieder auszugleichen, bleibt in der Regel aus (American Psychiatric Association, 2013).

Problematisch bei der BES ist, dass die Ätiologie, die Folgen und die Komorbiditäten sehr weitreichend sind und in verschiedensten Lebensbereichen einschneidend wirken können. Aus der psychischen Störung, der Essstörung, können demnach weitere sowohl psychische als auch physische, soziale und ökonomische Probleme resultieren (vgl. Kap. 2.1.3 und 2.1.4), was den Leidenszustand der Betroffenen, die ohnehin unter der Essstörung leiden, weiter verschlechtern kann (Kessler et al., 2013).

Zur Primärprävention genau dieser Problematiken wurden bereits einige Präventionsprogramme für Essstörungen evaluiert, dessen Wirksamkeiten jedoch von mehreren Faktoren abhängen (vgl. Kap. 2.2.1). Die Einführung von präventiven Programmen in Schulen erfolgt auf Eigeninitiative (Schwedes, 2009), sie sind bundesweit kein fester Bestandteil der schulischen Bildungspläne (Hartmann, o. J.). Die Schule gewährleistet – aufgrund der Schulpflicht – jedoch, „dass die gesamte Alterskohorte zwischen dem 6. und 15. Lebensjahr das staatliche Bildungsangebot [(das Präventionsprogramm), Anm. d. Verf.] wahrnimmt“ (Schwedes, 2009, S. 8), weshalb die Primärprävention der BES bereits in den Schulen von Bedeutung sein könnte.

Problematisch bei der Prävention von Essstörungen könnte sein, dass Kinder im jungen Alter noch nichts über Essstörungen wissen, sie jedoch durch bspw. schulische Maßnahmen auf Essstörungen aufmerksam gemacht werden und sie Anreize bekommen essstörungsspezifische Verhaltensweisen auszuprobieren (Sonnenmoser, 2006).

1.2 Forschungsfragen und Forschungsziel

Die BES ist erst seit 2013 als eigene Esssörung im DSM-5 definiert, wohingegen die AN und die BN bereits seit 1994 im DSM-IV als eigene Essstörungen definiert sind (American Psychiatric Association, 1994). Wie auch Agüera et al. (2021, S. 63) mit ihrer Aussage „[...] although BED has been a nosological entity since 2013 with the publication of DSM-5, it is still an unknown disorder.“ behaupten, wird demnach in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass die Bekanntheit der BES geringer ist als die von anderen Essstörungen. Insgesamt liegen bislang keine Erhebungen/Daten zum Bekanntheitsgrad der BES vor. Was Adler et al. (1994) jedoch herausfanden ist, dass ein höherer Bildungsgrad mit einem besseren Gesundheitsbewusstsein und einem besseren gesundheitsbezogenen Wissen korreliert, weshalb das Ziel der Arbeit ist, die Bekanntheit der BES unter den Studierenden der HAW Hamburg abzubilden.

Ausgehend von der Annahme, dass der Bekanntheitsgrad der Binge-Eating-Störung defizitär ist, soll mittels quantitativer Befragung der Bekanntheitsgrad der Binge-Eating-Störung unter den Studierenden der HAW Hamburg ermittelt werden. Die Fragestellung dazu lautet:

- Wie bekannt ist die Binge-Eating-Störung unter den Studierenden der HAW Hamburg und was verstehen die Studierenden unter dem Begriff „Binge-Eating“?

Zudem soll ermittelt werden, welche Aspekte an Primärpräventionsmaßnahmen die Studierenden selbst als wichtig erachten. Mit den Erkenntnissen sollen Rückschlüsse auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen gezogen werden. Die Fragestellung hierzu lautet:

- Welche Aspekte an Primärpräventionsmaßnahmen werden von den Studierenden der HAW Hamburg als wichtig erachtet?

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde die vorliegende Arbeit in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil beschäftigt sich mit den theoretischen Hintergründen der BES und der Primärprävention, welche mittels Literaturrecherche erarbeitet wurden. Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit einer selbst durchgeführten Befragung von Studierenden der HAW Hamburg. Die Ergebnisse der Befragung wurden analysiert und anschließend einer Diskussion unterzogen, welche die erhobenen Daten mit Bezug auf den bisherigen Forschungsstand interpretieren soll.

2 Theoretischer Hintergrund

Zunächst wird der theoretische Hintergrund der vorliegenden Arbeit dargestellt. Dieser gliedert sich in die zwei Teile BES und Primärprävention.

2.1 Binge-Eating-Störung

2.1.1 Definition und Diagnosekriterien

Wie bereits in Kap. 1.1 definiert, sind die Hauptmerkmale, der BES die immer wiederkehrenden Essanfälle, in denen Betroffene ein Gefühl des Kontrollverlustes über ihr Essverhalten erleben. Sie nehmen innerhalb kürzester Zeit große Nahrungsmengen zu sich, wobei ein Kompensationsverhalten ausbleibt (American Psychiatric Association, 2013).

In der Tab. 1 sind die Kriterien aufgelistet, die laut DSM-5 erfüllt sein müssen, um eine BES diagnostizieren zu können.

Tabelle 1: Diagnosekriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-5

Kriterium	Spezifische Definitionen für jedes Kriterium
A	Wiederkehrende Essanfälle. Eine Episode von Binge-Eating ist durch die beiden folgenden Merkmale gekennzeichnet: <ol style="list-style-type: none"> 1. Essen einer Menge an Nahrung in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. innerhalb von 2 Stunden), die definitiv größer ist, als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden. 2. Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was oder wie viel man isst).
B	Binge-Eating-Episoden sind mit drei (oder mehr) der folgenden Symptome assoziiert: <ol style="list-style-type: none"> 1. Wesentlich schnelleres Essen als normal. 2. Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl. 3. Essen großer Nahrungsmengen ohne physisches Hungergefühl. 4. Allein essen, weil es einem peinlich ist, wie viel man isst. 5. Gefühl von Ekel vor sich selbst, depressiv, oder sehr schuldig danach.
C	Ausgeprägtes Leiden in Bezug auf Binge-Eating ist vorhanden.
D	Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens 1 Tag pro Woche für 3 Monate auf.
E	Die Essanfälle sind nicht mit der regelmäßigen Anwendung unangemessener Kompensationsverhalten (z. B. Abführmittel, Fasten, exzessiver Bewegung) verbunden und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.
Schweregrad-einstufung	Leicht: 1 bis 3 Episoden pro Woche Moderat: 4 bis 7 Episoden pro Woche Schwer: 8 bis 13 Episoden pro Woche Extrem: 14 oder mehr Episoden pro Woche

Anmerkung. Adaptiert aus Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. – 5th ed., American Psychiatric Association (Hrsg.), 2013, S. 350.

Eine Kaloriengrenze, für die genannten Essanfälle, ist weder im DSM-IV noch im DSM-5 definiert, diese liegt laut einer Untersuchung von Wolfe et al. (2009) zwischen 2000-5000 Kalorien, kann jedoch auch deutlich höher oder niedriger ausfallen.

2.1.2 Prävalenz

Die Prävalenz der BES ist nicht eindeutig geklärt, da in verschiedenen Untersuchungen nach unterschiedlichen Bezugsgrößen wie dem Alter, dem Geschlecht oder dem betrachteten Zeitraum (z.B. Lebenszeitprävalenz oder 12-Monats-Prävalenz) untersucht wird (Bohon, 2019).

Eine Meta-Analyse von Qian et al. (2022) hingegen, liefert ein Update über die Prävalenz von Essstörungen in der Gesamtbevölkerung und in einzelnen Regionen (Südkorea, China, Westeuropa (einschließlich Deutschland) und Amerika). Laut Qian et al. (2022) beträgt die Lebenszeitprävalenz von Essstörungen in Westeuropa rund 1,89 %. Die AN weist in Westeuropa eine Prävalenz von 0,42 % auf, wohingegen die Prävalenzen bei der BN mit 1,02 % und der BES mit 1,57 % deutlich höher liegen. Es wird deutlich, dass die Prävalenz der BES mit 1,57 % die höchste ist. Ebenfalls wird in dieser Veröffentlichung der Anteil von Frauen und Männern dargestellt, die unter einer BES leiden. Dieser liegt in der Allgemeinbevölkerung für die Frauen bei 2,42 % und für Männer bei 1,17 %. Es erkranken also mehr als doppelt so viele Frauen als Männer an der BES, was im Vergleich zu den anderen Essstörungen AN und BN jedoch einen großen Anteil an erkrankten Männern darstellt. Das Verhältnis von Frauen zu Männern liegt für die BN bei 3:1 und für die AN bei rund 15:1 (Qian et al., 2022).

Der Störungsbeginn der BES liegt weltweit, laut einer aktuellen Meta-Analyse von Solmi et al. (2022), im Median bei 20 Jahren, der Gipfel des Störungsbeginns liegt bei 19,5 Jahren. Prozentual gesehen erkranken 12,3 % bis zum 14. Lebensjahr, 34,5 % bis zum 18. Lebensjahr und 73,5 % bis zum 25. Lebensjahr (Solmi et al., 2022).

2.1.3 Ätiologie

Die Störungsentstehung ist multifaktoriell bedingt, sie ist demnach nicht auf einen einzigen Faktor zurückzuführen, sondern basiert auf einem komplexen System von prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren, die sich nicht klar voneinander abgrenzen lassen. Sie können sich gegenseitig beeinflussen und zur Störungsentstehung beitragen (Munsch, 2003, zitiert nach Herpertz et al., 2015). Die Ätiologie lässt sich grob in die individuellen und die umweltbedingten Risikofaktoren unterteilen.

2.1.3.1 Individuelle Risikofaktoren

Die individuellen Risikofaktoren setzen am Individuum an. Es handelt sich dabei um persönliche und individuelle Aspekte einer Störungsentstehung. Dazu zählen unter anderem biologisch-genetische Risikofaktoren, psychische und persönliche Risikofaktoren, neuropsychologische Risikofaktoren und verhaltensbedingte Risikofaktoren (Agüera et al., 2021).

Einen biologisch-genetischen Risikofaktor könnten bspw. Veränderungen des dopaminergen Reaktionssystems darstellen. Dopamin scheint aufgrund seiner Beziehung zum Belohnungssystem von

den Hormonen die wichtigsten Beiträge zur Entstehung einer BES zu leisten (Davis et al., 2012; R. M. Kessler et al., 2016) und auch Serotonin könnte einen Risikofaktor bei der Entstehung einer BES darstellen, da ein erniedrigter Serotoninspiegel auf ein ausgeprägteres Hungergefühl schließen könnte, das mit einer erhöhten Nahrungsaufnahme assoziiert wird (Kuikka et al., 2001). Die Störung per se ist zwei Untersuchungen zufolge mit 41-57 % mäßig vererbbar (Javaras et al., 2008; Reichborn-Kjennerud et al., 2004).

Auf psychischer Ebene haben sich eine negative Selbsteinschätzung (Fairburn et al., 1998), ein geringes Selbstwertgefühl (Goldschmidt et al., 2014), die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (Sehm & Warschburger, 2015), negative Affekte, aber auch Perfektionismus (Striegel-Moore et al., 2005) als Faktoren erwiesen, die zur Störungsentstehung beitragen können. Laut Sehm & Warschburger (2015) kann auch der Mangel am interozeptiven Bewusstsein einen Einfluss auf die Störungsentstehung haben. Unter dem interozeptiven Bewusstsein/der interozeptiven Sensibilität wird die Wahrnehmung körpereigener Empfindungen, wie bspw. dem Herzschlag, verstanden (Domschke et al., 2010). Persönlichkeitsmerkmale wie eine hohe Impulsivität oder das stetige Suchen nach Sensationen und Erlebnissen werden ebenfalls mit der Entstehung einer BES in Verbindung gebracht (Farstad, McGeown & Ranson, 2016 zitiert nach Agüera et al., 2021). Die hohe Komplexität der BES macht es möglich, dass höchst gegensätzliche Eigenschaften und Merkmale die Störungsentstehung begünstigen können, demnach haben sich sowohl eine hohe Impulsivität als auch der Neurotizismus als begünstigend in der Entstehung der BES erwiesen (Lee-Winn et al., 2016). Unter dem Neurotizismus wird laut Allport (1966) unter anderem eine Veranlagung zu negativer Emotionalität, Anspannung und Angst verstanden.

Ebenfalls können Neuropsychologische Risikofaktoren einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der BES haben. Betroffene weisen Einschränkungen der kognitive Prozesse, vor allem der exekutiven Funktionen auf, die an der Bildung zielgerichteter Verhaltensweisen beteiligt sind (Lezak, 2012 zitiert nach Agüera et al., 2021). Zu den exekutiven Funktionen des Hirns, die bei BES-Betroffenen eingeschränkt sind, zählen laut verschiedener Untersuchungen bspw. die Fähigkeit, unterbewusst die Aufmerksamkeit zwischen mehreren Aufgaben oder Dingen hin und her zu lenken (Duchesne et al., 2010; Kelly et al., 2013), die inhibitorische Kontrolle (Manasse et al., 2015), die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen (Müller et al., 2014; Svaldi et al., 2010) und Probleme zu lösen (Duchesne et al., 2010; Manasse et al., 2015), aber auch ihre Aufmerksamkeit auf eine Sache zu fokussieren (Mobbs et al., 2011) und das Arbeitsgedächtnis (Duchesne et al., 2010).

Auf der Verhaltensebene ist Diäten/Diäthalten der am häufigsten beschriebene Risikofaktor für den Beginn der BES. Durch das Diäten/Diäthalten erhöht sich das Risiko des Überessens, um das Kaloriendefizit vom Diäthalten wieder auszugleichen. Bereits genannte Risikofaktoren wie beispielsweise die eigene Unzufriedenheit mit dem Körper, der hohe gesellschaftliche Druck einem

bestimmten Bild zu entsprechen oder emotionales Essen können sich gegenseitig beeinflussen, verstärken und schlussendlich dazu führen, dass mit dem Diäten angefangen und ein Grundstein für die Entstehung der BES gelegt wird (Stice et al., 2002, zitiert nach Agüera et al., 2021). Zudem hat sich ein überwiegend sitzender Lebensstil bei adipösen Patient:innen mit BES als verhaltensbedingter Risikofaktor erwiesen, der eine Rolle bei der Störungsentstehung spielen könnte (Hrabosky et al., 2007). Vice versa kann die BES auch Entstehungsfaktor einer Adipositas sein (vgl. Kap. 2.1.4.2) (Stice et al., 2002, zitiert nach Agüera et al., 2021). Auch die Nutzung sozialer Medien kann einen Einfluss auf die Entstehung einer BES haben. Es scheint laut Kim & Mackert (2022) einen positiven Zusammenhang zwischen der Nutzung sozialer Medien und erhöhtem Appetit und Essensdrang zu geben, was zur Entstehung einer BES beitragen kann. Dies bestätigt auch eine Studie von Bray et al. (2022), in der 50 % der Teilnehmenden angaben, mit der Nutzung sozialer Medien und Nachrichtendienste eine negative Beeinflussung des Ernährungsverhaltens in Richtung von Binge-Eating wahrzunehmen. Die Nutzung von sozialen Nachrichtendiensten und sozialen Medien führe zur Idealisierung bestimmter Körperformen, Ernährungsweisen und Fitness/Aktivitäten, was unter anderem zu Stigmatisierung, sozialer Bewertung, Vereinsamung und einem geringen Selbstwertgefühl führen kann (Bray et al., 2022).

2.1.3.2 Umweltbedingte Risikofaktoren

Zu den Risikofaktoren, die aus der Umwelt auf die Betroffenen wirken, zählen bspw. Witze und Kritik der Eltern über das Körpergewicht, die Figur oder das Essverhalten des Kindes (Neumark-Sztainer et al., 2007). Laut Striegel-Moore et al. (2005) können auch andere familiäre Risikofaktoren wie bereits ein Überessen im familiären Kontext, das Leiden von mindestens einem Elternteil unter Stimmungsschwankungen, Angststörungen oder Suchtmittelmissbrauch, zu hohe Erwartungen der Eltern an das Kind, ein elterlicher Perfektionismus, familiäre Disharmonien bis hin zur Trennung/Scheidung der Eltern die Störungsentstehung begünstigen (Striegel-Moore et al., 2005).

Laut McCabe & Ricciardelli (2005) können ein hoher gesellschaftlicher Druck und häufige negative Kommentare oder Mobbing (von Gleichaltrigen und Eltern) auf das Körpergewicht, ein über die (sozialen) Medien kommuniziertes Idealbild und der Schlangheitswahn zur eigenen Körperunzufriedenheit führen, was die Entstehung einer BES begünstigen kann (McCabe & Ricciardelli, 2005). Übergewicht und Adipositas müssen nicht nur die Folge oder eine Komorbidität der Essstörung sein (vgl. Kap. 2.1.4.2), sondern können sie auch eine Ursache der BES darstellen. Betroffene leiden vermehrt unter der Stigmatisierung und verschiedenen Arten der Diskriminierung, was unter anderem zur Entstehung der BES beitragen kann (Wu & Berry, 2018).

Auch (traumatische) Lebensereignisse und Alltagsbelastungen können sich laut Fairburn et al. (1998) und Pike et al. (2006) negativ auf das Ernährungsverhalten auswirken und eine BES hervorrufen. Dazu zählen u.a. traumatische Erlebnisse/Stressoren wie der Tod oder die Trennung einer/eines

Freundin/Freundes oder eines Familienmitgliedes, die Trennung der/des Partnerin/Partners (Pike et al., 2006), negative Erfahrungen in der Kindheit, wie sexueller oder körperlicher Missbrauch und Probleme zwischen den beiden Elternteilen (Fairburn et al., 1998).

Zudem können Schwangerschaftsstress und die Überbewertung der Gewichtszunahme während der Schwangerschaft dazu führen, dass sich eine BES entwickelt oder manifestiert (Knoph Berg et al., 2010).

2.1.4 Folgen und Komorbiditäten

Wie dem Kap. 2.1.3 zu entnehmen, ist die Störungsentstehung multifaktoriell bedingt und nur schwer auf einzelne Faktoren zurückführbar. Ähnlich sieht es mit den Folgen und Komorbiditäten einer BES aus. Auch diese können vielfältig und einschneidend sein und können sich sowohl auf psychischer als auch auf physischer, sozialer und ökonomischer Ebene äußern. Dabei sind Folgen klar auf die BES zurückzuführen, sie hängen also ursächlich mit der Grunderkrankung zusammen, wohingegen Komorbiditäten nicht ausschließlich auf die BES zurückzuführen sein müssen, da sie Begleiterkrankungen darstellen. Folgen und Komorbiditäten sind nicht immer klar voneinander abgrenzbar und auch die in Kap. 2.1.3 genannten Entstehungsfaktoren können sich in diesem Kap. als Folge/Komorbidität wiederfinden, da die Störungsentstehung sehr komplex ist und einzelne Aspekte sowohl als Entstehungsfaktoren der Störung vorausgehen können, als auch parallel zur Störung auftreten können (Agüera et al., 2021).

2.1.4.1 Psychisch

Psychische Folgen bzw. Komorbiditäten der BES sind häufig. Insgesamt weisen über 70 % der Betroffenen mindestens eine weitere psychische komorbide Störung zur BES auf (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016, zitiert nach Herpertz et al., 2019). Laut Grilo et al. (2009) leiden ca. 47 % aller BES-Betroffenen zusätzlich unter einer Depression und ca. 37 % der Betroffenen erkranken zusätzlich an einer Angststörung (Grilo et al., 2009), aber auch verschiedene Persönlichkeitsstörungen, Substanzgebrauchsstörungen und körperdysmorphe Störungen werden mit einer BES assoziiert (Kessler et al., 2013). Zusätzlich weisen BES-Betroffene laut Welch et al. (2016) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne BES eine erhöhte Suizidalität auf. Die Suizidalität umfasst sowohl die Gedanken rund um den Suizid als auch die Handlungen, die den Suizid anstreben oder in Kauf nehmen (Nock et al., 2008). Die Mortalitätsrate der BES liegt laut Fichter & Quadflieg (2016) bei 1,5, was bedeutet, dass das Risiko an der BES – konkret an den Folgen/Komorbiditäten der BES – zu versterben, um 50 % erhöht ist, verglichen mit Personen, die keine Essstörung/en aufweisen (Fichter & Quadflieg, 2016).

2.1.4.2 Physisch

Wie bereits in Tabelle 1 dargestellt, ist die BES eine Essstörung, bei der wiederholt Essanfälle auftreten, in denen Betroffene überdurchschnittlich viel Nahrung zu sich nehmen. Ein unangemessenes Kompensationsverhalten wie Erbrechen oder exzessives Sporttreiben findet jedoch nicht statt, weshalb oft Übergewicht oder Adipositas die Folge einer BES sein kann (Razzoli et al., 2017; Villarejo et al., 2012). Laut Grucza et al. (2007) leiden rund 70 % der BES-Betroffenen unter Übergewicht oder Adipositas.

Adipositas ist durch eine übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper gekennzeichnet (World Health Organization, 2000). Zur Diagnostik einer Adipositas wird der Körpermassenindex (Body-Mass-Index, BMI) herangezogen. „Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m^2).“ (Herpertz et al., 2019, S. 247). Gemäß WHO (World Health Organization)-Klassifikation gilt ein Mensch mit einem BMI $> 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ als übergewichtig und mit einem BMI von $> 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ als adipös. Nicht geeignet ist die Angabe des BMI unter anderem bei Kraftsportler:innen und Schwangeren, da das erhöhte Körpergewicht in diesen Fällen nicht (ausschließlich) auf eine erhöhte Ansammlung von Fettgewebe zurückzuführen ist (World Health Organization, 2000).

Bei der Adipositas handelt es sich ausschließlich um die übermäßige Fettansammlung im Körper, sie birgt demnach nicht automatisch eine BES. Adipöse ohne BES überessen sich ohne Kontrollverlust in ihrer gewohnten und regelmäßigen Mahlzeitenstruktur – nicht während Essanfällen, wie es bei der BES der Fall ist (Herpertz et al., 2015).

Die physischen Folgen einer Adipositas können wiederum mit der Entstehung von Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmten Krebsarten, Dyslipidämie, Erkrankungen des Skelettes wie der Osteoarthritis, Gicht oder Lungenerkrankungen wie die Schlafapnoe vielfältig sein (World Health Organization, 2000). Es liegt demnach auf der Hand, dass Betroffene, die unter einer BES leiden, ein erhöhtes Risiko haben, an einer Adipositas und eben auch an den Folgen einer Adipositas zu erkranken (Agüera et al., 2021). Laut Kessler et al. (2013) sind die physischen Folgen und Komorbiditäten der BES noch weitreichender. Zusätzlich zu den bereits beschriebenen Folgen der Adipositas nennen (Kessler et al., 2013) sowohl Einschränkungen des Bewegungsapparates, chronische Rücken- und Nackenschmerzen, Hypertonie als auch Ulzera und chronische Kopfschmerzen als mögliche Folgen/Komorbiditäten der Essstörung.

Es scheint laut einer Untersuchung von Verzijl et al. (2018) einen Zusammenhang zwischen gezieltem Essen mit anschließendem Überessen zur BES zu geben. Die Nahrung, die dann typischerweise während eines Essanfalls konsumiert wird, weist eine hohe Kaloriendichte und einen hohen Fett- und Zuckeranteil auf, es handelt sich also um Nahrungsmittel, die in Maßen konsumiert werden sollten (Avena & Bocarsly, 2012). Eine Folge des Überessens mit gesundheitsschädlichen Lebensmitteln könnte demnach ein Mangel an Mikronährstoffen darstellen und für weitere

nährstoffspezifische Folgen sorgen. Dies hat auch eine Untersuchung von Correia Horvath (2014) herausgefunden, in der adipöse Personen, von denen 47,4 % eine BES aufwiesen, bei einer Kalorienzufuhr von $2782,75 \pm 1131,43$ Kcal/Tag einige Referenzwerte der Nährstoffzufuhr nicht erreichten.

2.1.4.3 Sozial

Auch Einbußen der sozialen Kompetenzen können für Betroffene eine erhebliche Folge der BES darstellen. Die Nahrungsaufnahme, die biologisch gesehen als existenzielle Notwendigkeit für den Organismus gilt, ist bei Betroffenen von Essstörungen zu einem Problem geworden. Die sozialen Konsequenzen sind bspw. die Beeinträchtigungen des täglichen Lebens, der sozialen Beziehungen und/oder die Beeinträchtigung persönlicher Entscheidungen (Robert Koch-Institut & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2008).

Wie bereits in Kap. 2.1.4.1 erwähnt, leidet ein Großteil der BES-Betroffenen zusätzlich unter einer Angststörung und Übergewicht/Adipositas. Die Stigmatisierung übergewichtiger/adipöser Personen kann zur Folge haben, dass sich Angststörungen bei den Betroffenen entwickeln (Wu & Berry, 2018). Angststörungen können wiederum bewirken, dass sich soziale Phobien bei den Betroffenen entwickeln und für einen sozialen Rückzug sorgen können (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o. J.).

2.1.4.4 Gesundheitspolitisch und ökonomisch

Mit Blick auf die aufgeführten, weitreichenden Folgen/Komorbiditäten und die hohen Prävalenzzahlen der BES, wird deutlich, dass neben den psychischen, physischen und sozialen Folgen auch ein enormer Kostenfaktor hinter der Essstörung liegen muss. Die Kosten, die sich für das deutsche Gesundheits- und Gemeinwesen für die Behandlung von Essstörungen ergeben, setzen sich aus der Gesundheitsversorgung und den indirekten Kosten zusammen. Zu der Gesundheitsversorgung zählen bspw. die ambulante und stationäre ärztliche Versorgung oder Medikamente zur Behandlung der Essstörung. Die indirekten Kosten setzen sich unter anderem aus Arbeitsausfalltagen und Einbußen der Produktivität zusammen. Zusätzlich wirken sich auch Schweregrad, Störungsdauer und Rückfallrisiko auf die Gesundheitskosten aus (Schneider & Margraf, 2019). BES-Betroffene weisen mehr Arbeitsbeeinträchtigungen (Ling et al., 2017), eine stärkere Nutzung des Gesundheitswesens und damit verbundene höhere Kosten auf als nicht BES-Betroffene (Ling et al., 2017; Watson et al., 2018). Auch unter dem Gesichtspunkt der Kosten kann die Prävention der BES demnach wichtig und sinnvoll sein (Bauer et al., 2017).

Doch nicht nur gesundheitspolitisch sind die erhöhten Kosten von Bedeutung, auch die individuellen ökonomischen Folgen für BES-Betroffene werden bei der Menge an zugeführter Nahrung deutlich. Die Essanfälle, in denen Betroffene keine Kontrolle mehr darüber haben, wie viel und was sie essen, können sich demnach auch finanziell auf die Betroffenen selbst auswirken (Touyz et al., 2020).

2.2 Primärprävention

Um in den folgenden Kapiteln näher auf die verschiedenen Präventionsarten einzugehen, sollte an dieser Stelle zunächst der Begriff „Primärprävention“ definiert werden. „Die **primäre Prävention** [Hervorhebung im Original] zielt darauf ab, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Gerade ‚Volkskrankheiten‘ [...], aber auch einige psychische Störungen (z. B. Depression) können in vielen Fällen durch eine gesundheitsbewusste Lebensweise – unterstützt von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen – vermieden, verzögert oder in ihrem Verlauf günstig beeinflusst werden. Zu den begünstigenden Faktoren zählen u. a. eine gesunde Ernährung, sportliche Aktivitäten oder eine gute Stressbewältigung.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

2.2.1 Abgrenzung der verschiedenen Präventionsarten

Primärprävention kann sich an Personen richten, die einem besonderen Risiko ausgesetzt sind, bestimmte Erkrankungen zu entwickeln, jedoch kann sie auch universell an ganze Bevölkerungsgruppen, selektiv an definierte Zielgruppen oder indiziert an Einzelpersonen gerichtet werden. Ferner kann zwischen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention unterschieden werden. Die Verhaltensprävention bezieht sich auf das Individuum selbst, an dem die Maßnahmen Anwendung finden. Bei der Verhältnisprävention wird die Umgebung des Individuums umgestaltet, sodass ein gesundheitsförderliches Umfeld geschaffen wird (Schneider & Margraf, 2019).

Die Sekundärprävention verfolgt das primäre Ziel, die Prävalenz einer Krankheit zu senken. Sie findet Anwendung bei bereits erkrankten Personen und die Behandlung erfolgt i.d.R. im Frühstadium. Bei der Tertiärprävention handelt es sich um die Rehabilitation und Prophylaxe, dabei soll ein möglicher Rückfall nach Genesung verhindert und/oder die Beeinträchtigung durch die Erkrankung vermindert werden (Schneider & Margraf, 2019). Die beiden Formen grenzen sich demnach klar von der Primärprävention einer Erkrankung ab, da sie beinhalten, dass die Krankheit bereits vorliegt/vorlag, wohingegen die Primärprävention vor der Krankheitsentstehung Anwendung findet.

Prävention kann in Form von einzelnen Maßnahmen oder in Form von ganzen Programmen stattfinden. Programme haben den Vorteil, dass sie aus mehreren Sitzungen bestehen, um Themen und Inhalte detailliert besprechen und behandeln zu können. Sie folgen demnach i.d.R. einem konkreten Durchführungsplan und vertiefen Wissen durch wiederholtes Stattfinden (Pickhardt et al., 2019).

2.2.2 Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen

Bei der Primärprävention von BES, handelt es sich um die gezielte Reduktion identifizierbarer Risikofaktoren (vgl. Kap. 2.1.3) wie bspw. Gewichtssorgen, einem negativen Körperbild und Perfektionismus, und um die Stärkung/Förderung protektiver Faktoren wie bspw. einem hohen Körper selbstwert, dem Wissen über Essstörungen und gesundes Essen und Bewegung (Berger et al., 2013).

„Psychoedukative Anteile und erfolgreiche Wissensvermittlung allein erwiesen sich [...] nicht als ausreichend wirksam in der Prävention von Essstörungen.“ (Pickhardt et al., 2019, S. 17). Folglich wird dargestellt, was eine wirksame Präventionsmaßnahme ausmacht. Beelmann et al. (2014) fanden unter anderem heraus, dass Präventionsmaßnahmen allgemein wirksamer sind, wenn sie zielgruppenspezifisch sind und sie sich an Risikogruppen richten, also an Personen, die vermehrt Risikofaktoren ausgesetzt sind, verglichen mit Maßnahmen, die nicht selektiv an unauffälligen Stichproben durchgeführt werden. Außerdem sollten Maßnahmen kognitiv-behavioral ausgerichtet sein, sie sollten strukturiert, interaktiv und fähigkeitsorientiert sein. Die Maßnahmen sollten demnach nicht ausschließlich der reinen Wissensvermittlung dienen, sondern systematisch und praktisch die Verhaltenskompetenzen trainieren, da praktische Erfahrungen den Kompetenzerwerb steigern und die Änderung der persönlichen Einstellungen fördern können (Beelmann et al., 2014). Laut Stice et al. (2007) haben Programme sich zusätzlich als wirksamer erwiesen, die auf mehreren Lektionen basierend stattfanden, die Mädchenspezifische Anteile aufwiesen, bei einer Teilnahme ab dem 15. Lebensjahr und bei Durchführung der Programme von externen Fachkräften (Stice et al., 2007 zitiert nach Berger et al., 2013).

Laut dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes sollten Interventionen zudem verhältnis- und verhaltenspräventive Anteile enthalten (*Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V*, 2021). Viele der zuvor genannten Risikofaktoren, die zur Entstehung einer BES beitragen können, sind auf elterliche/familiäre Ursachen zurückzuführen und beinhalten entwicklungspsychopathologische Ansätze, weshalb auch Interventionen an Eltern in der Prävention eine Rolle spielen können (Beardslee et al., 2011; D’Arcy & Meng, 2014).

Zudem geben Pickhardt et al. (2019) in ihrem Review über deutschsprachige Präventionsprogramme für Essstörungen einen Hinweis für die praktische Implikation von Präventionsprogrammen. Sie empfehlen eine Adaption der Programme an das Zeitalter (Digitalisierung/Medienkompetenz), das Setting, in dem das Programm durchgeführt werden soll und an die entsprechende Ziel- und Altersgruppe. Die nachhaltigen Wirkungen der existenten Präventionsprogramme von Essstörungen sind nicht bei allen Programmen eindeutig, da die Effekte stark von der Art der Essstörung, von den Faktoren, die die Essstörungsentstehung begünstigen, aber auch von der Länge des Zeitraums, in dem die Untersuchung durchgeführt wurde, abhängen, denn zur Erfassung der nachhaltigen Wirksamkeit sind besonders Langzeituntersuchungen geeignet. Ob eine Maßnahme schlussendlich wirksam war, ist dann bestenfalls nach einem Follow-up-Zeitraum messbar (Pickhardt et al., 2019).

Der Großteil der evaluierten, deutschsprachigen Präventionsprogramme für Essstörungen behandelt die schwerwiegende Essstörung AN. Es existieren weitere Programme, die die Prävention von mehreren sehr unterschiedlichen Essstörungen miteinander kombiniert behandeln. Beispiele für solche Programme sind „PriMa“, „MaiStep“ und „Essenslust und Körperfrust“. Folglich werden die

Wirksamkeiten zweier Programme dargestellt, wovon das schulbasierte Programm „Torera“ der Prävention der BES, BN und Adipositas, und das internetgestützte Programm „StudentBodies“ der Prävention von Essstörungen allgemein dient.

2.2.2.1 Primärpräventionsprogramm „Torera“

Ein Beispiel für ein deutsches schulbasiertes, primärpräventives Programm ist „Torera“, das sich mit der Primärprävention von BN, BES und Adipositas beschäftigt und sich an Jungen und Mädchen der 7. Klasse richtet. Der spanische Name „Torera“ steht für Stierkämpferin und soll die kämpfende Rolle der/des Jugendlichen gegen krankmachende Gewohnheiten verdeutlichen. Das Ziel des Programms ist es, Maßnahmen zur Prävention von Essstörungen zu etablieren und ein gesundes Ess- und Bewegungsverhaltens zu entwickeln (Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation, 2018).

Torera ist ein Bestandteil eines Präventionspaketes für Kinder und Jugendliche der Klassen 6-8, das aus vier Bausteinen besteht. Idealerweise haben Mädchen im vorigen Schuljahr (in der 6. Klasse) am Programm PriMa (Primärprävention Magersucht) und Jungen im vorigen Schuljahr (in der 6. Klasse) am Programm TOPP (Teenager ohne pfundige Probleme, engl: Teenage Obesity Prevention Program) teilgenommen, damit die Schüler:innen aufbauend auf diese Programme an Torera teilnehmen können. Aufbauend auf Torera wird dann im 8. Schuljahr das Booster-Programm STARK (Stationsarbeit zur Auffrischung) angeboten, um das erworbene Wissen der Schüler:innen aufzufrischen (Berger et al., 2014).

Torera besteht insgesamt aus sieben Lektionen, die während des Schulunterrichts behandelt werden und von den Schüler:innen vertiefend mit Hilfe eines Arbeitshefts begleitet werden. Die zugehörigen Programm-Materialien des Universitätsklinikums Jena sind passwortgeschützt und stehen Lehrkräften, Mittler-Personen und Studierenden auf Nachfrage kostenlos zur Verfügung (Universitätsklinikum Jena, o. J.). Der Zugriff zu den Programm-Materialien mittels Passwort wurde schriftlich beim Universitätsklinikum Jena erfragt und genehmigt (siehe Anhang 1).

Am Beispiel des Primärpräventionsprogramms Torera wurden für Mädchen und Jungen durch die Intervention signifikante Verbesserungen des Körper-Selbstwertes, des Essverhaltens, der Figurzufriedenheit und des essstörungsspezifischen Wissens nachgewiesen. Die absolute Risikoreduktion (ARR) für die BES, nach Teilnahme am Torera-Präventionsprogramm, liegt bei 7,8 %, was einer Anzahl der notwendigen Behandlungen (engl.: number needed to treat, NNT) von 13 entspricht. Dies bedeutet, dass ein/e Teilnehmende/r von 13 signifikant von dem Programm profitiert (Berger et al., 2014).

2.2.2.2 Internetgestütztes Präventionsprogramm „StudentBodies“

Eine Alternative für Präsenzprogramme stellen internetgestützte Programme dar. Internetgestützte Programme bieten sowohl Vor- als auch Nachteile. Zum einen sind sie für die junge Generation sehr attraktiv, sie können weit verbreitet eingesetzt werden, sind nur für geschlossene Gruppen zugänglich und werden durch professionelle Therapeut:innen betreut. Außerdem sind sie kostengünstig, erlauben ein hohes Maß an Flexibilität, da sie jederzeit durchführbar sind und können anhand von Pseudonymen anonym genutzt werden, was bei Betroffenen die Hemmschwelle herabsetzen könnte, auf diese Angebote zurückzugreifen. Zum anderen bergen sie jedoch auch einige Nachteile, da z.B. eine gewisse Distanz gegenüber den Therapeut:innen und anderen Teilnehmenden bewahrt wird, nicht jede/r einen Zugang zum Internet hat, die nonverbale Kommunikation fehlt und das Internet nicht ausschließlich seriöse und vertrauenswürdige Quellen beinhaltet (Zabinski et al., 2003, zitiert nach Schneider & Margraf, 2019). Dadurch, dass internetbasierte Programme wirtschaftliche Vorteile bieten, stellen sie eine gute Alternative zu schulbasierten Programmen dar (Schlegl et al., 2015).

Ein Beispiel für ein internetgestütztes Präventionsprogramm ist das Programm StudentBodies. Die Zielgruppe des Programms sind heranwachsende Mädchen und Frauen und es behandelt sowohl Themen, die zu einer Essstörung führen als auch Themen, die eine Essstörung lindern können (wie bspw. Ernährungswissen, Bewegungswissen, Körperbild, Schlankeitsstreben, Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, soziokulturelle Normen, Bewältigungsstrategien, Zielsetzung und weitere). Das Programm hat eine Laufzeit von insgesamt acht Wochen und die Teilnehmenden müssen sich dazu mindestens einmal in der Woche einloggen, um eine der insgesamt acht Einheiten durchzuführen (Beintner et al., 2012).

Beintner et al. (2012) haben in einem Review über insgesamt zehn randomisiert kontrollierte Studien die Wirksamkeit des Programms untersucht und herausgefunden, dass zwei wesentliche Effekte in der Verringerung des negativen Körperbildes und des Schlankeitsstrebens liegen. Zudem zeigte sich bei Programmteilnehmenden die Reduktion auffälligen Essverhaltens, Verbesserungen der Figurzufriedenheit, des essstörungsspezifischen Wissens (Jacobi et al., 2012), der Figur- und Gewichtsorgen und der Depressivität (Jacobi et al., 2007).

3 Methodik

Im Folgenden wird die Methodik der vorliegenden Arbeit näher erläutert. Da bislang keine Daten zur Bekanntheit der BES vorliegen und die Primärprävention, wie bereits in Kap. 2.2 beschrieben, eine wichtige Rolle bei der Störungsvorbeugung spielen kann, wird eine Online-Befragung durchgeführt, die die Bekanntheit der BES unter den Studierenden der HAW Hamburg abbilden soll. Zudem sollen die Studierenden angeben können, was sie persönlich hinsichtlich Primärpräventionsmaßnahmen als wichtig erachten, woraus ein Rückschluss auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen gezogen werden soll. In diesem Kap. wird zunächst das Erhebungsinstrument vorgestellt, anschließend folgen Angaben zur Erstellung der Online-Befragung und zur Rekrutierung der Teilnehmenden. Zum Schluss wird die Vorgehensweise bei der Datenerhebung, Datenaufbereitung und der Datenauswertung erläutert und dargestellt.

3.1 Studiendesign

Zur Beantwortung der Forschungsfragen dieser Arbeit, bietet sich aus zeitlichen und ökonomischen Gründen ein quantitatives Design an. Die ausgewählte Stichprobe in der quantitativen Forschung ist im Vergleich zur qualitativen Forschung groß. Als Erhebungsinstrument wurde eine standardisierte Online-Befragung ausgewählt. Für die Durchführung der quantitativen Online-Befragung bietet sich eine Querschnittstudie an, da mit diesem Studientyp unter anderem der gegenwärtige Zustand (Ist-Zustand) des Bekanntheitsgrades der BES unter den Studierenden erhoben werden kann. Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe eines selbsterstellten Online-Fragebogens.

3.2 Erhebungsinstrument

Zur Beantwortung der Forschungsfragen dieser Arbeit wird kein detailliertes Wissen der Person benötigt, wie es bei der qualitativen Forschung der Fall ist, vielmehr soll die Befragung einen Überblick darüber verschaffen, wie vielen Studierenden die BES ein Begriff ist und wo sie ggf. über die Störung aufgeklärt wurden. Des Weiteren sollen Studierende angeben, welche Aspekte an Primärprävention für sie wichtig wären. Eine standardisierte Befragung mittels offener und geschlossener Fragen soll hierüber Aufschluss geben.

Zunächst soll erläutert werden, warum sich für eine Online-Befragung entschieden wurde. Die Online-Befragung erlaubt einen flexiblen Zugriff mittels Teilnahme-Link, für den ausschließlich eine intakte Internetverbindung notwendig ist, wodurch Studierende jederzeit zu einem selbstgewählten Zeitpunkt an der Befragung teilnehmen können. Die Erstellung eines Online-Fragebogens bietet gute Möglichkeiten zur übersichtlichen Gestaltung, sodass die Teilnehmenden Schritt für Schritt durch den Fragebogen geführt werden können, ohne dass alle Fragen auf einmal dargestellt werden. Ein weiterer in Betracht gezogene Vorteil, der sich durch die Durchführung einer Online-Befragung ergibt, ist die sichere Dateneingabe, die direkt in dem angelegten Benutzerkonto des ausgewählten Befragungsprogramms (SoSci) gespeichert wird. Dadurch können die Daten aus dem

Befragungsprogramm direkt in das verwendete statistische Auswertungsprogramm (in dem Fall IBM SPSS Statistics Version 28.0) importiert werden, ohne alle einzelnen Antworten manuell eintragen zu müssen. Auch wurde durch die Online-Befragung die Wahrscheinlichkeit von Fehlern durch unlesbare Handschriften ausgeschlossen.

Der standardisierte Fragebogen für die Online-Befragung wurde eigenhändig erstellt. Zunächst wurden Oberthemen definiert, dabei bot es sich an, den Fragebogen in drei grobe Blöcke zu unterteilen. Der erste Block besteht aus den Stichprobenmerkmalen (soziodemografische und sozioökonomische Angaben), der zweite Block befasst sich mit Essen/Esstörungen (Verständnis über Essstörungen, Aspekte an Essen/Essgewohnheiten, Begriffsklärung „Binge-Eating“, Wissensherkunft, Informationsbeschaffung und -qualität über Essstörungen). Der dritte Block behandelt die Primärprävention (Arten, Struktur, Aspekte).

Da es sich bei Essstörungen um ein sensibles Thema handelt, wurde zu Beginn des Fragebogens (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 1) ein Triggerhinweis mit Anlaufstellen gegeben, an die Betroffene sich wenden können, wenn sie selbst oder Bekannte/Verwandte unter einer Essstörung leiden. Zudem wurde darauf Wert gelegt, die Fragen so zu konzipieren, dass sie sinnhaft gestellt werden, sie also genau das messen, was gemessen werden sollte und die Fragen aufeinander aufbauend gestaltet werden. Zu Beginn wurden Fragen zur Person gestellt, anschließend allgemeine Fragen zum Thema Essen/Esstörungen und erst dann wurden explizite Fragen zum Verständnis der BES und zur Primärprävention gestellt. Die Teilnehmenden wurden demnach sanft an die Thematik herangeführt. Antworten auf Fragen, bei denen Mehrfachnennungen möglich waren, wurden so eingestellt, dass sie von Teilnehmender/m zu Teilnehmender/m zufällig rotierten, sodass eine Verzerrung durch Antworttendenzen vermindert werden konnte.

Wurde die Frage: „Welche Essstörungen sind dir ein Begriff?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 8) mit „Keine“ beantwortet, so wurden die Studierenden auf die Seite 10 des Fragebogens weitergeleitet, da die Fragen auf Seite 9 des Fragebogens auf die o.g. Frage aufbauten.

Für die Antwort auf die Frage: „Was verstehst du unter dem Begriff „Binge-Eating“?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 8) wurden zwei Freitext-Antwortfelder gegeben, damit die Studierenden insgesamt max. zwei Begriffe nennen konnten, was ihnen zu „Binge-Eating“ einfällt. Aufgrund der Fülle an Freitextantworten wurden die genannten Begriffe anschließend in „Laut DSM-5 zutreffend“ und „Laut DSM-5 nicht zutreffend“ klassifiziert (vgl. Anhang 3).

Der Fragebogen wurde mit dem Programm SoSci erstellt. Dabei wurde darauf geachtet, dass Teilnehmende anonym blieben und sie jederzeit die Möglichkeit hatten, die Befragung, ohne Angabe von Gründen, vorzeitig zu beenden. Außerdem konnten sie jederzeit den „Zurück“-Knopf betätigen, um vorherige Eingaben zu überarbeiten und ihnen mithilfe des „Keine Angabe“-Antwortfeldes zu

ermöglichen, Fragen zu überspringen, die sie nicht beantworten wollten, ohne, dass die Befragung abgebrochen wurde.

Nach Festlegung der Befragungsziele wurde Mitte November 2022 mit der Konstruktion des Fragebogens begonnen. Ähnliche Fragebögen, an denen sich bei der Konstruktion orientiert werden konnte, konnten trotz ausführlicher Recherche nicht ausfindig gemacht werden. Nach grober Erstellung des Fragebogens wurde mit der betreuenden Professorin Rücksprache gehalten und der Fragebogen entsprechend angepasst. Anschließend wurden zwei Pretests durchgeführt, in denen bei den Pretester:innen Unverständnis bzgl. der Frage: „Welche Art der Primärprävention würde dich ansprechen?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 12) aufkam. Die Frage wurde zu abstrakt formuliert, was bestmöglich behoben wurde, indem Beispiele für die Präventionsarten genannt wurden. Um die Befragung für die Teilnehmenden so angenehm wie möglich zu gestalten, wurden für den Fragebogen 19 Fragen entwickelt. Nach der finalen Überarbeitung des Fragebogens wurde ein weiterer Pretest durchgeführt und der Fragebogen am 09.12.2022 veröffentlicht.

3.3 Rekrutierung der Teilnehmenden

Es wurde sich für die Rekrutierung über den E-Mail-Verteiler der HAW-Studierenden entschieden, da sich diese Rekrutierungsart in dem Fall als einfachste Variante angeboten hat, um die Zielgruppe (die Studierenden der HAW Hamburg) zu erreichen. Rekrutiert wurde mithilfe der betreuenden Professorin der Arbeit. Die gewählte Rekrutierungsart erlaubt eine vergleichsmäßig zügige Rekrutierung, die, wenn sie vor Ort durchgeführt worden wäre, aufgrund der Menge an Studierenden und der unterschiedlichen Fakultätsstandorte der HAW Hamburg über mehrere Tage ange dauert hätte.

In der Rekrutierungsmail wurde kurz in das Thema eingeführt und das Ziel der Befragung erläutert. Ein wichtiger Grundsatz hierbei war, so viel wie nötig und so wenig wie möglich von dem Vorhaben zu erläutern, um die Teilnehmenden nicht schon im Vorfeld dahingehend zu beeinflussen, dass die Befragungsergebnisse verfälscht werden könnten. Es wurde demnach nicht erwähnt, dass es sich explizit um die Binge-Eating-Störung handelt, sondern nur um Essstörungen im Allgemeinen. Nach der groben Einführung in das Thema folgte der Teilnahme-Link, der zu der Umfrage führte. Für die Teilnahme an der Befragung war es ausschließlich von Bedeutung, dass die Studierenden zu dem Befragungszeitpunkt an der Hochschule als Studierende immatrikuliert waren. Des Weiteren waren Deutschkenntnisse von Vorteil, da die Befragung ausschließlich in deutscher Sprache veröffentlicht wurde. Andere Einschlusskriterien gab es nicht.

3.4 Datenerhebung und Datenauswertung

Die Datenerhebung lief vom Freitag, den 09.12.2022 bis Samstag, den 10.12.2022, was einem Zeitraum von 1,5 Tagen entspricht. Da ausreichend viele Studierende ($n = 605$) an der Befragung teilnahmen, wurde die Befragung am 10.12.2022 manuell eingestellt, indem sie offline genommen und der Befragungslink ungültig wurde. Da jederzeit mit Hilfe einer Internetverbindung auf den

Fragebogen zugegriffen werden konnte, wurde nicht nur der Werktag, sondern auch ein Wochenendtag in den Befragungszeitraum inbegriffen. Nach dem 10.12.2022 wurde mit der Datenverarbeitung und Datenauswertung begonnen, um später die Ergebnisse beschreiben zu können.

Der gesamte Datensatz wurde anschließend aus SoSci in SPSS importiert und mit der Datenauswertung begonnen. Für die Auswertung kamen ausschließlich vollständig beendete Interviews in Frage (letzte Seite des Fragebogens erreicht), da Teilnehmende mit einem Abbruch der Befragung die bereits erhobenen Daten löschten. Nach Abzug von 78 ungültigen (unvollständigen) Teilnahmen, blieben noch 527 gültige Interviews für die Auswertung. Die Größe der Stichprobe ($n = 527$) ist im Rahmen der Bachelorarbeit angemessen. Zu berücksichtigen ist die zeitlich begrenzte Bearbeitungsphase von acht Wochen. Eine größere Stichprobe hätte mehr Zeit erfordert.

Um einen Überblick über die Stichprobe zu verschaffen, wurden Tabellen zur deskriptiven Statistik (Häufigkeitsverteilungen) erstellt. Anschließend wurden Kreuztabellen erstellt, um Korrelationen und Effektstärken zwischen Variablen zu ermitteln. Bei der Ermittlung auf Korrelationen wurde, abhängig vom Messniveau der einzelnen Variablen, sowohl das Zusammenhangsmaß Cramers V (V , bei mehr als 2 Merkmalsausprägungen), der Phi-Koeffizient (bei genau zwei Merkmalsausprägungen) als auch Pearson-Chi² (χ^2) verwendet. Da es sich bei fast allen erhobenen Daten um nominalskalierte Daten mit mehr als zwei Merkmalsausprägungen handelt, wird überwiegend V zur Berechnung von Korrelationen zwischen Variablen verwendet. Nur drei Variablen (Alter, Einkommen und Semester) wurden ordinalskaliert erhoben. Zur Ermittlung von Korrelationen zweier Variablen mit unterschiedlichem Messniveau (ordinal und nominal kombiniert) wurde ausschließlich der χ^2 -Test herangezogen.

Zur Interpretation des V wurde die Werteklassifizierung nach IBM Corporations herangezogen. Laut der IBM Corporations kann ein V von 0 bis 1 bestimmt werden, wobei $\leq .2$ keinen bis schwachen Zusammenhang, $> .2$ bis $\leq .6$ einen moderaten Zusammenhang und $> .6$ bis 1 auf einen starken Zusammenhang deuten (IBM Corporations, 2023). Die Werte stellen die Effektstärke dar, die Richtung der Korrelation kann mit dem V nicht ermittelt werden. Der Phi-Wert kann zwischen -1 und +1 liegen, dabei bedeutet -1 eine perfekt negative Korrelation, 0 bedeutet, dass kein Zusammenhang besteht und +1, dass ein perfekter positiver Zusammenhang besteht. Er deutet demnach auf eine Korrelationsrichtung (Field, 2017). Die Interpretation der χ^2 -Werte erfolgt mittels χ^2 -Verteilungstabelle (vgl. Field, 2017, S. 1005). Werte, die laut Verteilungstabelle unter dem zugehörigen kritischen Wert liegen, deuten darauf hin, dass zwischen den Variablen kein Zusammenhang besteht. Werte, die darüber liegen, lassen auf einen Zusammenhang deuten (Field, 2017). Das Signifikanzniveau wird in der vorliegenden Arbeit für alle Auswertungen bei 5 % ($\alpha = .05$) festgelegt.

Neben SPSS wurde auch Microsoft Excel (Version 2301) für die grafische Darstellung der Ergebnisse verwendet. Die Datenauswertung wurde am 30.01.2022 endgültig abgeschlossen.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Auswertungsergebnisse präsentiert. Zu Beginn werden dazu deskriptiv die Stichprobenmerkmale beschrieben. Anschließend folgen die deskriptiven Beschreibungen des Blocks „Essen und Essstörungen“ und „Primärprävention“. Zuletzt wird die Variable "Bekanntheit der BES" auf Korrelationen zu anderen Variablen untersucht.

4.1 Deskriptive Beschreibung der Stichprobenmerkmale

Die Stichprobenmerkmale setzen sich zusammen aus den soziodemografischen und den sozioökonomischen Daten (vgl. Anhang 2, Fragebogenseiten 2-4). Bis zum Ende des Befragungszeitraums und mit dem Kriterium der vollständigen Beantwortung des Fragebogens ergibt sich insgesamt eine Stichprobengröße von $n = 527$. Der Anteil der weiblichen Befragten liegt mit 68,7 % ($n = 362$) deutlich über dem Anteil der männlichen Befragten mit 27,5 % ($n = 145$). 2,3 % ($n = 12$) der Befragten identifizieren sich als divers und weitere 1,5 % ($n = 8$) machten keine Angabe zum Geschlecht.

Das Alter der Studierenden lässt sich wie folgt klassifizieren. 16,9 % sind zum Befragungszeitpunkt 20 Jahre oder jünger. Der mit 43,3 % größte Anteil an Befragten liegt in der Altersgruppe von 21-25 Jahren. 25,2 % sind zum Befragungszeitpunkt zwischen 26-30 Jahren und 31 Jahre oder älter sind 14,2 %.

Insgesamt sind 63,2 % der Befragten zum Befragungszeitpunkt ledig, 26,8 % leben in einer Partnerschaft, 8,2 % sind verheiratet, 0,2 % sind geschieden. 0,8 % machten weitere Angaben, davon leben 0,2 % mit einem Kind und 0,6 % sind verlobt.

Insgesamt nahmen an der Befragung Studierende aus 61 verschiedenen Studiengängen der HAW Hamburg teil. Alle teilnehmenden Studiengänge an der Online-Befragung sind im Anhang 4 zu finden. Die Studiengänge Soziale Arbeit (mit 12,5 %), Ökotrophologie (mit 8 %) und Gesundheitswissenschaften (mit 7 %) waren die mit den meisten Teilnahmen an der Befragung. Aufgrund der Menge an Studiengängen wurden sie zur weiteren Klassifizierung ihren Fakultäten zugeordnet, somit lässt sich eine Teilnahmeverteilung von 34,3 % aus der Fakultät Wirtschaft & Soziales, 26 % aus der Fakultät Life Sciences, 18,6 % aus der Fakultät Technik & Informatik und 16,1 % aus der Fakultät Design, Medien & Information bestimmen. Aus der Befragung ergeben sich Teilnahmen (Bachelor und Master) von 31,7 % aus dem 1.-2. Semester, 22,6 % aus dem 3.-4. Semester, 16,7 % aus dem 5.-6. Semester, 15,7 % aus dem 7.-8. Semester und 12 % aus dem 9. Semester oder höher.

23 % aller Studierenden leben zum Befragungszeitpunkt bei ihren Eltern, 21,4 % leben in einer Wohngemeinschaft, 19,7 % leben allein, 33,2 % leben zusammen mit ihrer Partnerin/ihrem Partner. Weitere 1,5 % leben bei der Oma, mit ihren Kindern, gemeinsam mit ihrem Kind und dem Partner und in Studentenwohnheimen. 1,1 % enthielten sich und machten keine Angaben zur Wohnsituation.

Das monatliche Netto-Haushaltseinkommen liegt für 11,2 % der Studierenden bei < 500 €, 19,2 % haben monatlich > 500 – 1000 € zur Verfügung, 21,1 % weisen ein monatliches Netto-Haushaltseinkommen von > 1000 – 1500 € auf, für 10,1 % liegt dies bei > 1500 – 2000 € und für 29,8 % liegt es bei > 2000 €. Da die Frage sich auf alle im Haushalt lebenden Mitglieder bezieht, ist das monatliche Netto-Haushaltseinkommen bei den Studierenden am höchsten, die bei ihren Eltern wohnen und die zusammen mit ihrem Partner/ihrer Partnerin wohnen.

11,8 % aller Befragten gaben an, bereits eine Ausbildung und/oder Berufserfahrungen im ernährungswissenschaftlichen und/oder psychologischen Bereich absolviert/gesammelt zu haben. 86,7 % gaben an, keine Erfahrungen zu haben und 1,5 % machten dazu keine Angabe.

4.2 Deskriptive Beschreibung des Blocks Essen/Esstörungen

Zunächst folgt die Beschreibung des Blocks Essen/Esstörungen aus dem Fragebogen (vgl. Anhang 2, Fragebogenseiten 5-10). Dieser Block teilt sich in das Verständnis über Essstörungen, die Aspekte an Essen und Essgewohnheiten, worauf die Studierenden Wert legen, die Begriffsklärung der BES, die Herkunft des Wissens über Essstörungen, die weitere Informationsbeschaffung und die Informationsqualität über Essstörungen.

4.2.1 Beschreibung des Verständnisses über Essstörungen

Mit den Antworten auf die Frage: „Was verstehst du unter einer Essstörung?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 6) gaben die Studierenden an, welche Aspekte sie bereits als essstörungsspezifisch einordnen würden. Dafür ergibt sich folgende Übersicht:

Tabelle 2: Verständnis über Essstörungen, n = 527, Mehrfachnennungen möglich

Antwortmöglichkeiten	Antworten N (abs.)	Antworten Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Vereinzelt Mahlzeiten auslassen	72	1,8	13,7
Regelmäßiges Überessen	393	10,0	74,6
Einer bestimmten Ernährungsform folgen (vegetarisch, vegan, low-carb, Sporternährung...)	9	0,2	1,7
Kein Essen (bewusst Hungern), obwohl körperlich Hunger verspürt wird	447	11,4	84,8
Vor dem Fernseher essen	11	0,3	2,1
Ständiges Gedankenkreisen rund ums Essen	371	9,4	70,4
Untergewicht	188	4,8	35,7
Stressessen	274	7,0	52,0
Kompensationsverhalten, um einer Gewichtszunahme vorzubeugen (eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen, Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika)	452	11,5	85,8
Cheat-Meals	55	1,4	10,4
Übergewicht/Adipositas	196	5,0	37,2
Kontrollverlust über das Essen	472	12,0	89,6
Essen von Dingen, die keine Nahrungsmittel darstellen	248	6,3	47,1
Essen, obwohl körperlich kein Hunger verspürt wird	272	6,9	51,6
„Ungesund“ essen	45	1,1	8,5
Ständiges Gedankenkreisen rund ums Körpergewicht	398	10,1	75,5
Unterwegs essen	7	0,2	1,3
Sonstiges	19	0,5	3,6
Gesamt	3929	100	745,5

Anmerkungen. Grün = Laut DSM-5 essstörungsspezifisch, hellgrau = laut DSM-5 nicht essstörungsspezifisch. Anzahl der Befragten (n) in Prozent (%) und in absoluter Zahl (abs.).

Tabelle 2 kann entnommen werden, dass die Studierenden überwiegend die laut DSM-5 essstörungsspezifischen Symptome (grün hinterlegt) identifizieren können. Werte, die bei der Abfrage herausstechen sind die 47,1 %, die der Meinung sind, dass das Essen von Dingen, die keine Nahrungsmittel

darstellen ein essstörungsspezifisches Symptom ist. Zudem sind 35,7 % und 37,2 % der Meinung, dass Untergewicht und Übergewicht essstörungsspezifisch sind. Das Stressessen allein stellt laut DSM-5 kein essstörungsspezifisches Symptom dar, was 52 % der Studierenden anders sehen. Es empfinden sogar 4,9 % mehr das Stressessen (52 %) als essstörungsspezifisch im Vergleich zum Essen von Dingen, die keine Nahrungsmittel darstellen (47,1 %).

Sonstiges, was Studierende bei der Befragung ergänzten, waren unter anderem die strenge Kontrolle der Nahrungszufuhr, die Angst vor Lebensmitteln, das Verlernen von intuitivem Essen, die Kombination aus Hungern und übermäßiger Nahrungszufuhr, Schuldgefühle nach dem Essen, die Nahrungsmittelvielfalt aufgrund eingeschränkter Präferenzen nicht zu nutzen und einen geringen Selbstwert, der zu den in Tabelle 2 aufgeführten Symptomen führt.

4.2.2 Beschreibung der Aspekte des Essens und der Essgewohnheiten

Tabelle 3 veranschaulicht die Antworten der Studierenden auf die Frage: „Welche Aspekte sind dir in Bezug auf Essen/Essgewohnheiten wichtig?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 7).

Tabelle 3: Aspekte an Essen/Essgewohnheiten, n = 527, Mehrfachnennungen möglich

Antwortmöglichkeiten	Antworten N (abs.)	Antworten Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Es sollte lecker schmecken.	474	17,3	89,9
Es sollte gesund sein.	338	12,3	64,1
Es sollte günstig sein.	197	7,2	37,4
Es sollte regional sein.	184	6,7	34,9
Es sollte saisonal sein.	165	6,0	31,3
Es sollte mich bloß sättigen.	69	2,5	13,1
Ich esse am liebsten allein.	74	2,7	14,0
Ich esse am liebsten in Gesellschaft.	174	6,4	33,0
Ich habe feste Mahlzeitenstrukturen.	137	5,0	26,0
Ich esse dann, wenn ich es zeitlich gerade schaffe.	168	6,1	31,9
Ich lasse mich nicht vom Essen ablenken und versuche achtsam zu essen.	57	2,1	10,8
Ich lasse mich oft ablenken und esse auch gern mal nebenbei (vor dem Fernseher, während der Arbeit,...).	287	10,5	54,5
Ich esse oft Fertiggerichte.	58	2,1	11,0
Mein Essen sollte möglichst frisch zubereitet sein.	333	12,2	63,2
Sonstiges	21	0,8	4,0
Keine Angabe	1	0,0	0,2
Gesamt	2737	100	519,4

Anmerkungen. Orange = Aspekte des Essens, gelb = Aspekte der Essgewohnheiten. Anzahl der Befragten (n) in Prozent (%) und in absoluter Zahl (abs.).

Tabelle 3 verdeutlicht, dass der wichtigste Aspekt beim Essen für 89,9 % der Studierenden „Es sollte lecker schmecken“ ist. Hinsichtlich der Essgewohnheiten überwiegt mit 54,5 % der Studierenden der Aspekt „Ich lasse mich oft ablenken und esse auch gern mal nebenbei.“. Sonstige Aspekte, die die Studierenden genannt haben, waren, dass das Essen bunt/abwechslungsreich, vegan/vegetarisch, biologisch, proteinreich und selbst zubereitet sein sollte und, dass intuitiv gegessen wird.

4.2.3 Beschreibung der Bekanntheitsgrade von Essstörungen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist unter anderem, den Bekanntheitsgrad verschiedener Essstörungen unter den Studierenden der HAW Hamburg abzubilden, um darauf schließen zu können, ob der Bekanntheitsgrad der BES im Vergleich zu denen anderer Essstörungen defizitär ist. Dazu antworteten die Studierenden auf die Frage: „Welche Essstörungen sind dir ein Begriff?“ (vgl. Anhang 2,

Fragebogenseite 8). Tabelle 4 liefert einen Überblick über die Antworten der Studierenden auf diese Frage.

Tabelle 4: Bekanntheitsgrade von Essstörungen mit $n = 527$, Mehrfachnennungen möglich

Antwortmöglichkeiten	Antworten N (abs.)	Antworten Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Anorexia nervosa (ugs. Anorexie)	410	24,7	77,8
Bulimia nervosa (ugs. Bulimie)	477	28,7	90,5
Binge-Eating-Störung	392	23,6	74,4
Pica	57	3,4	10,8
Ruminationsstörung	10	0,6	1,9
Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme	272	16,4	51,6
Sonstige	18	1,1	3,4
Keine	22	1,3	4,2
Keine Angabe	4	0,2	0,8
Gesamt	1662	100	315,4

Anmerkungen. Grün = Hervorhebung der BES. Anzahl der Befragten (n) in Prozent (%) und in absoluter Zahl (abs.).

Anhand der vorliegende Ergebnisse wird ersichtlich, dass die AN, die BN und die BES die drei bekanntesten Essstörungen unter den Studierenden sind. 77,8 % der Studierenden ist die AN ein Begriff, 90,5 % ist die BN ein Begriff und mit 74,4 % geben rund drei Viertel der Studierenden an, zu wissen, was die BES ist.

Die Geschlechterverteilung bei der Bekanntheit der BES sieht wie folgt aus. 82,9 % ($n = 300$) von insgesamt $n = 362$ weiblichen Studierenden gaben an, die BES zu kennen. Bei den männlichen Studierenden gaben von insgesamt $n = 145$ nur 49,7 % ($n = 72$) an, die BES zu kennen.

Mit der darauffolgenden Frage: „Was verstehst du unter dem Begriff „Binge-Eating“?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 8) sollte geklärt werden, was die Studierenden tatsächlich unter dem Begriff „Binge-Eating“ verstehen. Aufgrund der Fülle genannter Begriffe wurden die Freitextantworten beispielhaft für eine bessere Übersichtlichkeit in „Laut DSM-5 zutreffend“ und „Laut DSM-5 nicht zutreffend“ klassifiziert (vgl. Anhang 3).

Tabelle 5 veranschaulicht die Angaben der Studierenden in beiden verfügbaren Freitextantwortfeldern nach Antwortklassifikation.

Tabelle 5: Gegenüberstellung der beiden Antwortfelder 1 und 2 zur Fragestellung „Was verstehst du unter dem Begriff „Binge-Eating“?“, $n = 527$

Antwortmöglichkeiten	Antwortfeld 1			Antwortfeld 2		
		Prozent	Gültige		Prozent	Gültige
	N (abs.)	(%)	Prozente	N (abs.)	(%)	Prozente
		(%)	(%)		(%)	(%)
Laut DSM-5 zutreffend	360	68,3	81,3	270	51,2	66,7
Laut DSM-5 nicht zutreffend	83	15,7	18,7	135	25,6	33,3
Gültig	443	84,1	100	405	76,9	100
Keine Angabe	84	15,9	-	122	23,1	-
Gesamt	527	100	-	527	100	-

Anmerkungen. Grün = Antwortfeld 1, Gelb = Antwortfeld 2. Anzahl der Befragten (n) in Prozent (%) und in absoluter Zahl (abs.).

Insgesamt gaben in dem ersten Antwortfeld 84,1 % ($n = 443$) eine Antwort, in dem zweiten Antwortfeld waren es nur noch 76,9 % ($n = 405$). In dem ersten Antwortfeld gaben von den 443 Studierenden 81,3 % ($n = 360$) eine laut DSM-5 zutreffende Antwort, wohingegen in dem zweiten Antwortfeld von den 405 Studierenden nur noch 66,7 % ($n = 270$) eine laut DSM-5 zutreffende Antwort gaben. Unter allen Studierenden zusammen ($n = 527$), auch denen, die keine Angabe machten, sind es 68,3 %, die im ersten Antwortfeld eine laut DSM-5 zutreffende Antwort gaben und 51,2 %, die im zweiten Antwortfeld eine laut DSM-5 zutreffende Antwort gaben.

Von den $n = 360$ Studierenden, die in dem ersten Antwortfeld eine laut DSM-5 zutreffende Angabe machten, gaben nur noch $n = 215$ (59,7 %) eine zweite zutreffende Antwort. $N = 112$ gaben sogar eine laut DSM-5 nicht zutreffende Antwort und $n = 33$ enthielten sich der zweiten Antwort. Umgekehrt gaben von den $n = 270$ Studierenden, die im zweiten Antwortfeld eine laut DSM-5 zutreffende Antwort gaben, auch $n = 215$ im ersten Antwortfeld (79,6 %) eine korrekte Antwort. Nur $n = 55$, die im zweiten Feld eine korrekte Antwort gaben, lagen im ersten Feld falsch. Insgesamt gaben 40,8 % in beiden Antwortfeldern eine laut DSM-5 zutreffende Antwort.

4.2.4 Beschreibung der Wissensherkunft, der Informationsbeschaffung und der Informationsqualität über Essstörungen

Die Studierenden gaben, wie in Kap. 4.2.3 beschrieben, an, welche Essstörungen ihnen ein Begriff sind. Die folgenden Ergebnisse (Tabelle 6) bauen auf der vorigen Frage auf, denn sie behandeln die Frage: „Woher weißt du über die dir bekannte/n Essstörung/en Bescheid?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogen-seite 9). Da die vorige Frage: „Welche Essstörungen sind dir ein Begriff?“ von $n = 22$ mit „Keine“ beantwortet wurde, wurde die Frage: „Woher weißt du über die dir bekannte/n Essstörung/en

Bescheid?“ automatisch von 22 Studierenden übersprungen und es antworteten nur $n = 505$ Studierende auf diese Frage.

Tabelle 6: Herkunft des Wissens über Essstörungen, $n = 505$, Mehrfachnennungen möglich

Antwortmöglichkeiten	Antworten N (abs.)	Antworten Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Familie	90	5,7	18,0
Bekannte	149	9,4	29,7
Freund:innen	224	14,2	44,7
Schule	197	12,5	39,3
Hochschule/Universität	106	6,7	21,2
Bücher	143	9,0	28,5
Social Media (Instagram, Twitter, Facebook, TikTok, Youtube,...)	346	21,9	69,1
Krankenkassen	30	1,9	6,0
Ärzt:innen	61	3,9	12,2
Apotheker:innen	4	0,3	0,8
Broschüren/Flyer	92	5,8	18,4
(Ehe)Partner:innen	19	1,2	3,8
Sonstiges	110	7,0	22,0
Keine Angabe	10	0,6	2,0
Gesamt	1581	100	315,6

Anmerkungen. Grün = Ergebnisse stechen besonders heraus. Anzahl der Befragten (n) in Prozent (%) und in absoluter Zahl (abs.).

Tabelle 6 veranschaulicht, dass mit rund 69,1 % der befragten Studierenden die sozialen Medien wie Instagram, Twitter, Facebook, TikTok, Youtube usw. an der Spitze der Wissensherkunft sind. Mit 44,7 % haben die Studierenden ihr Wissen über die bekannte/n Essstörung/en von Freund:innen und 39,3 % haben es aus der Schule. Die Hochschule/Universität gaben nur 21,2 % als Wissensherkunft über die ihnen bekannten Essstörungen an.

Für die Wissensherkunft über die drei bekanntesten Essstörungen (AN, BN, BES) aus Hochschule/Universität ergeben sich folgende Werte. Von den 74,4 % ($n = 392$), die angaben, dass ihnen die BES ein Begriff sei, gaben 23,7 % ($n = 93$) an, das Wissen aus Hochschule/Universität zu besitzen. Die AN ist 77,8 % ($n = 410$) der Befragten ein Begriff, wovon 23,9 % ($n = 98$) angaben, das Wissen aus Hochschule/Universität zu besitzen und bei der BN waren es 90,5 % ($n = 477$), wovon 21,6 % ($n = 103$) ihr Wissen aus der Hochschule/Universität besitzen. Zwischen den Anteilen sind zunächst keine auffälligen Differenzen zu verzeichnen.

Tabelle 7 verdeutlicht, wie die Frage: „Woraus beziehst du weiteres Wissen über die dir bekannte/n Essstörung/en? Über welche Quellen hältst du dich auf dem aktuellen Stand?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 9) von den Studierenden beantwortet wurde. Es antworteten auch hier nur $n = 505$ Studierende auf die Frage, da die Frage: „Welche Essstörungen sind dir ein Begriff?“ von $n = 22$ mit „Keine“ beantwortet wurde.

Tabelle 7: Informationsbeschaffung über Essstörungen, $n = 505$, Mehrfachnennungen möglich

Antwortmöglichkeiten	Antworten N (abs.)	Antworten Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Familie	22	1,9	4,4
Bekannte	48	4,2	9,6
Freund:innen	92	8,1	18,4
Recherche (Wissenschaftliche Datenbanken)	121	10,7	24,2
Bücher	107	9,4	21,4
Social Media (Instagram, Twitter, Facebook, TikTok, Youtube,...)	194	17,1	38,7
Recherche (Internet allgemein)	257	22,7	51,3
Krankenkassen	25	2,2	5,0
Ärzt:innen	52	4,6	10,4
Apotheker:innen	6	0,5	1,2
Broschüren/Flyer	44	3,9	8,8
(Ehe)Partner:innen	7	0,6	1,4
Sonstiges	26	2,3	5,2
Ich informiere mich nicht weiter.	123	10,9	24,6
Keine Angabe	9	0,8	1,8
Gesamt	1133	100	226,1

Anmerkungen. Grün = Ergebnisse stechen besonders heraus. Anzahl der Befragten (n) in Prozent (%) und in absoluter Zahl (abs.).

Mit 51,3 % liegt die Recherche im Internet allgemein als Informationsquelle an der Spitze. Darauf folgen die sozialen Medien, die 38,7 % der befragten Studierenden nutzen, um sich über Essstörungen zu informieren. 24,2 % halten sich über wissenschaftliche Datenbanken auf dem Laufenden, 24,6 % der Studierenden gaben an, sich nicht weiter über Essstörungen zu informieren und 1,8 % machten dazu keine Angabe.

Die darauffolgende Frage: „Fühlst du dich gut über Essstörungen informiert?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 10) wurde von den Studierenden wie folgt beantwortet. Mit 33,2 % fühlt sich rund ein Drittel aller Befragten gut über Essstörungen informiert. 25,4 % fühlen sich nicht gut über

Essstörungen informiert, weitere 39,8 % fühlen sich weder gut noch schlecht informiert und nur 1,5 % der Befragten machten dazu keine Angabe.

4.3 Deskriptive Beschreibung des Blocks Primärprävention

Zunächst werden die Aspekte beschrieben, die Studierende an der Art, der Struktur und den Aspekten von Primärpräventionsmaßnahmen als wichtig erachten. Diese werden später benötigt, um einen Rückschluss auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen zu ziehen.

Die Frage zu den Präventionsarten: „Welche Art der Primärprävention würde dich ansprechen?“ zielt auf die in Kap. 2.2.1 dargestellten Präventionsarten, die Verhaltensprävention/indizierte Prävention, die Verhältnisprävention, die universelle Prävention und die selektive Prävention, ab. Um zu verhindern, dass die Fachbegriffe unter den Studierenden für Verwirrung sorgen, wurden sie bei den Antwortmöglichkeiten der Online-Befragung nicht genannt (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 12).

Table 8: Abfrage Präventionsarten, n = 527, Mehrfachnennungen möglich

Antwortmöglichkeiten	Antworten N (abs.)	Antworten Prozent (%)	Prozent der Fälle (%)
Maßnahmen, die mein individuelles Verhalten beeinflussen (z.B. durch Wissensvermittlung). = Verhaltensprävention/inzidierte Prävention	392	33,4	74,4
Maßnahmen, die meine Umgebung gesundheitsförderlich gestalten und dadurch das Gesundheitsverhalten der Allgemeinheit verbessern (z.B. Rauchverbot in öffentlichen Räumen). = Verhältnisprävention	341	29,1	64,7
Maßnahmen, die an die Allgemeinbevölkerung gerichtet sind (z.B. Massenmediale Kampagnen). = Universelle Prävention	241	20,5	45,7
Maßnahmen, die ich nur mit Personen mache, die ähnliche Vorbelastungen/Risiken mitbringen, wie ich (z.B. Maßnahmen für übergewichtige Personen). = Selektive Prävention	155	13,2	29,4
Ich weiß es nicht.	38	3,2	7,2
Keine Angabe	6	0,5	1,1
Gesamt	1173	100	222,6

Anmerkungen. Die Fachbegriffe wurden für die Auswertung in fetter Schrift nachträglich beige-fügt. Anzahl der Befragten (n) in Prozent (%) und in absoluter Zahl (abs.).

Table 8 is to be taken from, that the students with 74,4 % and with 64,7 % are mostly convinced of behavioral and ratio prevention. 45,7 % feel addressed by universal prevention and 29,4 % of the students can imagine to participate in selective prevention. 7,2 % do not know the answer to the question and further 1,1 % did not give an answer.

Abbildung 1 zeigt, wie die Struktur von Primärpräventionsmaßnahmen mit der Frage: „Stell dir vor, du nimmst an einer Maßnahme zur Vorbeugung von Essstörungen teil, was wäre dir dabei wichtig?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 13) beantwortet wurde.

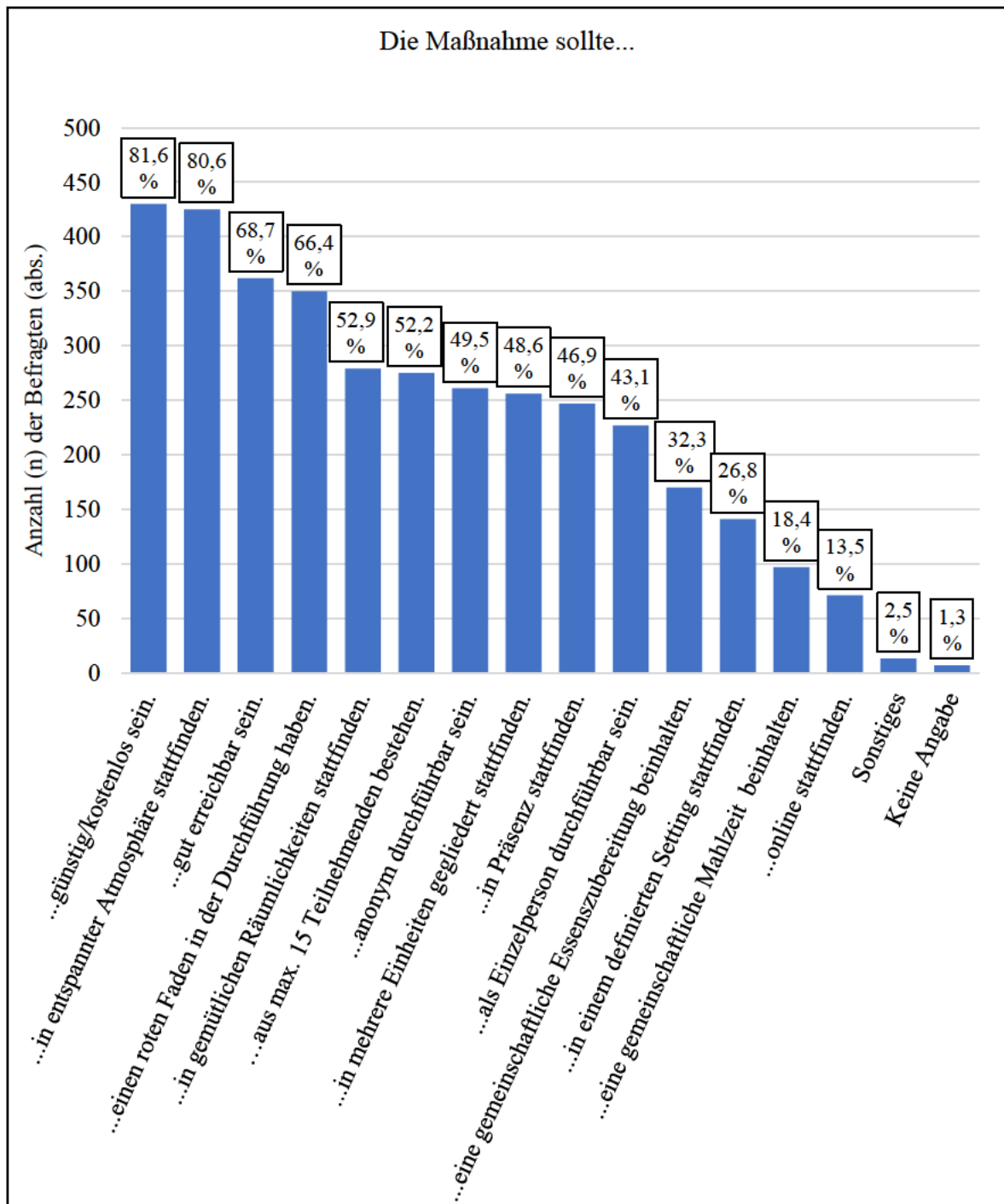


Abbildung 1: Struktur der Primärpräventionsmaßnahmen, n = 527, Mehrfachnennungen möglich. Anzahl der Befragten (n) in Prozent (%) und in absoluter Zahl (abs.).

Abbildung 1 verdeutlicht, dass die Studierenden am meisten Wert darauf legen, dass die Maßnahme günstig/kostenlos (81,6 %) ist und dass sie in entspannter Atmosphäre (80,6 %) stattfindet. Dass die

Maßnahme online stattfindet, wäre nur 13,5 % der Studierenden wichtig, viel wichtiger ist es den Studierenden mit 68,7 % zudem, dass die Maßnahme gut erreichbar ist.

Abbildung 2 verdeutlicht die Aspekte der Primärpräventionsmaßnahmen, die die Studierenden als wichtig erachten. Sie wurden mit der Frage: „Welche Aspekte an Primärpräventionsmaßnahmen würdest du selbst als wichtig erachten?“ (vgl. Anhang 2, Fragebogenseite 14) erfragt und wie folgt beantwortet.

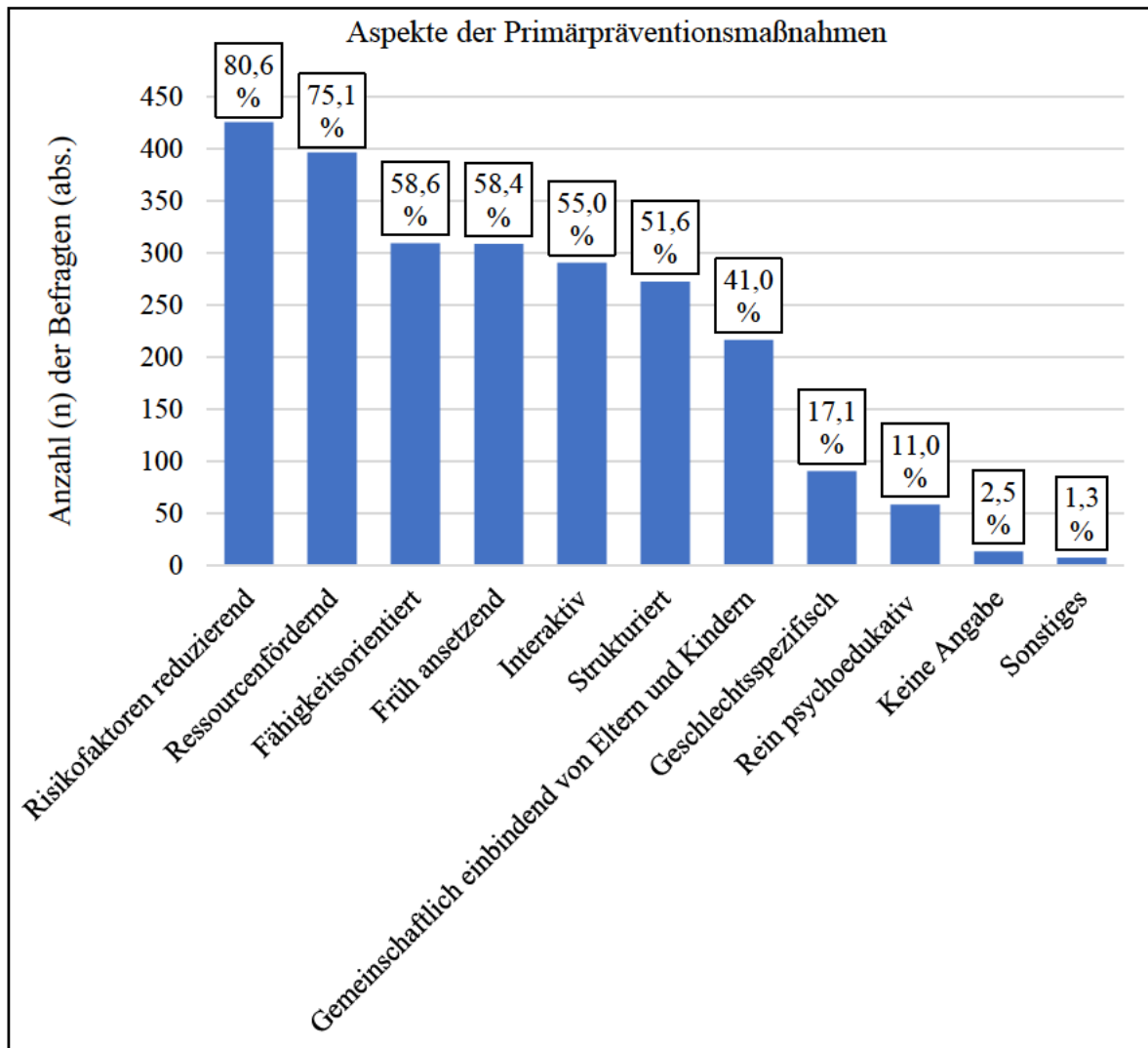


Abbildung 2: Aspekte der Primärpräventionsmaßnahmen, n = 527, Mehrfachnennungen möglich Anzahl der Befragten (n) in Prozent (%) und in absoluter Zahl (abs.).

Notizen: Risikofaktoren reduzierend = z.B. verzerrte Körperwahrnehmung, geringer Selbstwert. Ressourcenfördernd = z.B. Ernährungswissen, hoher Körper selbstwert. Fähigkeitsorientiert = anknüpfend an den Fähigkeiten und dem Wissen der Teilnehmenden. Früh ansetzend = bis max. 15. Lebensjahr. Interaktiv = z.B. Workshop. Rein Psychoedukativ = Wissensvermittlung.

Unter den Studierenden haben sich die Aspekte „Risikofaktoren reduzierend“ (80,6 %) und „Ressourcenfördernd“ (75,1 %) als am relevantesten hinsichtlich der Aspekte an Primärpräventionsmaßnahmen herausgestellt. Am wenigsten interessant scheint für die Studierenden zu sein, dass die Primärpräventionsmaßnahmen geschlechtsspezifisch (17,1 %) und rein psychoedukativ (11 %) durchgeführt werden.

4.4 Deskriptive Beschreibung der Korrelationen

Bei der Analyse auf Korrelationen wurde der Fokus auf die Variable „Bekanntheit der BES“ (im Folgenden: „Bezugsvariable“) gelegt, da diese den Fokus der vorliegenden Arbeit darstellt. Sie wurde auf Zusammenhänge zu den Variablen Alter, Geschlecht, aktuelles Semester, Studiengang, Ausbildung, Haushaltseinkommen, Wohnsituation, Familienstand, Informationsqualität und Wissensherkunft über die bekannten Essstörungen untersucht.

Um bei der Fülle an Informationen den Überblick zu behalten, wurde für alle statistischen Auswertungen die Tabelle 9 erstellt, in der die folgenden Werte aufgeführt werden:

1. Der Name der Vergleichsvariable
2. Die Anzahl der Freiheitsgrade (*df*)
3. Der *p*-Wert
4. Der χ^2 -Wert
5. Der Wert des *V*/Phi

Tabelle 9: Ergebnisse der Korrelationsanalysen zur Bezugsvariable "Bekanntheit der BES"

Vergleichsvariable	<i>df</i>	<i>p</i> -Wert	χ^2 -Wert	<i>V</i> /Phi	Zusammenhang	Effektstärke
Alter	4	.009	13.626	-	Ja	-
Geschlecht	3	< .001	67.112	.357	Ja	Moderat
Semester	5	.024	8.595	-	Ja	-
Studiengang	61	< .001	120.424	.478	Ja	Moderat
Absolvierte Ausbildung/ Berufserfahrungen	2	.842	0.344	.026	Nein	-
Haushaltseinkommen	5	.174	7.696	-	Nein	-
Wohnsituation	5	.025	12.843	.156	Ja	Schwach
Familienstand	5	.009	15.383	.171	Ja	Schwach
Informationsqualität	3	< .001	77.404	.383	Ja	Moderat
Wissensherkunft: Schule	1	.849	0.036	.009	Nein	-
Wissensherkunft: Hochschule/Universität	1	.008	7.116	.119	Ja, positiv	Schwach

Anmerkungen. *df* = Freiheitsgrade, *p*-Wert = Signifikanzwert, χ^2 -Wert = nicht-standardisiertes Zusammenhangsmaß, *V* = Zusammenhangsmaß Cramers *V*, Phi = Phi-Koeffizient.

Mit einem *V* von .026 und einem χ^2 -Wert von .344 ist kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bezugsvariable und der Variable „Absolvierte Ausbildung/Berufserfahrungen“ nachweisbar. Mit einem χ^2 -Wert von 7.696 lässt sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen der

Variable „Haushaltseinkommen“ und der Bezugsvariable verzeichnen. „Wissensherkunft: Schule“ weist mit einem χ^2 -Wert von .036 und einem Phi von .009 ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang zur Bezugsvariable auf.

Schwache, statistisch signifikante Zusammenhänge werden zwischen der Bezugsvariable „Bekanntheit der BES“ und den Variablen „Wohnsituation“ ($df = 5, \chi^2 = 12.843, V = .156, p = .025$), „Familienstand“ ($df = 5, \chi^2 = 15.383, V = .171, p = .009$) und „Wissensherkunft: Hochschule/Universität“ ($df = 1, \chi^2 = 7.116, \text{Phi} = .119, p = .008$) verzeichnet. Bei der Variable „Wissensherkunft“ wurden ausschließlich die beiden Items „Schule“ und „Hochschule“ berücksichtigt, da diese für die vorliegende Arbeit am bedeutendsten sind.

Moderate, hochsignifikante Zusammenhänge bestehen zwischen der Bezugsvariable und den Variablen „Geschlecht“ ($df = 3, \chi^2 = 67.112, V = .357, p < .001$), „Studiengang“ ($df = 61, \chi^2 = 120.424, V = .478, p < .001$) und „Informationsqualität“ ($df = 3, \chi^2 = 77.404, V = .383, p < .001$). Die Variablen „Alter“ ($df = 4, \chi^2 = 13.626, p = .009$) und „Semester“ ($df = 5, \chi^2 = 8.595, p = .024$) weisen ebenfalls einen statistisch signifikanten Zusammenhang zur Bezugsvariable auf, jedoch kann für diese keine Effektstärke abgeleitet werden, da der χ^2 -Wert eine solche Einordnung nicht zulässt.

Um im Verlauf der Arbeit feststellen zu können, ob die BES unter den Studierenden nur so bekannt ist, weil sie ihr Wissen über die Essstörung aus der Hochschule besitzen, ist es auch von Bedeutung, die Wissensherkunft anderer Essstörungen durch die Hochschule/Universität als Vergleichswerte heranzuziehen. Es werden dafür die drei, laut BzGA, Haupt-Esstörungen (AN, BN, BES) abgebildet. Dazu werden die Variablen „Bekanntheit der AN“ und „Bekanntheit der BN“ auf Korrelationen zu der Variable „Wissensherkunft: Hochschule/Universität“ untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 aufgeführt.

Tabelle 10: Ergebnisse der Korrelationsanalysen zu den Variablen "Bekanntheit der AN" und "Bekanntheit der BN"

Korrelationen	df	p-Wert	χ^2 -Wert	Phi	Zusammenhang	Effektstärke
„Wissensherkunft: Hochschule/Universität“ mit der Variable „Bekanntheit der AN“	1	.001	10.194	.143	Ja, positiv	Gering
„Wissensherkunft: Hochschule/Universität“ mit der Variable „Bekanntheit der BN“	1	.287	1.133	.048	Nein	-

Anmerkungen. df = Freiheitsgrade, p-Wert = Signifikanzwert, χ^2 -Wert = nicht-standardisiertes Zusammenhangsmaß, Phi = Phi-Koeffizient.

Wie bereits dargestellt, besteht ein schwach positiver, signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen „Bekanntheit der BES“ und „Wissensherkunft: Hochschule/Universität“ ($df = 1$, $\chi^2 = 7.116$, $Phi = .119$, $p = .008$). Tabelle 10 verdeutlicht, dass auch zwischen den Variablen „Bekanntheit der AN“ und „Wissensherkunft: Hochschule/Universität“ ein schwach positiver, hochsignifikanter Zusammenhang besteht ($df = 1$, $\chi^2 = 10.194$, $Phi = .143$, $p = .001$). Im Gegensatz dazu ist kein Zusammenhang zwischen den Variablen „Bekanntheit der BN“ und „Wissensherkunft: Hochschule/Universität“ zu verzeichnen ($df = 1$, $\chi^2 = 1.133$, $Phi = .048$, $p = .287$).

5 Diskussion

Dieses Kap. beinhaltet zunächst eine Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse. Ferner werden die ermittelten Ergebnisse und Interpretationen kritisch diskutiert, Rückschlüsse auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen gezogen und die Limitationen, die die Repräsentativität dieser Erhebung/Arbeit einschränken, dargelegt.

5.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Um erneut auf die in der Einleitung genannten Fragestellungen („Wie bekannt ist die Binge-Eating-Störung unter den Studierenden der HAW Hamburg und was verstehen die Studierenden unter dem Begriff „Binge-Eating“?“ und „Welche Aspekte an Primärpräventionsmaßnahmen werden von den Studierenden der HAW Hamburg als wichtig erachtet?“) zurückzukommen, werden die Ergebnisse zunächst zusammengefasst und interpretiert.

Insgesamt wurde von $n = 527$ Befragten ein Anteil von 68,7 % weiblichen und 27,5 % männlichen Teilnehmenden verzeichnet. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung wurde bereits in Kap. 4.2.3 dargestellt, dass die Bekanntheit der BES (74,4 %) je nach Geschlecht variiert. Unter den befragten Frauen liegt diese bei 82,9 %, unter den befragten Männern liegt sie bei nur noch 49,7 %. Dies spiegelt sich auch in den Korrelationsberechnungen (Kap. 4.4) wider, nach denen ein hochsignifikanter, moderater Zusammenhang zwischen den Variablen „Geschlecht“ und „Bekanntheit der BES“ ($\chi^2 = 67.112$, $V = .357$, $p < .001$) besteht. Werden diese Ergebnisse mit dem Fakt verglichen, dass, wie eingangs erwähnt, rund doppelt so viele Frauen als Männer an der BES erkranken (Qian et al., 2022), so könnte ein Rückschluss darauf gezogen werden, dass in der vorliegenden Befragung mehr Frauen über die Essstörung Bescheid wissen als Männer.

Der größte Anteil war mit 43,3 % zum Befragungszeitraum zwischen 21 und 25 Jahren. Mit 63,2 % gab der Großteil an, ledig zu sein, weitere 26,8 % lebten zum Befragungszeitpunkt in einer Partnerschaft. Insgesamt nahmen 61 Studiengänge aus vier Fakultäten an der Befragung teil. Studierende des 1.-2. Semesters und des Studiengangs Soziale Arbeit waren zusammengefasst am meisten bei der Befragung vertreten (vgl. Anhang 4). Mit 31,7 % waren Studierende (Bachelor und Master) aus dem 1.-2. Semester am teilnahmebereitesten, darauf folgen Studierende des 3.-4. Semesters mit 22,6 %, Studierende des 5.-6. Semesters mit 16,7 %, Studierende des 7.-8. Semesters mit 15,7 % und Studierende des 9. Semesters oder höher mit 12 %. Die Zahlen könnten darauf hindeuten, dass die Teilnahmebereitschaft mit steigender Studiendauer konstant abnimmt, sie könnten jedoch auch darauf hindeuten, dass im Laufe des Studiums vermehrt Studierende ihr Studium abbrechen und demnach weniger Studierende aus den höheren Semestern mit der Rekrutierungsmail erreicht wurden.

Die Studierenden haben hinsichtlich des Verständnisses über ES die Symptome „Kontrollverlust über das Essen“ (89,6 %), „Kein Essen (bewusst Hungern), obwohl körperlich Hunger verspürt wird“

(84,8 %), „Kompensationsverhalten, um einer Gewichtszunahme vorzubeugen“ (85,8 %), „Ständiges Gedankenkreisen rund ums Essen“ (70,4 %), „Regelmäßiges Überessen“ (74,6 %) und „Ständiges Gedankenkreisen rund ums Körpergewicht“ (75,5 %) laut DSM-5 überwiegend richtig als essstörungsspezifisch eingeordnet. Bei den in Tabelle 2 aufgeführten Ergebnissen wird deutlich, dass die Studierenden gut erkennen können, was laut DSM-5 essstörungsspezifische Symptome sind. Erstaunlich ist, dass nur 47,1 % der Studierenden der Meinung sind, dass das „Essen von Dingen, die keine Nahrungsmittel darstellen“, ein essstörungsspezifisches Symptom darstellt, somit sind 52,9 % der Meinung, dass es „normal“ sei, Dinge zu Essen, die keine Nahrungsmittel darstellen. Was zudem heraussticht ist, dass Untergewicht von 35,7 % der Studierenden und Übergewicht/Adipositas von 37,2 % der Studierenden mit Essstörungen in Verbindung gebracht werden. Jedoch stehen, wie eingangs erwähnt, Gewichtsschwankungen, Übergewicht und Untergewicht nicht zwangsläufig mit einer Essstörung in Verbindung, sie können auch genetisch- oder krankheitsbedingt auftreten oder mit einer erhöhten/erniedrigten Energiezufuhr in der gewohnten Mahlzeitenstruktur in Verbindung stehen (World Health Organization, 2000). Ebenfalls erstaunlich ist, dass „Stressessen“ von 52 % aller Studierenden als essstörungsspezifisch eingeordnet wird und somit im Vergleich zu dem „Essen von Dingen, die keine Nahrungsmittel darstellen“ weitere 4,9 % der Studierenden der Meinung sind, dass es sich beim Stressessen um ein essstörungsspezifisches Symptom handelt.

Anschließend wurde ermittelt welche Essstörungen den Studierenden ein Begriff sind. Die BES wurde erst 2013 als eigene Essstörung im DSM-5 definiert, was dafürspricht, dass der Bekanntheitsgrad der BES nicht so hoch ausfällt wie der der AN und der BN. Laut Abfrage ist die BN unter den Studierenden mit 90,5 % am bekanntesten, darauf folgt mit 77,8 % die AN und mit 74,4 % die BES. Der Bekanntheitsgrad der AN erscheint mit 77,8 % im Vergleich zum Bekanntheitsgrad anderer Essstörungen vergleichsweise gering. Die AN ist laut BzGA, wie eingangs beschrieben, die bekannteste Essstörung, was mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit unter den Studierenden der HAW Hamburg nicht übereinstimmt. Es könnte sein, dass die Studierenden den Begriff „Anorexia nervosa“ oder auch „Anorexie“ nicht dem umgangssprachlich verwendeten Begriff „Magersucht“ zuordnen konnten und die Ergebnisse mit der Information im Fragebogen anders ausgefallen wären. Es wurde jedoch bei der Fragebogenkonstruktion bewusst vermieden, die umgangssprachlich verwendeten Begriffe (Magersucht, Ess-Brech-Sucht und Esssucht) zu nennen, da dies die Studierenden im Vorfeld hinsichtlich der Beantwortung der Frage: „Was verstehst du unter dem Begriff „Binge-Eating“?“ hätte beeinflussen und somit die Antworten verfälschen können.

Die Bekanntheitsabfrage der BES fiel im Vergleich zur AN mit 74,4 % unerwartet hoch aus. Um einzuordnen wie viele Personen tatsächlich ein Verständnis über die Störung besitzen, wurde die Bekanntheitsabfrage („Welche Essstörungen sind dir ein Begriff?“) mit den Ergebnissen der Begriffsabfrage („Was verstehst du unter dem Begriff „Binge-Eating“?“) verglichen. Im ersten Antwortfeld der Begriffsabfrage wurden von 68,3 % der Studierenden (laut DSM-5) zutreffende Begriffe

genannt, im zweiten Antwortfeld waren es nur noch 51,2 %. Insgesamt gaben nur 40,8 % in beiden Antwortfeldern eine laut DSM-5 zutreffende Antwort, was zunächst die Vermutung nahelegt, dass die Bekanntheit über die Essstörung doch geringer ausfällt, als die Studierenden es in der ersten Abfrage angaben.

Um Hypothesen verifizieren oder falsifizieren zu können, müsste ein Hypothesentest angewendet werden, was aufgrund der gewählten Annahme/Hypothese, dass der Bekanntheitsgrad der BES defizitär sei, nicht möglich war, da die Hypothese nicht korrekt formuliert wurde (vgl. Kap. 5.3). Jedoch ist die Stichprobe mit $n = 527$ groß genug, um die Bekanntheit unter den Studierenden der HAW Hamburg abzubilden. Die Annahme, dass der Bekanntheitsgrad defizitär sei, kann nicht eindeutig bestätigt oder widerlegt werden, da die Ergebnisse eine große Spannweite (von 40,8 %, 51,2 %, 68,3 % und 74,4 %) aufweisen. Ausgehend von dem Ergebnis der Bekanntheitsabfrage („Welche Essstörungen sind dir ein Begriff?“) über 74,4 % kann die Annahme im Vergleich zu den anderen Essstörungen nicht bestätigt werden. Der Bekanntheitsgrad der BES ist laut dieser Abfrage die Essstörung, die am dritthäufigsten genannt wurde und liegt somit prozentual zwar unter den Angaben der AN und BN, jedoch über den Angaben der Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme (51,6 %), Pica (10,8 %) und Ruminationsstörung (1,9 %). Ausgehend von der anschließend gestellten Begriffsabfrage („Was verstehst du unter dem Begriff „Binge-Eating“?“) könnte eher davon ausgegangen werden, dass der Bekanntheitsgrad der BES unter den Studierenden defizitär ist, jedoch fehlen hierfür Vergleichswerte zu anderen Essstörungen. Zudem lag die Rückmeldequote in beiden Freitext-Antwortfeldern der Begriffsabfrage nur bei insgesamt 84,1 % und 76,9 %, wohingegen sie bei der Bekanntheitsabfrage bei 99,8 % lag. Auch könnte es sein, dass die Studierenden keine Lust/Zeit hatten, die Freitext-Antwortfelder bedacht auszufüllen und demnach die Freitextantworten übersprangen, da berücksichtigt werden sollte, dass keine Angabe zu tätigen nicht bedeutet, dass kein Wissen vorhanden ist, sondern faktisch, dass dazu keine Angabe gemacht wurde. Zudem wurden Begriffe wie bspw. „Übergewicht“ als „laut DSM-5 nicht zutreffend“ klassifiziert (vgl. Anhang 3), da es kein Diagnosekriterium für die Essstörung darstellt, dennoch kann Übergewicht, wie bereits in Kap. 2.1.4.2 erläutert, eine schwerwiegende Folge der BES darstellen und die Studierenden hätten demnach eine korrekte Folge genannt, jedoch wurde es nach der Klassifizierung dieser vorliegenden Arbeit als nicht korrekt (laut DSM-5 nicht zutreffend) eingeordnet. Unter Einbezug der genannten Hintergründe kann keine gesicherte Aussage zum Bekanntheitsgrad der BES getroffen werden, es wird jedoch in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass der Bekanntheitsgrad von 74,4 % unter den Studierenden der HAW Hamburg valide ist.

Wie bereits in Kap. 1.1 erwähnt, ist die Aufklärung von und die Beschäftigung mit Essstörungen in Schulen kein fester Bestandteil der bundesweiten Bildungspläne. Im Zuge dessen sollte ermittelt werden, wo die Studierenden über Essstörungen aufgeklärt wurden. Die drei am häufigsten genannten Herkünfte des Wissens über Essstörungen, sind soziale Medien (69,1%), Freund:innen (44,7 %)

und die Schule (39,3 %). Soziale Medien sollten bei der Aufklärung stets kritisch betrachtet werden, da die Nutzung sozialer Medien aufgrund mehrerer Faktoren (vgl. Kap. 2.1.3.1) auch zur Entstehung einer BES beitragen kann (Bray et al., 2022; Kim & Mackert, 2022). Die Schule ist trotz dessen, dass die Primärprävention von Essstörungen kein fester Bestandteil der bundesweiten Bildungspläne ist, mit 39,3 % unter den Studierenden vertreten. Die Schule ist – aufgrund der Schulpflicht – der Ort, den jedes Kind und jede/r Jugendliche/r in Deutschland ab und bis zu einem gewissen Alter, abhängig vom Bundesland, besuchen muss (Hartmann, o. J.), weshalb die Aufklärung und die Primärprävention der BES in den Schulen weiteren Spielraum für eine noch bessere schulische Aufklärung zulässt.

Interessant hinsichtlich der Herkunft des Wissens über die Essstörung/en ist auch, wie bereits in Kap. 4.4 dargestellt, ob das Wissen durch die Hochschule/Universität für die Bekanntheit der BES unter den Studierenden verantwortlich ist und dadurch der unerwartet hohe Bekanntheitsgrad der BES von 74,4 % zustande kam. Wie bereits in Kap. 4.2.4 beschrieben, sind keine großen Differenzen zwischen den prozentualen Anteilen, die ihr Wissen über die drei Essstörungen (AN, BN, BES) aus der Hochschule/Universität besitzen, zu verzeichnen. Tabelle 9 und Tabelle 10 verdeutlichen, dass es zwischen dem Wissen aus Hochschule/Universität einen schwach positiven, signifikanten Zusammenhang zum Bekanntheitsgrad der AN und der BES gibt, jedoch keinen Zusammenhang zu dem Bekanntheitsgrad der BN. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Wissen, das die Studierenden über die beiden Essstörungen AN ($df = 1$, $\chi^2 = 10.194$, $\Phi = .143$, $p = .001$) und BES ($df = 1$, $\chi^2 = 7.116$, $\Phi = .119$, $p = .008$) besitzen, durch die Hochschule/Universität beeinflusst wurde, dabei sind bei Betrachtung der Korrelationswerte nur minimale Unterschiede zu verzeichnen, was bedeutet, dass keine der beiden Essstörungen sonderlich heraussticht und dieser Zusammenhang nicht ausschließlich auf die BES zutrifft, die Bekanntheit der BES durch Hochschule/Universität demnach keinen Einzelfall darstellt. Anhand des Phi-Koeffizienten konnten nur schwach positive Korrelationen festgestellt werden, was die schwach positiven Korrelationen von $\Phi = .143$ und $\Phi = .119$ jedoch stützt ist, dass wie eingangs erwähnt, ein höherer Bildungsgrad mit einem besseren Gesundheitsbewusstsein und einem besseren gesundheitsbezogenen Wissen korreliert (Adler et al., 1994). Dies bedeutet, dass davon ausgegangen wird, dass die Hochschule/Universität das Wissen über die BES und die AN positiv beeinflusst.

Zusätzlich weist die Variable „Studiengang“, wie bereits in Kap. 4.4 beschrieben, einen moderaten, statistisch signifikanten Zusammenhang zur Variable „Bekanntheit der BES“ auf ($df = 61$, $\chi^2 = 120.424$, $V = .478$, $p < .001$). Aufgrund der Vielzahl an Studiengängen mit verschiedensten Hintergründen (Technik, Informatik, Mode, Design, Gesundheit, Ernährung,...) und der Annahme, dass die Hochschule/Universität das essstörungsspezifische Wissen positiv beeinflusst, wird davon ausgegangen, dass die Studierenden aus gesundheitsbezogenen Studiengängen mehr spezifisches Wissen über Essstörungen besitzen und ihnen demnach auch die BES ein Begriff

ist. Da zusätzlich das Semester mit der Bekanntheit der BES korreliert ($df = 5$, $\chi^2 = 8.595$, $p = .024$), kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass in diesem Falle eine positive Korrelation vorliegt, da mit steigendem Semester optimalerweise das (gesundheitsbezogene) Wissen steigen sollte.

Mit 24,6 % der Studierenden gab rund ein Viertel an, sich nicht weiter über Essstörungen zu informieren, 1,8 % machten dazu keine Angabe. Somit informieren sich insgesamt 73,6 % weiter über Essstörungen, was darauf schließen lässt, dass das Interesse zu Essstörungen unter den Studierenden grundsätzlich vorhanden ist. Die drei beliebtesten Medien zur weiteren Informationsbeschaffung sind die allgemeine Recherche im Internet (51,3 %), die sozialen Medien (38,7 %) und wissenschaftliche Datenbanken (24,2 %). Die wissenschaftlichen Datenbanken als Medium zur Informationsbeschaffung würden für die Allgemeinbevölkerung mit 24,2 % unerwartet hoch ausfallen. Da es sich in dem Falle um Studierende handelt, die in der Regel mit der Nutzung wissenschaftlicher Datenbanken vertraut sein sollten, ist ein solcher Wert zu erwarten gewesen. Die Informationsbeschaffung über wissenschaftliche Datenbanken könnte die Informationsqualität demnach positiv beeinflussen und Falschinformationen verhindern. Die Informationsqualität empfinden 33,2 % der Studierenden als gut, 25,4 % empfinden sie nicht gut und ganze 39,8 % fühlen sich weder gut noch schlecht informiert. Das Ergebnis, dass nur 25,4 % die Informationsqualität nicht als gut empfinden, wurde nicht erwartet, könnte jedoch wie zuvor beschrieben damit zusammenhängen, dass unter den Studierenden allgemein Interesse zum Thema Essstörungen vorhanden ist, sich knapp drei Viertel der Studierenden weiter über Essstörungen informieren und auch knapp ein Viertel für die Informationsbeschaffung auf wissenschaftliche Datenbanken zurückgreift.

74,4 % aller Studierenden fühlen sich von der indizierten Prävention/Verhaltensprävention angesprochen, 64,7 % fühlen sich von der Verhältnisprävention angesprochen, 45,7 % von der universellen Prävention und 29,4 % von der selektiven Prävention. Wie bereits in Kap 2.2.2 erwähnt ergibt es Sinn, dass Verhaltens- und Verhältnisprävention kombiniert angewendet werden, da solche Maßnahmen sich in der Praxis am wirksamsten erwiesen haben (*Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, 2021*), demnach stimmen die Ergebnisse der Studierenden, dass die beiden am häufigsten gewählten Präventionsarten die Verhaltens- und die Verhältnisprävention sind, mit der Theorie überein. 7,2 % wissen keine Antwort auf die Frage. Es könnte sein, dass den Studierenden die Fragestellung zu abstrakt war und auch sie, wie die beiden Pretester:innen vor Ausbesserung des Fragebogens, auf Unverständnis hinsichtlich der Frage: „Welche Art der Primärprävention würde dich ansprechen?“ stießen.

Die Aspekte an Primärpräventionsmaßnahmen, die den Studierenden am wichtigsten sind, sind dass sie Risikofaktoren reduzierend (80,6 %) und ressourcenfördernd (75,1 %) sein sollten, was anhand der multifaktoriellen Krankheitsentstehung der BES (vgl. Kap. 2.1.3) durchaus sinnvoll erscheint.

Eine geschlechtsspezifische (17,1 %) und rein psychoedukative (11 %) Maßnahme spricht die Studierenden weniger an, was auch die Literatur bestätigt, da rein psychoedukative Maßnahmen allein sich als nicht wirksam erwiesen (Pickhardt et al., 2019). Dass eine Maßnahme bis zum max. 15. Lebensjahr durchgeführt wird, empfinden 58,4 % der Studierenden als wichtig. Wie bereits in Kap. 2.2.2 erwähnt, waren laut Stice et al. (2007) Maßnahmen bei einer Teilnahme ab dem 15. Lebensjahr wirksamer. Eine Teilnahme an Primärpräventionsprogrammen von Essstörungen ab dem 15. Lebensjahr müsste kritisch betrachtet werden, da der Erkrankungsgipfel von AN und BN laut Solmi et al. (2022) bereits bei 15,5 Jahren liegt. Für die Prävention der BES könnte eine Teilnahme ab dem 15. Lebensjahr ausreichend sein, da der Erkrankungsgipfel der BES bei 19,5 Jahren liegt (Solmi et al., 2022).

Wie bereits in Kap. 2.1.3 und 2.1.4 dargestellt, ist die Entstehung einer BES sehr individuell und nicht auf nur einzelne Faktoren zurückzuführen. Es kann demnach Personen geben, die sehr resilient sind und mehrere Trigger benötigen, bis sich erste Anzeichen einer BES äußern, jedoch kann es auch Personen geben, die starke genetische, psychische oder andere Vorbelastungen mitbringen und bei denen wenig ausreicht, um als Auslöser für die BES zu fungieren. Abbildung 3 verdeutlicht einen beispielhaften Teufelskreis, in dem sich Betroffene befinden können, dieser kann jedoch auch andere, wie in Kap. 2.1.3 und 2.1.4, beschriebenen Elemente beinhalten und/oder andere Reihenfolgen annehmen und zur gegenseitigen Beeinflussung der einzelnen Faktoren führen.

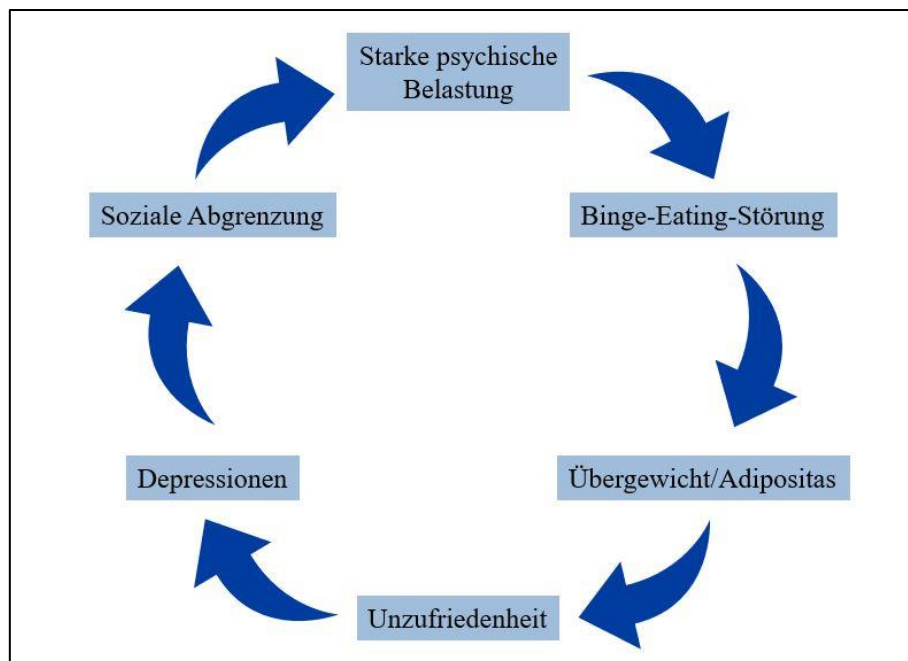


Abbildung 3: Möglicher Teufelskreis einer Binge-Eating-Störung, vereinfacht dargestellt

BES-Betroffene befinden sich demnach in einer Art Teufelskreis, da die Folgen und/oder Komorbiditäten einer BES die Essstörung wiederum begünstigen können. Dies verdeutlicht unter anderem

die Relevanz, sich primär mit der Prävention der Essstörung zu befassen, anstatt erst kurativ zu handeln, wenn die Störung bereits vorliegt.

5.2 Rückschlüsse auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen

Die Wahl zur Darstellung von primärpräventiven Programmen fiel eingangs auf das schulbasierte Programm „Torera“ und das internetgestützte Programm „StudentBodies“. Dass die Auswahl zur Darstellung der Wirksamkeit eines Präsenzprogrammes in der vorliegenden Arbeit auf „Torera“ gefallen ist, ist kein Indiz dafür, dass die existierenden Programme einer qualitativen Bewertung unterzogen wurden, es stellt lediglich ein Programm dar, das sich explizit mit der BES und Adipositas beschäftigt, was den Fokus der vorliegenden Arbeit darstellt. Ein evaluiertes internetgestütztes Programm zur Prävention der BES allein konnte nicht ausfindig gemacht werden, es sollte dennoch als Alternative zum Präsenzprogramm vorgestellt werden, da es aufgrund einiger Vorteile wie der kostengünstigen Teilnahme, einem hohen Maß an Flexibilität und des Online-Zugangs besonders für die jüngere Zielgruppe interessant sein könnte.

Was für die Studierenden für ein internetgestütztes Programm spricht ist, dass 49,5 % der Studierenden angaben, dass sie Wert auf eine anonyme Teilnahme legen würden, jedoch haben nur 13,5 % der Studierenden explizites Interesse an einer Online-Teilnahme. Das schulbasierte Präsenzprogramm bietet den Vorteil, dass die Teilnahme mit der Schulpflicht quasi-verpflichtend ist und somit eine große Zielgruppe erreicht werden könnte. Zudem gaben 46,9 % der Studierenden an, dass die Maßnahmen in Präsenz durchgeführt werden sollten und 55 % gaben an, dass die Maßnahmen interaktiv stattfinden sollten, was für die Teilnahme an einem Präsenzprogramm spricht. Anhand der Befragungsergebnisse wären die Studierenden demnach sowohl offen für ein internetgestütztes Programm als auch für ein Präsenzprogramm. Hinzu kommt, dass beide Programme ressourcenfördernd und Risikofaktoren-reduzierend ausgerichtet sind, was sich in der Befragung unter den Studierenden als die beiden wichtigsten Aspekte an Primärpräventionsmaßnahmen herausgestellt hat.

Basierend auf den Befragungsergebnissen könnte sich demnach die Planung und Durchführung eines kombinierten Primärpräventionsprogrammes aus Präsenzanteilen und Online-Anteilen eignen. So könnten essstörungsspezifische Oberthemen in einer interaktiven Präsenzgruppe behandelt werden, wohingegen intimere Inhalte bei Bedarf online und anonym bearbeitet werden könnten.

Aufgrund dessen, dass der Erkrankungsgipfel der BES laut Solmi et al. (2022) bei 19,5 Jahren liegt, könnte es von Vorteil sein, erst im Jugendalter mit der Primärprävention der BES zu beginnen. Die Jugendlichen könnten dann an einem schulischen Programm teilnehmen, wenn sie in einem Alter sind, in dem sie bereits in der Lage sind, ihr Essverhalten kritisch zu hinterfragen. Somit könnte verhindert werden, dass junge Kinder erst dann auf die Störung aufmerksam werden und zu gestörtem Essverhalten angeregt werden.

Basierend auf der Literatur und deckungsgleich mit den Ergebnissen der Befragung, sollten Maßnahmen generell sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Anteile enthalten. Die Maßnahmen sollten auf die Zielgruppe und an das Zeitalter angepasst werden, was sich ebenfalls sowohl in den Befragungsergebnissen als auch in der Literatur widerspiegelt (Pickhardt et al., 2019). Eine Maßnahme, die für jede Person gleich wirksam ist, kann aufgrund von sehr individuellen Bedürfnissen und Anforderungen nicht entwickelt werden, da die Maßnahmen sowohl fähigkeitsorientiert, ressourcenfördernd und an die Zielgruppe, Umstände und Gegebenheiten angepasst, geplant und durchgeführt werden sollten.

5.3 Limitationen

Die dargestellten Ergebnisse lassen aufgrund einiger Limitationen keine kausalen Schlüsse zu. So kann nur innerhalb einer weiteren Querschnittuntersuchung an einer repräsentativen Stichprobe ein kausaler Einfluss von Variablen auf den Bekanntheitsgrad der BES festgestellt und Aufschluss über den Bekanntheitsgrad der BES in der Gesamtpopulation gegeben werden. Im vorliegenden Fall könnte es sein, dass der Bekanntheitsgrad nur so unerwartet hoch ausfiel, weil es sich bei den Teilnehmenden um Studierende handelt und einige der vertretenen Studiengänge, besonders die der Fakultät Life Sciences, einen hohen Gesundheitsbezug aufweisen (bspw. Ökotrophologie, Gesundheitswissenschaften, vgl. Anhang 4). Für das Ziel der Arbeit, den Bekanntheitsgrad unter den Studierenden der HAW Hamburg abzubilden, ist die Erhebung ausreichend, jedoch konnten nur wenig kausale Einflüsse von Variablen auf den Bekanntheitsgrad der BES festgestellt werden. Der Grund dafür ist unter anderem, dass fast ausschließlich nominalskalierte Daten erhoben wurden. Mit ordinal- oder intervallskalierten Daten hätten weitere statistische Tests durchgeführt und Korrelationsrichtungen ermittelt werden können, was bei der Fragebogenkonstruktion nicht berücksichtigt wurde.

Zudem wurde in der vorliegenden Arbeit sowohl Literatur aus den Jahren vor 2013 verwendet, die sich auf die Diagnosekriterien des DSM-IV beziehen, als auch Literatur ab 2013, die sich bereits auf die neueste Version, das DSM-5, beziehen. Im DSM-IV wird die BES den nicht weiter bezeichneten Essstörungen (engl.: Eating Disorder not Otherwise Specified, EDNOS) zugeordnet und weist leicht abweichende Diagnosekriterien zu denen des DSM-5 auf. Der Vollständigkeit halber sind die Diagnosekriterien der BES aus dem DSM-IV im Anhang 5 zu finden. Der wesentliche Unterschied zwischen der DSM-IV- und der DSM-5-Definition der BES liegt in der Häufigkeit der Essanfälle. Laut DSM-IV sollten diese im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen in der Woche für sechs Monate auftreten (American Psychiatric Association, 1994), laut DSM-5 ist bereits eine Diagnosestellung bei einem Auftreten der Essanfälle von mindestens einem Tag über einen Zeitraum von drei Monaten ausreichend (American Psychiatric Association, 2013). Die Verwendung von Literatur aus den Jahren vor 2013 und nach 2013 könnte die verwendete Literatur miteinander schwer vergleichbar machen, was schlussendlich zu falschen Schlüssen führen könnte. Da die Diagnosekriterien des DSM-IV und des DSM-5 nicht stark voneinander abweichen und ein Verzicht auf die Nutzung der Literatur

vor 2013 die Auswahl zu sehr eingeschränkt hätte, wurde dies in Kauf genommen und sowohl Literatur des DSM-IV als auch des DSM-5 verwendet.

Im Sinne der Umfrageökonomie gelten Onlinebefragungen als kostengünstige und ökonomisch gut vertretbare Möglichkeit der Befragung. Sie sind administrativ einfach durchführbar und erlauben aufgrund der Orts- und Zeitunabhängigkeit sowohl bei der Befragung als auch bei der späteren Auswertung Flexibilität. Die Durchführung einer Onlinebefragung erlaubt in den meisten Fällen den Zugriff auf eine große Anzahl potentiell Teilnehmender an einer Umfrage, die an unterschiedlichsten Orten erreicht und befragt werden können (Möhring & Schlütz, 2010). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte der Bekanntheitsgrad der BES unter den Studierenden der HAW Hamburg dargestellt werden, jedoch stellt diese Vorauswahl einen limitierenden Faktor für die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation dar, was die Repräsentativität der Erhebung mindert.

Ein weiterer limitierender Faktor, der die Erstellung der vorliegenden Arbeit erschwerte, ist, dass aufgrund des stets anhaltenden Angriffs auf die IT-Infrastruktur der HAW Hamburg im Dezember 2022 nicht auf alle benötigten Studien, Bücher und Materialien zugegriffen werden konnte. Dies ermöglichte nur eingeschränkten Zugriff auf nicht frei verfügbare Materialien.

Eine weitere methodische Limitation ist die Wahl von freiwilligen Items im Fragebogen. Die Freiwilligkeit, auf eine Frage zu antworten, gewährleistet zwar eine höhere Abschlussquote seitens der Teilnehmenden, jedoch trägt sie das Risiko, dass wichtige Items nicht beantwortet werden. Dies führte dazu, dass nicht alle Studierenden auf jede Frage antworteten, was die Ergebnisse schwieriger miteinander vergleichbar machte. Hinsichtlich der Frage: „Was verstehst du unter dem Begriff „Binge-Eating“?“ war demnach bei der Auswertung ein limitierender Faktor, dass von zwei verfügbaren Freitext-Antwortfeldern die Rückmeldequote in beiden Antwortfeldern unterschiedlich ausfiel. So antworteten in dem ersten Antwortfeldes 84,1 % der Studierenden und in dem zweiten Antwortfeld ergab sich nur noch eine Rückmeldequote von 76,9 % der Studierenden. Um diesem Problem entgegenzuwirken, sollte in zukünftigen Befragungen primär mit Pflichtfragen gearbeitet werden.

Zudem wurde die Annahme/Hypothese („Der Bekanntheitsgrad der Binge-Eating-Störung ist defizitär“) zu Beginn nicht korrekt formuliert, weshalb schlussendlich keine Verifikation oder Falsifikation der Annahme/Hypothese erfolgen konnte, sondern ausschließlich eine Abfrage unter den Studierenden und eine anschließende Einordnung der Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand. Der Begriff „defizitär“ hätte zu Beginn definiert werden müssen, um die verschiedenen Bekanntheitsgrade der Essstörungen unter den Studierenden miteinander vergleichen und Schlüsse ziehen zu können, ob statistisch signifikante Differenzen vorhanden sind. Dazu hätte zu Beginn der Arbeit ein prozentualer Wert definiert werden müssen, ab wann der Bekanntheitsgrad defizitär ist. Da der Begriff „defizitär“ wissenschaftlich nicht definiert und nicht messbar ist, stellt eine selbst definierte

Zuordnung methodisch und wissenschaftlich keine korrekte Herangehensweise dar und die Repräsentativität der vorliegenden Arbeit wäre weiter eingeschränkt. Zudem weist die genannte Hypothese keine abhängige und keine unabhängige Variable auf, demnach war weder eine Wenn-Dann-Formulierung noch eine Je-Desto-Formulierung möglich. Aufgrund der unkonkreten Formulierung konnte keine Nullhypothese aufgestellt und keine Hypothesentests durchgeführt werden, um den Wahrheitsgehalt der Annahme/Hypothese überprüfen zu können. Dies hatte zur Folge, dass die Auswertung der Daten ausschließlich deskriptiv erfolgen konnte, weshalb kausale Zusammenhänge dementsprechend nicht ermittelt werden konnten.

6 Schlussfolgerung

Im Folgenden wird ein Fazit zu der vorliegenden Arbeit gezogen und ein Ausblick für die weitere Forschung gegeben. Das Fazit und der Ausblick runden die Arbeit ab, indem sie einen praktischen Bezug zu den ermittelten Ergebnissen bieten.

6.1 Fazit

Das Ziel der Arbeit war es, den Bekanntheitsgrad der BES unter den Studierenden der HAW Hamburg abzubilden und anhand der Befragungsergebnisse Rückschlüsse auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen zu ziehen. Eine gesicherte Aussage über den Bekanntheitsgrad der BES unter den Studierenden kann anhand der Befragungsergebnisse nicht getroffen werden. Das Ergebnis variiert je nach Betrachtungsfaktor und nach gestellter Frage, da es davon abhängt, wie die Antworten klassifiziert werden. In der vorliegenden Arbeit wurden sie nach den Diagnosekriterien des DSM-5 klassifiziert. In weiteren Arbeiten könnten sie andere Klassifikationen wie bspw. „Folgen“, „Komorbiditäten“ und/oder „mögliche Begleiterscheinungen“ beinhalten, was wiederum zu einem anderen Bekanntheitsgrad führen würde, da somit mehr von den Studierenden genannten Begriffen (z.B. Übergewicht oder emotionales Essen) als korrekt klassifiziert werden würden. Es ist demnach ersichtlich, dass die vorliegende Arbeit keine gesicherten Aussagen über den Bekanntheitsgrad zulässt. Die Annahme, dass der Bekanntheitsgrad der BES defizitär ist, kann aufgrund der fehlenden Definition des Begriffs „defizitär“ mit der vorliegenden Arbeit ebenfalls weder bestätigt noch widerlegt werden. In der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass der Bekanntheitsgrad der BES im Vergleich zu anderen Essstörungen nicht defizitär ist, da die Bekanntheitsabfrage unter den Studierenden sowohl höhere als auch niedrigere Werte für andere Essstörungen aufweist. Jedoch stellt dies lediglich eine Tendenz und keine eindeutige, klare Aussage dar.

Anhand der Befragungsergebnisse konnte dargestellt werden, worauf die Studierenden an Primärpräventionsmaßnahmen Wert legen und die Ergebnisse mit der in der Literatur existierenden Primärpräventionsprogramme verknüpft werden, sodass gute Rückschlüsse auf die Planung von Primärpräventionsmaßnahmen gezogen werden konnten.

6.2 Ausblick

Aufgrund des mangelnden Forschungsstandes wäre es wichtig, weitere Untersuchungen zu dem Thema durchzuführen. Um den Bekanntheitsgrad der BES unter den Studierenden noch genauer darzustellen und eine gesicherte Aussage darüber zu treffen, ob der Bekanntheitsgrad der BES defizitär ist, würden sich in Zukunft gezieltere Fragen eignen, die nicht einen so großen Ergebnisspielraum erlauben würden. Um den Bekanntheitsgrad der BES in der Gesamtpopulation darstellen zu können, müsste eine Querschnittserhebung an einer, auf die Allgemeinbevölkerung, repräsentativen Stichprobe erfolgen. Um herauszufinden, ob der Bekanntheitsgrad der BES im Vergleich zu anderen

Essstörungen defizitär ist, müssten demnach auch konkretere Werte anderer Essstörungen erhoben und der Begriff „defizitär“ zu Beginn definiert werden.

Generell sollten bei der Untersuchung des Bekanntheitsgrades viele soziodemografische Variablen erhoben werden, um die Ergebnisse möglichst eindeutig auf die entsprechenden Variablen zurückführen zu können. So könnte eine Person, die einen hohen Bildungsgrad aufweist, mehr mit der BES vertraut sein und/oder mehr an der Primärprävention der BES interessiert sein im Vergleich zu einer Person, die einen niedrigeren Bildungsgrad aufweist.

Die Wirksamkeit eines auf die Vorstellungen der Studierenden angepassten Programmes mit Präsenz- und Online-Anteilen kann mit dieser Arbeit nicht dargestellt werden, könnte jedoch nach Konzeption und Durchführung an einer bestimmten Zielgruppe innerhalb einer Längsschnittuntersuchung ermittelt werden. Die Chancen auf Verbesserung hinsichtlich verschiedener Zielvariablen werden als gut eingestuft, da auch die beiden vorgestellten Programme „Torera“ und „StudentBodies“ sich in der Theorie als wirksam erwiesen und in der vorliegenden Arbeit anhand der Befragungsergebnisse der Studierenden ein Kombinationsprogramm empfohlen wird. In einem nächsten Schritt wäre es wichtig, Forschung darüber zu betreiben, welche dieser beiden Präventionsmodelle in der Praxis wirksamer ist. Dafür würde sich eine Längsschnittuntersuchung mit einer repräsentativen Anzahl an Teilnehmenden eignen, woraus weitreichendere Kausalschlüsse gezogen werden könnten. Diese Erkenntnisse könnten wiederum als Ansatz für Interventionsprogramme in der Medizin oder in der Psychotherapie genutzt werden. Die vorliegende Arbeit kann als Anstoß für weitere Forschung gesehen werden und weitere Untersuchungen in dem Bereich könnten demnach in mehreren Fachgebieten mehrwertbringend wirken.

7 Literaturverzeichnis

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, *49*(1), 15–24. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.1.15>
- Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2021). A review of binge eating disorder and obesity. *Neuropsychiatrie*, *35*(2), 57–67. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00346-w>
- Allport, G. W. (1966). Traits revisited. *American Psychologist*, *21*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1037/h0023295>
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV ; includes ICD-9-CM codes effective 1. Oct. 96* (4. ed., 7. print).
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Avena, N. M., & Bocarsly, M. E. (2012). Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: Neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*, *63*(1), 87–96. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.11.010>
- Bauer, S., Kindermann, S. S., & Moessner, M. (2017). Prävention von Essstörungen: Ein Überblick. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *45*(5), 403–413. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000506>
- Beardslee, W. R., Chien, P. L., & Bell, C. C. (2011). Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective. *Psychiatric Services*, *62*(3), 247–254. https://doi.org/10.1176/ps.62.3.pss6203_0247
- Beilmann, A., Pfof, M., & Schmitt, C. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *22*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000104>

- Beintner, I., Jacobi, C., & Taylor, C. B. (2012). Effects of an Internet-based Prevention Programme for Eating Disorders in the USA and Germany—A Meta-analytic Review: Internet-based Prevention for ED. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1002/erv.1130>
- Berger, U., Schaefer, J.-M., Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Schwartz, D., & Strauss, B. (2014). Effectiveness of Reducing the Risk of Eating-Related Problems Using the German School-Based Intervention Program, “Torera”, for Preadolescent Boys and Girls. *Prevention Science*, 15(4), 557–569. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0396-4>
- Berger, U., Schäfer, J.-M., Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Schwartz, D., & Strauß, B. (2013). Essstörungen wirksam vorbeugen mit den Schulprogrammen „PriMa“ und „Torera“ für Jugendliche in Klasse 6 und 7. *Das Gesundheitswesen*, 77(S 01), S60–S61.
<https://doi.org/10.1055/s-0032-1330034>
- Bohon, C. (2019). Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 549–555.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.003>
- Bray, B., Bray, C., Bradley, R., & Zwickey, H. (2022). Binge Eating Disorder Is a Social Justice Issue: A Cross-Sectional Mixed-Methods Study of Binge Eating Disorder Experts’ Opinions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6243.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19106243>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2019, Dezember 12). *Prävention—Bundesgesundheitsministerium*. Abgerufen 10. Oktober 2022, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (o. J.). *Komorbiditäten bei Essstörungen*. Abgerufen 28. Oktober 2022, von <https://www.bzga-essstoerungen.de/was-sind-essstoerungen/komorbiditaeten/?L=0>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (o. J.). *Wie häufig sind Essstörungen?* [Wie häufig sind Essstörungen?]. Essstörungen. Abgerufen 26. August 2022, von

<https://www.bzga-essstoerungen.de/habe-ich-eine-essstoerung/wie-haeufig-sind-essstoerungen/?L=0>

- Correia Horvath, J. D. (2014). Obesity coexists with malnutrition? Adequacy of food consumption by severely obese patients to dietary reference intake recommendations. *Nutrición Hospitalaria*, 2, 292–299. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.2.7053>
- D’Arcy, C., & Meng, X. (2014). Prevention of common mental disorders: Conceptual framework and effective interventions. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 294–301. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000076>
- Davis, C., Levitan, R. D., Yilmaz, Z., Kaplan, A. S., Carter, J. C., & Kennedy, J. L. (2012). Binge eating disorder and the dopamine D2 receptor: Genotypes and sub-phenotypes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 38(2), 328–335. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.05.002>
- Degortes, D., Santonastaso, P., Zanetti, T., Tenconi, E., Veronese, A., & Favaro, A. (2014). Stressful Life Events and Binge Eating Disorder: Stressful and Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 378–382. <https://doi.org/10.1002/erv.2308>
- Domschke, K., Stevens, S., Pfleiderer, B., & Gerlach, A. L. (2010). Interoceptive sensitivity in anxiety and anxiety disorders: An overview and integration of neurobiological findings. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.008>
- Duchesne, M., Mattos, P., Appolinário, J. C., Freitas, S. R. de, Coutinho, G., Santos, C., & Coutinho, W. (2010). Assessment of executive functions in obese individuals with binge eating disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, ahead. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010005000022>
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O’Connor, M. E. (1998). Risk Factors for Binge Eating Disorder: A Community-Based, Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.425>
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study: MORTALITY IN EATING DISORDERS. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391–401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>

- Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th edition). SAGE Publications.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021). *Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V*. www.gkv-spitzenverband.de
- Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Loth, K. A., Bucchianeri, M. M., & Neumark-Sztainer, D. (2014). The course of binge eating from adolescence to young adulthood. *Health Psychology, 33*(5), 457–460. <https://doi.org/10.1037/a0033508>
- Grilo, C. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2009). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 42*(3), 228–234. <https://doi.org/10.1002/eat.20599>
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry, 48*(2), 124–131. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.08.002>
- Hartmann, C. (o. J.). *Lehrpläne der einzelnen Bundesländer* [Collection]. Deutscher Bildungsserver. Abgerufen 10. Januar 2023, von <https://www.bildungsserver.de/lehrplaene-400-de.html>
- Herpertz, S., Fichter, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Zeeck, A. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59606-7>
- Herpertz, S., Zwaan, M., & Zipfel, S. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-54573-3>
- Hrabosky, J. I., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2007). Physical activity and its correlates in treatment-seeking obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 40*(1), 72–76. <https://doi.org/10.1002/eat.20323>
- IBM Corporations. (2023, Januar 3). *Cramér's V*. Abgerufen 10. Januar 2023, von <https://www.ibm.com/docs/en/cognos-analytics/11.1.0?topic=terms-cramrs-v>
- Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A. J., & Taylor, C. B. (2007). Maintenance of internet-based prevention: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders, 40*(2), 114–119. <https://doi.org/10.1002/eat.20344>

- Jacobi, C., Völker, U., Trockel, M. T., & Taylor, C. B. (2012). Effects of an Internet-based intervention for subthreshold eating disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(2), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.013>
- Javaras, K. N., Laird, N. M., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (2008). Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(2), 174–179. <https://doi.org/10.1002/eat.20484>
- Kelly, N. R., Bulik, C. M., & Mazzeo, S. E. (2013). Executive functioning and behavioral impulsivity of young women who binge eat. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(2), 127–139. <https://doi.org/10.1002/eat.22096>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., ... Xavier, M. (2013). The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, *73*(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>
- Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K., & Potenza, M. N. (2016). The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *63*, 223–238. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.013>
- Kim, B. R., & Mackert, M. (2022). Social media use and binge eating: An integrative review. *Public Health Nursing*, *39*(5), 1134–1141. <https://doi.org/10.1111/phn.13069>
- Knoph Berg, C., Torgersen, L., Von Holle, A., Hamer, R. M., Bulik, C. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2010). Factors associated with binge eating disorder in pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/eat.20797>
- Kuikka, J., Tammela, L., Karhunen, L., Rissanen, A., Bergström, K., Naukkarinen, H., Vanninen, E., Karhu, J., Lappalainen, R., Repo-Tiihonen, E., Tiihonen, J., & Uusitupa, M. (2001). Reduced serotonin transporter binding in binge eating women. *Psychopharmacology*, *155*(3), 310–314. <https://doi.org/10.1007/s002130100716>

- Lee-Winn, A. E., Townsend, L., Reinblatt, S. P., & Mendelson, T. (2016). Associations of neuroticism and impulsivity with binge eating in a nationally representative sample of adolescents in the United States. *Personality and Individual Differences, 90*, 66–72.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.042>
- Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation. (2018, September 25). *Torera—Prävention Bulimie, Fress-Attacken und Adipositas* [Collection]. Innovationsportal des Deutschen Bildungsservers. https://www.bildungsserver.de/innovationsportal/innovationsprojekt.html?innovationsprojekte_id=279
- Ling, Y.-L., Rascati, K. L., & Pawaskar, M. (2017). Direct and indirect costs among patients with binge-eating disorder in the United States: Direct and Indirect. *International Journal of Eating Disorders, 50*(5), 523–532. <https://doi.org/10.1002/eat.22631>
- Manasse, S. M., Forman, E. M., Ruocco, A. C., Butryn, M. L., Juarascio, A. S., & Fitzpatrick, K. K. (2015). Do executive functioning deficits underpin binge eating disorder? A comparison of overweight women with and without binge eating pathology: Executive Function and Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders, 48*(6), 677–683.
<https://doi.org/10.1002/eat.22383>
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy, 43*(5), 653–668. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.05.004>
- Mobbs, O., Iglesias, K., Golay, A., & Van der Linden, M. (2011). Cognitive deficits in obese persons with and without binge eating disorder. Investigation using a mental flexibility task. *Appetite, 57*(1), 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.04.023>
- Möhring, W., & Schlütz, D. (2010). Die standardisierte Befragung als wissenschaftlich-empirische Methode. In W. Möhring & D. Schlütz, *Die Befragung in der Medien- und Kommunikationswissenschaft* (S. 11–40). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
https://doi.org/10.1007/978-3-531-92421-2_1
- Müller, A., Brandl, C., Kiunke, W., Georgiadou, E., Horbach, T., Köhler, H., & de Zwaan, M. (2014). Food-independent tendency to disadvantageous decisions in obese individuals with

- regular binge eating. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 64–70.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.010>
- Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E., & van den Berg, P. A. (2007). Shared Risk and Protective Factors for Overweight and Disordered Eating in Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 359-369.e3.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.07.031>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Pickhardt, M., Adametz, L., Richter, F., Strauß, B., & Berger, U. (2019). Deutschsprachige Präventionsprogramme für Essstörungen – Ein systematisches Review. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 69(01), 10–19. <https://doi.org/10.1055/s-0043-124766>
- Pike, K. M., Wilfley, D., Hilbert, A., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., & Striegel-Moore, R. H. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 142(1), 19–29. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.10.006>
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
- Razzoli, M., Pearson, C., Crow, S., & Bartolomucci, A. (2017). Stress, overeating, and obesity: Insights from human studies and preclinical models. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 76, 154–162. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.026>
- Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Tambs, K., & Harris, J. R. (2004). Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: A population-based twin study. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 307–314.
<https://doi.org/10.1002/eat.20047>

- Robert Koch-Institut & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*.
- Schlegl, S., Bürger, C., Schmidt, L., Herbst, N., & Voderholzer, U. (2015). The Potential of Technology-Based Psychological Interventions for Anorexia and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Recommendations for Future Research. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), e85. <https://doi.org/10.2196/jmir.3554>
- Schmidt-Semisch, H., & Schorb, F. (Hrsg.). (2008). *Kreuzzug gegen Fette: Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas* (1. Aufl). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schneider, S., & Margraf, J. (Hrsg.). (2019). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Bd. 3). Springer.
- Schwedes, C. (2009). *Präventionsarbeit an Schulen in Deutschland—Handlungsfelder und räumliche Implikationen*. Inst. für Humangeographie.
- Sehm, M., & Warschburger, P. (2015). The Specificity of Psychological Factors Associated with Binge Eating in Adolescent Boys and Girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(8), 1563–1571. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0026-7>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Sonnenmoser, M. (2006). Essstörungen: Bei Prävention ansetzen. *Deutsches Ärzteblatt, Heft 7*, 314–316.
- Striegel-Moore, R. H., Fairburn, C. G., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F.-A., & Kraemer, H. C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: A community-based case-control study. *Psychological Medicine*, 35(6), 907–917. <https://doi.org/10.1017/S0033291704003435>

- Svaldi, J., Brand, M., & Tuschen-Caffier, B. (2010). Decision-making impairments in women with binge eating disorder. *Appetite*, *54*(1), 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.09.010>
- Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders*, *8*(1), 19, s40337-020-00295–3. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>
- Universitätsklinikum Jena. (o. J.). *PriMa & Co*. Primärprävention Essstörungen. Abgerufen 9. November 2022, von https://www.uniklinikum-jena.de/mpsy/Forschung/Abgeschlossen+Projekte/BMBF_+Essst%C3%B6rungen/PriMa+_+Co-p-812.html
- Verzijl, C. L., Ahlich, E., Schlauch, R. C., & Rancourt, D. (2018). The role of craving in emotional and uncontrolled eating. *Appetite*, *123*, 146–151. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.12.014>
- Villarejo, C., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Peñas-Lledó, E., Granero, R., Penelo, E., Tinahones, F. J., Sancho, C., Vilarrasa, N., Montserrat-Gil de Bernabé, M., Casanueva, F. F., Fernández-Real, J. M., Frühbeck, G., De la Torre, R., Treasure, J., Botella, C., & Menchón, J. M. (2012). Lifetime Obesity in Patients with Eating Disorders: Increasing Prevalence, Clinical and Personality Correlates. *European Eating Disorders Review*, *20*(3), 250–254. <https://doi.org/10.1002/erv.2166>
- Watson, H. J., Jangmo, A., Smith, T., Thornton, L. M., von Hausswolff-Juhlin, Y., Madhoo, M., Norring, C., Welch, E., Wiklund, C., Larsson, H., & Bulik, C. M. (2018). A register-based case-control study of health care utilization and costs in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *108*, 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.011>
- Welch, E., Jangmo, A., Thornton, L. M., Norring, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Herman, B. K., Pawaskar, M., Larsson, H., & Bulik, C. M. (2016). Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: Clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0840-7>
- Wolfe, B. E., Baker, C. W., Smith, A. T., & Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, *42*(8), 674–686. <https://doi.org/10.1002/eat.20728>

World Health Organization (Hrsg.). (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. World Health Organization.

Wu, Y.-K., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1030–1042. <https://doi.org/10.1111/jan.13511>

Anhang 1: E-Mail-Verkehr zur Anforderung des Torera-Passwortes

Re: [ext] Passwort Medienpaket Torera




ten,

se

Anhang 2: Fragebogen

Fragebogenseite 1

0% ausgefüllt

Liebe Kommiliton:innen, ich heiße euch herzlich willkommen zu meiner Befragung!

Mit dieser Umfrage möchte ich herausfinden, wie bekannt Essstörungen unter den Studierenden der HAW Hamburg sind und welche Aspekte an Primärprävention die Studierenden als wichtig erachten. Die Umfrage wird etwa 10 Minuten dauern. Mit deiner Teilnahme leistest du einen wichtigen Beitrag zu meiner Bachelorarbeit, ich freue mich daher sehr, wenn du an meiner Umfrage teilnimmst.

Die Teilnahme ist freiwillig und teilnahmeberechtigt sind alle Studierenden der HAW Hamburg. Die anonymisierte Erhebung und Auswertung aller erfassten Daten wird selbstverständlich gewährleistet. Die erhobenen Daten werden nicht auf Einzelfallebene, sondern ausschließlich auf aggregierter Ebene (bspw. Mittelwerte, Korrelationen) ausgewertet und ausschließlich für den genannten Forschungszweck verwendet. Du hast jederzeit die Möglichkeit, die Befragung, ohne Angabe von Gründen, vorzeitig zu beenden.

Bei dieser Befragung handelt es sich um ein sensibles Thema in Form von Essstörungen. Solltest du unter einer Essstörung leiden, bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) Beratungsangebote an. Kontaktdaten zu den unterschiedlichen Beratungsstellen findest du unter: <https://www.bzga-essstoerungen.de/>.

Rückfragen zu dem oben genannten Forschungsprojekt richten sich bitte an kristina.grosse@haw-hamburg.de.

Viele Grüße und vielen Dank!

Kristina Große

Ich stimme der Teilnahme zu.

Weiter

Fragebogenseite 2

Wie alt bist du (in Jahren)?

Wähle bitte eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

≤ 20

21-25

26-30

≥ 31

Keine Angabe

Welchem Geschlecht ordnest du dich zu?

Wähle bitte eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

Weiblich

Männlich

Divers

Keine Angabe

Wie ist dein Familienstand?

Wähle bitte eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

Ledig

Verheiratet

Verwitwet

Geschieden

In Partnerschaft lebend

Sonstiges:

Keine Angabe

Wie ist deine aktuelle Wohnsituation?

Wähle bitte eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

Ich wohne bei meinen Eltern.

Ich wohne in einer WG.

Ich wohne alleine.

Ich wohne mit meiner Partnerin/ meinem Partner.

Sonstiges:

Keine Angabe

Fragebogenseite 3

Was studierst du?

In welchem Semester deines Studiums befindest du dich derzeit?

Wähle bitte eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

1.-2. Semester

3.-4. Semester

5.-6. Semester

7.-8. Semester

≥ 9 . Semester

Keine Angabe

Fragebogenseite 4

Wie hoch ist dein monatliches Netto-Haushaltseinkommen? (Bei mehreren Haushaltsmitgliedern bitte alle berücksichtigen)

Wähle bitte eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

- < 500 €
- > 500 € - 1000 €
- > 1000 € - 1500 €
- > 1500 € - 2000 €
- > 2000 €
- Keine Angabe

Hast du bereits eine Ausbildung mit ernährungswissenschaftlichem und/oder psychologischem Hintergrund absolviert oder in den Bereichen/dem Bereich Berufserfahrungen gesammelt?

Wähle bitte eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Ja
- Nein
- Keine Angabe

Fragebogenseite 5

Essen/Esstörungen

Es folgen nun einige Fragen zum Thema Essen und Essstörungen.

Bitte beachte dazu den Triggerhinweis, der bereits in der Instruktion des Fragebogens gegeben wurde.

Zurück

Weiter

Fragebogenseite 6

Was verstehst du unter einer Essstörung?

Wähle bitte mindestens eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Stressessen
- Unterwegs essen
- Cheat-Meals
- Untergewicht
- Einer bestimmten Ernährungsform folgen (vegetarisch, vegan, low-carb, Sporternährung,...)
- Übergewicht/Adipositas
- „Ungesund“ essen
- Kontrollverlust über das Essen
- Essen, obwohl körperlich kein Hunger verspürt wird
- Essen von Dingen, die keine Nahrungsmittel darstellen
- Kein Essen (bewusst Hungern), obwohl körperlich Hunger verspürt wird
- Ständiges Gedankenkreisen rund ums Körpergewicht
- Kompensationsverhalten, um einer Gewichtszunahme vorzubeugen (eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen, Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika)
- Regelmäßiges Überessen
- Vor dem Fernseher essen
- Ständiges Gedankenkreisen rund ums Essen
- Vereinzelt Mahlzeiten auslassen
- Sonstiges:
- Keine Angabe

Fragebogenseite 7

Welche Aspekte sind dir in Bezug auf Essen/Essgewohnheiten wichtig?

Wähle bitte mindestens eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Mein Essen sollte möglichst frisch zubereitet sein.
- Es sollte regional sein.
- Es sollte saisonal sein.
- Ich esse dann, wenn ich es zeitlich gerade schaffe.
- Es sollte lecker schmecken.
- Ich habe feste Mahlzeitenstrukturen.
- Es sollte gesund sein.
- Ich esse am liebsten in Gesellschaft.
- Ich esse oft Fertiggerichte.
- Ich lasse mich nicht vom Essen ablenken und versuche achtsam zu essen.
- Es sollte günstig sein.
- Ich lasse mich oft ablenken und esse auch gern mal nebenbei (vor dem Fernseher, während der Arbeit,...).
- Es sollte mich bloß sättigen.
- Ich esse am liebsten allein.
- Sonstiges:
- Keine Angabe

Fragebogenseite 8

Welche Essstörungen sind dir ein Begriff?
Wähle bitte mindestens eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- Pica
- Bulimia nervosa (ugs. Bulimie)
- Binge-Eating-Störung
- Ruminationsstörung
- Anorexia nervosa (ugs. Anorexie)
- Sonstige:
- Keine
- Keine Angabe

Was verstehst du unter dem Begriff „Binge-Eating“?
Nenne max. zwei Aspekte, die dir als erstes in den Kopf kommen.

1.

2.

Fragebogenseite 9

Woher weißt du über die dir bekannte/n Essstörung/en Bescheid?
Wähle bitte mindestens eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Apotheker:innen
- Ärzt:innen
- Schule
- Hochschule/Universität
- Krankenkassen
- Bekannte
- Social Media (Instagram, Twitter, Facebook, TikTok, Youtube,...)
- Bücher
- (Ehe)Partner:innen
- Broschüren/Flyer
- Familie
- Freund:innen
- Sonstiges:
- Keine Angabe

Woraus beziehst du weiteres Wissen über die dir bekannte/n Essstörung/en? Über welche Quellen hältst du dich auf dem aktuellen Stand?

Wähle bitte mindestens eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Broschüren/Flyer
- Krankenkassen
- Familie
- Bekannte
- (Ehe)Partner:innen
- Social Media (Instagram, Twitter, Facebook, TikTok, Youtube,...)
- Ärzt:innen
- Apotheker:innen
- Bücher
- Freund:innen
- Recherche (Wissenschaftliche Datenbanken)
- Recherche (Internet allgemein)
- Sonstiges:
- Ich informiere mich nicht weiter.
- Keine Angabe

Fragebogenseite 10

Fühlst du dich gut über Essstörungen informiert?

Wähle bitte eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Ja
- Nein
- Weder noch
- Keine Angabe

Fragebogenseite 11

Einführung in die Primärprävention

Damit du die folgenden Fragen problemlos beantworten kannst, möchte ich dir kurz erklären, worum es sich bei der Primärprävention handelt.

Die Primärprävention dient der Prävention (Vorbeugung) von sowohl psychischen als auch körperlichen Erkrankungen und Störungen, bevor diese entstanden sind. In den Gesundheitswissenschaften kann man Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durchführen, diese können z.B. in Form von Schulprogrammen, Workshops oder aber auch innerbetrieblich in Unternehmen durchgeführt werden, um einer Krankheitsentstehung vorzubeugen.

Zurück

Weiter

Fragebogenseite 12

Welche Art der Primärprävention würde dich ansprechen?

Wähle bitte mindestens eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Maßnahmen, die mein individuelles Verhalten beeinflussen (z.B. durch Wissensvermittlung).
- Maßnahmen, die meine Umgebung gesundheitsförderlich gestalten und dadurch das Gesundheitsverhalten der Allgemeinheit verbessern (z.B. Rauchverbot in öffentlichen Räumen).
- Maßnahmen, die an die Allgemeinbevölkerung gerichtet sind (z.B. Massenmediale Kampagnen).
- Maßnahmen, die ich nur mit Personen mache, die ähnliche Vorbelastungen/Risiken mitbringen, wie ich (z.B. Maßnahmen für übergewichtige Personen).
- Ich weiß es nicht.
- Keine Angabe

Fragebogenseite 13

Stell dir vor, du nimmst an einer Maßnahme zur Vorbeugung von Essstörungen teil, was wäre dir dabei wichtig?

Wähle bitte mindestens eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

Die Maßnahme sollte...

- ...günstig/kostenlos sein.
- ...in gemütlichen Räumlichkeiten stattfinden.
- ...online stattfinden.
- ...einen roten Faden in der Durchführung haben.
- ...anonym durchführbar sein.
- ...in Präsenz stattfinden.
- ...als Einzelperson durchführbar sein.
- ...in einer entspannten Atmosphäre stattfinden.
- ...ein/e gemeinschaftliche/s Kochen/Essenszubereitung beinhalten.
- ...gut erreichbar sein.
- ...eine Gruppengröße von 15 Teilnehmenden nicht überschreiten.
- ...eine gemeinschaftliche Mahlzeit (durch bspw. Catering) beinhalten.
- ...in einem definierten Setting stattfinden (Schule, Betrieb,...).
- ...in mehrere Einheiten gegliedert sein/mehrmals stattfinden.
- Sonstiges:
- Keine Angabe

Fragebogenseite 14

Welche Aspekte an Primärpräventionsmaßnahmen würdest du selbst als wichtig erachten?
Wähle bitte mindestens eine der folgenden Antwortmöglichkeiten:

- Risikofaktoren reduzierend (z.B. Verzerrte Körperwahrnehmung, geringer Selbstwert)
- Ressourcenfördernd (z.B. Ernährungswissen, hoher Körper selbstwert)
- Fähigkeitsorientiert (Anknüpfen an den Fähigkeiten und dem Wissen der Teilnehmenden)
- Interaktiv (z.B. Workshop)
- Strukturiert
- Früh ansetzend (bis max. 15. Lebensjahr)
- Geschlechtsspezifisch
- Rein psychoedukativ (Wissensvermittlung)
- Gemeinschaftlich einbindend von Kindern und Eltern
- Sonstiges:
- Keine Angabe

Fragebogenseite 15

Möchtest du noch etwas ergänzen?

Fragebogenseite 16

Vielen Dank für Deine Teilnahme!

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

[Kristina Große](#), Life Sciences, [Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg](#)

Anhang 3: Freitextantwort-Klassifikation

Tabelle I: Beispielhafte Antwortklassifikationen auf die offene Frage: "Was verstehst du unter dem Begriff "Binge-Eating"?"

Klassifikation	Freitextantworten der Studierenden
Laut DSM-5 zutreffend (vgl. Tab. 1)	<ul style="list-style-type: none"> - Essanfälle - Kontrollverlust - Essen ohne Hungergefühl - Kein Kompensationsverhalten - Schneller essen als „normal“ - Schuldgefühle nach dem Essen - ...
Laut DSM-5 nicht zutreffend	<ul style="list-style-type: none"> - Kompensationsverhalten - Ungesund essen - Übergewicht - Alkohol trinken beim Essen - Emotionales Essen - Hungern - ...

Quelle: Eigene Online-Befragung, 2022.

Anhang 4: Übersicht aller teilnehmenden Studiengänge

Tabelle II: Übersicht der teilnehmenden Studiengänge an der Online-Befragung

Studiengang	Fakultät	Häufigkeit (abs.)	Häufigkeit (%)
Angewandte Familienwissenschaften M.A.	WS	2	0,4
Angewandte Informatik	TI	13	2,5
Außenwirtschaft/Internationales Management B.Sc.	WS	14	2,7
Automatisierung M.Sc.	TI	1	0,2
Bekleidung - Technik & Management B.Eng.	DMI	8	1,5
Betriebswirtschaftslehre B.Sc.	WS	2	0,4
Bibliotheks- und Informationsmanagement B.A.	DMI	18	3,4
Bildung und Erziehung in der Kindheit B.A.	WS	25	4,7
Biomedical Engineering	LS	1	0,2
Biotechnologie	LS	8	1,5
Digitale Kommunikation M.A.	DMI	1	0,2
Elektro- und Informationstechnik B.Sc.	TI	11	2,1
European Master Medical Technology and Healthcare Business	LS	4	0,8
Fahrzeugbau	TI	7	1,3
Flugzeugbau	TI	15	2,8
Food Science	LS	4	0,8
Gefahrenabwehr	LS	1	0,2
Gesundheitswissenschaften	LS	37	7,0
Health Sciences	LS	3	0,6
Hebammenwissenschaft	WS	11	2,1
Illustration	DMI	13	2,5
Informatik	TI	4	0,8
Informatik Technischer Systeme B.Sc.	TI	3	0,6
Informationen, Medien, Bibliothek M.A.	DMI	2	0,4

Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management B.Sc.	WS	3	0,6
International business M.Sc.	WS	1	0,2
International Logistics and Management M.Sc.	WS	1	0,2
Kommunikationsdesign	DMI	7	1,3
Konstruktionstechnik & Produktentwicklung im Maschinenbau M.Sc.	TI	1	0,2
Logistik/Technische Betriebswirtschaftslehre B.Sc.	WS	3	0,6
Marketing & Vertrieb M.Sc.	WS	2	0,4
Marketing/Technische Betriebswirtschaftslehre B.Sc.	WS	6	1,1
Maschinenbau - Berechnung und Simulation M.Sc.	TI	2	0,4
Maschinenbau – Entwicklung und Konstruktion B.Sc.	TI	1	0,2
Maschinenbau und Produktion B.Sc.	TI	24	4,6
Mechatronik B.Sc.	TI	2	0,4
Media Systems B.Sc.	DMI	8	1,5
Medien und Information B.A.	DMI	1	0,2
Medien und Kommunikation B.A.	DMI	7	1,3
Medientechnik B.Sc.	DMI	8	1,5
Medizintechnik	LS	9	1,7
Mikroelektronische Systeme M.Sc.	TI	1	0,2
Modedesign/Kostümdesign/Textildesign	DMI	10	1,9
Nachhaltige Energiesysteme im Maschinenbau M.Sc.	TI	2	0,4
Ökotoxikologie	LS	42	8,0
Pflege	WS	5	0,9
Pflege dual	WS	8	1,5
Process Engineering M.Sc.	LS	2	0,4
Produktionstechnik und -management	TI	4	0,8
Public Health	LS	3	0,6
Public Management	WS	31	5,9

Regenerative Energiesysteme und Energiemanagement B.Sc.	TI	1	0,2
Renewable Energy Systems M.Sc.	LS	1	0,2
Rettungsingenieurwesen B.Eng.	LS	3	0,6
Sozial- und Gesundheitsmanagement	WS	1	0,2
Soziale Arbeit	WS	66	12,5
Umwelttechnik	LS	7	1,3
Verfahrenstechnik	LS	7	1,3
Wirtschaftsinformatik B.Sc.	TI	6	1,1
Wirtschaftsingenieurwesen	LS	5	0,9
Zeitabhängige Medien/Sound - Vision - Games M.A.	DMI	2	0,4
Gesamt		527	100

Anmerkungen. LS = Fakultät Life Sciences, WS = Fakultät Wirtschaft & Soziales, TI = Fakultät Technik & Informatik, DMI = Fakultät Design, Medien & Information. Anzahl der Befragten (n) in Prozent (%) und in absoluter Zahl (abs.).

Quelle: Eigene Online-Befragung, 2022.

Anhang 5: Diagnosekriterien der „Binge-Eating“-Störung nach DSM-IV

Tabelle III: Vorgeschlagene Forschungskriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-IV

Kriterium	Forschungskriterien für die „Binge-Eating“-Störung
A.	<p>Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“. Eine Episode von „Fressanfällen“ ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. in einem zweistündigen Zeitraum), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden. (2) Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was oder wie viel man isst).
B.	<p>Die Episoden von „Fressanfällen“ treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) wesentlich schneller Essen als normal, (2) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, (3) essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt, (4) allein essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst, (5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit, oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
C.	Es besteht deutliches Leiden wegen der „Fressanfälle“.
D.	Die „Fressanfälle“ treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.
E.	Die „Fressanfälle“ gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z. B. „Purging-Verhalten“, fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

Anmerkung. Adaptiert aus Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen: DSM-IV; übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (Hrsg.), 1998, S. 821.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, d. 23.02.2023