

ADRESSATENGERECHTE ANGEBOTE

zur Aufklärung und Information über Präventions- und Beratungsmöglichkeiten für von Essstörungen und gestörtem Essverhalten betroffene Menschen (Kinder, Jugendliche und junge Menschen) und deren Angehörige und Freunde

07.08.2018

1. Titel und Verantwortliche

Förderkennzeichnung: 2517KIG004

Laufzeit: 14.08.2017 – 15.04.2018

Fördersumme: 61.500,00 €

Datum: 31.03.2018

Projektleiter: PD Dr. phil. med. habil. Uwe Berger

Stellvertretender Projektleiter: Prof. Dr. Bernhard Strauß

Projektmitarbeiterin Julia Mühleck, M.Sc.

Kooperationspartner: **Dipl. Päd. Sigrid Borse,**
Geschäftsführerin Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen
gGmbH (FZE)
Hansaallee 18 | 60322 Frankfurt am Main

Prof. Dr. Eva Wunderer
Professur für Psychologische Aspekte Sozialer Arbeit
Hochschule Landshut
Oselstraße 30 | 81245 München

Andreas Schnebel
Bundesfachverband für Essstörungen e.V. (BFE)
Pilotystraße 6 | 80538 München

Dr. Monika Gerlinghoff | Dr. Herbert Backmund
TCEforum
Schoppenhauerstraße 97 | 80809 München

Prof. Dr. Stephan Zipfel | Dr. Gaby Resmark
Kompetenzzentrum für Essstörungen (KOMET)
Universitätsklinikum München
Osianderstraße 5 | 72075 Tübingen

Kontaktadresse
Universitätsklinikum Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Stoystraße 3 | 07743 Jena
Telefon: +49 3641 937790
E-Mail: uwe.berger@med.uni-jena.de

2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und Verantwortliche	1
3. Zusammenfassung.....	3
4. Einleitung.....	6
Ziele des Projekts.....	9
Projektstruktur.....	10
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	11
Datenerhebung und -auswertung	12
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	13
Ursprünglicher Arbeits- und Zeitplan.....	14
7. Ergebnisse	16
Allgemeines.....	16
Gruppenunterschiede Betroffene und Angehörige	17
Krankheitswahrnehmung und Krankheitstheorie	17
Informationsmaterialien	20
Prävention.....	24
Beratungsstellen	27
Nachsorge	30
Arten von Essstörungen bei Betroffenen und Angehörigen.....	34
8. Diskussion der Ergebnisse	37
Krankheitswahrnehmung und Krankheitstheorie	37
Informationsmaterialien	38
Prävention.....	40
Beratungsstellen	41
Nachsorge	42
9. Gender Mainstreaming Aspekte	43
10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	43
11. Verwertung der Projektergebnisse.....	44
12. Publikationsverzeichnis.....	45
Literatur	46

3. Zusammenfassung

Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen, die besonders die Altersgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen betreffen. Ungefähr 5 % der Mädchen und jungen Frauen sowie 2,5 % der Jungen und jungen Männer leiden unter Magersucht, Bulimie, Binge-Eating-Störung, noch einmal so viele unter Essstörungen vom nicht näher bezeichneten Typ (AWMF 2012). Mittlerweile liegen für verschiedene Zielgruppen, wie Betroffene, deren Angehörige und nahestehende Personen sowie Ärztinnen und Ärzte, gut aufbereitete Informationsmaterialien vor. Bezugspersonen, wie Lehrkräfte und andere Multiplikatoren, sind häufig Adressaten von präventiven Angeboten mit entsprechenden Hintergrundinformationen und Fort- und Weiterbildungsangeboten. In der Regel werden Informationsmaterialien jedoch von Expertinnen und Experten verschiedener Fachdisziplinen erarbeitet und es ist unklar, ob und in welchem Ausmaß die Betroffenen selbst und deren engste Bezugspersonen in die Erarbeitung der Materialien einbezogen wurden.

Ziel des Projektes war es, die Bedarfe von Betroffenen und nahestehenden Personen im Hinblick auf Informationen zu Essstörungen, Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten sowie Hinweise zum Umgang mit direkt oder indirekt betroffenen Personen zu ermitteln. Dies geschah durch teilstandardisierte mündliche Befragungen (Interviews) sowie im Rahmen einer schriftlichen Befragung (per Online-Fragebogen) der Zielgruppe selbst. Die Ergebnisse der Befragungen wurden dann für verschiedene Interessengruppen (Angehörige und Betroffene sowie interessierte Öffentlichkeit, Expertengruppe BMG, Fachöffentlichkeit und Fachpersonen im Bereich Essstörungen) als Informationsbroschüre, digitale Präsentation, Kongressbeiträge und Fachartikel aufbereitet. Bereits vorhandene Materialien wurden systematisch gesichtet und stehen in Form einer Publikation zu Präventionsprogrammen sowie als Anhang zu diesem Ergebnisbericht zur Verfügung. Aus den Antworten der Betroffenen und Angehörigen wurden mit Hilfe inhaltlicher und inferenzstatistischer Analysen Implikationen für die Praxis und für weiterführende Projekte abgeleitet.

Die Ergebnisse dieser Studie geben einen tieferen Einblick in die Krankheitswahrnehmung/-theorie sowie der Nutzung von Präventionsangeboten, Informationsmaterialien, Beratungsstellen und Nachsorgeangeboten. So fiel auf, dass es zwischen Betroffenen und Angehörigen signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung von

potentiellen Auslösern von Essstörungen gab. Angehörige (81 %) waren signifikant häufiger der Meinung als Betroffene (65 %), dass Pubertät ein Auslöser von Essstörungen ist. Ebenso waren signifikant mehr Angehörige (73 %) als Betroffene (51 %) der Meinung, dass „nicht erwachsen werden wollen“ ein weiterer Auslöser ist. Probleme in der Kindheit wurden jedoch signifikant häufiger von Betroffenen (80 %) als von Angehörigen (55 %) als potentiellen Auslöser gewählt. Diese unterschiedlichen Einschätzungen könnten genutzt werden, beide Gruppen vor dem Hintergrund neueren Expertenwissens besser über die ätiologischen und aufrecht erhaltenden Faktoren von Essstörungen zu informieren. Grundlage hierfür könnte z. B. eine gezielte Verbreitung der 2015 erschienenen Patientenleitlinie zu Essstörungen sein.

Nur 12 % der Betroffenen kam durch Hausärzte/-ärztinnen an Informationsangebote. Da der Hausarzt bzw. die Hausärztin für den Großteil der Betroffenen von Essstörungen die erste Kontaktperson ist (Muehleck et al. 2017), sollten mehr Informationsmaterialien in Allgemeinarztpraxen ausliegen. Ähnlich verhielt es sich bei pädagogischem Fachpersonal (z. B. Lehrkräften). 8 % der Betroffenen bekamen dort Informationsmaterialien zum Thema Essstörungen. Da die Schule ein integraler Bestandteil des Lebens ist, sollte dort womöglich mehr Informationsmaterial für Schülerinnen und Schüler zur Verfügung stehen. Am geeignetsten erscheinen hier, aufgrund bereits genannter Ergebnisse, Informationen direkt von Lehrkräften (z. B. durch Beratungsstellen vermitteltes Wissen an die Lehrkräfte), Vorträge von Betroffenen oder Fachpersonal, Bücher sowie Flyer oder Broschüren.

Als ideales Alter für Prävention fanden Dreiviertel der befragten Angehörigen und Betroffenen eine Altersspanne von 10-13 Jahren. Alle Angehörigen und 95 % der Betroffenen empfanden Arztpraxen als einen geeigneten Rahmen für Prävention. Am zweithäufigsten wurde die Schule genannt. Soziale Medien wurden von 85 % der Betroffenen als potentielles Setting für die Prävention von Essstörungen gewählt. Des Weiteren fiel eine starke Diskrepanz zwischen der Einstufung von Präventionsprogrammen als hilfreich und der tatsächlichen geringen Nutzung auf. Womöglich ist dies auf ein Informationsdefizit zu bereits verfügbaren Angeboten zurückzuführen.

Diese Diskrepanz tritt bei der Einschätzung der Leistungen von Beratungsstellen noch mehr zu Tage. Hier werden die meisten Angebote von über 90 % der Befragten für wichtig gehalten, jedoch haben oft nur 10 - 30 % diese bislang genutzt. Insgesamt haben 57 % der Betroffenen und 42 % der Angehörigen je eine Beratungsstelle für Essstörungen besucht. Beratungsstellen für Suchterkrankungen sowie sonstige Beratungsstellen wurden noch

seltener in Anspruch genommen. Sehr wahrscheinlich liegt dies am dünnen Netz spezialisierter Beratungsstellen für Essstörungen, besonders in ländlichen Regionen.

Bei den Nachsorgeangeboten fiel auf, dass nur ein sehr geringer Anteil (12 %) der Betroffenen das Angebot einer Tagesklinik in Anspruch genommen hat, obwohl 87 % dieses Angebot kannten. Ähnliches lässt sich auch für alle anderen Nachsorgeangebote feststellen. Einzig die ambulante Psychotherapie wurde von 79 % der Betroffenen genutzt und ist somit das in dieser Studie am häufigsten genutzte Nachsorgeangebot.

Insgesamt fällt auf, dass besonders Schulen und Arztpraxen wichtige Anlaufpunkte für Betroffene und Angehörige sind. Dies betrifft sowohl den Bereich Prävention als auch die Verfügbarkeit von Informationen über Essstörungen. Zusätzlich konnte bei Präventions-, Beratungs- und Nachsorgeangeboten eine starke Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Leistungen und der tatsächlichen Nutzung festgestellt werden.

4. Einleitung

Systematische Forschung, Ratgeberliteratur und Medienberichte zu Essstörungen gibt es bereits seit vielen Jahrzehnten. Auch im Internet gibt es allein für deutschsprachige Informationen über eine halbe Million Quellenhinweise. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat für Essstörungen auf ihrer Homepage eine eigene Unterseite (www.bzga-essstoerungen.de). Es gibt dort Informationen und Literatur speziell für Betroffene, Behandelnde, Angehörige, Lehrkräfte und Multiplikatoren (BZgA 2000 oder BZgA 2012). Überwiegend wurden solche Informationen und Darstellungen jedoch von nicht selbst Betroffenen erstellt (vgl. auch Treasure, & Alexander 2014). Im Vergleich zur Fachliteratur mit wissenschaftlicher Ausrichtung gibt es wenige Berichte über den Umgang mit Essstörungen und die Entstehung der Erkrankung von (ehemaligen) Patienten und Patientinnen. Diese sind meist autobiografisch gehalten, d. h. sie geben einen Einblick in die subjektive und ganz persönliche Sicht der betroffenen Personen zu ihrer Krankheit (z. B. „Mein heimlicher Hunger“ von Zambó 2008). Teilweise handelt es sich auch um prosaische Aufarbeitungen der Biografie Betroffener (z. B. im Roman „Schlagmann“ von Simeoni 2012, mit der Aufarbeitung der Lebensgeschichte des Ruder-Olympiasiegers Bahne Rabe). Vor allem in der Ratgeber-Literatur werden Betroffene und Angehörige einbezogen, um Ratschläge und Darstellungen journalistisch zu untermauern und nicht nur abstrakt zu formulieren. Hierbei werden gezielt einzelne Betroffene einbezogen (z. B. im Ratgeber für Eltern von Gerlinghoff & Backmund 2011). Von den beiden letztgenannten Autoren und Autorinnen gibt es auch bereits ein Fachbuch aus dem Jahr 1993, in dem Betroffene zu Wort kommen. Dabei wurde der Versuch unternommen, Betroffene nicht nur nach ihrer aktuellen Situation zu fragen oder ihre autobiografische Sicht auf ihre Erkrankung zu schildern, sondern auch zu überlegen, was ihnen aus heutiger Sicht zu Beginn der Krankheit oder dem Auftreten erster Krankheitszeichen hätte helfen können, das Auftreten der Essstörung zu verhindern oder die Folgen abzumildern. Aus den Antworten ergeben sich wertvolle Hinweise für die Konzeption von Präventionsprogrammen (als Beispiel für eine konkrete Umsetzung dieser Hinweise siehe Berger 2008).

Die Absicht, die Perspektive Betroffener und Angehöriger bei Informationen über Essstörungen zu berücksichtigen, zeigt sich auch bei der Erarbeitung der Leitlinien zur Essstörungenbehandlung der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF 2012; Zeeck & Herpertz 2016). Die Leitlinien wurden 2015 in einer speziell für Patientinnen und Patienten überarbeiteten Version publiziert. Hierbei wurde die Fachsprache

der Originalversion in allgemeinverständliche Sprache übersetzt und auf den Bericht von Zahlenangaben im Text weitestgehend verzichtet. Neben diesem Bemühen, speziell für die Adressatengruppe der Betroffenen zu kommunizieren, gibt es unseres Wissens nach bislang keine systematische Inklusion Betroffener und Angehöriger bereits bei der Erstellung von Aufklärungsmaterialien und Information zu Essstörungen. Ebenso fehlt eine systematische Aufbereitung und Darstellung bereits vorhandener Materialien und Informationen. Daraus ergeben sich eine Reihe unbeantworteter Fragen, die Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind, wie:

Welche adressatengerechten Informationen bzw. Materialien oder Darstellungen, bei denen Betroffene und ihnen nahestehende Personen einbezogen wurden, gibt es bereits bzw. wie können vorhandene Materialien und Informationen besser zugänglich gemacht werden?

Welche Informationen haben Betroffene bzw. hatten Sie zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung und wo sehen sie selbst Informationslücken?

Ist die Aufbereitung der bisherigen Informationen (z. B. in Form von Ratgebern, Fachpublikationen, Präventionsprogrammen, Internetseiten, Flyern) sinnvoll und nützlich bzw. gibt es hier Kanäle, die noch (verstärkt) genutzt werden könnten (z. B. Social Media, Apps)?

Halten Betroffene (primäre) Prävention für sinnvoll oder anders gefragt: halten sie Materialien und Informationen für sinnvoll, die nicht nur die bereits ausgeprägten klinischen Krankheitsbilder der Essstörungen adressieren, sondern auch bereits auffälliges oder gestörtes Essverhalten ohne ausgeprägte klinische Symptomatik in den Fokus nehmen?

Welche Möglichkeiten sehen Betroffene oder hätten sie im Nachhinein gerne gehabt, um die Entwicklungen von Essstörungen im symptomarmen Frühstadium zu entdecken und ggf. aufzuhalten oder die Folgen abzumildern (sekundäre Prävention)?

Welche Krankheitstheorien haben Betroffene und Angehörige? Welche Art der Darstellung von Informationen halten sie für hilfreich? Welche Art der Darstellung, auch in den Medien halten sie für wenig hilfreich, kontraproduktiv oder vielleicht sogar für schädlich, um Essstörungen vorzubeugen oder Betroffene und nahestehende Personen zu unterstützen?

Welche Settings für Prävention, Aufklärung und Information würden sie vorschlagen (Schule, evtl. bereits Kita, Internet, Social Media, Öffentlicher Raum)?

Sind Betroffene mit den Angeboten an Beratung, ambulanter und stationärer Therapie sowie Nachbetreuung (tertiäre Prävention) zufrieden?

Ziele des Projekts

Hauptziel des Projekts war die Erfassung und publizistische Aufbereitung der Bedarfe und Wünsche von Betroffenen und nahestehenden Personen zu Hintergrundinformationen, Handlungshinweisen, Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention; multimodale Therapie; geschlossene Behandlungskette) sowohl im Hinblick auf den aktuellen als auch rückblickenden Umgang mit der Erkrankung (Beschränkung auf die drei Hauptformen klinisch relevanter Essstörungen Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störungen inkl. Mischtypen sowie darauf bezogenes riskantes Essverhalten). Teilstandardisierte Interviews mit Betroffenen und nahestehenden Personen, die sich aktuell in Behandlung oder Nachsorge befinden (n = 15 Betroffene, n = 5 Angehörige und nahestehende Personen) waren geplant, um relevante Fragen zu extrahieren und eine Online-Befragung mit vorgegebenen und freien Antwortformaten zu generieren sowie durchzuführen (n = 100 Betroffene, n = 50 Angehörige und nahestehende Personen). Dafür ist ein umfassender Zugang bzw. Werbung zur Teilnahme über BFE, Kooperationspartner entsprechend der Mitglieder der Expertengruppe Essstörungen am BMG geplant.

Ein weiteres Ziel des Projekts war die systematische Sichtung und Darstellung bereits vorhandener Materialien sowie die Listung für einen schnellen digitalen und analogen Zugang und die Aufdeckung und transparente Darstellung von Lücken für weiterführende Projekte mit Anwendung der Kriterien zur Durchführung systematischer Reviews (PRISMA-Statement, siehe Rosendahl & Tefikow, 2013)

Weitere Teilziele waren die Aufbereitung der Ergebnisse für die Zielgruppe der Betroffenen und nahestehenden Personen online und als PDF auf den Internetseiten der BZgA und der IN FORM-Webseite sowie eine Kurz-Evaluation der Ergebnisdarstellungen durch eine Stichprobe von Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Online-Befragung.

Des Weiteren war eine Aufbereitung der Ergebnisse für Fachöffentlichkeit (Fachartikel + Poster)Publikation als Fachartikel in einer Fachzeitschrift mit Peer-Review-Verfahren und die Annahme eines Poster für einen Fachkongress geplant.

Projektstruktur

Projektaufbau

Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe des Kompetenzzentrums für Essstörungen des Universitätsklinikums Tübingen, unter der Leitung von Prof. Dr. Stefan Zipfel und Dr. Gaby Resmark, durchgeführt. Während der Fokus dieses Projekts auf Prävention, Information, Beratungsstellen und Nachsorge zum Thema Essstörungen lag, konzentrierte sich das Tübinger Projekt auf ambulante sowie stationäre Therapie bei Essstörungen.

Strukturen

Essentiell für die Durchführung des Projekts war die Arbeitsgruppe bestehend aus Sigrid Borse des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen, Prof. Dr. Eva Wunderer der Hochschule Landshut, Sabine Dohme des Bundesfachverbands für Essstörungen e.V. sowie Dr. Monika Gerlinghoff und Dr. Herbert Backmund des TCEforum Münchens. Diese Arbeitsgruppe rekrutierte sich aus Mitgliedern der Expertengruppe Essstörungen am Bundesgesundheitsministerium und wird daher im Folgenden als Unterarbeitsgruppe bezeichnet. Zu den Aufgaben der Unterarbeitsgruppe zählten unter anderem die Durchführung der teilstrukturierten Interviews mit Angehörigen und Betroffenen mit Hilfe von ihnen zur Verfügung gestellten Materialien, Mithilfe bei der Ausarbeitung des Fragebogens für die teilstandartisierten Interviews sowie des Online-Fragebogens. Die Verbreitung des Online-Fragebogens zählte ebenfalls zu den Aufgaben der Unterarbeitsgruppe.

Verantwortlichkeiten

Leiter dieses Projekts war Herr PD Dr. Uwe Berger. Die Rolle des stellvertretenden Leiters des Projekts übernahm Herr Prof. Dr. Bernhard Strauß. Als Projektmitarbeiterin war Frau Julia Mühleck im Projekt tätig.

5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Ziel des Projekts war es zum einen, direkt Betroffene und ihnen nahestehende Personen zur optimalen Gestaltung von Materialien und Informationen über Essstörungen zu befragen. Zum anderen wurden bereits vorhandene Materialien und Informationen systematisch erfasst und besser sichtbar gemacht. Beide Wege sollten dazu beitragen vorhandene Lücken zu identifizieren und zu schließen. Im Einzelnen wurde hierbei wie folgt vorgegangen:

- 1a: Rekrutierung einer Stichprobe von $n = 231$ statt wie geplant 115 Betroffenen und $n = 63$ statt der geplanten 55 Angehörigen und nahestehenden Personen für Online-Befragung und Interviews durch Nutzung des Netzwerkes aus Beratungsstellen und assoziierten Arbeitsfeldern des Bundesfachverbandes für Essstörungen (BFE) und der „Expertengruppe Essstörungen“ des BMG.
- 1b: Teilstandardisierte Interviews mit Betroffenen, die sich aktuell in Behandlung oder Nachsorge befinden ($n = 16$), und nahestehenden Personen ($n = 5$), um relevante Fragen zu extrahieren.
- 1c: Konzeption eines Fragebogens mit geschlossenen Fragen, die mittels vorgegebener Antwortskalen beantwortet werden sowie Formulierung offener Fragen, um eine möglichst große inhaltliche Variation der Ansichten und Meinungen der Zielgruppe zu erfassen.
- 1d: Durchführung einer Online-Befragung mit $n = 215$ Betroffenen und $n = 58$ Angehörigen und nahestehenden Personen; Vorzug vor Paper-Pencil-Befragung, um die Durchführung ökonomischer zu gestalten, eine bessere Erreichbarkeit durch niederschweligen Zugang zu gewährleisten und die Daten rascher verfügbar zu haben.
- 1e: Aufbereitung der Ergebnisse in Form eines wissenschaftlichen Posters, eines Fachartikels, einer allgemeinverständlichen Ergebnisbroschüre (PDF für Online-Download), einer PowerPoint-Präsentation für Kongresse und Vorstellung sowie Vorstellung auf der Mitgliederversammlung des BFE und in der BMG-Expertengruppe.
- 2a: Systematische Sichtung bereits vorhandener Materialien unter Berücksichtigung des sog. PRISMA-Statements.

- 2b: Übersichtliche Darstellung des systematischen Reviews in tabellarischer Form und Link-Liste für einen schnellen digitalen und analogen Zugang.
- 3a: Aufdeckung von Lücken in der bedarfsgerechten Aufklärung und Information durch Vergleich der Fragebogen-Ergebnisse mit den Ergebnissen des systematischen Reviews.
- 3b: Transparente Darstellung dieser Ergebnisse in Form einer PowerPoint-Präsentation für die BMG-Expertengruppe mit dem Ziel, mögliche weiterführende Projekte zu definieren und anzustoßen.
- 4a: Aufbereitung der Projektergebnisse für die Zielgruppe der Betroffenen und nahestehenden Personen online und als PDF (Ergebnis-Broschüre).
- 4b: Aufbereitung der Projektergebnisse als Kongress-Poster, Fachartikel und Pressebericht.

Datenerhebung und -auswertung

Interviews

Die Interviews wurden mit Hilfe der Unterarbeitsgruppe durchgeführt. Insgesamt wurden $n = 16$ Betroffene und $n = 5$ Angehörige mit Hilfe eines teilstandardisierten Interviewleitfadens interviewt. Dieser umfasste insgesamt 24 offene Fragen mit Unterfragen zu den Themen Krankheitswahrnehmung und -theorie, Informationsmaterialien, Prävention, Beratungsstellen und Nachsorgeangeboten. Für Betroffene und Angehörige gab es zwei verschiedene Fragebögen mit zielgruppenspezifischen Formulierungen. Die teilstandardisierten Fragebögen können dem Anhang entnommen werden. Die Interviews dauerten in der Regel 15-20 Minuten und wurden von drei verschiedenen Interviewerinnen in verschiedenen Städten Deutschlands durchgeführt (Frankfurt, München und Landshut). Aus übereinstimmenden Antworten der Befragten wurde das Fundament für den Online-Fragebogen gelegt. Die Interviews mit den Lehrkräften wurden aus einem früheren Forschungsprojekt bezogen, die bereits ein ähnliches Fragengebiet abgedeckt haben. Hier wurden ebenfalls wiederkehrende Antworten für die Struktur des Online-Fragebogens verwendet. Aufgrund des Verwendungszwecks und der zeitlichen Einschränkung konnten die Ergebnisse der Interviews nicht intensiver ausgewertet werden.

Online-Fragebogen

Der Online-Fragebogen bestand aus insgesamt 26 Fragen zu den Themen Krankheitswahrnehmung und -theorie, Informationsmaterialien, Prävention, Beratungsstellen und Nachsorgeangeboten. Er wurde durch das Netzwerk aus Beratungsstellen, Psychotherapiepraxen, Kliniken und assoziierten Arbeitsfeldern des Bundesfachverbandes für Essstörungen (BFE) und der „Expertengruppe Essstörungen“ des BMG verbreitet. Der komplette Fragebogen kann dem Anhang entnommen werden. Die durchschnittliche Beantwortungsdauer der Teilnehmerinnen und Teilnehmern betrug 15 Minuten. Für Betroffene und Angehörige wurde aus ökonomischen Gründen der gleiche Fragebogen verwendet und die Formulierungen der einzelnen Fragen wurden entsprechend angepasst. Zu Anfang des Fragebogens mussten Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre entsprechende Zugehörigkeit angeben. Insgesamt wurde zwischen vier Essstörungsarten unterschieden: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), nicht näher bezeichnete Essstörungen (NNB) und Binge-Eating Störung (BES). Gruppenvergleiche zwischen Angehörigen und Betroffenen erfolgten durch einen nicht parametrischen Mann-Whitney U-Test. Gruppenvergleiche zwischen den vier Essstörungsarten wurden durch einen nicht parametrischen Kruskal-Wallis H-Test mit anschließendem Dunn's Test (p-Werte angepasst mit der Bonferroni-Korrektur) bestimmt.

6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Geplant war die Verbreitung der Ergebnisse zusammenfassend als PDF-Download über die Webseite des BMG bzw. des Nationalen Aktionsplans IN FORM. Die Haupteergebnisse waren zudem zur Publikation als Fachartikel, Kongress-Poster sowie Pressebeitrag geplant. Detail-Ergebnisse waren als PowerPoint-Vortrag bzw. PDF für die BMG-Expertengruppe geplant, um darauf aufbauende Projekte zu ermöglichen und anzustoßen. Mitglieder der Expertengruppe sollten auch die Möglichkeit erhalten, mit den Original-Daten der Befragungen weiterzuarbeiten. Für diesen Teil des ursprünglichen Arbeitsplans gibt es eine geringe Abweichung. Die Ergebnisse werden nun, statt als einfaches PDF, in Form einer allgemeinverständlichen und grafisch ansprechenden Ergebnisbroschüre zur Verfügung gestellt. Dieses druckfertige PDF kann möglicherweise direkt bei Bedarf auf den Webseiten von BMG, InForm, BZgA und BFE zum Download angeboten werden.

Ursprünglicher Arbeits- und Zeitplan

Arbeitsbereich/Woche	1/2	3/4	5/6	7/8	9/10	11/12	13/14	15/16	17/18	19/20	21/22	23/24	25/26	27/28	29/30	31/32
Recherche																
Expertenbefragung																
Treffen Unterstützer*																
Erstellung Fragebogen																
Interviews Betroffene																
Durchführung Online-Befr.																
Auswertung																
Ergebnisdarstellung																
Erstellung syst. Review																
Aufbereitung Review																
Erstellung Publikationen																
Feedback Expertengruppe																
Bericht																
Meilensteine					I				II			III				IV

* Unterstützende Einrichtungen siehe 2,3 (Treffen 1. bei Antragstellern in Jena, 2. am BMG in Berlin)

M-I: Konzeption Fragebogen abgeschlossen

M-II: Online-Befragung abgeschlossen

M-III: Ergebnisdarstellung abgeschlossen, Publikationen vorbereitet

M-IV: Bericht abgeschlossen, Publikation erfolgt

Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit der Unterarbeitsgruppe (UAG) konnte erfolgreich gestaltet werden. Im Zeitraum von September 2017 bis November 2017 fanden zwei Projekttreffen mit UAG und Projektleitung in Berlin statt. Dort wurden die Übersicht von Präventionsangeboten, die systematische Sichtung und Darstellung von Beratungsstellen und Informationsmaterialien, die Durchführung der Interviews, die Gestaltung des teilstandardisierten Fragebogens sowie des Fragebogens für die Online-Befragung gemeinsam besprochen und geplant. Rückmeldungen der Expertengruppe bzgl. des teilstandardisierten Fragebogens wurden regelmäßig eingeholt.

Die Durchführung der Interviews erfolgte in Zusammenarbeit mit dem TCEforum, dem BFE sowie dem FZE. Insgesamt wurden sechzehn Interviews mit von Essstörungen betroffenen Personen und fünf Interviews mit Angehörigen von Personen mit Essstörungen durchgeführt. Für die Durchführung von 12 Interviews mit Lehrkräften wurde zusätzlich Material aus einem früheren Projekt herangezogen (BMBF-Forschungsprojekt Loop: Langzeiteffekte von Schulprogrammen zur Primärprävention von Essstörungen und Adipositas, FKZ: 01EL1403). Daraufhin erfolgte die Auswertung der 33 Interviews. Die Nutzung von bereits durchgeführten Interviews mit Lehrkräften war eine geringfügige Abweichung

vom ursprünglichen Arbeitsplan. Grund dafür war ein zeitlicher Mangel und eine Verzögerung in der Einstellung einer wissenschaftlichen Hilfskraft für die Durchführung der Interviews mit Lehrkräften. Dem Projekt entstanden hierdurch keine Nachteile, da die bereits durchgeführten Interviews mit Lehrkräften thematisch sehr nah an dem teilstandardisierten Fragebogen dieser Studie waren und dadurch mehr Informationen von Lehrkräften (33 statt 10 Interviews) zusammengetragen und für die Online-Befragung genutzt werden konnten. Des Weiteren konnten 16 statt 15 Betroffene für die Interviews gewonnen werden.

Im nächsten Arbeitsschritt wurde eine Übersicht aller Präventionsprogramme zum Thema Essstörungen angefertigt. Hierfür wurden zusätzliche Informationen aus einem früheren Projekt herangezogen (BMBF-Forschungsprojektes Loop, Langzeiteffekte von Schulprogrammen zur Primärprävention von Essstörungen und Adipositas, FKZ: 01EL1403) und entsprechend ergänzt. Die Übersicht der Informationsmaterialien zum Thema Essstörungen wurde ebenfalls ausgearbeitet. Beides kann dem Anhang entnommen werden.

Basierend auf den Antworten der zuvor durchgeführten teilstandardisierten Interviews (N = 16) wurde ein Online-Fragebogen erstellt. Dieser bestand aus 26 Fragen und diente dem Zweck, Betroffene, Angehörige und nahestehende Personen zu Prävention, Nachsorge, Informationen und Beratungsstellen zum Thema Essstörungen zu befragen. Hierbei wurde untersucht, ob Angebote in Anspruch genommen und wie diese bewertet wurden. Die Online-Befragung wurde zu Beginn des Jahres 2018 durchgeführt und mit Hilfe der UAG an betroffene Personen (n = 215) und Angehörige von betroffenen Personen (n = 58) verbreitet. Die daraus gewonnenen Daten werden derzeit in Form der bereits erwähnten Ergebnisbroschüre aufbereitet. Erste Ergebnisse wurden als Poster auf dem 6. Wissenschaftlichen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen in München am 02. März 2018 präsentiert.

Bezüglich des Zeitplans gab es zwei Abweichungen. So dauerte die Durchführung der Interviews aufgrund von urlaubsbedingter Abwesenheit der Interviewer innerhalb der UAG länger als ursprünglich geplant. Damit verschob sich ebenfalls die Durchführung der Online-Befragung. Diese wurde nun Anfang Januar 2018 durchgeführt. Alle Projektziele konnten dennoch erreicht werden.

7. Ergebnisse

Allgemeines

Insgesamt wurden 273 Probandinnen und Probanden rekrutiert. Davon waren 215 selbst betroffen von Essstörungen (87 % weiblich) und 58 waren Angehörige (82,9 % weiblich) und nahestehende Personen von Personen mit Essstörungen. Die Verwandtschaftsbeziehung von Angehörigen wurde nicht erhoben. Betroffene waren im Durchschnitt 26 Jahre (SD = 10,17) und Angehörige 45 Jahre (SD = 13,40) alt. Es zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen den verschiedenen Essstörungen und der durchschnittlichen Zeit in Jahren zwischen den ersten Anzeichen der Erkrankung und der offiziellen Diagnose. Bei Betroffenen mit BES dauerte es mit durchschnittlich 13 Jahren (SD = 11,15, MDN = 10,5) zwischen den ersten Anzeichen und der offiziellen Diagnose am längsten. Signifikant länger als bei den anderen Essstörungsarten ($\chi^2(3) = 26,4, p = ,001, d = 0,7$). Dunn's Test wurde für die vier Gruppenpaare durchgeführt. Es gab sehr starke Hinweise ($p = ,001$, angepasst mit der Bonferroni-Korrektur) auf einen Unterschied zwischen AN und BES sowie BN und BES. Weitere Details können Tabelle 1 entnommen werden. Statistisch bedeutsame (signifikante) Ergebnisse sind farbig unterlegt.

Tabelle 1. Durchschnittsalter, Jahre zwischen den ersten Anzeichen der offiziellen Diagnose und Geschlechtsverteilung der unterschiedlichen Gruppen.

	Alter		Jahre zwischen den ersten Anzeichen und der offiziellen Diagnose		Anzahl Frauen
	Median	Mittelwert (Standardabweichung)	Median	Mittelwert (Standardabweichung)	Prozent (n)
Betroffene	23	26,41 (10,17)			87 % (187)
Angehörige	51	45,43 (13,40)			81,8 % (36)
AN	23	26,21 (20,57)	1	2,96 (4,62)***	91,2 % (103)
BN	22,5	23,96 (7,06)	2	3,67 (4,24)***	93,4 % (57)
NNB	23,5	26,17 (11,17)	3,5	4,38 (3,98)	96,8 % (30)
BES	29	31,92 (11,49)	10,5	13,04 (11,15)***	93,8 % (30)

*** $p = ,0001$ | Statistisch bedeutsam auf einem Niveau von 0,1 % (hoch signifikant)

Gruppenunterschiede Betroffene und Angehörige

Krankheitswahrnehmung und Krankheitstheorie

Betroffenen wurde die eigene Essstörung am häufigsten (49,5 %) durch die eigene Erkenntnis bewusst. Ebenfalls spielten hier Angehörige mit 12,9 % und Fachpersonal innerhalb einer Klinik 9,8 % eine Rolle. Hausärzte/-ärztinnen spielten mit 1,5 % die geringste Rolle. Bei Angehörigen war ebenfalls die eigene Erkenntnis die mit 62,2 % am häufigsten gewählte Antwort, gefolgt von Angehörigen mit 22,2 % und nahestehenden Personen mit 6,7 %. Betroffenen wurde ebenfalls am häufigsten durch die eigene Erkenntnis (42,5 %) bewusst, dass sie etwas gegen ihre Essstörung unternehmen sollten/wollen. Der zweithäufigste Grund waren nahestehende Personen (19 %) gefolgt von Fachpersonal innerhalb einer Klinik (10,8 %). Auch Angehörige merkten am häufigsten (68,2 %) selbst, dass die betroffenen Angehörigen etwas gegen die Essstörung unternehmen sollten. Hausärzte/-ärztinnen waren für beide Gruppen die am geringsten gewählten Antworten. Genauere Informationen können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2. Rangliste Krankheitswahrnehmung.

	Wie und wodurch wurde Ihnen die Essstörung bewusst?	Betroffene (N = 194)	Angehörige (N = 45)	Wie und wodurch wurde Ihnen bewusst, dass Sie etwas gegen die Essstörung unternehmen wollen/sollten?	Betroffene (N = 194)	Angehörige (N = 44)
1	Eigene Erkenntnis	49,5 % (n = 96)	62,2 % (n = 28)	Eigene Erkenntnis	42,5 % (n = 81)	68,2 % (n = 30)
2	Angehörige	12,9 % (n = 25)	22,2 % (n = 10)	Nahestehende Personen	19 % (n = 37)	4,5 % (n = 2)
3	Fachpersonal innerhalb einer Klinik	9,8 % (n = 19)	-	Fachpersonal innerhalb einer Klinik	10,8 % (n = 16)	-
4	ambulante Psychotherapeuten/Therapeuten innen	7,7 % (n = 15)	2,2 % (n = 1)	ambulante Psychotherapeuten/Therapeuten innen	8,2 % (n = 16)	6,8 % (n = 3)
5	Nahestehende Personen	7,7 % (n = 15)	6,7 % (n = 3)	Beratungsstelle	7,7 % (n = 15)	6,8 % (n = 3)

6	Beratungsstelle	5,7 % (n = 11)	2,2 % (n = 1)	Lehrkräfte	6,2 % (n = 12)	-
7	Lehrkräfte	5,2 % (n = 10)	-	Angehörige	4,6 % (n = 9)	11,4 % (n = 5)
8	Hausarzt/-ärztin	1,5 % (n = 3)	4,4 % (n = 2)	Hausarzt	2,1 % (n = 4)	2,3 % (n = 1)

Auf die Frage, was ihrer Meinung nach ganz allgemein Auslöser von Essstörungen sind, stimmten Betroffene mit 96,3 % am häufigsten der Antwort „sich im eigenen Körper unwohl fühlen“ zu. Angehörige stimmten hierbei zu 100 % zu. Genetische Veranlagung bekam mit 41,5 % die geringste Zustimmung bei Betroffenen. Bei Angehörigen waren die Antworten mit der geringsten Zustimmung „Ernährungsgewohnheiten innerhalb der Familie“ und „Bereits bestehende Essstörung innerhalb der Familie“. Zwischen Angehörigen und Betroffenen gab es auch signifikante Unterschiede. Betroffene sahen Ernährungsgewohnheiten innerhalb der Familie ($U = 2937,5$, $p = ,01$, $d = 0,3$) sowie eine bereits bestehende Essstörung innerhalb der Familie ($U = 3102,5$, $p = ,05$, $d = 0,3$) signifikant häufiger als möglichen Auslöser für eine Essstörung als Angehörige. Detailliertere Ergebnisse können Tabelle 3 entnommen werden. Weiterhin sahen Angehörige (72,5 %) signifikant öfter „nicht erwachsen werden wollen“ als einen Auslöser von Essstörungen, als Betroffene (51,3 %; $U = 2979,5$, $p = ,02$, $d = 0,3$). Außerdem schätzten Betroffene Probleme in der Kindheit (80,4 %) signifikant häufiger als möglichen Auslöser ein, als Angehörige (55 %; $U = 2819$, $p = ,001$, $d = 0,4$). Dies war ebenfalls der Fall für Trauma. Dort stimmten 70,8 % der Betroffenen dieser Antwort zu, während nur 50 % der Angehörigen es ihnen gleichtaten ($U = 2980$, $p = ,01$, $d = 0,3$). Auch familiäre Probleme wurden häufiger von Betroffenen (83,6 %) als von Angehörigen (62,5 %) als Auslöser eingeschätzt ($U = 2882,5$, $p = ,003$, $d = 0,3$). Zwei weitere, marginale, Unterschiede gab es für Pubertät ($U = 3277,5$, $p = ,06$) sowie Familiären Erwartungsdruck ($U = 3326$, $p = ,06$). Angehörige waren häufiger als Betroffene der Überzeugung, Pubertät sei ein potentieller Auslöser von Essstörungen. Bei familiärem Erwartungsdruck verhielt es sich umgekehrt.

Tabelle 3. Rangliste prozentualer Zustimmung auf die Frage nach einem möglichen Auslöser von Essstörungen, getrennt für Betroffene und Angehörige – signifikante Gruppenunterschiede wurden farblich markiert

	Betroffene (N = 189)	Angehörige (N = 41)
1 Sich im eigenen Körper unwohl fühlen	96,3 % (n = 182)	100 %
2 Geringer Selbstwert	95,8 % (n = 181)	92,7 % (n = 38)
3 Perfektionismus	93,1 % (n = 176)	97,6 % (n = 40)
4 Persönliche Leistungsansprüche	92,5 % (n = 174)	100 %
5 Sich selbst hässlich finden	89,9 % (n = 170)	92,5 % (n = 37)
6 Gesellschaftlicher Leistungsdruck (z.B. Schulisch)	85,7 % (n = 161)	82,9 % (n = 34)
7 Familiäre Probleme (z.B. Scheidung der Eltern)	83,6 % (n = 158)*	62,5 % (n = 25)*
8 Probleme in der Kindheit	80,4 % (n = 152)**	55 % (n = 22)**
9 Gesellschaftliche Schönheitsideale	78,8 % (n = 149)	85,4 % (n = 35)
10 Diäten	76 % (n = 143)	65,9 % (n = 27)
11 Familiärer Erwartungsdruck	75,1 % (n = 142)	60,9 % (n = 25)
12 Soziale Medien (Fokus auf Äußerlichkeiten)	73 % (n = 138)	82,9 % (n = 34)
13 Darstellung von Schönheitsidealen in den Medien	72,5 % (n = 137)	82,9 % (n = 24)
14 Trauma (z.B. sexueller Missbrauch)	70,8 % (n = 133)*	50 % (n = 20)*
15 Fehlende Unterstützung im sozialen Umfeld	69,6 % (n = 132)	53,7 % (n = 22)
16 Mobbing	65,2 % (n = 122)	63,4 % (n = 26)
17 Pubertät (z.B. körperliche Veränderungen)	65,1 % (n = 123)	80,5 % (n = 33)
18 Ernährungsgewohnheiten innerhalb der Familie	59,8 % (n = 113)*	37,5 % (n = 15)*
19 Bereits bestehende Essstörung innerhalb der Familie	54,5 % (n = 102)*	37,5 % (n = 15)*
20 Leistungssport	52,9 % (n = 100)	51,2 % (n = 21)
21 Nicht erwachsen werden wollen	51,3 % (n = 97)*	72,5 % (n = 29)*
22 Einfluss von Hormonen und Neurotransmittern	46,5 % (n = 88)	56,1 % (n = 23)
23 Genetische Veranlagung	41,5 % (n = 78)	40 % (n = 16)

*p = ,05 Statistisch bedeutsam auf einem Niveau von 5 % (signifikant)

**p = ,001 Statistisch bedeutsam auf einem Niveau von 0,1 % (hoch signifikant)

Informationsmaterialien

Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gefragt, welche Informationen zum Thema Essstörungen sie bereits genutzt haben und wie hilfreich sie diese fanden. Dabei schätzten die Betroffenen das Fachpersonal (z.B. Ärzte oder Ärztinnen sowie Psychologinnen oder Psychologen) mit 92,7 % Zustimmung als hilfreichste Informationsquelle ein. Am häufigsten verwendet wurden jedoch die professionellen Internetseiten (83,2 %). Als am wenigsten hilfreich wurden Poster und Plakate (37,4 %) eingeschätzt. Diese wurden auch am wenigsten (17,4 %) genutzt. Bei Angehörigen wurden Vorträge von Fachpersonal zu 100 % als hilfreich eingeschätzt, wurden allerdings nur von 33,3 % bereits in Anspruch genommen.

Tabelle 4. Bewertung von Informationsmaterialien, getrennt nach Betroffenen und Angehörigen.

		Betroffene (N = 149)		Angehörige (N = 33)	
		fanden es hilfreich	haben es genutzt	fanden es hilfreich	haben es genutzt
1	Informationen von Fachpersonal (z.B. Ärzte/Ärztinnen oder Psychologen/Psychologinnen)	92,7 % (n = 139)	74,5 % (n = 111)	78,8 % (n = 26)	66,7 % (n = 22)
2	professionelle Internetseiten (z.B. von Kliniken, Beratungsstellen oder der BZgA)	89,3 % (n = 134)	83,2 % (n = 124)	93,9 % (n = 31)	90,9 % (n = 30)
3	Vorträge von Betroffenen (z.B. in der Klinik oder Schule)	83,9 % (n = 125)	28,2 % (n = 42)	87,9 % (n = 31)	21,2 % (n = 7)
4	Vorträge von Fachpersonal (z.B. in der Klinik oder Schule)	81,9 % (n = 112)	30,2 % (n = 45)	100 %	33,3 % (n = 11)
5	Fachbücher und Ratgeber zum Thema Essstörung	74,5 % (n = 111)	65,8 % (n = 98)	97 % (n = 32)	81,8 % (n = 27)
6	Informationen von Angehörigen/nahestehenden Personen	65,3 % (n = 98)	53,7 % (n = 80)	78,8 % (n = 26)	66,7 % (n = 22)
7	sonstige Bücher (z.B. Erfahrungsberichte von Betroffenen)	63,8 % (n = 95)	77,2 % (n = 115)	97 % (n = 32)	75,8 % (n = 25)
8	soziale Medien (z.B. Instagram oder Facebook)	60,4 % (n = 90)	50,3 % (n = 75)	48,5 % (n = 16)	30,3 % (n = 10)
9	Flyer/Broschüren	57,7 % (n = 86)	58,4 % (n = 87)	87,9 % (n = 29)	57,6 % (n = 19)
10	sonstige Internetseiten (z.B. Foren oder private Webseiten)	54,7 % (n = 82)	66,4 % (n = 99)	54,5 % (n = 18)	51,5 % (n = 17)
11	Applikationen für mobile Telefone (Apps)	53,7 % (n = 80)	22,1 % (n = 33)	54,5 % (n = 18)	12,1 % (n = 4)
12	Zeitschriften und Magazine	42,3 % (n = 63)	45 % (n = 67)	69,7 % (n = 23)	42,4 % (n = 14)
13	Poster/Plakate	37,4 % (n = 56)	17,4 % (n = 26)	51,5 % (n = 17)	18,2 % (n = 6)

Am häufigsten kamen Betroffene durch eine eigene Recherche an Informationsmaterialien zum Thema Essstörungen. Auch ambulante Psychotherapeutinnen und -therapeuten (26,5 %) sowie Beratungsstellen (26 %) spielten eine Rolle. Die Hälfte (50 %) der Angehörigen hat Infomaterialien ebenfalls selbst recherchiert. 20,7 % der Angehörigen kamen durch eine Beratungsstelle an Informationsmaterialien. Weitere Angaben können Tabelle 5 entnommen werden.

Tabelle 5. Rangreihe zu Informationsquellen zum Thema Essstörungen.

	Betroffene (N = 215)	Angehörige (N = 58)
1 Selbst recherchiert	60 % (n = 129)	50 % (n = 29)
2 ambulante Psychotherapeuten/Therapeutinnen	26,5 % (n = 57)	13,8 % (n = 8)
3 Beratungsstelle	26 % (n = 56)	20,7 % (n = 12)
4 Fachpersonal in der Klinik	24,2 % (n = 52)	19 % (n = 11)
5 soziale Medien (z.B. Facebook oder Twitter)	15,8 % (n = 34)	10,3 % (n = 6)
6 Foren für Betroffene/Angehörige/nahestehende Personen	15,3 % (n = 33)	6,9 % (n = 4)
7 nahestehende Personen	15,3 % (n = 12)	13,8 % (n = 8)
8 Angehörige	14,9 % (n = 32)	6,9 % (n = 4)
9 Hausarzt/ärztin	11,6 % (n = 25)	1,7 % (n = 1)
10 psychosoziales Fachpersonal (z.B. Sozialarbeiter/in)	8,8 % (n = 19)	5,2 % (n = 3)
11 pädagogisches Fachpersonal (z.B. Lehrkräfte)	8,4 % (n = 18)	5,2 % (n = 3)
12 Werbung (Flyer/Broschüren)	7,4 % (n = 16)	1,7 % (n = 1)
13 in der Öffentlichkeit (z.B. Plakate in der U-Bahn/auf der Straße oder in öffentlichen Einrichtungen)	5,6 % (n = 12)	3,4 % (n = 2)
14 Jugendamt	3,7 % (n = 8)	-

Bezüglich der Darstellung von Essstörungen in den Medien waren 100 % der Betroffenen und Angehörigen der Meinung, Essstörungen sollten nicht nur in Zusammenhang mit (Top-)Models thematisiert werden. Es gab jedoch auch signifikante Unterschiede zwischen Betroffenen und Angehörigen. So waren Betroffene (96 %) häufiger als Angehörige (78,8 %) der Meinung, der Fokus der Darstellungen von Essstörungen in den Medien liege zu sehr auf dem Körperbild ($U = 919,5$, $p = ,02$, $d = 0,3$). Weiterhin fanden 84 % der Betroffenen, dass in den Medien nur extrem untergewichtige Personen dargestellt werden, während signifikant weniger der Angehörigen (72,7 %) dem zustimmten ($U = 1993,5$, $p = ,05$, $d = 0,3$). Ein weiterer Unterschied konnte zwischen beiden Gruppen und der Antwortmöglichkeit „Der

Fokus der Medien liegt zu sehr auf Magersucht/Anorexie“ festgestellt werden. Angehörige (57,6 %) stimmten dieser Antwort signifikant weniger zu als Betroffene (86,7 %; $U = 1611, p = ,001, d = 0,5$).

Tabelle 6. Rangreihe zur Darstellung von Essstörungen in den Medien.

		Betroffene (N = 150)	Angehörige (N = 33)
1	Essstörungen sollten nicht nur in Zusammenhang mit (Top-)Models thematisiert werden.	100 %	100 %
2	Ältere Menschen mit Essstörungen werden nicht thematisiert.	98,7 % (n = 147)	97 % (n = 32)
3	Diäten werden in den Medien als wünschenswert dargestellt.	96,6 % (n = 144)	97 % (n = 32)
4	Der Fokus der Darstellungen von Essstörungen in den Medien liegt zu sehr auf dem Körperbild.	96 % (n = 144)*	78,8 % (n = 26)*
5	Die Aufklärung über Essstörungen in den Medien ist nicht ausreichend.	96 % (n = 144)	100 %
6	Männer mit Essstörungen werden in den Medien nicht thematisiert.	93,3 % (n = 139)	93,9 % (n = 31)
7	Essstörungen werden teilweise verherrlicht (sehr dünn ist schön)	93,3 % (n = 139)	81,8 % (n = 27)
8	Essstörungen werden in den Medien als Schönheitswahn abgetan.	89,9 % (n = 134)	69,7 % (n = 23)
9	Der Fokus der Medien liegt zu sehr auf Magersucht/Anorexie.	86,7 % (n = 130)**	57,6 % (n = 19)**
10	In den Medien werden nur extrem untergewichtige Personen dargestellt.	84 % (n = 126)*	72,7 % (n = 24)*
11	Erfahrungen von Betroffenen werden in den Medien nicht ausreichend dargestellt.	83,2 % (n = 124)	87,9 % (n = 29)
12	Die Darstellung von Symptomen kann zu Nachahmung anregen (z.B. Erbrechen)	69,1 % (n = 103)	57,6 % (n = 19)
13	Fernsehsendungen (z.B. Germany's Next Topmodel) sind mitverantwortlich für das Auslösen von Essstörungen.	61,1 % (n = 91)	69,7 % (n = 23)

*p = ,05 Statistisch bedeutsam auf einem Niveau von 5 % (signifikant)

**p = ,001 Statistisch bedeutsam auf einem Niveau von 0,1 % (hochsignifikant)

Prävention

Bei der Frage, welche Art von Prävention von Essstörungen sie am sinnvollsten finden, waren von insgesamt 215 befragten Betroffenen 64,2 % (n = 138) der Meinung, dass eine allgemeine Aufklärung über Essstörungen sinnvoll sei. 37,2 % (n = 80) fanden eine Vorbeugung von Essstörungen bei gesunden Personen sinnvoll. Bei den Angehörigen (N = 58) fanden 62,1 % (n = 36) die Aufklärung über Essstörungen sinnvoll und 31 % (n = 18) fanden die Vorbeugung bei gesunden Personen sinnvoll. Zwischen Angehörigen und Betroffenen gab es einen signifikanten Gruppenunterschied in Bezug auf die Vorbeugung von Essstörungen bei Personen mit erhöhtem Risiko. Insgesamt schätzen 60,5 % (n = 130) der Betroffenen eine solche Maßnahme als sinnvoll ein, während nur 43,1 % (n = 25) der Angehörigen ($U = 5152,5$, $p = ,02$, $d = 0,3$) dies taten.

Bei der Beantwortung der Frage, welches Alter sie für Prävention am sinnvollsten fänden, gab es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Angehörigen und Betroffenen. Hier fanden insgesamt 74,9 % ein Alter von 10-13 Jahren als am geeignetsten. 11,4 % fanden ein Alter unter 10 Jahren geeigneter. 14 % schätzten ein Alter über 13 Jahren als sinnvoller ein.

Auf die Frage, in welchem Rahmen sie Prävention für sinnvoll halten, wählten 96 % der befragten Betroffenen die Arztpraxis als einen geeigneten Rahmen für Prävention, gefolgt von der Schule mit 94,4 % Zustimmung. Die geringste Zustimmung erlangten Vereine mit 63,8 %. Bei Angehörigen waren ebenfalls die Arztpraxis (100 %) und die Schule (97,5 %) die geeignetsten Rahmen für Prävention während Vereine am wenigsten gewählt wurden (72,5 %). Detailliertere Informationen können Tabelle 7 entnommen werden.

Tabelle 7. Rangreihe zur Einschätzung des geeigneten Rahmens für Prävention.

	Betroffene (N = 176)	Angehörige (N = 40)
1 Arztpraxen	96 % (n = 170)	100 %
2 Schule	94,4 % (n = 167)	97,5 % (n = 39)
3 Mädchen- und Jugendeinrichtungen	93,8 % (n = 165)	92,5 % (n = 37)
4 Webseiten mit Fachinformationen	93,2 % (n = 165)	95 % (n = 38)
5 soziale Medien (Facebook, Twitter, etc.)	84,7 % (n = 150)	85 % (n = 34)
6 klassische Medien (z.B. TV oder Zeitung)	79,1 % (n = 140)	77,5 % (n = 31)
7 als Informationsmaterial in Form von Flyern/Broschüren	76,8 % (n = 136)	87,5 % (n = 35)
8 sonstige Webseiten (z.B. Foren)	72,7 % (n = 128)	92,5 % (n = 37)
9 öffentliche Kampagnen (Plakataktionen, Stand in der Fußgängerzone)	67,6 % (n = 119)	82,5 % (n = 33)
10 Vereine (z.B. Turnverein)	63,8 % (n = 113)	72,5 % (n = 29)

Die bekannteste Möglichkeit zur Vorbeugung von Essstörungen bei Betroffenen (44,9 %) waren Online-Präventionsangebote. Jedoch nutzten bisher nur 18,9 % der Betroffenen und ein solches Angebot. Am zweithäufigsten (27,8 %) wurden Präventionsworkshops in spezialisierten Einrichtungen (z. B. Beratungsstellen oder Mädchenhäuser) von Betroffenen gewählt. Allerdings nutzten diese nur 11 % der befragten Betroffenen. In den Schulunterricht integrierte Präventionsprogramme waren bei 25,6 % der Betroffenen und 42,5 % der Angehörigen bekannt. Genutzt wurden diese von 12,7 % der Betroffenen und 17,1 % der Angehörigen. Weitere Angaben können Tabelle 8 entnommen werden. Am seltensten wurde Aktionen für Sportvereine gewählt. Nur 4 % der Betroffenen und 10 % der Angehörigen fanden diese Variante als hilfreich. Keiner der Betroffenen hat an einer solchen Aktion bislang teilgenommen.

Tabelle 8. Rangreihe des Bekanntheitsgrades von Möglichkeiten zur Vorbeugung.

		Betroffene (N = 176)		Angehörige (N = 40)	
		Fanden es hilfreich	Haben es genutzt	Fanden es hilfreich	Haben es genutzt
1	Online-Präventionsangebote	44,9 % (n = 79)	18,9 % (n = 31)	40 % (n = 16)	5,7 % (n = 2)
2	Präventionsworkshops in spezialisierten Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen o. Mädchenhäuser)	27,8 % (n = 49)	11 % (n = 18)	37,5 % (n = 15)	5,7 % (n = 2)
3	Präventionsprogramme/Präventionsangebote an Schulen, integriert in den Unterricht	25,6 % (n = 45)	12,7 % (n = 21)	42,5 % (n = 17)	17,1 % (n = 6)
4	Aktionen im öffentlichen Raum (z.B. Ausstellung in der Stadt oder Stand in der Fußgängerzone)	21,1 % (n = 37)	6,7 % (n = 11)	22,5 % (n = 9)	5,7 % (n = 2)
5	Präventionsprogramme/Präventionsangebote in Mädchen- und Jugendeinrichtungen	18,2 % (n = 32)	3,7 % (n = 6)	17,5 % (n = 7)	0 %
6	Präventionsprogramme/Präventionsangebote an Schulen als Projektwoche	17,6 % (n = 31)	8 % (n = 13)	22,5 % (n = 9)	5,7 % (n = 2)
7	Aktionen für Sportvereine	4 % (n = 7)	0 %	10 % (n = 4)	5,6 % (n = 2)

Betroffene fanden Inhalte, die das Selbstwertgefühl steigern (99,4 %), Aufklärung über Symptome von Essstörungen bieten (99,4 %) und den Umgang mit Emotionen beibringen (99,4 %) am wichtigsten bei der Prävention von Essstörungen. Die geringste Zustimmung bekam die Ernährungsberatung mit 77,4 %. Dies war auch der Fall für Angehörige. Weitere Informationen finden sich in Tabelle 9.

Tabelle 9. Rangreihe der Zustimmung % zur Wichtigkeit von Inhalten bei der Prävention von Essstörungen

	Betroffene (N = 177)	Angehörige (N = 40)
1 Selbstwertgefühl steigern	99,4 % (n = 176)	100 %
2 Aufklärung über Symptome von Essstörungen	99,4 % (n = 176)	100 %
3 Umgang mit Emotionen	99,4 % (n = 176)	97,5 % (n = 39)
4 Strategien für den Umgang mit Leistungsdruck und Stressbewältigung	98,9 % (n = 174)	100 %
5 Information und Aufklärung für Eltern und Familienangehörige	98,8 % (n = 175)	100 %
6 Erlernen von Problembewältigungsstrategien	97,8 % (n = 173)	100 %
7 Aufmerksam machen auf die Gefahr von Essstörungen	97,7 % (n = 173)	97,5 % (n = 39)
8 Information und Aufklärung für Hausärzte/Hausärztinnen	96,6 % (n = 171)	100 %
9 Thematisierung des Umgangs mit Essen	93,2 % (n = 175)	87,5 % (n = 35)
10 Strategien zum Umgang mit familiären Problemen	92,6 % (n = 164)	92,5 % (n = 36)
11 Information und Aufklärung für Lehrkräfte	91,5 % (n = 162)	100 %
12 Psychoedukation	91 % (n = 161)	90 %
13 Thematisierung und Umgang mit Veränderungen in der Pubertät	88,7 % (n = 157)	100 %
14 Mit Erfahrungen von Betroffenen auseinandersetzen	85,3 % (n = 151)	92,5 % (n = 37)
15 Thematisierung der Darstellung von Figur und Gewicht in den Medien (z.B. Bildbearbeitung)	84,7 % (n = 149)	95 % (n = 38)
16 Thematisierung von Schönheitsidealen	84,1 % (n = 148)	97,5 % (n = 39)
17 Thematisierung von Körperwahrnehmung	80 % (n = 154)	100 %
18 Ernährungsberatung	77,4 % (n = 137)	80 %

Beratungsstellen

Von 143 Betroffenen kannten 78,3 % (n = 112) eine Beratungsstelle für Essstörungen, 58,7 % (n = 84) davon besuchten bereits eine. 57,3 % (n = 82) kannten eine Beratungsstelle für Suchterkrankungen, 14,8 % (n = 21) davon besuchten bereits eine. Sonstige Beratungsstellen waren 56,6 % (n = 81) von Betroffenen bekannt und 26,8 % (n = 38) hatten in der Vergangenheit eine besucht. Bei den Angehörigen (N = 33) kannten 75,8 % (n = 25) eine Beratungsstelle für Essstörungen, 42,4 % (n = 17) davon besuchten in der Vergangenheit

eine. 66,7 % (n = 22) kennen eine Beratungsstelle für Suchterkrankungen, 18,2 % (n = 6) besuchten bereits eine. Sonstige Beratungsstellen kannten 63,6 % (n = 21) der Angehörigen, 33,3 % (n = 11) hatten eine besucht. Die Mehrheit der Befragten hat die Beratungsstelle, die sie besucht haben, vorher selbst recherchiert. 12,1 % der Betroffenen kam durch Fachpersonal in einer Klinik an die Beratungsstelle. 8,6 % der Angehörigen kamen durch nahestehende Personen an die Beratungsstelle. Nur 2,8 % der Betroffenen kam durch soziale Medien, das Jugendamt oder Aktionen in der Öffentlichkeit an die Beratungsstelle. Eine detailliertere Übersicht kann Tabelle 10 entnommen werden.

Tabelle 10. Rangreihe zur Frage, wie Betroffene und Angehörige an eine Beratungsstelle kamen.

	Betroffene (N = 215)	Angehörige (n = 58)
1 Selbst recherchiert	35,8 % (n = 77)	37,9 % (n = 22)
2 Fachpersonal in einer Klinik	12,1 % (n = 26)	6,9 % (n = 4)
3 ambulante Therapeuten/Therapeutinnen	9,8 % (n = 21)	6,9 % (n = 4)
4 Angehörige	9,3 % (n = 20)	6,9 % (n = 4)
5 Werbung (Flyer/Broschüren)	7,9 % (n = 17)	1,7 % (n = 1)
6 Hausarzt/Hausärztin	7,4 % (n = 16)	5,2 % (n = 3)
7 Nahestehende Personen	6 % (n = 13)	8,6 % (n = 5)
8 psychosoziales Fachpersonal (z.B. Sozialarbeiter/in)	6 % (n = 13)	1,7 % (n = 1)
9 Foren für Betroffene/Angehörige/nahestehende Personen	4,2 % (n = 9)	1,7 % (n = 1)
10 pädagogisches Fachpersonal (z.B. Lehrkräfte)	3,7 % (n = 8)	6,9 % (n = 4)
11 Jugendamt	2,8 % (n = 6)	1,7 % (n = 1)
12 Öffentlichkeit (z.B. Plakate in der U-Bahn/auf der Straße oder in öffentlichen Einrichtungen)	2,8 % (n = 6)	3,4 % (n = 2)
13 soziale Medien (z.B. Facebook oder Twitter)	2,8 % (n = 6)	3,4 % (n = 2)

Die wichtigsten Leistungen von Beratungsstellen waren laut Betroffenen persönliche Beratung (100 %), die Hilfe bei der Suche nach einem Therapieplatz (99,3 %), die Beratung für Minderjährige (97,9 %), Hilfe beim Übergang von der Klinik in die Nachsorge (97,2 %) sowie Präventionsangebote (97,2 %). Bei Angehörigen war dies vergleichbarer Weise der Fall. Jedoch hat nur eine geringe Menge der Befragten diese Leistungen bereits in Anspruch genommen. Am geringsten wurden Angebote für Männer (1,4 %) und fremdsprachige Beratung (2,8 %) in Anspruch genommen. Dennoch wurden Angebote für Männer von 95,8 %

der Betroffenen als wichtig bewertet. Genauere Daten können Tabelle 11 entnommen werden.

Tabelle 11. Rangreihe zur Einschätzung der Leistungen von Beratungsstellen.

		Betroffene (N = 143)		Angehörige (N = 33)	
		Finden es wichtig	Haben es genutzt	Finden es wichtig	Haben es genutzt
1	Persönliche Beratung	100 %	68,5 % (n = 98)	100 %	63,6 % (n = 21)
2	Hilfe bei der Suche nach einem Therapieplatz	99,3 % (n = 142)	40,6 % (n = 58)	100 %	27,3 % (n = 9)
3	Beratung für Minderjährige	97,9 % (n = 140)	18,3 % (n = 26)	100 %	18,2 % (n = 6)
4	Hilfe beim Übergang von Klinik in die Nachsorge	97,2 % (n = 139)	32,2 % (n = 46)	100 %	30,3 % (n = 10)
5	Präventionsangebote	97,2 % (n = 139)	10,6 % (n = 15)	97 % (n = 32)	9,1 % (n = 3)
6	Angebote speziell für Männer	95,8 % (n = 137)	1,4 % (n = 2)	93,9 % (n = 31)	3 % (n = 1)
7	Krisenintervention	95,8 % (n = 137)	23,2 % (n = 33)	100 %	12,1 % (n = 4)
8	Fortbildung und Information für Fachkräfte	95,8 % (n = 137)	6,3 % (n = 9)	97 % (n = 32)	12,1 % (n = 4)
9	Angebote zur Nachsorge	95,8 % (n = 137)	33,1 % (n = 47)	100 %	21,1 % (n = 7)
10	Hilfe im Umgang mit der Essstörung für nahestehende Personen	94,4 % (n = 135)	15,4 % (n = 22)	100 %	66,7 % (n = 22)
11	Austausch mit anderen Betroffenen	88,1 % (n = 126)	49 % (n = 70)	97 % (n = 32)	30,3 % (n = 10)
12	Elterngespräche	85,3 % (n = 122)	21 % (n = 30)	93,9 % (n = 31)	39,4 % (n = 13)
13	Infoveranstaltungen (z.B. in Schulen)	84,6 % (n = 121)	12 % (n = 17)	97 % (n = 32)	12,1 % (n = 4)
14	Fremdsprachige Beratung	83,9 % (n = 120)	2,8 % (n = 4)	72,7 % (n = 24)	3 % (n = 1)

15	Angebote einer Ernährungsberatung	83,2 % (n = 119)	36,4 % (n = 52)	78,8 % (n = 26)	24,2 % (n = 8)
16	Gruppenangebote	83,2 % (n = 119)	37,8 % (n = 54)	97 % (n = 32)	27,3 % (n = 9)
17	Gruppenangebote für Angehörige	80,4 % (n = 115)	6,3 % (n = 9)	93,9 % (n = 31)	42,4 % (n = 14)
18	Online-Beratung (z.B. Chat- oder E-Mailberatung)	77,6 % (n = 111)	21,7 % (n = 31)	66,7 % (n = 22)	9,1 % (n = 3)
19	Austausch mit anderen Angehörigen	74,1 % (n = 106)	11,2 % (n = 16)	90,9 % (n = 30)	60,6 % (n = 20)
20	Telefonberatung	72,7 % (n = 104)	17,5 % (n = 25)	75,8 % (n = 25)	24 % (n = 8)
21	Angebote für Entspannungsverfahren	62,9 % (n = 90)	28,2 % (n = 40)	84,8 % (n = 28)	9,1 % (n = 3)

Nachsorge

Am häufigsten nahmen Betroffene (76,8 %) eine ambulante Psychotherapie als Angebot einer Nachbetreuung in Anspruch gefolgt von einem Kontakt zu einer Beratungsstelle (46 %) und dem Wiegen beim Allgemeinarzt oder Allgemeinärztin (46,4 %). Nachsorgeangebote, die am wenigstens genutzt wurden, waren die Tagesklinik (12,3 %), therapeutische Wohngruppen (18,1 %) sowie Selbsthilfegruppen (17,4 %). Dennoch waren Tagesklinik (87 %) und therapeutische Wohngruppen (84,8 %), neben der ambulanten Psychotherapie, die bekanntesten Nachsorgeangebote. Eine genauere Aufschlüsselung der Daten findet sich in Tabelle 12.

Tabelle 12. Rangreihe zu den genutzten und bekannten Nachsorgeangeboten von Betroffenen und Angehörigen

		Betroffene (N = 138)		Angehörige (N = 33)	
		Kennen es	Nutzten es	Kennen es	Nutzten es
1	Ambulante Psychotherapie	91,3 % (n = 126)	76,8 % (n = 106)	90,9 % (n = 30)	66,7 % (n = 22)
2	Tagesklinik	87 % (n = 120)	12,3 %	75,8 %	12,1 % (n = 4)

			(n = 17)	(n = 25)	
3	Therapeutische Wohngruppe	84,8 % (n = 117)	18,1 % (n = 25)	72,7 % (n = 24)	30,3 % (n = 10)
4	Kontakt zu einer Beratungsstelle	83,8 % (n = 115)	46 % (n = 64)	84,8 % (n = 28)	42,4 % (n = 14)
5	Wiegen beim Allgemeinarzt oder der Allgemeinärztin	83,3 % (n = 115)	46,4 % (n = 64)	81,8 % (n = 27)	54,5 % (n = 18)
6	Selbsthilfegruppe	80,4 % (n = 111)	17,4 % (n = 24)	60,6 % (n = 20)	30,3 % (n = 10)
7	Kunst- /Gestaltungstherapie	79 % (n = 109)	32,6 % (n = 45)	69,7 % (n = 23)	24,2 % (n = 8)
8	Körper/Bewegungstherapie	78,3 % (n = 108)	33,3 % (n = 46)	69,7 % (n = 23)	27,3 % (n = 9)
9	Angeleitete Gruppentherapie	77,5 % (n = 107)	33,3 % (n = 46)	66,7 % (n = 22)	27,3 % (n = 9)
10	Ernährungstherapie	73,9 % (n = 102)	39,1 % (n = 54)	81,8 % (n = 27)	45,5 % (n = 15)
11	Sozialarbeiter/in	59,4 % (n = 82)	22,5 % (n = 31)	60,6 % (n = 20)	30,3 % (n = 10)

Der Großteil der Betroffenen kam durch eigene Veranlassung (38,6 %) oder Fachpersonal innerhalb einer Klinik (31,2 %) an Nachsorgeangebote. Den geringsten Anteil machten hier pädagogische (6,5 %) sowie psychosoziale (6 %) Fachkräfte aus.

Tabelle 13. Rangreihe zur Veranlassung der Nutzung von Nachsorgeangeboten.

	Betroffene (N = 215)	Angehörige (N = 58)
1 Eigene Veranlassung	38,6 % (n = 83)	32,8 % (n = 19)
2 Fachpersonal innerhalb einer Klinik	31,2 % (n = 67)	17,2 % (n = 10)
3 ambulante Therapeuten/Therapeutinnen	23,3 % (n = 50)	15,5 % (n = 9)

4	Hausarzt/Hausärztin	13,5 % (n = 29)	8,6 % (n = 5)
5	Beratungsstelle	12,6 % (n = 27)	8,6 % (n = 5)
6	Angehörige (z.B. Eltern, Geschwister, Ehepartner, etc.)	11,6 % (n = 25)	8,6 % (n = 5)
7	Nahestehende Personen (z.B. Freund/in oder Freundeskreis)	7,9 % (n = 17)	13,8 % (n = 8)
8	pädagogische Fachkräfte (z.B. Lehrkräfte)	6,5 % (n = 14)	3,4 % (n = 2)
9	psychosoziale Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiter/in)	6 % (n = 13)	3,4 % (n = 2)

Der wichtigste Aspekt der Nachsorge war laut befragten Betroffenen (100 %) der Umgang mit Rückfällen. Es folgten das Erlernen neuer Strukturen nach dem Klinikaufenthalt (98,6 %) und der regelmäßige Kontakt zu einer Ansprechperson (97,1 %). Bei Angehörigen waren dies ebenfalls die am häufigsten gewählten Antworten. Allerdings gab es hierbei signifikante Unterschiede zwischen Betroffenen und Angehörigen. So waren mehr Angehörige (96,9 %) als Betroffene (81,9 %) der Meinung, dass die Einbindung von Angehörigen in die Nachsorge ein wichtiger Aspekt der Nachsorge sei % ($U = 1233$, $p = ,0001$, $d = 0,6$). Auch Gruppenangebote fanden bei Angehörigen (90,6 %) signifikant mehr Zustimmung als bei Betroffenen (81,2 %; $U = 1756$, $p = ,05$, $d = 0,3$). Eine detaillierte Übersicht findet sich in Tabelle 14.

Tabelle 14. Rangreihe zur Zustimmung der Wichtigkeit von Aspekten der Nachsorge.

	Betroffene (N = 138)	Angehörige (N = 32)
1 Umgang mit Rückfällen	100 %	100 %
2 Erlernen neuer Strukturen nach dem Klinikaufenthalt	99,3 % (n = 137)	100 %
3 Regelmäßiger Kontakt zu einer festen Ansprechperson	98,6 % (n = 136)	100 %
4 individuelle Anpassung der Nachsorge an das Leben der betroffenen Person	97,1 % (n = 134)	100 %
5 Nahtloser Übergang von der Klinik in die Nachsorge	97,1 % (n = 134)	100 %
6 Hilfe den Alltag zu meistern	95,7 % (n = 132)	100 %
7 Angebote für Männer	94,9 % (n = 131)	90,6 % (n = 29)
8 Einbinden von nahestehenden Personen in die Nachsorge	84,1 % (n = 116)	87,5 % (n = 28)
9 Einbinden von Angehörigen in die Nachsorge	81,9 % (n = 113)***	96,9 % (n = 31)***
10 Gruppenangebote	81,2 % (n = 112)*	90,6 % (n = 29)*
11 Wohngruppen	80,4 % (n = 111)	90,6 % (n = 29)
12 Kontakt zu anderen Betroffenen	77,5 % (n = 107)	81,3 % (n = 26)
13 Nach Geschlechtern getrennte Wohngruppen	38,4 % (n = 53)	43,8 % (n = 14)

*p = ,05 Statistisch bedeutsam auf einem Niveau von 5 % (signifikant)

**p = ,001 Statistisch bedeutsam auf einem Niveau von 0,1 % (hoch signifikant)

Arten von Essstörungen bei Betroffenen und Angehörigen

Knapp die Hälfte der Befragten gab an, unter einer AN zu leiden/gelitten zu haben, oder Angehöriger einer Person mit einer Anorexia nervosa zu sein (47,7 %). Den geringsten Teil machten nicht näher bezeichnete Essstörungen aus (13,1 %), dicht gefolgt von Binge-Eating Störungen (13,5 %). Eine detaillierte Aufteilung der Arten von Essstörungen auf Betroffene und Angehörige kann Tabelle 15 entnommen werden.

Tabelle 15. Verteilung der Essstörungen für Betroffene und Angehörige.

	Betroffene (n = 195)	Angehörige (n = 42)	Insgesamt (N = 237)
Anorexia nervosa	43,1 % (n = 84)	69 % (n = 29)	47,7 % (n = 113)
Bulimia nervosa	27,7 % (n = 54)	16,7 % (n = 7)	25,7 % (n = 61)
Nicht näher bezeichnete Essstörung	13,8 % (n = 27)	9,5 % (n = 4)	13,1 % (n = 31)
Binge-Eating-Störung	15,4 % (n = 30)	4,8 % (n = 2)	13,5 % (n = 32)

Wahrgenommene Auslöser innerhalb der verschiedenen Arten von Essstörungen (ohne Unterscheidung von Betroffenen und Angehörigen)

Innerhalb der verschiedenen Arten von Essstörungen unterschied sich die Wahrnehmung möglicher Auslöser von Essstörungen. Ein signifikanter Unterschied konnte bei der Antwortmöglichkeit „nicht erwachsen werden wollen“ festgestellt werden ($\chi^2(3) = 10,53$, $p = ,02$, $d = 0,4$). Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen BES (25,1 %, $n = 8$) und den anderen drei Essstörungsformen (AN 65,4 %, $n = 70$, BN 55 %, $n = 33$) sowie NNB 50 %, $n = 15$). Einen weiteren signifikanten Unterschied gab es bei „sozialen Medien“ ($\chi^2(3) = 9,93$, $p = ,02$, $d = 0,4$). Hier unterschieden sich AN (68,6 %, $n = 74$) und BES (90,7 %, $n = 29$). Auch für die „Darstellung von Schönheitsidealen in den Medien“ konnte ein Gruppenunterschied festgestellt werden ($\chi^2(3) = 15,1$, $p = ,002$, $d = 0,5$) zwischen AN (64,9 %, $n = 70$) und BES (90,6 %, $n = 29$) sowie zwischen BN (83,4 %, $n = 50$) und AN ($p = 0,02$). Weitere Details können Abbildung 1 entnommen werden.

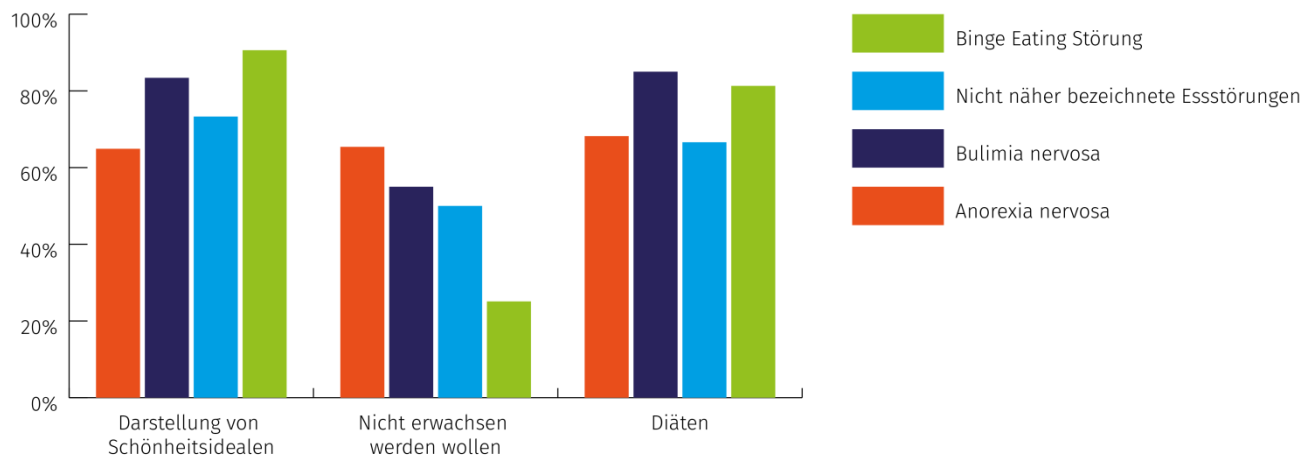


Abbildung 1. Prozentuale Zustimmung Auslöser von Essstörungen

Unterschiede in der Nutzung von Nachsorgeangeboten zwischen verschiedenen Arten von Essstörungen (Betroffene und Angehörige zusammengenommen)

Es zeigte sich ein signifikanter Gruppenunterschied bei der Nutzung ambulanter Psychotherapie ($\chi^2(3) = 14,94, p = ,002, d = 0,6$) zwischen AN (84,9 %, $n = 73$) und BES (44,4 %, $n = 8$). Ein weiterer Unterschied konnte bei der Nutzung von therapeutischen Wohngruppen festgestellt werden ($\chi^2(3) = 15,39, p = ,002, d = 0,6$) zwischen AN (31,4 %, $n = 27$) und BES (0 %). Beim Wiegen in einer Allgemeinarztpraxis gab es signifikante Unterschiede ($\chi^2(3) = 20,38, p = ,0001, d = 0,7$) zwischen AN (31,4 %, $n = 27$) und BN (31 %, $n = 13$), NNB (32 %, $n = 8$) sowie BES (0 %). Zudem ergab sich für die Inanspruchnahme von Sozialarbeitern ($\chi^2(3) = 8,78, p = ,03, d = 0,4$) ein signifikanter Unterschied zwischen AN (31,4 %, $n = 27$) und BES (0 %). Eine Übersicht kann Abbildung 2 entnommen werden.

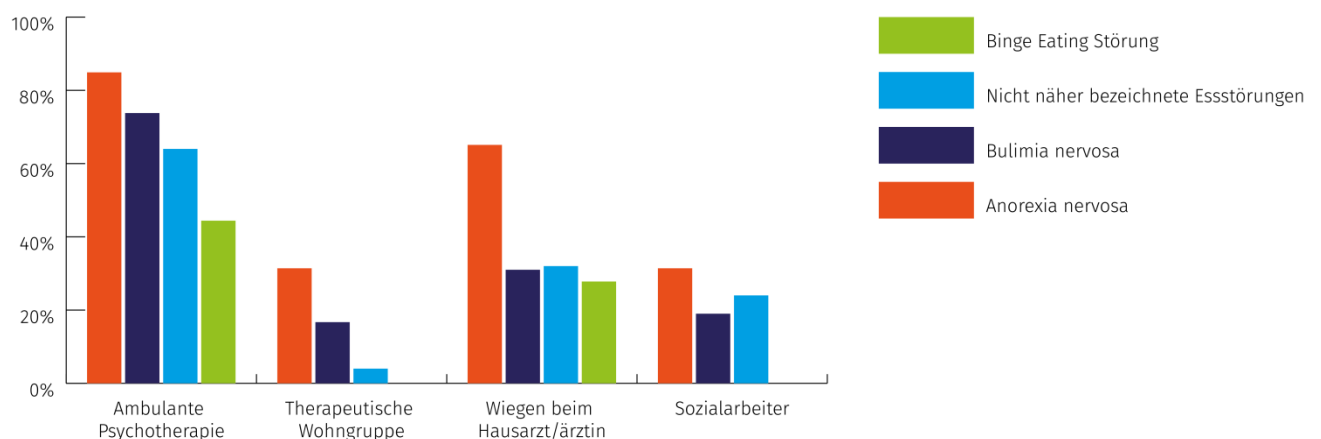


Abbildung 2. Nutzen von Nachsorgeangeboten bei den verschiedenen Essstörungen.

Beim Wissen über Nachsorgeangebote ergaben sich signifikante Gruppenunterschiede für die ambulante Psychotherapie ($\chi^2(3) = 16,57, p = ,001, d = 0,6$) zwischen AN (97,7 %, $n = 84$) und NNB (80 %, $n = 20$) sowie BES (72,2 %, $n = 13$). Ein ähnlicher Gruppenunterschied konnte für therapeutische Wohngruppen gefunden werden ($\chi^2(3) = 15,63, p = 0,001, d = 0,6$) zwischen AN (89,5 %, $n = 77$) und NNB (60 %, $n = 15$) sowie zwischen BN (88,1 %, $n = 37$) und NNB ($p = 0,02$). Einen weiteren Unterschied gab es für das Wiegen in einer Allgemeinarztpraxis ($\chi^2(3) = 10,66, p = ,01, d = 0,5$) zwischen AN (89,5 %, $n = 26$) und NNB (72,2 %, $n = 13$).

Zusätzlich gab es einen signifikanten Gruppenunterschied bei der Frage nach der Wichtigkeit bestimmter Aspekte der Nachsorge für Gruppenangebote ($\chi^2(3) = 13,75, p = ,003, d = 0,6$) zwischen AN (80 %, $n = 68$) und BN (95,2 %, $n = 40$) sowie zwischen NNB (68 %, $n = 17$) und BN ($p = ,02$).

8. Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieser Studie war es, die Bedarfe von Betroffenen, Angehörigen und nahestehenden Personen im Hinblick auf Informationen zu Essstörungen, Präventions-, Beratungs- und Nachsorgeangeboten systematisch durch schriftliche und mündliche Befragungen der Zielgruppen selbst zu erfassen. Im folgenden Abschnitt werden Ergebnisse aus der Studie vor dem Hintergrund der Vorhabenziele diskutiert.

Krankheitswahrnehmung und Krankheitstheorie

Für Betroffene mit BES vergingen im Durchschnitt 13 Jahre, und damit signifikant mehr Zeit zwischen dem Erkennen der ersten Symptome der Essstörung und der offiziellen Diagnose, als bei AN (3 Jahre) oder BN (3,7 Jahre). Ein möglicher Grund dafür könnte die späte Einführung der offiziellen Diagnosekriterien dieser Erkrankung sein. Erst seit 1994 wurden Forschungskriterien der BES im Diagnosemanual DSM-IV, das aber meist nur von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten genutzt wird, beschrieben. Diagnostiziert wurde eine Binge-Eating-Störung damals allerdings noch als nicht näher bezeichnete Essstörung. Erst mit Erscheinen des neuen DSM-5 gilt BES offiziell als Erkrankung (Deutsche Version eingeführt 2015). Im ICD-10, das auch von Ärztinnen und Ärzten genutzt wird, taucht BES bis dato noch nicht auf. Eine Einführung der Erkrankung für das ICD-11 wird erwogen (Lu, Mannan & Hay, 2017).

Betroffenen und Angehörigen wurde die Essstörung am häufigsten durch die eigene Erkenntnis bewusst (50 % und 62 %). Auch das Bewusstsein etwas gegen die Essstörung zu tun, trat am häufigsten durch die eigene Erkenntnis ein (43 % und 68 %). Für Betroffene waren Angehörige, nahestehende Personen und Fachpersonal innerhalb einer Klinik, neben der eigenen Erkenntnis, am einflussreichsten. Hausärzte/-ärztinnen und Lehrkräfte wurden am seltensten genannt. Obwohl Angehörige mit 13 % als zweithäufigster Grund für das Erkennen der eigenen Essstörung genannt wurden, waren sie mit nur 5 % der Nennungen der zweitletzte Grund für Betroffene etwas gegen die Essstörung zu unternehmen. Nahestehende Personen spielten hier mit 19 % eine größere Rolle.

Die potentiellen Auslöser von Essstörungen, die mit jeweils über 90 % die meiste Zustimmung von beiden Gruppen erlangten, waren „sich im eigenen Körper unwohl fühlen“, Perfektionismus, geringer Selbstwert und persönliche Leistungsansprüche. Die Ergebnisse

zeigten jedoch auch eine Diskrepanz in der Krankheitswahrnehmung zwischen Betroffenen und Angehörigen. Betroffene waren bspw. signifikant häufiger als Angehörige der Überzeugung, dass Probleme in der Kindheit, Familiäre Probleme, Ernährungsgewohnheiten innerhalb der Familie, eine bereits bestehende Essstörung innerhalb der Familie, Familiärer Erwartungsdruck (marginal) und Trauma potentielle Auslöser von Essstörungen sein können. Angehörige wiederum waren häufiger der Ansicht, Pubertät (marginal) und nicht erwachsen werden wollen seien mögliche Auslöser. Diese Diskrepanzen weisen auf einen Unterschied zwischen Betroffenen und Angehörigen in ihrer Wahrnehmung der Krankheit hin. So sehen Angehörige die Kindheit und das familiäre Umfeld der Betroffenen weniger als Faktor in der Entstehung einer Essstörung sondern eher den Übergang von Kindheit in das Erwachsenenalter.

Informationsmaterialien

Die von 83 % der Betroffenen und 91 % der Angehörigen am häufigsten genutzte Informationsquelle waren professionelle Internetseiten z. B. von Kliniken, Beratungsstellen oder der BZgA. Diese Internetseiten bekamen auch die zweithöchste Bewertung von Betroffenen und die dritthöchste Bewertung von Angehörigen. Am hilfreichsten fanden fast alle Betroffene Informationen von Fachpersonal, wie z.B. Ärzte/Ärztinnen oder Psychologinnen und Psychologen. Angehörige schätzten professionelle und sonstige Bücher als am hilfreichsten ein. Ein Kanal der noch verstärkt genutzt werden könnte waren Applikationen für mobile Telefone (Apps). Diese wurden zwar nur von wenigen Betroffenen (22 %) und Angehörigen (12 %) genutzt, dennoch schätzen über die Hälfte dieses Medium als hilfreich ein. Möglicherweise sind Apps für Essstörungen noch nicht bekannt genug oder noch nicht attraktiv genug für potentielle Nutzerinnen und Nutzer. Des Weiteren wurden Poster und Plakate am wenigsten von Betroffenen genutzt und auch am geringsten bewertet. Auch Angehörige nutzten dieses Angebot kaum, allerdings schätzte die Hälfte dieses als hilfreich ein. Soziale Medien wurden von der Hälfte der Betroffenen genutzt und sind auf Platz 8 der am hilfreichsten eingeschätzten Informationsmaterialien. Dennoch kamen nur wenige (16 %) durch soziale Medien an andere Informationsquellen. Die größte Diskrepanz konnte für Vorträge von Betroffenen sowie von Fachpersonal (z. B. in der Klinik oder Schule) gefunden werden. Nur wenige der Betroffenen und Angehörigen nutzten diese Angebote, dennoch wurden sie von über 80 % beider Gruppen als hilfreich eingeschätzt. Dies weist möglicherweise auf einen Mangel an Vorträgen in solchen Einrichtungen hin.

Flyer und Broschüren wurden von Angehörigen als hilfreicher eingeschätzt als von Betroffenen, aber gleich oft genutzt (von etwas über der Hälfte). Möglicherweise ist es für beide Gruppen schwierig an solche Angebote zu kommen. Dies wird auch bestärkt durch die Frage, wie beide Gruppen an die Angebote kamen. Am häufigsten haben beide Gruppen selbst recherchiert. Für Betroffene waren ambulante Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Beratungsstellen sowie Fachpersonal in der Klinik die Quellen, durch die sie am ehesten, neben der eigenen Recherche, an Infomaterialien gelangten. Diese scheinen für Betroffene bereits gut etablierte Multiplikatoren zu sein. Nur sehr wenige Betroffene (12 %) kamen durch Hausärzte/-ärztinnen an Informationsangebote. Da der Hausarzt bzw. die Hausärztin für den Großteil der Betroffenen von Essstörungen die erste Kontaktperson ist (Muehleck et. al. 2017), sollten mehr Informationsmaterialien in Allgemeinarztpraxen ausliegen. Ähnlich verhielt es sich bei pädagogischem Fachpersonal (z. B. Lehrkräften). Nur ein sehr geringer Teil der Betroffenen bekam dort Informationsmaterialien zum Thema Essstörungen. Da die Schule ein integraler Bestandteil des Lebens ist, sollte dort auch mehr Informationsmaterial für Schülerinnen und Schüler zur Verfügung stehen. Am geeignetsten erscheinen hier, aufgrund bereits genannter Ergebnisse, Informationen direkt von Lehrkräften (z. B. durch Beratungsstellen vermitteltes Wissen an die Lehrkräfte), Vorträge von Betroffenen oder Fachpersonal, Bücher sowie Flyer oder Broschüren.

Darstellung von Essstörungen in den Medien

Bei der Darstellung von Essstörungen in den Medien waren sowohl Betroffene als auch Angehörige der Meinung, dass Essstörungen nicht in Zusammenhang mit Models thematisiert werden sollten. Weitere Kritikpunkte mit über 95 % Zustimmung waren die mangelhafte Thematisierung von älteren Menschen mit Essstörungen sowie das Darstellen von Diäten als wünschenswert. Der Großteil der Betroffenen empfand den Fokus der Darstellungen von Essstörungen in den Medien als zu sehr auf dem Körperbild liegend und die Aufklärung über Essstörungen als nicht ausreichend. Des Weiteren waren Betroffene der Meinung, der Fokus läge zu sehr auf AN und extremem Untergewicht. Daraus könnte abgeleitet werden, dass zukünftige mediale Darstellungen von Essstörungen (z. B. im Fernsehen) mehr auf andere Symptome, wie geringen Selbstwert oder Perfektionismus, eingehen und auch Betroffene von BN, BES sowie NNB vermehrt thematisiert werden sollten. Auch ältere Menschen und Männer sollten eingebunden werden und Essstörungen sollten nicht nur in Verbindung mit Models bzw. als „Modelkrankheit“ dargestellt werden.

Prävention

Über die Hälfte der Betroffenen und Angehörigen fand eine allgemeine Aufklärung über Essstörungen sinnvoll. Eine ähnliche Anzahl von Betroffenen fand die Vorbeugung von Essstörungen bei Personen mit einem erhöhten Risiko (Sekundärprävention) sinnvoll. Angehörige waren signifikant weniger überzeugt davon. Präventionsangebote für gesunde Personen (Primärprävention) fanden weniger als die Hälfte beider Gruppen für sinnvoll. Weniger als ein Viertel der Betroffenen hat jemals an einem Präventionsprogramm teilgenommen oder ein Präventionsangebot in Anspruch genommen. Dennoch schätzten fast die Hälfte der Betroffenen Online-Präventionsangebote und ein Viertel Prävention in spezialisierten Einrichtungen (z. B. Beratungsstellen oder Mädchenhäuser) sowie an Schulen für am hilfreichsten ein.

Die von Betroffenen und Angehörigen mit jeweils über 90 % am höchsten bewerteten Settings für Prävention, Aufklärung und Information waren Arztpraxen, Schulen, Mädchen- und Jugendeinrichtungen sowie Webseiten mit Fachinformationen, gefolgt von sozialen Medien mit ca. 85 %. Auch klassische Medien und Flyer sowie Broschüren wurden von etwas mehr als Dreiviertel der Betroffenen als ein sinnvolles Setting für Prävention bewertet. Auch zum Thema Prävention scheinen Arztpraxen eine Lücke zu sein, die für potentielle Präventionsprogramme oder Informationsangebote genutzt werden kann. Des Weiteren bestätigen die Ergebnisse, dass Prävention in Schulen und Beratungsstellen auch vom Großteil der befragten Betroffenen und Angehörigen als ein ideales Setting empfunden und als sinnvoll eingeschätzt wird.

Als ideales Alter für Prävention fanden Dreiviertel der befragten Angehörigen und Betroffenen eine Altersspanne von 10-13 Jahren ideal. Die Ergebnisse bestätigen die Wichtigkeit von Schulen in der Präventionsarbeit. Eine erhöhte Implementation von Präventionsprogrammen an Schulen als potentiell Ziel könnte daraus entnommen werden. Allerdings wird diese durch verschiedene Faktoren erschwert, wie jüngere Forschungsarbeiten zeigen (Adametz *et al.* 2017). Insbesondere die Unterstützung durch die Schulleitung und durch politische Entscheidungsträger (Kultusministerien) könnte hier zu einer verbesserten Implementation von Präventionsprogrammen an Schulen beitragen.

Generell wurden Präventionsangebote ca. doppelt so häufig als hilfreich eingestuft, als sie tatsächlich genutzt wurden.

Auf die Frage, welche Hilfestellung sie gern (gehabt) hätten im Umgang mit der Essstörung, erwähnten Betroffene und Angehörige in den Interviews unter anderem:

- eine frühere Aufklärung in der Schule
- Beratung für Minderjährige
- Kontakt zu und Erfahrungen von Betroffenen
- mehr Informationen für Männer
- allgemein mehr Informationen über Essstörungen und deren Symptomatik
- sowie mehr aktive Hilfe von Lehrkräften.

Diese Punkte wurden auch vom Großteil der Betroffenen, die an der Online-Befragung teilnahmen, als wichtig eingestuft. Am höchsten wurden die Steigerung des Selbstwertgefühls, die Aufklärung über Symptome von Essstörungen sowie der Umgang mit Emotionen in der Prävention von Essstörungen bewertet. Am geringsten, aber immer noch mit knapp 80 %, wurde eine Ernährungsberatung als eine wichtige Möglichkeit der Prävention bewertet. Allgemein fiel auf, dass alle genannten Inhalte von Präventionsprogrammen von Essstörungen von bei beiden Gruppen hoch bewertet wurden und ein Großteil der Antworten von Betroffenen und Angehörigen aus den Interviews auch von den Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Online-Befragung bestätigt wurden.

Beratungsstellen

Bei der Einschätzung der Wichtigkeit der Angebote von Beratungsstellen fällt auf, dass alle der 21 genannten möglichen Angebote von mindestens zwei Dritteln der Betroffenen und Angehörigen als wichtig eingestuft wurden. Die laut Betroffenen wichtigsten Angebote von Beratungsstellen sind, neben der persönlichen Beratung, die Hilfe bei der Suche nach dem Therapieplatz, die Beratung für Minderjährige, Hilfe beim Übergang von der Klinik in die Nachsorge und Präventionsangebote sowie Angebote speziell für Männer und Kriseninterventionen. Dennoch nutzen weniger als die Hälfte diese Angebote. Besonders bei Angeboten für Männer und der fremdsprachigen Beratung fiel eine hohe Diskrepanz zwischen der Bewertung der Wichtigkeit und der tatsächlichen Nutzung auf. Womöglich, wie auch bereits in den durchgeführten Interviews mit Angehörigen und Betroffenen erwähnt, sind viele Beratungsstellen schwer erreichbar für Personen in ländlichen Gegenden oder bieten solche Leistungen noch nicht an (z. B. Beratung für Minderjährige). Auch

Infoveranstaltungen an Schulen wurden von der Mehrheit der Angehörigen und Betroffenen als wichtig eingestuft, dennoch nahmen nur etwas mehr als ein Viertel tatsächlich an solchen Veranstaltungen teil. Dies könnte wiederum auf eine Lücke hinweisen, da Betroffene und besonders auch Angehörige stark an mehr Infoveranstaltungen von Beratungsstellen an Schulen interessiert zu sein scheinen. Mit am geringsten bewertet und genutzt war bei Betroffenen und Angehörigen die Telefonberatung.

Nachsorge

Etwa Dreiviertel der Betroffenen nutzte die ambulante Psychotherapie als Nachsorgemöglichkeit, wobei fast alle diese Möglichkeit kannten. Bei Betroffenen mit BES waren die Zahlen der Nutzung signifikant niedriger als die von Betroffenen mit AN. BES-Betroffene kannten die ambulante Psychotherapie auch signifikant weniger.

Am wenigsten bekannt waren mit ca. 60 % Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Weniger als ein Viertel hatten je Kontakt zu einem/einer Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin. Von Betroffenen mit BES nutzte niemand die Angebote eines Sozialarbeiters oder einer Sozialarbeiterin. Noch weniger wurden die Angebote einer Tagesklinik, therapeutischen Wohngruppe und Selbsthilfegruppe genutzt, obwohl diese bei dem Großteil der Betroffenen bekannt waren und von über 80 % als wichtig eingestuft wurden. Betroffene mit BES nutzten das Angebot einer therapeutischen Wohngruppe überhaupt nicht. Fast alle Betroffenen mit BN schätzten Gruppenangebote als wichtig ein, signifikant mehr als Betroffene mit AN oder NNB.

Fast die Hälfte der Betroffenen nutzte den Kontakt zu einer Beratungsstelle sowie das Wiegen beim Allgemeinarzt oder der Allgemeinärztin. Besonders genutzt wurde dieses Angebot von Betroffenen mit AN, signifikant häufiger als alle anderen Betroffenen.

Allgemein fällt, außer bei der ambulanten Psychotherapie bei AN, BN und NNB, eine starke Diskrepanz zwischen dem Wissen über bestimmte Angebote und der tatsächlichen Nutzung auf. Da fast alle Betroffene das Erlernen neuer Strukturen nach dem Klinikaufenthalt sowie den nahtlosen Übergang von der Klinik in die Nachsorge als wichtig erachteten, könnte dies ein Hinweis auf einen Mangel an Angeboten oder auf eine zu hohe Schwelle zwischen Klinikaufenthalt und Nachsorge sein. Auch in den Interviews wurde von fast der Hälfte der Angehörigen und Betroffenen die hohe Schwelle zwischen Klinikaufenthalt und Nachsorgeangeboten sowie die geringe Anzahl von Angeboten in ihrer Umgebung erwähnt.

Ebenso wichtig waren dem Großteil der Betroffenen die individuelle Anpassung der Nachsorge an das eigene Leben sowie der regelmäßige Kontakt zu einer festen Ansprechperson.

9. Gender Mainstreaming Aspekte

Von den „klassischen“ Essstörungen Magersucht und Bulimie sind nach wie vor bis zu 10-mal mehr Mädchen und Frauen betroffen als Jungen und Männer. Bei der Binge-Eating-Störung hält sich das Geschlechterverhältnis ungefähr die Waage. Bislang gibt es zu wenige wissenschaftliche Studien, um über Besonderheiten in Ätiologie, Auftreten und Verlauf von Essstörungen bei Männern fundierte Aussagen machen zu können. Bei der intendierten Online-Befragung war, wie zu erwarten, nur ein kleiner Teil der Befragten Männer. Aufgrund der zu erwartenden geringen Teilnehmerzahlen bei den Männern erscheint es sinnvoll, die Befragung in Bezug auf die Bedarfe und Wünsche von männlichen Betroffenen eher als Einstieg in die Thematik zu sehen und die Ergebnisse mit großer Vorsicht zu interpretieren. In der Online-Befragung sowie den Interviews wurden explizit Frauen, Mädchen, Männer und Jungen als potenzielle betroffene Personen aufgeführt. Für Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Online-Befragung besteht ebenfalls die Möglichkeit ein drittes Geschlecht anzugeben. Des Weiteren wurde bei der Online-Befragung auf beide Geschlechter explizit eingegangen (z. B. Ärztinnen und Ärzte) oder, falls möglich, eine geschlechtsneutrale Sprache bevorzugt (z. B. Lehrkräfte, Angehörige und nahestehende Personen).

10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Vorgesehen ist die Veröffentlichung der Projektergebnisse in Form einer Ergebnisbroschüre für die interessierte Öffentlichkeit sowie die Zielgruppe der von Essstörungen betroffenen Personen und deren Angehörige und nahestehende Personen. Für die Mitglieder der BMG-Expertengruppe wird eine digitale Präsentation vorbereitet. Die Übersicht der Präventionsprogramme und Informationsmaterialien zum Thema Essstörungen sind z. T. bereits publiziert bzw. werden mit diesem Ergebnisbericht zur Weitergabe an die BMG-Expertengruppe bereitgestellt.

Weiterhin geplant ist neben der Information der BMG-Expertengruppe auch der digitale Versand der Ergebnisbroschüre an die betroffenen Personen und deren Angehörige sowie die beteiligten Institutionen, die an den Befragungen teilgenommen haben (über

Bundesfachverband für Essstörungen e. V., Therapie-Centrum für Ess-Störungen, Frankfurter Zentrum für Essstörungen gGmbH).

Die Ergebnisse des Projekts wurden bereits in Form eines Posters auf dem 6. Wissenschaftlichen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen in München (01.03. - 03.03.18) dargestellt.

Für den Herbst diesen Jahres ist außerdem ein gemeinsames Symposium mit der Arbeitsgruppe des Universitätsklinikums Tübingen, unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Stefan Zipfel, und der Arbeitsgruppe des Universitätsklinikums Jena, unter der Leitung von Herrn PD Dr. Uwe Berger, geplant. Zweck dieses Symposiums ist die Zusammenführung der individuellen Projektergebnisse beider Projekte und der Austausch mit der BMG-Expertengruppe.

11. Verwertung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie geben einen tieferen Einblick in die Nutzung von Präventionsangeboten, Informationsmaterialien, Beratungsstellen und Angeboten zur Nachsorge von Betroffenen und Angehörigen. Daraus ergeben sich weitere Implikationen sowie weiterführende Fragestellungen für zukünftige Studien.

So könnte die festgestellte unterschiedliche Wahrnehmung möglicher Auslöser von Essstörungen zwischen Betroffenen und Angehörigen genutzt werden, beide Gruppen vor dem Hintergrund neueren Expertenwissens besser über die ätiologischen und aufrecht erhaltenden Faktoren von Essstörungen zu informieren. Grundlage hierfür könnte z. B. eine gezielte Verbreitung der 2015 erschienenen Patientenleitlinie zu Essstörungen sein. Dies schließt für beide Gruppen die unbedingte Motivierung ein, möglichst frühzeitig professionelle Hilfe zu suchen, insbesondere auch bei Anzeichen einer BES, die vielen noch nicht als behandlungsbedürftige Essstörung bekannt ist. Wie die Ergebnisse zeigen, geschieht das Erkennen der Erkrankung sowie die Motivation zur Hilfesuche bislang noch kaum über Lehrkräfte oder Ärztinnen und Ärzte. Hier wurden mit der Konzeption zweier Informationsflyer unter Finanzierung des BMG bereits erste Schritte unternommen, dies zu ändern. Hierbei würde sich anbieten zu überlegen, wie eine bessere Bekanntmachung dieses Materials bei den Zielgruppen erreicht werden könnte.

Präventionsangebote halten ungefähr die Hälfte der Betroffenen und Angehörigen für sinnvoll, wobei hier Sekundärprävention den Vorzug erhält. Bei geeigneten Settings werden

Schulen, für die es bereits Präventionsangebote gibt, erst an zweiter Stelle nach Arztpraxen genannt. Hier ergäbe ein interessanter Ansatz für verstärkte präventive Bemühungen. Die auffällige Diskrepanz zwischen der Einstufung von Prävention als hilfreich und der tatsächlichen Nutzung verweist auf erhöhten Informationsbedarf zu bereits verfügbaren Angeboten.

Diese Diskrepanz tritt bei der Einschätzung der Leistung von Beratungsstellen noch mehr zu Tage. Hier werden die meisten Angebote von über 90% der Befragten für wichtig gehalten, jedoch haben oft nur ca. 10-30 % solche Angebote bislang genutzt. Sehr wahrscheinlich liegt dies am ausgesprochen dünnen Netz an ca. 30 spezialisierten Beratungsstellen für Essstörungen in Deutschland. Es gibt in etwa so viele Beratungsstellen wie Städte mit über 500.000 Einwohnern und Einwohnerinnen. Damit sind diese Angebote außerhalb der Großstädte kaum versorgungsrelevant. Hier könnte über Lösungen nachgedacht werden, wie z. B. durch den Einsatz von modernen Medien (wie Skype oder Telekonferenzen) die Lücke zwischen präferierter persönlicher Beratung und weniger beliebter Telefonberatung geschlossen werden könnte.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Nachsorge. Hier verweisen die Ergebnisse der Interviews auf einen eindeutigen Mangel an Angeboten, trotz starker Nachfrage. Bislang wird daher Nachsorge von gut zwei Drittel der Betroffenen und Angehörigen im Rahmen der ambulanten Therapie genutzt und von 12-30 % im Rahmen einer Tagesklinik, therapeutischen Wohngruppe oder einer Selbsthilfegruppe.

Insgesamt unterstützen die Ergebnisse der Befragungen das Bemühen der BMG-Expertengruppe für eine Stärkung der integrierten Versorgung bei Essstörungen. So halten zwar die meisten Betroffenen und Angehörigen die Versorgung durch Vorbeugung und Beratung sowie Nachsorge für hilfreich und wichtig, können diese jedoch aufgrund fehlender Angebote nicht nutzen.

Die aufgebauten Strukturen, mit der Zusammenarbeit zwischen dem Universitätsklinikum Jena und der UAG der BMG-Expertengruppe sowie der Kooperation mit der Arbeitsgruppe in Tübingen können genutzt werden, um die skizzierten weiterführenden Fragestellungen ins Visier zu nehmen.

12. Publikationsverzeichnis

Bisher gibt es noch keine veröffentlichten Publikationen.

Literatur

- Adametz, L., Richter, F., Preußner, J., Mühleck, J., Wick, K., Strauß, B., & Berger, U. (2017). Implementation of the school-based prevention programs PriMa and Torera for eating disorders: A long-term qualitative analysis of barriers and facilitators. *Mental Health & Prevention*, 8, 7-13.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., AWMF. (2012, Hrsg.). S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Essstörungen;
- Berger U. Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen. Stuttgart: Kohlhammer; 2008
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA. (Hrsg.). Essstörungen – Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen. Köln: BZgA; 2000
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA. (Hrsg.). Empfehlungen zur Integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland. Köln: BZgA; 2012
- Gerlinghoff, M., Backmund, H. & Mai, N. (1993). Magersucht und Bulimie – verstehen und bewältigen. Weinheim: Beltz.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2011). »Is(s) was?!« Ess-Störungen: Wann sollten sich Eltern Sorgen machen? Wie Eltern und Fachleute helfen können. Weinheim: Beltz.
- Graap, H. (2007). Erfassung der Problembereiche, des Bedarfs und der Bedürfnisse an Unterstützung von Angehörigen schizophrener und essgestörter PatientInnen. Bamberg: Otto-Friedrich-Universität Bamberg.
- Haigh, R & Treasure, J. (2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 11(2): 125-41
- Herbst, F. (2010). Angehörige anorektischer und bulimischer Patientinnen: ihre Probleme, ihre Bedarf und ihre Bedürfnisse an Unterstützung. Erlangen-Nürnberg: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Lu, H. K., Mannan, H., & Hay, P. (2017). Exploring relationships between recurrent binge eating and illicit substance use in a non-clinical sample of women over two years. *Behavioral Sciences*, 7(3), 46.
- Muehleck, J., Richter, F., Bell, L., Wick, K., Strauß, B., Berger, U. Inanspruchnahme des Versorgungssystems und Prävalenz bei Essstörungen - Kohortenstudie zu Sekundärdaten der gesetzlichen Krankenversicherung. *Psychotherapeut*, 63(4): 315-321.
- Rosendahl, J., Tefikow S. (2013). Standardisiertes Publizieren wissenschaftlicher Arbeiten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63(7), 296-7.
- Simeoni, E. (2012). Schlagmann. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Treasure, J., & Alexander, J. (2014). Gemeinsam die Magersucht besiegen: Ein Leitfaden für Betroffene, Freunde und Angehörige (7., überarb. und erw. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Treasure, J., Claudino, A. M. & Zucker, N. (2010). Eating Disorders. *Lancet*; 375: 583-593
- Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R. & Suarez, N. C. (2013). Parents' Experiences of Having and Caring for a Child With an Eating Disorder. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 21:5, 395-407.
- Wesemann, D. & Grunwald, M. (2007). Onlineberatung für Betroffene von Essstörungen und deren Angehörige. *Psychotherapeut*; 53(4): 284-9

Winn, S., Perkins, S., Murray, J., Murphy, R. & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa. Part 2: Carers' needs and experiences of services and other support. *The International journal of eating disorders*, 36(3): 269-79

Zámbó, G. (2007). *Mein heimlicher Hunger: Ich hatte Essstörungen und bin geheilt*. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Zeeck, A., & Herpertz, S. (2016). *Diagnostik und Behandlung von Essstörungen - Ratgeber für Patienten und Angehörige: Patientenleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGEES) (1. Ausgabe)*. Berlin Heidelberg: Springer.

Überblick deutschsprachiger Informationsmaterialien

für Essstörungen



Überblick deutschsprachiger Informationsmaterialien für Essstörungen

Titel	Verlag/ Herausgeber	Autor	Jahr	Art	Zielgruppe	Format	Zusammenfassung
>>Is(s) was?!<< Ess-Programm mit Rezepten	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert Backmund	2017	Broschüre	Betroffene	Als PDF sowie Broschüre bestellbar	Einführung ins Thema Essen und Gewichtszunahmen/abnahme für Patienten mit Essstörungen
>>Is(s) was?!<< Eine Information von Fachleuten	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert Backmund	2017	Broschüre	Fachkräfte, Angehörige sowie Betroffene	Als PDF online bestellbar	Allgemeine Information über Essstörungen von Fachleuten
>>Is(s) was?!<< Eine Information von Betroffenen	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert Backmund	2017	Broschüre	Fachkräfte, Angehörige sowie Betroffene	Als PDF online bestellbar	Berichte und Kommentare von Patienten und Patientinnen
>>Is(s) was?!<< Eine Information für Lehrerinnen und Lehrer	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert Backmund	2017	Broschüre	Lehrkräfte	Als PDF online bestellbar	Allgemeine Informationen über Essstörungen für Lehrkräfte
>>Is(s) was?!<< Diagnostik – Therapieformen – Therapieleben	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert Backmund	2017	Broschüre	Ärzte/Ärztinnen, Angehörige, medizinische Berufe	Als PDF online bestellbar	Krankheitsbilder und Krankheitsverlauf von Essstörungen
>>Is(s) was?!<< Wann sollten sich Eltern Sorgen	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert Backmund	2011	Buch	Fachkräfte, Angehörige	Als Buch oder PDF bestellbar	Allgemeine Information über Essstörungen für Eltern

Überblick deutschsprachiger Informationsmaterialien für Essstörungen

machen? Wie Eltern und Fachleute helfen können		Backmund					
>>Is(s) was?!<< Ess-Störungen sind Krankheiten	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert Backmund	2017	Buch	Angehörige, Betroffene	Als Buch oder PDF bestellbar	Informationen und Hilfe für Betroffene und ihre Angehörigen
Essstörungen vorbeugen	BZgA	Sylvia Baeck, Sigrid Borse, Katja Rauchfuss, Eva Wunderer, Uwe Berger, Andreas Schnebel	2013	Broschüre	Fachkräfte	Kostenlos bestellbar und auch als PDF erhältlich	Informationen und Übungen für die Gruppenarbeit
Essgestört? Übergewichtig?	BZgA	-	2009	Broschüre	Betroffene	Derzeit vergriffen, aber als PDF zum Download verfügbar	Allgemeine Informationen zu Essstörungen und Hilfsangebote
Essstörungen – Was ist das?	BZgA	Sylvia Baeck, Susanne Sidi-Jacoub	2010	Broschüre	Betroffene, Fachkräfte, Angehörige	Derzeit vergriffen, aber als PDF zum Download verfügbar	Information für Essstörungen für alle Interessierten
Essstörungen – Informationen für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte	BZgA	Sylvia Baeck, Sigrid Borse, Brunhilde Marquardt-Mau	2010	Broschüre	Angehörige, Lehrkräfte, Betroffene	Derzeit vergriffen, aber als PDF zum Download verfügbar	Informationen für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte

Überblick deutschsprachiger Informationsmaterialien für Essstörungen

Suchtmedizinische Reihe Band 3: Essstörungen	DHS	Ulrich Cuntz, Martina de Zwaan, Silja Vocks, Sigrid Borse	2013	Broschüre	ärztliche und psychosoziale Berufsgruppen	Kostenlos bestellbar und auch als PDF erhältlich	Informationen für ärztliche und psychosoziale Berufsgruppen
Gut drauf – Tipp 1: Immer Ärger mit der Schönheit	BZgA	-	2008	Broschüre	Betroffene	Bestellbar oder PDF kostenlos	Informationen für Betroffene
Gut drauf – Tipp 4: Die heimliche Sucht: Essstörungen	BZgA	-	2008	Broschüre	Betroffene	Bestellbar oder PDF kostenlos	Information für Betroffene
Gut drauf – Tipp 7: Gefährliches Ziel Traumbody – Zwischen Hungerwahn und Muskelsucht	BZgA	-	2008	Broschüre	Betroffene	Derzeit vergriffen, aber als PDF zum Download verfügbar	Informationen über Essstörungen für Männer
Was tun bei Verdacht auf Essstörungen – Informationen für Eltern, Angehörige und nahestehende Personen	BMG	-	2016	Flyer	Angehörige	Bestellbar oder als PDF verfügbar	Informationen für Eltern, Angehörige und nahestehende Personen

Überblick deutschsprachiger Informationsmaterialien für Essstörungen

Essstörungen kompetent und multiprofessionell behandeln – Informationen für Ärztinnen und Ärzte	BMG	-	2013	Flyer	ärztliche Berufsgruppen	Bestellbar oder als PDF verfügbar	Informationen für ärztliche Berufsgruppen
Essstörungen – Was kann ich tun?	BMG	-	2018	Flyer	Lehrkräfte, pädagogische und psychosoziale Fachkräfte	Bestellbar oder als PDF verfügbar	Informationen für Lehrkräfte, pädagogische sowie psychosoziale Fachkräfte
Essstörungen – Ursachen und Risikofaktoren – Hilfe und Unterstützung	Compact München Bundesfachverband für Essstörungen e.V.	-	2008	Buch	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Allgemeine Informationen über Ursachen und Risikofaktoren sowie Hilfe und Unterstützung bei Essstörungen
Wenn Essen zum Problem wird – Wege aus Eßstörungen	TRIAS	Ingrid Arenz-Greiving	1999	Broschüre	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Ratgeber zu Essstörungen
Hungern, um zu leben – die Paradoxie der Magersucht	Psychosozial-Verlag	Günter Reich & Antja von Boetticher	2017	Buch	Fachkräfte	Bestellbar	Informationen über Magersucht und Magersucht bei Männern
Essstörungen – Was Eltern und Lehrer tun können	BALANCE Buch + Medien Verlag	Sylvia Baeck	2007	Buch	Lehrkräfte, Eltern, Angehörige	Bestellbar	Ratgeber über Essstörungen für Eltern und Lehrkräfte
Ich hab's satt! Wenn	Humboldt, Hannover	Annette Beuckmann-	2008	Buch	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Informationen über Essstörungen für Angehörige

Überblick deutschsprachiger Informationsmaterialien für Essstörungen

Essen zum Problem wird		Wübbels					und Betroffene
Wege aus der Essstörung	TRIAS	Herbert Backmund & Monika Gerlinghoff	2004	Buch	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Informationen zu Hilfe und Therapie für Essstörungen
Magersucht und Bulimie: verstehen und bewältigen	BELTZ	Monika Gerlinghoff, Herbert Backmund & Norbert Mai	1999	Buch	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Informationen zu Magersucht und Bulimie
Essstörungen erkennen, verstehen und überwinden	MVS	Sabine Mucha	2003	Buch	Betroffene	Bestellbar	Mit Test zur Selbsteinschätzung, Informationen für Betroffene
Essstörungen: Magersucht – Bulimie – Binge Eating	TRIAS	Günter Reich, Cornelia Götz-Kühne, Uta Killius	2004	Buch	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Allgemeine Informationen über Essstörungen
Essstörung wirkungsvoll vorbeugen	Kohlhammer	Uwe Berger	2008	Buch	Fachkräfte, Lehrkräfte	Bestellbar	Informationen zu Prävention von Essstörungen und zur Durchführung von Präventionsprogrammen gegen Essstörung
Mädchenspezifische Prävention von Essstörungen	Schneider Hohengehren	Katrin Raabe	2005	Buch	Fachkräfte	Bestellbar	Handlungsansätze für die Praxis
Mein heimlicher Hunger	Rowohlt Taschenbuch	Gundis Zámbo	2007	Buch	-	Bestellbar	Erfahrungsbericht einer Betroffenen
Magersucht und Bulimie – Ein Ratgeber	Hans Huber	Rolf Meermann & Walter Vandereycken	2000	Buch	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Ratgeber über Essstörungen

Überblick deutschsprachiger Informationsmaterialien für Essstörungen

für Betroffene und Angehörige							
Ratgeber Magersucht	Hogrefe	Dagmar Pauli & Hans Steinhausen	2005	Buch	Angehörige, Betroffene, Lehrkräfte, pädagogische und psychosoziale Fachkräfte	Bestellbar	Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher (Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie)
Zu dick, zu dünn oder gerade richtig?		Sabine Mucha & Sabine Böse	2007	Broschüre	Fachkräfte	Kostenloses PDF	Informationen für Fachkräfte
Magersüchtig: Eine Therapeutin und Betroffene berichten	BELTZ	Monika Gerlinghoff	2004	Buch	-	Bestellbar	Erfahrungsberichte von Betroffenen und Therapeutin
Essen will gelernt sein – Bei Essstörungen und auch sonst	BELTZ	Monika Gerlinghoff, Herbert Backmund, Cordula Obermeier	2017	Buch	Betroffene	Bestellbar	Informationen zum Thema Essen, für Betroffene von Essstörungen
Ess-Störungen – Fachwissen Krankheitserleben und Ess-Programme	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert Backmund	2006	Buch	Betroffene, Angehörige und Fachkräfte	Bestellbar	Fachwissen zum Thema Krankheitserleben und Ess-Programme
Essstörungen: Ursachen, Symptome, Therapien	Beck	Ulrich Cuntz & Andreas Hillert	2008	Buch	Fachkräfte	Bestellbar	Informationen für Fachkräfte
Ess-Störungen – Informationen für	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert	2007	Buch	Lehrkräfte, pädagogische und	Bestellbar	Informationen für Lehrkräfte

Überblick deutschsprachiger Informationsmaterialien für Essstörungen

LehrerInnen aus dem TCE München		Backmund			psychosoziale Fachkräfte		
Was sind Ess-Störungen?	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert Backmund	2001	Buch	Fachkräfte, Betroffene	Bestellbar	Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung
Essen will gelernt sein – Ein Arbeits- und Rezeptbuch	BELTZ	Monika Gerlinghoff & Herbert Backmund	2013	Buch	Betroffene	Bestellbar	Ratgeber mit Rezepten für Betroffene
Magersucht – Effektive Hilfe für Betroffene und Angehörige	Patmos	Michael Schule-Markwort & Sabine Zahn	2011	Buch	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Informationen über Magersucht
Gemeinsam die Magersucht besiegen	BELTZ	Janet Treasure & June Alexander	2014	Buch	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Leitfaden für Betroffene , Freunde und Angehörige
Ess-Störungen: Gemeinsam wieder entspannt essen	Trias	Günter Reich & Silke Körger	2015	Buch	Angehörige, Betroffene und Fachkräfte	Bestellbar	Informationen über Essstörungen
Essenslust und Körperfrust-Leitfaden zur Prävention von Essstörungen in der Schule	SuchtPräventionsZentrum Hamburg		2011	Flyer	Lehrkräfte, pädagogische und psychosoziale Fachkräfte	Online erhältlich	Informationen zum Thema Prävention von Essstörungen für Lehrkräfte, pädagogische und psychosoziale Fachkräfte
Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen	Huber	Rachel Bryant-Waugh & Bryan Lask	2008	Buch	Angehörige	Bestellbar	Rat und Hilfe für Eltern
Magersucht und	Karger	Manfred	2009	Buch	Angehörige und	Bestellbar	Informationen für Betroffene,

Überblick deutschsprachiger Informationsmaterialien für Essstörungen

Bulimie – Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde		Fichter			Betroffene		Angehörige und Freunde
Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfeprogramm	BELTZ	Ulrike Schmidt, Janet Treasure & June Alexander	2016	Buch	Betroffene und Angehörige	Bestellbar	Selbsthilfeprogramm für Bulimie
Essstörungen bei Jugendlichen vorbeugen: Auffälliges Essverhalten erkennen und handeln	Hogrefe	Dorothe Verbeek & Frank Petermann	2015	Buch	Lehrkräfte	Bestellbar	Informationen zur Prävention von Essstörungen für Lehrkräfte
Essstörungen	UTB	Esther Bieder	2008	Buch	-	Bestellbar	Allgemeine Informationen über Essstörungen
Essstörungen: Hilfe bei Anorexie, Bulimie und Binge-Eating	Stiftung Warentest	Anke Nolte	2013	Buch	-		Allgemeine Informationen über Essstörungen
Gemeinsam die Magersucht besiegen: Ein Leitfaden für Betroffene, Freunde und Angehörige	BELTZ	Janet Treasure	2011	Buch	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Informationen zur Therapie von Magersucht
Die Bulimie besiegen: Ein Selbsthilfe-Programm	BELTZ	Ulrike Schmidt, Janet Treasure & June Alexander	2011	Buch	Angehörige und Betroffene	Bestellbar	Informationen über ein Selbsthilfeprogramm für Bulimie

Überblick deutschsprachiger Präventionsprogramme

für Essstörungen



Programm	Zielgruppe	Setting	Länge	Methode	Themen	Theorie	Evaluation
Primärpräventive Programme							
Aufklärung und Prävention (Weigel et al., 2015)	Weibliche und männliche Jugendliche 8./11. Klasse	Schule	3 x 90 min.	Gruppendiskussionen Film- und Audiosequenzen Parcours Achtsamkeitsübung Rollenspiel	Medien, Peer-Druck, Schönheitsideale, Selbstwert Körperwahrnehmung, Ressourcen, Ernährung, Informationsvermittlung zu Essstörungen und Hilfsangebote	I, KA, MK, PsyES, SB	laufend
Body Talk (Frankfurter Zentrum für Essstörungen, 2006)	Weibliche und männliche Jugendliche 7.-10. Klasse	Schule	2 x 45min.	Übungen zur Selbstwertstärkung Foto- und Filmmaterial Diskussionsrunden	Körperbild und Rollenidentität Auseinandersetzungen mit Mediendarstellungen und Schönheitsideal Selbstwertgefühl und Körpergefühl	I, KA, MK, SB	nein
bauchgefühl für Sekundarstufe 1 (Redeker et al., 2009)	Mädchen und Jungen 6./7. Klasse (Grundtraining) 8./9. Klasse (Vertiefungs- training)	Schule	jeweils 5 x 90 min.	Einsatz von Medien, Kleingruppenarbeit, Diskussionen, Selbsterfahrungs-übungen, Rollenspiele	Jahrgangsstufe 6/7: Schönheitsideale, Ich- Stärkung, Essverhalten und Funktion des Essens, Essstörungen/Diäten, Allgemeines Wohlbefinden, Problemlösen und soziale Kompetenz Jahrgangsstufe 8/9: Schönheitsideale, Essen und Psyche/Essstörungen, Wahrnehmen und Äußern von Gefühlen, Identitätsfindung	I, ALK, SB, MK, PsyES	Nur Lehrerbefragung

Überblick deutschsprachiger Präventionsprogramme

bauchgefühl für berufliche Schulen (Redeker et al., 2009)	Weibliche und männliche Jugendliche in Berufsschulen	Schule	3 x 90 min. Grundtraining 3 x 45min. Vertiefungs-training	Selbsterfahrungs-übungen, Diskussionen, Rollenspiele, Kleingruppenarbeit, Videos, Audiosequenzen, Bilderserien	Essverhalten und Funktionen des Essens, Ausgewogene Ernährung, Diäten, Information zu Essstörungen, Ich-Stärkung, Körperbewusstsein und positive Körpererfahrung Individuelle und gesellschaftliche Schönheitsideale, Umgang mit psychischen Belastungen, Stressmanagement	I, SB, PsyES, ALK, Stress	nein
Essenslust und Körperfrust (Dietze-Cruse et al., 2011)	Weibliche und männliche Jugendliche Ab 8. Klasse	Schule	3 x 90 min. Zusätzliche Übungen möglich	Achtsamkeitsübungen, Fotoshooting, Körperübungen, Filme, Kleingruppenarbeit, Diskussionen, Rollenspiele	Schönheitsideale, Essen mit Genuss, Körperwahrnehmung und Schönheit, Entspannung, Psychoedukation Essstörungen	I, PsyES, KA, SB, ALK, Stress	nein
everyBody (Jacobi et al., 2016)	Frauen ab 18 J.	Internet	4-12 Sitzungen wöchentlich individuell	Individuelle Übungen Bereitstellung von Informationen Praktische Übungen Gruppendiskussionen	Individuelle Themen für verschiedene Gruppen aus den Bereichen: Körperbild, Selbstwert, Schönheitsideale, Sport, Ernährung	I, PsyES, SB, KA	laufend
Healthy Teens @ School (Jones Bell et al., 2017)	Weibliche und männliche Jugendliche 14-19 J.	Schule Internet	10 Sitzungen à 20-30 Minuten wöchentlich	Tagebuch für Ernährung und Bewegung Diskussionsrunden Quiz, Spiele	Gesunde Ernährung und Bewegung, Schlaf, Körperbild, Körperzufriedenheit, Umgang mit Stress und Emotionen, soziale Beziehungen	I, PsyES, CBT, Stress	laufend
Jugend mit Biss (Schlevogt, 2002)	Weibliche und männliche Jugendliche 7./8. Klasse	Schule	Mädchen- und Jungen- gruppe: 12 x 90min. 5 Module für Fachunter-	Rollenspiele, Aufwärmübungen, Psychodrama, soziometrische Übungen, Collagen Module mit Materialien für den Fachunterricht	Schönheitsideale im Wandel der Zeit, Kritische Auseinandersetzung mit Mediendarstellungen, Was hat Essen mit Gefühlen zu tun?, Informationen zu Hilfsangeboten bei	I, PsyES, MK, Salutogenetischer Ansatz	Qualitative Evaluation; quantitative Evaluation ohne validierte Messmethoden

Überblick deutschsprachiger Präventionsprogramme

			richt: individuell	Essstörungen			
MaiStep (Bürger et al., 2015)	Weibliche und männliche Jugendliche 7./8. Klasse	Schule	5 x 90 min.	Achtsamkeitsübungen Erlebnisübungen Filme Rollenspiele	Wa(h)re Schönheit Mein Körper und ich Umgang mit Gefühlen Umgang mit Konflikten	I, KA, MK, ALK, Stress	ja
POPS (Warschburger et al., 2011)	Weibliche und männliche Jugendliche 7.-9. Klasse	Schule	9 x 45 min	Rollenspiele Filme, Spiele Gruppendiskussionen Hausaufgaben	Gesundes Ess- und Bewegungsverhalten Stressbewältigung Selbstwert, Körperakzeptanz Schönheitsideale Peer-Druck	KD, ALK, I, MK, KA, Stress	nein
PriMa (Berger et al., 2007) (Wick et al. 2011)	Mädchen 6. Klasse	Schule	9 x 90 min	Poster Rollenspiele Filmsequenzen Diskussionen	Schönheitsideale, Rebellion, Macht, Kontrollverlust, Körperbildstörung, Suizidgedanken, rigide Essrituale, Gewichtsphobie, Depression	HAPA, I, KAP, KD, MK, PsyES	ja
Student Bodies (Jacobi et al., 2007)	Frauen ab 18 J.	Internet	8 Wochen (wöchentliche Sitzungen)	kognitiv-behaviorale Übungen Körpertagebuch Lektüreempfehlungen Diskussionsgruppe Lektüreempfehlungen	körperliche Unzufriedenheit, Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht, Diätverhalten, gesunde Ernährung, Sport, Essstörungen, Heißhungeranfälle, Selbstwertgefühl	I, KA, KV, PsyES, SB	ja
Torera (Berger et al., 2014)	Weibliche und männliche Jugendliche 7. Klasse	Schule	9 x 90 min	Poster Rollenspiele Filmsequenzen Diskussionen Bewegungsübungen	Wiederholung Inhalte PriMa/TOPP, Überwertigkeit von Essen, Gesund Essen, Bewegung und Wohlbefinden, Hänkeln, Aggressionen, Wege aus der Essstörung	HAPA, I, KD, PsyES, SB	ja

Überblick deutschsprachiger Präventionsprogramme

Trainingsprogramm an Schulen (Dannigkeit et al., 2005)	Mädchen und Jungen 6. Klasse 8. Klasse (Auf- frischung)	Schule	2 x 5h	Rollenspiele Diskussionen Fallbeispiele Spiegelübungen	kritische Reflexion des Schönheitsideals in den Medien, gesunde Ernährung und Essstörungen, Problemlösen und soziale Kompetenz, Umgang mit Stress und dem eigenen Körper	ALK, SB, MK, PsyES, Stress	ja
YoungEs[s]prit (Lindenberg et al., 2015)	Weibliche und männliche Jugendliche 13-16 J.	Internet	individuell (5 Module mit zunehmende r Intensität)	Screening, Psychoedukation und Peer-Unterstützung, Symptom-Monitoring, Beratung, Moderiertes Onlineforum	Psychoedukation zu Essstörungen, Früherkennung, Frühintervention, Vermittlung von Hilfe	I, PsyES	ja
Programm	Zielgruppe	Setting	Länge	Methode	Themen	Theorie	Evaluation
Sekundärpräventive Programme							
ESS-KIMO (Hötzel et al. 2014)	Frauen mit (sub-) klinischen Essstörungen	Internet	6 x 45min (6 Wochen)	Interaktive Einzelsitzungen mit Aufgaben, Individuelle Rückmeldungen Aufbau von Änderungsmotivation	Einführung in das trans- theoretische Modell, Ambivalenz gegenüber Veränderung, Konsequenzen auffälligen Essverhaltens, ein Tag mit und ohne Essstörung, Quellen für Selbstbewusstsein	Trans- theore- tisches Modell HAPA, I, PsyES, SB	ja
ES[S]PRIT (Bauer et al., 2009)	Studierende	Internet	Individuell (Module mit zunehmender Intensität)	Screening, Psychoedukation Symptom-Monitoring, unterstützende Rückmeldungen, Peer- Unterstützung, Chat Sessions, Beratung	Formen Essstörungen, Selbsthilfemöglichkeit Adressen für Hilfe	I, PsyES	nein

Überblick deutschsprachiger Präventionsprogramme

Kein Titel (Buddeberg-Fischer et al., 1998)	Weibliche und männliche Jugendliche ab 14 J. mit erhöhtem Risiko	Schule	3 x 90 min	Gruppendiskussionen Filmbeiträge, Bilder Gruppenpicknick	Schönheitsideale, gesundes Essverhalten, erste Symptome einer Essstörung	I, KA, KEV, PsyES	ja
Kein Titel (Köster et al., 2005)	Mädchen und junge Frauen 12 bis 25 J. mit sub-klinischen Essstörungen	Ambulante Gruppe	10 x 90 min	Diskussionen Filmbeiträge Ernährungsprotokolle Spiegelkonfrontation Rollenspiele	Kognitive Intervention zum Schönheitsideal, Gesunde Ernährung, Körperbild, Stressbewältigung	I, KA, KEV, MK, SB, Stress, PsyES	ja
ProYouth (Minarik et al., 2013)	Jugendliche und junge Erwachsene 15 bis 25 J.	Internet	Individuell (Module zunehmender Intensität)	Screening, Monitoring und Rückmeldung, moderiertes Forum mit Erfahrungsaustausch, Newsblog, Beratungschats	Informationen Essstörungen, Hilfsangebote, Erkennen von Risikofaktoren	I, PsyES	Evaluation der Inanspruchnahme, Kosten und Hilfesuche
Student Bodies + (Jacobi et al., 2012)	Frauen ab 18 J. mit erhöhtem Risiko	Internet	8 Wochen (wöchentliche Sitzungen)	Wöchentliche Symptomkontrolle kognitiv-behaviorale Übungen, Skillstraining, Körpertagebuch Lektüreempfehlungen Austausch in Gruppenforen	Informationen zu Essstörungen Schönheitsideal und Körperbild Gefühle Ernährung Sport	I, KA, KV, PsyES, SB	ja
Student Bodies AN (Ohlmer et al. 2013)	Frauen ab 18 J. mit erhöhtem Risiko für AN	Internet	10 Wochen (wöchentliche Sitzungen)	Motivational Interviewing Wöchentliche Symptomkontrolle Individuelles Feedback Austausch in Gruppenforen	Anpassung der Themen an Zielgruppe mit gezieltem Essverhalten und Untergewicht Informationen zu Essstörungen, Medienkompetenz, Umgang mit negativen Gefühlen, Verbesserung sozialer Skills, Gesundes Essen und Sport	I, KA, KV, PsyES, SB, HAPA, MK	ja

Überblick deutschsprachiger Präventionsprogramme

Theorie: ALK= Allgemeine Lebenskompetenzen; I =Interaktiv, KA= Körperakzeptanz; KAP= Knowledge-Attitude-Practice; KD=Kognitive Dissonanz; HAPA= health action process approach (+Selbstwirksamkeit, Motivational Interviewing), MK= Medienkompetenz; PsyES= Psychoedukation Essstörungen; SB= Selbstbewusstsein, KEV=Kognition, Emotion, Verhalten

Teilstandardisierter Fragebogen
für Angehörige

Prävention von Essstörungen

1. Haben Sie schon einmal von Möglichkeiten zur Vorbeugung von Essstörungen **gehört**?
 - a. Wenn ja, von welchen?
2. Hat Ihr/Ihre ... vor seiner/ihrer Erkrankung an einem Präventionsprogramm/Präventionsangebot zum Thema Essstörung **teilgenommen**?
 - a. Wenn ja, an welchem?
 - b. In welcher Umgebung?
 - c. Auf wessen Veranlassung/Wie kam ihr/ihre ... an dieses Angebot?
 - d. Welche weiteren Präventionsprogramme kennen Sie?
3. Welche **Inhalte** finden Sie in Präventionsprogrammen/Präventionsangeboten sinnvoll? (z.B. allgemeine Inhalte wie Selbstwertsteigerung oder konkrete Symptome von Essstörungen)
4. Ab welchem **Alter** fänden Sie Prävention, Aufklärung und Informationen zum Thema Essstörungen am sinnvollsten?
 - a. Weshalb?
5. Welche **Zielgruppe** finden Sie für Präventionsprogramme/Präventionsangebote sinnvoll? (alle vs. Personen mit besonderem Risiko vs. bereits Betroffene)?
6. In welcher **Umgebung** fänden Sie Prävention, Aufklärung und Informationen zum Thema Essstörungen am sinnvollsten? (Mögliche Umgebungen wären Schule, Kindergarten, Internet/Soziale Medien, Öffentliche Kampagnen)
7. Für wie **effektiv** halten Sie Projekte zur Prävention von Essstörungen?

Informationen über Essstörungen

8. Welche **Fachinformationen** (Ratgeber, Internetseiten, Flyer) zum Thema Essstörungen kennen Sie?
 - a. Was haben Sie diesbezüglich genutzt?
 - b. Wie kamen Sie an die Informationen?
 - c. Wie hilfreich fanden Sie diese Informationen?
 - d. Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?
 - e. Welche Informationswege/Medien finden Sie am geeignetsten und warum?

9. Welche **sonstigen Informationen** zum Thema Essstörungen kennen Sie? (z.B. soziale Medien, sonstige Webseiten oder Online-Angebote (keine Fachinformationen) oder Informationen von Freunden, Bekannten etc.)
- Was haben Sie diesbezüglich genutzt?
 - Wie kamen Sie an die Informationen?
 - Wie bewerten Sie diese Informationen in Schulnoten?
10. Was ist Ihre Meinung zur Darstellung von Essstörungen in den Medien?
- Was finden Sie hilfreich?
 - Was finden Sie kontraproduktiv/schädlich?
 - Was würden Sie sich wünschen?

Beratungsstellen für Essstörungen

11. **Kennen** Sie eine Beratungsstelle, die Informations- und Beratungsangebote für Betroffene mit Essstörungen und deren Angehörige anbietet?
- Falls ja, war dies eine Beratungsstelle, die ausschließlich Beratung zu Essstörungen anbietet oder handelte es sich um eine allgemeine psychosoziale Beratungsstelle?
 - Gibt es in Ihrer Umgebung eine solche Beratungsstelle?
 - Hatten Sie selbst Kontakt zu einer/mehreren Beratungsstelle/n?
 - Wenn ja, auf wessen Veranlassung?
 - Wie gut war die Beratungsstelle für Sie zugänglich?
 - Welche Art von Hilfe haben Sie dabei in Anspruch genommen (ambulante Beratung, telefonische Beratung, Onlineberatung oder Gruppenangebote)?
 - Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?
 - Waren die Beratungsangebote hilfreich für Sie?
12. Wie **bewerten** Sie die Angebote von Beratungsstellen für Essstörungen in Schulnoten?
- Welche Art von Beratung finden Sie besonders hilfreich?
 - Was fehlt Ihrer Meinung nach bzw. wo sehen Sie Potential für Verbesserungen?
13. Welche Hilfestellung hätten Sie gerne (gehabt) im Umgang mit der Essstörung?
- Hilfe für den/die Betroffene
 - Hilfe für Sie selbst (Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen, Umgang mit Emotionen, Selbstfürsorge)
 - Hilfe für andere Familienmitglieder/ Personen (z.B. Geschwisterkinder, Mitschüler*innen...)

Nachsorge und Wohngruppen für Betroffene mit Essstörungen

14. Welche Angebote zur **Nachbetreuung** von Essstörungen sind Ihnen **bekannt**?
- a. Welche dieser Angebote hat ihr/ihre ... in Anspruch genommen?
 - b. Was waren Ihre Erfahrungen?
 - c. Wo sehen Sie Potential für Verbesserungen oder potentielle Probleme?
15. Hat ihr/ihre ... bereits innerhalb einer **therapeutischen Wohngruppe** gelebt?
- a. Auf wessen Veranlassung?
 - b. Wie gut war dieses Angebot für Sie zugänglich?
 - c. Wie war Ihre Erfahrung damit?
 - d. Wo sehen Sie Potential für Verbesserungen oder potentielle Probleme?

Auslöser von Essstörungen

16. Was sind Ihrer Meinung nach Auslöser von Essstörungen?
- a. Wie hat sich diese Ansicht im Verlaufe der Krankheit (Behandlung) ihres/ihrer ... verändert?

Persönliche Angaben

17. Wie und wodurch wurde Ihnen bewusst, dass ihr/ihre ... an einer Essstörung leidet?
18. Wie wurde bei ihrem/ihrer ... die Diagnose gestellt? Von wem?
19. Wie und wodurch wurden Ihnen bewusst, dass ihr/ihre ... etwas gegen seine/ihre Essstörung unternehmen sollte?
20. Wie alt sind Sie?
21. Ihr Geschlecht?
22. Welches (Familien-)Verhältnis haben Sie zu dem/der Betroffenen?
23. Unter welcher Art von Essstörung litt/leidet ihr/ihre ...?
24. Seit wann besteht die Essstörung der betroffenen Person?

Teilstandardisierter Fragebogen
für Betroffene

Präventionsprogramme für Essstörungen

1. Haben Sie schon einmal von Möglichkeiten zur Vorbeugung von Essstörungen **gehört**?
 - a. Wenn ja, von welchen?
 - b. Kennen Sie Präventionsangebote/Präventionsprogramme gegen Essstörungen?
2. Haben Sie vor Ihrer Erkrankung an Präventionsprogrammen/Präventionsangeboten zum Thema Essstörung **teilgenommen**?
 - a. Wenn ja, an welchem?
 - b. In welcher Umgebung?
 - c. Auf wessen Veranlassung/Wie kamen Sie an dieses Angebot?
 - d. Wie war Ihre Erfahrung mit diesem Präventionsprogramm/Präventionsangebot?
 - e. Welche weiteren Präventionsprogramme/Präventionsangebote kennen Sie?
3. Welche **Inhalte** finden Sie in Präventionsprogrammen sinnvoll? (z.B. allgemeine Inhalte wie Selbstwertsteigerung oder konkrete Symptome von Essstörungen)
4. Ab welchem **Alter** fänden Sie Prävention, Aufklärung und Informationen zum Thema Essstörungen am sinnvollsten?
 - a. Weshalb?
5. Welche **Zielgruppe** finden Sie für Präventionsprogramme sinnvoll? (alle vs. Personen mit besonderem Risiko vs. bereits Betroffene)?
6. In welcher **Umgebung** fänden Sie Prävention, Aufklärung und Informationen zum Thema Essstörungen am sinnvollsten? (Mögliche Umgebungen wären Schule, Kindergarten, Internet/Soziale Medien, Öffentliche Kampagnen)
7. Für wie **effektiv** halten Sie Projekte zur Prävention von Essstörungen?

Informationen über Essstörungen

8. Welche **Fachinformationen** (Ratgeber, Internetseiten, Flyer) zum Thema Essstörungen kennen Sie?
 - a. Was haben Sie diesbezüglich genutzt?
 - b. Wie kamen Sie an die Informationen?
 - c. Wie hilfreich fanden Sie diese Informationen?
 - d. Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?
 - e. Welche Informationswege/Medien finden Sie am geeignetsten und warum?

9. Welche **sonstigen Informationen** zum Thema Essstörungen kennen Sie? (z.B. soziale Medien, sonstige Webseiten oder Online-Angebote [keine Fachinformationen] oder Informationen von Freund*inn*en, Bekannten etc.)
- Was haben Sie diesbezüglich genutzt?
 - Wie kamen Sie an die Informationen?
 - Wie bewerten Sie diese Informationen in Schulnoten?
10. Was ist Ihre Meinung zur Darstellung von Essstörungen in den Medien?
- Was finden Sie hilfreich?
 - Was finden Sie kontraproduktiv/schädlich?
 - Was würden Sie sich wünschen?

Beratungsstellen für Essstörungen

11. **Kennen** Sie eine Beratungsstelle, die Informations- und Beratungsangebote für Betroffene mit Essstörungen und deren Angehörige anbietet?
- Gibt es in Ihrer Umgebung solche Beratungsstellen?
 - Hatten Sie selbst Kontakt zu einer/mehreren Beratungsstelle/n?
 - Wenn ja, auf wessen Veranlassung?
 - Wie gut war die Beratungsstelle für Sie zugänglich?
 - Welche Art von Hilfe haben Sie dabei in Anspruch genommen (ambulante Beratung, telefonische Beratung, Onlineberatung, Gruppenangebote)?
 - Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?
 - Waren die Beratungsangebote hilfreich für Sie?
12. Wie **bewerten** Sie die Angebote von Beratungsstellen für Essstörungen in Schulnoten?
- Welche Art von Beratung finden Sie besonders hilfreich?
 - Was fehlt Ihrer Meinung nach bzw. wo sehen Sie Potential für Verbesserungen?
13. Welche Hilfestellungen hätten Sie gerne (gehabt) im Umgang mit Essstörungen?

Nachsorge und Wohngruppen für Betroffene mit Essstörungen

14. Welche Angebote zur **Nachbetreuung** für Menschen mit Essstörungen sind Ihnen **bekannt**?
- Welche dieser Angebote haben Sie selbst in Anspruch genommen?
 - Auf wessen Veranlassung?
 - Wie gut waren diese Angebote für Sie zugänglich?
 - Was waren Ihre Erfahrungen?
 - Wo sehen Sie Potential für Verbesserungen oder potentielle Probleme?

15. Haben Sie bereits innerhalb einer **therapeutischen Wohngruppe** gelebt?

- a. Auf wessen Veranlassung?
- b. Wie gut war dieses Angebot für Sie zugänglich?
- c. Wie war Ihre Erfahrung damit?
- d. Wo sehen Sie Potential für Verbesserungen oder potentielle Probleme?

Auslöser von Essstörungen

16. Was sind Ihrer Meinung nach Auslöser von Essstörungen?

- a. Wie hat sich diese Ansicht im Verlaufe Ihrer Krankheit (Behandlung) verändert?

Persönliche Angaben

17. Wie und wodurch wurde Ihnen bewusst, dass Sie an einer Essstörung leiden?

18. Wie wurde bei Ihnen die Diagnose gestellt? Von wem?

19. Wie und wodurch wurden Ihnen bewusst, dass Sie etwas gegen Ihre Essstörung unternehmen wollen/sollten?

20. Wie alt sind Sie?

21. Ihr Geschlecht?

22. Art der Essstörung:

23. Seit wann besteht die Essstörung:

Teilstandardisierter Fragebogen
für Lehrkräfte

Prävention von Essstörungen

1. Haben Sie schon einmal von Möglichkeiten zur Vorbeugung von Essstörungen **gehört**?
 - a. Wenn ja, von welchen?
2. Welches Präventionsprogramm zum Thema Essstörung haben Sie **durchgeführt**?
 - a. In welcher Umgebung? Auf wessen Veranlassung/wie kamen Sie an dieses Angebot?
 - b. Wie war Ihre Erfahrung mit diesem Präventionsprogramm?
 - c. Welche weiteren Präventionsprogramme kennen Sie?
 - d. Was motiviert aus Ihrer Sicht zur Durchführung von Präventionsprogrammen?
 - e. Was sind aus Ihrer Sicht Barrieren bei der Durchführung von Präventionsprogrammen im schulischen Setting?
3. Welche **Inhalte** finden Sie in Präventionsprogrammen sinnvoll? (z.B. allgemeine Inhalte wie Selbstwertsteigerung oder konkrete Symptome von Essstörungen)
4. Ab welchem **Alter** fänden Sie Prävention, Aufklärung und Informationen zum Thema Essstörungen am sinnvollsten?
 - a. Weshalb?
5. Welche **Zielgruppe** finden Sie für Präventionsprogramme sinnvoll? (alle vs. Personen mit besonderem Risiko vs. bereits Betroffene)?
6. In welcher **Umgebung** fänden Sie Prävention, Aufklärung und Informationen zum Thema Essstörungen am sinnvollsten? (Mögliche Umgebungen wären Schule, Kindergarten, Internet/Soziale Medien, Öffentliche Kampagnen)
7. Für wie **effektiv** halten Sie Projekte zur Prävention von Essstörungen?

Informationen über Essstörungen

8. Welche **Fachinformationen** (Ratgeber, Internetseiten, Flyer) zum Thema Essstörungen kennen Sie?
 - a. Was haben Sie diesbezüglich genutzt?
 - b. Wie kamen Sie an die Informationen?
 - c. Wie hilfreich fanden Sie diese Informationen?
 - d. Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?
 - e. Welche Informationswege/Medien finden Sie am geeignetsten und warum?

9. Welche **sonstigen Informationen** zum Thema Essstörungen kennen Sie? (z.B. soziale Medien, sonstige Webseiten oder Online-Angebote (keine Fachinformationen) oder Informationen von Freund*inn*en, Bekannten etc.)
- a. Was haben Sie diesbezüglich genutzt?
 - b. Wie kamen Sie an die Informationen?
 - c. Wie bewerten Sie diese Informationen in Schulnoten?
10. Was ist Ihre Meinung zur Darstellung von Essstörungen in den Medien?
- a. Was finden Sie hilfreich?
 - b. Was finden Sie kontraproduktiv/schädlich?
 - c. Was würden Sie sich wünschen?

Beratungsstellen für Essstörungen

11. **Kennen** Sie eine Beratungsstelle, die Beratungsangebote für Betroffene mit Essstörungen und deren Angehörige anbietet?
- a. Gibt es in Ihrer Umgebung solche Beratungsstellen?
 - b. Hatten Sie selbst Kontakt zu einer/mehreren Beratungsstelle/n?
 - c. Wenn ja, auf wessen Veranlassung?
 - d. Wie gut war die Beratungsstelle für Sie zugänglich?
 - e. Welche Art von Hilfe haben Sie dabei in Anspruch genommen (ambulant, telefonisch, Email)?
 - f. Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?
12. Welche Hilfestellung hätten Sie gerne (gehabt) im Umgang mit Essstörungen?
13. Haben Sie an einer Fortbildungsveranstaltung zu Essstörungen teilgenommen?
- a. Falls ja, wie hilfreich war das Fortbildungsangebot für Sie?

Nachsorge und Wohngruppen für Betroffene mit Essstörungen

14. Welche Angebote zur **Nachbetreuung** von Essstörungen sind Ihnen **bekannt**?
- a. Was waren Ihre Erfahrungen?
 - b. Wo sehen Sie Potential für Verbesserungen oder potentielle Probleme?

Auslöser von Essstörungen

15. Was sind Ihrer Meinung nach Auslöser von Essstörungen?

Persönliche Angaben

16. Was ist Ihre Funktion an Ihrer Schule?

17. Schultyp:

18. Wie alt sind Sie?

19. Ihr Geschlecht?

Export des Online Fragebogens

erstellt mit LimeSurvey



Adressatengerechte Angebote

Sehr geehrte/r Studienteilnehmer/in,

vielen herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, an unserer Studie teilzunehmen. Zuerst möchten wir Ihnen diese kurz erklären.

Worum geht es in dieser Studie?

Wir würden Sie gern zu Ihrer Sichtweise und Ihren Erfahrungen mit Informationen, Prävention, Nachsorge und Beratung bei Essstörungen befragen. Da sich unser Teil des Projekts nur mit diesen Themen befasst, werden wir Sie nicht zu Ihren Erfahrungen im therapeutischen und klinischen Bereich befragen. Dieser Teilbereich wird vom Kompetenzzentrum für Essstörungen (KOMET) der Universität Tübingen abgedeckt. Das Ausfüllen der Umfrage dauert circa **15 Minuten**.

Wie erfolgt die Auswertung?

Die Antworten dieses Fragebogens werden für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet. Die Auswertung erfolgt komplett anonymisiert. Das bedeutet, ein Rückschluss auf Sie als Person ist nicht möglich.

Wie können Sie Ihre Zustimmung widerrufen?

Sie haben jederzeit die Möglichkeit aus der Befragung auszusteigen und diese Zustimmung zu widerrufen. Daraus entstehen Ihnen keinerlei Nachteile.

Welcome

Einwilligungserklärung

Ich habe den Text der Studieninformation sowie der nachfolgenden Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.

Ich habe das Recht, die Befragung abzubrechen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen, anonymisierten Daten analysiert und zu wissenschaftlichen Zwecken veröffentlicht werden.

Durch den Klick auf "Weiter" bestätigen Sie, dass Sie die Einwilligungserklärung gelesen und verstanden haben und der Studienteilnahme zustimmen.

Diese Umfrage enthält 23 Fragen.

Coding

[]Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft. *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ich habe eine Essstörung
- ☐ Ich hatte eine Essstörung
- ☐ Ich bin ein/e Angehörige/r von einer Person mit einer Essstörung (z.B. Eltern, Geschwister, Ehepartner etc.)
- ☐ Ich bin eine nahestehende Person von einer Person mit einer Essstörung (z.B. Freund/in)

Persönliches

[]Wie alt sind Sie (in Jahren)?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[]Was ist Ihr Geschlecht?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Weiblich

☐ Männlich

☐ Anderes

[]Wie und wodurch wurde Ihnen die Essstörung bewusst?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Fachpersonal innerhalb einer Klinik

☐ ambulante Psychotherapeuten/therapeutinnen

☐ Beratungsstelle

☐ Hausarzt/Hausärztin

☐ psychosoziales oder pädagogisches Fachpersonal (z.B. Lehrkräfte, Erzieher/in)

☐ eigene Erkenntnis

☐ Angehörige (z.B. Eltern, Geschwister, Ehepartner/in, etc.)

☐ nahestehende Personen (z.B. Freund/in oder Freundeskreis)

☐ Sonstiges

[]Wie und wodurch wurde Ihnen bewusst, dass Sie etwas gegen die Essstörung unternehmen wollen/sollten?

*

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Fachpersonal innerhalb einer Klinik

☐ Beratungsstelle

☐ ambulante Psychotherapeuten/therapeutinnen

☐ Hausarzt/Hausärztin

☐ psychosoziales oder pädagogisches Fachpersonal (z.B. Lehrkräfte, Erzieher/in)

☐ eigene Erkenntnis

☐ nahestehende Personen

☐ Angehörige

☐ Sonstiges

[] Vor wie vielen Jahren traten die ersten Anzeichen der Essstörung auf?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[] Vor wie vielen Jahren wurde die Diagnose der Essstörung erstmals gestellt?

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

[] Um welche Art von Essstörung handelt es sich? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Anorexia nervosa - Restriktiver Typus
- ☐ Anorexia nervosa - Purging Typus
- ☐ Bulimia nervosa
- ☐ Nicht-näher-bezeichnete Essstörung
- ☐ Störung mit Essanfällen (Binge Eating Disorder)
- ☐ Sonstiges:

Auslöser

Was sind Ihrer Meinung nach ganz allgemein Auslöser von Essstörungen?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Gesellschaftliche Schönheitsideale	☐	☐	☐	☐
Geringer Selbstwert	☐	☐	☐	☐
Familiäre Probleme (z.B. Scheidung der Eltern)	☐	☐	☐	☐
Gesellschaftlicher Leistungsdruck (z.B. Schulisch)	☐	☐	☐	☐
Familiärer Erwartungsdruck	☐	☐	☐	☐
Probleme in der Kindheit	☐	☐	☐	☐
Persönliche Leistungsansprüche	☐	☐	☐	☐
Mobbing	☐	☐	☐	☐
Pubertät (z.B. körperliche Veränderungen)	☐	☐	☐	☐
Darstellung von Schönheitsidealen in den Medien	☐	☐	☐	☐
Soziale Medien (Fokus auf Äußerlichkeiten)	☐	☐	☐	☐
Genetische Veranlagung	☐	☐	☐	☐
Bereits bestehende Essstörung innerhalb der Familie	☐	☐	☐	☐
Ernährungsgewohnheiten innerhalb der Familie	☐	☐	☐	☐
Fehlende Unterstützung im sozialen Umfeld	☐	☐	☐	☐
Nicht erwachsen werden wollen	☐	☐	☐	☐
Sich selbst hässlich finden	☐	☐	☐	☐
Sich im eigenen Körper unwohl fühlen	☐	☐	☐	☐
Perfektionismus	☐	☐	☐	☐
Trauma (z.B. sexueller Missbrauch)	☐	☐	☐	☐
Leistungssport	☐	☐	☐	☐
Diäten	☐	☐	☐	☐
Einfluss von Hormonen und Neurotransmittern (Botenstoffen im Gehirn)	☐	☐	☐	☐

Prävention

[]Welche Art der Prävention von Essstörungen finden Sie sinnvoll? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Aufklärung über Essstörungen
- ☐ Vorbeugung von Essstörungen bei gesunden Personen
- ☐ Vorbeugung von Essstörungen bei Personen mit erhöhtem Risiko (z.B. bei Vorhandensein erster Symptome)
- ☐ keine Antwort

[]Kennen Sie Möglichkeiten zur Vorbeugung von Essstörungen und an welchen haben Sie selbst oder einer Ihrer Angehörigen/nahestehenden Personen teilgenommen?

*

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Kenne ich	Kenne ich nicht	Selbst daran teilgenommen	Nicht daran teilgenommen
Präventionsprogramme/Präventionsangebote an Schulen, integriert in den Unterricht	☐	☐	☐	☐
Präventionsprogramme/Präventionsangebote an Schulen als Projektwoche	☐	☐	☐	☐
Präventionsprogramme/Präventionsangebote in Mädchen- und Jugendeinrichtungen	☐	☐	☐	☐
Online-Präventionsangebote	☐	☐	☐	☐
Aktionen für Sportvereine	☐	☐	☐	☐
Präventionsworkshops in spezialisierten Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen o. Mädchenhäuser)	☐	☐	☐	☐
Aktionen im öffentlichen Raum (z.B. Ausstellung in der Stadt oder Stand in der Fußgängerzone)	☐	☐	☐	☐

[]Für wie wichtig halten Sie folgende Inhalte von Präventionsprogrammen/Präventionsangeboten?

*

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Wichtig	Eher wichtig	Eher nicht wichtig	Nicht wichtig
Aufklärung über Symptome von Essstörungen	☐	☐	☐	☐
Information und Aufklärung für Eltern und Familienangehörige	☐	☐	☐	☐
Aufmerksam machen auf die Gefahr von Essstörungen	☐	☐	☐	☐
Information und Aufklärung für Lehrkräfte	☐	☐	☐	☐

	Wichtig	Eher wichtig	Eher nicht wichtig	Nicht wichtig
Information und Aufklärung für Hausärzte/Hausärztinnen	☐	☐	☐	☐
Thematisierung des Umgangs mit Essen	☐	☐	☐	☐
Thematisierung von Körperwahrnehmung	☐	☐	☐	☐
Thematisierung und Umgang mit Veränderungen in der Pubertät	☐	☐	☐	☐
Strategien für den Umgang mit Leistungsdruck und Stressbewältigung	☐	☐	☐	☐
Selbstwertgefühl steigern	☐	☐	☐	☐
Mit Erfahrungen von Betroffenen auseinandersetzen	☐	☐	☐	☐
Erlernen von Problembewältigungsstrategien	☐	☐	☐	☐
Psychoedukation	☐	☐	☐	☐
Ernährungsberatung	☐	☐	☐	☐
Strategien zum Umgang mit familiären Problemen	☐	☐	☐	☐
Thematisierung von Schönheitsidealen	☐	☐	☐	☐
Umgang mit Emotionen	☐	☐	☐	☐
Themasierung der Darstellung von Figur und Gewicht in den Medien (z.B. Bildbearbeitung)	☐	☐	☐	☐

Ab welchem Alter (in Jahren) fänden Sie Prävention, Aufklärung und Informationen zum Thema Essstörungen am sinnvollsten?

*

In dieses Feld dürfen nur Zahlen eingegeben werden.

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

In welchem Rahmen halten Sie Prävention, Aufklärung und Informationen zum Thema Essstörungen für sinnvoll?

*

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Sinnvoll	Nicht sinnvoll
Schule	☐	☐
Mädchen- und Jugendeinrichtungen	☐	☐

	Sinnvoll	Nicht sinnvoll
öffentliche Kampagnen (Plakataktionen, Stand in der Fußgängerzone)	☐	☐
soziale Medien (Facebook, Twitter, etc.)	☐	☐
Webseiten mit Fachinformationen	☐	☐
klassische Medien (z.B. TV oder Zeitung)	☐	☐
als Informationsmaterial in Form von Flyern/Broschüren	☐	☐
sonstige Webseiten (z.B. Foren)	☐	☐
Vereine (z.B. Turnverein)	☐	☐
Arztpraxen	☐	☐

Information



Wie bewerten Sie folgende (Fach-)informationen zum Thema Essstörungen und welche davon haben Sie selbst genutzt?

*

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Hilfreich	Eher hilfreich	Weniger hilfreich	Nicht hilfreich	habe ich selbst genutzt	habe ich nicht genutzt
Fachbücher und Ratgeber zum Thema Essstörung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sonstige Bücher (z.B. Erfahrungsberichte von Betroffenen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Flyer/Broschüren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zeitschriften und Magazine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
professionelle Internetseiten (z.B. von Kliniken, Beratungsstellen oder der BZgA)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sonstige Internetseiten (z.B. Foren oder private Webseiten)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Poster/Plakate	☐	☐	☐	☐	☐	☐
soziale Medien (z.B. Instagram oder Facebook)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informationen von Angehörigen/nahestehenden Personen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informationen von Fachpersonal (z.B. Ärzte/Ärztinnen oder Psychologen/Psychologinnen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Applikationen für mobile Telefone (Apps)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vorträge von Fachpersonal (z.B. in der Klinik oder Schule)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vorträge von Betroffenen (z.B. in der Klinik oder Schule)	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Wie oder durch wen kamen Sie an diese Angebote?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Selbst recherchiert
- ☐ Fachpersonal in der Klinik
- ☐ Beratungsstelle
- ☐ ambulante Psychotherapeuten/therapeutinnen
- ☐ Hausarzt/ärztin
- ☐ Angehörige
- ☐ nahestehende Personen

- ☐ in der Öffentlichkeit (z.B. Plakate in der U-Bahn/auf der Straße oder in öffentlichen Einrichtungen)
- ☐ Jugendamt
- ☐ soziale Medien (z.B. Facebook oder Twitter)
- ☐ Foren für Betroffene/Angehörige/nahestehende Personen
- ☐ Werbung (Flyer/Broschüren)
- ☐ psychosoziales Fachpersonal (z.B. Sozialarbeiter/in)
- ☐ pädagogisches Fachpersonal (z.B. Lehrkräfte)
- ☐ Sonstiges:

Was ist Ihre Meinung zur Darstellung von Essstörungen in den Medien?

*

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Der Fokus der Medien liegt zu sehr auf Magersucht/Anorexie.	☐	☐	☐	☐
In den Medien werden nur extrem untergewichtige Personen dargestellt.	☐	☐	☐	☐
Der Fokus der Darstellungen von Essstörungen in den Medien liegt zu sehr auf dem Körperbild.	☐	☐	☐	☐
Die Aufklärung über Essstörungen in den Medien ist nicht ausreichend.	☐	☐	☐	☐
Essstörungen sollten nicht nur in Zusammenhang mit (Top-)Models thematisiert werden.	☐	☐	☐	☐
Essstörungen werden in den Medien als Schönheitswahn abgetan.	☐	☐	☐	☐
Fernsehsendungen (z.B. Germany's Next Topmodel) sind mitverantwortlich für das Auslösen von Essstörungen.	☐	☐	☐	☐

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Erfahrungen von Betroffenen werden in den Medien nicht ausreichend dargestellt.	☐	☐	☐	☐
Männer mit Essstörungen werden in den Medien nicht thematisiert.	☐	☐	☐	☐
Ältere Menschen mit Essstörungen werden nicht thematisiert.	☐	☐	☐	☐
Diäten werden in den Medien als wünschenswert dargestellt.	☐	☐	☐	☐
Essstörungen werden teilweise verherrlicht (sehr dünn ist schön)	☐	☐	☐	☐
Die Darstellung von Symptomen kann zu Nachahmung anregen (z.B. Erbrechen)	☐	☐	☐	☐

Beratungsstellen

[]

Kennen Sie eine Beratungsstelle, die Informations- und Beratungsangebote für Betroffene mit Essstörungen und deren Angehörige anbietet? Um welche Art handelte es sich und haben Sie bereits selbst eine solche Stelle besucht?

*

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Kenne ich	Kenne ich nicht	habe ich besucht	habe ich nicht besucht
Beratungsstelle für Essstörungen	☐	☐	☐	☐
Beratungsstelle für Suchterkrankungen	☐	☐	☐	☐
sonstige Beratungsstelle	☐	☐	☐	☐

[]Wie kamen Sie an diese Beratungsstelle? *

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Fachpersonal in einer Klinik
- ☐ ambulante Therapeuten/therapeutinnen
- ☐ Hausarzt/Hausärztin
- ☐ Angehörige
- ☐ Nahestehende Personen
- ☐ Jugendamt
- ☐ Werbung (Flyer/Broschüren)
- ☐ Selbst recherchiert
- ☐ Öffentlichkeit (z.B. Plakate in der U-Bahn/auf der Straße oder in öffentlichen Einrichtungen)
- ☐ Foren für Betroffene/Angehörige/nahestehende Personen
- ☐ soziale Medien (z.B. Facebook oder Twitter)
- ☐ pädagogisches Fachpersonal (z.B. Lehrkräfte)
- ☐ psychosoziales Fachpersonal (z.B. Sozialarbeiter/in)
- ☐ Sonstiges:

[]

Wie wichtig finden Sie die folgenden Leistungen von Beratungsstellen?

*

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Wichtig	Nicht wichtig	Habe ich genutzt	Habe ich nicht genutzt
Austausch mit anderen Betroffenen	☐	☐	☐	☐
Austausch mit anderen Angehörigen	☐	☐	☐	☐
Persönliche Beratung	☐	☐	☐	☐
Telefonberatung	☐	☐	☐	☐
Online-Beratung (z.B. Chat- oder E-Mailberatung)	☐	☐	☐	☐
Hilfe bei der Suche nach einem Therapieplatz	☐	☐	☐	☐

	Wichtig	Nicht wichtig	Habe ich genutzt	Habe ich nicht genutzt
Hilfe im Umgang mit der Essstörung für nahestehende Personen	☐	☐	☐	☐
Angebote einer Ernährungsberatung	☐	☐	☐	☐
Hilfe beim Übergang von Klinik in die Nachsorge	☐	☐	☐	☐
Gruppenangebote	☐	☐	☐	☐
Gruppenangebote für Angehörige	☐	☐	☐	☐
Elterngespräche	☐	☐	☐	☐
Infoveranstaltungen (z.B. in Schulen)	☐	☐	☐	☐
Angebote für Entspannungsverfahren	☐	☐	☐	☐
Angebote speziell für Männer	☐	☐	☐	☐
Beratung für Minderjährige	☐	☐	☐	☐
Krisenintervention	☐	☐	☐	☐
Fortbildung und Information für Fachkräfte	☐	☐	☐	☐
Fremdsprachige Beratung	☐	☐	☐	☐
Angebote zur Nachsorge	☐	☐	☐	☐
Präventionsangebote	☐	☐	☐	☐

Nachsorge



Welche Angebote zur Nachbetreuung von Essstörungen sind Ihnen bekannt? Welche haben Sie oder eine/r Ihrer Angehörigen oder nahestehenden Personen in Anspruch genommen?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Kenne ich	Kenne ich nicht	wurde in Anspruch genommen	wurde nicht in Anspruch genommen
Ambulante Psychotherapie	☐	☐	☐	☐
Kontakt zu einer Beratungsstelle	☐	☐	☐	☐
Selbsthilfegruppe	☐	☐	☐	☐
Angeleitete Gruppentherapie	☐	☐	☐	☐
Therapeutische Wohngruppe	☐	☐	☐	☐
Tagesklinik	☐	☐	☐	☐
Wiegen beim Allgemeinarzt oder der Allgemeinärztin	☐	☐	☐	☐
Sozialarbeiter/in	☐	☐	☐	☐
Ernährungstherapie	☐	☐	☐	☐
Körper/Bewegungstherapie	☐	☐	☐	☐
Kunst-/Gestaltungstherapie	☐	☐	☐	☐



Wer gab die Veranlassung zur Nutzung dieser Angebote?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Eigene Veranlassung
- ☐ Fachpersonal innerhalb einer Klinik
- ☐ Beratungsstelle
- ☐ ambulante Therapeuten/therapeutinnen
- ☐ Hausarzt/Hausärztin
- ☐ Angehörige (z.B. Eltern, Geschwister, Ehepartner, etc.)
- ☐ Nahestehende Personen (z.B. Freund/in oder Freundeskreis)
- ☐ psychosoziale Fachkräfte (z.B. Sozialarbeiter/in)
- ☐ pädagogische Fachkräfte (z.B. Lehrkräfte)
- ☐ Sonstiges:

[]Wie wichtig finden Sie folgende Aspekte der Nachsorge? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Regelmäßiger Kontakt zu einer festen Ansprechperson	☐	☐	☐	☐

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Umgang mit Rückfällen	☐	☐	☐	☐
individuelle Anpassung der Nachsorge an das Leben der betroffenen Person	☐	☐	☐	☐
Hilfe den Alltag zu meistern	☐	☐	☐	☐
Kontakt zu anderen Betroffenen	☐	☐	☐	☐
Nahtloser Übergang von der Klinik in die Nachsorge	☐	☐	☐	☐
Einbinden von Angehörigen in die Nachsorge	☐	☐	☐	☐
Einbinden von nahestehenden Personen in die Nachsorge	☐	☐	☐	☐
Erlernen neuer Strukturen nach dem Klinikaufenthalt	☐	☐	☐	☐
Gruppenangebote	☐	☐	☐	☐
Angebote für Männer	☐	☐	☐	☐
Wohngruppen	☐	☐	☐	☐
Nach Geschlechtern getrennte Wohngruppen	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben diesen Fragebogen auszufüllen!

Mehr Informationen zum Thema Essstörungen und eine Liste mit Beratungsstellen in Ihrer Umgebung finden Sie auf: www.bzga-essstoerungen.de (<https://www.bzga-essstoerungen.de/>)

Bei weiteren Fragen können Sie uns jederzeit gern kontaktieren!

Kontakt

PD Dr. Uwe Berger

Universitätsklinikum Jena Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Stoysstr. 3, 07740 Jena

Telefon: +49 3641 937790

E-Mail: uwe.berger@med.uni-jena.de (<mailto:uwe.berger@med.uni-jena.de>)

Julia Mühleck, M.Sc., MBPsS

Universitätsklinikum Jena Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Stoysstr. 3, 07740 Jena

Telefon: +49 3641 9398064

E-Mail: julia.muehleck@med.uni-jena.de (<mailto:uwe.berger@med.uni-jena.de>)

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:

Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.