



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Merkmale der Prävention und Gesundheitsförderung von Essstörungen in Deutschland

Ergebnisse der Bundesweiten Bestandsaufnahme Essstörungen 2009

Bachelorarbeit

Vorgelegt von Anja Baumbach

im 7. Fachsemester Health Sciences B.Sc.
an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

Abgabedatum: 23.08.2010

Betreuerin: Prof. Dr. Christine Färber
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Zweitbetreuer: Dipl. Pol. / Dipl. Psych. Thomas Kliche
Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf

Inhalt

I	VERZEICHNISSE	IV
I.I	ABKÜRZUNGEN.....	IV
I.II	TABELLEN.....	V
I.III	ABBILDUNGEN	VI
II	VORWORT.....	VII
III	ABSTRACT.....	VIII
1	ZIELSETZUNG UND ÜBERBLICK DIESER ARBEIT	1
2	ESSSTÖRUNGEN: GESUNDHEITSLAST UND PRÄVENTIVE ANSÄTZE.....	2
2.1	DAS KRANKHEITSBILD ESSSTÖRUNGEN.....	2
2.1.1	<i>Diagnosekriterien für AN, BN, BED.....</i>	2
2.1.2	<i>Epidemiologie von Essstörungen.....</i>	6
2.1.3	<i>Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen</i>	9
2.1.4	<i>Verlauf von Essstörungen.....</i>	10
2.2	PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG	11
2.3	ANSÄTZE VON PGF BEI ESSSTÖRUNGEN.....	12
3	BUNDESWEITE BESTANDSAUFNAHME ESSSTÖRUNGEN 2009.....	15
3.1	PROJEKTBSCHREIBUNG	15
3.2	ZUSAMMENFASSUNG DER ALLGEMEINEN ERHEBUNG - STUFE 1	15
3.2.1	<i>Adressrecherche</i>	16
3.2.2	<i>Allgemeine Merkmale der Angebote.....</i>	16
3.2.3	<i>Profile der Einrichtungen.....</i>	17
3.3	VORGEHEN IN STUFE 2 DER ERHEBUNG.....	18
3.3.1	<i>Instrument: Fragebogenbeschreibung.....</i>	18
3.3.2	<i>Datenerhebung</i>	20
3.3.3	<i>Plausibilitätsprüfung</i>	21
3.3.4	<i>Auswertungsverfahren.....</i>	21
3.3.5	<i>Datenausschluss</i>	23
4	MERKMALE VON ANGEBOTEN DER PGF IM BEREICH ESSSTÖRUNGEN – ERGEBNISSE DER STUFE 2	25
4.1	STICHPROBENBSCHREIBUNG	25
4.1.1	<i>Art der PGF Angebote und Anzahl von Ihnen erreichter Personen</i>	26
4.1.2	<i>Räumliche Reichweite der Angebote</i>	29

4.1.3	<i>Arbeitsfelder in der PGF von Essstörungen</i>	31
4.1.4	<i>Zielgruppen der Angebote</i>	33
4.2	QUALITÄTSMERKMALE DER ANGEBOTE	35
4.2.1	<i>Gesundheitsziele</i>	35
4.2.2	<i>Vermittelte Gesundheitsthemen</i>	36
4.2.3	<i>Methoden der Inhaltsvermittlung</i>	38
4.2.4	<i>Qualifikation der durchführenden Personen</i>	39
4.2.5	<i>Unterstützung besonders belasteter Personen</i>	41
4.2.6	<i>Durchführungsbedingungen</i>	42
4.2.7	<i>Vernetzung</i>	44
4.2.8	<i>Häufigkeit der Angebote und Wartezeiten</i>	46
4.2.9	<i>Kapazitäten zur Ausweitung der Angebote</i>	47
4.2.10	<i>Finanzierung</i>	49
5	DISKUSSION	53
5.1	GESAMTBILD	53
5.2	METHODISCHE EINSCHRÄNKUNGEN	56
5.3	ANSÄTZE ZUR BEURTEILUNG DER VERSORGUNGS-LAGE	57
6	FAZIT UND AUSBLICK	60
7	QUELLEN	63
	ANHANG	A
	ORIGINALFRAGEBOGEN STUFE 1	A
	ORIGINALFRAGEBOGEN STUFE 2	B
	ANHANG ZU KAPITEL 3.3.4.2 - UMGANG MIT OFFENEN ITEMS.....	D

I Verzeichnisse

I.1 Abkürzungen

AN	Anorexia nervosa
BN	Bulimia nervosa
BED	Binge-Eating-Disorder
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index (Körpergewicht in kg / Größe in m ²)
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DALY	Disability Adjusted Life Year
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Version IV, gültig seit 1996)
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems (10. Ausgabe)
KG	Körpergewicht
M	Mittelwert (arithmetisches Mittel)
max	Maximalwert
min	Minimalwert
N	Umfang der Gesamtstichprobe (auswertbare Fragebögen)
n	Umfang der Teilstichprobe
PGF	Prävention und Gesundheitsförderung
RKI	Robert-Koch-Institut
SD	Standartabweichung
SHG	Selbsthilfegruppe
WHO	World Health Organisation

I.II Tabellen

Tabelle 1: Diagnosekriterien für AN nach ICD-10 und DSM-IV (Quelle: Jacobi et al. 2004).....	3
Tabelle 2: Diagnosekriterien für BN nach ICD-10 und DSM-IV (Quelle: Jacobi et al. 2004).....	4
Tabelle 3: Forschungskriterien des DSM-IV für BED (Quelle Jacobi et al. 2004).....	5
Tabelle 4: Prävalenz von Essstörungen.....	7
Tabelle 5: Aufbau des Fragebogens zur Erfassung von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung von Essstörungen.....	19
Tabelle 6: Rücklauf des Präventions-Fragebogens.....	26
Tabelle 7: Angebotsart (N = 292).....	26
Tabelle 8: Angebotsart (Mehrfachnennungen möglich, N = 292).....	27
Tabelle 9: Anzahl erreichter Personen (N = 292).....	28
Tabelle 10: Gesamtzahl erreichter Personen durch erfasste Angebote.....	29
Tabelle 11: Durchführungsort (N = 292).....	30
Tabelle 12: Durchführungsort (Mehrfachnennungen, N = 278).....	30
Tabelle 13: Arbeitsfelder – Einzelnennungen (N= 292).....	31
Tabelle 14: Die verschiedenen Zielgruppen (N = 292).....	34
Tabelle 15: Zielgruppe Multiplikatoren/-innen (Mehrfachnennungen, N= 206).....	35
Tabelle 16: Inhalte (Mehrfachantworten, N = 292).....	37
Tabelle 17: Methoden der Inhaltsvermittlung (Mehrfachantworten, N = 292).....	38
Tabelle 18: Qualifikation der Mitarbeiter/-innen (N = 292).....	39
Tabelle 19: Qualifikation der Mitarbeiter/-innen (Mehrfachantworten, N = 292).....	40
Tabelle 20: Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen (N = 292).....	41
Tabelle 21: Unterstützung (Mehrfachantworten, N = 292).....	42
Tabelle 22: Bedingungen für die Durchführung der Angebote (Mehrfachantworten, N = 292).....	43
Tabelle 23: Mittlere Höhe der Kostenübernahme (N = 72).....	43
Tabelle 24: Durchschnittliche Mindestteilnehmerzahl (N = 70).....	44
Tabelle 25: Kooperationspartner (Mehrfachantworten, N = 292).....	45
Tabelle 26: Arten der Kooperation (Mehrfachantworten, N = 292).....	46
Tabelle 27: Mittlere Häufigkeit der Maßnahmen in Jahr, um Ausreißer bereinigt (N = 292).....	46
Tabelle 28: Wartezeit (N = 292).....	47
Tabelle 29: Dauer der Wartezeiten (N = 86).....	47
Tabelle 30: Kapazität zur Ausweitung (N = 292).....	48
Tabelle 31: Kapazitäten zur Ausweitung.....	48
Tabelle 32: Kostenübernahme bei Ausweitung des Angebots.....	49
Tabelle 33: Finanzierungsquellen der Angebote (Mehrfachantworten, N = 292).....	50
Tabelle 34: Anteil der Quellen an den Gesamtkosten in %.....	51
Tabelle 35: Weitere Finanzierungsquellen der PGF-Angebote (Mehrfachnennungen, N = 218)....	52
Tabelle 36: Kategorisierung: Kooperationspartner.....	D
Tabelle 37: Kategorisierung: Arten der Kooperation.....	F

I.III Abbildungen

Abbildung 1: Arbeitsfelder, Angaben in % (Mehrfachantworten, N = 277).....	32
Abbildung 2: Ziele (Mehrfachnennungen, N = 289).....	36

II Vorwort

Diese Bachelorarbeit dient zum Erlangen meines Bachelor-Abschlusses im Studiengang Health Sciences an der Fakultät Life Sciences der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.

Das im Studienplan vorgesehene Praxissemester absolvierte ich in der Forschungsgruppe *Qualität und Versorgung in der Prävention* am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Während dieser Zeit war ich an mehreren Projekten beteiligt, unter anderem an der Bundesweiten Bestandaufnahme Essstörungen 2009, welche die Forschungsgruppe im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchführte. Da diese Bestandserhebung sehr umfangreich war und aus einem mehrstufigen Studiendesign bestand, bot es sich an einen Teil der Auswertungen im Rahmen meiner Bachelorarbeit vorzunehmen.

III Abstract

Auch im Bereich Essstörungen ist eine qualitativ hochwertige Prävention und Gesundheitsförderung notwendig. Um die Versorgung gezielt zu verbessern, möchte die BZgA ein umfangreiches, breit angelegtes Bild der Angebote bei Essstörungen in Deutschland gewinnen. Die schriftliche Erhebung der PGF-Angebote erfolgte mit einem 2-seitigen standardisierten Fragebogen im Zeitraum 11/2009 - 05/2010. Die Auswertung erfolgte überwiegend deskriptiv anhand von Häufigkeitsverteilungen. Untersucht wurden u.a. Art des Angebots, Arbeitsfeld, Zielgruppen, Inhalte und Methoden der Inhaltsvermittlung, Qualifikation des Personals und Finanzierung der Angebote. Die erfassten 292 Angebote erreichten ca. 1/7 der relevanten Altersgruppe zwischen 6 und 25 Jahren. Sie sind meist regional und auf das Setting Schule ausgerichtet. Es besteht eine ausgeprägte Vernetzung der Akteure untereinander, viele Angebote sind an die weitere Versorgung angebunden. Kommunen und Länder sind die größten finanziellen Quellen. Eine Ausweitung der Angebote sowie der finanziellen und personalen Ressourcen ist notwendig, mehr Personen zu erreichen. Empfohlen wird ein mehrdimensionales Vorgehen, durch breit angelegte Programme einerseits und gezielte, möglichst geschlechterspezifische kleinere Projekte andererseits. Weitere Berechnungen der Daten und eine Nonresponderbefragung stehen noch aus.

Like in other fields quality health promotion and prevention for eating disorders is needed, too. The BZgA wants to get a broad picture of interventions and services regarding eating disorders in Germany to systematic improve supply in this field. The questionnaire survey of health promotion and prevention services was conducted from 11/2009 to 05/2010. It was a mainly descriptive analysis of the following service characteristics: e.g. kind of service, setting, target group, topics and methods used qualification of the personnel and financial sources. There are 292 services, which reached about 1/7 of the whole target group age 6 to 25. Most of them have a regional orientation and focus on school projects. There is a wide network of different stakeholders and most services are linked to further health care supply. Communities or federal states are the biggest financial sources. To increase supply with health promotion and prevention for eating disorders more financial and human resources are needed. A multidimensional approach is recommended through broad programs on the one hand and targeted and gender specific smaller projects on the other hand.

1 Zielsetzung und Überblick dieser Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Merkmale von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten zum Thema Essstörungen in Deutschland darzustellen. Grundlage hierfür bildet die Bundesweite Bestandserhebung Essstörungen 2009, welche als Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde.

Um einen Überblick zum Krankheitsbild Essstörungen zu erhalten, werden Diagnosekriterien für die typischsten Erkrankungsformen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung), deren Häufigkeit und Verteilung in der Bevölkerung, Risikofaktoren sowie der Verlauf der Erkrankungen beschrieben. Es folgt eine kurze Vorstellung der Konzepte Prävention und Gesundheitsförderung im Allgemeinen und bisherige Ansätze zu deren Umsetzung und Wirkungsweise im Bereich Essstörungen.

Kapitel 3 beschreibt die Zielsetzung und den Aufbau der Bestandserhebung Essstörungen, sowie die Vorgehensweise bei der Aufbereitung und Auswertung der für diese Arbeit verwendeten Daten.

Die Merkmale von insgesamt 292 Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten werden in Kapitel 4 dargestellt. Untersucht wurden unter anderem Art des Angebots, Arbeitsfeld, Zielgruppen, Inhalte und Methoden der Inhaltsvermittlung, Qualifikation des Personals und Finanzierung der Angebote.

Die zentralen Ergebnisse der Untersuchung werden in Kapitel 5 zusammengefasst. Des Weiteren werden Einschränkungen in deren Aussagekraft aufgrund methodischer Probleme beschrieben. Im Anschluss daran folgt die Zusammenfassung der Untersuchung und es werden Schlussfolgerungen für die Praxis, sowie ein Ausblick auf den weiteren Verlauf der Bundesweiten Bestandserhebung gegeben.

2 Essstörungen: Gesundheitslast und präventive Ansätze

Was verstehen wir unter Essstörungen? Wie viele Menschen sind von ihnen betroffen und gibt es Bevölkerungsgruppen, bei denen das Risiko an einer Essstörung zu erkranken besonders hoch ist? Welche präventiven Ansätze gibt es und wie gut wirken diese? Dieses Kapitel soll Antworten auf diese Fragen geben.

2.1 Das Krankheitsbild Essstörungen

Essstörungen sind einer der häufigsten Gründe für psychische Funktionseinschränkungen bei heranwachsenden Frauen im Alter zwischen 15 und 34 Jahren. Neben depressiven, substanzbedingten und bipolaren Störungen tragen allein die beiden Formen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa einen relativ großen Anteil an der in DALYs gemessenen Gesundheitslast (4,8 %) (Schweiger, Peters & Sipos, 2003, S.1f). Ein DALY (disability adjusted life year) steht im „Global Burden of Disease“-Konzept der Weltgesundheitsorganisation für ein verlorenes Jahr in voller Gesundheit (WHO, 2008, S.3). Das heißt, dass 4,8 % der verlorenen Lebensjahre auf Essstörungen zurückzuführen sind. Schweiger et al. geben allerdings nicht an, auf welche Grundgesamtheit sich dieser Wert bezieht, ob er beispielsweise nur für Deutschland gilt oder weltweit.

2.1.1 Diagnosekriterien für AN, BN, BED

Klare Definitionen der Krankheitsbilder und Diagnosekriterien finden sich in der Literatur für Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) und zum Teil auch für die Binge-Eating-Störung (BED). Bei Jacobi und Kollegen findet sich eine sehr gute Gegenüberstellung von Kriterien aus den beiden international gebräuchlichen Diagnose-Handbüchern, zum einen dem Diagnostischen und Statistischen Handbuch psychischer Störungen (DSM-IV) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung, zum anderen der Internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (vgl. Jacobi, Paul & Thiel, 2004, S.1). Die folgenden drei Tabellen geben einen Überblick über die Kriterien zur Diagnose von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa bzw. die aktuellen Forschungskriterien für die Binge-Eating-Störung.

Tabelle 1: Diagnosekriterien für AN nach ICD-10 und DSM-IV (Quelle: Jacobi et al. 2004)

ICD-10 (F50.0)	DSM-IV (307.1)
1. KG mind. 15 % unter Erwartetem ODER Body-Mass-Index (BMI) $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$	A. Weigerung des für Alter und Körpergröße normalen KG zu halten (KG dauerhaft unter 85 % des erwarteten Gewichts).
2. Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust durch Vermeiden von hochkalorischen Speisen, selbstinduziertes Erbrechen und/oder Abführen, übertriebene körperliche Aktivität, Gebrauch von Appetitzüglern	B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
3. Körperschemastörung in Form massiver Angst vor dem Dickwerden und sehr niedriger persönlicher Gewichtsschwelle	C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des KG, übertriebener Einfluss des KG oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen KG
4. Endokrine Störung in Form von Amenorrhoe bei Frauen (Ausbleiben der Monatsblutung) bzw. Libido- und Potenzverlust bei Männern durch verringerte Hormonausschüttung	D. Amenorrhoe bei postmenarchalen Frauen, d.h. Ausbleiben von mind. 3 aufeinander folgenden Menstruationszyklen (auch, wenn bei Frauen die Periode nur nach Verabreichen von Hormonen (z.B. Östrogenen) eintritt).
5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die pubertäre Entwicklung verzögert oder gehemmt (ebenfalls durch verringerte Hormonausschüttung)	-
Subtypen: Restriktive Form (F50.00) Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme Bulimische Form Anorexie mit aktiven Maßnahmen der Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. in Verbindung mit Heißhungerattacken)	Subtypen: Restriktiver Typus Während aktueller Episode der AN hat eine Person keine regelmäßigen Fressanfälle gehabt oder hat kein Purging-Verhalten gezeigt (selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) Binge-Eating/Purging – Typus Während der aktuellen Episode der AN hat die Person regelmäßig Fressanfälle gehabt oder hat Purging-Verhalten gezeigt

KG = Körpergewicht

Bei einer AN besteht ein sehr niedriges Körpergewicht bei den Betroffenen. Das Selbstwertgefühl hängt stark mit der Bewertung der eigenen Figur zusammen, welche verzerrt wahrgenommen wird. Es kann ebenfalls zu hormonellen Störungen kommen, in deren Verlauf bei Frauen die Monatsblutung aussetzen und es bei Männern zu Potenz- und Libidoverlust kommen kann. Die Unterscheidung zwischen zwei verschiedenen Typen

erfolgt daran, ob aktive Maßnahmen der Gewichtsabnahme (z.B. Erbrechen oder Abführen) ergriffen werden.

Tabelle 2: Diagnosekriterien für BN nach ICD-10 und DSM-IV (Quelle: Jacobi et al. 2004)

ICD-10 (F50.2)	DSM-IV (307.51)
1. Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, unwillkürliche Gier nach Nahrungsmitteln und Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung innerhalb kurzer Zeit konsumiert werden	A. Wiederholte Episoden von Fressanfällen mit folgenden Merkmalen: 1 – Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb 2h), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen Essen würden 2 – Das Gefühl während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
2. Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika	B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
3. Krankhafte Furcht davor, dick zu werden; selbst gesetzte Gewichtsgrenze, die weit unter dem prämorbidem oder gesunden Gewicht liegt	C. Die Fressattacken und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
4. Häufig besteht in der Vorgeschichte eine Episode der AN	D. Figur und Gewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
	E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer AN auf.
	<p>Purging-Typus: Während der aktuellen Episode der BN induziert die Person regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.</p> <p>Nicht-Purging-Typus: Während aktueller Episode der BN zeigt die Person andere unangemessene einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen (bspw. Fasten, übermäßige körperliche Betätigung) hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert, Laxantien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.</p>

KG = Körpergewicht

Bei der BN treten wiederholte Essanfälle, bei denen sehr große Mengen Nahrung aufgenommen werden, über einen längeren Zeitraum auf. Während dieser Essanfälle erleben die Betroffenen einen Kontrollverlust über das Essen. Um nicht zuzunehmen, werden Maßnahmen, wie Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln oder Medikamenten, übermäßige körperliche Betätigung oder Fasten unternommen. Auch bei dieser Form von Essstörung hat wie bei der AN die übermäßige Bewertung der Figur auf das Selbstwertgefühl eine große Bedeutung.

Die BED wird im DSM-IV unter den „Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen“ aufgeführt, welche nicht vollständig die Kriterien für spezifische Essstörungen erfüllen. In der Wissenschaft findet derzeit noch die Diskussion um endgültige Aufnahme der BED in das DSM statt. Es wurden allerdings konkrete Forschungskriterien aufgestellt, die in Tabelle 3 aufgeführt sind (Jacobi et al., 2004, S.8).

Tabelle 3: Forschungskriterien des DSM-IV für BED (Quelle Jacobi et al. 2004)

DSM-IV (307.50)
A. Wiederholte Episoden von Fressattacken, gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale: 1 – Essen einer Nahrungsmenge in einem abgegrenzten Zeitraum (z.B. 2h), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden. 2- Das 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 und wie viel gegessen wird.
B. Die Episoden von Fressanfällen treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf: - Wesentlich schneller essen als normal, - Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, - Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nichthungrig fühlt, - Alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst, - 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 zwei 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 AN oder BN auf.

Neben diesen drei klar definierten Formen, kommen auch solche vor, die diese Kriterien nicht vollständig erfüllen und deshalb als „Atypische Essstörungen“ oder „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ klassifiziert werden. Beispiele hierfür aus der ICD-10 sind Ess-

attacken oder Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen. Schweiger et al. berichten von epidemiologischen Stichproben, bei denen diese Formen mindestens genauso häufig auftreten wie typische Essstörungen. Zu den „Subklinischen Formen“ zählen einzelne Auffälligkeiten des Essverhaltens, z.B. Restriktion, grenzwertig niedriges Gewicht und gelegentliche, nicht regelmäßige, Essanfälle, ohne dass jedoch körperliche und psychische Leiden auftreten (Schweiger et al., 2003, S.28ff).

Übergewicht, oder Adipositas, wird als eigenständige Diagnose weder im DSM-IV noch in der ICD-10 aufgeführt, da es keine Rechtfertigung für eine psychische Störung darstellt (Jacobi et al., 2004, S.2). Auch beim deutschen Robert-Koch-Institut (RKI) ist die beschriebene Abgrenzung der verschiedenen Arten von Essstörungen geläufig (Hölling & Schlack, 2007).

2.1.2 Epidemiologie von Essstörungen

Wie sieht die Verteilung von Essstörungen in der Bevölkerung aus? Bestehen Unterschiede zwischen Frauen und Männern? Es gibt mehrere Untersuchungen und Übersichtsarbeiten, welche sich mit der Epidemiologie von Essstörungen beschäftigen, von denen im Folgenden eine Auswahl vorgestellt wird.

In einer Untersuchung von Wittchen und Kollegen aus dem Jahr 1998 wurden 3021 Personen im Alter von 14 bis 24 Jahren in der Metropolregion München befragt. Es wurde ein computergestütztes Diagnoseinterview verwendet, um die Prävalenz psychischer Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu erheben. Laut ihrer Ergebnisse erfüllen 3 % der Menschen irgendwann einmal im Leben (Lebenszeitprävalenz) die Kriterien für eine Essstörung im Allgemeinen. Innerhalb eines Jahres gilt dies für 1,5 % aller Menschen. Bei der AN liegt die Prävalenz bei 0,6 % für das ganze Leben und 0,1 % für ein Jahr. Die BN tritt etwas häufiger auf. An dieser Erkrankung leiden 0,9 % der Menschen einmal im Leben, 0,3 % der Menschen innerhalb eines Jahres. In Tabelle 4 sind zusätzlich die Werte für Frauen und Männer aufgeführt. Weiterhin gibt es eine Übersichtsarbeit zu den Erkrankungen AN und BN im Kindes- und Jugendalter von Holtkamp und Herpertz-Dahlmann aus dem Jahr 2005. Für die AN schätzen sie die Prävalenz auf 0,3 % bis 1 %, wobei der Erkrankungsgipfel zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr liegt. Zwischen 1995 und 2005 hat die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen zugenommen, allerdings werden hierzu keine konkreten Zahlen genannt. Das Geschlechterverhältnis männlich zu weiblich geben sie mit

10:1 an. Für die BN geben die Autoren den Erkrankungsgipfel zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr an. Die Prävalenz liegt bei weiblichen Jugendlichen zwischen 1 und 2 %, bei den männlichen bei 0,3 %. Franke hat im Jahr 2003 eine Übersichtsarbeit zum Thema Essstörungen für die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen erstellt. Für AN liegt die Prävalenz demnach bei 0,5 bis 1 %, wobei es sich ebenfalls um Schätzungen handelt. Der Männeranteil unter den Betroffenen beträgt 5 bis 10 %. Das Erkrankungsalter wird hier zwischen 12 und 23 Jahren angegeben mit einem Erkrankungsgipfel zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr. Die Prävalenz der BN wird auf 2 bis 4 % geschätzt, wobei 10 bis 15 % der Betroffenen männlich sind. Das Erkrankungsalter ist mit 20 bis 30 Jahren deutlich höher. Das RKI stellt die Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) vor, bei dem unter anderem nach Hinweisen auf Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen (11 bis 17 Jahre) gefragt wurde. Insgesamt zeigen sich gut ein Fünftel (21,9 %) der Befragten als auffällig bezüglich ihres Essverhaltens. Bei gleichem Ausgangswert von 20 % bei beiden Geschlechtern im Alter von 11 Jahren, nimmt dieser Anteil bei Mädchen bis zum Alter von 17 Jahren auf 30,1 % zu und bei Jungen auf 12,8 % ab. Der Anteil der Auffälligen mit niedrigem sozialen Status ist mit 27,6 % fast doppelt so hoch, wie in der oberen Sozial-schicht (15,5 %). Auch Migranten weisen einen höheren Anteil auffälliger Kinder und Jugendlicher auf (30 %) als Nicht-Migranten (ca. 20 %).

In folgender Tabelle werden die Ergebnisse der vorgestellten Untersuchungen noch einmal zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 4: Prävalenz von Essstörungen

Quelle	Prävalenz
(Wittchen, Nelson & Lachner, 1998)	<p><u>Essstörungen Allgemein</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebenszeit-Prävalenz: 3,0 % (4,9 % Frauen, 1,1 % Männer) - 12-Monats-Prävalenz: 1,5 % (2,3 % Frauen, 0,7 % Männer) <p><u>Anorexia nervosa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebenszeit-Prävalenz: 0,6 % (1,0 % Frauen, 0,1 % Männer) - 12-Monats-Prävalenz: 0,1 % (0,3 % Frauen, 0,0 % Männer) <p><u>Bulimia nervosa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebenszeit-Prävalenz: 0,9 % (1,7 % Frauen, 0,0 % Männer) - 12-Monats-Prävalenz: 0,3 % (0,7 % Frauen, 0,0 % Männer)

Quelle	Prävalenz
(Franke, 2003)	<p><u>Anorexia nervosa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prävalenz zwischen 0,5 und 1 % (Schätzungen) - 5-10 % der Betroffenen sind Männer - Erkrankungsalter zwischen 12 und 23 Jahren - Erkrankungsgipfel 14. und 18. Lebensjahr <p><u>Bulimia nervosa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prävalenz zwischen 2 und 4 % (Schätzungen) - 10-15 % der Betroffenen sind Männer - Erkrankungsalter zwischen 20 und 30 Jahren
(Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2005)	<p><u>Anorexia nervosa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankungsgipfel: zwischen 14. und 16. Lebensjahr - Prävalenz: 0,3 bis 1 % (geschätzt) - Geschlechterverhältnis (w:m) 10:1. <p><u>Bulimia nervosa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkrankungsgipfel: zwischen 16. und 19. Lebensjahr - Prävalenz: 1 bis 2 % weibliche Jugendliche; 0,3 % männliche Jugendliche
(RKI, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen auffällig bezüglich ihres Essverhaltens (Mädchen: 28,9 %; Jungen: 15,2 %) - niedriger Sozialstatus vs. hoher Sozialstatus: 27,6 % vs. 15,5 %

Es zeigt sich, dass Mädchen, bzw. Frauen deutlich häufiger von Essstörungen betroffen sind und etwa ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen bereits Auffälligkeiten bezüglich ihres Essverhaltens zeigen. Das Ausmaß von Essstörungen in einer Population wird durch das Alter, Geschlecht und den sozialen Status einer Person beeinflusst. Insgesamt gibt es wenige Studien, die aussagekräftige Daten zur Häufigkeit von Essstörungen liefern, oftmals beruhen die Daten lediglich auf Schätzungen.

Es gibt Hinweise darauf, dass die Häufigkeit von AN bei 10- bis 25-Jährigen ansteigt und auch bei der BN ist ein leichter Anstieg im Zeitraum von 1984 bis 2004 zu verzeichnen (Jacobi et al., 2004, S.11). Möglicherweise ist die Prävalenz subklinischer Formen von Essstörungen bei Männern erheblich höher, hier besteht allerdings weiterer Forschungsbedarf (Schweiger et al., 2003, S.9).

2.1.3 Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen

Risikofaktoren begünstigen die Entstehung von Krankheiten und Störungen. Essstörungen können nicht monokausal betrachtet werden, d.h. dass es Risikofaktoren aus verschiedenen Lebensbereichen gibt, die im individuellen Fall sehr unterschiedlich zusammenwirken und zur Erkrankung führen können.

Der Einfluss von **genetischen Faktoren** kann bislang nicht vollständig eingeschätzt werden, da es in der Literatur nur schwer vergleichbare Studien gibt. Eine Häufung von Essstörungen in Familien legt laut Jacobi et al. aber einen genetischen Einfluss nahe, doch könnte dies auch auf die **Sozialisation** innerhalb dieser Familien zurückzuführen sein. Hierbei finden sich gehäuft Merkmale, wie Rigidität, geringe Konfliktbewältigung, Überfürsorglichkeit und geringer Zusammenhalt in der Familie. Tuschen-Caffier et al. betonen aber, dass diese Merkmale sowohl Ursache als auch Resultat einer Essstörung sein können und als belastende Situation zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Des Weiteren sind diese Merkmale unspezifisch, da sie auch mit anderen psychischen Störungen in Zusammenhang stehen. Es gibt einige **psychische Merkmale**, welche gehäuft bei essgestörten Patienten/-innen auftreten. Hierzu zählen Leistungsorientierung und Perfektionismus, ein niedriges Selbstwertgefühl, interpersonelle Probleme, gestörte Selbst- und Fremdkontrolle, gestörte Affektregulation, mangelnde Wahrnehmung internaler Reize und auch belastende Lebensereignisse im Vorfeld der Essstörung. Auch hierbei ist allerdings oft unklar, ob diese Merkmale als Ursache oder Resultat der Erkrankung gesehen werden können, mit Ausnahme des letzten Merkmals. Eine sehr bedeutende Rolle bei der Entstehung von Essstörungen kommt den **gesellschaftlichen Faktoren** zu. Zum einen gibt es in westlichen Industrieländern ein umfangreiches Nahrungsangebot, zum anderen ein immer noch vorherrschendes Schlankeitsideal, welches durch Medien aller Art und Modeindustrie immer wieder propagiert wird. Jacobi et al. beschreiben die Wahrnehmung einer Diskrepanz zwischen Ideal- und eigener Figur, was zu Verunsicherung führen kann. Tuschen-Caffier et al. erläutern, dass bei Frauen die Selbstbewertung häufig mit der Bewertung der eigenen Figur zusammenhängt und dass sie schon als Mädchen lernen, wie eine positive Bewertung mit der äußeren Erscheinung zusammenhängt. Weitere Faktoren, die an dieser Stelle genannt werden können sind sexuelle Traumatisierung, Diät halten und gezügeltes Essverhalten, hohe körperliche Aktivität und Leistungssport (besonders Disziplinen, in denen ein geringes Gewicht vorteilhaft ist, wie Ballett, Turnen, Pferderennen u.a.) (Jacobi et al., 2004, S.21f; Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005, S.18f).

Jacobi et al. bezeichnen anorektische und bulimische Essstörungen zusammenfassend als Kompensation für Probleme in anderen Bereichen, zum Beispiel im familiären Umfeld oder bei niedrigem Selbstwertgefühl. Sind die Fähigkeiten zum Umgang mit Problemen unzureichend ausgebildet, trägt dies zur Aufrechterhaltung der Essstörung bei. Verstärkende Faktoren können zum Beispiel positive Reaktionen auf den Gewichtsverlust aus dem sozialen Umfeld sein, ein Gefühl der Kontrolle bei sehr gezügeltem Essverhalten oder Nahrungsverweigerung und die Spannungslösung während der Essattacke (Jacobi et al., 2004, S.38). Es treten im Verlauf einer Essstörung auch körperliche Veränderungen auf, die wiederum zur Aufrechterhaltung beitragen. So gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen dem Serotoninspiegel und Ernährungsverhalten. Bei kohlenhydratarmer Diät kann es zu einem „relativen Serotoninmangel im Gehirn und zu Depressionen“ kommen. Der niedrige Serotoninspiegel kann wiederum einen deutlich gesteigerten Appetit auf kohlenhydratreiche Nahrung auslösen und somit zu Essanfällen führen. Die Autoren weisen auch darauf hin, dass die Einflussfaktoren bei der BED ähnlich denen der BN sind, da auch bei dieser das restriktive Essen und Heißhungeranfälle im Mittelpunkt der Erkrankung stehen (Jacobi et al., 2004, S.31; vgl. auch Schweiger et al., 2003, S.45).

2.1.4 Verlauf von Essstörungen

Anhand der Prävalenzraten (vgl. Tabelle 4) ist erkennbar, dass Essstörungen im Vergleich zu Herz-Kreislauf-erkrankungen (400000 sterben jährlich daran), Diabetes mellitus (insgesamt etwa 4 Mio. Erkrankte) u.a. zwar vergleichsweise seltene Erkrankungen sind, jedoch auch hier die Folgen schwerwiegend sind (vgl. RKI, 2006, S.19).

Körperliche Folgen von Essstörungen zeigen sich in anthropometrischen Auffälligkeiten, wie Unter- bzw. Übergewicht und vermindertem Längenwachstum. Des Weiteren kommt es durch Mangelernährung zu Veränderungen des Kreislaufsystems mit niedrigem Blutdruck, Veränderungen im Elektrokardiogramm oder Ödemen, beispielsweise an Knöcheln. Schweiger und Kollegen nennen auch Hyper-, bzw. Hypoaktivität als Folgen. Aufgrund der Mangelernährung und dem häufigen Erbrechen kann es zu trockener, gelblicher Haut kommen. Finger und Haare werden brüchig, es können Zahnfleischentzündungen, Zahnerosionen oder Karies auftreten. Weitere Auffälligkeiten finden sich bei der Blutuntersuchung, z.B. niedrige Zahl weißer Blutkörperchen, niedriger Kaliumwert, Verminderung der Sexualhormone (Schweiger et al., 2003, S.5f).

Die Mortalitätsrate bei AN beträgt nach 15 bis 20 Jahren bis zu 20 % aller Erkrankten. Dabei tritt der Tod direkt als Folge der Essstörung ein, beispielsweise durch infektiöse Erkrankungen, plötzlichen Herztod, Nierenversagen oder Suizid. Im Langzeitverlauf steigt die Rate der remittierten Patienten/-innen an und nach etwa 12 – 20 Jahren liegt sie bei 60 bis 70 %. Das bedeutet, dass bei diesen keine klinischen Symptome mehr auftreten. Bei der BN ist die Prognose günstiger, innerhalb von 5 Jahren beträgt die Mortalität unter 1 % und der Anteil remittierter Frauen liegt bei 50 %. Hierfür nennen die Autoren keine Werte für Männer, was darauf zurückzuführen ist, dass die meisten Studien mit weiblichen Erkrankten bzw. Risikogruppen durchgeführt werden. Sechs Jahre nach der Behandlung weisen bis zu 78 % der BED-Patienten/-innen keine Symptome mehr auf (Schweiger et al., 2003, S.15f).

2.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) stellen zwei unterschiedliche Konzepte dar, welche im Grunde dasselbe Ziel verfolgen. Um die Gesundheit von einzelnen Menschen und ganzen Bevölkerungsgruppen zu erreichen, werden allerdings unterschiedliche Herangehensweisen gewählt. Prävention möchte das Auftreten von Krankheiten verhindern, indem die Risikofaktoren und Ursachen für diese Krankheiten ausgeschaltet bzw. vermieden werden. Diese Risikofaktoren können verhaltens- oder verhältnisbedingt sein. Hierbei herrscht also eine pathogenetische Betrachtungsweise, was bedeutet, dass der Fokus auf die Entstehung von Krankheiten gerichtet ist. Je nachdem, zu welchem Zeitpunkt eine präventive Maßnahme ansetzt, wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden. Primäre Prävention setzt an bevor eine Krankheit auftritt, indem beispielsweise Schutzimpfungen verabreicht oder beanspruchende Arbeitsbedingungen abgeschafft werden. Sekundäre Prävention bedeutet Krankheitsfrüherkennung, bevor Beschwerden und Symptome auftreten, z.B. durch Screenings zur Früherkennung von Hautkrebs. Des Weiteren richtet sich die tertiäre Prävention an die Verhinderung einer Verschlechterung und somit der Folgeschäden einer Krankheit, z.B. mithilfe einer Rückenschule nach einem Bandscheibenvorfall. Im Gegensatz zur Prävention versucht die Gesundheitsförderung Lebensbedingungen zu verbessern und diejenigen Faktoren zu stärken, welche zur Aufrechterhaltung und Verbesserung von Gesundheit beitragen (Franzkowiak, 2003; Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2007, S.11f). Eine genaue Definition von Gesundheitsförderung

sowie zentrale Handlungsprinzipien wurden 1986 von der WHO festgelegt. Demnach ist Gesundheitsförderung „ein Prozess, in dem Menschen die Kontrolle und die Verbesserung ihrer Gesundheit ermöglicht werden“. Hierbei werden folgende drei Grundprinzipien genannt: *Advocate*, bzw. sich für etwas einsetzen, bedeutet, dass politische, soziale, wirtschaftliche, kulturelle, biologische umwelt- und verhaltensbedingte Faktoren in Bezug auf Gesundheit beeinflusst werden. *Enable*, bzw. ermöglichen, bedeutet, dass Unterschiede im Gesundheitsstatus reduziert werden und allen Menschen gleiche Möglichkeiten und Ressourcen zur Verfügung stehen, um ihr volles Gesundheitspotential auszuschöpfen. *Mediate*, bzw. vermitteln, zielt auf die Vermittlung und Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteuren aus den Bereichen Politik, Wirtschaft, Medizin, Sozialwesen, Medien etc. ab, um die Einflussfaktoren und Bedingungen von Gesundheit zu verbessern (WHO, 1986). Der salutogenetische Blick der Gesundheitsförderung ist auf Antonovsky zurückzuführen, welcher der Frage nachging, was Menschen bis ins hohe Alter gesund hält, obwohl sie in ihrem Leben schwere Traumata erlebt haben (Stöckel, 2007, S.26).

2.3 Ansätze von PGF bei Essstörungen

Da die Auffälligkeiten im Essverhalten schon bei Kindern und Jugendlichen so häufig sind (durchschnittlich 21,9 %), ist das Thema Essstörungen im Kontext der öffentlichen Gesundheit oder Public Health sehr relevant. Hinzu kommen der schwere Verlauf der Erkrankung, das hohe Risiko einer Chronifizierung und lang andauernde Therapien, welche das Gesundheitssystem finanziell stark belasten und dadurch eine verbesserte Prävention und Gesundheitsförderung im Hinblick auf Essstörungen nötig machen (vgl. Hölling & Schlack, 2007).

Lange Zeit beruhte der präventive Ansatz bei Essstörungen darauf, dass man der Bevölkerung Informationen über den Bedarf des Körpers und eine ausgewogene Ernährung gab. Die Wirksamkeit dieses „Vernunftprinzips“ konnte durch Ernährungsberichte der Deutschen Gesellschaft für Ernährung allerdings nicht bestätigt werden, da sich keine Veränderungen im Ernährungsverhalten der Bevölkerung zeigten. Ein großes Problem, welches wirksame Prävention erschwert, ist das gesellschaftlich weit verbreitete Idealgewicht, das mit einem BMI unter 18 schon im Bereich des Untergewichtes liegt. Laut Pudel gibt es Hinweise, dass bisher langfristig angelegte Medienkampagnen das sozial akzeptierte Idealgewicht anheben lassen können. Doch er weist auch darauf hin, dass Schlankeheit als öko-

nomischer Faktor die Auflagen und Quoten der Medien steigen lässt, was eine wirksame Prävention sehr schwer macht. Er kommt zu dem Schluss, dass erstens eine breite Vernetzung und Kooperation von gesellschaftlichen und politischen Institutionen notwendig ist, um die Rahmenbedingungen für qualitatives Essen aufzustellen. Zweitens sollte in Kindergärten und Schulen das Essverhalten trainiert werden (Pudel, 2007, S.110f).

Zusätzlich zu den von Pudel genannten Präventionsstrategien, welche vorrangig darauf abzielen, das Essverhalten der Menschen zu beeinflussen, müssen Strategien der Gesundheitsförderung aufgebaut und umgesetzt werden, welche sich an die Stärkung von persönlichen und sozialen Ressourcen, oder Schutzfaktoren, richten. Dies wäre zum Beispiel ein bewusster und kritischer Umgang mit Medien, da diese das untergewichtige Schlankeitsideal propagieren. Des Weiteren sollte das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit von Kindern, der Umgang mit Problemen und weitere soziale Kompetenzen gestärkt sowie ihnen viel Bewegung im Alltag geboten werden (vgl. Berger, 2006).

Es existieren mittlerweile einige Beispiele aus dem Setting Schule, welche erfolgreich evaluiert wurden. „Jugend mit Biss“ ist ein Modellprojekt, welches kostenlos im Raum Frankfurt am Main angeboten wurde. „PriMa“ richtet sich an Mädchen ab der 6. Klasse und ist speziell auf die Prävention von AN ausgerichtet. Dieses Programm wird seit 2004 an 60 Schulen in Thüringen und Baden Württemberg realisiert. Die Evaluation des Programms mit 1006 Mädchen aus 42 Schulen zeigt, dass eine erhebliche Verbesserung des Selbstbewusstseins, der Zufriedenheit mit der Figur, des Wissen und der Einstellungen in Bezug auf das Essen erreicht werden konnte. Es erfolgte auch eine Ergänzung durch das auf Jungen ausgerichtete Programm „TOPP“, welches zum Ziel hat Bewegungsmangel und Übergewicht vorzubeugen. Des Weiteren wurde das Programm „Torera“ initiiert, bei dem den Krankheitsbildern BN, die BED sowie Adipositas bei beiden Geschlechtern vorgebeugt werden soll. Deutschlandweit gibt es allerdings kein Programm welches flächendeckend verbreitet ist (Berger, 2006; Berger, Bormann, Brix, Sowa & Strauß, 2008).

Aufgrund bisheriger Erfahrungen und im Hinblick auf die Epidemiologie von Essstörungen lassen sich folgende Ansätze für die Praxis der PGF aufstellen, um Programme erfolgreich zu planen und umzusetzen:

- Einsatz spätestens ab dem 13. Lebensjahr; in Gruppen von Gleichaltrigen
- Geschlechterspezifische Angebote; Mädchen als Zielgruppe besonders berücksichtigen

- Separate Programme (bzw. -teile) für verschiedene Essstörungen
- Beachtung sowohl von Risiko- als auch Schutzfaktoren
- Umfang von mehreren Lektionen zu unterschiedlichen Aspekten der Essstörung; interaktive Gestaltung
- Zugang zu sekundärpräventiven Maßnahmen (bspw. Angebot von Hilfsmöglichkeiten), möglichst niedrigschwellig, um ungleichen Zugangschancen vorzubeugen
- Durchführung der (kurzen) Intervention durch Lehrer für langfristige Integration in den Schulunterricht
- Wissenschaftliche Evaluation und theoretische Fundierung (bspw. KAP-Modell „erkennen-verstehen-verändern“ oder Transtheoretisches Modell, bei dem die Verhaltensänderung als sechs-stufiger Prozess betrachtet wird u.a.)
- Langfristige Kooperation mit Ministerien, Gesundheitsämtern, Krankenkassen, um nachhaltigen Erfolg des Programms zu gewährleisten (Berger, 2006; Berger et al., 2008).

Fazit: Von AN, BN und BED sind etwa 10mal mehr Frauen als Männer betroffen, wobei die Fälle meist bei Jugendlichen zwischen 12 und 19 Jahren auftreten. Auch ein niedriger sozialer Status lässt das Risiko für eine Erkrankung ansteigen. Für eine wirksame Umsetzung von PGF müssen sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren für Essstörungen beachtet werden. Es existieren Anforderungen an erfolgreiche Präventionsprogramme und Beispiele aus der Praxis, welche im Setting Schule erfolgreich eingesetzt wurden.

Um die aktuelle Versorgung mit Angeboten bei Essstörungen in Deutschland zu erheben wurde eine bundesweite Bestandserhebung im Auftrag der BZgA durchgeführt. Im Rahmen dieser wurden Angebote in den Bereichen Beratung, Behandlung, PGF und Selbsthilfe erhoben. In der vorliegenden Arbeit werden die Merkmale von PGF-Angeboten als Teil dieser Bestandserhebung dargestellt.

3 Bundesweite Bestandsaufnahme Essstörungen 2009

Die Bundesweite Bestandserhebung ist ein Forschungsauftrag, der von der BZgA an die Forschungsgruppe Versorgung und Qualität in der Prävention des UKE (VQP) vergeben wurde. Im Bereich Essstörungen ist „eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung mit qualifizierten Ansprechpartnern und hochwertigen Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten“ nötig. Die bestehenden Arbeitsformen sollen durch eine qualitätsorientierte Bestandsaufnahme bestehender Angebote erfasst werden, um die Versorgung gezielt zu verbessern. Die gesamte Projektlaufzeit beträgt 33 Monate, von Juni 2008 bis März 2011 (UKE, 2008). Als Essstörungen werden in dieser Erhebung folgende Störungsbilder berücksichtigt: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, die Binge-Eating-Störung sowie subklinische Vorformen und atypische Essstörungen. Adipositas wird in dieser Erhebung nicht als Essstörung im eigentlichen Sinne betrachtet, da starkes Übergewicht allein noch keine psychische Störung darstellt (vgl. Kap. 2.1.1).

3.1 Projektbeschreibung

Um durch die Bestandserhebung ein möglichst umfangreiches und breit angelegtes Bild von Beratungs-, Behandlungs-, Präventions- und Selbsthilfeangeboten zum Thema Essstörungen in Deutschland zu gewinnen, wurde ein zweistufiges Studiendesign durchgeführt: In der ersten Stufe wurden mit Hilfe eines kurzen Screening-Bogens alle Einrichtungen, von denen denkbar ist, dass sie sich (unter Anderem) mit Essstörungen befassen, über allgemeine Merkmale ihrer Arbeitsweise befragt. In der zweiten Phase wurden daraufhin alle Einrichtungen aus der allgemeinen Erhebung (Stufe 1), die angegeben haben, essstörungsspezifische Angebote vorzuhalten, mit bereichsspezifischen Fragebögen (für Prävention, Beratung, SHG und/oder Behandlung) im Detail befragt (Stufe 2).

3.2 Zusammenfassung der allgemeinen Erhebung - Stufe 1

Bevor das Vorgehen und die Ergebnisse der 2. Erhebungsstufe vorgestellt werden, folgt an dieser Stelle ein kurzer Überblick zum Gesamtaufbau der Erhebung und den Ergebnissen der allgemeinen Erhebung.

3.2.1 Adressrecherche

Eine umfangreiche Adressrecherche erfolgte ab Januar 2008, zuerst über eine Vorrecherche nach relevanten Verzeichnissen und im nächsten Schritt wurden Adressen zu Beratungs- und Behandlungsangeboten bei Essstörungen, aber auch psychischen Störungen allgemein, aus diesen Verzeichnissen extrahiert.

Im Einzelnen wurden Adressen aus folgenden Quellen in die Erhebung eingeschlossen:

- DAJEB (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V.): Beratungsführer Online
- Universität Leipzig: Beratungs- und Informationsserver zu Essstörungen
- ANAD e.V. („Adressen, die weiterhelfen“)
- magersucht.de
- BZgA Essstörungen
- Bundesfachverband Essstörungen: Mitgliederverzeichnis

Nach dem Zusammenführen der einzelnen Verzeichnisse wurde die Gesamtdatei um doppelte, offensichtlich unvollständige Adressen und fachfremde Einträge (z.B. Schulden- und AIDS-Beratungen) bereinigt. Aus diesen Vorarbeiten entstand eine Adressliste mit 10028 Einträgen, welche die Basis der Screening-Befragung bildete. Zusätzlich wurden im Laufe der Befragung 15 weitere Adressen auf Empfehlung bisher erfasster Einrichtungen hin aufgenommen, sodass der Gesamtumfang bei 10043 Adresseinträgen lag (Kliche, Wormitt, Baumbach & Unkauf, 2010).

3.2.2 Allgemeine Merkmale der Angebote

Es wurden zunächst rein deskriptive Auswertungen der einzelnen Items (Einrichtungsart, Angebote, Störungsbilder, Öffentlichkeitsarbeit, Zugangsregelungen, Sprechzeiten, Dokumentation und Evaluation) vorgenommen. Diese wurden danach in Bezug auf verschiedene Einrichtungsarten (Beratungsstellen, Behandlungseinrichtungen, kombinierte Einrichtungen und sonstige) sowie Versorgungsformen (ambulant, stationär, sonstige) untersucht.

Der Rücklauf aus Stufe 1 ist mit 68,4 % sehr gut zu bewerten, was unter anderem durch den nochmaligen Versand der Fragebögen mit Erinnerungsschreiben an die fehlenden Einrichtungen erreicht wurde. Insgesamt konnten 1862 der angeschriebenen Einrichtungen in

die Auswertung der Stufe 1 einbezogen werden, da sie angegeben haben, spezifische Angebote bei Essstörungen vorzuhalten. Im Allgemeinen bietet ein Großteil der Einrichtungen persönliche Beratung an (74,9 %), gefolgt von Behandlung (43,5 %), Prävention (41,2 %). Nachsorge, Telefon- und Internetberatung sowie Selbsthilfe bieten jeweils zwischen 20 und 29 % der Einrichtungen an. Drei Viertel arbeiten ausschließlich ambulant, stationäre bzw. sonstige Formen bestehen in je ca. 6 % der Einrichtungen und bei 12,2 % erfolgt die Durchführung des Angebots auf mehreren Wegen. Nur sehr wenige Angebote sind auf einzelne Krankheitsbilder spezialisiert, stattdessen besteht in der Regel ein allgemeines Angebot, wobei bulimische und anorektische Störungen mit jeweils ca. 90 % von den meisten Einrichtungen berücksichtigt werden, Binge-Eating, subklinische Formen und atypische Essstörungen je von ca. 50-60 % der Einrichtungen (Kliche et al., 2010).

3.2.3 Profile der Einrichtungen

Es wurden zum einen Profile nach Einrichtungsart, zum anderen nach Versorgungsform gebildet.

Beratungsstellen bieten zu 39,9 % weitere Angebote neben der Beratung an (Prävention, Selbsthilfe und/oder Nachsorge) und haben größtenteils (84,4 %) persönliche Sprechzeiten. Der Zugang erfolgt meist über telefonische Voranmeldung und es werden durchschnittlich vier Wege der Öffentlichkeitsarbeit genutzt. Vergleichsweise selten werden schriftliche Manuale verwendet, ca. 60 % evaluieren ihr Angebot nicht; knapp über 90 % der Beratungsstellen dokumentieren ihre Arbeit. Bei Behandlungseinrichtungen zeigt sich ein anderes Bild: Neben telefonischer Voranmeldung machen Überweisungen einen weiteren großen Anteil der Zugangswege aus (75,1 und 64,7 %) und auch Beratungsgespräche und Screeningverfahren sind relativ häufig. Das Angebot wird in 48,7 % evaluiert und von 95,5 % der Einrichtungen dokumentiert. Es werden tendenziell mehr Wege der Öffentlichkeitsarbeit genutzt, als in Beratungsstellen oder sonstigen Einrichtungen.

Bei den ambulanten Angeboten handelt es sich hauptsächlich um Beratungen (47,4 %) bzw. mehrere Angebote. Zwei Drittel der entsprechenden Einrichtungen haben kein schriftliches Manual. Der Kontakt erfolgt zumeist über eine telefonische Voranmeldung und der Großteil der Einrichtungen, welche ambulant arbeiten, hat feste persönliche Sprechzeiten. Der Anteil telefonischer Sprechzeiten ist mit 50 % relativ hoch. Ebenfalls etwa die Hälfte lässt ihr Angebot nicht evaluieren, aber fast alle dokumentieren ihre Arbeit.

Bei den stationären Einrichtungen sind 32,4 % der Angebote reine Behandlung, knapp 60 % hält mehrere Angebotsarten vor. In der Regel wird nach einem schriftlichen Manual gearbeitet (88 % sind mindestens teilweise manualisiert), Evaluation erfolgt durch rund zwei Drittel der Einrichtungen und 98 % dokumentieren ihre Arbeit. Der Zugang erfolgt hauptsächlich durch Überweisung (75,2 %) und etwa 50 % führen vor der Aufnahme ein Beratungsgespräch. Es gibt hier weniger feste Sprechzeiten als in ambulanten Einrichtungen (Kliche et al., 2010).

3.3 Vorgehen in Stufe 2 der Erhebung

Für die gesamte Bestandserhebung wurden sechs standardisierte Fragebögen verwendet, davon vier in Stufe 2 als jeweils spezialisierte Bögen für Beratungs-, Behandlungs-, Präventions- und Gesundheitsförderungs- sowie Selbsthilfeangebote. Diese Arbeit umfasst ausschließlich die Auswertung des Fragebogens zu den Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung von Essstörungen.

3.3.1 Instrument: Fragebogenbeschreibung

Der in Stufe 2 verwendete Fragebogen für die Erfassung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten besteht aus einer beidseitig bedruckten DIN A4-Seite, womit der Anforderung der BZgA nach einem möglichst kurzen Fragebogen Rechnung getragen wurde. Das Ausfüllen des Fragebogens sollte nicht länger als 10 Minuten dauern.

Es werden folgende Dimensionen der Angebote abgefragt:

Art des Angebots, Durchführungsort, Arbeitsfeld, Kapazitäten zur Ausweitung des Angebots, Zielgruppe, Gesundheitsziele, Inhalte und Methoden, Häufigkeit, Qualifikation der Mitarbeiter/-innen, Unterstützung auffälliger Personen, Kooperation, Durchführungsbedingungen und Finanzierungsquellen.

Der Fragebogen wurde von Mitarbeitern der Forschungsgruppe VQP des UKE in Zusammenarbeit mit der BZgA erstellt und durch Expertendiskussionen validiert. Tabelle 5 gibt einen Überblick über den Aufbau des Fragebogens und die verwendeten Items (Original-Fragebogen im Anhang).

Tabelle 5: Aufbau des Fragebogens zur Erfassung von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung von Essstörungen

Dimension	Teilaspekte	Items	Skalierung	Operationalisierung
Bezeichnung	Name des Angebots	1	Nominal	1 offenes Item
Angebot	Art des Präventionsangebots	5	Nominal	4 geschlossene Items, 1 halboffenes Item („Einzelprojekt und Sonstiges“)
	Erreichte Personen in 2008 (je Art)	5	Rational	Anzahl: 4-stellige Zahl
Ort	Ort der Durchführung des Angebots	6	Nominal	6 geschlossene Items
Ausweitung	Kapazitäten zur Ausweitung bei erhöhter Nachfrage	4	Nominal / Rational	2 geschlossene Items, 2 mal Anzahl: 4- bzw. 5-stellige Zahl
Arbeitsfeld	Ausrichtung des Angebots auf bestimmtes Arbeitsfeld	15	Nominal	14 geschlossene Items, 1 halboffenes Item („Sonstiges“)
Zielgruppen	Zielgruppen, die das Angebot erreichen soll	5	Nominal	4 geschlossene Items, 1 halboffenes Item („Andere Zielgruppen“)
Gesundheitsziele	Wichtigste Ziele des Angebots	10	Nominal	9 geschlossene Items, ein halboffenes Item („Sonstiges“)
Umfang	Häufigkeit der Maßnahmen pro Jahr	1	Rational	Anzahl: 3-stellige Zahl
	Wartezeiten in Wochen	2	Nominal / Rational	1 geschlossenes Item, 1 mal Anzahl: 2-stellige Zahl
Inhalte	Inhalte, die das Angebot aufgreift	23	Nominal	22 geschlossene Items, ein halboffenes Item („Sonstiges“)
Methoden	Vermittlung der Inhalte	20	Nominal / Rational	1 geschlossenes Item, 1 mal Anzahl: 2-stellige Zahl
Qualifikation	Qualifikation der Durchführenden des Angebots	11	Nominal	10 geschlossene Items, 1 halboffenes Item („Sonstiges“)
	Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen	1	Nominal	1 geschlossenes Item
Unterstützung	Unterstützung besonders belasteter	7	Nominal	6 geschlossene Items, 1 halboffenes Item

Dimension	Teilaspekte	Items	Skalierung	Operationalisierung
	Personen			(„Sonstiges“)
Kooperation	Kooperationspartner	1	Nominal	1 offenes Item
	Art der Kooperation	1	Nominal	1 offenes Item
Bedingungen	Bedingungen zur Durchführung des Programms	5	Nominal / Rational	3 geschlossene Items, 2 mal Anzahl: 3-stellige Zahlen
Quellen	Krankenkassen	2	Nominal / Rational	1 geschlossenes Item, Anteil in Prozent: 3-stellige Zahl
	Zuschüsse	2	Nominal / Rational	1 halboffenes Item („Zuschüsse von“), Anteil in Prozent: 3-stellige Zahl
	Eigenanteil	7	Nominal / Rational	5 geschlossene Items, 1 Anzahl: 3-stellige Zahl, 1 Anteil: 3-stellige Zahl
	Sonstiges	2	Nominal / Rational	1 geschlossenes Item, Anteil in Prozent: 3-stellige Zahl

Dem Fragebogen war ein Anschreiben beigelegt, in dem noch einmal das Ziel der Studie erläutert und Hinweise zum Ausfüllen gegeben wurden. Weiterhin wurde den teilnehmenden Einrichtungen Vertraulichkeit zugesichert und darauf hingewiesen, dass bei der Veröffentlichung der Ergebnisse keine Daten von einzelnen Einrichtungen kenntlich gemacht werden. Fragen, welche die Einrichtung nicht betreffen, sollten übergangen werden; Schätzungen bei abgefragten Zahlen (z.B. erreichte Personenzahl oder Anteile der Finanzierung) waren ausreichend. Falls die Einrichtungen keine Maßnahmen (mehr) anbieten, sollte der Bogen leer zurück bzw. eine kurze Email gesendet werden.

3.3.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung zu Stufe 2 begann Anfang Dezember 2009 mit dem Versand der verschiedenen Fragebögen zu Beratung, Behandlung, Prävention bzw. Selbsthilfe (-unterstützung) und oben genanntem Anschreiben. Es wurde auch in dieser zweiten Erhebungsstufe nach ca. vier Wochen ein Erinnerungsschreiben an diejenigen Einrichtungen geschickt, bei denen mindestens ein Fragebogen aus Stufe 2 noch nicht zurückgesendet

wurde. Es konnte nicht eingeschätzt werden, ob die entsprechenden Einrichtungen kein Angebot in diesem Bereich vorhalten oder den Fragebogen noch nicht ausgefüllt hatten. Am 26.05.2010 erfolgte der Datenschluss für die Fragebögen zum Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot der Einrichtungen. Alle danach eingegangenen Fragebögen konnten nicht mehr in der Auswertung berücksichtigt werden.

3.3.3 Plausibilitätsprüfung

Vor den eigentlichen Auswertungen wurden Maßnahmen zur Datenbereinigung und Plausibilitätsprüfung durchlaufen, u. a. Durchsicht auf nicht definierte Werte, Kodier- oder Berechnungsfehler und Missing-Analyse auf fehlende Werte über 10% (Bortz & Döring, 2002). Bevor einzelne Fragen ausgewertet wurden, erfolgte eine Durchsicht der Angaben in den zugehörigen Freitextfeldern, ob die Angaben auch bestehenden Kategorien zugeordnet werden konnten. Offensichtliche Eingabefehler (z.B. „60“ bei einem dichotomen Item mit 0 = nein und 1 = ja) wurden als fehlende Werte behandelt und nicht in die Auswertung einbezogen. Der Anteil fehlender Werte wurde festgestellt und, soweit auffällig, bei der Interpretation der Items berücksichtigt. Bei stetigen Variablen wurden die Ausreißerwerte, die außerhalb von zwei Standardabweichungen liegen, aus der endgültigen Berechnung der Durchschnittswerte herausgenommen. Die Ergebnisse werden somit nicht unrealistisch verzerrt, da immer noch 95 % aller Werte für die Berechnung herangezogen werden (vgl. Bortz, 1999, S.43). Die ausgeschlossenen Werte werden im Text dennoch erwähnt, da sie nicht unplausibel sind. Ein Beispiel dafür ist die Angabe von 1,9 Mio. erreichten Personen durch Gesundheitsinformationen, bspw. als Onlineangebot. Auch bei den anderen Angaben zur Anzahl erreichter Personen wurden jeweils zwei bis vier Werte ausgeschlossen.

3.3.4 Auswertungsverfahren

Im Folgenden werden die angewandten Verfahren zur Auswertung der Daten beschrieben.

3.3.4.1 Deskriptive Auswertungen

In der vorliegenden Auswertung liegt der Schwerpunkt auf deskriptiven Auswertungsverfahren. Die Zahl der in die entsprechende Auswertung einbezogenen Fälle ist als N in der Tabellenüberschrift gekennzeichnet. Für kategoriale Variablen wurden absolute Häufigkeiten (n), gültige Prozente und der Anteil fehlender Werte (m.v.) an der Gesamtzahl der Fragebögen betrachtet. Für stetige Variablen wurden die Antworthäufigkeit (n), Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Minimum (Min) und Maximum (Max) sowie der Anteil fehlender Werte (m.v.) geprüft.

Zur Berechnung der Gesamtzahl erreichter Personen durch alle Einrichtungen in dieser Erhebung, wurden alle angegebenen Werte addiert. Hierbei wurden ausnahmslos alle Angaben einbezogen, auch Ausreißerwerte, welche von der Mittelwertberechnung ausgeschlossen wurden. Für die Einrichtungen, welche keine Angaben zu Personenzahl für die jeweilige Angebotsart machten, wurde der Mittelwert aus der deskriptiven Analyse ohne Ausreißer eingesetzt (Mittelwertimputation) (Bortz, 1999, S.310).

3.3.4.2 Offene Items

Der PGF-Bogen enthält viele offene Items („Sonstiges...“), die im Zusammenhang mit kategorialen Auswahlmöglichkeiten eingesetzt wurden. Die Angaben in den Freitextfeldern wurden zunächst für Plausibilitätsprüfungen der zugehörigen Items herangezogen (vgl. Kap. 3.3.3). Im Rahmen dieser Prüfungen wurde versucht, die freitextlichen Angaben den bestehenden Kategorien zuzuordnen. Aus Angaben, die nicht zugeordnet werden konnten, wurden nach Durchsicht anhand qualitativer Inhaltsanalyse neue Kategorien gebildet, wenn diese einen vergleichsweise großen Anteil an Angaben abdeckten, wie die vorgegebenen Kategorien (Dieckmann, 2006, S.510f). Die Frage nach der Finanzierung der Angebote enthielt beispielsweise neben den Items „Krankenkassen“ und „Eigenanteil“ zwei Freitextfelder „Zuschüsse von ...“ und „Sonstiges“. Die Angaben zu diesen beiden Items überlagerten sehr stark, sodass sie für die qualitative Inhaltsanalyse zusammen ausgewertet wurden.

Die Fragen nach Kooperationspartnern und der Art der Kooperation waren offen und wurde qualitativ ausgewertet. Auch die Beratungs- und Behandlungsangebote wurden nach ihren Kooperationspartnern und -arten gefragt, weshalb die Kategorienbildung angebots-

übergreifend erfolgte. Die dabei entstandenen Kategorien für die Kooperationspartner und –arten können im Anhang eingesehen werden.

3.3.4.3 *Bildung neuer Variablen*

Für die Auswertung der einzelnen Frageblöcke wurden neue Variablen gebildet, in denen alle Einzelitems in verschiedene Antwortmöglichkeiten des neuen Items umkodiert wurden. Somit konnten auch Häufigkeitsauswertungen durchgeführt werden, die darstellen, wie häufig die einzelnen Items angekreuzt wurden, bzw. wie viele Mehrfachantworten es gab. Beispiele hierfür sind die Frageblöcke nach Ort der Durchführung, Arbeitsfeld, Art des Präventionsangebots.

3.3.5 Datenausschluss

Aufgrund von Fehlern beim Ausfüllen der Fragebögen oder bei der Dateneingabe mussten einige Fragebögen aus der Auswertung herausgenommen werden.

3.3.5.1 *Fallausschluss während der Datenerhebung*

Fragebögen wurden nicht in die Auswertung einbezogen, falls aus den freitextlichen Angaben des Bogens erkenntlich war, dass es sich bei dem beschriebenen Angebot nicht um ein Präventionsangebot im engeren Sinne handelt, sondern um ein Beratungs- oder Behandlungsangebots, dem eine zusätzliche präventive Wirkung zugesprochen wird (in allen vier betroffenen Fällen wurde zudem ein zusätzlicher Beratungs- bzw. Behandlungsfragebogen für dasselbe Angebot ausgefüllt). Des Weiteren wurden drei Projekte ausgeschlossen, die sich ausschließlich mit Adipositas-Prävention beschäftigten.

3.3.5.2 *Nachträglicher Fallausschluss*

Insgesamt wurden sechs Fragebögen nach ihrer Eingabe von der Datenauswertung ausgeschlossen. Hierbei handelte es sich bei zwei Bögen um auf Adipositas ausgerichtete Präventionsangebote, die nicht in das Spektrum von Störungsbildern fallen, welche durch diese Erhebung berücksichtigt wurden. Bei weiteren drei Fragebögen war entweder ein Großteil der Items nicht beantwortet worden und/oder aus den restlichen Angaben wurde er-

sichtlich, dass kein auf Essstörungen ausgerichtetes Angebot vorliegt. Bei der Auswertung der Freitext-Felder stellte sich ein Fragebogen als Doppel heraus, da hier der Wortlaut in den Freitexten und die Angaben zu allen anderen Fragen komplett mit einem weiteren Bogen überein stimmte.

4 Merkmale von Angeboten der PGF im Bereich Essstörungen – Ergebnisse der Stufe 2

Die Merkmale können in zwei Gruppen geordnet werden. Zum einen Merkmale, die Auskunft über den Umfang und den Aufbau der Angebote Auskunft geben. Zum anderen sind dies Merkmale, welche Indikatoren für die Angebotsqualität darstellen.

4.1 Stichprobenbeschreibung

Im Rahmen der Datenerhebung zu Stufe 2 wurden PGF-Fragebögen an 816 Einrichtungen versendet. Davon gaben 163 Einrichtungen bekannt, keine besonderen Präventionsangebote zu Essstörungen (mehr) durchzuführen – sei es durch Zurücksenden eines leeren Fragebogens oder Rückmeldung per Telefon bzw. E-Mail. Hierunter fallen 7 Einrichtungen, in denen entweder das Präventionsangebot oder der gesamte Betrieb der Einrichtung während der Erhebungsphase eingestellt wurde. 15 weitere Institutionen wurden in der Adressliste doppelt aufgeführt und füllten in Stufe 1 zwei Fragebögen aus (möglicherweise durch zwei verschiedene Mitarbeiter). Der weitaus größte Anteil der Negativ-Meldungen entfällt jedoch auf Einrichtungen, die entgegen ihren Angaben in Stufe 1 bekannt gaben, doch kein essstörungsspezifisches Präventionsangebot durchzuführen ($n = 141$). Gründe hierfür sind vor allem in Missverständnissen bezüglich der Fragestellung zur Angebotsart in Stufe 1 zu sehen. So wurde das Angebot „Prävention / Gesundheitsinformation“ häufig genannt, wenn bei Beratungs- oder Behandlungsangeboten entweder Gesundheitsinformationen weitergegeben wurden oder eine präventive Zweitwirkung gesehen wurde, jedoch keine eigenständigen, rein auf Prävention ausgelegten Aktivitäten bestanden. Des Weiteren gaben mehrere Einrichtungen ein eigenes Präventionsangebot an, obwohl sie lediglich auf entsprechende Angebote anderer Einrichtungen weiter verwiesen; andere nannten Angebote, die sich nicht auf die Prävention von Essstörungen beziehen. 14 Einrichtungen lehnten die Befragung trotz vorhandenem Präventionsangebot ab, da zeitliche oder personelle Ressourcen fehlten, bzw. keine Motivation zum Ausfüllen eines (weiteren) Fragebogens vorhanden war.

Von allen 816 Einrichtungen sendeten 286 mindestens einen korrekt ausgefüllten PGF-Fragebogen zurück. Von sechs Einrichtungen ist bekannt, dass sie mehrere Fragebögen für separate Angebote ausfüllten. Somit enthält der Datensatz für die Auswertung 292 Ange-

bote von 286 Einrichtungen. Einen Überblick über den Anteil der Rückmeldungen am Gesamtversand bietet Tabelle 6.

Tabelle 6: Rücklauf des Präventions-Fragebogens

	n	%
Versand	816	100,0
Kein Präventionsangebot (mehr)	163	20,0
Fragebogen ausgefüllt (Anzahl der Einrichtungen)	286	35,8
Befragung trotz Angebot abgelehnt	5	0,6
Nettorücklauf gesamt	454	56,4

4.1.1 Art der PGF Angebote und Anzahl von Ihnen erreichter Personen

Anhand von fünf vorgegebenen Kategorien wurde die Art des PGF-Angebots abgefragt, wobei Mehrfachnennungen zulässig waren. In einem Freitextfeld konnten weitere Angebote bzw. Einzelprojekte genannt werden.

Tabelle 7: Angebotsart (N = 292)

Item	n	Absolute %	Gültige %
Einzelprojekt und Sonstiges	36	12,3	12,9
Gesundheitsinformationen	30	10,3	10,8
Setting-Projekt	14	4,8	5,0
Multiplikatoren-schulung	12	4,1	4,3
Programm	8	2,7	2,9
Mehrere	179	61,3	64,2
keine Angabe	13	4,5	-
Gesamt	279	95,5	100,0

Aus Tabelle 7 wird ersichtlich, dass etwa zwei Drittel der Einrichtungen mehrere Präventionsangebote vorhielten (64,2 %). Am häufigsten wurden Einzelprojekte separat durchgeführt (12,9 %); 10,8 % der Angebote stellten reine Gesundheitsinformationen dar. Nur sehr

wenige Einrichtungen boten ausschließlich Settingprojekte (5,0 %), Multiplikatoren-schulungen (4,3 %) oder umfassende Programme an (2,9 %).

Aufgrund des hohen Anteils an Mehrfachnennungen wurden in einer weiteren Auswertung alle Nennungen berücksichtigt. Demnach gaben knapp über die Hälfte der Angebote Gesundheitsinformationen in Form von Broschüren, Anzeigen, Plakaten etc. heraus (53,4 %). Multiplikatoren-schulungen sowie Einzelprojekte wurden mit 48,4 bzw. 47,7 % von jeweils etwas weniger als der Hälfte der Einrichtungen angeboten. Programme und Setting-Projekte wurden etwas seltener durchgeführt, hier liegen die Anteile bei 30,8 und 26,2 %.

Tabelle 8: Angebotsart (Mehrfachnennungen möglich, N = 292)

	n	%	fehlende Werte
Gesundheitsinformationen	149	53,4	4,5 %
Multiplikatoren-schulung	135	48,4	
Einzelprojekt und Sonstiges	133	47,7	
Programm	86	30,8	
Setting-Projekt	73	26,2	

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden ebenfalls nach der Anzahl erreichter Personen durch die verschiedenen Angebotsarten befragt, wobei Schätzungen genügten. Die fehlenden Werte in folgender Auswertung beziehen sich auf die Zahl der Einrichtungen, welche das jeweilige Angebot vorhielten (vgl. Tabelle 8). Aufgrund von einzelnen sehr hohen Angaben wurden diese entsprechenden Werte nicht in die Auswertung der durchschnittlichen Personenzahl einbezogen, um die Aussagen realistisch zu halten. Es gelten Werte außerhalb der zweifachen Standardabweichung einer Auswertung als Ausreißer. Bei Gesundheitsinformationen gibt es beispielsweise nur ein Online-Angebot, welches 1,9 Mio. Personen jährlich erreicht. Dies ist zwar kein unplausibler Wert, allerdings würde er den Durchschnitt erheblich nach oben verschieben. Bei Settingprojekten wurden ebenfalls zwei Werte ausgeschlossen, die über 5000 erreichten Personen lagen; bei Multiplikatoren/-innen-Schulungen drei Werte über 2500 Personen, zwei Angaben von Programmen über 5200 Personen und vier Angaben von Einzelprojekten mit über 5000 erreichten Personen.

Mit durchschnittlich etwa 1138 Personen erreichten Gesundheitsinformationen die meisten Menschen in einem Jahr, wobei die Werte zwischen 3 und 30000 Personen liegen. Durch Setting-Projekte wurden im Durchschnitt rund 214 Menschen erreicht, hierbei gibt es Werte zwischen 5 und 1000 Personen. Durch Multiplikatorenschulungen wurden durchschnittlich etwa 100 Menschen pro Jahr erreicht. Hierbei beträgt die minimale Anzahl 3, die maximale Anzahl 1500 Personen. Mit Einzelprojekten wurden im Mittel rund 165 Personen erreicht (min = 3, max = 2000 Personen). An Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich Essstörungen nehmen durchschnittlich 293 Personen jährlich teil (min = 1, max = 2454 Personen). Allerdings ist der jeweilige Anteil fehlender Werte (19,8 bis 50,3 %) relativ hoch und die Einzelwerte streuen sehr weit um das Mittel. Das bedeutet, die Angebote sind in dieser Hinsicht sehr unterschiedlich, weshalb sich kein einheitliches Bild durchschnittlich erreichter Personen zeichnen lässt.

Tabelle 9: Anzahl erreichter Personen (N = 292)

	n	M	SD	Min	Max	fehlende Werte
Gesundheitsinformationen	74	1137,95	3787,21	3	30000	50,3 %
Multiplikatorenschulung	102	100,02	220,74	3	1500	24,4 %
Einzelprojekt und Sonstiges	79	164,73	312,802	2	2000	40,6 %
Programm	69	293,39	482,70	1	2454	19,8 %
Setting-Projekt	48	214,17	249,256	5	1000	34,2 %

Um einen ungefähren Überblick über die Gesamtzahl erreichter Personen zu erhalten, wurden zunächst alle Angaben der Einrichtungen summiert. Hierbei wurden ausnahmslos alle Angaben einbezogen, auch diejenigen, welche von der Mittelwertberechnung aufgrund extremer Werte ausgeschlossen wurden. Bei fehlenden Angaben wurde der bereinigte Mittelwert der jeweiligen Angebotsarten eingesetzt (vgl. Tabelle 9). Die Berechnung ergibt eine Gesamtzahl von 2.184.425 Personen, welche durch alle an der Untersuchung teilnehmenden Einrichtungen in einem Jahr erreicht wurden. Es handelt sich dabei um eine Hochrechnung aus den zur Verfügung stehenden Werten, weshalb die Aussagekraft beschränkt ist. Der größte Anteil ist allerdings auf ein einziges Online-Angebot zurückzuführen. Das Ergebnis gibt aber einen groben Überblick über die Reichweite von PGF-Angeboten in Deutschland. In Tabelle 10 sind die zugrundeliegenden Zwischenwerte und die Gesamtzahlen für die einzelnen Angebotsarten der Prävention und Gesundheitsförderung aufge-

führt. Zum Beispiel wurde bei 54 Anbietern von Einzelprojekten, die keine Angaben zur Zahl erreichter Personen machten, der Mittelwert von 165 Personen zur Berechnung eingesetzt. Zusammen mit den 40314 Personen, die insgesamt von den restlichen 79 Einrichtungen erreicht werden, ergibt dies eine Summe von 49224 Personen für alle Einzelprojekte zusammen. Ebenso wurde mit der Berechnung für die weiteren Angebotsarten verfahren.

Tabelle 10: Gesamtzahl erreichter Personen durch erfasste Angebote

Art der Prävention / Gesundheitsförderung	gültige Angaben	Summe gültiger Angaben	fehlende Werte	Summe fehlender Werte	Gesamt
Gesundheitsinformationen	74	1984208	75	85350	2069558
Multiplikatoren-schulung	102	24211	33	3300	24541
Einzelprojekt und Sonstiges	79	40314	54	8910	49224
Programm	69	32761	17	4981	37724
Setting-Projekt	48	28428	25	5350	3378
Gesamt	-	-	-	-	2184425

4.1.2 Räumliche Reichweite der Angebote

Zur Frage nach dem Durchführungsort der Angebote sind im Fragebogen sechs Antwortmöglichkeiten vorgegeben, von bundesweiten über landesweite, regionale, kommunale und Stadtteil- bis zu Setting-Projekten. Der größte Anteil der Angebote war rein regional orientiert (31,3 %), darauf folgen mit 23,7 % rein stadt- bzw. kommunal bezogene Angebote. Setting-Projekte machten einen Anteil von 7,9 % aus, weitere 5,0 % waren länderweite Projekte. Stadtteil- und quartierbezogene Angebote wurden in 2,5 % der Fälle vorgehalten, ebenfalls sehr wenige Angebote waren bundesweit angelegt: 2,2 % (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Durchführungsort (N = 292)

Item	n	Absolute %	Gültige %
Nur Region/Kreis	87	29,8	31,3
Nur Stadt/Kommune	66	22,6	23,7
Nur Setting	22	7,4	7,9
Nur Bundesland	14	4,8	5,0
Nur Stadtteil/Quartier	7	2,4	2,5
Nur Bundesweit	6	2,1	2,2
Mehrere	76	26,0	27,3
Keine Angabe	14	4,8	-
Gesamt	292	100,0	100,0

Da 27,3 % der Einrichtungen angaben, Angebote auf mehreren räumlichen Ebenen durchzuführen, wurden die einzelnen Nennungen noch einmal gesondert betrachtet, sodass alle Nennungen berücksichtigt wurden. Auch in diesem Fall waren regionale Angebote am häufigsten (41,0 %), weiterhin waren 32,6 % auf die Stadt bzw. Kommune ausgerichtet, settingorientiert waren insgesamt 12,7 %, länderweit 6,2 %, stadtteil- und quartiersbezogene Angebote 4,3 % und bundesweit ausgerichtet waren 3,2 % der Angebote (siehe Tabelle 12). Eine Möglichkeit der Kombination ist, dass die Angebote beispielsweise als bundesweite Programme initiiert wurden und im Setting auf kleinerer räumlicher Ebene umgesetzt wurden (bspw. Kita oder Schule).

Tabelle 12: Durchführungsort (Mehrfachnennungen, N = 278)

	n	%	fehlende Werte
Region/Kreis	152	41,0	4,8 %
Stadt/Kommune	121	32,6	
Setting	47	12,7	
Bundesland	23	6,2	
Stadtteil/Quartier	16	4,3	
Bundesweit	12	3,2	

4.1.3 Arbeitsfelder in der PGF von Essstörungen

Im vorigen Kapitel wurde die räumliche Ausrichtung der Angebote betrachtet. An dieser Stelle folgen nun die einzelnen Arbeitsfelder, d.h. ob das Angebot in Kitas, verschiedenen Schulformen, Betrieben, Vereinen, Behörden oder sonstigen Settings durchgeführt wurde. In Tabelle 13 sind Anzahl und Anteil der Angebote innerhalb verschiedener Arbeitsfelder dargestellt. Mit fast zwei Dritteln war der größte Anteil der Angebote in mehreren Arbeitsfeldern verortet (63,5 %). Weitere 20,9 % der Angebote waren allgemein ausgerichtet. Nur wenige Angebote wurden ausschließlich in einzelnen Settings durchgeführt, wie zum Beispiel Jugendeinrichtungen (1,8 %), Schulen (0,7 bis 1,1 %) oder Betrieben (0,7 %).

Tabelle 13: Arbeitsfelder – Einzelnennungen (N= 292)

Item	n	Absolute %	Gültige %
Allgemein / kein Einzelfeld	58	19,9	20,9
Jugendeinrichtung	5	1,7	1,8
Hauptschule	3	1,0	1,1
Gymnasium	3	1,0	1,1
Realschule	2	0,7	0,7
Grund-/Primarschule	2	0,7	0,7
Betrieb	2	0,7	0,7
Kita	1	0,3	0,4
Hochschule	1	0,3	0,4
Sonstiger Verein	1	0,3	0,4
Sonstiges	17	5,8	6,1
Mehrere	176	60,3	63,5
Keine Angabe	15	5,1	-
Gesamt	292	100,0	100,0

Da der Anteil von Angeboten, welche in mehreren Arbeitsfeldern verortet waren, so hoch ist, lohnt sich die Betrachtung der Arbeitsfelder ohne Berücksichtigung der Mehrfachantworten. In diesem Fall wurden Angebote am häufigsten in den verschiedenen weiterführenden Schulen (Sekundarstufe I) durchgeführt: 56,0 % in Gymnasien, 53,4 % in Realschulen, 49,8 % in Hauptschulen, 35,0 % in Gesamtschulen, wobei zu beachten ist, dass die einzelnen Schulformen nicht in allen Bundesländern vertreten sind. Wie auch in der

Betrachtung der Einzelnennungen war ein weiterer großer Anteil der Angebote (32,1 %) allgemein ausgerichtet. Jugendeinrichtungen, wozu auch Jugendveranstaltungen und -reisen zählen, wurden von 32,9 % der befragten Einrichtungen als Arbeitsfeld genannt, Grund- und Primarschulen von 15,2 % und Betriebe von 11,2 %. Hinter der Angabe „Sonstige“ verbergen sich größtenteils zur Fragestellung unpassende Angaben, welche eher Zielgruppen beschrieben (Frauen, psychisch Kranke, Privatpersonen etc.) als Arbeitsfelder. Abbildung 1 stellt die Daten noch einmal grafisch dar. Bei der Bewertung ist allerdings zu beachten, dass nicht klar festgestellt werden kann, ob die teilnehmenden Einrichtungen mehrere Präventionsangebote mit dem Fragebogen abgedeckt haben oder die einzelnen Angebote in mehreren Arbeitsfeldern verortet waren.

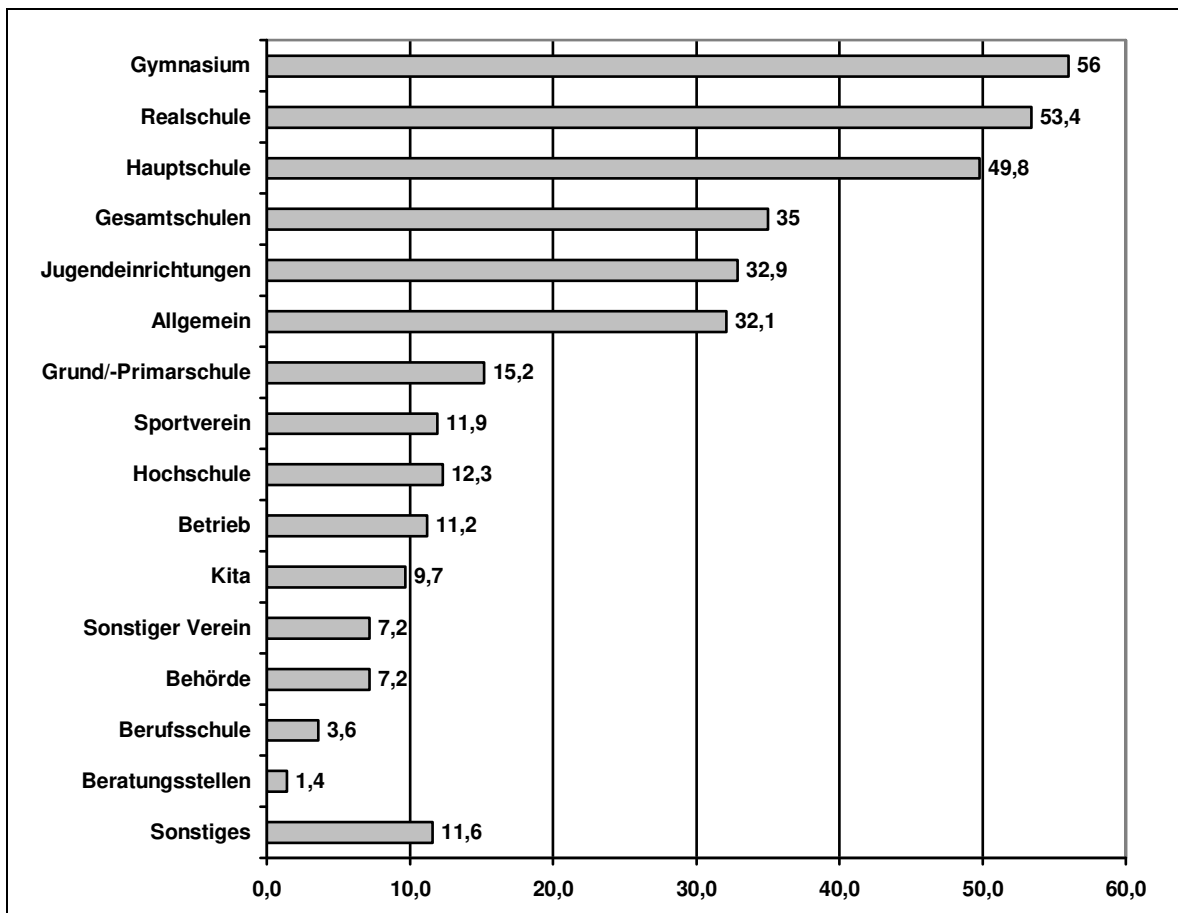


Abbildung 1: Arbeitsfelder, Angaben in % (Mehrfachantworten, N = 277)

4.1.4 Zielgruppen der Angebote

Die Abfrage der Zielgruppen erfolgte auf verschiedenen Ebenen. Es wurde nach Gefährdungsgrad unterschieden sowie nach Alter und Geschlecht. Weiterhin konnten verschiedene Multiplikatoren/-innen sowie andere Zielgruppen in einem halboffenen Item genannt werden. Tabelle 14 und Tabelle 15 geben einen Überblick über die Antworten auf diese Fragen.

Bei der Unterscheidung der Zielgruppen nach Gefährdungsgrad machten 72,6 % eine Angabe. Davon waren 20,3 % auf Risikogruppen und 7,5 % der Angebote auf erkrankte Personen ausgerichtet. Der Großteil der Angebote (72,2 %) richtete sich an Erkrankte und Risikogruppen. Dies kann einerseits darauf hinweisen, dass sehr häufig Sekundärprävention gemeint ist, andererseits ist es möglich, dass z.B. Beratungsstellen ihr allgemeines Angebot damit gemeint haben und den Fragebogen nicht nur in Bezug auf das Präventionsangebot ausgefüllt haben.

Nach Altersgruppen unterschieden, richtete sich der größte Anteil der Angebote an Kinder und Jugendliche (47,7 %), nur 9,3 % an Erwachsene. 43,1 % hatten ein Angebot, was alle Altersgruppen umfasst. Bei der Auswertung dieser Frage konnten 11 % der Angebote nicht mit einbezogen werden.

Betrachtet man die Zielgruppe nach Geschlecht (17,1 % fehlende Werte), waren 75,2 % der Angebote auf Frauen und Männer bzw. Mädchen und Jungen ausgerichtet. 24,0 % richteten sich speziell an weibliche und nur 0,8 % an männliche Klienten/-innen.

Des Weiteren wurde nach verschiedenen Arten von Multiplikatoren/-innen gefragt, wobei 93,5 % der Antworten ausgewertet werden konnten. Allgemein betrachtet hielten 75,5 % ein Angebot für diese Zielgruppe vor.

Tabelle 14: Die verschiedenen Zielgruppen (N = 292)

	n	Absolute %	Gültige %
Nach Gefährdungsgrad			
Erkrankte	16	5,5	7,5
Risikogruppen	41	14,7	20,3
Beide Gruppen	151	52,4	72,2
keine Angabe	80	27,4	-
Nach Alter			
Kinder/Jugendliche	124	42,5	47,7
Erwachsene	24	8,2	9,3
Alle Altersgruppen	112	38,4	43,1
keine Angabe	32	11,0	-
Nach Geschlecht			
Männlich	2	0,7	0,8
Weiblich	52	19,9	24,0
Beide Geschlechter	182	62,3	75,2
keine Angabe	50	17,1	-
Multiplikatoren/-innen			
Ja	206	70,5	75,5
Nein	67	22,9	24,5
keine Angabe	19	6,5	-

Innerhalb der Zielgruppe der Multiplikatoren/-innen wurde zwischen Angehörigen der Betroffenen, Sozialarbeiter/-innen und Pädagogen/-innen, Lehrkräften sowie Ärzten und Ärztinnen unterschieden. In Tabelle 15 sind die absoluten Nennungen in diesen Gruppen dargestellt und deren Anteil an der Anzahl aller Angebote, die Multiplikatoren/-innen als Zielgruppe nannten (N = 206). Die größte Gruppe stellen Lehrkräfte mit 81,1 % dar. Angehörige wurden von 68,9 % der Angebote als Multiplikatoren/-innen angesprochen, Sozialarbeiter/-innen und Pädagogen/-innen von 54,9 %. Ärzte/-innen stellen mit 28,2 % die kleinste Gruppe dar.

Tabelle 15: Zielgruppe Multiplikatoren/-innen (Mehrfachnennungen, N= 206)

	n	%
Angehörige der Betroffenen	142	68,9
Lehrkräfte	167	81,1
Sozialarbeit und -pädagogik	113	54,9
Ärzte/-innen	58	28,2

Es gab zusätzlich zu diesen vorgegebenen Kategorien auch die Möglichkeit andere Zielgruppen zu benennen, was 7,9 % der teilnehmenden Einrichtungen taten (n = 23). Darunter finden sich u.a. Erzieher/-innen, (Schul-)Psychologen/-innen, sozial benachteiligte Personen und psychisch Erkrankte.

4.2 Qualitätsmerkmale der Angebote

Im vorangegangenen Kapitel wurden die grundsätzlichen Merkmale der PGF-Angebote dargestellt. Es folgen die Merkmale, welche Hinweise auf die Qualität der Angebote geben.

4.2.1 Gesundheitsziele

Neun verschiedene Gesundheitsziele, die in den Maßnahmen thematisiert wurden, und ein weiteres offenes Item waren als Kategorien im Fragebogen vorgegeben. Bei der Beantwortung waren Mehrfachantworten möglich. Im Mittel nennen die Angebote etwa 5 bis 6 Ziele (M = 5,4; min = 1; max = 10). Das Wissen der Betroffenen über gesundheitliche Zusammenhänge und Risiken zu erweitern, stellte mit 84,1 % das am häufigsten genannte Ziel dar. 75,8 % der Angebote zielen darauf ab Einstellungen zu verändern (z.B. Körperwahrnehmung), 73,4 % Lebenskompetenzen zu vermitteln, 70,9 % persönliche Ressourcen zu stärken (Selbstvertrauen, soziale Netzwerke) und 68,5 % Angehörigen Wissen über die Erkrankung und Versorgungsmöglichkeiten zu vermitteln. Gut die Hälfte der Angebote gab an neue Verhaltensmuster aufbauen und die psychosoziale Umgebung der Zielgruppen gestalten zu wollen (54,0 bzw. 50,9 %). Seltener wurde die Änderung von Abläufen und Organisation als Ziel genannt (29,1 %), wozu Lehrpläne hilfreich sein können aber auch Hilfsmöglichkeiten und Ansprechpartner/-innen bekannt gemacht werden. Auch auf die

Gestaltung der Umwelt (Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen Kontakt mit Werbemitteln) zielten nur 18,0 % der Angebote ab. Zu den sonstigen Zielen zählten zusammenfassend unter anderem Netzwerkarbeit, Sensibilisierung und Aufklärung, Vermitteln psychosozialer Zusammenhänge und die Auseinandersetzung mit Rollenerwartungen und Schönheitsidealen (jeweils 2 bis 4 Nennungen). In Abbildung 2 sind die Ergebnisse grafisch dargestellt.

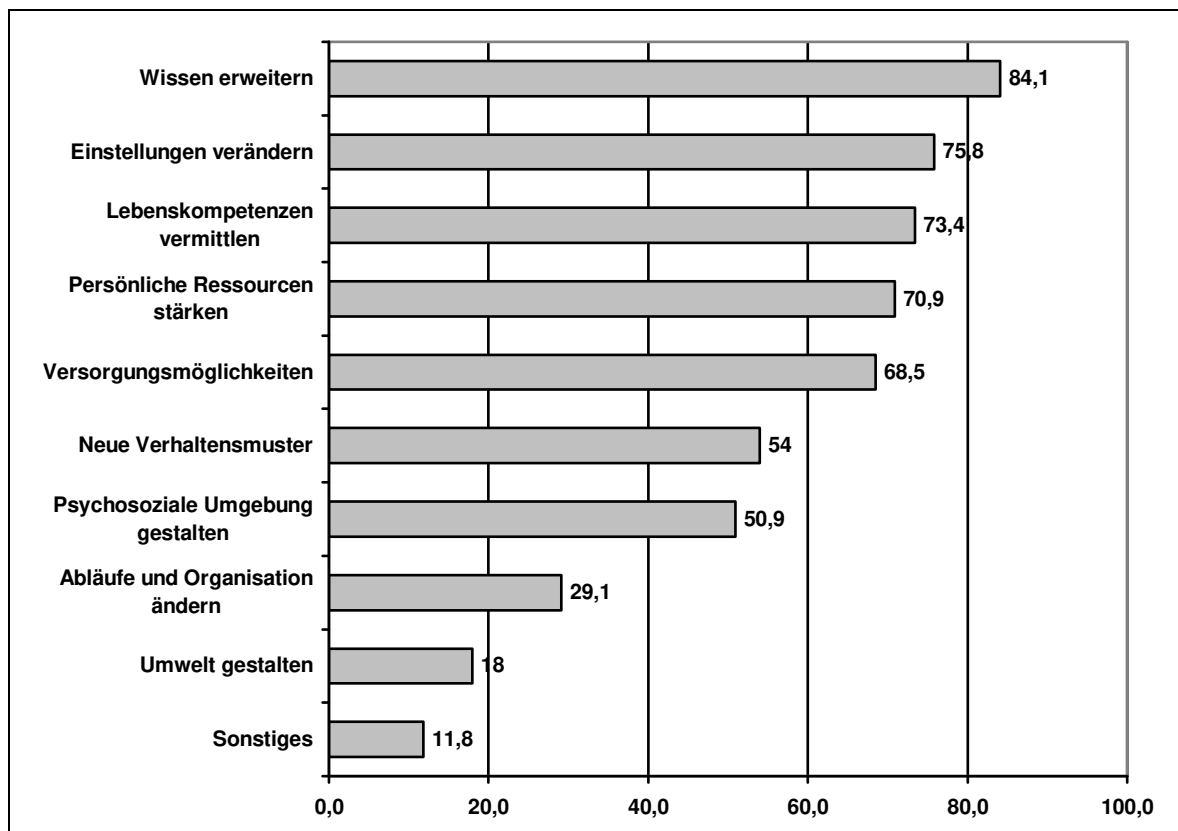


Abbildung 2: Ziele (Mehrfachnennungen, N = 289)

4.2.2 Vermittelte Gesundheitsthemen

Auch bei der Frage nach den Inhalten der Angebote waren 22 Antwortmöglichkeiten vorgegeben, in einem Freitextfeld konnten zusätzliche Themen genannt werden. Tabelle 16 gibt einen Überblick über Anzahl und Anteil der Nennungen. Zu dieser Frage machten 2,4 % der Einrichtungen keine Angabe. Zu den am häufigsten genannten Themen gehörten die Erscheinungsbilder von Essstörungen (78,6 %), Informationen über Beratungsangebote (78,6 %), Essverhalten und Diäten (68,8 %), Schönheitsideale (68,4 %) und Körperbild

(68,1 %) sowie Informationen zu Hilfsangeboten und das Essverhalten (68,1 %). Eher seltener wurden folgende Themen genannt: Liebe, Freundschaft, Sexualität (39,6 %), Bewegungsverhalten (36,5 %), Lebensplanung und Zukunftsperspektiven (35,1 %).

Tabelle 16: Inhalte (Mehrfachantworten, N = 292)

	n	%	fehlende Werte
Erscheinungsbilder von Essstörungen	224	78,6	2,4 %
Informationen über Beratungsangebote	223	78,2	
Essverhalten, Diäten	196	68,8	
Schönheitsideale	195	68,4	
Körperbild und -wahrnehmung	194	68,1	
Information über Hilfsangebote	194	68,1	
Genusserleben	161	56,5	
Identität	151	53,0	
Stressregulierung/psych. Gesundheit	148	51,9	
Gesunde Ernährung	143	50,2	
Kritischer Umgang mit Medien	143	50,2	
Umgang mit Wut und Aggression	142	49,8	
Konsum und Suchtverhalten	141	49,5	
Entspannung	132	46,3	
Lebensgefühle	128	44,9	
Geschlechterrollen	127	44,6	
Strategien der Werbeindustrie	120	42,1	
Kommunikationsregeln	118	41,4	
Stärkung der Erziehungskompetenz	116	40,7	
Liebe, Freundschaft, Sexualität	113	39,6	
Bewegungsverhalten	104	36,5	
Lebensplanung/Zukunftsperspektiven	100	35,1	
Sonstiges	14	4,9	

Unter der Kategorie „Sonstiges“ wurden weitere Themen genannt, wie zum Beispiel Allgemeine Lebenskompetenzen, Entdecken und Nutzen eigener Ressourcen, Psychodynamik, Umgang mit Betroffenen (je eine Nennung). Es tauchten auch einige Formulierungen auf, die eher als ergänzender Hinweis zur Arbeit gesehen werden können und weniger

thematische Inhalte darstellen. Durchschnittlich wurden 12 Themen ($M = 11,67$) in den Präventionsangeboten angesprochen, am häufigsten wurden 14 Themen genannt.

4.2.3 Methoden der Inhaltsvermittlung

Zur Beantwortung der Frage, welche Methoden für die Inhaltsvermittlung angewandt wurden, waren im Fragebogen 20 Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Von 2,1 % der Angebote liegt dazu keine Antwort vor. Ein Überblick über die Anwendung der verschiedenen Methoden gibt Tabelle 17.

Tabelle 17: Methoden der Inhaltsvermittlung (Mehrfachantworten, N = 292)

	n	Gültige %	fehlende Werte
Gruppenarbeit	208	72,7	2,1 %
Ausgabe von Unterlagen	175	61,2	
Gruppendiskussion	169	59,1	
Selbstreflexionsübungen	157	54,9	
Vortrag	154	53,8	
Wahrnehmungsübungen	129	45,1	
Rollenspiele	118	41,3	
Spiele	119	41,6	
Phantasiereisen	108	37,8	
Moderationsmethoden	101	35,3	
Praktische Methoden	98	34,3	
Filme	96	33,6	
Körperübungen und Massage	92	32,9	
Plenumsarbeit	75	26,2	
Bewegungsübungen	69	24,1	
Kunstpädagogik	47	16,4	
Theaterpädagogik	18	6,3	
Psychodrama	22	7,7	
Diavortrag	13	4,5	
Sonstiges	52	18,2	

Um Inhalte zu vermitteln, verwendeten 72,7 % Gruppenarbeiten, 61,2 % geben Unterlagen aus und 59,1 % führen Gruppendiskussionen durch. Ebenfalls mehr als die Hälfte der Angebote nutzte Reflexionsübungen und Vorträge zur Inhaltsvermittlung (54,8 bzw. 54,1 %). Kunst- und Theaterpädagogik, Psychodrama oder Diavorträge waren eher selten genutzte Methoden (4,7 bis 16,8 %). Im Mittel wurden etwa 7 Methoden der Inhaltsvermittlung angewandt ($M = 7,1$; $\min = 1$; $\max = 17$).

4.2.4 Qualifikation der durchführenden Personen

Ein wichtiges Kriterium, um die Qualität der Angebote beurteilen zu können, ist die Qualifikation der Personen, welche die Maßnahmen durchführen. Im Fragebogen waren neun Berufsrichtungen aufgeführt, weiterhin gab es die Möglichkeit in einem Freitextfeld zusätzliche Angaben zu machen. 3,1 % der Angebote machten zu dieser Fragestellung keine Angabe.

Tabelle 18: Qualifikation der Mitarbeiter/-innen (N = 292)

	n	Absolute %	Gültige %
(Sozial-)Pädagogen/-innen	83	28,4	29,3
Psychotherapeut/-innen	7	2,4	2,5
Ernährungswissenschaftler/-innen	6	2,1	2,1
Psychologen/-innen	4	1,4	1,4
Ärzte/-innen	3	1,0	1,1
Lehrer/-innen	1	0,3	0,4
Diätassistenten/-innen	1	0,3	0,4
Kunsttherapeuten/-innen	1	0,3	0,4
Sonstige	15	5,1	5,3
Mehrere	162	55,5	57,2
Keine Angabe	9	3,1	-
Gesamt	292	100,0	100,0

Bei dieser Fragestellung zeigte sich, dass die Mitarbeiter bei dem größten Anteil der Angebote unterschiedliche Qualifikationen vorwiesen (57,2 %), was auf Interdisziplinarität schließen lässt. Am häufigsten arbeiteten Pädagogen/-innen bzw. Sozialpädagogen/-innen

in der Prävention und Gesundheitsförderung von Essstörungen, 29,3 % der Einrichtungen nannten ausschließlich diese Qualifikation. Ärzte/-innen, Lehrer/-innen, Psychotherapeuten/-innen, Ernährungswissenschaftler/-innen und weitere waren nur bei wenigen Angeboten als einzige Berufsgruppen tätig (0,4 -2,5 %). Eine Übersicht dazu gibt Tabelle 18.

Mit Blick auf alle Nennungen, die in den verschiedenen Berufsgruppen gemacht wurden, zeigt sich folgendes Bild: Die weitaus größte Berufsgruppe bildeten bei dieser Betrachtung ebenfalls Pädagogen/-innen, wozu auch Sozialpädagogen/-innen zählen, die in 77,0 % der Angebote mitwirkten. Psychologen/-innen und Psychotherapeuten/-innen waren jeweils bei etwa 26 % der Angebote beteiligt. 16,3 % der Angebote wurden von Ernährungswissenschaftler/-innen durchgeführt, 13,1 % von Ärzte/-innen. 9,2 % der Angebote wurden von Lehrer/-innen durchgeführt, Kunsttherapeuten/-innen und Diätassistenten/-innen wirkten in 8,1 bzw. 6,4 % der Angebote mit (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Qualifikation der Mitarbeiter/-innen (Mehrfachantworten, N = 292)

	n	%	fehlende Werte
Sozial-/ Pädagogen/-innen	218	77,0	3,1 %
Psychologen/-innen	75	26,5	
Psychotherapeuten/-innen	74	26,1	
Ernährungswissenschaftler/-innen	46	16,3	
Ärzte/-innen	37	13,1	
Bewegungstherapeut/-innen	29	10,2	
Lehrer/-innen	26	9,2	
Kunsttherapeuten/-innen	23	8,1	
Diätassistenten/-innen	18	6,4	
Sonstige Qualifikationen	64	22,6	

In der Kategorie Sonstiges, wurde mit n = 12 die suchttherapeutische (Zusatz-) Qualifikation am häufigsten genannt. Erzieher/-innen (n = 6), Wissenschaftler/-innen aus dem Sozial-, Erziehungs- oder Gesundheitsbereich (n = 5), verschiedene Berater/-innen (Systemisch, Stillberatung) und Präventionsfachkräfte (jeweils n = 6) zählten ebenfalls zu Mitarbeitern/-innen in Präventionsangeboten.

Im Fragebogen wurde nicht abgefragt, wie viele Personen in den Präventionsprojekten beschäftigt waren.

Tabelle 20: Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen (N = 292)

	n	Absolute %	Gültige %
Ja	162	55,5	81,8
Nein	36	12,3	18,2
Keine Angabe	94	32,2	-
Gesamt	198	100,0	100,0

Ein weiterer Qualitätsindikator ist die Teilnahme des Fachpersonals an Fort- und Weiterbildungen, welche bei 81,8 % der Angebote regelmäßig wahrgenommen werden. Knapp ein Drittel aller Angebote machte hierzu allerdings keine Angabe. Gründe hierfür können zum einen darin liegen, dass diese Angebote nicht zugeben wollten, dass sie nicht an Fortbildungen teilnehmen. Zum anderen kann die Frage auch leicht übersehen worden sein, da sie nicht wie die anderen Fragen hervorgehoben wurde (rosa unterlegt) und direkt an ein Freitextfeld anschließt, welches bei anderen Frageblöcken am Ende steht. Eine Überschneidung beider Möglichkeiten wird an dieser Stelle angenommen. Die Ergebnisse zu dieser Frage finden sich in Tabelle 20.

4.2.5 Unterstützung besonders belasteter Personen

Die Einrichtungen wurden danach gefragt, ob PGF-Angebote bestimmte unterstützende Maßnahmen ergreifen, falls ihnen besonders belastete Personen auffallen. Häufig wurde in diesen Fällen Anschriften von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen oder auch Selbsthilfeangeboten weitergegeben (80,7 bzw. 60,7 %). Die Beratung dieser Personen wurde in etwa drei Viertel der befragten Einrichtungen selbst übernommen (74,6 %). Etwas weniger als die Hälfte der Angebote vermittelten Plätze in Beratungs- bzw. Behandlungseinrichtungen (46,8 bzw. 46,1 %). Gut ein Viertel gab an, die Behandlung von Betroffenen selbst zu übernehmen, was darauf hindeutet, dass die Präventionsangebote nicht als Hauptangebot vorgehalten werden und dass hier ein unmittelbarer Zugang zur Versorgungsstruktur besteht. In Tabelle 21 sind die Angaben dargestellt.

Tabelle 21: Unterstützung (Mehrfachantworten, N = 292)

	n	%	Fehlende Werte
„Wir geben Anschriften von Beratungs- und Behandlungsangeboten weiter“	226	80,7	4,1 %
„Wir beraten Betroffene selbst“	209	74,6	
„Wir geben Anschriften der Selbsthilfe weiter“	170	60,7	
„Wir vermitteln Plätze in Beratungseinrichtungen“	131	46,8	
„Wir vermitteln Plätze in Therapieeinrichtungen“	129	46,1	
„Wir behandeln Betroffene selbst“	74	26,4	
Sonstiges	10	3,6	

Unter den zehn sonstigen Angaben wurden unter anderem weitere Hilfen für Betroffene bzw. Angehörige genannt: Elternarbeit, Hilfe durch das Jugendamt, eigene Selbsthilfegruppen der Einrichtungen. Des Weiteren gaben einige Angebote an, dass sie in diesem Fall andere Zielgruppen ansprechen: Schulung von Multiplikatoren/-innen oder Informationen an Lehrkräfte.

4.2.6 Durchführungsbedingungen

Einige Angebote konnten nur unter bestimmten Bedingungen durchgeführt werden, dazu gehören die Übernahme von Kosten, eine Mindestteilnehmerzahl und die verbindliche Buchung des Angebots. 51,7 % der Einrichtungen (n = 151) stellten mindestens eine der genannten Bedingungen, alle drei mussten bei 6,8 % (n = 20) der Angebote erfüllt sein. Zwischen etwa 23 und 30 % der Angebote machten keine Angaben zu den einzelnen Bedingungen, möglicherweise aufgrund von Unklarheit bezüglich der Fragestellung (knappe Formulierung ohne Erklärung) oder Unwissenheit über die Planung des Angebots.

Für die Durchführung des Angebots waren bei jeweils 34,3 % aller Fälle eine verbindliche Buchung bzw. eine Mindestteilnehmerzahl nötig. Fast ebenso viele Einrichtungen gaben an, dass die Kosten dafür übernommen werden müssten (32,1 %). Wer diese Kosten übernimmt, wird im Fragebogen nicht abgefragt. Tabelle 22 gibt einen Überblick über die Anzahl der Angebote, bei denen die verschiedenen Bedingungen erfüllt sein mussten.

Tabelle 22: Bedingungen für die Durchführung der Angebote (Mehrfachantworten, N = 292)

	n	Absolute %	Gültige %
Kostenübernahme			
Ja	72	24,7	32,1
Nein	152	52,1	67,9
Keine Angabe	68	23,3	-
Gesamt	292	100,0	100,0
Buchung			
Ja	70	24,0	34,3
Nein	124	42,5	59,6
Keine Angabe	84	28,8	-
Gesamt	292	100,0	100,0
Mindestteilnehmerzahl			
Ja	70	24,0	34,3
Nein	134	45,9	65,7
Keine Angabe	88	30,1	-
Gesamt	292	100,0	100,0

Der durchschnittliche Betrag, der übernommen werden musste, betrug etwa 310 €, wobei der minimale und maximale Wert sehr weit auseinander lagen (25 – 2700 €). Die hohe Spannweite der Werte könnte unter anderem auf ein unterschiedliches Verständnis über die Träger der Kosten zurückzuführen sein. Niedrige Beträge könnten die Beiträge einzelner Teilnehmer, höhere Beträge die Kosten des gesamten Angebots beziffern. Dass 38,8 % der Angebote keine Angaben zur Höhe des Betrages machen konnten, deutet darauf hin, dass keine klare Vorstellung über dessen konkrete Höhe bestand (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Mittlere Höhe der Kostenübernahme (N = 72)

	n	M	SD	Min	Max	fehlende Werte
Kostenübernahme in Höhe von ... €	44	309,68	444,93	25	2700	38,8 %

Die durchschnittliche Mindestzahl an Teilnehmern/-innen zur Durchführung des Angebots lag bei etwa 12 Personen. Hierbei schwankten die Angaben zwischen einer und 150 Personen, die Anzahl fehlender Werte ist zu vernachlässigen (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Durchschnittliche Mindestteilnehmerzahl (N = 70)

	n	M	SD	Min	Max	fehlende Werte
Mindestteilnehmerzahl	67	11,87	20,73	1	150	4,3 %

4.2.7 Vernetzung

Um einen Überblick zu erhalten mit welchen Kooperationspartnern die Angebote zusammengearbeiteten und welche Arten der Kooperation bestanden, konnten die Einrichtungen offene Angaben machen. In Tabelle 25 und Tabelle 26 sind die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Durchschnittlich arbeiten die Angebote mit ca. zwei Partnern zusammen ($M = 1,6$; $\min = 0$; $\max = 5$). Am häufigsten wurden Kliniken (37,3 %), Beratungsstellen und niedergelassene Praxen (je 35,1 %) als Kooperationspartner genannt. Auch Schulen, Ämter, wozu hauptsächlich Gesundheitsämter zählen, sowie Arbeitskreise und Netzwerke sind Kooperationspartner von jeweils ca. einem Viertel der Angebote (24,0 bis 29,3 %). Selbsthilfegruppen arbeiten mit 9,8 %, Fachzentren mit 8,0 % der Angebote zusammen. Träger, wie Krankenkassen, Caritas oder Diakonie, sind in 6,7 % der Fälle Kooperationspartner der Angebote. Am seltensten werden Wohngruppen von 2,7 % der Angebote genannt. Des Weiteren nannten 20,9 % der Angebote sonstige Kooperationspartner, wie zum Beispiel Hochschulen, Betriebe, Sportvereine und andere. 22,9 % aller Angebote machten zu dieser Frage keine Angaben, was möglicherweise auf Nicht-Informiertheit der ausfüllenden Personen zurückzuführen ist oder auf Zeitmangel, da entsprechende Informationen erst in Erfahrung gebracht werden mussten.

Tabelle 25: Kooperationspartner (Mehrfachantworten, N = 292)

Kategorien	n	%	Fehlende Werte
Kliniken	84	37,3	22,9 %
Beratungsstelle	79	35,1	
Niedergelassene Praxen	79	35,1	
Schulen	66	29,3	
Ämter	57	25,3	
Arbeitskreise/ Netzwerke	54	24,0	
SHG	22	9,8	
Fachzentren	18	8,0	
Träger	15	6,7	
Wohngruppen	6	2,7	
Einzelnennungen/ Sonstige Kooperationen	47	20,9	

Nur knapp über die Hälfte aller Angebote machte eine Angabe bezüglich bestehender Kooperationsarten (47,9 %); bezogen auf diejenigen, welche auch Kooperationspartner nannten, ist dies ein Anteil fehlender Werte von 32,5 %. Vernetzung und fachlicher Austausch wurde von 36,8 % und somit am häufigsten genannt. Es folgen Fort- und Weiterbildungen mit 34,2 % sowie Vermittlung und Überweisungen mit 28,9 %. Weitere Kooperationen bestehen im Bereich der Nachsorge und Weiterbetreuung von Klienten/-innen (22,4 %), in der Prävention (19,7 %), (Mit-)Behandlung (14,5 %), Diagnostik (12,5 %) und Beratung (11,8 %). Am geringsten wurden Supervision bzw. Fallbesprechungen von 6,6 % der Angebote als Kooperationsarten genannt. Weitere 24,3 % der Angaben waren sonstige Einzelnennungen, wie zum Beispiel Mitarbeit, gemeinsame Projekte oder Werbung. Auffällig hierbei ist der geringe Anteil von Angeboten, bei denen Kooperationen im Bereich Prävention bestehen. Möglicherweise gingen die ausfüllenden Personen davon aus, dass sich die Kooperation immer auf den Bereich Prävention bezieht und nannten diesen deshalb nicht explizit.

Tabelle 26: Arten der Kooperation (Mehrfachantworten, N = 292)

Kategorien	n	%	Fehlende Werte
Vernetzung/ Austausch	56	36,8	47,9 %
Fort- u. Weiterbildung	52	34,2	
Vermittlung/ Überweisung	44	28,9	
Weiterbetreuung/ Nachsorge	34	22,4	
Prävention	30	19,7	
(Mit-) Behandlung	22	14,5	
Diagnostik	19	12,5	
Beratung	18	11,8	
Supervision/ Fallbesprechung	10	6,6	
Sonstiges	37	24,3	

4.2.8 Häufigkeit der Angebote und Wartezeiten

Im Durchschnitt wurden die Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich Essstörungen etwa 14 Mal im Jahr angeboten, wobei die Angaben zwischen 0 und 130 liegen. Der Wert 0 als Häufigkeit ist darauf zurück zu führen, dass das entsprechende Angebot zwar vorgehalten, allerdings im abgefragten Zeitraum kein einziges Mal nachgefragt wurde. In folgender Tabelle sind zusätzlich zu diesen Angaben die Standardabweichung vom Mittelwert und die fehlenden Werte dargestellt. Bei allen Berechnungen wurden die Angaben von drei Angeboten herausgenommen, da ihre Häufigkeitsangabe außerhalb von zwei Standardabweichungen lag (Werte über 136 werden ausgeschlossen). Wie schon in Kapitel 4.1.1 für die Berechnung der durchschnittlich erreichten Personen erläutert wurde, sind diese Angaben nicht unplausibel, aber sie würden das Gesamtbild etwas nach oben verzerren. Für die Berechnung der fehlenden Werte wurden sie jedoch berücksichtigt.

Tabelle 27: Mittlere Häufigkeit der Maßnahmen in Jahr, um Ausreißer bereinigt (N = 292)

	n	M	SD	Min	Max	fehlende Werte
Angebotene Maßnahmen	193	13,76	22,07	0	130	33,9 %

Nach Wartezeiten für ihre Angebote befragt, machten 71,9 % der Einrichtungen eine Angabe (vgl. Tabelle 28). In 41 % der Fälle entstanden bei den Interessenten/-innen Wartezeiten, die im Durchschnitt knapp 6 Wochen dauerten. Die kürzeste Wartezeit betrug 1 Woche, die längste hingegen 26 Wochen (vgl. Tabelle 29).

Tabelle 28: Wartezeit (N = 292)

	n	Absolute %	Gültige %
Nein	124	42,5	59,0
Ja	86	29,5	41,0
Keine Angabe	82	28,1	-
Gesamt	292	100,0	100,0

Tabelle 29: Dauer der Wartezeiten (N = 86)

Item	n	M	SD	Min	Max	fehlende Werte
Dauer der Wartezeit in Wochen	84	5,77	4,78	1	26	2,3 %

4.2.9 Kapazitäten zur Ausweitung der Angebote

Es wurde weiterhin die Frage untersucht, ob für die Angebote Kapazitäten zur Ausweitung in Bezug auf die Zahl der Teilnehmer/-innen und Durchgänge bestünden und ob dies mit oder ohne Kostenübernahme gelingen könnte. Tabelle 30 stellt die Angaben zu dieser Frage dar. Es folgt eine Übersicht zu den zusätzlich möglichen Teilnehmer/-innen- und Durchgangszahlen in Tabelle 31.

Tabelle 30: Kapazität zur Ausweitung (N = 292)

	n	Absolute %	Gültige %
nein	158	54,1	60,8
ja, für ... Teilnehmer/-innen	49	16,8	18,8
ja, für ... Durchgänge	27	9,2	10,4
ja, für beide	26	8,9	10,0
Keine Angabe	32	11,0	-
Gesamt	292	100,0	100,0

Die meisten Angebote gaben an, keinen Raum zur Ausweitung bieten zu können (60,8 %). Bei 18,8 % bestand die Möglichkeit das Angebot um weitere Teilnehmer/-innen auszuweiten. 10,4 % der Angebote könnten mehr Durchgänge anbieten und bei weiteren 10 % wäre beides möglich.

Tabelle 31: Kapazitäten zur Ausweitung

	n	M	SD	Min	Max	fehlende Werte
für Teilnehmer/-innen (N = 75)	47	99,36	114,837	3	600	37,3 %
für Durchgänge (N = 53)	40	4,93	4,2190	1	20	24,5 %

Von denjenigen Einrichtungen, welche ihr Angebot für zusätzliche Teilnehmer/-innen ausweiten könnten ($n = 75$), machten 45 eine konkrete Angabe der Teilnehmer/-innenzahl. Durchschnittlich könnten somit ca. 99 Personen zusätzlich erreicht werden, wobei das Minimum bei 3, das Maximum bei 600 Personen lag. Dies zeigt eine ausgeprägte Heterogenität der Angebote in diesem Bereich, was auch an der hohen Standardabweichung erkennbar ist. Von 40 der 53 Einrichtungen mit der Möglichkeit für weitere Durchgänge des Angebots, liegen Angaben über deren Umfang vor. Knapp 5 weitere Durchgänge könnten durchschnittlich angeboten werden, wobei die geringste Anzahl 1, die höchste 20 beträgt. Der hohe Anteil fehlender Werte in beiden Kategorien lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass Einrichtungen keine Vorstellung davon haben, inwiefern eine Ausweitung des Angebots möglich ist. An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass im Anschreiben

darauf hingewiesen wurde, bei Unsicherheit bezüglich einzelner Angaben könnten diejenigen Felder freigelassen werden.

Sowohl für eine Ausweitung um zusätzliche Teilnehmer/-innen als auch zusätzliche Durchgänge, müssten bei nahezu allen Angeboten die Kosten dafür übernommen werden. Eine Ausweitung in Bezug auf zusätzliche Teilnehmer/-innen wäre ohne Kostenübernahme nur bei 6,4 % der entsprechenden Angebote möglich ($n = 3$). Ähnlich niedrig war der Anteil für zusätzlich angebotene Durchgänge (5,4 %, $n=2$). Auch hier zeigte sich ein relativ hoher Anteil fehlender Werte an der Gesamtzahl der Angebote (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32: Kostenübernahme bei Ausweitung des Angebots

	n	Absolute %	Gültige %
Ausweitung für zusätzliche Teilnehmer (N = 75)			
(nur) bei Kostenübernahme	44	58,7	93,6
ohne Kostenübernahme	3	4,0	6,4
Keine Angabe	28	37,3	-
Gesamt	75	100,0	100,0
Ausweitung für zusätzliche Durchgänge (N = 53)			
(nur) bei Kostenübernahme	36	67,9	94,7
ohne Kostenübernahme	2	3,8	5,3
Keine Angabe	15	28,3	-
Gesamt	53	100,0	100,0

4.2.10 Finanzierung

In Tabelle 33 bis Tabelle 35 werden die Finanzierungsquellen der Angebote beschrieben. Es ist allerdings zu beachten, dass hierzu jeweils ca. ein Viertel aller Angebote keine Angabe gemacht haben.

Krankenkassen beteiligten sich finanziell bei 15,6 % der Angebote ($n = 33$). Ein Eigenanteil wurde von 34,0 % ($n = 73$) der Angebote erhoben, wobei dieser entweder pro Teilnehmer/-in ($n = 32$), pro Einrichtung ($n = 12$), pro Jahr ($n = 11$) oder pro Sitzung ($n = 8$) angegeben wurde. 44,9 % der Einrichtungen gaben an, dass ihre Angebote vollständig oder

teilweise durch Zuschüsse finanziert wurden ($n = 93$). Der Großteil der Einrichtungen gab des Weiteren sonstige Quellen zur Finanzierung an (53,9 %, $n = 117$). Ein Vergleich der Angaben in den Freitextfeldern zu „Zuschüssen“ und „Sonstigen Quellen“ zeigte größtenteils Überschneidungen, weshalb diese beiden Kategorien nicht klar voneinander abgegrenzt werden können. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird unter Zuschüssen die Unterstützung durch staatliche Institutionen, wie Bund, Länder oder Kommunen, verstanden. Zu den sonstigen Quellen würden dann beispielsweise Spenden, Vereinsbeiträge u.a. gezählt. Im Fragebogen wurden zu den Kategorien keine Beispiele zur Verdeutlichung aufgeführt.

Tabelle 33: Finanzierungsquellen der Angebote (Mehrfachantworten, N = 292)

	n	Absolute %	Gültige %
Krankenkassen			
Ja	33	11,3	15,6
Nein	178	61,0	84,4
Keine Angabe	81	27,7	-
Gesamt	292	100,0	100,0
Eigenanteil			
Ja	73	25,0	34,0
Nein	142	48,6	66,0
Keine Angabe	77	26,4	-
Gesamt	292	100,0	100,0
Zuschüsse			
Ja	93	31,8	44,9
Nein	114	39,0	55,1
Keine Angabe	85	29,1	-
Gesamt	292	100,0	100,0
Sonstiges			
Ja	117	40,1	53,9
Nein	100	34,2	46,1
Keine Angabe	75	25,7	-
Gesamt	292	100,0	100,0

Die durchschnittlichen Finanzierungsanteile der Quellen werden in folgender Tabelle dargestellt. Krankenkassen trugen im Mittel 64 % zur Finanzierung der Angebote bei, wobei einerseits minimale Anteile von 1 % übernommen, andererseits einige Maßnahmen zu 100 % durch sie finanziert wurden. Auch Zuschüsse aus unterschiedlichen Quellen machten teilweise sehr niedrige Anteile aus (min = 6 %), dienten aber in einigen Fällen auch zur Gesamtfinanzierung. Der Mittelwert lag hier bei 80 % der Kosten eines Angebots. Falls ein Eigenanteil erhoben wurde, betrug dieser durchschnittlich 43,4 % (min = 10 %; max = 100 %). Eine genauere Auswertung der verschiedenen Arten von Eigenanteilen (pro Jahr, Teilnehmer, Einrichtung) war nicht möglich, da einige Einrichtungen mehrere Arten ankreuzten (z.B. Eigenanteil pro Teilnehmer und pro Einrichtung).

Tabelle 34: Anteil der Quellen an den Gesamtkosten in %

	n	M	SD	Min	Max	fehlende Werte
Krankenkassen	24	64,0	38,007	1	100	27,3 %
Eigenanteil	25	43,4	34,326	10	100	65,8 %
Zuschüsse	63	80,4	22,529	6	100	32,3 %
Sonstiges	53	81,13	29,898	20	100	54,7 %

Von allen 218 Einrichtungen, welche Angaben zur Finanzierung machten, gaben 78,9 % an, dass sie „Zuschüsse“ und/oder „sonstige Quellen“ in Anspruch nahmen (n = 172). Innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse, bei welcher die Angaben aus den beiden Freitextfeldern zusammen ausgewertet wurden, ergaben sich neue Kategorien von Finanzierungsquellen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über diese zusätzlichen Quellen, wobei einige Einrichtungen mehrere Angaben machten. Am häufigsten wurden Kommunen und Städte als weitere Quellen genannt (36,6 %, n = 63), die Länder beteiligten sich bei 24,4 % (n = 42). Spenden, Stiftungen oder Förderkreise dienten bei 19,2 % der Angebote zur Finanzierung (n = 33), Bundesmittel bei 8,7 % (n = 15). Auch Kooperationspartner und kirchliche Mittel (5,2 % und 4,1 %) sowie die Träger der Einrichtungen (3,5 %) trugen in kleinerem Rahmen zur Finanzierung der einzelnen Maßnahmen bei (siehe Tabelle 35).

Tabelle 35: Weitere Finanzierungsquellen der PGF-Angebote (Mehrfachnennungen, N = 218)

	n	%	fehlende Werte
Kommunen, Städte	63	36,6	21,1 %
Länder	42	24,4	
Spenden, Stiftungen, Förderkreise	33	19,2	
Bund	15	8,7	
Behörden (Gesundheits-, Jugendamt etc.)	10	5,8	
Kooperationspartner (Betriebe, Hochschulen)	9	5,2	
Kirchliche Mittel	7	4,1	
Träger der Einrichtung	6	3,5	
Sonstiges	27	15,7	

5 Diskussion

Diese vielen Einzelauswertungen scheinen zunächst einmal kein konkretes Gesamtbild der PGF-Angebote zu zeichnen. Zur besseren Übersicht werden die zentralen Befunde im Folgenden zusammengefasst. Im Anschluss daran werden Einschränkungen in deren Aussagekraft aufgrund methodischer Schwierigkeiten beschrieben.

5.1 Gesamtbild

Der gesamte Rücklauf der Bestandserhebung Stufe 2 ist mit 56,4 % als gut zu bewerten. Dies wurde unter anderem durch den Versand eines Erinnerungsschreibens nach etwa vier Wochen erreicht. Allerdings stellten lediglich 35,8 % von allen Einrichtungen, die in Stufe 1 angaben ein Präventionsangebot vorzuhalten, ihr Angebot auch in Stufe 2 der Erhebung dar und 20 % der Angebote revidierten ihre Antwort aus Stufe 1, ein solches Angebot vorzuhalten.

Zentrale Einzelbefunde waren:

1. Insgesamt wurden 292 Angebote durch diese Erhebung erfasst. Am häufigsten wurden Gesundheitsinformationen, Multiplikatorenschulungen sowie Einzelprojekte angeboten: je ca. 50 %. Jeweils rund 30 % der Angebote bestanden aus Programmen und/oder Settingprojekten. Mit durchschnittlich 1138 Menschen pro Jahr haben Gesundheitsinformationen erwartungsgemäß die größte Reichweite.
2. Insgesamt wurden in 2009 ca. 2,2 Mio. Menschen durch alle erfassten Angebote erreicht.
3. Die meisten Angebote waren regional ausgerichtet (41 %), ein Drittel arbeitete in den Kommunen, 12,7 % in Settings.
4. Insgesamt etwa 85 % ordnen sich mehreren Arbeitsfeldern zu bzw. geben an, allgemein ausgerichtet zu sein. Die meisten Angebote werden im schulischen Rahmen durchgeführt: Gymnasium, Realschule, Hauptschule: je ca. 50 %, Gesamtschule 35 %. Ein Drittel der Angebote ist in Jugendeinrichtungen, jeweils zwischen 11 und 15 % der Angebote ist in Betrieben, Sportvereinen, Hochschulen, Grund- und Primarschulen tätig. Sonstige Vereine, Behörden, Eltern- und Familienförderung, Berufsschulen, Förderschulen und Beratungsstellen waren zusätzliche Nennungen in den Freitextfeldern.

5. Fast drei Viertel der Angebote richteten sich sowohl an Erkrankte als auch Risikogruppen. 20,3 % waren ausschließlich an Risikogruppen gerichtet, 7,5 % nur auf erkrankte Personen.

Etwa die Hälfte der Angebote war ausschließlich an Kinder und Jugendliche und somit an die am meisten gefährdetste Altersgruppe gerichtet. Weitere 43,1 % der Angebote umfassten alle Altersgruppen. 9,3 % der Angebote war nur an Erwachsene gerichtet. Das bedeutet, dass sich fast alle Angebote an Kinder- und Jugendliche und etwas mehr als die Hälfte an Erwachsene richten.

Ein Großteil richtet sich an Männer und Frauen, bzw. Jungen und Mädchen (75,2 %). Nur 24 % bieten spezielle Angebote für weibliche und nur 0,8 % für männliche Klienten/-innen. Lehrer/-innen bilden mit 81,1 % die größte Gruppe von Multiplikatoren/-innen. Angehörige werden von gut zwei Drittel, Sozialarbeiter/-innen und Pädagogen/-innen von 54,9 % angesprochen. Ärzte/-innen stellen mit etwas mehr als einem Viertel die kleinste Gruppe von Multiplikatoren/-innen dar.

6. Zu den am häufigsten genannten Gesundheitszielen gehören das Wissen der Betroffenen zu erweitern (84,1 %), Einstellungen zu verändern (75,8 %), die Vermittlung von Lebenskompetenzen (73,4 %) persönliche Ressourcen stärken (70,9 %). Eher selten werden verhältnisbezogene Strategien wie die Änderung von Abläufen und Organisation (29,1 %) und die Gestaltung der Umwelt (18 %) als Ziele genannt. 11,8 % nennen sonstige Gesundheitsziele ihrer Angebote, welche nicht näher bezeichnet werden.

7. Durchschnittlich werden innerhalb der Angebote 12 Themen angesprochen. Von den 22 im Fragebogen vorgegebenen Inhalten, die in den PGF Angeboten vermittelt werden, werden am häufigsten folgende genannt: Erscheinungsbilder von Essstörungen, Informationen über Beratungsangebote, Essverhalten, Schönheitsideale, Körperbild und -wahrnehmung sowie Informationen über Hilfsangebote (jeweils etwa drei Viertel der Angebote).

8. Die weitaus am stärksten vertretene Berufsgruppe bilden (Sozial-)Pädagogen/-innen, welche in 77 % der Angebote tätig sind. Bei etwas mehr als einem Viertel der Angebote sind Psychologen/-innen bzw. Psychotherapeuten/-innen beschäftigt. Auch Ernährungswissenschaftler/-innen, Diätassistenten/-innen, Ärzte/-innen, Bewegungs- oder Kunsttherapeuten/-innen, Lehrer/-innen sind bei jeweils 6 bis 16 % der Angebote tätig. Von 81,8 % der Angebote nehmen Mitarbeiter/-innen regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teil. Allerdings ist hier der Anteil fehlender Werte mit 32,2 % sehr hoch.

9. Wenn in den Angeboten Personen auffallen, die besonders belastet sind, werden zum einen Anschriften anderer Einrichtungen weitergegeben (80,7 % Beratung bzw. Behandlung; 60,7 % Selbsthilfe). Zum anderen erfolgt eine Vermittlung von Plätzen in Beratungs- oder Therapieeinrichtungen durch etwa 46 % der Angebote. 74,6 % bzw. der Angebote beraten die Betroffenen Personen selbst, bei 26,4 % ist eine Behandlung möglich.

10. Kliniken, Beratungsstellen und niedergelassene Praxen werden am häufigsten als Kooperationspartner genannt (je von etwas mehr als einem Drittel). Jeweils etwa ein Viertel arbeitet mit Schulen, Ämtern oder Arbeitskreisen/Netzwerken zusammen. Seltener werden Selbsthilfegruppen, Fachzentren (z.B. Frankfurter Zentrum für Essstörungen FZE, Bundesfachverband Essstörungen BfE) oder Träger (Krankenkassen, Caritas, Diakonie) als Partner genannt. Vernetzung bzw. fachlicher Austausch sowie Fort- und Weiterbildung werden am häufigsten als Zusammenarbeit genannt (jeweils knapp über zwei Drittel). Vermittlung, bzw. Überweisung und Weiterbetreuung/Nachsorge erfolgen von jeweils etwa einem Viertel der Angebote. Lediglich 19,7 % gaben an, im Bereich Prävention mit anderen Akteuren zusammenzuarbeiten.

11. Die untersuchten Angebote werden durchschnittlich 14 Mal im Jahr angeboten. In 41 % der Fälle entstanden bei den Interessenten/-innen Wartezeiten, die im Durchschnitt etwa 6 Wochen dauerten.

12. Bei einem Großteil der Angebote, besteht kein Raum zur Ausweitung des Angebots (60,8 %). Bei insgesamt 18,8 % ist eine Ausweitung um zusätzliche Teilnehmer/-innen möglich, bei 10,4 % um zusätzliche Durchgänge. Bei weiteren 10 % wäre beides möglich. Für die genannten Ausweitungen müssten allerdings bei fast allen Angeboten (94 %) die Kosten dafür übernommen werden.

13. Einige Angebote konnten nur unter Bedingungen wie Kostenübernahme (32,1 %), Mindestteilnehmerzahl und/oder verbindlicher Buchung (je 34,3 %), durchgeführt werden. Die durchschnittliche Mindestteilnehmerzahl betrug 12 Personen, wobei die Spannweite von einer bis 150 Personen reichte. Der durchschnittliche Betrag zur Durchführung des Angebots betrug 310 €. Es bleibt allerdings unklar, ob dieser Betrag für einen Durchgang, eine Person oder sonstige Merkmale gilt. Dies zeigt auch die große Spannweite der Beträge, welche von 25 bis 2700 € reichte.

14. Krankenkassen beteiligten sich bei 15,6 % der Angebote zu durchschnittlich 64,0 % an den Gesamtkosten des Angebots. Ein Eigenanteil wird von etwa einem Drittel erhoben,

welcher im Mittel 43,4 % der Kosten deckt. Dieser wurde von den Angeboten entweder pro Teilnehmer, Sitzung, Jahr oder Einrichtung erhoben. Zuschüsse bzw. sonstige Quellen nutzten 78,9 %, wobei diese durchschnittlich etwa 81 % der Kosten des Angebots tragen. Kommunen, Länder und Eigenmittel stellen dabei die größten finanziellen Quellen dar.

5.2 Methodische Einschränkungen

Aufgrund folgender methodischer Probleme können einige Aussagen in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sein.

Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens: Die Anforderung an einen möglichst kurzen Fragebogen führte zu einem beidseitig bedruckten, eine DIN A4-Seite umfassenden Bogen mit sehr kompaktem Layout (Originalfragebogen im Anhang). Möglicherweise erschien er einigen Teilnehmern/-innen unübersichtlich. Beispielsweise schließt die Frage nach der Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen direkt an ein Freitextfeld an, welches bei anderen Frageblöcken am Ende steht, und kann somit übersehen worden sein. Möglicherweise ist es hierbei aus demselben Grund auch zu Fehlern bei der Dateneingabe gekommen. Des Weiteren ist unklar, ob bei dieser Frage essstörungsspezifische oder auch andere Bereiche der Arbeit betreffende Weiterbildungen gemeint sind. Im Anschreiben wurde die Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens mit etwa 10 Minuten eingeschätzt. Dauerte es bei den Teilnehmern erheblich länger, z.B. aufgrund von Rechercheaufwand bezüglich einiger Fragen (besonders bei Häufigkeits- und Personenangaben), wurden diese eventuell freigelassen (siehe Unvollständige Angaben) oder es kam zum Abbruch der Befragung und deshalb zu einem erhöhten Ausfall an PGF-Angeboten gegenüber Stufe 1. Bei der Gestaltung des Fragebogens wurde mit Hilfe von farblicher Unterlegung der Fragen und Abgrenzung verschiedener Themenblöcke allerdings versucht dessen Übersichtlichkeit zu erhöhen.

Unter- bzw. Übererfassung des Feldes: Eine Untererfassung von PGF Angeboten liegt möglicherweise vor, da sich 43,6 % (n = 356) der entsprechenden Angebote aus Stufe 1 nicht an der weiteren Erhebung in Stufe 2 beteiligten. Mit Hilfe eines Erinnerungsschreibens nach etwa vier Wochen wurde versucht, den Rücklauf zu erhöhen. Insgesamt beträgt dieser 56,4 %. Gründe für eine Untererfassung könnten auch darin liegen, dass das Ausfüllen mehr Zeit in Anspruch genommen hat, als die im Anschreiben angekündigten 10 Minuten und einige Einrichtungen daraufhin die Befragung abbrachen. Eine telefonische

Nonresponderbefragung könnte Aufschluss über die Gründe des Ausfalls gegenüber Stufe 1 geben. Ein weiterer Hinweis auf eine Untererfassung liegt darin, dass einige Einrichtungen mehrere Angebote separat darstellten. Bei den anderen bleibt unklar, ob nicht mehrere Angebote einer Einrichtung zusammen in einem Fragebogen dargestellt wurden. Dafür spricht auch, dass etwa zwei Drittel der teilnehmenden Einrichtungen angaben, mehrere Arten von Angeboten vorzuhalten. Dadurch war es zudem nicht möglich, die einzelnen Angebotsarten in Bezug auf die verschiedenen Merkmale zu vergleichen.

Andererseits ist eine Übererfassung von einzelnen Merkmalen aufgrund zu hoher Angaben und der teilweise sehr hohen Anteile fehlender Werte möglich. Um dies zu kontrollieren wurden für die Berechnung von Durchschnittswerten (Anzahl erreichter Personen, Häufigkeit der Maßnahmen) Ausreißerwerte ausgeschlossen, die außerhalb von zwei Standardabweichungen lagen.

Fehlende Werte: Es gibt einige Fragen im Erhebungsbogen, bei denen hohe Anteile fehlender Werte zwischen ca. 25 – 60 % auftreten. Dies sind zum einen Fragen nach Häufigkeiten, Personenzahlen und zum anderen offene Items, z.B. zu den Themen Vernetzung und Finanzierung. Dies könnte auf Zeitmangel oder Unklarheiten beim Ausfüllen des Fragebogens zurückgeführt werden oder auf Qualitätsmängel der Angebote, wenn sie für die entsprechenden Fragen keine Angaben machen können. Bei der Frage nach einer regelmäßigen Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen, könnte der hohe Anteil fehlender Werte darauf zurückzuführen sein, dass entweder die Frage aufgrund ihrer Platzierung beim Ausfüllen oder Eingeben des Fragebogens übersehen worden ist oder es kam zu einer Verweigerung der Antwort, um nicht zuzugeben, dass keine Fortbildungen absolviert wurden. Möglich ist auch die Unsicherheit, ob die Weiterbildung allgemein oder speziell auf Essstörungen ausgerichtet sein soll.

5.3 Ansätze zur Beurteilung der Versorgungslage

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Merkmale der PGF-Angebote, welche bundesweit im Bereich Essstörungen vorgehalten werden, darzustellen. Im Gesamtbild sind die Merkmale zusammengefasst dargestellt (Kap 5.1). Diese können nun weiterhin darauf geprüft werden, inwiefern sie auf das dargestellte Ausgangsproblem eingehen und ob bzw. wo es Möglichkeiten für die Verbesserung und Ausweitung der Angebote gibt.

Umfang: Viele Angebote ordnen sich mehreren räumlichen Ebenen zu, was durchaus plausibel ist. Zum Beispiel ist es möglich, dass ein Angebot in verschiedenen Schulen innerhalb einer bestimmten Region vorgehalten wird. Laut statistischem Bundesamt leben in Deutschland insgesamt 16,4 Mio. Menschen zwischen 6 und 25 Jahren (Stand 2008). Demnach entspricht die Gesamtzahl erreichter Personen durch die hier erfassten Angebote von 2,2 Mio. Menschen etwa 13,4 % dieser Altersgruppe (DESTATIS, 2009). Da nur dieser geringe Anteil der relevanten Altersgruppe erreicht werden konnte, ist eine Ausweitung der PGF-Angebote in Deutschland dringend notwendig.

Zielgruppen: Essstörungen treten größtenteils bei weiblichen Personen in der Pubertät bzw. im jungen Erwachsenenalter auf. Eine Anforderung an erfolgreiche PGF-Programme ist die geschlechterspezifische Ausrichtung, unter besonderer Berücksichtigung von Mädchen als Zielgruppe. Betrachtet man die Zielgruppenausrichtung nach Geschlecht, so sind aber die meisten Angebote auf beide Geschlechter ausgerichtet und nur etwa ein Viertel allein auf Mädchen bzw. Frauen. Es ist also notwendig, dass es eine Änderung in der Konzeption und Umsetzung vieler Programme hin zu geschlechterspezifischen Angeboten geben muss. Auch wenn nicht alle Personen aus den relevanten Altersgruppen erreicht wurden, sind dennoch fast alle Angebote auf Kinder- und Jugendliche ausgerichtet. Dies entspricht auch der Forderung nach einem möglichst frühen Einsatz von PGF-Angeboten. Hinzu kommt, dass die Angebote der PGF von Essstörungen größtenteils im Setting Schule oder in Jugendeinrichtungen durchgeführt werden. Der geringere Anteil von Gesamtschulen gegenüber den anderen Schulformen ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass diese Schulform nicht in allen Bundesländern vertreten ist. Die größte Gruppe von Multiplikatoren/-innen bilden die Lehrer/-innen.

Vorgehen der Intervention: Die PGF-Angebote verfolgen größtenteils verhaltensbezogene Ansätze, was die Nennungen der Gesundheitsziele zeigen. Dadurch fokussieren sie sich auf den Ausbau persönlicher Ressourcen, die für die PGF im Allgemeinen und auch im Speziellen bei Essstörungen sehr bedeutend sind. Für die Umsetzung von PGF besonders im schulischen Setting sind (Sozial-)Pädagogen/-innen optimal ausgebildet. Die häufigsten Themen, die in den Maßnahmen angesprochen werden, entsprechen den inhaltlichen Anforderungen an PGF-Angebote im Bereich Essstörungen (vgl. Kap. 2.3). Dass 81,1 % der Mitarbeiter regelmäßig an Fortbildungen teilnehmen, spricht für die Qualität der Angebote. Allerdings ist hierbei der hohe Anteil fehlender Werte zu beachten, wodurch es hier zu einer positiven Verzerrung des Ergebnisses gekommen sein könnte.

Anbindung an Versorgung: Da sich die meisten Angebote an Personen aus Risikogruppen und an Erkrankte richten, ist neben der Primärprävention auch von einem großen Anteil an Sekundärprävention auszugehen. Das bedeutet auch, dass in diesen Fällen eine direkte Anbindung an die weitere Versorgung bei Essstörungen besteht. Diese Aussage wird auch dadurch gestützt, dass betroffenen Personen Hilfe in Form von Vermittlung in Beratungs- bzw. Behandlungseinrichtungen oder durch Weitergaben von Anschriften entsprechender Einrichtungen geboten wird. Drei Viertel der Einrichtungen beraten diese Personen selbst und bei etwa einem Viertel ist eine Behandlung möglich, was in diesen Fällen darauf schließen lässt, dass Prävention nicht als Hauptangebot der Einrichtung, sondern zusätzlich zur Beratung oder Behandlung vorgehalten wird. Darüberhinaus bestehen vielfache Kooperationen zu Kliniken, Beratungsstellen und niedergelassenen Praxen, Schulen und Arbeitskreisen bzw. Netzwerken. Als Formen der Zusammenarbeit dienen am häufigsten Vernetzung, Weiterbildungen sowie Vermittlung bzw. Überweisung. Lediglich ein Fünftel der Angebote gab an, im Bereich Prävention mit anderen Akteuren zusammenzuarbeiten, was zunächst seltsam erscheint. Prävention stellt jedoch keine Art der Kooperation dar, wie etwa die Arbeit in Arbeitskreisen oder die Vermittlung von Patienten, sondern die Arbeit an sich. Deshalb ist es wahrscheinlich, dass der Großteil der Einrichtungen davon ausging, Prävention an dieser Stelle nicht explizit erwähnen zu müssen, da es sich sämtlich um PGF-Angebote handelt.

Steuerbarkeit: Es besteht eine höhere Nachfrage nach PGF im Bereich Essstörungen, als bislang durch die vorhandenen Angebote befriedigt werden kann, da in 41 % der Fälle Wartezeiten entstanden. Dies ist, neben der geringen Anteil erreichter Personen aus der entsprechenden Altersgruppe, ein weiterer Grund die Angebote auszuweiten. Allerdings zeigt sich, dass bei einem Großteil der Angebote keine Kapazitäten für eine solche Ausweitung bestehen und bei den anderen die Kosten für eine solche Ausweitung übernommen werden müssten. Also müssen weitere Kapazitäten, d.h. personale und finanzielle Mittel, geschaffen werden. Wer diese Kosten zur Ausweitung der PGF tragen könnte, kann an dieser Stelle nicht sachgerecht begründet werden. Hierzu müssen umfangreiche ökonomische Berechnungen vorgenommen werden, die über die Zielsetzung dieser Arbeit hinausgehen.

6 Fazit und Ausblick

Insgesamt konnten 292 Präventionsangebote im Bereich Essstörungen in dieser Erhebung ausgewertet werden. Das Ziel war es die Angebotsmerkmale deskriptiv auszuwerten und darzustellen. Zusammen erreichten die PGF-Angebote etwa 2,2 Mio. Menschen in Deutschland, was etwa einem Siebtel der relevanten Altersgruppe zwischen 6 und 25 Jahren entspricht. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass etwa 43 % der in Stufe 2 angeschriebenen Einrichtungen keine Rückmeldung gaben. Hier wird die Nonresponderbefragung zusätzliche Erkenntnisse liefern, wie viele Angebote nicht erhoben wurden und worin die Gründe für eine Nichtteilnahme lagen. Die Ergebnisse dieser Nonresponderbefragung stehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch aus. Weitere 20 % der Einrichtungen revidierten ihre Aussage gegenüber Stufe 1 der Erhebung, dass sie ein Angebot im Bereich PGF vorhalten. Dies führt zu der Frage, wie Prävention und Gesundheitsförderung im Feld wahrgenommen werden und schränkt die Aussagen aus Stufe 1 der Erhebung im Nachhinein ein.

Die Ergebnisse scheinen insgesamt plausibel und anhand der erhobenen Merkmale lässt sich eine grobe Struktur der Angebotslage in Deutschland ableiten. Hauptsächlich sind (Sozial-)Pädagogen/-innen, Psychologen/-innen und Psychotherapeuten/-innen in der Prävention von Essstörungen tätig. Die Angebote sind meist regional bzw. kommunal ausgerichtet und in mehreren Arbeitsfeldern verortet. Als Settings dienen hauptsächlich Schulen und Jugendeinrichtungen, dementsprechend stellen Lehrer/-innen die größte Gruppe von Multiplikatoren/-innen. Neben primärer Prävention ist auch von einem großen Anteil an sekundärer Prävention auszugehen, da sich ein Großteil der Angebote sowohl an Risikogruppen als auch Erkrankte wendet. Des Weiteren werden hauptsächlich verhaltensbezogene Gesundheitsziele verfolgt, welche sich an das Wissen und die persönliche Einstellung der Teilnehmer richten. Es zeigt sich eine ausgeprägte Vernetzung verschiedener Akteure untereinander. Weiterhin kann man von einer guten Anbindung der PGF-Angebote an die weitere Versorgung ausgehen, da häufig Anschriften von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen weitergegeben bzw. Plätze in diese vermittelt werden. Obwohl nur etwa ein Siebtel der relevanten Altersgruppe erreicht wurde, ist bei einem Großteil der Einrichtungen eine Angebotsausweitung nicht möglich. Bei denjenigen Einrichtungen, bei denen dies doch möglich ist, bedarf es zusätzlicher personeller und finanzieller Mittel. Bisher stellen

Kommunen und Länder neben den Eigenmitteln der Nutzer die größten finanziellen Quellen der Angebote dar.

Bis zum Abschluss der Bundesweiten Bestandserhebung Essstörungen stehen weitere Berechnungen aus, wie zum Beispiel das Zusammenfügen der Datensätze aus Stufe 1 und Stufe 2, um eine Bewertung der Angebote anhand festgelegter Qualitätskriterien vorzunehmen. Diese sollen übergreifend für alle Angebotsarten (Beratung, Behandlung, Prävention und Selbsthilfe) durchgeführt werden und mehr Aufschluss über die Versorgungslage und die Qualität der einzelnen Angebote bringen. In einer dritten Stufe ist weiterhin die ausführliche Bewertung einzelner ausgewählter Angebote durch das Informationssystem QIP (Qualität in der Prävention) vorgesehen.

Aus den bisherigen Ergebnissen können folgende Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden:

Insgesamt sollte Prävention mehrdimensional vergehen, das heißt, dass zum einen breit angelegte Programme gestartet werden sollten, um die Allgemeinbevölkerung auf das Thema Essstörungen aufmerksam zu machen. Hierbei bietet sich die Nutzung von Massenmedien, wie Fernsehen, Internet und Zeitschriften an, um dem vorherrschenden Schlankheitsideal entgegen zu wirken und ein gesundes Körpergewicht als normal wirken zu lassen. Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen, dass einzelne Online-Angebote eine sehr große Personenzahl erreichen können. Zum anderen sollten Multiplikatoren/-innen und Berater/-innen speziell zum Thema Essstörungen geschult werden, um Problemfälle zu erkennen und diesen angemessen durch eigene Beratung oder Behandlung bzw. Vermittlung weiterzuhelfen. Bei den erfassten Angeboten besteht größtenteils eine gute Anbindung an sekundäre Prävention bzw. die weitere Versorgung mit Beratung und Behandlung. Mehr Angebote müssen die geschlechterspezifischen Aspekte von Essstörungen berücksichtigen und möglichst Jungen und Mädchen getrennt ansprechen. Bei Angeboten in Schulen zeigte sich eine positivere Bewertung der Maßnahmen durch Mädchen, wenn keine Jungen an den Lektionen teilnahmen. Eine Ausweitung der PGF im Bereich Essstörungen ist dringend notwendig, um alle Personen aus den entsprechenden Altersgruppen zu erreichen und die erhöhte Nachfrage an den bisherigen Angeboten zu befriedigen. Dafür müssen weitere personale und finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Eidesstattliche Erklärung:

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

Hamburg, den 23.08.2010

Anja Baumbach

7 Quellen

- Berger, U. (2006). Primärprävention bei Essstörungen. *Psychotherapeut*, 51(3).
- Berger, U., Bormann, B., Brix, C., Sowa, M. & Strauß, B. (2008). Evaluierete Programme zur Prävention von Essstörungen. *Ernährung*, 2(4).
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- DESTATIS. (2009). *Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit*. [Tabelle]. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Content75/AltersgruppenFamilienstand,templateId=renderPrint.psm> [03.08.2010].
- Dieckmann, A. (2006). *Empirische Sozialforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rohwohlt Taschenbuch Verlag.
- Franke, A. (2003). *Essstörungen - Suchtmedizinische Reihe Band 3*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Franzkowiak, P. (2003). Prävention. In B. f. G. Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung* (4. erweiterte und überarbeitete Auflage ed.). Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter - Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5/6), 794-799.
- Holtkamp, K. & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 102(1-2).
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2007). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (2. überarbeitete Auflage ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen* (Fortschritte der Psychotherapie). Göttingen: Hogrefe.
- Kliche, T., Wormitt, K., Baumbach, A. & Unkauf, S. (2010). Prävention und Versorgung von Essstörungen in der Bundesrepublik: Allgemeiner Überblick der Versorgungslage (Screening, Stufe 1). Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie.

- Pudel, V. (2007). Prävention von Ernährungsstörungen. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (2. überarbeitete Auflage ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- RKI. (2006). *Gesundheit in Deutschland* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin: Robert Koch Institut.
- RKI. (2008). *Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.).
- Schweiger, U., Peters, A. & Sipos, V. (2003). *Essstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Stöckel, S. (2007). Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (2. überarbeitete Auflage ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Tuschen-Caffier, B., Pook, M. & Hilbert, A. (2005). *Diagnostik von Essstörungen und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.
- UKE. (2008). *Projektbeschreibung "Prävention und Versorgung von Essstörungen in der Bundesrepublik: Recherche über Versorgerzweige und Anbieterverzeichnisse"*. Verfügbar unter: http://zpm.uke.uni-hamburg.de/4DACTION/W_projekt_detail?L=P2&prn=482&tn=10&trn=3 [06.07.2010].
- WHO. (1986). *Health Promotion - Ottawa Charter*. Ottawa: World Health Organisation.
- WHO. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization.
- Wittchen, H., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental Disorders and impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28.

Anhang

Originalfragebogen Stufe 1



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Bundesweite Bestandsaufnahme Essstörungen 2009:

Allgemeine Erhebung

im Auftrag der

BZgA

Gibt es bei Ihnen besondere Angebote bei Essstörungen? Falls ja, bitte den Fragebogen ausfüllen!

Nein, wir haben keine besonderen Angebote bei Essstörungen → Bitte gleich zurück:

UKE, Medizin. Psychologie, Martinistr. 52 (W 26), 20246 Hamburg, Fax 040 74 105-4940, t.kliche@uke.de

Falls das Anschreiben Fehler in Anschrift o. a. Angaben enthielt, bitte hier die richtigen eintragen:

[]

Art der Einrichtung / des Anbieters:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familienberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Jugendberatungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Sonstige Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> Wohngruppe |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Klinik |
| <input type="checkbox"/> Fachklinik für Kinder und Jugendliche | <input type="checkbox"/> Tagesklinik | <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Ambulanz |
| <input type="checkbox"/> Fachklinik/ -zentrum für Essstörungen | <input type="checkbox"/> Ärztliche Praxis | <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Praxis |
| <input type="checkbox"/> Fachambulanz / Poliklinik | <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Was bietet Ihre Einrichtung im Bereich Essstörungen an?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prävention, Gesundheitsförderung oder -information | <input type="checkbox"/> Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung |
| <input type="checkbox"/> Behandlung / Therapie | <input type="checkbox"/> Nachsorge |
| <input type="checkbox"/> persönliche Beratung | <input type="checkbox"/> Telefon- oder Internetberatung |

Die Durchführung erfolgt ambulant teilstationär stationär Sonstiges

Gibt es ein schriftliches Konzept oder Manual für Ihr Angebot? Ja für Teile davon Nein

Welche Krankheitsbilder im Bereich der Essstörungen betreffen diese Angebote?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> anorektische Essstörungen | <input type="checkbox"/> bulimische Essstörungen | <input type="checkbox"/> andere, atypische Essstörungen
(ohne primäre Adipositas) |
| <input type="checkbox"/> Binge-Eating-Störung | <input type="checkbox"/> subklinische Vorformen | |

Auf welchen Wegen wird das Angebot Ihrer Einrichtung bekannt gemacht?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presseerklärung, Medienarbeit | <input type="checkbox"/> Auslegezettel, Aushänge | <input type="checkbox"/> Rundschreiben in Einrichtungen (z. B. Uni) |
| <input type="checkbox"/> Website, Internet-Ankündigung | <input type="checkbox"/> Kontakte zu Schulen | <input type="checkbox"/> Kontakte zu Beratungsstellen |
| <input type="checkbox"/> Kontakte zu ärztlichen Praxen | <input type="checkbox"/> Kontakte zu Kliniken | <input type="checkbox"/> Kontakte zu psychotherapeutischen Praxen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: | | |

Wie ist der Zugang zu den Angeboten geregelt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Überweisung, Antragsverfahren oder Vertrag | <input type="checkbox"/> telefonische Voranmeldung |
| <input type="checkbox"/> Screening-Verfahren vor der Aufnahme | <input type="checkbox"/> Beratungsgespräch vor der Aufnahme |

Hat die Einrichtung feste Sprechzeiten, zu denen sie für Interessent/-innen immer erreichbar ist?

Persönliche Sprechstunde: nach Absprache ohne Absprache an Tagen pro Woche, insges. Std.

Telefonische Sprechstunde: nach Absprache ohne Absprache an Tagen pro Woche, insges. Std.

Mail-Sprechstunde / Chat: nach Absprache ohne Absprache an Tagen pro Woche, insges. Std.

Wie werden Verlauf und Erfolg der durchgeführten Maßnahmen festgehalten?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> in Falldokumentationen | <input type="checkbox"/> in Wochen- oder Monatsberichten | <input type="checkbox"/> in Halbjahres- oder Jahresberichten |
| <input type="checkbox"/> in anderer Form, und zwar: | | |

Ist das Angebot evaluiert? Nicht erforderlich, ist durch die Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie abgedeckt.

Nein. Ja, durch Experteneinschätzungen und Praxiserfahrungen.

Ja, intern evaluiert. Ja, durch externe Partner evaluiert.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Originalfragebogen Stufe 2



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Bundesweite Bestandsaufnahme Essstörungen 2009:
Prävention und Gesundheitsförderung

im Auftrag der



Bezeichnung des Präventionsangebots:		Projekt-Nr.:	
.....		<input type="text"/>	
Welche Art von Prävention und Gesundheitsförderung bietet Ihre Einrichtung an, und wie viele Personen haben Sie 2008 damit schätzungsweise erreicht?		2008 erreichte Personen:	
<input type="checkbox"/> Programm (z. B. Training für Eltern von betroffenen Kindern): Entwürfe oder „Baupläne“ für präventive Maßnahmen, die auf einem erprobten Wirkungsansatz beruhen und auf ähnliche Weise anderswo mit gutem Erfolg wiederholt werden sollen. Sie bestehen meist aus festgelegten Bausteinen (z. B. ein Handbuch für Elternabende).		... etwa <input type="text"/> Personen	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsinformation (z. B. Broschüren, Anzeigen, Plakate)		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Multiplikatorenschulung (Unterweisung von Personen, die nicht selbst erkrankt sind, die aber für die Prävention, als erste Anlaufstelle, für Beratung und Behandlung der Betroffenen wichtig sind)		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Setting-Projekt unter besonderer Berücksichtigung von Essstörungen: die gesundheitsgerechte Gesamtgestaltung eines Lebensbereichs (z. B. Schule, Kita, Wohnquartier, Betrieb)		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Einzelprojekt und Sonstiges:		<input type="text"/>	
Wo wird das Projekt durchgeführt?			
<input type="checkbox"/> bundesweit	<input type="checkbox"/> in einem Bundesland	<input type="checkbox"/> in der Region / im Kreis	
<input type="checkbox"/> in der Stadt / Kommune	<input type="checkbox"/> in einem Stadtteil oder Quartier	<input type="checkbox"/> in einem Setting (Arbeitsfeld)	
Hätten Sie bei erhöhter Nachfrage noch Kapazitäten zur Ausweitung des Angebotes?			
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, für <input type="text"/> Teilnehmer/-innen im Jahr	<input type="checkbox"/> (nur) bei Kostenübernahme	
	<input type="checkbox"/> Ja, für <input type="text"/> Durchgänge im Jahr	<input type="checkbox"/> (nur) bei Kostenübernahme	
Auf welches Arbeitsfeld oder Setting ist das Angebot ausgerichtet?			
<input type="checkbox"/> Kita	<input type="checkbox"/> Grund- / Primarschule	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Realschule
<input type="checkbox"/> Gesamtschule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Hochschule	<input type="checkbox"/> Betrieb
<input type="checkbox"/> Jugendeinrichtung	<input type="checkbox"/> Sportverein	<input type="checkbox"/> Sonstiger Verein	<input type="checkbox"/> Behörde
<input type="checkbox"/> Allgemein (kein Einzelfeld)	<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:		
Welche Zielgruppen soll das Angebot erreichen?			
nach Gefährdungsgrad:	<input type="checkbox"/> Erkrankte	<input type="checkbox"/> Risikogruppen	<input type="checkbox"/> alle
nach Alter:	<input type="checkbox"/> Kinder / Jugendliche	<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> alle
nach Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich (Jungen, Männer)	<input type="checkbox"/> weiblich (Mädchen, Frauen)	<input type="checkbox"/> beide
Multiplikator/-innen:	<input type="checkbox"/> Angehörige der Betroffenen	<input type="checkbox"/> Sozialarbeit / -pädagogik	
	<input type="checkbox"/> Lehrkräfte	<input type="checkbox"/> Ärzte/Ärztinnen	
<input type="checkbox"/> Andere Zielgruppe/n, und zwar:			
Gesundheitsziele: Was sind die wichtigsten Ziele Ihrer Maßnahmen und Angebote?			
<input type="checkbox"/> Wissen der Betroffenen über gesundheitliche Zusammenhänge und Risiken erweitern (z. B. Folgen von Untergewicht)			
<input type="checkbox"/> wichtigen Ansprechpartnern der Erkrankten Wissen über Erkrankungen und Versorgungsmöglichkeiten vermitteln			
<input type="checkbox"/> Einstellungen verändern (z. B. Körperwahrnehmung und -bilder bewusst machen und verändern)			
<input type="checkbox"/> neue Verhaltensmuster vermitteln und üben (z. B. anderer Umgang mit Ernährung)			
<input type="checkbox"/> allgemeine Lebenskompetenzen vermitteln (z. B. soziale Kompetenzen, Selbstmanagement)			
<input type="checkbox"/> gesundheitlich wichtige persönliche Ressourcen stärken (z. B. Selbstvertrauen, soziale Netze)			
<input type="checkbox"/> Umwelt gestalten (z. B. Räume, Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen, Kontakt mit Werbemitteln)			
<input type="checkbox"/> psychosoziale Umgebung gestalten (z. B. familiäre Beziehungen, soziales Klima in einer Schule)			
<input type="checkbox"/> Abläufe und Organisation ändern (z. B. Lehrpläne, Bekanntheit von Hilfsmöglichkeiten und Ansprechpartner/-innen)			
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

Wie oft im Jahr werden die Maßnahmen angeboten?			
Etwa <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Mal. Entstehen dabei für die Interessent/-innen Wartezeiten? Ja, etwa <input style="width: 30px;" type="text"/> Wochen. <input type="checkbox"/> Nein, keine.			
Welche Inhalte greift das Angebot auf?			
<input type="checkbox"/> Erscheinungsbilder von Essstörungen <input type="checkbox"/> Genuss erleben <input type="checkbox"/> Identität <input type="checkbox"/> Essverhalten, Diäten <input type="checkbox"/> Umgang mit Wut und Aggression <input type="checkbox"/> Informationen über Beratungsangebote	<input type="checkbox"/> Stressregulierung / psych. Gesundheit <input type="checkbox"/> Schönheitsideale <input type="checkbox"/> Entspannung <input type="checkbox"/> (Lebens)gefühle <input type="checkbox"/> Lebensplanung/ Zukunftsperspektiven <input type="checkbox"/> Strategien der Werbeindustrie	<input type="checkbox"/> kritischer Umgang mit Medien (besonders Fernsehen, PC) <input type="checkbox"/> Körperbild und -wahrnehmung <input type="checkbox"/> Konsum und Suchtverhalten <input type="checkbox"/> Liebe, Freundschaft, Sexualität <input type="checkbox"/> Gesellschaftlich vermittelte Geschlechterrollen <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Stärkung der Erziehungskompetenz <input type="checkbox"/> Bewegungsverhalten <input type="checkbox"/> gesunde Ernährung <input type="checkbox"/> Kommunikationsregeln <input type="checkbox"/> Informationen über Hilfsangebote
Mit welchen Methoden werden diese Inhalte vermittelt?			
<input type="checkbox"/> Gruppenarbeit <input type="checkbox"/> Filme <input type="checkbox"/> Moderationsmethoden <input type="checkbox"/> Selbstreflexionsübungen <input type="checkbox"/> Ausgabe von Unterlagen	<input type="checkbox"/> Spiele <input type="checkbox"/> Diavortrag <input type="checkbox"/> Rollenspiele <input type="checkbox"/> Körperübungen und Massage <input type="checkbox"/> Kunstpädagogik, z.B. Collagen	<input type="checkbox"/> Gruppendiskussion <input type="checkbox"/> Vortrag <input type="checkbox"/> Wahrnehmungsübungen <input type="checkbox"/> Phantasiereisen <input type="checkbox"/> Theaterpädagogik	<input type="checkbox"/> Plenumsarbeit <input type="checkbox"/> praktische Methoden <input type="checkbox"/> Bewegungsübungen <input type="checkbox"/> Psychodrama <input type="checkbox"/> Sonstiges
Welche Qualifikationen bringen die Durchführenden der Maßnahmen mit?			
<input type="checkbox"/> Ärzte/Ärztinnen <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/-innen <input type="checkbox"/> Psycholog/-innen <input type="checkbox"/> Andere, und zwar:	<input type="checkbox"/> Ernährungswissenschaftler/-innen <input type="checkbox"/> Bewegungstherapeut/-innen <input type="checkbox"/> Diätassistent/-innen	<input type="checkbox"/> Lehrer/-innen <input type="checkbox"/> Sozial-/Pädagog/-innen <input type="checkbox"/> Kunsttherapeut/-innen	
Nimmt das Fachpersonal mindestens einmal jährlich an Fort- und Weiterbildungen teil? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Falls Ihnen besonders belastete Personen auffallen, wie werden diese unterstützt?			
<input type="checkbox"/> Wir beraten Betroffene selbst. <input type="checkbox"/> Wir vermitteln Plätze in Beratungseinrichtungen. <input type="checkbox"/> Wir geben Anschriften von Beratungs- und Behandlungsangeboten weiter.	<input type="checkbox"/> Wir behandeln Betroffene selbst. <input type="checkbox"/> Wir vermitteln Plätze in Therapieeinrichtungen. <input type="checkbox"/> Wir geben Anschriften der Selbsthilfe weiter. <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Mit welchen Einrichtungen oder Expert/-innen arbeiten Sie regelmäßig zusammen? (z. B. Gesundheitsamt, Fachverband, Beratungsstelle, Fachklinik, Selbsthilfegruppen, Schulen, niedergelassene Praxen ...)			
Kooperationspartner:		Art der Kooperation (z. B. Fortbildung, Nachbetreuung, Diagnostik,...):	
Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, um das Programm durchzuführen?			
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme in Höhe von <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> € <input type="checkbox"/> Buchung <input type="checkbox"/> Mindestteilnehmerzahl <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> Personen			
Aus welchen Quellen werden die anfallenden Kosten gedeckt, und welchen Anteil an den Gesamtkosten haben verschiedene Finanzträger ungefähr? (z. B. Kommune, Klinik, Verein, Wohlfahrtsverband, Uni)			
<input type="checkbox"/> Krankenkasse/n: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> %		<input type="checkbox"/> Zuschüsse von: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> %	
<input type="checkbox"/> Eigenanteil von <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> €, und zwar:		<input type="checkbox"/> pro Programmteilnehmer / Person	<input type="checkbox"/> pro Einrichtung <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> %
		<input type="checkbox"/> pro Jahr	<input type="checkbox"/> pro Sitzung
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> %
Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!			
Bitte an T. Kliche, UKE, Medizin. Psychologie, Martinistraße 52 (W 26), 20246 Hamburg, t.kliche@uke.de, Fax 040 74 105-8500			

Anhang zu Kapitel 3.3.4.2 - Umgang mit offenen Items

Tabelle 36: Kategorisierung: Kooperationspartner

Nennungen, Beispiele	Neue Kategorie	Bedeutung (Inhalt)
Schulen	Schulen	Schulen der Primar- und Sekundarstufe
Suchtberatung	Beratungsstellen	Alle Arten von Beratungsangeboten
Psychologische Beratungsstelle		
psychosoziale Beratung		
Nennung einzelner Beratungsstellen		
Ernährungsberatung		
Kliniken	Kliniken	Behandelnde Einrichtungen, allgemein oder fachspezifisch auf Sucht oder Essstörungen ausgerichtet
Fachkliniken		
Suchtambulanz		
Fachambulanz		
Essstörungsambulanz		
Nennung einzelner (Fach-) Kliniken		
Ärzte/-innen	Ärzte/ Therapeuten	Praxen, niedergelassene Allgemein- oder Fachärzte, Therapeuten
Internisten/-innen		
Kinderärzte/-innen		
Gynäkologen/-innen		
Therapeuten/-innen		
Gesundheitsamt	Ämter	Einrichtungen der öffentlichen Verwaltung
Jugendamt		
Ministerien		
Netzwerke	Netzwerke, Arbeitskreise	Einrichtungen und Strukturen, die der Vernetzung der Akteure dienen
Arbeitskreise (Essst., Sucht, etc.), Arbeitsgruppen		
Bundesfachverband Essstörungen		
Verbände		
Fachausschuss Essstörungen		
Kongresse		
Foren		
Betreutes Wohnen	Wohngruppen	Anbieter und Einrichtungen des

Nennungen, Beispiele	Neue Kategorie	Bedeutung (Inhalt)
ANAD e.V.		betreuten Wohnens
Freie Träger	Wohlfahrtsverbände/ Freie Träger	soziale Hilfen auf freigemein- nütziger Grundlage
Träger der Maßnahmen		
Caritas		
Diakonie		
Paritätischer Wohlfahrtsverband		
AWO		
Präventionsfachstellen, -fachkräfte	Fachstellen/-zentren	Fachspezifische Einrichtungen für Prävention, Beratung, Be- handlung von Essstörungen/ auch Angebot von Fort- und Weiterbildungen etc.
Einrichtungen und Maßnahmen der Suchtprävention		
Fachzentren für Essstörungen (z.B. Frankfurter Zentrum für Essstö- rungen. BFE, Dick und Dünn)		
Fachstelle Sucht		
Selbsthilfegruppen	Selbsthilfe	alle Einrichtungen und Aktivi- täten rund um die Selbsthilfe
Selbsthilfekontaktstellen		
Nennung einzelner SHGen		
Ernährungsberatung		
Kitas	Sonstiges	Einrichtungen mit nur einzel- nen oder wenigen Nennungen
VHS		
Universität		
Berufsinformationszentren		
Freizeiteinrichtungen (Fitnessstudio, Freizeitbad)		
Betriebe/Unternehmen		
Haus der Familien		
Schulsozialarbeit		
Krankenkasse		

Tabelle 37: Kategorisierung: Arten der Kooperation

Nennungen, Beispiele	Neue Kategorie	Bedeutung (Inhalt)
Vermittlung von SHGs, Beratungsstellen etc.	Vermittlung/ Überweisung	Weiterverweisung an SHGen, Beratungs- oder Behandlungseinrichtungen
Überweisung		
Weitervermittlung, Fallvermittlung		
Netzwerkarbeit, -treffen	Vernetzung/ Austausch	Koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Akteure
Gemeinsame Veranstaltungen		
Arbeitskreise		
Zusammenarbeit, Kooperation		
Austausch	Weiterbetreuung/ Nachsorge	Unterstützung von Menschen mit Essstörungen über die Behandlung hinaus
Nachbetreuung		
Terminvereinbarungen		
Unterstützung		
psychologische Weiterbetreuung		
Begleitung	Diagnostik	Methoden und Maßnahmen zur Erkennung von Essstörungen
Diagnostik, Erkennung		
körperliche Untersuchung, psychiatrische Abklärung	Prävention	Aktivitäten zur Aufklärung und Prävention von Essstörungen
Präventionsarbeit		
Informationsveranstaltungen, Vorträge		
Unterrichtsplanung		
Präventionsprojekt für Schulklassen		
Ausstellungen	(Mit)Behandlung	Behandlung von Essstörungen, ambulant oder stationär
Therapie (ambulant, stationär)		
(Weiter) Behandlung		
Medikamente	Beratung	Beratung bei Essstörungen
(Fach) Beratung		
Sprechstunde		
Informationen für Betroffene	Fort- und Weiterbildung	Angebot oder Teilnahme von Fort- und Weiterbildungen im Bereich bei Essstörungen
Fortbildungen		
Workshops		
Schulungen	Krisenintervention	Betreuung und Beratung von Menschen mit Essstörungen in akuten Problemsituationen
<i>(keine Nennung durch Präventionsangebote)</i>		

Nennungen, Beispiele	Neue Kategorie	Bedeutung (Inhalt)
Supervision	Supervision/ Fallbesprechung	Durchführung von Supervision, Fallbesprechungen etc.
(Einzel-) Fallbesprechung		
Teamsitzung		
Fachgespräche		
Therapieplanung		
<i>(keine Nennung durch Präventions- angebote)</i>	Wohngruppen	Wohngruppen
Projekte	Sonstiges	Sonstige Nennungen
Kontakt		
Werbung		
Wissenschaftliche Evaluation		
<i>unpassende Nennungen</i>		