

# Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen zur Primärprävention von Essstörungen

Alexander Eisenmann, Barbara Fröschl, Heidi Stürzlinger  
fachliche Beratung: Beate Wimmer-Puchinger, Alexander Grabenhofer-Eggerth



**Schriftenreihe  
Health Technology Assessment (HTA)  
in der Bundesrepublik Deutschland**

---

**Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen zur  
Primärprävention von Essstörungen**

---

**Alexander Eisenmann<sup>1</sup>, Barbara Fröschl<sup>1</sup>, Heidi Stürzlinger<sup>1</sup>  
fachliche Beratung: Beate Wimmer-Puchinger, Alexander Grabenhofer-Eggerth**

<sup>1</sup> Gesundheit Österreich GmbH, Wien

## **Wir bitten um Beachtung**

Dieser HTA-Bericht ist publiziert in der DAHTA-Datenbank des DIMDI ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – HTA) und in der elektronischen Zeitschrift *GMS Health Technology Assessment* ([www.egms.de](http://www.egms.de)).

Die HTA-Berichte des DIMDI durchlaufen ein unabhängiges, grundsätzlich anonymisiertes Gutachterverfahren. Potentielle Interessenkonflikte bezüglich der HTA-Berichte werden dem DIMDI von den Autoren und den Gutachtern offengelegt. Die Literaturlauswahl erfolgt nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Die durchgeführte Literaturrecherche erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verantwortung für den Inhalt des Berichts obliegt den jeweiligen Autoren.

Die Erstellung des vorliegenden HTA-Berichts des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erfolgte gemäß gesetzlichem Auftrag nach Artikel 19 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Das Thema stammt aus dem öffentlichen Vorschlagsverfahren beim DIMDI, durch das Kuratorium HTA priorisiert und vom DIMDI beauftragt. Der Bericht wurde mit Mitteln des Bundes finanziert.

---

Herausgegeben vom  
Deutschem Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln

Das DIMDI ist ein Institut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

### Kontakt

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information  
Waisenhausgasse 36-38a  
50676 Köln

Tel: +49 221 4724-211  
Fax: +49 2214724-340

E-Mail: [hans-peter.dauben@dimdi.de](mailto:hans-peter.dauben@dimdi.de)  
[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 136  
ISSN: 1864-9645  
1. Auflage 2017  
DOI: 10.3205/hta000132L  
URN: urn:nbn:de:0183-hta000132L5

© DIMDI, Köln 2017. Alle Rechte vorbehalten.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Verzeichnisse</b> .....	V
Tabellenverzeichnis .....	V
Abbildungsverzeichnis .....	VII
Abkürzungsverzeichnis .....	VIII
Glossar .....	IX
<b>Zusammenfassung</b> .....	1
<b>Abstract</b> .....	2
<b>Hauptdokument</b> .....	3
<b>1 Gesundheitspolitischer Hintergrund</b> .....	3
<b>2 Wissenschaftlicher Hintergrund</b> .....	5
2.1 Definition Essstörungen .....	5
2.1.1 Essstörungen gemäß DSM-IV .....	5
2.1.1.1 BES .....	6
2.1.2 Nicht näher bezeichnete Essstörungen und subklinische Essstörungen .....	7
2.1.3 Gestörtes Essverhalten .....	7
2.1.4 Klassifikation von Essstörungen gemäß ICD-10 .....	7
2.1.5 Diagnose von Essstörungen .....	8
2.2 Epidemiologie .....	9
2.3 Krankheitsverlauf und -folgen .....	9
2.4 Ätiologie .....	10
2.4.1 Risiko- und Schutzfaktoren .....	11
2.4.1.1 Soziokulturelle Risikofaktoren .....	13
2.4.1.1.1 Schlankheitsideal .....	13
2.4.1.1.2 Rollenkonflikt .....	13
2.4.1.1.3 Leistungsdruck .....	13
2.4.1.1.4 Westernization (Verwestlichung) .....	13
2.4.1.2 Soziokulturelle Schutzfaktoren .....	14
2.5 Prävention von Essstörungen .....	14
2.5.1 Begriffsdefinition Prävention .....	14
2.5.2 Programme zur Prävention von Essstörungen .....	15
2.6 Gesundheitsökonomische Aspekte .....	15
2.6.1 Kosten der Primärprävention von Essstörungen .....	15
2.6.2 Krankheitskosten von Essstörungen .....	16
<b>3 Forschungsfragen</b> .....	18
<b>4 Methodik</b> .....	20
4.1 Literatursuche .....	20
4.1.1 Systematische Literatursuche .....	20
4.1.2 Systematische Internetsuche .....	20
4.1.3 Ergänzende Literatursuche .....	20
4.1.4 Fragebogenerhebung .....	20
4.2 Erstselektion .....	21
4.3 Zweitselektion .....	21
4.3.1 Kriterien der Zweitselektion der Volltexte zur Wirksamkeit (Fragestellung 1) .....	22
4.3.2 Kriterien der Zweitselektion für ökonomische Volltexte (Fragestellung 2) .....	22
4.3.3 Kriterien der Zweitselektion für Studien zu soziokulturellen Risikofaktoren (Fragestellung 3) .....	23

4.4	Studienbeschreibung und Datenextraktion	24
4.5	Bewertung der Studienqualität	24
4.5.1	Interne Validität (Bias-Risiko)	24
4.5.2	Externe Validität (Generalisierbarkeit) und Übertragbarkeit auf Deutschland	25
4.6	Synthese der Evidenz	25
<b>5</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>27</b>
5.1	Ergebnisse der Literatursuche und Selektion	27
5.1.1	Ergebnisse der systematischen Literatursuche	27
5.1.2	Ergebnisse der Fragebogenerhebung	27
5.1.3	Ergebnisse der Erstselektion	27
5.1.4	Ergebnisse der Zweitselektion	27
5.1.5	Darstellung des Selektionsprozesses	28
5.2	Hauptergebnisse	29
5.2.1	Eingeschlossene Publikationen	29
5.2.2	Datenauswertung der Studien zu Fragestellung 1	30
5.2.3	Qualitätsbewertung (interne und externe Validität) der Studien zu Fragestellung 1	38
5.2.4	Synthese der Evidenz zu Fragestellung 1	41
5.2.5	Datenauswertung der Studien zu Fragestellung 2	45
5.2.6	Qualitätsbewertung (interne und externe Validität) der Studie zu Fragestellung 2	45
5.2.7	Synthese der Evidenz zu Fragestellung 2	46
5.2.8	Datenauswertung der Studien zu Fragestellung 3	46
5.2.9	Qualitätsbewertung (interne und externe Validität) der Studien zu Fragestellung 3	49
5.2.10	Synthese der Evidenz zu Fragestellung 3	50
<b>6</b>	<b>Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen</b>	<b>53</b>
6.1	Forschungsfrage 1 (Wirksamkeit der Primärprävention gegen Essstörungen)	53
6.2	Forschungsfrage 2 (ökonomische Forschungsfrage)	56
6.3	Forschungsfrage 3 (Risikofaktoren für Essstörungen)	57
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerung/Empfehlung</b>	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>Anhang</b>	<b>60</b>
8.1	Schlagworte Literatursuche	60
8.2	Datenbanken	60
8.3	Suchstrategie	61
8.4	Selektion der potenziell wirkungsevaluierten Projekte aus der Fragebogenerhebung	67
8.5	Nicht beschaffbare Volltexte	68
8.6	Nach Zweitselektion ausgeschlossene Literatur	70
8.7	Tabellenvorlagen	80
8.8	Tabellen zur Datenextraktion und Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien	86
8.8.1	Fragestellung 1 (Wirksamkeit)	86
8.8.2	Fragestellung 2 (ökonomische Studien)	119
8.8.3	Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren)	122
8.9	Fragebogenerhebung	139
8.9.1	Fragebogen	139
8.9.2	Adressatenliste Fragebogenbefragung	143
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>151</b>

# Verzeichnisse

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Essstörungen gemäß DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage) . . . . .	5
Tabelle 2:	Klassifikation von Essstörungen gemäß ICD-10-GM Version 2012 . . . . .	7
Tabelle 3:	Risiko und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Essstörungen . . . . .	12
Tabelle 4:	PICO-Prinzip zu Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention gegen Essstörungen) . . . . .	18
Tabelle 5:	PICO-Prinzip zu Fragestellung 2 (Effizienz Primärprävention gegen Essstörungen) . . . . .	18
Tabelle 6:	PICO-Prinzip zu Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren für Essstörungen) . . . . .	19
Tabelle 7:	Ein- und Ausschlusskriterien der Erstselektion . . . . .	21
Tabelle 8:	Ein- und Ausschlusskriterien der Zweitselektion für Studien zur Wirksamkeit der Primärprävention gegen Essstörungen (Fragestellung 1) . . . . .	22
Tabelle 9:	Ein- und Ausschlusskriterien der Zweitselektion für ökonomische Studien zur Prävention von Essstörungen (Fragestellung 2) . . . . .	23
Tabelle 10:	Ein- und Ausschlusskriterien der Zweitselektion für Studien zu soziokulturellen Risikofaktoren für Essstörungen (Fragestellung 3) . . . . .	23
Tabelle 11:	Klassifizierung des Bias-Risikos . . . . .	24
Tabelle 12:	Kriterien zur Beurteilung der externen Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland für systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, RCT und Interventionsstudien . . . . .	25
Tabelle 13:	Klassifizierung der externen Validität . . . . .	25
Tabelle 14:	Klassifizierung der Stärke der Evidenz . . . . .	26
Tabelle 15:	Publikationen zur Beantwortung der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen) . . . . .	29
Tabelle 16:	Publikationen zur Beantwortung der Fragestellung 2 (Effizienz Primärprävention Essstörungen) . . . . .	29
Tabelle 17:	Publikationen zur Beantwortung der Fragestellung 3 (soziokulturelle Faktoren Entstehung Essstörungen) . . . . .	29
Tabelle 18:	Übersicht über die bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention) . . . . .	31
Tabelle 19:	Übersicht über die bewerteten Primärstudien der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention) . . . . .	32
Tabelle 20:	Synthese der Evidenz für Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen) . . . . .	42
Tabelle 21:	Übersicht über die ökonomische Modellrechnung zu Fragestellung 2 . . . . .	45
Tabelle 22:	Synthese der Evidenz für Fragestellung 2 . . . . .	46
Tabelle 23:	Übersicht über die bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten der Fragestellung 3 . . . . .	46
Tabelle 24:	Übersicht über die bewerteten Interventionsstudien der Fragestellung 3 . . . . .	47
Tabelle 25:	Übersicht über die bewerteten Beobachtungsstudien der Fragestellung 3 . . . . .	48
Tabelle 26:	Evidenzsynthese Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren für Essstörungen) . . . . .	51
Tabelle 27:	Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 27.07.2012 . . . . .	61
Tabelle 28:	Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 31.05.2013 . . . . .	64
Tabelle 29:	Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 12.12.2013 . . . . .	64
Tabelle 30:	Selektion der potenziell wirkungsevaluierten Projekte aus der Fragebogenerhebung . . . . .	67
Tabelle 31:	Nicht beschaffbare Volltexte . . . . .	68

Tabelle 32:	Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen) . . . . .	70
Tabelle 33:	Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 2 (Effizienz von Primärprävention Essstörungen) . . . . .	76
Tabelle 34:	Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren) . . . . .	76
Tabelle 35:	Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen . . . . .	80
Tabelle 36:	Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von RCT . . . . .	81
Tabelle 37:	Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von Interventionsstudien . . . . .	81
Tabelle 38:	Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von Beobachtungsstudien . . . . .	82
Tabelle 39:	Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von ökonomischen Studien . . . . .	83
Tabelle 40:	Kriterien zur Beurteilung der externen Validität (Generalisierbarkeit) von systematische Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen, RCT und Interventionsstudien . . . . .	83
Tabelle 41:	Kriterien zur Beurteilung der externen Validität (Generalisierbarkeit) von Beobachtungsstudien . . . . .	84
Tabelle 42:	Evidenztabelle für systematische Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen . .	84
Tabelle 43:	Evidenztabelle für RCT und Interventionsstudien . . . . .	85
Tabelle 44:	Evidenztabelle für Beobachtungsstudien . . . . .	85
Tabelle 45:	Evidenztabelle für ökonomische Studien . . . . .	86
Tabelle 46:	Stice et al. <sup>123</sup> , Evidenztabelle . . . . .	86
Tabelle 47:	Stice et al. <sup>123</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	89
Tabelle 48:	Stice et al. <sup>123</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	90
Tabelle 49:	Beintner et al. <sup>16</sup> , Evidenztabelle . . . . .	90
Tabelle 50:	Beintner et al. <sup>16</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	91
Tabelle 51:	Beintner et al. <sup>16</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	92
Tabelle 52:	Dannigkeit et al. <sup>31</sup> , Evidenztabelle . . . . .	92
Tabelle 53:	Dannigkeit et al. <sup>31</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	93
Tabelle 54:	Dannigkeit et al. <sup>31</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	94
Tabelle 55:	Schlevogt <sup>107</sup> , Evidenztabelle . . . . .	94
Tabelle 56:	Schlevogt <sup>107</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	95
Tabelle 57:	Schlevogt <sup>107</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	96
Tabelle 58:	Pokrajac-Bulian et al. <sup>100</sup> , Evidenztabelle . . . . .	97
Tabelle 59:	Pokrajac-Bulian et al. <sup>100</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	98
Tabelle 60:	Pokrajac-Bulian et al. <sup>100</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland .	99
Tabelle 61:	Austin et al. <sup>6</sup> , Evidenztabelle . . . . .	99
Tabelle 62:	Austin et al. <sup>6</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	101
Tabelle 63:	Austin et al. <sup>6</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	101
Tabelle 64:	McVey et al. <sup>81</sup> , Evidenztabelle . . . . .	102
Tabelle 65:	McVey et al. <sup>81</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	103
Tabelle 66:	McVey et al. <sup>81</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	104
Tabelle 67:	Raich et al. <sup>104</sup> , Evidenztabelle . . . . .	104
Tabelle 68:	Raich et al. <sup>104</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) von Kohortenstudien . . . . .	105
Tabelle 69:	Raich et al. <sup>104</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	106
Tabelle 70:	Stice et al. <sup>116</sup> , Evidenztabelle . . . . .	107
Tabelle 71:	Stice et al. <sup>116</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	108

Tabelle 72:	Stice et al. <sup>116</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	109
Tabelle 73:	Wilksch et al. <sup>138</sup> , Evidenztabelle . . . . .	110
Tabelle 74:	Wilksch et al. <sup>138</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	111
Tabelle 75:	Wilksch et al. <sup>138</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	111
Tabelle 76:	Gonzales et al. <sup>47</sup> , Evidenztabelle . . . . .	112
Tabelle 77:	Gonzales et al. <sup>47</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	113
Tabelle 78:	Gonzales et al. <sup>47</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	114
Tabelle 79:	Wick et al. <sup>137</sup> , Evidenztabelle . . . . .	114
Tabelle 80:	Wick et al. <sup>137</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	115
Tabelle 81:	Wick et al. <sup>137</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	116
Tabelle 82:	Warschburger et al. <sup>135</sup> , Evidenztabelle . . . . .	116
Tabelle 83:	Warschburger et al. <sup>135</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	118
Tabelle 84:	Warschburger et al. <sup>135</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	118
Tabelle 85:	Wang et al. <sup>132</sup> , Evidenztabelle . . . . .	119
Tabelle 86:	Wang et al. <sup>132</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	121
Tabelle 87:	Wang et al. <sup>132</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	122
Tabelle 88:	Grabe et al. <sup>50</sup> , Evidenztabelle . . . . .	122
Tabelle 89:	Grabe et al. <sup>50</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	124
Tabelle 90:	Grabe et al. <sup>50</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	124
Tabelle 91:	Groesz et al. <sup>52</sup> , Evidenztabelle . . . . .	124
Tabelle 92:	Groesz et al. <sup>52</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	125
Tabelle 93:	Groesz et al. <sup>52</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	126
Tabelle 94:	Theis et al. <sup>128</sup> , Evidenztabelle . . . . .	126
Tabelle 95:	Theis et al. <sup>128</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	127
Tabelle 96:	Theis et al. <sup>128</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	128
Tabelle 97:	Quick et al. <sup>102</sup> , Evidenztabelle . . . . .	129
Tabelle 98:	Quick et al. <sup>102</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	130
Tabelle 99:	Quick et al. <sup>102</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	130
Tabelle 100:	Bardone-Cone et al. <sup>9</sup> , Evidenztabelle . . . . .	131
Tabelle 101:	Bardone-Cone et al. <sup>9</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	132
Tabelle 102:	Bardone-Cone et al. <sup>9</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	132
Tabelle 103:	Fister et al. <sup>40</sup> , Evidenztabelle . . . . .	133
Tabelle 104:	Fister et al. <sup>40</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	134
Tabelle 105:	Fister et al. <sup>40</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	134
Tabelle 106:	Neumark-Sztainer et al. <sup>91</sup> , Evidenztabelle . . . . .	135
Tabelle 107:	Neumark-Sztainer et al. <sup>91</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	136
Tabelle 108:	Neumark-Sztainer et al. <sup>91</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	136
Tabelle 109:	Martinez-Gonzalez et al. <sup>80</sup> , Evidenztabelle . . . . .	136
Tabelle 110:	Martinez-Gonzalez et al. <sup>80</sup> , Interne Validität (Bias-Risiko) . . . . .	137
Tabelle 111:	Martinez-Gonzalez et al. <sup>80</sup> , Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland . . . . .	138

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ätiologiemodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen nach Laessle et al. <sup>76</sup> (adaptiert) . . . . .	11
Abbildung 2:	Grafische Darstellung des Selektionsprozesses . . . . .	28

## Abkürzungsverzeichnis

AN	Anorexia nervosa
BES	Binge-Eating-Störung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (Österreich)
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSF	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia nervosa
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DWCB	Disordered weight control behaviour
DGESS	Deutsche Gesellschaft für Essstörungen
DGMP	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage, engl.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
EDE	Eating Disorder Examination
EDI	Eating Disorder Inventory
EDNOS	Nicht näher bezeichnete Essstörung, engl.: Eating Disorder Not Otherwise Specified
EDQ	Eating Disorder Questionnaire
FEV	Fragebogen zum Essverhalten
GESIS	Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HPZ	Heidelberger Präventionszentrum
HTA	Health Technology Assessment
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, zehnte Auflage, engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 <sup>th</sup> Revision
IG	Interventionsgruppe
ITT	Intention-to-treat
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Markenname)
n	Anzahl, engl.: number
PICO	Population, Intervention, Control, Outcome
POPS	Potsdamer Prävention an Schulen

### Abkürzungsverzeichnis – Fortsetzung

QALY	Qualitätskorrigiertes Lebensjahr, engl.: Quality adjusted life year
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie, engl.: Randomised controlled trial
sig.	Signifikant
SKOFF (Akronym)	Sick, Control, One stone, Fat, Food
SOFIS	Sozialwissenschaftliches Forschungsinformationssystem
SOLIS	Sozialwissenschaftliches Literaturinformationssystem
WHO	Weltgesundheitsorganisation, engl.: World Health Organisation

### Glossar

Anorexia nervosa (AN; Magersucht)	Hauptmerkmal der Anorexie ist der gravierende, selbst induzierte Gewichtsverlust der Patientinnen (teilweise bis zur lebensbedrohlichen Unterernährung). Der Gewichtsverlust wird in der Regel durch eine strenge Reduktion der Kalorienaufnahme erreicht <sup>75</sup> .
Bias-Risiko	Das Bias-Risiko beschreibt die Wahrscheinlichkeit, mit der Studienergebnisse durch Störfaktoren verzerrt werden. Ein geringes Bias-Risiko drückt beispielsweise aus, dass es unwahrscheinlich ist, dass die Studienergebnisse durch Störfaktoren wesentlich verzerrt werden. Das Vertrauen in die Korrektheit der Ergebnisse ist hoch.
Binge-Eating-Störung (BES)	Hauptmerkmal der BES sind regelmäßige Essanfälle ohne nachfolgende einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen. Die BES ist im Krankheitsverlauf in der Regel mit zunehmendem Übergewicht bzw. Adipositas assoziiert <sup>75</sup> .
Bulimia nervosa (BN, Ess-Brech-Sucht)	Hauptmerkmal der Bulimie sind wiederholte Essanfälle gemeinsam mit Maßnahmen, die einer Gewichtszunahme entgegensteuern (z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung) <sup>75</sup> .
Diuretika	Deutsch: Entwässerungsmittel, also harntreibende Arzneimittel zur Ausschwemmung von Wasser aus dem Körper.
Essstörungen	Psychische Erkrankungen, die durch schwere Störungen des Essverhaltens gekennzeichnet sind <sup>33</sup> . Die wichtigsten Krankheitsbilder unter den Essstörungen sind die Anorexia nervosa (Magersucht), die Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) sowie die Binge-Eating-Störung (Essanfälle). Kriterien (zur Klassifikation) von Essstörungen sind beispielsweise im Diagnostischen und Statistischen Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage (DSM-IV) beschrieben <sup>3, 136</sup> .
Exposition	Bedeutet das Ausgesetztsein gegenüber (schädigenden) Umwelteinflüssen. Eine Exposition muss nicht unbedingt zu einer Erkrankung führen, ist aber möglicherweise die Ursache für eine Gesundheitsschädigung oder Krankheit.
Externe Validität	Die externe Validität (Synonym: Generalisierbarkeit) drückt aus, inwieweit die Studienergebnisse auf Populationen außerhalb der Studienpopulation übertragbar sind. Eine hohe externe Validität bedeutet beispielsweise, dass die Studienergebnisse auf Populationen außerhalb der Studienpopulation gut übertragbar sind.

**Glossar – Fortsetzung**

Gestörtes Essverhalten	In der Fachliteratur uneinheitlich verwendeter Begriff. Die Übergänge von normalem zu gestörtem Essverhalten bis hin zu (subklinischen) Essstörungen sind fließend und nicht eindeutig definiert. Laut Stice et al. <sup>115</sup> kann gestörtes Essverhalten (disordered eating behaviour) wie folgt operationalisiert werden: außerhalb der Norm liegende Werte bei Anwendung etablierter Instrumente zur Erfassung des Essverhaltens, wobei die Kriterien für Essstörungen (gemäß Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage (DSM-IV) bzw. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, zehnte Auflage (ICD-10) inklusive nicht näher definierter Essstörungen) nicht erfüllt werden.
Inkrementelle Kosten	Differenz der Kosten zweier alternativer Therapieverfahren oder Programme. Wird zur Standardtherapie zusätzlich eine Alternativtherapie angewandt, so wird der Kostenunterschied zwischen Standard- und Alternativtherapie als inkrementelle Kosten bezeichnet.
Intention-to-treat-(ITT)-Analyse	Die ITT-Analyse wird im Rahmen von randomisiert kontrollierten Studien eingesetzt. Bei einer ITT-Analyse gehen alle in die Studie eingeschlossenen und randomisierten Teilnehmerinnen/Teilnehmer in die Analyse ein und zwar in der Gruppe (Interventionsgruppe, Kontrollgruppe), zu der sie randomisiert zugeordnet wurden, unabhängig davon, was nach der Randomisierung mit ihnen geschieht.
Inzidenz	Anzahl der neu auftretenden Fälle einer Erkrankung in der Bevölkerung in einer definierten Zeitstrecke. Inzidenzrate: Anzahl der Neuerkrankungen pro 100.000 Personen in der Bevölkerung pro Jahr.
Kontrollierte Studie	Studie, in der zusätzlich zur Interventions- bzw. Expositionsgruppe eine Kontrollgruppe, d. h. eine Gruppe ohne Studienintervention bzw. ohne Studienexposition, untersucht wird.
Kostenwirksamkeitsanalyse/ Kostennutzwertanalyse Kosten-Nutzen-Analyse	Analyseform, die monetäre Kosten einer Intervention mit dem nicht-monetär bewerteten Behandlungserfolg vergleicht, z. B. pro gewonnenes oder gerettetes Lebensjahr oder pro qualitätsbereinigtes Lebensjahr. Analyseform, die monetäre Kosten einer Intervention mit dem monetär bewerteten Behandlungserfolg vergleicht.
Laxantien	Deutsch: Abführmittel, also Arzneimittel zur Förderung der Darmentleerung.
Micro-Costing-Ansatz	Verfahren der Kostenbestimmung, bei dem für jede einzelne Komponente des Ressourcenverbrauchs (z. B. Labortests, Medikamente) die Anzahl verbrauchter Einheiten sowie die Kosten pro Einheit bestimmt bzw. geschätzt werden.
Nicht näher bezeichnete Essstörungen (EDNOS)	Engl.: Eating disorder not otherwise specified. Essstörungen, die keiner der anderen Essstörungskategorie im Diagnostischen und Statistischen Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage (DSM-IV) bzw. in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, zehnte Auflage (ICD-10) zugeordnet werden können <sup>3, 136</sup> .
Prävalenz	Häufigkeit einer Erkrankung in der Bevölkerung. Bezogen auf die definierte Zeitstrecke wird zwischen Punktprävalenz (Prävalenz zum Zeitpunkt der Erhebung), 1-Jahres-Prävalenz und Lebenszeitprävalenz (Prävalenz über die Gesamtzahl der erlebten Jahre) unterschieden.

**Glossar – Fortsetzung**

Primärprävention	Richtet sich an asymptomatische Personen mit dem Ziel, Neuerkrankungen durch vorbeugende Maßnahmen zu verhindern <sup>26</sup> . In den vergangenen Jahren wurde in der Fachliteratur neben dem Konzept der Primär- und Sekundärprävention (siehe unten) zunehmend die Differenzierung der Prävention nach Gordon <sup>48</sup> (universelle, selektive und indizierte Prävention) herangezogen.
Prozessevaluation	Analyse der Umsetzung einer Maßnahme/eines Projekts.
Qualitätskorrigiertes Lebensjahr (QALY)	Für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen zur Beschreibung der quantitativen Dimension der Lebensqualität. Dabei wird die Lebensqualität in eine Skala zwischen 1 (= optimale Lebensqualität) und 0 (= geringste Lebensqualität, z. B. Tod) eingereiht.
Quasi-kontrollierte Studie	Bei einer quasi-kontrollierten Studie ist eine Kontrollgruppe im Sinne eines kontrollierten Studiendesigns (siehe kontrollierte Studie, randomisierte kontrollierte Studie) nicht vorhanden. Jedoch ermöglicht das Studiendesign einen Vergleich der Studiengruppe mit einer Gruppe ohne Studienintervention bzw. ohne Studienexposition.
Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	Im Rahmen eines randomisiert kontrollierten Studiendesigns werden die Studienteilnehmer zufällig (randomisiert) der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugewiesen.
Risikofaktoren	Krankheitsbegünstigende, risikoerhöhende und entwicklungshemmende Merkmale <sup>60</sup> .
Schutzfaktoren	Einflussfaktoren, durch die das Risiko zu erkranken reduziert wird <sup>35</sup> .
Sekundärprävention	Richtet sich an Personen mit erhöhtem Risiko und verfolgt das Ziel, bereits bestehende Risikofaktoren noch vor dem Auftreten von Krankheitssymptomen zu beseitigen <sup>26</sup> .
Signifikanz	Die statistische Signifikanz gibt die Wahrscheinlichkeit für einen beobachteten Unterschied unter Annahme der Nullhypothese an (d. h. unter der Annahme, dass kein Unterschied besteht.)
Subklinische Essstörungen	In der Fachliteratur uneinheitlich verwendeter Begriff. Laut Buddeberg-Fischer <sup>24</sup> umfassen subklinische Essstörungen ein gestörtes Essverhalten, chronisches oder intermittierendes Diäthalten, andere gewichtsregulierende Verhaltensweisen sowie eine intensive Beschäftigung mit der eigenen Figur und dem Körpergewicht. Subklinische Essstörungen erfüllen jedoch nicht die Kriterien für das Vollbild einer Essstörung gemäß Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage, (DSM-IV) bzw. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, zehnte Auflage (ICD-10). Subklinische Essstörungen werden der Kategorie der nicht näher bezeichneten Essstörungen gemäß DSM-IV bzw. ICD-10 zugeordnet.
Universelle, selektive und indizierte Prävention	Universelle Prävention wendet sich an die Gesamtbevölkerung, unabhängig von möglicherweise bestehenden Risikofaktoren. Selektive Prävention ist als Prävention bei definierten Gruppen zu verstehen (z. B. nur Mädchen der sechsten Schulklasse). Und indizierte Prävention bezieht sich auf Personen, die bereits ein sehr hohes Risiko für die Entstehung einer Erkrankung aufweisen <sup>48</sup> .
Wirkungsevaluation	Analyse der Wirksamkeit einer Maßnahme/eines Projekts in Bezug auf definierte Endpunkte.



## Zusammenfassung

### Gesundheitspolitischer und wissenschaftlicher Hintergrund

Essstörungen wie Anorexie, Bulimie und die Binge-Eating-Störung sind zum Teil mit äußerst schwerwiegenden körperlichen, psychischen und sozialen Krankheitsfolgen für die Betroffenen assoziiert. Für die Entstehung von Essstörungen wird ein komplexer, multifaktorieller Prozess mit biologischen, psychischen, sozialen, familiären und soziokulturellen Faktoren angenommen. Da sich Essstörungen als schwer therapierbar erwiesen haben, ist die Prävention besonders wichtig. Der vorliegende Bericht fokussiert auf sogenannte primärpräventive Maßnahmen, die sich an asymptotische Personen mit dem Ziel richten, Neuerkrankungen zu verhindern. In Deutschland wurden in den vergangenen Jahren bundesweite Informations- und Beratungsangebote zur Essstörungsthematik eingerichtet.

### Forschungsfragen

Im vorliegenden Bericht werden die Wirksamkeit und die Effizienz von primärpräventiven Maßnahmen gegen Essstörungen systematisch bewertet. Zusätzlich wird auf Basis von Studienevidenz die Frage beantwortet, welche soziokulturellen Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen bedeutsam sind.

### Methodik

Es wurden eine systematische Literatursuche in 34 internationalen Datenbanken, eine systematische Internetsuche, eine ergänzende Literatursuche (vor allem Prüfung von Literaturverzeichnissen) sowie eine Fragebogenbefragung mit 269 Einrichtungen in Deutschland durchgeführt. Die Selektion der identifizierten Zusammenfassungen und der Volltexte (Erst- und Zweitselektion) sowie die Beurteilung der Studienqualität erfolgten anhand vorab definierter Kriterien.

### Ergebnisse

Es wurden 13 Publikationen zur Beurteilung der Wirksamkeit der Primärprävention, eine Publikation zur ökonomischen Bewertung und acht Publikationen zu den soziokulturellen Risikofaktoren eingeschlossen. Auf Basis der Studienergebnisse kann die Wirksamkeit der Primärprävention zur Vermeidung von Essstörungen nicht nachgewiesen werden. Jedoch können positive Effekte von Primärpräventionsprogrammen für die Surrogatparameter gestörtes Essverhalten, Diäthalten, Körperunzufriedenheit, Internalisierung des Schlankheitsideals und körperbezogener Selbstwert belegt werden. Sollten sich die Präventionsmaßnahmen hinsichtlich der Vermeidung von Essstörungen in zukünftigen Untersuchungen als wirksam zeigen, ist von einem relevanten Kostenpotenzial auszugehen. Gemäß den Studienergebnissen stellt das medial vermittelte Schlankheitsideal einen Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen dar.

### Diskussion

Die vorliegenden Studienergebnisse sind noch nicht eindeutig genug, um einen empirisch gesicherten Standard für Essstörungspräventionsprogramme abzuleiten.

### Schlussfolgerung und Empfehlung

Um zu beurteilen, ob primärpräventive Maßnahmen gegen Essstörungen tatsächlich Neuerkrankungen verhindern können, ebenso wie für eine zuverlässige ökonomische Bewertung der Präventionsmaßnahmen und eine gesicherte Identifikation der relevanten soziokulturellen Risiko- und Schutzfaktoren für Essstörungen, sind weitere hochwertige Studien erforderlich.

## **Abstract**

### **Background**

Eating disorders, such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder can severely impair patients' physical and psychological health as well as their social functioning. A complex multifactorial process involving biological, psychological, social and sociocultural factors is assumed to contribute to the pathogenesis of eating disorders. As eating disorders have been found difficult to treat, prevention is of particular importance. This (Health Technology Assessment (HTA) report focuses on primary prevention programs. The aim of these programs is to prevent the onset of eating disorders in a population with no current symptoms by reducing risk factors for eating disorders. In recent years, information and counselling services for the prevention of eating disorders have been established throughout Germany.

### **Research questions**

The objective of this HTA report is to systematically evaluate effectiveness and efficiency of primary prevention programs for eating disorders. Furthermore, current scientific evidence will be evaluated in order to identify the most significant sociocultural risk factors for developing eating disorders.

### **Methods**

A systematic literature search in 34 international databases was performed, aside from a systematic internet search, a questionnaire survey with 269 German institutions and a complementary literature search (e. g. screening of reference lists and literature recommendations of reviewers). Screening and selection of abstracts and the full texts as well as the assessment of external and internal validity of the selected studies were performed according to predefined criteria.

### **Results**

A total of 22 studies was included: 13 publications evaluated the effectiveness of primary prevention programs (research question 1), one study assessed the economic effects of prevention programs (research question 2) and eight studies yielded data to possible sociocultural risk factors (research question 3). The identified evidence was found to be not conclusive enough to prove the effectiveness of primary prevention programs against full criteria eating disorders. However, positive effects could be shown for the surrogate endpoints disturbed eating behaviour, dieting, body dissatisfaction, thin-model internalization, and body self-esteem. Under the assumption that future studies will be able to demonstrate the effectiveness of primary prevention programs in reducing the incidence of eating disorders, a substantial cost potential can be expected. Regarding possible sociocultural risk factors, the included studies indicate that exposure to the thin model ideal conveyed by the media is a risk factor in developing eating disorders.

### **Discussion**

Available study results are not conclusive enough to identify an evidence based standard for eating disorder prevention programs.

### **Conclusions/Recommendations**

Further high quality studies are needed to evaluate if and how primary preventive programs can be effective in order to reduce the incidence of full criteria eating disorders. Also, more data are needed to conduct a valid economic assessment of prevention programs and to identify further sociocultural risk as well as protective factors.

## Hauptdokument

### 1 Gesundheitspolitischer Hintergrund

Essstörungen sind durch schwere Störungen des Essverhaltens gekennzeichnet. Die wichtigsten Krankheitsbilder unter den Essstörungen sind die Anorexia nervosa (AN, Magersucht), die Bulimia nervosa (BN, Ess-Brech-Sucht) sowie die Binge-Eating-Störung (BES, Fressanfälle). Essstörungen betreffen vor allem Mädchen und junge Frauen, Männer sind deutlich seltener betroffen. Die Lebenszeitprävalenz für Frauen in westlichen Industrieländern sowie in Deutschland wird für Anorexie auf 1,2 % bis 1,9 %, für die Bulimie auf rund 1,5 % und für die BES auf 1 % bis 3 % geschätzt<sup>33</sup>. Laut aktuellen Daten aus der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS, [www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)) zeigt jedes fünfte Kind im Alter zwischen elf und 17 Jahren Symptome einer Essstörung. Das sind rund 1,4 Millionen junge Menschen.

Hinsichtlich der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen wird ein komplexes, multifaktorielles Geschehen postuliert, bei dem biologische und psychische Risiko- und Schutzfaktoren (z. B. niedriges Selbstwertgefühl, genetische Disposition), Bedingungen im Freundeskreis und in der Familie (psychosoziale Faktoren) sowie soziokulturelle Faktoren (z. B. westliches Schönheits- und Schlankkeitsideal, gesellschaftlicher Rollenkonflikt) diskutiert werden<sup>76</sup>. In der Regel zeigen Essstörungen einen langjährigen Verlauf und ein hohes Risiko für eine Chronifizierung. Essstörungen gehen mit zum Teil äußerst schwerwiegenden negativen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen für die Patientinnen einher und führen auch bei den Familien der Betroffenen zu einer massiven Belastung. Da der Erkrankungsgipfel für Essstörungen in die späte Adoleszenz bzw. in das junge Erwachsenenalter fällt, wirken sich Essstörungen häufig negativ auf den Schul- und Ausbildungsweg der Patientinnen aus. Unter sämtlichen psychosomatischen Erkrankungen bei Mädchen und jungen Frauen ist die Anorexie jene mit der ungünstigsten Prognose: Die Mortalitätsrate wird je nach Schätzungsmethode mit 5 % bis 10 % angegeben<sup>33</sup>. Diese hohe Mortalitätsrate ist zum einen eine direkte Folge der Mangelernährung und zum anderen auf die stark erhöhte Suizidrate bei Essstörungen zurückzuführen<sup>33</sup>.

Essstörungen verursachen damit insgesamt beträchtliche Krankheitskosten, werden alle relevanten direkten und indirekten Kosten mit eingerechnet. Kostenstudien (hierzu) erfassen jedoch häufig nicht alle relevanten Kostenkomponenten<sup>126</sup>. Die derzeit einzige Studie für Deutschland kommt für 1998 auf rund 320 Millionen Euro an für die Krankheitsbilder AN und BN angefallenen Kosten. Diese Zahl schließt auch indirekte Kosten ein (z. B. Produktivitätsverluste durch vorzeitige Todesfälle), jedoch fehlen bei den direkten Krankheitskosten die Kosten für ambulante Behandlungen inklusive Psychotherapie und Medikamente (siehe hierzu ausführlicher Kapitel 2.6.2).

In den vergangenen Jahren haben Fachgesellschaften, sowohl international als auch in Deutschland, evidenzbasierte Leitlinien zu Essstörungen entwickelt. Von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) und dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) wurde 2010 eine S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Essstörungen herausgegeben<sup>33</sup>. Leitlinien zu Essstörungen veröffentlichten beispielsweise auch das National Institute for Health and Care Excellence<sup>92</sup>, die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft<sup>2</sup> sowie die Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia<sup>1</sup>.

In Deutschland existieren mittlerweile bundesweite Informations- und Beratungsangebote zum Thema Essstörungen: Zum Beispiel werden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, [www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de)) Informationen zum Thema Essstörungen für Betroffene, Familie und Angehörige, Lehr- sowie Mitarbeiterkräfte aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus bietet die BZgA telefonische Informationen zu Essstörungen an (sogenanntes Beratungstelefon). Ein weiteres Beispiel für Informationsangebote ist das Heidelberger Präventionszentrum (HPZ), das neben anderen Schwerpunkten über Fortbildungen und Seminare zum Thema Prävention von Essstörungen informiert ([www.fautstlos.de](http://www.fautstlos.de)). Ausführliche Informationen zur Essstörungsthematik werden auch auf den Webseiten der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, [www.dhs.de](http://www.dhs.de)) und der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGESS, [www.dgess.de](http://www.dgess.de)) veröffentlicht.

Manifeste Essstörungen haben sich als schwer therapierbar erwiesen<sup>33</sup>. Die Prävention von Essstörungen ist daher von besonderer Bedeutung. Allgemein formuliert, werden unter Prävention zielgerichtete Maßnahmen und Verhaltensweisen verstanden, die geeignet sind, die Entstehung einer Krankheit

zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern. Präventionsmaßnahmen werden weiter differenziert in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention: Primäre Prävention richtet sich an asymptomatische Personen mit dem Ziel, Neuerkrankungen durch Maßnahmen zur Vorbeugung von Risikofaktoren zu verhindern. Sekundäre Prävention wendet sich an Personen mit erhöhtem Risiko und verfolgt das Ziel, bereits bestehende Risikofaktoren noch vor dem Auftreten einer Erkrankung zu beseitigen. Tertiäre Prävention zielt darauf ab, eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands bei bereits vorliegender Erkrankung zu verhindern<sup>26</sup>. In den letzten Jahren wurden sowohl international als auch in Deutschland verstärkt Projekte zur Primärprävention von Essstörungen durchgeführt. Mit diesen Programmen soll bereits der Entstehung von potenziellen Risikofaktoren (z. B. der Internalisierung des westlichen Schönheits- und Schlankheitsideals, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper) entgegengewirkt werden, um in weiterer Folge das Entstehen zukünftiger Essstörungen zu verhindern. Beispiele für Primärpräventionsprogramme aus Deutschland sind PriMa – Programm für Mädchen der sechsten Klasse zur Prävention von Magersucht<sup>18, 137</sup>, Jugend mit Biss<sup>107</sup>, Student-Bodies<sup>64, 65</sup>, Torera<sup>19</sup> oder POPS – Potsdamer Prävention an Schulen<sup>134, 135</sup>. Eine systematische Bewertung dieser Präventionsprogramme in Hinblick auf ihre Wirksamkeit zur Vermeidung von zukünftigen Essstörungen mit Berücksichtigung deutschsprachiger Evaluierungsergebnisse liegt bisher nicht vor.

Ebenfalls vor dem Hintergrund der besonderen Bedeutung der Primärprävention von Essstörungen wurde von dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSF) sowie dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 2007 die Initiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“ gestartet ([www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)). Ziel ist es, ein Gegengewicht zu dem weitverbreiteten Schönheits- und Schlankheitsideal zu setzen und jungen Menschen ein positives Körperbild zu vermitteln. Im Rahmen dieser Initiative wurden unter anderem Veranstaltungen zur Essstörungsthematik durchgeführt, Informationsmaterialien herausgegeben und die Vernetzung von Einrichtungen unterstützt. Vom BMFSF wurde der Ratgeber „Gegen Verherrlichung von Essstörungen im Internet“ erstellt, der auf die Stärkung der Medienkompetenz von Jugendlichen abzielt. Von einem Expertengremium, das die Initiative fachlich begleitet, wurden „Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland“ erarbeitet und von der BZgA herausgegeben. Darüber hinaus verabschiedete diese Arbeitsgruppe mit der Textil- und Modebranche eine Charta gegen Magersucht<sup>41</sup>, mit der sich Unternehmen selbst dazu verpflichten, gegen die Vermittlung eines gesundheitsschädigenden Körperbilds aufzutreten und auf extrem magere Models auf Laufstegen und in Modekatalogen zu verzichten.

### **Ziel des vorliegenden Berichts**

Der gegenwärtige Bericht zielt auf die systematische Bewertung der Wirksamkeit und Effizienz (ökonomische Bewertung) von Maßnahmen der Primärprävention von Essstörungen auf Basis von Studienevidenz. Von besonderem Interesse sind Präventionsprojekte, die in Deutschland durchgeführt wurden. Da die Primärprävention vorrangig auf die Vermeidung von Risikofaktoren fokussiert und aktuelle Initiativen sowie Präventionsprogramme in Deutschland in erster Linie auf eine Reduzierung soziokultureller Risikofaktoren abzielen, wird auf Basis von Studienevidenz zusätzlich die Frage bearbeitet, welche soziokulturellen Faktoren für die Entstehung von Essstörungen relevant sind.

## 2 Wissenschaftlicher Hintergrund

### 2.1 Definition Essstörungen

#### 2.1.1 Essstörungen gemäß DSM-IV

Essstörungen umfassen im DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage<sup>3</sup>) die beiden spezifischen Diagnosekategorien AN und BN, für die jeweils Subtypen beschrieben werden. Zur Kodierung von Essstörungen, die nicht die Kriterien für eine spezifische Essstörung erfüllen, ist die Kategorie „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ (EDNOS) vorgesehen. In der folgenden Tabelle sind Kodierung, Bezeichnung und diagnostische Kriterien von Essstörungen nach DSM-IV zitiert:

**Tabelle 1: Essstörungen gemäß DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage)**

Kodierung	Bezeichnung	Kriterien
307.1	Anorexia nervosa	<p>A: Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichtes zu halten (z. B. Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichtes; oder: Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichtes)</p> <p>B: Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, zu dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichtes</p> <p>C: Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichtes, übertriebener Einfluss des Körpergewichtes oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichtes</p> <p>D: Bei postmenarchalen Frauen Vorliegen einer Amenorrhö, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen</p>
	Subtyp: Restriktiver Typus	Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen Fressanfälle gehabt oder kein Purgingverhalten gezeigt (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren).
	Subtyp: Binge-Eating/ Purging-Typus	Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßige Fressanfälle gehabt oder Purgingverhalten gezeigt (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren).
307.51	Bulimia nervosa	<p>A: Wiederholte Episoden von Fressattacken. Eine Fressattacken-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgende Merkmale:            (1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden;            (2) das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).</p> <p>B: Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.</p> <p>C: Die Fressattacken und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.</p> <p>D: Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.</p> <p>E: Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.</p>
	Subtyp: Purging-Typus	Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxanzien, Diuretika oder Klistiere.

**Tabelle 1: Essstörungen gemäß DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage) – Fortsetzung**

Kodierung	Bezeichnung	Kriterien
307.51 (Fortsetzung)	Subtyp: Nicht-Purging-Typus	Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt, wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.
307.50	Nicht näher bezeichnete Essstörungen	Diese Kategorie dient der Einordnung von Essstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen. Beispiele sind: 1. Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa erfüllt, außer dass die Frau regelmäßige Menstruationen hat. 2. Sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich. 3. Sämtliche Kriterien der Bulimia nervosa sind erfüllt, jedoch sind die Fressattacken und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten. 4. Die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungsmengen (z. B. selbst-induziertes Erbrechen nach dem Verzehr von zwei Keksen). 5. Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie herunterzuschlucken. 6. Binge-Eating-Störung. Wiederholte Episoden von Fressattacken ohne die für die Bulimia nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen.

Quelle: DSM-IV, Darstellung: GÖG 2014.

### 2.1.1.1 BES

Das DSM-IV enthält die BES als sogenannte Forschungskategorie. (In das DSM Version 5 wird die BES als offizielle Kategorie aufgenommen. Die Veröffentlichung der deutschsprachigen Version des DSM-V ist für Herbst 2014 geplant.) Im DSM-IV werden für die BES folgende diagnostischen Merkmale genannt (siehe DSM-IV<sup>3</sup>, Seite 859 bis 861):

- A. Wiederholte Episoden von Fressanfällen. Eine Episode von Fressanfällen ist charakterisiert durch:
- (1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. zwei Stunden), die definitiv größer ist, als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden;
  - (2) ein Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).
- B. Die Episoden von Fressanfällen treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
- (1) wesentlich schneller essen als normal,
  - (2) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,
  - (3) essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt,
  - (4) allein essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst,
  - (5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- C. Es besteht deutliches Leid wegen der Fressanfälle.
- D. Die Fressanfälle treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen in der Woche für sechs Monate auf.
- E. Die Fressanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z. B. Purging-Verhalten, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung), und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer AN oder BN auf.

## 2.1.2 Nicht näher bezeichnete Essstörungen und subklinische Essstörungen

Wie in Tabelle 1 dargestellt, dient die DSM-IV-Kategorie „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ (307.50, EDNOS) der Einordnung von Essstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen. Für diese Kategorie werden im DSM-IV Beispiele genannt, eindeutige Kriterien sind jedoch nicht definiert. In der Folge wurde die Kategorie EDNOS von Studienautoren teilweise unterschiedlich verwendet. In den letzten Jahren wurde in der Fachliteratur verstärkt der Begriff „subklinische Essstörungen“ herangezogen, der jedoch ebenfalls nicht einheitlich verwendet wird. Laut Buddeberg-Fischer<sup>24</sup> umfassen „subklinische Essstörungen“: gestörtes Essverhalten, chronisches oder intermittierendes Diäthalten, andere gewichtsregulierende Verhaltensweisen (z. B. übertriebene körperliche Aktivitäten) sowie eine intensive Beschäftigung mit der eigenen Figur und Körpergewicht. „Subklinische Essstörungen“ sind demgemäß Vorformen von Essstörungen, die die Kriterien für das Vollbild einer Essstörung gemäß DSM-IV oder ICD-10 nicht erfüllen. „Subklinische Essstörungen“ werden der Kategorie der EDNOS gemäß DSM-IV oder ICD-10 zugeordnet und sind behandlungsbedürftig<sup>33</sup>. Für den vorliegenden Bericht wird die Definition „subklinischer Essstörungen“ nach Buddeberg-Fischer herangezogen.

## 2.1.3 Gestörtes Essverhalten

Im Kontext der Prävention von Essstörungen hat es sich als hilfreich erwiesen, Verhalten zu erfassen, das zwar (noch) keine Essstörung darstellt, jedoch bereits signifikant vom normalen Essverhalten abweicht. In der Fachliteratur wird hierfür der Begriff „gestörtes Essverhalten“ (disordered eating behaviour) verwendet. Die Übergänge von normalem zu gestörtem Essverhalten bis hin zur Essstörung sind fließend. Die Abgrenzung voneinander ist schwierig<sup>24, 115</sup>. Für den vorliegenden Bericht wird die Operationalisierung verwendet, wie sie von Stice et al.<sup>115, 120</sup> vorgeschlagen wird: Gestörtes Essverhalten ist gekennzeichnet durch außerhalb der Norm liegende Werte in Anwendung etablierter Instrumente zur Erfassung des Essverhaltens, z. B. Eating Attitudes Test (EAT), Eating Disorder Examination (EDE), Eating Disorder Inventory (EDI), Anorexia Nervosa Inventory Scale (ANIS), wobei die Kriterien für eine Essstörung gemäß DSM-IV bzw. ICD-10 inklusive der EDNOS und der subklinischen Formen nicht erfüllt werden.

## 2.1.4 Klassifikation von Essstörungen gemäß ICD-10

Gemäß ICD-10 gehören Essstörungen (Kode: F50.–) zur Kategorie mit dem Klassentitel „Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren“. In der folgenden Tabelle sind die vierstelligen Subkategorien der Essstörungen gemäß ICD-10-GM Version 2012 (siehe [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) dargestellt.

**Tabelle 2: Klassifikation von Essstörungen gemäß ICD-10-GM Version 2012**

Subkategorie	Bezeichnung	
F50.0	Anorexia nervosa	Die Anorexia ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika.

**Tabelle 2: Klassifikation von Essstörungen gemäß ICD-10-GM Version 2012 – Fortsetzung**

Subkategorie	Bezeichnung	
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	Es handelt sich um Störungen, die einige Kriterien der Anorexia nervosa erfüllen, das gesamte klinische Bild rechtfertigt die Diagnose jedoch nicht. Zum Beispiel können die Schlüsselsymptome wie deutliche Angst vor dem Zu-dicksein oder die Amenorrhö fehlen trotz eines erheblichen Gewichtsverlustes und gewichtsreduzierenden Verhaltens. Die Diagnose ist bei einer bekannten körperlichen Krankheit mit Gewichtsverlust nicht zu stellen.
F50.2	Bulimia nervosa	Ein Syndrom, das durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert ist. Dies führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln. Viele psychische Merkmale dieser Störung ähneln denen der Anorexia nervosa, so die übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht. Wiederholtes Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Komplikationen führen. Häufig lässt sich in der Anamnese eine frühere Episode einer Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren nachweisen.
F50.3	Atypische Bulimia nervosa	Es handelt sich um Störungen, die einige Kriterien der Bulimia nervosa erfüllen, das gesamte klinische Bild rechtfertigt die Diagnose jedoch nicht. Zum Beispiel können wiederholte Essanfälle und übermäßiger Gebrauch von Abführmitteln auftreten ohne signifikante Gewichtsveränderungen, oder es fehlt die typische übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht.
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen	Übermäßiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse, wie etwa Trauerfälle, Unfälle und Geburt.
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	Wiederholtes Erbrechen bei dissoziativen Störungen und Hypochondrie und Erbrechen, das nicht unter anderen Zustandsbildern außerhalb des ICD-10-Kapitels V (Psychische und Verhaltensstörungen) klassifiziert werden kann.
F50.8	Sonstige Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pica-Syndrom bei Erwachsenen (Verzehr von ungenießbaren oder ekelerregenden Substanzen oder Dingen, wie z. B. Erde, Papier, Metall, Exkremente, Staub, Abfall)</li> <li>• Psychogener Appetitverlust (Appetitverlust, der nur in direktem Zusammenhang mit einer emotionalen Problematik auftritt)</li> </ul>
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	In der ICD-10 werden für diese Subkategorie keine weiterführenden Informationen dargestellt. Diese Subkategorie umfasst Essstörungen, die keiner der anderen Subkategorien F50.0 bis F50.8 zugordnet werden können. Die sogenannte Binge-Eating-Störung (Fresssucht) wird gemäß ICD-10 dieser Subkategorie zugerechnet.

Quelle: ICD-10-GM Version 2012<sup>136</sup>; Darstellung: GÖG 2014.

Adipositas (Kode: E66.–) wird gemäß ICD-10 nicht den Essstörungen zugerechnet, sondern der Kategorie „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ (E00-E90). Adipositas kann jedoch sowohl ein Risikofaktor für Essstörungen als auch die Folge einer Essstörung sein (z. B. bei wiederholten Episoden von Essattacken ohne der Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen)<sup>76, 90, 115</sup>.

### 2.1.5 Diagnose von Essstörungen

Die definitive Diagnose von Essstörungen erfolgt auf Basis medizinischer und psychologischer Untersuchungen. Eine Diagnose von Essstörungen ausschließlich auf Basis von Daten aus Fragebogenstudien ist nicht möglich. Für weiterführende Informationen zur Diagnose von Essstörungen wird auf die S3-Leitlinie zu Essstörungen der DGMP<sup>33</sup> verwiesen, in der sich eine ausführliche Darstellung hierzu findet.

## 2.2 Epidemiologie

Eine zuverlässige Beurteilung der Verbreitung von Essstörungen ist schwierig. Das liegt vor allem daran, dass sich Diagnosekriterien und Klassifizierung der verschiedenen Essstörungen im Laufe der vergangenen Jahre immer wieder geändert haben und dass in den Studien zur Epidemiologie der Essstörungen zum Teil sehr unterschiedliche Stichproben untersucht wurden<sup>25, 29, 59, 69, 85, 130, 131</sup>. Darüber hinaus nehmen Essstörungspatientinnen Hilfsangebote oft aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht oder Verleugnungstendenz nicht in Anspruch, wodurch auch den Gesundheitssystemen die tatsächlichen Prävalenzen nicht bekannt sind<sup>69</sup>. Entsprechend den Schlussfolgerungen in der S3-Leitlinie zu Essstörungen der DGMP<sup>33</sup>, kann auf der Basis der vorliegenden epidemiologischen Daten eine schrittweise Zunahme der Anzahl von Neuerkrankungen an Essstörungen von den 1950er bis in die 1980er Jahre angenommen werden. Ob die Inzidenz von Essstörungen in den westlichen Industriestaaten auch in den letzten Jahren weiter zugenommen hat oder eher stabil geblieben ist, kann jedoch laut S3-Leitlinie mit den verfügbaren Daten nicht abschließend beurteilt werden<sup>33</sup>. In einem Beitrag von Fichter zur Epidemiologie in der S3-Leitlinie<sup>33, 38</sup> werden folgende aktuelle (d. h. Daten ab 2000) Lebenszeitprävalenzen angegeben: AN zwischen 1,2 %<sup>25</sup> (in DGMP<sup>33</sup>) und 1,9 %<sup>131</sup> (in DGMP<sup>33</sup>), BN rund 1,5 %<sup>33, 38</sup> und BES zwischen 1 % und 3 %<sup>32, 79</sup> in DGMP<sup>33</sup>). Mit rund 60 % sämtlicher Essstörungen ist die Kategorie der EDNOS die größte Essstörungsgruppe<sup>37</sup> (in DGMP 2010). Die Prävalenzschätzungen für die EDNOS schwanken jedoch über die verschiedenen Studien besonders stark, da für EDNOS im DSM-IV bzw. in der ICD-10 keine eindeutigen Kriterien festgelegt sind und diese Kategorie von den Studienautoren sehr unterschiedlich verwendet wird. Gesichert ist jedenfalls, dass Essstörungen bei Mädchen und Frauen vielfach häufiger auftreten als bei Jungen und Männern. Für die AN wird das Verhältnis Mädchen/Frauen zu Jungen/Männern mit rund 10 : 1<sup>75</sup>, für die BN mit rund 20 : 1<sup>75</sup> und für die BES mit rund 3 : 1<sup>59</sup> angegeben. Bei der BES ist der Geschlechterunterschied hinsichtlich Häufigkeit demnach nicht so deutlich ausgeprägt wie bei AN und BN. Die Manifestation einer Essstörung zeigt sich in den meisten Fällen während der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Laut einer aktuellen Studie in vier europäischen Ländern inklusive Deutschland<sup>51</sup> liegt der Altersgipfel des Krankheitsbeginns für die Anorexie etwa bei 16 bis 17 Jahren und jener für Bulimie bei rund 19 Jahren, wobei die Manifestation der Bulimie auch zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr noch häufig ist. Die BES zeigt einen Häufigkeitssgipfel der Neuerkrankungen um das 20. Lebensjahr, kann aber ebenfalls erst zu einem wesentlich späteren Lebenszeitpunkt einsetzen. Diese BES-Patientinnen haben dann zumeist schon eine Vielzahl von Diätversuchen hinter sich und sind meist bereits stark übergewichtig<sup>34</sup>.

Bundesweit repräsentative Daten liegen aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS, [www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)) vor. Die Datenerhebung für KiGGS erfolgte in den Jahren 2003 bis 2006. Eine Differenzierung in die unterschiedlichen Essstörungskategorien gemäß ICD-10 oder DSM-IV ist zwar aufgrund des verwendeten Erhebungsinstruments (SCOFF-Fragebogen) nicht möglich, die Ergebnisse der KiGGS-Studie sind aber dennoch aufschlussreich: Knapp 22 % der Kinder im Alter zwischen elf und 17 Jahren zeigen Symptome einer Essstörung. Bei Mädchen nimmt das Risiko für eine Essstörung während der Pubertät zu, bei Jungen nimmt es hingegen ab. In der Gruppe der Normalgewichtigen schätzen mehr als drei Viertel jener Kinder, die Symptome einer Essstörung zeigen, ihr Körperbild als „viel oder etwas zu dick“ ein.

Von Hilbert et al.<sup>57</sup> wurden ebenfalls Prävalenzraten von Störungen im Essverhalten an einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe erhoben, jedoch mit Personen im Alter ab 14 Jahre. Als Erhebungsinstrument wurde der EDE-Fragebogen (EDE = Eating Disorder Examination) eingesetzt. Insgesamt zeigten 3,9 % der Befragten Störungen im Essverhalten.

## 2.3 Krankheitsverlauf und -folgen

Der Krankheitsverlauf von Essstörungen ist individuell sehr unterschiedlich. Charakteristisch für Essstörungen sind jedenfalls ein mehrjähriger Verlauf sowie ein hohes Risiko für eine Chronifizierung der Erkrankung<sup>112</sup>. Eine ausführliche Darstellung zum Verlauf und zu den Folgen von Essstörungen findet sich in der S3-Leitlinie der DGMP<sup>33</sup>. Zu den zahlreichen körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen zählen schwerwiegende Störungen im Wasser- und Elektrolythaushalt (insbesondere Kaliummangel mit erhöhtem Risiko für letale Herzrhythmusstörungen und Herzmuskelschwäche), Hypotonie, Brady-

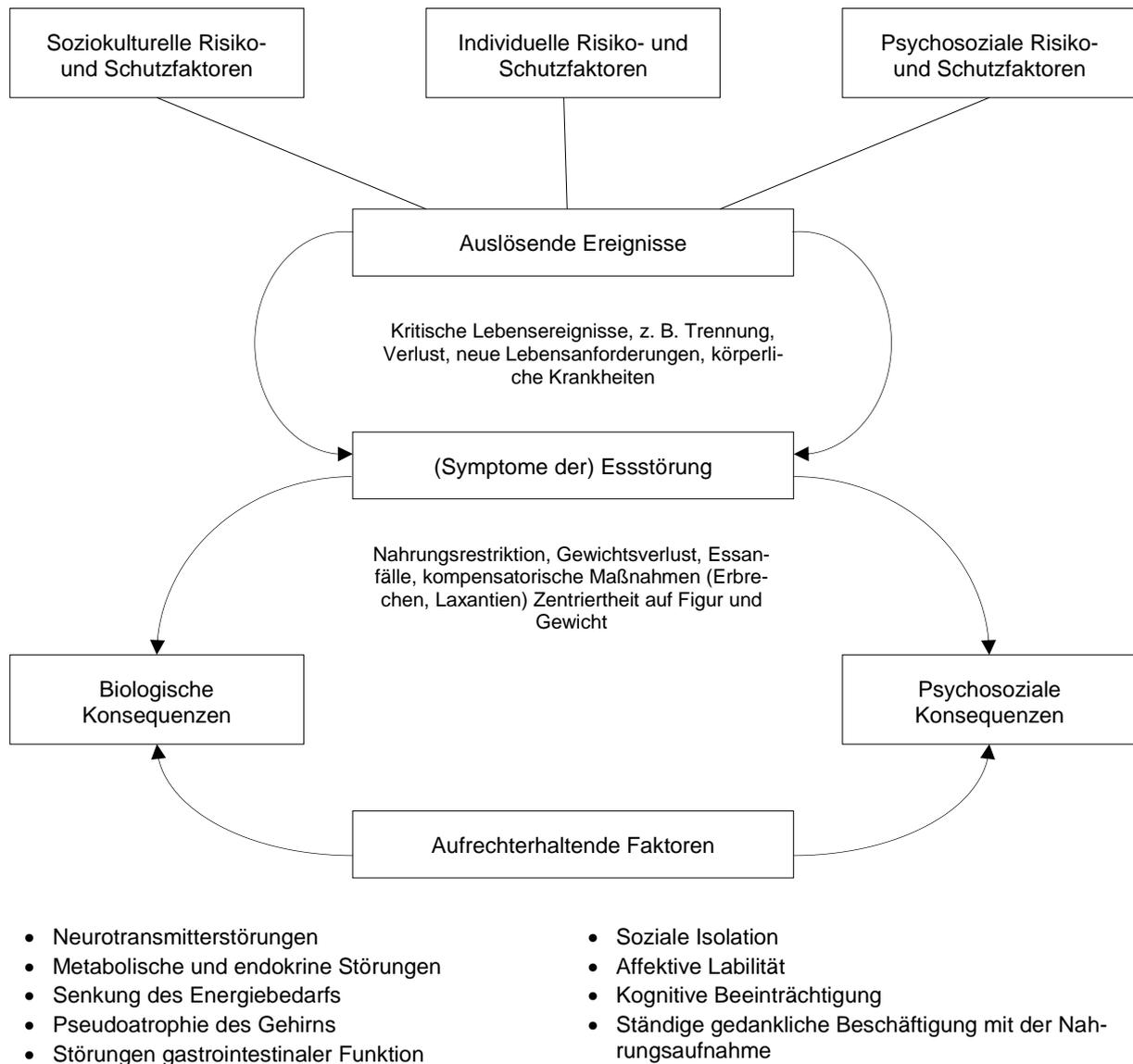
kardie und Muskelkrämpfe sowie lebensbedrohliche Schädigung der Nieren. Das häufige Erbrechen im Rahmen einer Bulimieerkrankung führt langfristig zur Schädigung der Zähne. Bei rund einem Drittel der Patientinnen zeigen sich trockene Haut, brüchige Haare und Haarausfall. Aufgrund der unphysiologischen Belastung des oberen Verdauungstrakts tritt eine Reihe gastrointestinaler Störungen auf, vor allem Refluxbeschwerden, Ösophagitis, Schmerzzustände im Magen sowie Magenerweiterung bis hin zur lebensbedrohlichen Magenruptur. Das gestörte Essverhalten führt zu Störungen der hormonellen Regulation: Schilddrüsenfunktionsstörungen, Ausbleiben der Monatsblutung (Amenorrhö) und Verminderung der Knochendichte (Osteopenie, Osteoporose) werden bei vielen Betroffenen beobachtet. Häufige psychische Folgen einer Essstörung sind eine reduzierte Konzentrations- und Leistungsfähigkeit sowie eine Beeinträchtigung der Stimmung. Darüber hinaus zeigen Essstörungspatientinnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine erhöhte Komorbiditätsrate mit anderen psychischen Erkrankungen: Bei AN-Patientinnen werden vor allem Angststörungen, Depression und Zwangserkrankungen beschrieben<sup>94</sup>. Bei Patientinnen mit BN finden sich gehäuft Persönlichkeitsstörungen, vor allem Borderline-Störung und ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörungen<sup>106</sup>. Essstörungen können sich sehr nachteilig auf den Ausbildungs- und Berufsweg der Patientinnen auswirken. Bei vielen Patientinnen wird im Verlauf der Erkrankung ein zunehmender sozialer Rückzug beobachtet. Essstörungen stellen darüber hinaus auch für die Familien der Betroffenen eine hohe Belastung dar. Die Mortalität bei AN wird – abhängig von der Datenbasis – mit 5 % bis 10 % angegeben<sup>38</sup>. Diese hohe Sterblichkeit ist zum einen eine direkte Folge der Mangelernährung und zum anderen auf die stark erhöhte Suizidrate zurückzuführen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen Patientinnen mit AN insgesamt ein rund zehnfach erhöhtes Sterberisiko auf<sup>93</sup>. Die Mortalität von BN und BES ist deutlich geringer als bei AN<sup>38</sup>. Essstörungen sprechen auf Therapie schlecht an: Steinhausen<sup>112</sup> berichtet in einer Übersichtsarbeit Heilungsraten bei AN von knapp 50 %, rund 30 % der Patientinnen zeigten eine Restsymptomatik, und bei 20 % zeigte sich ein chronischer Krankheitsverlauf. Für BN wird in einer Übersichtsarbeit von Quadflieg und Fichter<sup>101</sup> bei rund zwei Dritteln ein vollständiger Therapieerfolg berichtet, bei rund einem Drittel der Patientinnen werden rezidive oder chronische Verläufe festgestellt. In einer Studie mit zwölfjährigem Nachbeobachtungszeitraum konnte ebenfalls rund ein Drittel der BES-Patientinnen die Essstörung trotz Therapie nicht überwinden<sup>39</sup>. Die besondere Bedeutung der Prävention von Essstörung wird vor diesem Hintergrund deutlich.

## 2.4 Ätiologie

Zum jetzigen Zeitpunkt existiert kein allgemein gültiges Modell zur Entstehung (Ätiologie) und Aufrechterhaltung von Essstörungen. Konsens besteht in der Fachliteratur dahingehend, dass dafür ein komplexes, multifaktorielles Geschehen verantwortlich ist. Aktuelle biopsychosoziale Ätiologiemodelle<sup>70, 76, 87</sup> gehen davon aus, dass

- Risikofaktoren (z. B. genetische Disposition, geringes Selbstwertgefühl, starre Geschlechterrollen, Schlankheitsideal),
- Schutzfaktoren (z. B. positives Körperbild, Wertschätzung in Familie und Freundeskreis, Medienkompetenz),
- auslösende Ereignisse (z. B. kritische Lebensereignisse wie Trennung, Verlust, neue Lebensanforderungen, körperliche Krankheiten) und
- aufrechterhaltende Bedingungen (z. B. positive Verstärkung des Gewichtsverlust in der sozialen Umwelt, Komorbiditäten, biologische Rückkoppelungsschleifen)

in Interaktion miteinander Einfluss auf die Entwicklung (oder Nicht-Entwicklung) von Essstörungen haben. Exemplarisch ist nachfolgend das biopsychosoziale Ätiologiemodell von Laessle et al.<sup>76</sup> (leicht adaptiert) dargestellt.



**Abbildung 1: Ätiologiemodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen nach Laessle et al.<sup>76</sup> (adaptiert)**

### 2.4.1 Risiko- und Schutzfaktoren

Sowohl die Definition von Risiko- und Schutzfaktoren als auch ihre Gruppierung und Klassifizierung ist in der Literatur nicht einheitlich. Holtmann<sup>60</sup> definiert Risikofaktoren zusammenfassend als krankheitsbegünstigende, risikohörende und entwicklungshemmende Merkmale. Diese können durch vielfältige Interaktionen wesentliche Prozesse im Leben einer Person anstoßen oder modifizieren<sup>68</sup>. Schutzfaktoren können als Einflussfaktoren verstanden werden, durch die das Risiko zu erkranken reduziert wird. Durch Schutzfaktoren können somit die schädlichen Auswirkungen von Risikofaktoren abgeschwächt oder aufgehoben werden<sup>35</sup>. Eine differenzierte Typologie von Risikofaktoren liegt von Kraemer et al.<sup>73</sup> vor. Hinsichtlich einer vertiefenden theoretischen Integration der Risikofaktorentypologie in den Essstörungskontext wird auf die Arbeiten von Jacobi et al.<sup>62</sup> verwiesen.

Für den vorliegenden Bericht wird eine Gruppierung der Risiko- und Schutzfaktoren nach individueller, psychosozialer (bzw. interpersonaler) und soziokultureller (bzw. gesellschaftlicher) Ebene gewählt, wie sie von Piran<sup>99</sup> und Borresen und Rosenvinge<sup>22</sup> vorgeschlagen wird:

- individuelle Ebene (Mikro-Ebene): biologische (z. B. genetische Disposition) als auch psychologische Faktoren des Individuums (z. B. Persönlichkeitsmerkmale, psychische Komorbiditäten);

- psychosoziale Ebene (Meso-Ebene): Faktoren, die v. a. die Interaktionen mit Eltern, Geschwistern, Freundeskreis und mit der Gruppe der Gleichaltrigen (Peers) betreffen;
- soziokulturelle Ebene (Makro-Ebene): Faktoren, die aus gesellschaftlichen Strukturen, Rollen, Werten und Einflüssen resultieren.

In der folgenden Tabelle sind die Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung einer Essstörung nach Borresen und Rosenvinge<sup>22</sup> (leicht adaptiert) dargestellt.

**Tabelle 3: Risiko und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Essstörungen**

<b>Individuelle Risiko- und Schutzfaktoren</b>	
<b>Risikofaktoren</b>	<b>Schutzfaktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangelndes Selbstwertgefühl</li> <li>• Umbruchsituationen (z. B. Pubertät, Trennungen)</li> <li>• Ständige Unterdrückung aggressiver Impulse</li> <li>• Definition der Persönlichkeit ausschließlich über das Aussehen</li> <li>• Chronisches Ausweichen vor Konflikten</li> <li>• Biologische Faktoren (Serotoninmangel, genetische Prädisposition, Pubertät)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selbstvertrauen</li> <li>• Realistische Einschätzung</li> <li>• Positives Körperbild, Körperwahrnehmung, Grenzen setzen</li> <li>• Gefühle zulassen und ernst nehmen</li> <li>• Gute Konfliktfähigkeit</li> <li>• Erweiterung von Problemlösungsstrategien</li> <li>• Eigeninitiative</li> </ul>
<b>Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren</b>	
<b>Risikofaktoren</b>	<b>Schutzfaktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenig Anerkennung und Aufmerksamkeit</li> <li>• Starre und überkommene Geschlechterrollen</li> <li>• Wechselnde Bündnisse innerhalb der Familie</li> <li>• Negieren von negativen Gefühlen</li> <li>• Abwertung des weiblichen Verhaltens</li> <li>• Ungleiche Verteilung des Lebensraums</li> <li>• Grenzüberschreitungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützende Beziehungen und Vorbilder</li> <li>• Grenzen respektieren</li> <li>• Erweiterung der Erlebniswelten</li> <li>• Streitkultur</li> <li>• Differenzierte männliche und weibliche Geschlechterrollen</li> <li>• Förderliche Kommunikationsstile und Wertschätzung in der Familie</li> <li>• Positive weibliche und männliche Vorbilder</li> </ul>
<b>Soziokulturelle Risiko- und Schutzfaktoren</b>	
<b>Risikofaktoren</b>	<b>Schutzfaktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbreitung unangemessener Schlankheits- und Schönheitsideale</li> <li>• Gesellschaftliche Ungleichstellung von Frauen und Männern (Rollenkonflikt)</li> <li>• Widersprüchliche/überhöhte Anforderungen an junge Frauen, Leistungs- und Anpassungsdruck (Leistungsdruck)</li> <li>• Westernization (Verwestlichung, siehe Kapitel 2.4.1.1.4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollenvielfalt</li> <li>• Anerkennung verschiedener Lebensformen</li> <li>• Hinterfragen der Schlankheits- und Schönheitsideale</li> <li>• Kritische Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit der Medien</li> </ul>

Quelle: adaptiert nach Borresen<sup>22</sup>.

Bei der Gliederung der Risiko- und Schutzfaktoren ist es wichtig zu beachten, dass diese miteinander interagieren. So wird das unmittelbare soziale Umfeld einer Person – die Familie und die Peers – von geltenden soziokulturellen Normen beeinflusst. Psychosoziale Faktoren sind damit ebenfalls soziokulturell geprägt (z. B. gewichtsbezogene Hänseleien von Peers in Abhängigkeit vom Schlankheitsideal). Ebenso bilden sich individuelle psychologische Merkmale nicht unabhängig von den psychosozialen und familiären Rahmenbedingung aus, z. B. steht Perfektionismus bei Essstörungspatientinnen häufig in Zusammenhang mit hohen Erwartungen von Seiten der Eltern<sup>61, 63</sup>, und eine in der Familie vorgelebte Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (z. B. durch die Mutter) erhöht bei den Kindern das Risiko, dass ein gesellschaftlich vermitteltes Schlankheitsideal internalisiert wird<sup>70</sup>. Für die Entwicklung effektiver Präventionsprogramme sind empirische Erkenntnisse über die relevanten Risiko- und Schutzfaktoren von besonderer Bedeutung.

### **2.4.1.1 Soziokulturelle Risikofaktoren**

Wie im Einleitungskapitel zu den Zielen des vorliegenden Berichts bereits angeführt, wird zusätzlich zur Bewertung der Wirksamkeit und Effizienz von primärpräventiven Maßnahmen die Frage bearbeitet, welche soziokulturellen Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen relevant sind. Diese Faktoren werden im Folgenden ausführlicher beschrieben.

#### **2.4.1.1.1 Schlankkeitsideal**

Soziokulturelle Ansätze gehen davon aus, dass das in einer Gesellschaft herrschende Schlankkeitsideal die Voraussetzung dafür ist, die Körperunzufriedenheit bei vulnerablen Personen so zu steigern, dass diese eine Essstörung entwickeln können. Das Ideal der Schlankheit ist relativ neu in der Geschichte der Menschheit. Seit Anfang der 1960er Jahre kam es in den westlichen Industriestaaten zu einem starken Wandel des Schönheitsideals in Richtung extremer Schlankheit<sup>70, 84</sup>. Parallel dazu ist das durchschnittliche Körpergewicht der Bevölkerung aufgrund der verbesserten ökonomischen Bedingungen in den westlichen Gesellschaften kontinuierlich angestiegen<sup>84</sup>. Diese Diskrepanz zwischen dem gewünschten und dem tatsächlichen Körpergewicht kann eine Ursache für die subjektive Körperunzufriedenheit vieler Menschen (insbesondere Frauen) in der westlichen Welt sein<sup>70, 84</sup>. Über Schlankheit hinaus kann die Konfrontation mit einem Schönheitsideal, das zu erreichen für die meisten unmöglich ist, ein Essstörungsrisiko darstellen. Der Grund für den großen Einfluss des kolportierten Schlankkeitsideals wird unter anderem darin gesehen, dass das von den Medien dargestellte Ideal vor allem bei Frauen gleichzeitig an positive Attribute wie Attraktivität, Glück und Erfolg gekoppelt ist<sup>30, 70</sup>.

Einige Autoren gehen davon aus, dass die permanente Konfrontation mit unrealistischen Idealbildern von schlanken Körpern bei Einzelnen auch gegen deren besseres Wissen internalisiert werden kann<sup>13, 50</sup>. Dabei ist anzunehmen, dass das Ausmaß, in dem eine Person das Schlankkeitsideal verinnerlicht, von mehreren Faktoren abhängt. Vorhandene Körperunzufriedenheit, depressive Stimmung, eine Tendenz, seinen Körper mit dem anderer zu vergleichen, geringes Selbstwertgefühl und Schwierigkeiten mit der eigenen Identität können Gründe für eine stärkere Internalisierung des Schlankkeitsideals sein<sup>30</sup>. Nach wie vor ist nicht abschließend geklärt, inwiefern verschiedene individuelle Faktoren miteinander interagieren und wie individuelle Reaktionen auf das durch die Medien vermittelte Schlankkeitsideal beeinflusst werden<sup>71</sup>.

#### **2.4.1.1.2 Rollenkonflikt**

In den letzten Jahren ist die Rollenbelastung der Frauen in modernen Industriegesellschaften durch divergierende, widersprüchliche Rollenerwartungen stark gestiegen. Die gesellschaftliche Rolle der Frauen war in den vergangenen Jahrzehnten einem ständigen Wandel unterworfen. Eine Frau soll heute hochgebildet sein, einem Beruf nachgehen und karriereorientiert sein. Gleichzeitig wird von einer Frau nach wie vor erwartet, dass sie die Hauptlast in Bezug auf Kinderbetreuung und Haushalt trägt und darüber hinaus noch eine gute sowie attraktive Ehefrau ist. Die tatsächlichen gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen machen die parallele Erfüllung dieser Rollen häufig unmöglich. Der Versuch, die widersprüchlichen Erwartungen zu erfüllen, führt zum Rollenkonflikt<sup>4</sup>.

#### **2.4.1.1.3 Leistungsdruck**

Der steigende Leistungsdruck, speziell in der westlichen Welt, die damit verbundenen widersprüchlichen bzw. überhöhten Anforderungen und der daraus resultierende Stress können Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung darstellen. Häufig wird dieser Leistungsdruck durch den oben umrissenen Rollenkonflikt (bei Frauen) bzw. durch die damit verbundenen hohen (und kaum erfüllbaren) Anforderungen ausgelöst bzw. verstärkt. Das gilt insbesondere dann, wenn Frauen versuchen, alle an sie gestellten Erwartungen zu erfüllen.

#### **2.4.1.1.4 Westernization (Verwestlichung)**

Seit den 1950er Jahren ist die Prävalenz von Essstörungen in der westlichen Welt stark angestiegen. Begleitet wurde diese Entwicklung unter anderem vom Entstehen bzw. von einer Verstärkung der oben genannten soziokulturellen Risikofaktoren. In Gesellschaften, die weniger hoch industrialisiert

sind wie die westliche Welt, haben Essstörungen eine deutlich niedrigere Prävalenz<sup>12</sup>. Deshalb stellen viele Studienautoren die These auf, dass die Modernisierung und der damit verbundene soziokulturelle Wandel (u. a. westliches Schlankheitsideal, Rollenkonflikt, Leistungsdruck) das Risiko für Essstörungen erhöht<sup>12, 84</sup>. Um diese These zu belegen, wird in Studien<sup>13, 58, 129</sup> untersucht, ob die Anzahl von Neuerkrankungen (Inzidenz) von Essstörungen in Gesellschaften, die sich im sozialen oder ökonomischen Umbruch in Richtung Industrialisierung und Modernisierung befinden, ansteigt. Für den kulturellen und sozialen Umbruch in diesen Gesellschaften und für die damit verbundene Übernahme (sozio-)kultureller westlicher Werte werden in der Literatur die Begriffe Westernization, kulturelle Transition oder transkulturelle Migration verwendet<sup>12</sup>.

#### 2.4.1.2 Soziokulturelle Schutzfaktoren

Wie oben beschrieben, werden auch soziokulturelle Schutzfaktoren, die das Auftreten einer Essstörung verhindern können bzw. unwahrscheinlicher machen, diskutiert. In der Literatur<sup>21, 30, 70</sup> werden folgende soziokulturellen Schutzfaktoren genannt:

- Rollenvielfalt: z. B. die Fähigkeit, verschiedene Gefühle zu zeigen und verschiedene Interessen ausleben zu können. Ein Beispiel für Rollenvielfalt ist auch, wenn sich jemand nicht in irgendeine Rolle drängen lässt, auch wenn der gesellschaftliche Druck, diese zu erfüllen, hoch ist.
- Anerkennung verschiedener Lebensformen: eine Grundhaltung, die unterschiedliche Arten zu leben akzeptiert (z. B. hinsichtlich der zugrundeliegenden Wertvorstellungen und der sexuellen Orientierung).
- Hinterfragen der Schlankheits- und Schönheitsideale: Gemeint ist hier die Fähigkeit, das in den Medien und von der Gesellschaft vermittelte Schönheits- und Schlankheitsideal zugunsten eigener Vorstellungen und Maßstäbe abzulehnen.
- Kritische Auseinandersetzung mit dem Einfluss der Medien sowie die Fähigkeit, Medien im Allgemeinen kritisch zu hinterfragen (sog. Medienkompetenz).

## 2.5 Prävention von Essstörungen

### 2.5.1 Begriffsdefinition Prävention

In der Fachliteratur werden unterschiedliche Definitionen von Prävention und verschiedene Präventionskonzepte verwendet<sup>26, 45, 86, 98</sup>. Darüber hinaus werden Präventionskonzepte in der Fachliteratur zum Teil nicht einheitlich interpretiert, und eine klar nachvollziehbare Abgrenzung zwischen den verschiedenen Konzepten fehlt in der Regel (vgl.<sup>31, 123</sup>).

Für den vorliegenden Bericht werden der Präventionsbegriff nach Caplan<sup>26</sup> (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention) sowie die Differenzierung der Prävention nach Gordon<sup>48</sup> (universelle, selektive und indizierte Prävention) herangezogen. Primäre Prävention richtet sich an asymptotische Personen mit dem Ziel, Neuerkrankungen durch Maßnahmen zur Vorbeugung von (veränderbaren) Risikofaktoren zu verhindern. Sekundäre Prävention richtet sich an Personen mit erhöhtem Risiko und verfolgt das Ziel, bereits bestehende Risikofaktoren noch vor dem Auftreten der Erkrankung zu beseitigen. Tertiäre Prävention versucht eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands bei bereits vorliegender Erkrankung zu verhindern. Demgemäß werden Maßnahmen der Rehabilitation der tertiären Prävention zugerechnet.

Entsprechend dem Präventionsverständnis von Gordon<sup>48</sup> finden sämtliche Präventionsmaßnahmen noch vor dem Auftreten einer manifesten Erkrankung statt. Universelle Prävention wendet sich an die Gesamtbevölkerung, unabhängig von möglicherweise bestehenden Risikofaktoren. Selektive Prävention ist als Prävention bei definierten Gruppen zu verstehen (z. B. nur Mädchen der sechsten Schulklasse). Und indizierte Prävention bezieht sich auf Personen, die bereits ein sehr hohes Risiko für die Entstehung einer Erkrankung aufweisen. Im vorliegenden Bericht werden nur Präventionsprojekte, die der Primärprävention zuzuordnen sind, systematisch in Bezug auf ihre Wirksamkeit (und auf ökonomische Aspekte) bewertet (siehe Fragestellungen Kapitel 3).

## 2.5.2 Programme zur Prävention von Essstörungen

Die theoretische Basis der Essstörungsprävention ist heterogen und wird von Studienautoren vielfach als unbefriedigend bewertet<sup>17, 24, 31, 123, 125</sup>. In den vergangenen Jahrzehnten wurden zur Prävention von Essstörungen sehr unterschiedliche Programme durchgeführt. Die einzelnen Präventionsprogramme unterscheiden sich vor allem hinsichtlich Zielgruppe (z. B. Geschlecht, Alter, Risikostatus der Teilnehmerinnen), Setting des Programms (z. B. Schule, Universität, nicht-schulischer Bereich), Programminhalt (z. B. Informationsvermittlung zu Risikofaktoren und Folgen von Essstörungen, kritische Reflexion des Schönheitsideals, Stärkung von Schutzfaktoren) und Durchführungsaspekten (z. B. Dauer und Häufigkeit der Programmeinheiten, Abhaltung durch Lehrerinnen oder durch Fachexperten, Online-Programme). Von Stice et al.<sup>114</sup> wird folgende allgemeine Gruppierung von Essstörungspräventionsprogrammen vorgeschlagen:

- **Psychoedukative Präventionsprogramme**

Psychoedukative Präventionsprogramme setzen auf sachliche Aufklärung und Wissensvermittlung über Essstörungen, deren Symptome, Risiken und Folgen. Darüber hinaus beinhalten viele dieser Programme Furcht- und Angstappelle, z. B. durch Konfrontation mit abschreckenden Bildern von stark abgemagerten Anorexiepatientinnen. Ein Beispiel für ein psychoedukatives Präventionsprogramm ist „The Weigh to Eat von Neumark-Sztainer et al.“<sup>88</sup> von 1995, das mit Mädchen in Schulen in Jerusalem (Israel) durchgeführt wurde.

- **Psychosoziale Präventionsprogramme**

Diese Präventionsprogramme fokussieren auf die Reduktion von Risikofaktoren (z. B. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper) und auf die Stärkung von Schutzfaktoren (z. B. Stärkung des Selbstwerts), mit dem Ziel, dass die Programmteilnehmerinnen mit künftigen Herausforderungen kompetenter umgehen können. Als theoretische Basis für Präventionsprogramme dieser Art wird häufig der sogenannte Lebenskompetenz-Ansatz (Life-skills-Ansatz) von Botwin<sup>23</sup> herangezogen. In psychosozialen Programmen spielt die Entwicklung einer Resistenz gegenüber dem soziokulturellen Druck, schlank zu sein (Schlankheitsideal), und die Stärkung der Medienkompetenz (media literacy) zumeist eine wesentliche Rolle. Beispiele für Primärpräventionsprogramme dieser Art aus Deutschland sind Jugend mit Biss<sup>107</sup>, PriMa<sup>18</sup>, Torera<sup>19</sup> oder POPS – Potsdamer Prävention an Schulen<sup>135</sup>.

- **Präventionsprogramme für selektive Hochrisikogruppen**

Diese Programme richten sich gezielt an eine spezifische Population, die zwar die Kriterien einer Essstörung noch nicht erfüllt, aber ein sehr hohes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung aufweist (z. B. an Mädchen, die bereits einzelne unangemessene Maßnahmen zur Gewichtkontrolle anwenden, wie den Einsatz von Laxantien oder Diuretika). Diese Programme sind somit der indizierten Prävention<sup>48</sup> bzw. der Sekundärprävention zuzurechnen und damit nicht Teil der Fragestellungen des vorliegenden Berichts.

## 2.6 Gesundheitsökonomische Aspekte

### 2.6.1 Kosten der Primärprävention von Essstörungen

Leistungen der Primärprävention werden in Deutschland von verschiedenen Ausgabenträgern finanziert, dazu gehören maßgeblich die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), öffentliche Haushalte, Arbeitgeber sowie private Haushalte bzw. Einrichtungen. Die Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes weist den Bereich Gesundheitsförderung aus, der Leistungen der Verhaltens- bzw. Primärprävention einschließt, darunter auch Leistungen wie Zahnprophylaxe und Schutzimpfungen. Für 2011 werden hier Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von knapp drei Milliarden Euro, der öffentlichen Haushalte und der Arbeitgeber von je etwa 800 bis 850 Millionen Euro sowie Ausgaben von privaten Haushalten oder privaten Organisationen ohne Erwerbszweck von etwa 1,3 Milliarden Euro angegeben<sup>110</sup>.

Nach § 20 Absatz 1 Sozialgesetzbuch V sollen Krankenkassen in ihrer Satzung Leistungen zur Primärprävention vorsehen, wenn sie darauf ausgelegt sind, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschan-

cen zu erbringen. Der zugehörige GKV-Leitfaden beschreibt zwei grundlegende Ansätze, den Setting-Ansatz und den individuellen Ansatz. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung dieser Aufgaben sowie für betriebliche Gesundheitsförderung und die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (geregelt in den Paragraphen 20a und 20b) sind mit einem Mindestbeitrag je Versichertem festgelegt, wobei eine jährliche Anpassung erfolgt<sup>46</sup>. 2012 betrug dieser Beitrag 2,94 Euro. Tatsächlich machten die Ausgaben der Krankenkassen 2012 für diesen Leistungsbereich 238 Millionen Euro aus bzw. 3,41 Euro pro Versicherten<sup>66</sup>. Für diese Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gilt wie für andere Leistungen der GKV der Grundsatz, dass die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen und „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen<sup>46</sup>.

Wie hoch der Ausgabenanteil für die Primärprävention von Essstörungen ist, kann aus den zugänglichen Daten nicht festgestellt werden. Was die Kosten für einzelne Maßnahmen bzw. Projekte zur Prävention von Essstörungen angeht, so hängen diese vom jeweiligen Setting und von Projektumfang bzw. -dauer ab und sind dementsprechend schwer zu generalisieren. Die im Rahmen dieses Berichts durchgeführte Fragebogenerhebung, die u. a. das Ziel hatte, auch unpublizierte Evaluationsberichte aufzufinden (siehe Kapitel 4.1.4), bestätigt dieses Bild. Bei den Kostenträgern werden hauptsächlich Landes- und/oder Regionalregierungen (Landkreise, Städte) angeführt, des Weiteren Beiträge von den beteiligten Einrichtungen selbst (z. B. Schulen, Kindergärten), von Krankenkassen, Vereinen bzw. von unterschiedlichen (anderen) Sponsoren. Die Projektkosten bewegen sich, wo angegeben, zumeist im drei- bis vierstelligen Euro-Bereich (z. B. Ausstellungen, Kinoprojekte, Workshops, Theatervorführungen, schulische Projektwochen zur Lebenskompetenzförderung), wobei hier unterschiedlich große Empfängerkreise erreicht werden (z. B. ganze Schule bzw. mehrere Klassen vs. einzelne Schulklasse)<sup>44</sup>. Eine umfassende bzw. genauere Kostendarstellung einzelner Projekte lassen die Angaben und übermittelten Unterlagen nicht zu.

Eine ältere ökonomische Analyse aus den USA untersucht das Programm Planet Health<sup>133</sup>, eine schulbasierte Intervention mithilfe eines interdisziplinären Curriculums (die Materialien/Methoden werden in vier Hauptfächer sowie in den Turnunterricht integriert), das ursprünglich zur Adipositasprävention durchgeführt wurde.

Die Intervention hat sich auch als effektiv hinsichtlich der Reduktion von unangemessenen Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle erwiesen<sup>5, 6</sup> (disordered weight control behaviour). Die Kosten der Intervention implizieren die Kosten für die zusätzliche Fortbildung der Lehrer und Lehrerinnen inkl. eines Lehrbuchs je Lehrperson sowie finanzielle Anreizsetzungen für das Lehrpersonal, jedoch keine zusätzlichen Gehaltskosten, da die Intervention in den regulären Unterricht integriert wird. Insgesamt berechnen die Autoren in einer retrospektiven Analyse die Kosten für zwei Jahre und fünf Interventionsschulen (knapp 650 beteiligte Schüler<sup>49</sup>) mit 33.677 Dollar. Diese Zahl bezieht sich jedoch auf das Kostenjahr 1996. Bezogen auf die deutsche Kaufkraft – währungskonvertiert<sup>96</sup> und mithilfe des BIP-Preisindex<sup>97</sup> (BIP = Preisindex) für 2013 beläuft sich der inflationsangepasste Wert auf ca. 39.000 Euro.

## 2.6.2 Krankheitskosten von Essstörungen

Für die Beurteilung von Präventionsprojekten aus ökonomischer Sicht relevant sind des Weiteren die Krankheitskosten, da hier – Wirksamkeit der Präventionsprojekte vorausgesetzt – entsprechendes Einsparpotenzial vorhanden ist. Essstörungen haben eine beträchtliche Kostenrelevanz. Vor allem wegen der häufigen Chronifizierung von Essstörungen und des langwierigen Behandlungsverlaufs<sup>33</sup> entstehen vermehrt gesellschaftliche und individuelle Kosten.

Ein systematisches Review von 2012 konstatiert eine steigende Zahl an Krankheitskostenstudien zu Essstörungen, kritisiert jedoch den Mangel an Studien mit einer umfassenden Einschätzung zu allen direkten und indirekten Kosten<sup>126</sup>. Für Deutschland hat lediglich eine Studie von 2002<sup>74</sup> die Kosten von Essstörungen (AN und BN) erhoben, wobei sich die Daten auf das Jahr 1998 beziehen. Die Autoren schätzen die Gesamtkosten für 1998 auf (umgerechnet) 195,4 Millionen Euro für Anorexie (entspricht rund 5.300 Euro pro Patientin) und 127,3 Millionen Euro für Bulimie (entspricht rund 1.300 Euro pro Patientin). Die mithilfe des BIP-Preisindex<sup>97</sup> inflationsangepassten Werte für 2013 belaufen sich auf 226,1 Millionen Euro für Anorexie (6.134 Euro pro Patientin) und 147,3 Millionen Euro für Bulimie (1.505 Euro pro Patientin). Enthalten sind hier direkte und indirekte Kosten. Die direkten Kosten wur-

den mithilfe von Leistungsstatistiken ausgewählter deutscher Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung berechnet und beinhalten Kosten für stationäre Behandlung sowie für (stationäre) Rekonvaleszenz bzw. Rehabilitation. Die Kosten für ambulante Behandlung inkl. Psychotherapie und Medikation sind nicht enthalten. Die indirekten Kosten umfassen die durch Arbeitsunfähigkeit und vorzeitigen Tod verursachten Kosten bzw. Produktivitätsverluste (Berechnung nach dem Humankapitalansatz). Herangezogen wurden hier neben den Krankenkassendaten auch Daten des Statistischen Bundesamtes und Prävalenz- sowie Mortalitätsraten aus der Literatur. Produktivitätsverluste aufgrund von verminderter Erwerbsfähigkeit sind nicht berücksichtigt. Kosten induzierter Folgeerkrankungen wie etwa Kreislauf- oder Nierenfunktionsstörungen konnten wegen fehlender Daten bzw. fehlender Zuordnungsmöglichkeit ebenfalls nicht berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dürfen also zum einen als konservativ bzw. unterschätzend bezeichnet werden, da sie einige relevante Kostenanteile, wie den gesamten ambulanten Bereich, nicht beinhalten. Zum anderen ist bemerkenswert, dass die indirekten Kosten für beide Krankheitsbilder einen sehr hohen Anteil (67 % bzw. 130,5 Millionen Euro für Anorexie sowie über 90 % bzw. 113,9 Millionen für Bulimie) an den Gesamtkosten ausmachen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass erstens die direkten Kosten nur den stationären Anteil umfassen und zweitens die Kosten für Produktivitätsverluste durch vorzeitigen Todesfall in der hier zugrunde liegenden (jungen) Population von 15 bis 24 Jahren im Rahmen des Humankapitalansatzes, der alle zukünftigen Produktivitätsverluste bis zum Rentenalter berücksichtigt, enorm hoch ausfallen. Der besonders hohe Anteil von 90 % bei der Bulimie resultiert daraus, dass hier zwar gegenüber der Anorexie eine geringere Mortalität vorliegt, jedoch eine höhere Prävalenz, zudem ein deutlich geringerer Anteil stationärer Patientinnen (und damit verbundener Kosten). Des Weiteren ergaben die Recherchen der Studienautoren zu Prävalenzdaten in der Literatur auch eine bemerkenswerte Spannweite, woraus eine Ergebnisbandbreite von 115,1 bis 297,4 Millionen Euro Gesamtkosten für Anorexie und von 39,7 bis 264 Millionen Euro Gesamtkosten für Bulimie resultiert.

Eine weitere deutsche Studie von 2012<sup>56</sup> berechnet die Kosten für Krankenhausaufenthalte von Patientinnen mit Anorexie an einem großen Universitätskrankenhaus (Charité Berlin) über die Jahre 2005 bis 2009 mithilfe des Micro-Costing-Ansatzes. Sie kommt auf Kosten von 4.647 Euro pro Fall. Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen von Krauth et al.<sup>74</sup>, bei denen die Spitalskosten pro (hospitalisierten) Fall bei 12.800 Euro liegen. Neben den unterschiedlichen Berechnungsarten und dem unterschiedlichen Alter bzw. Erhebungszeitraum der Studien hängt dies damit zusammen, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Krauth et al. bei knapp 50 Tagen liegt, bei Haas et al.<sup>56</sup> jedoch nur bei 28 Tagen.

Eine Einschätzung zur Höhe der gesamten direkten Krankheitskosten für alle Essstörungen (eingeschränkt auf laufende medizinische Kosten, ohne Investitionskosten) liefert die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes. Diese weist für die nach ICD-10 in F50 (Essstörungen) enthaltenen Krankheitsbilder Gesamtkosten von 224 Millionen Euro für das Jahr 2008 auf (= das Jahr, für das die jüngsten Daten vorlagen)<sup>111</sup>.

Zieht man zusätzlich zu diesem Wert noch die bei Krauth et al.<sup>74</sup> für 1998 errechneten indirekten Kosten für Anorexie und Bulimie in Betracht (wobei in der ICD-10-Kategorie F50 weitere Essstörungen enthalten sind), so erhält man einen vorsichtig geschätzten Näherungswert, in welcher Höhe sich die gesamten Krankheitskosten bewegen könnten. Krauth et al. errechnen indirekte Kosten von insgesamt 244,4 Millionen Euro (siehe oben), was inflationsbereinigt für das oben genannte Jahr 2008<sup>97</sup> rund 265 Millionen Euro ergibt. Dabei ist zu bedenken, dass insbesondere bei Bulimie mit einer Dunkelziffer nicht diagnostizierter Fälle zu rechnen ist<sup>33</sup>.

Insgesamt dürfte es sich bei den Essstörungen unter Betrachtung aller relevanten direkten und indirekten Kosten damit um ein kostenintensives Krankheitsbild handeln. Die in diesem Bereich möglichen Präventionsprojekte erscheinen demgegenüber als kostengünstig. Damit lässt sich bei gegebener Wirksamkeit ein relevantes Kostenpotenzial vermuten.

### 3 Forschungsfragen

Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beauftragten und gemeinsam mit der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) weiterentwickelten Fragestellungen dieses Berichts lauten:

1. Wie wirksam sind primärpräventive Maßnahmen gegen Essstörungen?
2. Wie effizient sind primärpräventive Maßnahmen gegen Essstörungen?
3. Welche soziokulturellen Risikofaktoren sind für die Entstehung von Essstörungen bedeutsam?

Die nachfolgenden drei Tabellen zeigen mithilfe des sogenannten PICO-Prinzips die Definitionen von Population, Intervention (bzw. Einflussfaktor), Kontrollgruppe (Control) und Endpunkten (Outcome) für die drei Fragestellungen des vorliegenden Berichts.

**Tabelle 4: PICO-Prinzip zu Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention gegen Essstörungen)**

PICO-Komponenten	
<b>P – Population</b>	Personen ohne Essstörung; gegebenenfalls selektiert (z. B. nach Geschlecht, Alter)
<b>I – Intervention</b>	Primärprävention gegen Essstörungen (universelle oder selektive Präventionsmaßnahmen)
<b>C – Control (Kontrollgruppe)</b>	Keine Maßnahmen der Primärprävention
<b>O – Outcome (Endpunkt)</b>	<p><b>Primärer Endpunkt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essstörungen gemäß DSM-IV oder ICD-10</li> </ul> <p><b>Sekundäre Endpunkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestörtes Essverhalten (erfasst durch validierte Erhebungsverfahren), Kriterien für Essstörungen gemäß DSM-IV bzw. ICD-10 jedoch nicht erfüllt</li> <li>• Diät halten ohne medizinischen Anlass</li> <li>• Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</li> <li>• Internalisierung des Schlankheitsideals</li> <li>• (Körperbezogener) Selbstwert</li> <li>• Kontraproduktive/unerwünschte Effekte</li> </ul>

DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage. ICD-10 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, zehnte Auflage.

Quelle und Darstellung: GÖG 2014.

**Tabelle 5: PICO-Prinzip zu Fragestellung 2 (Effizienz Primärprävention gegen Essstörungen)**

PICO-Komponenten	
<b>P – Population</b>	Personen ohne Essstörung; gegebenenfalls selektiert (z. B. nach Geschlecht, Alter)
<b>I – Intervention</b>	Primärprävention gegen Essstörungen (universelle oder selektive Präventionsmaßnahmen)
<b>C – Control (Kontrollgruppe)</b>	Keine Maßnahmen der Primärprävention
<b>O – Outcome (Endpunkt)</b>	<p><b>Primäre Endpunkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten-Nutzwert-Verhältnis (z. B. Kosten pro gewonnenes QALY) UND/ODER</li> <li>• Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis (z. B. Kosten pro verhinderten Essstörungsfall) UND/ODER</li> <li>• Kosten-Nutzen-Verhältnis (Nettonutzen/-kosten)</li> </ul> <p><b>Sekundärer Endpunkt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten von Maßnahmen der (universellen oder selektiven) Primärprävention von Essstörungen</li> </ul>

QALY = Qualitätskorrigiertes Lebensjahr.

Quelle und Darstellung: GÖG 2014.

**Tabelle 6: PICO-Prinzip zu Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren für Essstörungen)**

PICO-Komponenten	
<b>P – Population</b>	Personen ohne Essstörung; gegebenenfalls selektiert (z. B. nach Geschlecht, Alter)
<b>I – Intervention (bzw. Einflussfaktor)</b>	Exposition gegenüber einem soziokulturellen Einflussfaktor (z. B. Medien)
<b>C – Control (Kontrollgruppe/ Vergleich)</b>	Keine Exposition gegenüber soziokulturellen Einflussfaktoren (z. B. Medien) bzw. bei Interventionsstudien: Personen, die nicht dem konkreten Einfluss der in der Interventionsgruppe verwendeten Medien ausgesetzt sind
<b>O – Outcome (Endpunkt)</b>	<p><b>Primärer Endpunkt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essstörungen gemäß DSM-IV oder ICD-10</li> </ul> <p><b>Sekundäre Endpunkte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestörtes Essverhalten (erfasst durch validierte Erhebungsverfahren), Kriterien für Essstörungen gemäß DSM-IV bzw. ICD-10 jedoch nicht erfüllt</li> <li>• Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</li> <li>• Internalisierung des Schlankheitsideals</li> <li>• (Körperbezogener) Selbstwert</li> </ul>

DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage. ICD-10 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, zehnte Auflage.

Quelle und Darstellung: GÖG 2014.

## 4 Methodik

### 4.1 Literatursuche

#### 4.1.1 Systematische Literatursuche

Die systematische Literatursuche wurde über das DIMDI-Suchportal von der Firma *infobroking lutz* in Zusammenarbeit mit der GÖG in 34 internationalen Datenbanken (u. a. MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CENTRAL, SciSearch; Auflistung sämtlicher Datenbanken siehe Anhang Kapitel 8.2) am 27. Juli 2012 durchgeführt. Dabei wurden ein Synonymblock für Primärprävention und ein Synonymblock für sämtliche Formen von Essstörungen UND-verknüpft. Die Suche wurde aus Ressourcengründen auf die Sprachen Englisch und Deutsch eingeschränkt. Es wurde keine Einschränkung bezüglich des Publikationsdatums vorgenommen. Aufgrund der Kommentare aus den externen Expertengutachten zum Literaturbericht wurde die systematische Literatursuche am 28. Mai 2013 um die Begriffe *universelle*, *selektive* und *indizierte Prävention* erweitert und aktualisiert. Die systematische Literatursuche zu den soziokulturellen Risikofaktoren (Fragestellung 3) erfolgte am 12. Dezember 2013. Die gesamte Suchstrategie ist im Anhang 8.3 dargestellt.

#### 4.1.2 Systematische Internetsuche

Zusätzlich wurde eine systematische Internetsuche nach geeigneten Publikationen durchgeführt:

- In Hinblick auf die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Deutschland wurden die Webseiten folgender einschlägiger Institutionen aus Deutschland durchsucht:
  - Datenbank der BZgA ([www.bzga.de](http://www.bzga.de))
  - DHS ([www.dhs.de](http://www.dhs.de))
  - HPZ ([www.h-p-z.de](http://www.h-p-z.de))
  - DGESS ([www.dgess.de](http://www.dgess.de)).
- Die Abstracts und Programmunterlagen zum „Kongress Essstörungen“ ([www.netzwerk.essstoerungen.at](http://www.netzwerk.essstoerungen.at)), der größten wissenschaftlichen Tagung zum Thema Essstörungen im deutschsprachigen Raum, wurden ebenfalls hinsichtlich geeigneter Publikationen durchsucht.
- Mithilfe der Suchmaschine Google wurde eine freie Internetrecherche nach geeigneten Publikationen durchgeführt.

#### 4.1.3 Ergänzende Literatursuche

Zusätzlich zur systematischen Literatursuche und zur systematischen Internetsuche wurde folgende ergänzende Literatursuche durchgeführt:

- Die Quellenverzeichnisse relevanter Volltexte wurden auf zusätzlich einzuschließende Publikationen geprüft.
- Die im Rahmen der externen Gutachten zu diesem Bericht explizit empfohlenen Publikationen wurden in die Erstselektion aufgenommen und entsprechend der Ein- sowie Ausschlusskriterien selektiert.
- Der Bericht der GESIS-Recherche zum Thema Essstörungen<sup>43</sup>, für den u. a. die GESIS-Datenbanken SOLIS und SOFIS herangezogen wurden, wurde hinsichtlich gemäß den Selektionskriterien relevanter Publikationen zur Essstörungsprävention durchsucht.

#### 4.1.4 Fragebogenerhebung

Mit dem Ziel, auch nicht publizierte Evaluationsberichte zu finden, wurde von September 2012 bis Mai 2013 an insgesamt 269 Einrichtungen in Deutschland ein Fragebogen versendet (Adressaten siehe Anhang Kapitel 8.9.2, Fragebogen siehe Anhang Kapitel 8.9.1). Gegenstand der Befragung waren in Deutschland durchgeführte Präventionsprojekte gegen Essstörungen und deren Evaluierungsergebnisse. Diese zusätzliche Suche wurde durchgeführt, weil erwartet wurde, dass nicht alle in Deutschland umgesetzten und evaluierten Essstörungs-Präventionsprojekte in den einschlägigen Datenbanken

publiziert sind. Die Adressliste für diese Erhebung wurde dankenswerterweise von den Autoren des DIMDI-Projekts „Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“<sup>72</sup> zur Verfügung gestellt. Der ebenfalls für das genannte DIMDI-Projekt entwickelte Fragebogen wurde für das Thema Essstörungen adaptiert.

Die mittels dieser Fragebogenerhebung identifizierten Evaluationsberichte werden – genauso wie die im Rahmen der systematischen und ergänzenden Suche identifizierte Literatur – entsprechend der definierten Ein- und Ausschlusskriterien auf ihre Relevanz zur Beantwortung der Fragestellungen für diesen Bericht geprüft.

## 4.2 Erstselektion

Für die Auswahl (Erstselektion) der Referenzen, zu denen ein Volltext bestellt wird, wurden die in Tabelle 7 dargestellten Selektionskriterien herangezogen:

**Tabelle 7: Ein- und Ausschlusskriterien der Erstselektion**

<b>Ausschlusskriterien</b>	
<b>Formale Ausschlusskriterien</b>	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate
A3	Studien, die auf Deutschland nicht übertragbar sind
<b>Thematische Ausschlusskriterien</b>	
A4	Andere Fragestellung
A5	Andere Erkrankung bzw. anderer medizinischer Schwerpunkt (z. B. nicht Essstörungen)
A6	Andere Intervention (z. B. nicht Primärprävention)
<b>Publikationstyp/Studiendesign</b>	
A9	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B: Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“)
A9a	Nicht geeignetes Studiendesign (z. B: Fallstudien/Fallserien, narrative Reviews)
A10	Nicht evaluierte Projekte
<b>Einschlusskriterien</b>	
<b>Einschlusskriterien</b>	
E1	Grundvoraussetzungen laut Abstract, Titel bzw. Schlagwort erfüllt
E2	HTA/systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
E3	Interventionsstudien
E4	Beobachtungsstudien
<b>Ökonomische Einschlusskriterien</b>	
E5	Studien mit Gegenüberstellung von Kosten und Wirksamkeit/Nutzwert/Nutzen
E6	Studien mit Kosten-Analyse
E7	Behandlung von Kosten im weiteren Sinn
<b>Weitere Einschlusskriterien</b>	
E8	Behandlung sozialer, ethischer oder rechtlicher Aspekte
E9	Wissenschaftlicher Hintergrund

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle und Darstellung: GÖG 2014.

## 4.3 Zweitselektion

Für die Zweitselektion (Volltextebene) wurden die Ein- und Ausschlusskriterien separat für die drei Fragestellungen dieses Berichts präzisiert (siehe Tabelle 8, Tabelle 9 und Tabelle 10) und die nach der Erstselektion vorliegenden Volltexte anhand dieser Selektionskriterien von zwei Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern unabhängig voneinander geprüft. Sämtliche im Rahmen der Zweitselektion ausgeschlossenen Studien sind mit Nennung des Ausschlussgrunds im Anhang aufgelistet (siehe Tabelle 30, Tabelle 31, Tabelle 33, Tabelle 34).

### 4.3.1 Kriterien der Zweitselektion der Volltexte zur Wirksamkeit (Fragestellung 1)

Die folgende Tabelle 8 zeigt die Ein- und Ausschlusskriterien der Zweitselektion (Volltextebene) für Studien zur Wirksamkeit der Primärprävention gegen Essstörungen (Fragestellung 1). Wie in dieser Tabelle ersichtlich, werden zur Beantwortung der Fragestellung Health Technology Assessment-Berichte (HTA), systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen (E2), kontrollierte Interventionsstudien (E3) und kontrollierte Beobachtungsstudien (E4) zur universellen oder selektiven Primärprävention eingeschlossen. Studien zur indizierten Prävention (A6) sowie nicht-kontrollierte Studien (A9a) werden ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen werden Studien, die keinen der in der PICO-Tabelle genannten Endpunkte prüfen (A7, z. B. nur Wissensänderung der Studienteilnehmerinnen in Bezug auf Essstörungen als Endpunkt), bzw. Studien, für die keine Evaluation hinsichtlich ihrer Wirksamkeit veröffentlicht wurde (A10). Das heißt, dass Maßnahmen und Projekte, für die nur eine Prozessevaluierung vorliegt, nicht zur Beantwortung der Fragestellungen dieses Berichts herangezogen werden. Um Aussagen über die Wirksamkeit einer Präventionsmaßnahme zu treffen, wird als Selektionskriterium festgelegt, dass Studien mit einem Follow-up von weniger als drei Monaten (nach dem Ende der Studienintervention) nicht eingeschlossen werden (A9a). Wie in Tabelle 8 ersichtlich, werden Studien, für die eine Übertragbarkeit auf Deutschland nicht gegeben ist, ebenfalls ausgeschlossen (A3). (Die Kriterien zur Beurteilung der Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Deutschland sind in Kapitel 4.5.2 dargestellt.)

**Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien der Zweitselektion für Studien zur Wirksamkeit der Primärprävention gegen Essstörungen (Fragestellung 1)**

<b>Ausschlusskriterien</b>	
<b>Formale Ausschlusskriterien</b>	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate, Mehrfachpublikationen
A2a	Primärstudien, die in einer eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeit enthalten sind bzw. deren Publikationsdatum vom Suchzeitraum einer eingeschlossenen Übersichtsarbeit abgedeckt wird
A3	Studien, die auf Deutschland nicht übertragbar sind
<b>Thematische Ausschlusskriterien</b>	
A4	Andere Fragestellung
A5	Andere Erkrankung bzw. anderer medizinischer Schwerpunkt (z. B. nicht Essstörungen)
A6	Andere Intervention (z. B. nicht Primärprävention, indizierte Prävention)
A7	Anderer Endpunkt (z. B. nur Wissensänderung)
<b>Publikationstyp/Studiendesign</b>	
A9	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“)
A9a	Nicht geeignetes Studiendesign (z. B. Fallstudien/Fallserien, narrative Reviews, Studien ohne Kontrollgruppe, Studien mit Follow-up kürzer als 3 Monaten nach der Intervention)
A10	Projekte ohne Evaluierung hinsichtlich Wirksamkeit der Präventionsmaßnahme (z. B. nur Prozessevaluierung)
<b>Einschlusskriterien</b>	
<b>Einschlusskriterien</b>	
E2	HTA/systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
E3	Kontrollierte Interventionsstudien
E4	Kontrollierte Beobachtungsstudien
E9	Wissenschaftlicher Hintergrund

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle und Darstellung: GÖG 2014.

### 4.3.2 Kriterien der Zweitselektion für ökonomische Volltexte (Fragestellung 2)

Für die ökonomische Bewertung herangezogen werden Studien mit Gegenüberstellung von Kosten und Wirksamkeit/Nutzwert/Nutzen (E5), Studien mit Kostenanalysen (E6) bzw. Studien, in denen Kosten von primärpräventiven Maßnahmen gegen Essstörung im weiteren Sinne behandelt werden (E7).

Ein Nachweis der Wirksamkeit der jeweiligen Präventionsmaßnahme ist Voraussetzung für den Einschluss von Studien zur ökonomischen Bewertung. In der folgenden Tabelle sind die Kriterien der Zweitselektion für Publikationen zu ökonomischen Aspekten der Prävention von Essstörungen dargestellt.

**Tabelle 9: Ein- und Ausschlusskriterien der Zweitselektion für ökonomische Studien zur Prävention von Essstörungen (Fragestellung 2)**

<b>Ausschlusskriterien</b>	
<b>Formale Ausschlusskriterien</b>	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate, Mehrfachpublikationen
A2a	Primärstudien, die in einer eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeit eingeschlossen sind
A3	Studien, die auf Deutschland nicht übertragbar sind
<b>Thematische Ausschlusskriterien</b>	
A4	Andere Fragestellung
A5	Andere Erkrankung bzw. anderer medizinischer Schwerpunkt (z. B. nicht Essstörungen)
A6	Andere Intervention (z. B. nicht Prävention)
<b>Publikationstyp/Studiendesign</b>	
A9	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“)
A9a	Nicht geeignetes Studiendesign (z. B. narrative Reviews)
<b>Einschlusskriterien</b>	
E5	Studien mit Gegenüberstellung von Kosten und Wirksamkeit/Nutzwert/Nutzen
E6	Studien mit Kosten-Analyse
E7	Behandlung von Kosten im weiteren Sinn
E9	Wissenschaftlicher Hintergrund

Quelle und Darstellung: GÖG 2014.

### 4.3.3 Kriterien der Zweitselektion für Studien zu soziokulturellen Risikofaktoren (Fragestellung 3)

Zur Beantwortung der Fragestellung 3 (Welche soziokulturellen Risikofaktoren sind für die Entstehung von Essstörungen bedeutsam?) wird – wie für die Fragestellungen zur Wirksamkeit und zu den ökonomischen Aspekten – ausschließlich Evidenz aus Studien (Interventions- und Beobachtungsstudien) eingeschlossen. Das heißt, dass Publikationen, in denen soziokulturelle Risikofaktoren nur auf Basis theoretischer Annahmen begründet werden, zur Beantwortung der Fragestellung 3 ausgeschlossen werden. Für den wissenschaftlichen Hintergrund können diese Publikationen je nach Relevanz herangezogen werden. Die folgende Tabelle zeigt die Ein- und Ausschlusskriterien für Studien zur Fragestellung 3.

**Tabelle 10: Ein- und Ausschlusskriterien der Zweitselektion für Studien zu soziokulturellen Risikofaktoren für Essstörungen (Fragestellung 3)**

<b>Ausschlusskriterien</b>	
<b>Formale Ausschlusskriterien</b>	
A1	Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache publiziert sind
A2	Duplikate, Mehrfachpublikationen
A2a	Primärstudien, die in einer eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeit eingeschlossen sind
A3	Studienergebnisse, die auf Deutschland nicht übertragbar sind
<b>Thematische Ausschlusskriterien</b>	
A4	Andere Fragestellung
A5	Andere Erkrankung bzw. anderer medizinischer Schwerpunkt (z. B. nicht Essstörungen)
A6	Anderer Endpunkt (z. B. Affekt, ...)
A7	Andere als soziokulturelle Risikofaktoren (z. B. biologisch-genetische, entwicklungspsychologische, psychosoziale, sozioökonomische Risikofaktoren)
<b>Publikationstyp/Studiendesign</b>	
A9	Publikationen ohne hinreichende Studienbeschreibung (z. B. Abstracts ohne Studienbeschreibung, Kongresspräsentationen, Poster, „Comments“, „Letters“)
A9a	Nicht geeignetes Studiendesign (z. B. Fallstudien/Fallserien, narrative Reviews, nicht-kontrolliertes Studiendesign, keine Kontrolle von Confounder/Störvariablen)

**Tabelle 10: Ein- und Ausschlusskriterien der Zweitselektion für Studien zu soziokulturellen Risikofaktoren für Essstörungen (Fragestellung 3) – Fortsetzung**

Einschlusskriterien	
E2	HTA/systematische Übersichtsarbeiten/Metaanalysen
E3	Kontrollierte Interventionsstudien
E4	Kontrollierte und quasi-kontrollierte Beobachtungsstudien
E9	Wissenschaftlicher Hintergrund

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle und Darstellung: GÖG 2014.

## 4.4 Studienbeschreibung und Datenextraktion

Sämtliche eingeschlossenen Studien werden im Ergebniskapitel tabellarisch beschrieben. Zusätzlich werden die zentralen Studiendaten in Form von Datenextraktionstabellen im Anhang dargestellt. Für Studien zur Wirksamkeit der Primärprävention (Fragestellung 1) und zu den soziokulturellen Risikofaktoren (Fragestellung 3) erfolgt die Datenextraktion von Sekundärstudien (systematischen Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, HTA) anhand Tabelle 42 und für Primärstudien anhand Tabelle 43. Die Datenextraktion der ökonomischen Volltexte (Fragestellung 2) erfolgt anhand der Vorlage gemäß Tabelle 45. Für Primärstudien, die in eingeschlossenen Sekundärstudien (systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, HTA) eingeschlossen sind, erfolgt im vorliegenden Bericht keine separate Qualitätsbewertung.

## 4.5 Bewertung der Studienqualität

Für sämtliche zur Beantwortung der Fragestellungen des vorliegenden Berichts eingeschlossenen Studien wird die interne Validität (Bias-Risiko) sowie die externe Validität (Generalisierbarkeit) der Studienergebnisse beurteilt. Die Qualitätsbewertungen werden in Tabellenform im Anhang sowie textlich zusammenfassend im Ergebniskapitel dargestellt.

### 4.5.1 Interne Validität (Bias-Risiko)

Die Beurteilung des Bias-Risikos erfolgt anhand von a priori definierten Kriterien, die für verschiedene Studientypen angepasst sind. Die Klassifizierung des Bias-Risikos ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

**Tabelle 11: Klassifizierung des Bias-Risikos**

Bias-Risiko	Definition
Gering	Es ist unwahrscheinlich, dass das Ergebnis der Studie durch Störfaktoren wesentlich verzerrt wird. Das Vertrauen in die Korrektheit der Ergebnisse ist hoch.
Mittel	Es ist unklar, inwieweit die Ergebnisse der Studie durch Störfaktoren verzerrt sind. Störfaktoren sind möglich und könnten die Korrektheit der Resultate infrage stellen.
Hoch	Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Ergebnis der Studie wesentlich durch Störfaktoren verzerrt wird. Das Vertrauen in die Korrektheit der Resultate ist sehr gering.
Unklar	Das Bias-Risiko kann aufgrund fehlender Angaben in der Studie nicht bewertet werden.

Quelle: Guyatt et al.<sup>54</sup>; Darstellung: GÖG 2014.

Für Studien zur Wirksamkeit der Prävention (Fragestellung 1) sowie für Studien zu den soziokulturellen Risikofaktoren (Fragestellung 3) werden zur Beurteilung des Bias-Risikos von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen die im Anhang in Tabelle 35 angeführten Kriterien herangezogen. Die Kriterien für randomisierte kontrollierte Studien (RCT) sind im Anhang in Tabelle 36 dargestellt, und für Beobachtungsstudien werden die im Anhang in Tabelle 37 angeführten Kriterien verwendet. Die Beurteilung des Bias-Risikos von ökonomischen Studien (Fragestellung 2) erfolgt anhand der in Tabelle 39 angeführten Kriterien.

#### 4.5.2 Externe Validität (Generalisierbarkeit) und Übertragbarkeit auf Deutschland

Für die Einschätzung der externen Validität der eingeschlossenen Studien wird beurteilt, ob die Studienergebnisse auf Populationen außerhalb der Studienpopulation anwendbar sind. Zusätzlich wird für die eingeschlossenen Studien, die nicht in Deutschland durchgeführt wurden, eingeschätzt, wie gut die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar sind. In der folgenden Tabelle sind die Kriterien ersichtlich, die zur Beurteilung der externen Validität und der Übertragbarkeit auf Deutschland im Rahmen des vorliegenden Berichts für systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, RCT und Interventionsstudien herangezogen werden. Die Tabellenvorlage zur Beurteilung der externen Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland für Ergebnisse aus Beobachtungsstudien findet sich im Anhang in Tabelle 41.

**Tabelle 12: Kriterien zur Beurteilung der externen Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland für systematische Übersichtsarbeiten, Metaanalysen, RCT und Interventionsstudien**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?			
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?			
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?			
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?			
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?			
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?			
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>			

RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle: GÖG 2014.

Die Klassifizierung der externen Validität erfolgt gemäß folgender Tabelle 13.

**Tabelle 13: Klassifizierung der externen Validität**

Externe Validität	Definition
Hoch	Die Studienergebnisse sind auf Populationen außerhalb der Studienpopulation gut übertragbar.
Mittel	Die Studienergebnisse sind auf Populationen außerhalb der Studienpopulation eingeschränkt übertragbar.
Niedrig	Die Studienergebnisse sind auf Populationen außerhalb der Studienpopulation nicht übertragbar.

Quelle und Darstellung: GÖG 2014.

## 4.6 Synthese der Evidenz

Die Akkumulation der Studienergebnisse (Synthese) erfolgt für sämtliche drei Fragestellungen dieses Berichts qualitativ. Die Ergebnisse der Synthese werden tabellarisch zusammenfassend dargestellt. Für jeden Endpunkt (Fragestellungen 1 und 2) bzw. für jeden soziokulturellen Risikofaktor (Fragestellung 3) wird die Stärke der Evidenz separat beurteilt. Die Stärke der Evidenz drückt das Ausmaß des

Vertrauens aus, dass die vorhandene Evidenz den Effekt der Intervention (bzw. die Bedeutung des Risikofaktors) richtig einschätzt. Als Bewertungskriterien werden das Bias-Risiko der einzelnen Studien und die Konsistenz der Ergebnisse zwischen den Studien herangezogen. Die Klassifizierung der Stärke der Evidenz erfolgt entsprechend dem GRADE-Konzept (siehe [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org)).

**Tabelle 14: Klassifizierung der Stärke der Evidenz**

<b>Stärke der Evidenz</b>	<b>Definition</b>
Hoch	Es ist unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt verändert.
Moderat	Weitere Forschung wird sich vermutlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Interventionseffekt.
Niedrig	Weitere Forschung wird sich sehr wahrscheinlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Interventionseffekt.
Sehr niedrig	Der beobachtete Interventionseffekt ist mit sehr großer Unsicherheit behaftet.

Quelle: Guyatt et al.<sup>55</sup>; Darstellung: GÖG 2014.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Ergebnisse der Literatursuche und Selektion

#### 5.1.1 Ergebnisse der systematischen Literatursuche

Die systematische Literatursuche zur Wirksamkeit und Effizienz der Primärprävention von Essstörungen (Fragestellungen 1 und 2), die am 27. Juli 2012 durchgeführt sowie am 31. Mai 2013 erweitert und aktualisiert wurde (Suchstrategie siehe Tabelle 27, Tabelle 28, Tabelle 29), ergab nach maschineller Deduplikation 2.168 Treffer. Die systematische Literatursuche zu den soziokulturellen Risikofaktoren (Fragestellung 3) wurde am 12. Dezember 2013 durchgeführt und ergab 911 Treffer. Mithilfe der systematischen Internetsuche wurden weitere 41 potenziell relevante Publikationen gefunden. Insgesamt lagen aus der systematischen Literatur- und Internetsuche demnach 3.120 Referenzen für die Erstselektion vor.

#### 5.1.2 Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Der Rücklauf der Fragebogenerhebung betrug 43,1 % (116 von 269 angeschriebenen Einrichtungen). 60 Einrichtungen gaben an, dass sie insgesamt 83 Präventionsprojekte gegen Essstörungen durchgeführt haben (inklusive Mehrfachnennungen). Nach Einschätzung der Einrichtungen sind davon 59 Projekte ohne Evaluierung (inklusive Mehrfachnennungen) und 24 Projekte, für die eine Evaluierung durchgeführt wurde (inklusive Mehrfachnennungen). Zu den 24 als evaluiert bezeichneten Projekten gaben die Einrichtungen an, dass für 18 Projekte eine Evaluierung hinsichtlich der Wirkung der Präventionsmaßnahmen vorliege (Wirkungsevaluierung) und für sechs Projekte eine Prozessevaluierung. Sämtliche potenziell wirkungsevaluierten Projekte wurden gemäß den Selektionskriterien zur Beantwortung der Fragestellungen für diesen Bericht geprüft (siehe Anhang Tabelle 30).

#### 5.1.3 Ergebnisse der Erstselektion

Nach der Erstselektion auf Basis von Titel und Abstract (Erstselektionskriterien siehe Kapitel 4.2) und weiterer Deduplikation (14 Duplikate) verblieben 354 zur Volltextbestellung. Im Rahmen der ergänzenden Suche (Durchsicht der Quellenverzeichnisse relevanter Volltexte, Literaturempfehlungen der Gutachter) wurden zusätzlich 94 potenziell relevante Publikationen identifiziert. Das heißt, es lagen insgesamt 448 vorläufig eingeschlossene Publikationen vor, deren Volltexte bestellt wurden. Diese sind den einzelnen Fragestellungen bzw. der Hintergrundliteratur wie folgt zuzuordnen:

- Wirksamkeit der Primärprävention gegen Essstörungen (Fragestellung 1): 152 Publikationen,
- ökonomische Aspekte der Primärprävention gegen Essstörungen (Fragestellung 2): acht Publikationen,
- soziokulturelle Risikofaktoren für Essstörungen (Fragestellung 3): 90 Publikationen,
- Hintergrundliteratur: 198 Publikationen.

#### 5.1.4 Ergebnisse der Zweitselektion

Von den 448 bestellten Volltexten konnten 34 nicht beschafft werden (siehe Anhang Tabelle 30 und Tabelle 31), für 414 Publikationen lagen die Volltexte vor. Die Volltexte wurden anhand der in Kapitel 4.3 genannten Ein- und Ausschlusskriterien zweitselektiert. Insgesamt wurden im Rahmen der Zweitselektion 287 Volltexte ausgeschlossen. 125 Volltexte wurden eingeschlossen, davon 24 Volltexte zur Beantwortung der drei Fragestellungen dieses Berichts und 105 Volltexte für den wissenschaftlichen Hintergrund. Bezogen auf die einzelnen Fragestellungen bzw. die Hintergrundliteratur, ergeben sich folgende Ergebnisse der Zweitselektion:

##### **Fragestellung 1 (Wirksamkeit der Primärprävention von Essstörungen):**

- 13 Publikationen eingeschlossen (siehe Kapitel 5.2.1, Tabelle 15),
- 117 Publikationen ausgeschlossen (siehe Anhang, Tabelle 32),
- 22 Volltexte nicht beschaffbar (siehe Tabelle 30 und Tabelle 31);

**Fragestellung 2 (ökonomische Aspekte der Primärprävention von Essstörungen):**

- eine Publikation eingeschlossen (siehe Kapitel 5.2.1, Tabelle 16),
- sieben Publikationen ausgeschlossen (siehe Anhang, Tabelle 33),
- sämtliche Volltexte verfügbar;

**Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren für Essstörungen):**

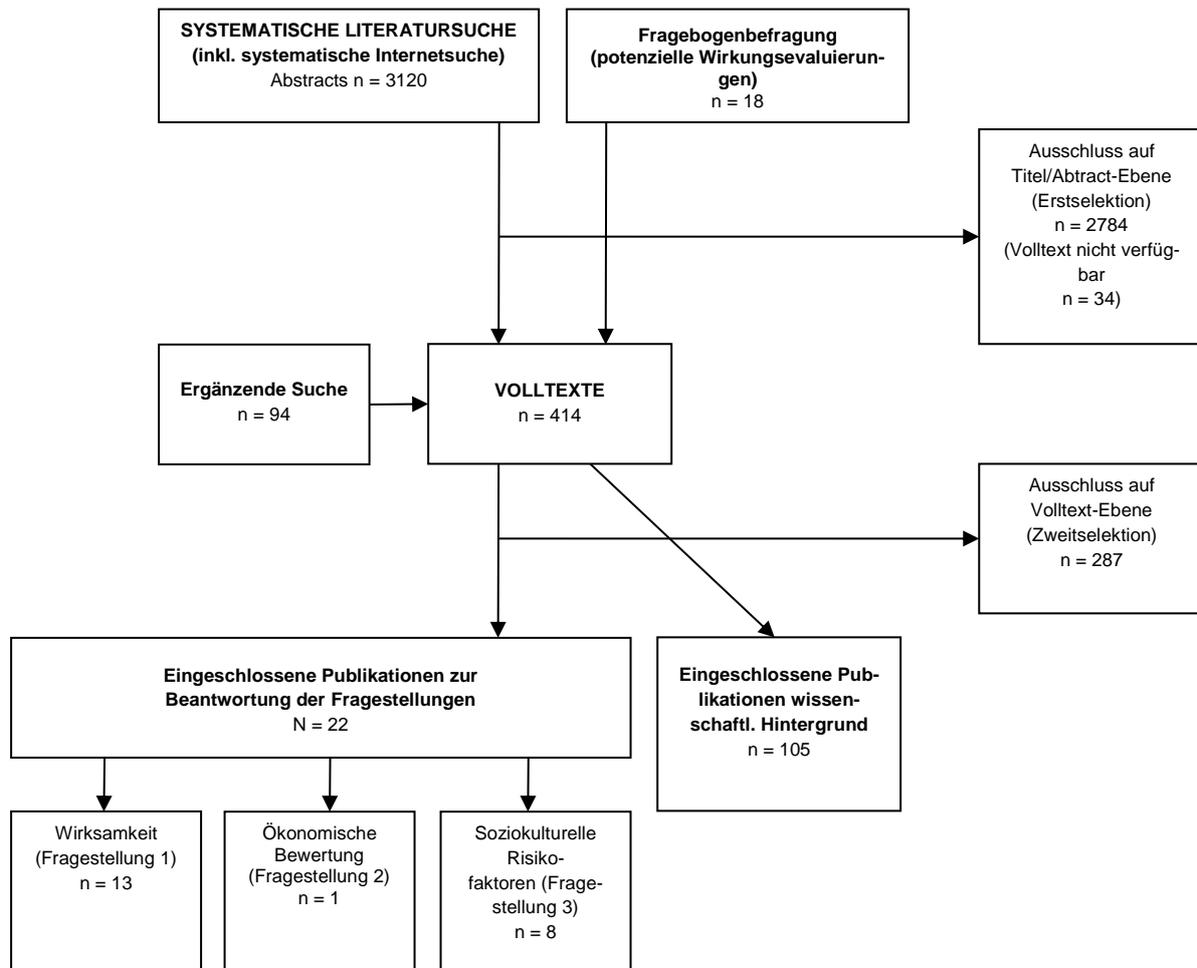
- acht Publikationen eingeschlossen (siehe Kapitel 5.2.1, Tabelle 17),
- 78 Publikationen ausgeschlossen (siehe Anhang, Tabelle 34),
- vier Volltexte nicht beschaffbar (siehe Tabelle 31);

**Wissenschaftlicher Hintergrund**

- 105 Publikationen eingeschlossen,
- 85 Publikationen ausgeschlossen,
- acht Volltexte nicht beschaffbar (siehe Tabelle 31).

**5.1.5 Darstellung des Selektionsprozesses**

Unten stehende grafische Darstellung veranschaulicht den Selektionsprozess.



**Abbildung 2: Grafische Darstellung des Selektionsprozesses**

n = Anzahl.

Quelle: GÖG 2014.

## 5.2 Hauptergebnisse

### 5.2.1 Eingeschlossene Publikationen

In den drei folgenden Tabellen sind die Publikationen aufgelistet, die zur Beantwortung der drei Fragestellungen für diesen Bericht herangezogen werden.

**Tabelle 15: Publikationen zur Beantwortung der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen)**

Autorin/Autor	Titel	Studiendesign
<b>Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen</b>		
Stice et al. <sup>123</sup>	A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings.	Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse
Beintner et al. <sup>16</sup>	Effects of an Internet-based prevention programme for eating disorders in the USA and Germany - a meta-analytic review.	Metaanalyse
<b>Primärstudien</b>		
Dannigkeit et al. <sup>31</sup>	Ist primäre Prävention von Essstörungen langfristig wirksam? Ergebnisse zur Evaluation eines Trainingsprogramms an Schulen.	Kontrollierte Interventionsstudie
Schlevogt <sup>107</sup>	Prävention von Essstörungen in der Schule - Evaluation des Frankfurter Projektes „Jugend mit Biss“.	Kontrollierte Interventionsstudie
Pokrajac-Bulija et al. <sup>100</sup>	School prevention program for eating disorders in Croatia: a controlled study with six months of follow-up.	Kontrollierte Interventionsstudie
Austin et al. <sup>6</sup>	School-Based Overweight Preventive Intervention Lowers Incidence of Disordered Weight-Control Behaviors in Early Adolescent Girls	Kontrollierte Interventionsstudie
McVey et al. <sup>81</sup>	Healthy Schools-Healthy Kids: a controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program.	Kontrollierte Interventionsstudie
Raich et al. <sup>104</sup>	A controlled assessment of school-based preventive programs for reducing eating disorder risk factors in adolescent Spanish girls.	Kontrollierte Interventionsstudie
Stice et al. <sup>116</sup>	Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial.	Kontrollierte Interventionsstudie
Wilksch et al. <sup>138</sup>	Reduction of shape and weight concern in young adolescents: a 30-month controlled evaluation of a media literacy program.	Kontrollierte Interventionsstudie
Gonzales et al. <sup>47</sup>	Disordered eating prevention programme in schools: a 30-month follow-up.	Kontrollierte Interventionsstudie
Wick et al. <sup>137</sup>	Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls (PriMa).	Kontrollierte Interventionsstudie
Warschburger et al. <sup>135</sup>	POPS – Prävention an Schulen. Evaluation eines schulbasierten Präventionsprogramms.	Kontrollierte Interventionsstudie

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 16: Publikationen zur Beantwortung der Fragestellung 2 (Effizienz Primärprävention Essstörungen)**

Autorin/Autor	Titel	Studiendesign
Wang et al. <sup>132</sup>	The economic effect of Planet Health on preventing bulimia nervosa	Kosteneffektivitätsstudie

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 17: Publikationen zur Beantwortung der Fragestellung 3 (soziokulturelle Faktoren Entstehung Essstörungen)**

Autorin/Autor	Titel	Studiendesign
Grabe et al. <sup>50</sup>	The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational	Metaanalyse
Groesz et al. <sup>52</sup>	The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction	Metaanalyse
Theis et al. <sup>128</sup>	Essstörungen im Internet: Eine experimentelle Studie zu den Auswirkungen von Pro-Esstörungs- und Selbsthilfewebbsites	Interventionsstudie
Quick et al. <sup>102</sup>	Effects of photographs of lower-and higher-body mass index fashion models on body dissatisfaction of young women	Interventionsstudie

**Tabelle 17: Publikationen zur Beantwortung der Fragestellung 3 (soziokulturelle Faktoren Entstehung Essstörungen) – Fortsetzung**

<b>Autorin/Autor</b>	<b>Titel</b>	<b>Studiendesign</b>
Bardone-Cone et al. <sup>9</sup>	What does viewing a pro-anorexia website do? An experimental examination of website exposure and moderating effects.	Interventionsstudie
Fister et al. <sup>40</sup>	Media effects on expectancies: exposure to realistic female images as a protective factor	Interventionsstudie
Neumerk-Sztainer et al. <sup>91</sup>	Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents	Beobachtungsstudie
Martinez-Gonzales <sup>80</sup>	Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort	Beobachtungsstudie

Quelle: GÖG 2014.

## 5.2.2 Datenauswertung der Studien zu Fragestellung 1

Zur Beantwortung der Fragestellung 1 (Wie wirksam sind primärpräventive Maßnahmen gegen Essstörungen?) wurde eine systematische Übersichtsarbeit von Stice et al.<sup>123</sup> eingeschlossen, in die 68 Primärstudien zu 51 universellen und selektiven Präventionsprogrammen gegen Essstörungen mit einem Publikationszeitraum bis Mai 2006 erfasst sind (elf Programme wurden in mehreren Studien evaluiert). Auf dieser Grundlage wurden für den vorliegenden Bericht nur jene weiteren Primärstudien eingeschlossen, die durch den Suchzeitraum der Übersichtsarbeit von Stice et al.<sup>123</sup> nicht abgedeckt werden, d. h. jene, die ab Juni 2006 veröffentlicht wurden. Für Projekte aus Deutschland wurde keine Einschränkung des Publikationsdatums angewendet. Insgesamt wurden elf zusätzliche, den definierten Selektionskriterien entsprechende Primärstudien zur Beantwortung der Fragestellung 1 eingeschlossen. Des Weiteren wurde eine zweite Metaanalyse eingeschlossen, in der die Ergebnisse von zehn Primärstudien zum Präventionsprogramm StudentBodies<sup>TM</sup> geprüft werden<sup>16</sup>. In der folgenden Tabelle sind die Studiencharakteristika und die Hauptergebnisse der eingeschlossenen Studien zu Fragestellung 1 dargestellt. Ausführliche Extraktionstabellen zu sämtlichen bewerteten Studien finden sich im Anhang unter Kapitel 8.8.

Tabelle 18: Übersicht über die bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention)

Autor, Studiendesign	Eingeschlossene Studien	Präventionsmaßnahmen der eingeschlossenen Studien	Endpunkte	Ergebnisse
Stice et al. <sup>123</sup> Syst. Review, Metaanalyse	68 kontrollierte Studien zu 51 verschiedenen Präventionsprogrammen gegen Essstörungen	Universelle und selektive Präventionsprogramme In Stice et al. <sup>123</sup> keine Beschreibung der einzelnen Programme. Jedoch Charakteristika der Programme (u. a. Geschlecht und Alter Zielgruppe, Risiko-status, Programminhalt, Durchführungsaspekt hinsichtlich Einfluss auf Endpunkte analysiert (Moderatoreffekte).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essstörungen gemäß DSM-IV (AN, BN, BES, EDNOS)</li> <li>• Gestörtes Essverhalten (Kriterien für Essstörung gemäß DSM-IV nicht erfüllt), in 37 Studien im FU erfasst</li> <li>• Internalisierung des Schlankeitsideals (in 25 Studien im FU erfasst)</li> <li>• Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (in 27 Studien im FU erfasst)</li> <li>• Diät halten (in 37 Studien im FU erfasst)</li> </ul>	<p><b>Endpunkt Essstörungen:</b> Keine Studie mit sig. Effekt auf zukünftige Essstörungen im Vergleich IG vs. KG. In der Studie von Taylor et al.<sup>125</sup> sig. Reduktion neuer Fälle von Essstörungen im Nachbeobachtungszeitraum (3 Jahre) bei Subgruppe von Teilnehmerinnen mit hohem Essstörungsrisiko zu Programmbeginn (selbsterbeigeführtes Erbrechen, Gebrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzügler, exzessive körperliche Aktivität oder erhöhter BMI).</p> <p><b>Endpunkt gestörtes Essverhalten:</b> sig. weniger gestörtes Essverhalten im Vergleich zur KG (keine Intervention) im FU in 13 Studien<sup>11, 14, 15, 78, 83, 88, 113, 117-119, 121, 122, 124</sup>. Ø standardisierte Effektstärke: r = 0,26</p> <p><b>Endpunkt Internalisierung des Schlankeitsideals:</b> sig. Reduktion der Internalisierung des Schlankeitsideals im Vergleich zur KG (keine Intervention) in 9 Studien<sup>15, 67, 89, 95, 109, 117, 118, 121, 122</sup>. Ø standardisierte Effektstärke: r = 0,23</p> <p><b>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper:</b> sig. Reduktion der Internalisierung des Schlankeitsideals im Vergleich zur KG (keine Intervention) in 15 Studien<sup>10, 14, 15, 67, 78, 82, 83, 105, 117, 118, 121, 122, 127, 139, 140</sup>. Ø standardisierte Effektstärke: r = 0,30</p> <p><b>Diät halten:</b> sig. weniger Diät halten im Vergleich zur KG (keine Intervention) im FU in 11 Studien<sup>8, 14, 15, 27, 28, 67, 82, 83, 113, 121, 122</sup>. Ø standardisierte Effektstärke r = 0,28</p> <p><b>Signifikante Moderatoren der Interventionseffekte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Größere Effekte, wenn Präventionsprogramm selektiv (vs. universell) ist, interaktiv (vs. didaktisch) und in mehreren Einheiten abgehalten (vs. eine einzelne Interventionseinheit) wird.</li> <li>• Programme mit Teilnehmerinnen älter als 15 Jahre (vs. jüngere Teilnehmerinnen) und Programme nur für Mädchen (gegenüber Programme für beide Geschlechter) zeigen sig. größere Interventionseffekte.</li> <li>• Programme zur Akzeptanz des eigenen Körpers und Programme mit Dissonanz-Induktion hinsichtlich Schlankeitsideals zeigen sig. größere Effekte als psycho-educative Programme.</li> <li>• Programme, die von geschulten Fachleuten im Bereich Vermittlung von Primärinterventionen durchgeführt werden, zeigen sig. größere Effekte als Programme, die von Laien in diesem Bereich (z. B. Lehrerinnen) durchgeführt werden.</li> </ul>

**Tabelle 18: Übersicht über die bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention) – Fortsetzung**

Autor, Studiendesign	Eingeschlossene Studien	Präventionsmaßnahmen der eingeschlossenen Studien	Endpunkte	Ergebnisse
<b>Beintner et al.</b> <sup>16</sup> Syst. Review, Metaanalyse	10 kontrollierte Interventionsstudien zu Präventionsprogramm Student-Bodies aus USA und Deutschland eingeschlossen Gesamt n = 990 Mädchen	8-wöchiges Online-Programm für Mädchen. Kognitiv-verhaltensbezogene Inhalte. U. a. kritische Reflexion des Schlankeitsideals, Wissensvermittlung, Übung zur Erhöhung der Selbstwirksamkeit und sozialen Unterstützung, Anleitung zu körperlicher Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDI EDE-Q</li> <li>• WCS</li> <li>• BSQ</li> </ul>	FU 3 bis 12 Monate <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kein sig. Effekt auf neue Fälle BN (EDI Bulimie)</li> <li>• Sig. Reduktion der Häufigkeit, Diät zu halten (EDE-Q)</li> <li>• Sig. Erhöhung der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper (EDI-Subskala Schlankheitsstreben, EDE-Q-Subskala Figursorgen, BSQ)</li> <li>• In der Studie von Taylor et al.<sup>125</sup> sig. Reduktion neuer Fälle von Essstörungen im Nachbeobachtungszeitraum (3 Jahre) bei Subgruppe von Teilnehmerinnen mit hohem Essstörungsrisiko zu Programmbeginn (selbsterbeigeführtes Erbrechen, Gebrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzügler, exzessive körperliche Aktivität oder erhöhter BMI)</li> </ul>

AN = Anorexia nervosa. BES = Binge-Eating-Störung. BMI = Body Mass Index. BN = Bulimia nervosa. BSQ = Body Shape Questionnaire. DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage. EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire. EDI = Eating Disorder Inventory. EDNOS = Nicht näher bezeichnete Essstörung. FU= Follow-up. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. r = Korrelationskoeffizient. Syst. Review = Systematisches Review. WCS = Weight Concern Scale.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 19: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention)**

Autor, Studiendesign, Setting/Land	Studienpopulation	Präventionsmaßnahme/Intervention	Endpunkte	Ergebnisse
<b>Dannigkeit et al.</b> <sup>31</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollierte Interventionsstudie</li> <li>• Schulunterricht</li> <li>• Deutschland</li> </ul>	IG: n = 103 Mädchen und Jungen KG: n = 101 Mädchen und Jungen Ø Alter: 11,7 J.	Universelle Primärprävention; kritische Reflexion des soziokulturell vorgegebenen Schlankeitsideals; Thematisierung von Lernerfahrungen mit der Nahrungsaufnahme, Informationen über Essstörungssymptome; Förderung von Coping-Fähigkeiten im Umgang mit belastenden Situationen in Familie und im Freundeskreis Durchführung des Programms durch die Studienautoren während regulärer Unterrichtszeit; Lehrer nicht anwesend 5 Programmstunden in 2 Wochen, nach 2 Jahren Auffrischungstraining (weitere 5 Programmstunden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährungsverhalten (DEBQ-K)</li> <li>• Selbstwertempfinden (SSES)</li> <li>• Fragebogen zum Wissen über gesunde Ernährung und Essstörungen (selbstentwickelter Fragebogen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissenszuwachs hinsichtlich Essstörungen in IG sig. höher als in KG</li> <li>• In KG sig. häufiger gezügelter Essstil und emotionaler Essstil (DEBQ-K) als in IG</li> <li>• Sig. höherer Selbstwert (SSES) in IG als in KG</li> <li>• Keine Hinweise auf kontraproduktive Effekte des Präventionsprogramms</li> </ul>

Tabelle 19: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention) – Fortsetzung

Autor, Studiendesign, Setting/Land	Studienpopulation	Präventionsmaßnahme/Intervention	Endpunkte	Ergebnisse
<b>Schlevogt</b> <sup>107</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollierte Interventionsstudie</li> <li>• Schulunterricht</li> <li>• Deutschland</li> </ul>	IG: n = 116 (Mädchen und Jungen) KG: n = 95 (Mädchen und Jungen), 7. und 8. Schulklasse	Koedukativer, salutogenetischer Ansatz zu den Themen Essstörungen und Essgewohnheiten; Programmziel: Stärkung psychosozialer Schutzfaktoren; Programmtechniken: Rollenspiele, Methoden des Psychodramas, Reflexion und Selbsterfahrung; 12 Interventionen à 2 Schulstunden	Eigener Fragebogen (Selbsteinschätzung); 128 bis 157 Items (Veränderung über die 3 Erhebungszeitpunkte, vor und nach der Intervention, 8-Monats-FU) u. a. zu den Bereichen Konfliktbewältigung, Lebenszufriedenheit, Essattacken, Diäterfahrungen, Depression und Rückzug	Keine Ergebnisse der Signifikanzprüfung veröffentlicht. Zum 8-Monats-FU berichten mehr Schülerinnen/Schüler aus IG als in KG, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>• sie sich über Schönheitsideale und Essstörungen informiert haben,</li> <li>• sie freundschaftlicher miteinander umgehen und Jungen und Mädchen rücksichtsvoller miteinander sind,</li> <li>• sie mehr Konfliktlösungspotenzial haben,</li> <li>• Essen in Gesellschaft mehr Spaß macht,</li> <li>• Sie seltener essen, um Langweile zu vertreiben.</li> </ul>
<b>Pokrajac-Buliac et al.</b> <sup>100</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollierte Interventionsstudie</li> <li>• Schulunterricht</li> <li>• Kroatien</li> </ul>	IG (1 Schule): n = 38 Mädchen n = 37 Jungen KG (1 Schule): n = 32 Mädchen n = 32 Jungen Ø Alter: 12,9 J.	Universelles Primärpräventionsprogramm, basierend auf kognitiver Verhaltenstheorie; interaktiver, nicht-didaktischer Ansatz; Durchführung von 2 Psychologen; Einsatz von Rollenspielen, praktischen Übungen und Gruppendiskussionen 6 Programmeinheiten à 90 min. im Rahmen des Schulunterrichts (1 Programmeinheit pro Woche); Inhalte: Umgang mit Schlankheitsideal, Strategien zur Verbesserung der Akzeptanz des eigenen Körpers, Strategie zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichts ohne unangemessene Maßnahmen zur Gewichtskontrolle, Alarmsignale für Entwicklung einer Essstörung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essverhalten (ChEAT)</li> <li>• Selbstwert (CSES)</li> <li>• Diätverhalten (ADS)</li> </ul>	6-Monats-FU: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sig. Reduktion von Essstörungssymptomen (ChEAT) bei Mädchen und Jungen in IG vs. keine Veränderung in KG</li> <li>• Sig. weniger Diätverhalten (ADS) bei Mädchen und Jungen in IG vs. keine Veränderung in KG</li> <li>• Sig. Erhöhung des selbstberichteten Selbstwerts (CSES) bei Mädchen in IG vs. KG; kein Interventionseffekt hinsichtlich Selbstwert (CSES) bei Jungen</li> </ul>
<b>Austin et al.</b> <sup>6</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollierte Interventionsstudie</li> <li>• Schulunterricht</li> <li>• USA</li> </ul>	13 Mittelschulen in USA (Mädchen und Jungen) IG: n = 614 KG: n = 837 6. und 7. Schulklasse	2 Programm-Module: „Planet Health curriculum“ und SHI. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planet Health curriculum: Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen im Rahmen des Schulunterrichts bezüglich mehr körperlicher Aktivität, gesünderer Ernährung, kritischer Reflexion und Reduktion des Fernsehkonsums</li> </ul>	Neue Fälle von gestörtem Essverhalten (unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle, „disordered weight control behaviour“ wie selbstherbeigeführtes Erbrechen, Gebrauch von Schlankheitpillen oder Abführmitteln ohne ärztliche Verschreibung	2-Jahres-FU: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sig. weniger neue Fälle von gestörtem Essverhalten zur Gewichtskontrolle in IG (1,2 %) vs. KG (3,6 %) bei Mädchen. Risiko für neue Fälle von gestörtem Essverhalten zur Gewichtskontrolle in IG um 67 % gegenüber KG reduziert (OR = 0,33; KI (95 %) = 0,11–0,97)</li> <li>• Keine sig. Interventionseffekte bei Jungen</li> </ul>

Tabelle 19: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention) – Fortsetzung

Autor, Studiendesign, Setting/Land	Studienpopulation	Präventionsmaßnahme/Intervention	Endpunkte	Ergebnisse
<b>Austin et al.</b> <sup>6</sup> (Fortsetzung)		<ul style="list-style-type: none"> <li>SHI: Maßnahmen zur Unterstützung der Schule bei der Umsetzung des Programms (Coaching des Lehrpersonals, Änderung der Schulpolitik, schulweite Promotion-Aktivitäten, Bildung von Kooperationen zwischen Schulen und Einrichtungen außerhalb der Schulen, z. B. mit Sporteinrichtungen)</li> </ul>		
<b>McVey et al.</b> <sup>81</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrollierte Interventionsstudie</li> <li>Schulunterricht</li> <li>Kanada</li> </ul>	n = 355 Mädchen n = 322 Jungen IG: n = 318 KG: n = 369 6. und 7. Schulklasse	<b>Programm HS-HK:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Multimodale Interventionen auf individueller und psychosozialer Ebene, Einbeziehung von Eltern und Lehrern</li> <li>2-stündige Schulung (inklusive Auffrischungsveranstaltungen) für Lehrer und Eltern v. a. zu eigenen und soziokulturellen Vorstellungen bezüglich Körperbild; Durchführung der Intervention durch geschulte Lehrer</li> <li>6 Module interaktive Programmmodule: Medienkompetenz, Strategien zur Verbesserung des Selbstwerts, Unterschiede hinsichtl. Körperbau und -erscheinung, normales Essverhalten, aktiver Lebensstil, Stressmanagement, soziale Fähigkeiten</li> <li>Vorführung des Musicals „Every BODY Is A Somebody“ mit nachfolgender geleiteter Diskussion u. a. über Schönheits- und Schlankheitsideal, körperbezogene Hänseleien</li> <li>Poster im Schulbereich zu Empowerment, gesundem Essen, Freude an Bewegung und Freude mit dem eigenen Körper</li> <li>Dauer der Programmintervention: 8 Monate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Essverhalten (EAT für Kinder)</li> <li>Internalisierung von Medienidealen (SATAQ, Subskala Internalisation)</li> <li>Körperunzufriedenheit (BDS)</li> <li>Wahrnehmung von gewichtsbezogenen Hänseleien (POTS), Einschätzung durch die Eltern</li> </ul>	<b>6-Monats-FU:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sig. Reduktion von gestörtem Essverhalten (EAT) in IG (nur bei Mädchen gemessen)</li> <li>Sig. Reduktion der Internalisierung des Schönheits- und Schlankheitsideals (SATAQ) bei Mädchen und Jungen in IG</li> <li>Keine sig. Effekte hinsichtlich Körperzufriedenheit (BDS) und Wahrnehmung von gewichtsbezogenen Hänseleien (POTS)</li> <li>Keine Unterschiede der Programmeffekte zwischen Mädchen und Jungen</li> <li>Bei Kindern mit höherem Essstörungsrisiko (untergewichtig oder übergewichtig gemäß alters- und geschlechtsadjustiertem BMI) stärkere Interventionseffekte als bei Kindern mit geringem Essstörungsrisiko (sig. Verbesserung der Körperzufriedenheit, sig. Reduktion von Internalisierung und sig. weniger gestörtes Essverhalten)</li> </ul>

Tabelle 19: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention) – Fortsetzung

Autor, Studiendesign, Setting/Land	Studienpopulation	Präventionsmaßnahme/Intervention	Endpunkte	Ergebnisse
<b>Raich et al.</b> <sup>104</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollierte Interventionsstudie</li> <li>• Schulunterricht</li> <li>• Spanien</li> </ul>	Nur Mädchen IG 1: n = 76 IG 2: n = 63 KG: n = 117 Ø Alter = 13,1 J.	Psychoedukatives Programm mit Gruppendiskussionen; in den Schulunterricht integriert, von Experten durchgeführt; Schülerinnen wurden nicht über das eigentliche Ziel des Programms (Essstörungsprävention) informiert (Verblindung), 2 Programmeinheiten à 90 min. IG 1: Programminhalte: Erhöhung der Medienkompetenz, Entwicklung einer kritischen Haltung gegenüber gesellschaftlichem Schlankheitsideal IG 2: Programminhalt wie IG 1, zusätzlich Informationen über gesunde Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essverhalten (EAT)</li> <li>• Einfluss des Schönheitsideals (CIMEC-26)</li> </ul>	Keine sig. Effekte der Interventionen auf die Essverhalten (EAT) und Internalisierung des Schönheitsideals (CIMEC) zum 6-Monats-FU
<b>Stice et al.</b> <sup>123</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCT</li> <li>• Schule (nicht während Unterricht) und Unversität</li> <li>• USA</li> </ul>	Mädchen, die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper vor der Intervention berichten IG 1: n = 115 IG 2: n = 117 KG 1: n = 123 KG 2: n = 126 Ø Alter = 17,0 J.	IG 1 („Dissonanz“-Gruppe): angeleitete Übungen (sprachlich, schriftlich und verhaltensbezogen), um das Schlankheitsideal kritisch zu hinterfragen, Gruppentreffen und Hausaufgaben, wöchentlich Programmeinheiten (1 h) in Gruppen für 3 Wochen (durchgeführt durch geschulten Studenten) IG 2 („Gesundes Gewicht“-Gruppe): Unterstützung (inhaltlich und Motivations-treffen) hinsichtlich Änderung/Optimierung der Ernährung und Erhöhung der körperlichen Aktivität, Reduktion des Zucker- und Fettkonsums, Führen eines Essens- und Sporttagebuchs KG 1 („Emotionales Schreiben“-Gruppe): Niederschreiben von emotionalen Inhalten im Zusammenhang mit Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (3 wöchentliche Einzeleinheiten, keine Gruppeneinheiten) KG 2 (keine Intervention)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internalisierung des Schlankheitsideals (IBSS)</li> <li>• Körperunzufriedenheit (SDBPS)</li> <li>• Essstörungen (Eating Disorder Diagnostic Interview, abgeleitet von der EDE)</li> <li>• Auftreten neuer Fälle AN, BN oder BES gemäß DSM-IV inklusive subklinischer Essstörungen („sub-threshold eating disorders“, Definition gemäß Stice et al.<sup>116</sup>, siehe Anhang Tabelle 70)</li> <li>• BMI</li> <li>• Psychosoziale Probleme (SAS)</li> </ul>	2-Jahres-FU: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IG 1 („Dissonanz“-Gruppe) im Vergleich zur KG 1 (Emotionales-Schreiben-Gruppe): sig. weniger Internalisierung des Schlankheitsideals, sig. weniger Körperunzufriedenheit</li> <li>• IG 1 („Dissonanz“-Gruppe) im Vergleich zur KG 2 (keine Intervention): sig. weniger Internalisierung des Schlankheitsideals, sig. weniger Körperunzufriedenheit, sig. weniger psychosoziale Probleme und sig. weniger BN-Vorformen</li> <li>• IG 2 („Gesundes-Gewicht“-Gruppe) im Vergleich zu KG 1: keine sig. Unterschiede</li> <li>• IG 2 („Gesundes-Gewicht“-Gruppe) im Vergleich zu KG 2: sig. weniger Internalisierung des Schlankheitsideals, sig. weniger Körperunzufriedenheit</li> <li>• Keine sig. Unterschiede zwischen IG 1 und IG 2 hinsichtlich untersuchter Endpunkte</li> </ul> 3-Jahres-FU: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IG 1 („Dissonanz“-Gruppe) im Vergleich zur KG 2 (keine Intervention): sig. weniger Körperunzufriedenheit, sig. weniger psychosoziale Probleme, sig. geringeres Risiko für Neuauftreten einer Essstörung (Hazard Ratio = 2,50, relative Risikoreduktion um 60 %)</li> </ul>

Tabelle 19: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention) – Fortsetzung

Autor, Studiendesign, Setting/Land	Studienpopulation	Präventionsmaßnahme/Intervention	Endpunkte	Ergebnisse
<b>Stice et al.</b> <sup>123</sup> (Fortsetzung)				<ul style="list-style-type: none"> <li>IG 2 („Gesundes-Gewicht“-Gruppe) im Vergleich zu KG 2 (keine Intervention): sig. weniger Internalisierung des Schlankheitsideals, sig. weniger Körperunzufriedenheit, sig. geringerer BMI, sig. geringeres Risiko für Neuauftreten einer Essstörung (Hazard Ratio = 2,75, relative Risikoreduktion um 61 %)</li> </ul>
<b>Wilksch et al.</b> <sup>138</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrollierte Interventionsstudie</li> <li>Schulunterricht</li> <li>Australien</li> </ul>	IG: n = 126 Mädchen n = 107 Jungen KG: n = 147 Mädchen, n = 160 Jungen Ø Alter = 13,6 J.	MediaSmart: interaktives Programm zur Stärkung der Medienkompetenz hinsichtlich Schönheits- und Schlankheitsideal; Übungen in kleinen Arbeitsgruppen; kritische Diskussion von Medieninhalten 8 Einheiten à 50 min.; 2 Einheiten pro Woche durch Studierstautor im Klassenraum unter Anwesenheit des Klassenlehrers durchgeführt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bedenken hinsichtlich Körperform und Gewicht, (EDE)</li> <li>Diätverhalten (DEBQA-Restraint)</li> <li>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (EDI)</li> <li>Internalisierung von Medieninhalten zum Schönheitsideal (SATAQ)</li> <li>Wahrgenommener soziokultureller Druck (PSPS)</li> <li>Depressivität (CDI, short form)</li> <li>Selbstwert (RSES)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6-Monats-FU und 30-Monats-FU: sig. Interventionseffekte zugunsten der IG bezüglich Bedenken hinsichtlich Körperform und Gewicht (EDE), Diätverhalten, Körperunzufriedenheit (EDI) und Depressivität (CDI) bei Mädchen und Jungen. Keine sig. Interventionseffekte hinsichtlich Internalisierung des Schönheitsideals, wahrgenommener soziokultureller Druck und Selbstwert</li> <li>30-Monats-FU im Vergleich zu Baseline: Bei Mädchen in der IG häufiger (38 %) als in KG (25 %), klinisch sig. Verbesserung bezüglich Bedenken hinsichtlich Körperform und Gewicht (EDE). In KG häufiger klinisch sig. Zunahme von Diätverhalten (48 %) als in IG (32 %)</li> </ul>
<b>Gonzales et al.</b> <sup>47</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrollierte Interventionsstudie</li> <li>Schulunterricht</li> <li>Spanien</li> </ul>	IG 1 (Medienkompetenz): n = 143 IG 2 (Medienkompetenz plus Ernährungskomponente): n = 99 KG: n = 201 Ø Alter = 13,5 J.	Interaktives Präventionsprogramm für Schulkinder im Alter von 12 bis 14 Jahren, basierend auf dem sozial-kognitiven Modell von Bandura, wöchentliche Programmeinheiten im Schulunterricht, von Experten durchgeführt Medienkompetenz: 2 x 90 min. Programmeinheit + 2 x 60 min. aktive Arbeitseinheiten zu Kritik am Schönheits- und Schlankheitsideal, kritische Analyse von Werbung Ernährungskomponente: 1 x 90-min.-Programmeinheit mit Wissensvermittlung zur Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Essverhalten (EAT-40)</li> <li>Einfluss des Schönheitsideals (CIMEC-26)</li> <li>BMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IG 1 und IG 2 im 7-Monats-FU und 30-Monats-FU sig. weniger auffälliges Essverhalten (EAT-40) und weniger Internalisierung des Schönheitsideals (CIMEC-26) als KG</li> <li>Kein sig. Unterschiede der Interventionseffekte zwischen Mädchen und Jungen</li> <li>Keine sig. Unterschiede zwischen IG 1 und IG 2 (d. h. kein zusätzlicher Effekt durch Ernährungskomponente)</li> <li>Keine sig. Interventionseffekte hinsichtlich BMI</li> <li>Bei Drop-outs höhere EAT-Werte als bei Teilnehmerinnen, die Studien beendet haben</li> </ul>

Tabelle 19: Übersicht über die bewerteten Primärstudien der Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention) – Fortsetzung

Autor, Studiendesign, Setting/Land	Studienpopulation	Präventionsmaßnahme/Intervention	Endpunkte	Ergebnisse
<b>Wick et al.</b> <sup>137</sup> (bzw. Berger et al. <sup>17</sup> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrollierte Interventionsstudie</li> <li>Schulunterricht</li> <li>Deutschland</li> </ul>	n = 1.553 Schülerinnen (Programm nur für Mädchen), 92 Schulen in Thüringen Ø Alter = 12,0 J.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informationseinheit für Eltern; Trainingstag für die Lehrer; Programmeinheiten werden von geschulten Lehrern durchgeführt</li> <li>9 x 45-minütige Programmeinheiten mit freiwilligen Zusatzübungen; jede Einheit beginnt mit einem Poster, auf dem mithilfe einer Barbiepuppe magersuchtypische Themen, psychologische Konflikte und Situationen dargestellt werden (Barbie-Matrix); Erzeugen einer kognitiven Dissonanz; Auflösung durch Gruppendiskussion und interaktive Rollenspiele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Essverhalten (EAT-26D)</li> <li>Körperbezogener Selbstwert (Skala aus rezidivierter Fassung des FBek)</li> <li>Wissen und Einstellungen zur Magersucht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Intervention: sig. mehr körperbezogener Selbstwert und sig. mehr Wissen zu Magersucht in IG vs. KG (in Gesamtstichprobe, Nichtrisiko- und Risikogruppe); keine Effekte auf Essverhalten (EAT) und Anorexie-Subskala aus EAT</li> <li>3-Monats-FU: nur hinsichtl. Wissen über Magersucht sig. Interventionseffekt (in Gesamtstichprobe, Nichtrisikogruppe und Risikogruppe); keine Interventionseffekte auf Essverhalten (EAT), Anorexie-Subskala aus EAT und körperbezogenen Selbstwert (FBek)</li> <li>Keine kontraproduktiven Interventionseffekte</li> </ul>
<b>Warschburger et al.</b> <sup>135</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrollierte Interventionsstudie</li> <li>Schulunterricht</li> <li>Deutschland</li> </ul>	IG: n = 568 (3 Schulen, n = 296 Schülerinnen, n = 272 Schüler) KG: n = 544 (3 Schulen, n = 306 Schülerinnen, n = 238 Schüler) Ø Alter = 13,4 J.	9 Sitzungstermine in wöchentlichem Abstand, koedukativ im Klassenkontext, von geschulten Lehrern interaktiv vermittelt, Hausaufgaben, Selbstreflexionen 5 thematische Blöcke: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gesunde Ernährung und Ernährung</li> <li>Schönheit in Zeitschrift und Fernsehen</li> <li>Selbstbild – Stärken und Schwächen</li> <li>Gesunder Umgang mit Stress und Problemen</li> <li>Umgang mit Hänseleien und Druck</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Essstörungssymptomatik (EAT-26)</li> <li>Körperunzufriedenheit (EDI-2, CDRS)</li> <li>Selbstwert (CHQ)</li> <li>Erlebter Mediendruck (SATAQ)</li> <li>Sozialer Druck (FASD)</li> <li>Bedeutung des Aussehens (ASI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EAT-Werte vor Beginn des Programms (Baseline) bei 4,7 % der Schülerinnen im klinisch-auffälligen Bereich, bei 11,2 % im subklinischen Bereich.</li> <li>3-Monats-FU: mit Ausnahme des Selbstwerts (CHQ) für sämtliche Endpunkte sig. Effektstärken</li> <li>1-Jahres-FU: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sig. weniger Körperunzufriedenheit (EDI-2, CDRS) und sig. weniger erlebter Mediendruck (SATAQ) in IG; bei Mädchen sig. Reduktion (Cohen d = 0,25) hinsichtlich Essstörungssymptomatik (EAT-26), bei Jungen keine sig. Effekte auf Essstörungssymptomatik</li> </ul> </li> </ul>

ADS = Adolescent Dieting Scale. AN = Anorexia nervosa. ASI = Appearance Schemas Inventory. BES = Binge-Eating-Störung. BMI = Body Mass Index. BN = Bulimia nervosa. CDI = Child Depression Inventory. CDRS = Contour Drawing Rating Scale. ChEAT = Children's Eating Attitudes Test. CHQ = Child Health Questionnaire. CIMEC = Questionnaire on influence of aesthetic body ideal. CSES = Coppersmith Self-Esteem Scale. DEBQK = Dutch Eating Behaviour Questionnaire für Kinder. DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage. EAT = Eating Attitudes Test. EDE = Eating Disorder Examination. EDI = Eating Disorder Inventory. EDNOS = Nicht näher bezeichnete Essstörung. FASD = Fragebogen zum aussehensbezogenen sozialen Druck. FBek = Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers. FU = Follow-up. IBSS = Ideal-Body Stereotype Scale. IG = Interventionsgruppe. J. = Jahre. K. A. = Keine Angabe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall. n = Anzahl. n. s. = nicht signifikant. Ø = Mittelwert. OR = Odds Ratio. p = Irrtumswahrscheinlichkeit. POTS = Perception of Teasing Scale. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SATAQ = Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. SD = Standardabweichung. SHI = School Health Index. sig. = signifikant. SSES = State-Self-Esteem-Scale.

Quelle: GÖG 2014.

### 5.2.3 Qualitätsbewertung (interne und externe Validität) der Studien zu Fragestellung 1

#### Stice et al.<sup>123</sup>

Stice et al.<sup>123</sup> haben in ihrer systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen gegen Essstörungen 68 kontrollierte Interventionsstudien eingeschlossen, in denen 51 unterschiedliche universelle und selektive Präventionsprogramme geprüft wurden (elf Programme wurden mehrfach evaluiert). Diese Übersichtsarbeit und Metaanalyse weisen vor allem folgende methodische Stärken auf: Es wurde eine umfassende systematische Literatursuche mit klaren Selektionskriterien durchgeführt. Die Heterogenität wurde statistisch beurteilt, analysiert und im Rahmen der Evidenzsynthese berücksichtigt. Es wurde ein adäquates statistisches Modell herangezogen, gewichtete Interventionseffekte auf die Endpunkte (Essstörungen und Risikofaktoren für Essstörungen) wurden für jede Präventionsmaßnahme berechnet. Außerdem wurden Moderatoren der Wirksamkeit der Präventionsprogramme identifiziert (u. a. Inhalt und Format des Präventionsprogramms, Charakteristika der Programmdurchführung, Faktoren der Zielgruppe) und deren Effektgrößen auf die Endpunkte dargestellt. Limitiert wird die interne Validität dadurch, dass die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien nicht explizit beurteilt und bei der Evidenzsynthese nicht berücksichtigt wurde. Zusätzlich ist kritisch zu bewerten, dass in die Metaanalyse elf Präventionsstudien mit dissonanzinduzierendem Programminhalt eingeschlossen wurden, an denen Stice selbst als Studienautor beteiligt ist und die teilweise Mehrfachpublikationen desselben Programms bzw. Replikationsstudien darstellen. Möglicherweise kommt es hierdurch zu einer Überbewertung der dissonanzinduzierenden Präventionsmethode. Insgesamt wird das Bias-Risiko für die Ergebnisse dieser Übersichtsarbeit und Metaanalyse als mittel bewertet (siehe Tabelle 47). Die externe Validität der Ergebnisse (Generalisierbarkeit) wird als hoch eingestuft, und die Ergebnisse werden als auf Deutschland übertragbar bewertet (siehe Tabelle 48).

#### Beintner et al.<sup>16</sup>

Beintner et al.<sup>16</sup> haben eine Übersichtsarbeit inklusive Metaanalyse zur Wirksamkeit des Essstörungs-Präventionsprogramm StudentBodies<sup>TM</sup> mit Primärstudien aus den USA und Deutschland durchgeführt. Die interne Validität der Ergebnisse wird limitiert, da die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien nicht explizit bewertet und im Rahmen der Synthese und Metaanalyse nicht explizit berücksichtigt wurde. Insgesamt wird das Bias-Risiko für die Ergebnisse für diese Übersichtsarbeit und Metaanalyse als mittel eingestuft (siehe Tabelle 49). Die externe Validität wird durch die selektive Auswahl der Studienteilnehmerinnen reduziert und insgesamt als mittel bewertet (siehe Tabelle 51).

#### Dannigkeit et al.<sup>31</sup>

Im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie wurde von Dannigkeit et al.<sup>31</sup> die langfristige Wirksamkeit eines Programms zur Primärprävention von Essstörungen in Deutschland evaluiert. Das Präventionsprogramm umfasst ein Grund- und ein Auffrischungstraining nach zwei Jahren. Die Interventionseffekte wurden jeweils zum Follow-up drei Monate nach dem Grund- und dem Auffrischungstraining erhoben. Limitationen der grundsätzlich methodisch gut umgesetzten Studie sind die fehlende Randomisierung und eine relativ hohe differenzielle Drop-out-Rate (21 % zum Follow-up nach dem Auffrischungstraining). Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden der Präventionseffekte aus Sicht der Teilnehmerinnen fehlen. Insgesamt wird für die Studienergebnisse jedoch ein geringes Bias-Risiko festgestellt (siehe Tabelle 53). Die externe Validität der Studienergebnisse wird als mittel eingestuft, da an der Studie ausschließlich Schülerinnen aus Gymnasien teilgenommen haben (Tabelle 54). Ein Einbezug anderer Schulformen wäre für die Generalisierbarkeit der Ergebnisse erforderlich.

#### Schlevogt<sup>107</sup>

Die Ergebnisse der Evaluation zum universellen Primärpräventionsprogramm „Jugend mit Biss“, das mit Schülerinnen und Schülern der siebenten und achten Klassen (Gymnasium oder Gesamtschule des Haupt- und Realschulbereichs) durchgeführt wurde, weisen ein hohes Bias-Risiko auf (siehe Tabelle 56). Folgende methodische Limitationen sind festzustellen: Es erfolgte keine ausreichende Beschreibung und Kontrolle prognostischer Faktoren in den Studiengruppen. Es wurde von den Studienautoren nicht ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war. Zur Wirkungsevaluierung wurde ausschließlich ein selbstentwickelter Fragebogen eingesetzt, für den keine Textgütekriterien (Reliabilität, Validität) veröffentlicht wurden. Angaben zur Signifikanzprüfung

der berichteten Interventionseffekte fehlen ebenso wie Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus TeilnehmerInnenperspektive für die erhobenen Endpunkte. Die allgemeine Drop-out-Rate zum 8-Monats-Follow-up ist hoch (29 %), und es wurde keine Intention-to-treat (ITT)-Analyse durchgeführt. Die Generalisierbarkeit (externe Validität) der Studienergebnisse wird als niedrig eingestuft (siehe Tabelle 57), da keine Angaben zum Zusammenhang zwischen den anhand eines selbstentwickelten Fragebogens erfassten Risikofaktoren und dem Auftreten zukünftiger Essstörungen vorliegen. Die Relevanz der erhobenen Endpunkte in Hinblick auf die Prävention von Essstörungen ist damit unklar.

#### **Pokrajac-Bulia et al.<sup>100</sup>**

Pokrajac-Bulian et al.<sup>100</sup> prüfen im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie die Wirksamkeit eines schulbasierten Programms zur universellen Primärprävention von Essstörungen bei Schülerinnen und Schülern der siebenten Klasse an zwei Schulen aus Rijeka (Kroatien). Das Bias-Risiko (interne Validität) für diese Studie wird als mittel eingestuft (siehe Tabelle 59). Eine randomisierte Zuteilung zur Interventions- bzw. zur Kontrollgruppe erfolgte nicht. Die beiden beteiligten Schulen konnten selbst wählen, ob sie als Interventions- oder als Kontrollgruppe an der Studie teilnehmen. Limitierend auf die interne Validität wirkt sich zudem aus, dass eine ausreichende Beschreibung und Kontrolle möglicher prognostischer Faktoren fehlt (z. B. Internalisierung des Schönheitsideals). Inwieweit die Schülerinnen der Interventionsschule mit jenen der Kontrollschule vergleichbar sind, kann auf Basis der publizierten Studiendaten nicht hinreichend beurteilt werden. Vor Programmbeginn (Baseline) zeigen jedenfalls die Jungen aus der Kontrollschule signifikant häufiger Diätverhalten als die Jungen aus der Interventionsschule. Eine ITT-Analyse wurde nicht durchgeführt. Positiv ist die geringe Drop-out-Rate (5 %) zum 6-Monats-Follow-up hervorzuheben. Die externe Validität (Generalisierbarkeit) wird als mittel eingestuft, da die Auswahlkriterien der Studienpopulation eher restriktiv waren (jeweils nur eine Schule bildet die Interventions- bzw. Kontrollgruppe, abhängig von der Motivation zur Studienteilnahme). Grundsätzlich werden die Studienergebnisse jedoch als auf Deutschland übertragbar eingeschätzt (siehe Tabelle 60).

#### **Austin et al.<sup>6</sup>**

Das sogenannte Planet-Health-Präventionsprogramm wurde zunächst zur Vermittlung einer gesunden Ernährung und zur Erhöhung der körperlichen Aktivität bei Schülerinnen und Schülern an Mittelschulen in Massachusetts (USA) konzipiert. Von Austin et al.<sup>6</sup> wurde im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie die Wirksamkeit des Planet-Health-Präventionsprogramms in Bezug auf die universelle Primärprävention von gestörtem Essverhalten geprüft (unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle wie selbstherbeigeführtes Erbrechen, Gebrauch von Abführmitteln oder Schlankheitspillen ohne ärztliche Verschreibung). Das Bias-Risiko für die Studienergebnisse von Austin et al.<sup>6</sup> wird als mittel eingestuft (siehe Tabelle 62). Für die interne Validität der Studie sprechen v. a. die große Stichprobe (n = 1.451 TeilnehmerInnen), die geringe Drop-out-Rate und die Berücksichtigung von Störvariablen (u. a. Ausschluss von Schülerinnen und Schülern mit Essstörungssymptomen zu Studienbeginn). Die wichtigsten limitierenden Faktoren in Bezug auf die interne Validität (Bias-Risiko) sind die geringe Standardisierung des Präventionsprogramms sowie der eingesetzte Kurzfragebogen zur Erhebung der Essstörungssymptome, für den keine Testgütekriterien vorliegen. Da das Planet-Health-Programm auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar ist und keine restriktiven Kriterien bei der Auswahl der Studienpopulation zum Einsatz gekommen sind, wird die externe Validität der Studienergebnisse als hoch eingestuft (siehe Tabelle 63). Inwieweit die untersuchte Studienpopulation (Schülerinnen und Schüler an US-amerikanischen Mittelschulen) hinsichtlich wesentlicher Einschlussfaktoren für das Planet-Health-Programm wie Ernährungs- und Lebensstilgewohnheiten (Ausmaß körperliche Aktivität, Ausmaß TV-Konsum) vergleichbaren Gruppen in Deutschland entspricht, kann auf Basis der vorliegenden Studiendaten nicht bewertet werden. Die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Deutschland ist damit unklar (siehe Tabelle 63).

Im Anschluss an die Wirksamkeitsstudie von Austin et al.<sup>6</sup> wurde das Planet-Health-Präventionsprogramm großflächig an Mittelschulen in Massachusetts implementiert und die Umsetzbarkeit des Programms im Rahmen einer Evaluierung mit 16.369 Schülerinnen und Schülern und einem dreijährigen Nachbeobachtungszeitraum bewertet. Die bisher vorliegenden Evaluierungsergebnisse<sup>7</sup> bestätigten im Wesentlichen die primärpräventive Wirksamkeit des Planet-Health-Programms hinsichtlich der Vermeidung neuer Fälle von gestörtem Essverhalten bei Jugendlichen.

**McVey et al.**<sup>81</sup>

McVey et al.<sup>81</sup> prüfen im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie an vier Schulen in Kanada die Wirkung des primärpräventiven Programms „Healthy Schools – Healthy Kids“ u. a. in Hinblick auf die Internalisierung des Schlankheitsideals, die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper sowie in Bezug auf gestörtes Essverhalten sechs Monate nach Ende des Programms. Die interne Validität der Studienergebnisse wird limitiert durch die relativ hohe Drop-out-Rate zum 6-Monats-Follow-up (29 % Drop-outs) und die unklare Beschreibung der Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen Studien- und Interventionsgruppe zu Studienbeginn. Insgesamt wird das Bias-Risiko für diese Studie als mittel beurteilt (siehe Tabelle 65). Die Generalisierbarkeit (externe Validität) der Studienergebnisse wird als hoch eingestuft, und die Studienergebnisse werden als auf Deutschland übertragbar bewertet (siehe Tabelle 66).

**Raich et al.**<sup>104</sup>

Das Bias-Risiko für die kontrollierte Interventionsstudie zur Prüfung der Wirksamkeit eines Programms zur universellen Prävention von Essstörungen bei Mädchen wird als hoch eingestuft (siehe Tabelle 68). Folgende Limitationen wurden festgestellt: Die Beschreibung des Präventionsprogramms (Programminhalte und -durchführung) ist unzureichend, und Angaben fehlen, inwieweit das Präventionsprogramm in den verschiedenen Interventionsgruppen auf dieselbe Weise durchgeführt wurde (Standardisierung). Die Darstellung weiterer zentraler methodischer Aspekte (u. a. Beschreibung der Stichprobe, Kontrolle von Störvariablen) ist ebenfalls unzureichend. Zur Erfassung von Essstörungssymptomen wurde ein Fragebogen für Erwachsene (keine Version für Kinder) eingesetzt. Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden hinsichtlich der erhobenen Essstörungssymptome fehlen. Durch die geringe interne Validität der Studienergebnisse wird auch die externe Validität (Generalisierbarkeit) verringert und insgesamt als mittel eingestuft (siehe Tabelle 69). Da das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar ist und in Deutschland vergleichbare Gruppen wie die Studiengruppen vorhanden sind, werden die Studienergebnisse – unter Berücksichtigung des hohen Bias-Risikos – jedoch als auf Deutschland übertragbar eingestuft (siehe Tabelle 69).

**Stice et al.**<sup>116</sup>

Stice et al.<sup>116</sup> prüfen mit dieser kontrollierten Interventionsstudie, ob ein Präventionsprogramm, mit dem kognitive Dissonanz zur kritischen Reflexion des Schönheits- und Schlankheitsideals hergestellt wird, langfristig das Auftreten neuer Fälle von Essstörungen vermeiden kann. Diese Studie weist im Vergleich zu anderen Präventionsstudien einige relevante Stärken auf: Die Zuordnung der Studienteilnehmerinnen erfolgte randomisiert, zur Erhebung der Studienendpunkte wurden verblindete diagnostische Interviews durchgeführt. Neben Essstörungen (gemäß DSM-IV) wurden zusätzlich sogenannte „subthreshold eating disorders“ (subklinische Formen von Essstörungen) im dreijährigen Nachbeobachtungszeitraum erhoben. Für diese subklinischen Formen wurden von Stice et al.<sup>115</sup> Diagnosekriterien definiert. Etwas eingeschränkt wird die interne Validität dieser Studie, da keine Berechnung der Teststärke (Power-Analyse) berichtet wird. Ob die Teststärke zur Beurteilung des Endpunkts Essstörungen (Vollbild bzw. subklinische Formen) ausreicht, ist nicht sichergestellt. Insgesamt wird das Bias-Risiko für die Studienergebnisse jedoch als gering eingestuft (siehe Tabelle 71). Da die Studie mit einer selektiven Population durchgeführt wurde (Mädchen, die zu Beginn der Präventionsmaßnahmen Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper berichteten), ist eine Generalisierbarkeit der Studienergebnisse nicht gegeben. Für die geprüften Präventionsmaßnahmen wird jedoch angenommen, dass sie auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar sind. Insgesamt wird die externe Validität der Studienergebnisse als mittel eingestuft (siehe Tabelle 72). Die Studienergebnisse werden als auf eine vergleichbare Population in Deutschland übertragbar bewertet.

**Wilksch et al.**<sup>138</sup>

Wilksch et al.<sup>138</sup> evaluieren die langfristige Wirksamkeit eines Programms zur Steigerung der Medienkompetenz als universelle Präventionsmaßnahme gegen Essstörungen. Das Bias-Risiko für die Studienergebnisse wird als mittel eingestuft (siehe Tabelle 74). Stärken der Studie sind die große Studiengruppe (n = 540) und der langfristige Nachbeobachtungszeitraum (Follow-up: 30 Monate). Darüber hinaus erfolgte eine Beurteilung der klinischen Relevanz der beobachteten Interventionseffekte. Limitiert wird die interne Validität der Studienergebnisse durch die sehr hohe Drop-out-Rate zum 30-Monats-Follow-up (46 %), die fehlende ITT-Analyse und die fehlende Angabe, ob die Teststärke

der Studie zur Prüfung der Endpunkte ausreichend ist. Für die Studienergebnisse wird eine mittlere externe Validität (Generalisierbarkeit) und eine Übertragbarkeit auf Deutschland festgestellt (siehe Tabelle 75).

#### **Gonzales et al.**<sup>47</sup>

Gonzales et al.<sup>47</sup> evaluieren die Langzeiteffekte eines schulbasierten Präventionsprogramms (Stärkung der Medienkompetenz) gegen Essstörungen an Schulen in Spanien. Die Studie weist relevante Bias-Risiken auf: Die Randomisierung erfolgte auf Schulniveau, das heißt, die beteiligten Schulen wurden entweder der Interventions- oder Kontrollgruppe zugeordnet. Die Studiengruppen wurden zwar nach Schultyp (staatlich, teilweise privat) stratifiziert, potenzielle Störfaktoren aufgrund der Randomisierungsmethode auf Schulniveau (z. B. sozioökonomischer Hintergrund der Schülerinnen in einzelnen Schulen) wurden jedoch nur teilweise kontrolliert. Es fehlt darüber hinaus eine ausreichende Beschreibung der Verteilung von prognostischen Faktoren in den Studiengruppen, bzw. fehlen Angaben, ob prognostische Faktoren in den Studiengruppen ähnlich verteilt sind (z. B. Körperunzufriedenheit zu Studienbeginn). Die Drop-out-Rate zum 30-Monats-Follow-up ist hoch (38 %). Zudem berichten die Studienautoren, dass die ausgeschiedenen Teilnehmerinnen (Drop-outs) mehr auffälliges Essverhalten zeigten als jene Teilnehmerinnen, die bis zum Ende des Nachbeobachtungszeitraums in der Studie verblieben. Ein möglicher Einfluss auf die berichteten Interventionseffekte ist unklar. Für die Studie spricht vor allem die hohe Standardisierung der Präventionsmaßnahme, die im Rahmen mehrerer Präventionsstudien in Spanien entwickelt wurde<sup>104</sup>. Insgesamt wird das Bias-Risiko als mittel bewertet (siehe Tabelle 77). Limitationen sind auch hinsichtlich der externen Validität festzustellen (u. a. Fragebogenversion für Erwachsene anstatt Kinder-Version eingesetzt), die insgesamt als mittel eingestuft wird (siehe Tabelle 78). Die Studienergebnisse werden jedoch als auf Deutschland übertragbar bewertet

#### **Wick et al.**<sup>137</sup>

Wick et al.<sup>137</sup> berichten die Evaluierungsergebnisse zur Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen betreffend das Programm PriMa (Primärprävention von Anorexie bei Mädchen ab der sechsten Schulklasse), das von einer Arbeitsgruppe um Berger et al.<sup>18</sup> entwickelt wurde. Die Evaluierung von PriMa erfolgte an 92 Schulen in Thüringen (Deutschland) mit insgesamt 1.553 Schülerinnen und verfügt über zahlreiche Studienmerkmale, die für eine hohe interne Validität sprechen (u. a. große Stichprobe, Kontrolle von Störvariablen und prognostischen Faktoren, Erfassung möglicher kontraproduktiver Interventionseffekte, A-priori-Bestimmung der Teststärke, ITT-Analyse). Eine Schwäche der Studie ist die fehlende Randomisierung der Teilnehmerinnen. Durch eine Adjustierung der Interventions- und Kontrollgruppe u. a. hinsichtlich Schultyps, Schülerinnenzahl pro Klasse und Zeitpunkts der Studierendurchführung wurde die fehlende Randomisierung teilweise kompensiert. Insgesamt wird das Bias-Risiko für die Studienergebnisse als gering (siehe Tabelle 80) und die externe Validität (Generalisierbarkeit) als hoch eingeschätzt (siehe Tabelle 81).

#### **Warschburger et al.**<sup>135</sup>

Den Studienergebnissen im Rahmen der Evaluation des universellen Essstörungspräventionsprogramms „Potsdamer Prävention an Schulen“ (POPS) von Warschburger et al.<sup>135</sup> wird ein geringes Bias-Risiko zugeschrieben. Eine detaillierte Darstellung der Studienmethodik und der Ergebnisse konnte zwar in den Publikationen zur POPS-Studie nicht gefunden werden, für die methodisch an sich gut geführte Studie spricht aber die große Stichprobe (1.112 Schülerinnen zu Studienbeginn), der einjährige Nachbeobachtungszeitraum, die Kontrolle von Störfaktoren sowie die Durchführung einer ITT-Analyse (siehe Tabelle 83). Die externe Validität (Generalisierbarkeit) der Studienergebnisse wird als hoch eingeschätzt (siehe Tabelle 84).

### **5.2.4 Synthese der Evidenz zu Fragestellung 1**

Die folgende Tabelle zeigt die Synthese der eingeschlossenen Studienevidenz für Fragestellung 1, gegliedert nach den untersuchten Endpunkten. Die Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit/Metaanalyse sowie die Ergebnisse der Primärstudien werden synthetisiert, und es wird ein Gesamteffekt beschrieben, für den die Stärke der Evidenz beurteilt wird. Etwaige Limitationen und Anmerkungen werden angeführt.

Tabelle 20: Synthese der Evidenz für Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen)

Studien, die Effekt auf Endpunkt untersuchen (Studiengröße, Bias-Risiko)	Synthese der Ergebnisse	Anmerkung	Stärke der Evidenz
Endpunkt: <b>Essstörungen gemäß DSM-IV-Kriterien bzw. ICD-10-Klassifikation</b> (inklusive nicht näher definierter Essstörungen und subklinischer Essstörungen)			
<b>Stice et al.</b> <sup>123</sup> , syst. Rev., Bias-Risiko*: mittel <b>Pokrajac-Bulia et al.</b> <sup>100</sup> , n = 139, Bias-Risiko: mittel <b>McVey et al.</b> <sup>81</sup> , n = 677, Bias-Risiko: mittel <b>Raich et al.</b> <sup>104</sup> , n = 256, Bias-Risiko: hoch <b>Stice et al.</b> <sup>116</sup> , n = 481, Bias-Risiko: gering <b>Gonzales et al.</b> <sup>47</sup> , n = 443, Bias-Risiko: mittel <b>Wick et al.</b> <sup>137</sup> , n = 1.553, Bias-Risiko: gering <b>Warschburger et al.</b> <sup>135</sup> , n = 1.112, Bias-Risiko: gering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kein sig. Effekt hinsichtlich der Häufigkeit zukünftiger Essstörungen gemäß DSM-IV nach universeller Primärprävention im Vergleich zur Kontrollgruppe.</li> <li>Von sämtlichen Studien nur 1 Primärstudie (Stice et al.<sup>116</sup>), die nach einem selektiven Präventionsprogramm mit Mädchen (Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper zu Präventionsbeginn) sig. weniger Fälle von subklinischer Bulimie (klassifiziert als nicht näher bezeichnete Essstörung) berichtete. Hauptprogramminhalt der einzigen sig. Studie: Herstellung von kognitiver Dissonanz betreffend das Schönheits- und Schlankheitsideal.</li> </ul>	Die einzige Studie mit sig. Präventionseffekt auf zukünftige Essstörungen wurde mit einer selektiven Population durchgeführt (Mädchen mit Körperunzufriedenheit). Generalisierbarkeit des Studienergebnisses auf nichtselektive Teilnehmerinnen daher nicht gegeben.	Hoch (für nicht beobachteten Effekt nach universeller Prävention) Gering für sig. Effekt nach selektiver Prävention, da Einzelergebnis
Endpunkt: <b>gestörtes Essverhalten (Surrogatendpunkt)</b> , Operationalisierung: außerhalb der Norm liegende Werte in etablierten Instrumenten zur Erfassung des Essverhaltens, Kriterien für eine Essstörung gemäß DSM-IV oder ICD-10 jedoch <b>nicht</b> erfüllt. Erfasst mittels: ChEAT, EAT, EDE, EDI			
<b>Stice et al.</b> <sup>123</sup> , syst. Rev., Endpunkt in 37 Studien im Follow-up erfasst, Bias-Risiko*: mittel <b>Beintner et al.</b> <sup>16</sup> , Metaanalyse zu StudentBodies™, n = 990 Mädchen, Bias-Risiko: mittel <b>Schlevogt</b> <sup>107</sup> , n = 211, Bias-Risiko: hoch <b>Pokrajac-Bulia et al.</b> <sup>100</sup> , n = 139, Bias-Risiko: mittel <b>Austin et al.</b> <sup>6</sup> , n = 1.451, Bias-Risiko: mittel <b>McVey et al.</b> <sup>81</sup> , n = 677, Bias-Risiko: mittel <b>Raich et al.</b> <sup>104</sup> , n = 256, Bias-Risiko: hoch <b>Gonzales et al.</b> <sup>47</sup> , n = 443, Bias-Risiko: mittel <b>Wick et al.</b> <sup>137</sup> , n = 1.553, Bias-Risiko: gering <b>Warschburger et al.</b> <sup>135</sup> , n = 1.112, Bias-Risiko: gering	Sig. geringfügige bis moderate Reduktion von gestörtem Essverhalten nach Präventionsprogramm im Nachbeobachtungszeitraum (3 Monate bis 2,5 Jahre) in 18 <sup>6, 11, 14, 15, 78, 81, 83, 88, 100, 107, 113, 117-119, 121, 122, 124, 135</sup> von 48 Primärstudien mit diesem Endpunkt. Davon 6 Programme mit sig. Effekt länger als 1 Jahr nach Ende des Präventionsprogramms (universelle Präventionsprogramme: Neumark-Sztainer et al. <sup>88</sup> , Austin et al. <sup>6</sup> , Gonzales et al. <sup>47</sup> , Warschburger et al. <sup>135</sup> , selektive Präventionsprogramme: Stice et al. <sup>121</sup> , Stice et al. <sup>116</sup> )	Sig. stärkere Präventionseffekte (Moderatoreffekte) bei <ul style="list-style-type: none"> <li>Mädchen (vs. Jungen)</li> <li>Selektiver Studienpopulation (vs. universelle Prävention)</li> <li>Alter Teilnehmerinnen &gt; 15 Jahre (vs. &lt; 15 Jahre)</li> <li>interaktivem Programmformat (vs. frontaler Wissensvermittlung)</li> <li>dissonanzinduzierendem Programm (vs. psychoedukativem Programm)</li> </ul>	Moderat

Tabelle 20: Synthese der Evidenz für Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen) – Fortsetzung

Studien, die Effekt auf Endpunkt untersuchen (Studiengröße, Bias-Risiko)	Synthese der Ergebnisse	Anmerkung	Stärke der Evidenz
Endpunkt: <b>Diäthalten ohne medizinischen Anlass</b> Erfasst mittels: ADS, EAT, EDE, EDI, DEBQ			
<b>Stice et al.</b> <sup>123</sup> , syst. Rev., Endpunkt in 37 Studien im Follow-up erfasst, Bias-Risiko*: mittel <b>Beintner et al.</b> <sup>16</sup> , Metaanalyse zu StudentBodies™, n = 990 Mädchen, Bias-Risiko: mittel <b>Dannigkeit et al.</b> <sup>31</sup> , n = 204 Schülerinnen, Bias-Risiko: gering <b>Pokrajac-Bulia et al.</b> <sup>100</sup> , n = 139, Bias-Risiko: mittel <b>Wilksch et al.</b> <sup>138</sup> , n = 540, Bias-Risiko: mittel	Sig. geringfügige bis moderate Reduktion von gestörtem Essverhalten nach Präventionsprogramm im Nachbeobachtungszeitraum in 14 <sup>8, 14-16, 27, 28, 31, 67, 82, 83, 100, 113, 121, 122</sup> von 45 Primärstudien.	Sig. stärkere Präventionseffekte (Moderatoreffekte) bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mädchen (vs. Jungen)</li> <li>• Selektiver Studienpopulation (vs. universeller Prävention)</li> <li>• Alter Teilnehmerinnen &gt; 15 Jahre (vs. &lt; 15 Jahre)</li> <li>• interaktivem Programmformat (vs. frontaler Wissensvermittlung)</li> <li>• dissonanzinduzierendem Programm (vs. psychoedukativem Programm)</li> </ul>	Moderat
Endpunkt: <b>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</b> Erfasst mittels: BDS, BSQ, EDE, EDI, FBeK, SDBPS			
<b>Stice et al.</b> <sup>123</sup> , syst. Rev., Endpunkt in 27 Studien im Follow-up erfasst, Bias-Risiko*: mittel <b>Beintner et al.</b> <sup>16</sup> , Metaanalyse zu StudentBodies™, n = 990 Mädchen, Bias-Risiko: mittel <b>McVey et al.</b> <sup>81</sup> , n = 677, Bias-Risiko: mittel <b>Stice et al.</b> <sup>116</sup> , n = 481, Bias-Risiko: gering <b>Wilksch et al.</b> <sup>138</sup> , n = 540, Bias-Risiko: mittel <b>Wick et al.</b> <sup>137</sup> , n = 1.553, Bias-Risiko: gering <b>Warschburger et al.</b> <sup>135</sup> , n = 1.112, Bias-Risiko: gering	In 19 <sup>10, 14-16, 67, 78, 82, 83, 105, 116-118, 121, 122, 127, 135, 138-140</sup> von 34 Primärstudien sig. weniger Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper im Nachbeobachtungszeitraum in der Präventionsgruppe.	Sig. stärkere Präventionseffekte (Moderatoreffekte) bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mädchen (vs. Jungen)</li> <li>• Selektiver Studienpopulation (vs. universeller Prävention)</li> <li>• Alter Teilnehmerinnen &gt; 15 Jahre (vs. &lt; 15 Jahre)</li> <li>• interaktivem Programmformat (vs. frontaler Wissensvermittlung)</li> <li>• dissonanzinduzierendem Programm (vs. psychoedukativem Programm)</li> <li>• Programme durch Fachexperten in diesem Gebiet durchführt (vs. durch Lehrerinnen)</li> </ul>	Moderat
Endpunkt: <b>Internalisierung des Schlankheitsideals</b> Erfasst mittels: CIMEC, IBSS, SATAQ			
<b>Stice et al.</b> <sup>123</sup> , syst. Rev., Endpunkt in 25 Studien im Follow-up erfasst, Bias-Risiko*: mittel <b>McVey et al.</b> <sup>81</sup> , n = 677, Bias-Risiko: mittel <b>Stice et al.</b> <sup>116</sup> , n = 481, Bias-Risiko: gering <b>Raich et al.</b> <sup>104</sup> , n = 256, Bias-Risiko: hoch	In 13 <sup>15, 47, 67, 81, 89, 95, 109, 116-118, 121, 122, 135</sup> von 31 Primärstudien sig. weniger Internalisierung des Schlankheitsideals nach Präventionsprogramm im Nachbeobachtungszeitraum.	Eventuelle Überschätzung der Wirksamkeit der Dissonanz-Methode im Vergleich zu anderen Methoden, da Studien zur Dissonanz-Methode überrepräsentiert sind.	Moderat

**Tabelle 20: Synthese der Evidenz für Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen) – Fortsetzung**

Studien, die Effekt auf Endpunkt untersuchen (Studiengröße, Bias-Risiko)	Synthese der Ergebnisse	Anmerkung	Stärke der Evidenz
<b>Endpunkt: Internalisierung des Schlankheitsideals</b> Erfasst mittels: CIMEC, IBSS, SATAQ (Fortsetzung)			
<b>Wilksch et al.</b> <sup>138</sup> , n = 540, Bias-Risiko: mittel <b>Gonzales et al.</b> <sup>47</sup> , n = 443, Bias-Risiko: mittel <b>Warschburger et al.</b> <sup>135</sup> , n = 1.112, Bias-Risiko: gering		Vergleichsweise stärkere Effekte (Moderatoreffekte) bei Programmen, mit denen bei den Teilnehmerinnen eine kognitive Dissonanz hinsichtlich des Schönheitsideals erzeugt wird (z. B. durch kritische Reflexion in Gruppendiskussionen, bei interaktiven praktischen Übungen, Rollenspielen)	
<b>Endpunkt: Erhöhung (körperbezogener) Selbstwert</b> Erfasst mittels: CHQ, CSES, FBeK, RSES, SSES			
<b>Dannigkeit et al.</b> <sup>31</sup> , n = 204, Bias-Risiko: gering <b>Pokrajac-Bulia et al.</b> <sup>100</sup> , n = 139, Bias-Risiko: mittel <b>Wilksch et al.</b> <sup>138</sup> , n = 540, Bias-Risiko: mittel <b>Wick et al.</b> <sup>137</sup> , n = 1.553, Bias-Risiko: gering <b>Warschburger et al.</b> <sup>135</sup> , n = 1.112, Bias-Risiko: gering	In 2 <sup>31, 100</sup> der 5 Studien zu diesem Endpunkt nach dem Präventionsprogramm bei Mädchen eine sig. Erhöhung des (körperbezogenen) Selbstwerts im Vergleich zur Kontrollgruppe. Kein sig. Effekt auf den Selbstwert bei Jungen beobachtet.	Widersprüchliche Ergebnisse.	Niedrig
<b>Endpunkt: kontraproduktive/unerwünschte Effekte des Präventionsprogramms</b>			
<b>Stice et al.</b> <sup>123</sup> , syst. Rev., Bias-Risiko*: mittel <b>Dannigkeit et al.</b> <sup>31</sup> , n = 204, Bias-Risiko: gering <b>Schlevogt</b> <sup>107</sup> , n = 211, Bias-Risiko: hoch <b>McVey et al.</b> <sup>81</sup> , n = 677, Bias-Risiko: mittel <b>Wilksch et al.</b> <sup>138</sup> , n = 540, Bias-Risiko: mittel <b>Gonzales et al.</b> <sup>47</sup> , n = 443, Bias-Risiko: mittel <b>Wick et al.</b> <sup>137</sup> , n = 1.553, Bias-Risiko: gering	Keine kontraproduktiven/unerwünschten Effekte bei den Studienteilnehmerinnen aufgrund der Präventionsprogramme beobachtet.		Hoch

ADS = Adolescent Dieting Scale. BDS = Body Dissatisfaction Scale. BSQ = Body Shape Questionnaire. ChEAT = Children's Eating Attitudes Test. CHQ = Child Health Questionnaire. CIMEC = Questionnaire on influence of aesthetic body ideal. CSES = Coppersmith Self-Esteem Scale. DEBQ = Dutch Eating Behaviour Questionnaire. EAT = Eating Attitudes Test. EDE = Eating Disorder Examination. EDI = Eating Disorder Inventory. FBeK = Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers. IBSS = Ideal-Body Stereotype Scale. n = Anzahl. RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale. SATAQ = Sociocultural Attitudes towards Appearance Questionnaire. SDBPS = Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale. sig. = signifikant. SSES = State-Self-Esteem-Scale. syst. Rev. = Systematisches Review/systematische Übersichtsarbeit.

\* Bei syst. Reviews bezieht sich das angegebene Bias-Risiko auf die methodische Qualität des Reviews und nicht auf die eingeschlossenen (Primär-)Studien.

Quelle: GÖG 2014.

## 5.2.5 Datenauswertung der Studien zu Fragestellung 2

Zur Beantwortung der Fragestellung 2 (Wie effizient sind primärpräventive Maßnahmen gegen Essstörungen?) wurde eine ökonomische Modellrechnung eingeschlossen. In der nachfolgenden Tabelle sind die wichtigsten Studiencharakteristika und -ergebnisse dieser Studie dargestellt. Im Anhang unter Punkt 8.8.2 finden sich die ausführlichen Extraktionstabellen.

**Tabelle 21: Übersicht über die ökonomische Modellrechnung zu Fragestellung 2**

Autor(en) und Jahr	Präventionsmaßnahme/ Intervention	Studienpopulation	Endpunkte	Ergebnisse	
<b>Wang et al.</b> <sup>132</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostennutzwertanalyse</li> <li>• Schulunterricht</li> <li>• USA</li> </ul>	Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen im Rahmen des Schulunterrichts bezüglich Reduktion des Fernsehkonsums, gesünderer Ernährung und mehr körperlicher Aktivität; Coaching des Lehrpersonals über Trainingsworkshops; Dauer: 2 Jahre	10 öffentliche Schulen IG: n = 254 KG: n = 226	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten pro gewonnenes QALY (wobei hier die Effekte der Adipositas- und Bulimieprävention zusammengezählt werden)</li> <li>• Kosten der Intervention Planet Health</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der durch die Intervention Planet Health verhinderten Bulimiefälle: 1,3 (0,7 bis 2,1)**</li> <li>• Durch die Intervention eingesparte Behandlungskosten für Bulimie: 33.999 Dollar (17.570 bis 58.962)**</li> <li>• Kosten der Intervention Planet Health: 46.803 Dollar</li> <li>• Anzahl der durch die Intervention gewonnenen QALY: 0,7 (0,2 bis 1,32)**</li> <li>• Kosten pro gewonnenes QALY (wobei hier die Effekte der Adipositas- und Bulimieprävention zusammengezählt werden): -2.966 Dollar (5.177 bis -4.038)**</li> </ul>	
		<b>Zeithorizont</b>			13,5 Jahre ab Ende der 2-jährigen Intervention (davon 3,5 Jahre Symptomentwicklung Bulimie)
		<b>Perspektive</b>			
		Kostenträger*			

IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl. QALY = Qualitätskorrigiertes Lebensjahr. SA = Sensitivitätsanalyse.

\* Wang et al.<sup>132</sup> selbst beschreiben die Perspektive als „societal“, berücksichtigen allerdings nur direkte Kosten.

\*\* Ergebnisse der multivariaten SA in Klammern: 95 % der 10.000 Simulationen liegen im angegebenen Intervall. In der univariaten SA reagieren die Ergebnisse sensitiv auf die meisten Parameter mit Ausnahme der Zeitdauer bis zu Genesung.

Quelle: GÖG 2014.

## 5.2.6 Qualitätsbewertung (interne und externe Validität) der Studie zu Fragestellung 2

Das Bias-Risiko (siehe Tabelle 86) dieser ökonomischen Modellrechnung wird insgesamt als mittel eingestuft. Lagen keine (direkten) bzw. wenige Daten für einen Parameter vor, wurde eine adäquate Sensitivitätsanalyse durchgeführt. Einige Kostenparameter wurden nicht berücksichtigt, darüber hinaus sprechen die Autoren zwar von einer gesellschaftlichen Perspektive, beziehen jedoch nur direkte Kosten ein. Da es sich bei diesen nicht berücksichtigten Parametern jedoch ausschließlich um solche Kosten handelt, die mit der Intervention verhindert werden können, sollte eine Berücksichtigung zu einer zusätzlichen Verbesserung des Ergebnisses, d. h. zu einer Reduktion der Kosten pro gewonnenes qualitätskorrigiertes Lebensjahr (QALY) führen. Die medizinischen Outcomeparameter werden basierend auf Daten aus einem RCT<sup>5</sup> zur Wirksamkeit des Planet-Health-Programms in zehn Schulen (1995 bis 1997) berechnet. Ein zweites RCT<sup>6</sup> mit zwar ähnlichen Ergebnissen, doch größerem Umfang (13 Schulen) und höherer Aktualität (2002 bis 2004) bleibt hier unberücksichtigt. Problematisch ist jedoch insbesondere, dass diese Studien lediglich die erzielte Reduktion von DWCB-Fällen (DWCB = Disordered weight control behaviour) messen (dies mit Hilfe eines Kurzfragebogens zur Erhebung der Essstörungssymptome; vgl. auch Abschnitt 5.2.3) und dass keine empirischen Daten zu einer Reduktion der Bulimie vorliegen. Die Anzahl verhinderter Bulimiefälle schätzen die Studienautoren über eine Hochrechnung mithilfe von – nach Möglichkeit literaturgestützten – Annahmen zu Vorformen und Symptomentwicklung bei Bulimie (die Begrifflichkeiten Reduktion von DWCB und Bulimiereduktion werden in der Ergebnisdarstellung der Studie etwas irreführend verwendet). Unklar bleibt auch, ob die durchgeführten Literaturreviews zur Gewinnung zusätzlich benötigter Daten systematisch oder narra-

tiv waren. Die fraglichen Werte bzw. Annahmen werden in der Sensitivitätsanalyse gleichwohl korrekterweise mit einer entsprechend hohen Bandbreite variiert. Die externe Validität (siehe Tabelle 87) wird, bezogen auf die Intervention, als hoch eingestuft. Eine Übertragbarkeit auf Deutschland ist nicht gegeben, da Abweichungen bei den Kostendaten, insbesondere bei den medizinischen Behandlungskosten, zu erwarten sind.

## 5.2.7 Synthese der Evidenz zu Fragestellung 2

Die folgende Tabelle zeigt die Synthese der eingeschlossenen Studienevidenz für Fragestellung 2, gegliedert nach den untersuchten Endpunkten.

**Tabelle 22: Synthese der Evidenz für Fragestellung 2**

Studien, die Effekt auf Endpunkt untersuchen (Bias-Risiko)	Synthese der Ergebnisse	Anmerkungen	Stärke der Evidenz
<b>Endpunkt: Kosten-Nutzwert-Verhältnis (z. B. Kosten pro gewonnenes QALY)</b>			
Wang et al. <sup>132</sup> , Bias-Risiko: mittel	Da zu Fragestellung 2 nur eine Studie vorliegt, entfällt eine Synthese (Ergebnisse vgl. Tabelle 21).	Nur eine Studie mit mittlerem Bias-Risiko konnte eingeschlossen werden.	Niedrig
<b>Endpunkt: Kosten von Maßnahmen der (universellen oder selektiven) Primärprävention von Essstörungen</b>			
Wang et al. <sup>132</sup> , Bias-Risiko: mittel	Da zu Fragestellung 2 nur eine Studie vorliegt, entfällt eine Synthese (Ergebnisse vgl. Tabelle 21).	Nur eine Studie mit mittlerem Bias-Risiko konnte eingeschlossen werden. Das Ergebnis ist nicht auf andere Projekte zur Essstörungsprävention übertragbar.	Niedrig

QALY = Qualitätskorrigiertes Lebensjahr.

Quelle: GÖG 2014.

## 5.2.8 Datenauswertung der Studien zu Fragestellung 3

Zur Beantwortung der Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren für Essstörungen) wurden insgesamt zwei systematische Übersichtsarbeiten<sup>50, 52</sup> sowie vier RCT<sup>9, 40, 102, 128</sup> und zwei Beobachtungsstudien (hier Kohortenstudien)<sup>80, 91</sup> eingeschlossen. In der folgenden Tabelle sind Studiencharakteristika und -ergebnisse der eingeschlossenen Studien zu Fragestellung 3 dargestellt. Im Anhang unter Punkt 8.8.3 finden sich die ausführlichen Extraktionstabellen.

**Tabelle 23: Übersicht über die bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten der Fragestellung 3**

Autor(en) Jahr und Studiendesign	Interventionen/Maßnahmen bzw. Einflussfaktoren	Endpunkte	Ergebnis
Grabe et al. <sup>50</sup> Metaanalyse	Experimentelle Studien (Interventionsstudien): IG: Frauen werden Bildern aus Medien ausgesetzt, in denen das Schlankheitsideal verbreitet wird. KG: Frauen werden diesen Bildern aus Medien nicht ausgesetzt, in der Regel werden ihnen neutrale Bilder oder Bilder von Models mit durchschnittlichem Körpergewicht gezeigt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Körperunzufriedenheit</li> <li>Internalisierung des Schlankheitsideals</li> <li>Gestörtes Essverhalten wie exzessive Bewegung, Verwendung von Abführmitteln und Übergeben ohne medizinischen Grund</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Körperunzufriedenheit (sig. Effekt: -0,28). Der negative Wert zeigt, dass die Medienexposition mit einer steigenden Körperunzufriedenheit bei Frauen assoziiert ist. Die Homogenitätsanalyse zeigt, dass die Effektgrößen homogen sind.</li> <li>Internalisierung (Effekt: -0,39): auch hier sig. Effekt zwischen der Medienexposition und der Internalisierung des Schlankheitsideals. Allerdings sind die Effektgrößen sig. heterogen.</li> </ul>

**Tabelle 23: Übersicht über die bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten der Fragestellung 3 – Fortsetzung**

Autor(en) Jahr und Studiendesign	Interventionen/Maßnahmen bzw. Einflussfaktoren	Endpunkte	Ergebnis
Grabe et al. (Fortsetzung)	Korrelationsstudien (Beobachtungsstudien): Korrelation des Zusammenhangs von Medienkonsum und einem oder mehreren der genannten Endpunkte.		Deshalb haben die Studienautorinnen eine Moderatoranalyse gemacht, die zeigt, dass die Effekte bei den Korrelationsstudien (Effekt = $-0,42$ ) deutlich größer sind als bei den experimentellen Studien (Effekt = $-0,21$ ) und bei Studien, die nach dem 2000 (Effekt = $-0,42$ ) veröffentlicht wurden, deutlich höher als bei Studien die vor 2000 (Effekt = $-0,13$ ) veröffentlicht wurden. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestörtes Essverhalten (sig. Effekt = <math>-0,3</math>): Der negative Wert indiziert, dass die Medienexposition mit gestörtem Essverhalten bei Frauen assoziiert ist. Auch hier zeigt die Homogenitätsanalyse, dass die Effektgrößen heterogen sind. Die Moderatoranalyse zeigt, dass der Effekt bei erwachsenen Frauen (<math>&gt; 18</math> Jahre) größer ist als bei Jugendlichen (10–18 Jahre).</li> </ul>
Groesz et al. <sup>92</sup> Metaanalyse	IG: Frauen werden Medien ausgesetzt, in denen das Schlankheitsideal verbreitet wird (in der Mehrzahl der eingeschlossenen Studien werden Bilder aus Magazinen oder Fernsehen von dünnen Models gezeigt). KG: Frauen werden diesen Medien nicht ausgesetzt; in der Regel werden ihnen neutrale Bilder (z. B. Häuser, Autos) oder Bilder von Models mit durchschnittlichem Körpergewicht gezeigt.	Körperzufriedenheit	Körperunzufriedenheit (sig. Effekt: $-0,31$ ): Der negative Wert zeigt, dass das dem Schlankheitsideal Ausgesetztsein mit einer steigenden Körperunzufriedenheit bei Frauen assoziiert ist. Die Homogenitätsanalyse zeigt, dass die Effektgrößen nicht sig. heterogen sind.

IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. sig. = signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 24: Übersicht über die bewerteten Interventionsstudien der Fragestellung 3**

Autor(en), Studiendesign, Land	Studienpopulation	Intervention/ Maßnahme	Endpunkte	Ergebnis
Theis et al. <sup>128</sup> • RCT • Deutschland	IG: n = 168 KG 1: n=166 KG 2: n = 87 Frauen ab 18 Jahren	IG: Lesen eines Pro-Esstörungs-Blogs KG 1: Lesen eines Selbsthilfeblogs (zur Thematik Essstörungen) KG 2: Lesen eines neutralen Blogs (keinerlei essstörungsbezogene Inhalte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperunzufriedenheit (Erhebung mit Counter Drawing Rating Scale),</li> <li>• Körperbezogener Selbstwert (Erhebung mit State Self Esteem Scale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperunzufriedenheit: Es zeigten sich keine sig. Effekte auf die Körperunzufriedenheit, weder bei der Auswertung der Gesamtstichprobe noch bei der Subgruppenanalyse.</li> <li>• Körperbezogener Selbstwert: Es zeigten sich keine sig. Effekte den körperbezogenen Selbstwert der Gesamtstichprobe. Eine Subgruppenanalyse zeigte, dass Probandinnen mit einem erhöhten Risiko für Essstörungen nach Lesen des Pro-ES-Blogs (IG) und nach Lesen des Selbsthilfeblogs (KG 1) einen niedrigeren körperbezogenen Selbstwert als nach Lesen des neutralen Blogs (KG 2) aufwiesen.</li> </ul>

**Tabelle 24: Übersicht über die bewerteten Interventionsstudien der Fragestellung 3 – Fortsetzung**

Autor(en), Studiendesign, Land	Studienpopulation	Intervention/ Maßnahme	Endpunkte	Ergebnis
Quick et al. <sup>102</sup> • RCT • USA	IG 1: n = 214 IG 2: n = 201 Weibliche Studentinnen zwischen 18 und 26 Jahren	Der IG 1 wurden auf einem Computer Fotos von Models mit einem niedrigen BMI gezeigt. Der IG 2 wurden auf einem Computer Fotos von Models mit einem höheren BMI gezeigt.	Körperunzufriedenheit (Messung mittels Body dissatisfaction subscale des Eating Disorder Inventory)	Die Körperunzufriedenheit sank sowohl in IG 1 (Prä-Test: 7,84 vs. Post-Test 7,12) als auch in IG 2 (Prä-Test 8,26 vs. Post-Test: 7,46). Bei der Subgruppenanalyse (Prä- vs. Post-Test) zeigten in der IG 1 alle Subgruppen eine Senkung der Körperunzufriedenheit. In der IG 2 zeigte sich in allen Subgruppen außer bei den hispanischen Frauen (gleichbleibend) und den übergewichtigen weißen Frauen (leichte Erhöhung) eine Senkung der Körperunzufriedenheit.
Bardone-Cone et al. <sup>9</sup> • RCT • USA	IG: n = 84 KG 1: n=76 KG 2: n=75 Weibliche College-Studentinnen	IG: Lesen einer Pro-ES-Website KG 1: Lesen einer Webseite über Mode (die ähnlich gestaltet ist wie die Pro-ES-Website) KG 2: Lesen einer neutralen Website	Körperbezogener Selbstwert (State Self Esteem Scale)	Körperbezogener Selbstwert: keine sig. Effekte
Fister et al. <sup>40</sup> • RCT • USA	n = 276, 2 IG und 1 KG, k. A. zu den jeweiligen Gruppengrößen	IG 1: Ansehen von Fotos von dünnen Models, wie sie üblicherweise in Modezeitschriften (wie Vogue oder Glamour) abgebildet sind IG 2: Ansehen von Fotos von Models mit durchschnittlichem Gewicht (BMI 26,5). KG: Fotos von Wohnaccessoires	Internalisierung des Schlankheitsideals (Thinness and Restricting Expectancy Questionnaire)	Für die Gesamtstichprobe zeigt sich kein sig. Effekt hinsichtlich der Internalisierung des Schlankheitsideals, allerdings kommt es bei der Subgruppe der Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen zu einer geringeren Internalisierung des Schlankheitsideals.

BMI = Body Mass Index. ES = Essstörung. IG = Interventionsgruppe. K. A. = Keine Angabe. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. sig.= signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 25: Übersicht über die bewerteten Beobachtungsstudien der Fragestellung 3**

Autor(en), Studiendesign, Land	Studienpopulation	Einflussfaktoren	Endpunkte	Ergebnis
Neumark-Sztainer et al. <sup>91</sup> • Beobachtungsstudie (Korrelationsstudie) • USA	n = 4.746 Probandinnen und Probanden zu Beginn, n = 2.516 bei Follow-up, davon 1.386 Mädchen/junge Frauen und 1.130 Jungen/junge Männer	• Fernsehen • Lesen von Magazinen über Gewichtsabnahme	• Fressanfälle • Gestörtes Essverhalten (z. B. Erbrechen, Einnahme von Appetitzüglern und Abführmitteln)	<b>Mädchen</b> • Fernsehen: kein sig. Zusammenhang mit Fressanfällen und gestörtem Essverhalten • Lesen von Magazinen über Gewichtsabnahme: sig. positiver Zusammenhang mit Fressanfällen (confounder-bereinigte OR: 1,36) und gestörtem Essverhalten (confounder-bereinigte OR: 1,43)

**Tabelle 25: Übersicht über die bewerteten Beobachtungsstudien der Fragestellung 3 – Fortsetzung**

Autor(en), Studiendesign, Land	Studienpopulation	Einflussfaktoren	Endpunkte	Ergebnis
Neumark-Sztainer et al. (Fortsetzung)				<b>Jungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fernsehen: kein sig. Zusammenhang mit Fressanfällen und gestörtem Essverhalten</li> <li>• Lesen von Magazinen über Gewichtsabnahme: kein sig. Zusammenhang mit Fressanfällen. sig. positiver Zusammenhang mit gestörtem Essverhalten (confounderbereinigte OR: 1,43)</li> </ul>
Martinez-Gonzalez et al. <sup>80</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beobachtungsstudie (Korrelationsstudie)</li> <li>• Spanien</li> </ul>	n = 2.862 Frauen zu Beginn n = 2.509 bei Follow-up im Alter von 12 bis 21 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fernsehen</li> <li>• Lesen von Mädchenzeitschriften</li> <li>• Hören von Radioprogrammen</li> </ul>	Essstörungen inkl. nicht näher bezeichneter Essstörungen (EDNOS) (gemäß DSM-IV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fernsehen: kein sig. Zusammenhang mit der Entwicklung von Essstörungen inkl. EDNOS</li> <li>• Lesen von Mädchenzeitschriften: sig. positiver Zusammenhang mit der Entwicklung von Essstörungen inkl. EDNOS</li> <li>• Hören von Radioprogrammen: sig. positiver Zusammenhang mit der Entwicklung von Essstörungen inkl. EDNOS</li> </ul>

DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage. EDNOS = Nicht näher bezeichnete Essstörung. n = Anzahl. sig.= signifikant. OR = Odds Ratio.

Quelle: GÖG 2014.

### 5.2.9 Qualitätsbewertung (interne und externe Validität) der Studien zu Fragestellung 3

#### Grabe et al.<sup>50</sup>

Das Bias-Risiko (siehe Tabelle 89) dieser Metaanalyse von 77 Studien mit insgesamt 15.047 Teilnehmerinnen, bei denen 141 Endpunkte gemessen wurden, wird als mittel eingeschätzt, da die Qualität der eingeschlossenen Studien nicht in den Ergebnissen berücksichtigt wurde. Die externe Validität (siehe Tabelle 90) wird als hoch bewertet. Inwieweit die Ergebnisse auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar sind, ist unklar, da genauere Angaben über die Studienpopulation und das Setting fehlen.

#### Groesz et al.<sup>52</sup>

Das Bias-Risiko (siehe Tabelle 92) dieser Metaanalyse von 25 Studien mit insgesamt 2.292 Teilnehmerinnen wird als mittel eingeschätzt, da insbesondere über die Art der Literatursuche (z. B. Suchzeitraum) und der Selektion Unklarheit besteht. Die externe Validität (siehe Tabelle 93) wird ebenfalls als mittel bewertet. Inwieweit die Ergebnisse auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar sind, ist unklar, da genauere Angaben über die Studienpopulation und das Setting fehlen.

#### Theis et al.<sup>128</sup>

Das Bias-Risiko (siehe Tabelle 95) dieser Studie mit 421 Probandinnen wird als mittel eingestuft. Eine wesentliche Limitation ist, dass bei dieser Studie kein Follow-up durchgeführt wurde. Die externe Validität (siehe Tabelle 96) wird ebenfalls als mittel klassifiziert, da keine patientenrelevanten Endpunkte untersucht wurden. Die Studie wurde in Deutschland durchgeführt, allerdings ist bei der Interpretation und Übertragbarkeit der Ergebnisse zu beachten, dass das Bildungsniveau der Teilnehmerinnen überdurchschnittlich hoch war: 36,8 % waren Studentinnen, und 88,6 % nannten als höchsten Bildungsabschluss mindestens Abitur.

#### Quick et al.<sup>102</sup>

Das Bias-Risiko (siehe Tabelle 98) dieser Studie mit 415 Studentinnen wird als hoch eingestuft, da die Methode der Randomisierung unklar ist. A priori wurde keine Teststärken-Analyse (Power-Analyse)

gemacht. Eine wesentliche Limitation ist auch, dass bei dieser Studie kein Follow-up durchgeführt wurde. Die externe Validität (siehe Tabelle 99) wird als niedrig beurteilt, da ausschließlich Studentinnen an der Studie teilnahmen und keine patientenrelevanten Endpunkte untersucht wurden. Problematisch in Bezug auf die Generalisierbarkeit ist zusätzlich die Schwierigkeit einer Interpretation der Ergebnisse (da in der Studie nicht angegeben ist, welchen Body Mass Index (BMI) die Models in Interventionsgruppe (IG) 1 und IG 2 hatten, sondern nur niedrigerer und höherer BMI). Eine Übertragbarkeit auf Deutschland ist grundsätzlich gegeben, allerdings ist anzumerken, dass diese nur für vergleichbare Subgruppen (z. B. für die Subgruppe der weißen Studentinnen) und Settings (Universität) gilt.

**Bardone-Cone et al.<sup>9</sup>**

Das Bias-Risiko (siehe Tabelle 101) dieser Studie mit 235 College-Studentinnen wird als hoch eingestuft. In der Studie ist nicht dargestellt, ob die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Störfaktoren waren. A priori wurde keine Teststärken-Analyse (Power-Analyse) gemacht. Eine wesentliche Limitation ist auch, dass bei dieser Studie kein Follow-up durchgeführt wurde. Die externe Validität (siehe Tabelle 102) wird als niedrig eingestuft, da ausschließlich Studentinnen an der Studie teilnahmen und keine patientenrelevanten Endpunkte untersucht wurden. Eine Übertragbarkeit auf Deutschland ist grundsätzlich gegeben, allerdings ist anzumerken, dass diese nur für vergleichbare Subgruppen (z. B. für die Subgruppe der Studentinnen) und Settings (Universität) gilt.

**Fister et al.<sup>40</sup>**

Das Bias-Risiko (siehe Tabelle 104) dieser Studie an 276 College-Studentinnen wird als hoch eingestuft, da unklar ist, ob die Methode der Randomisierung adäquat war, auch zur Verblindung fehlen jegliche Angaben. Auch ist in der Studie nicht dargestellt, ob die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder waren. A priori wurde keine Teststärken-Analyse (Power-Analyse) gemacht. Eine wesentliche Limitation ist auch, dass bei dieser Studie kein Follow-up durchgeführt wurde und Angaben fehlen, wie die Rekrutierung der Probandinnen stattfand. Die externe Validität (siehe Tabelle 105) wird als niedrig eingestuft, da ausschließlich Studentinnen an der Studie teilnahmen und keine patientenrelevanten Endpunkte untersucht wurden. Eine Übertragbarkeit auf Deutschland ist grundsätzlich gegeben, allerdings ist anzumerken, dass diese nur für vergleichbare Subgruppen (z. B. für die Subgruppe der Studentinnen) und Settings (Universität) gilt.

**Neumark-Sztainer et al.<sup>91</sup>**

Das Bias-Risiko (siehe Tabelle 107) dieser Beobachtungsstudie wird als hoch eingestuft. Neben dem Studiendesign ist diese Studie u. a. durch fehlende Angaben zur Auswahl der Kohorte und eine hohe Drop-out-Rate limitiert. Die externe Validität (siehe Tabelle 108) wird als mittel eingeschätzt, da die interne Validität bei dieser Studie sehr gering ist. Die Übertragbarkeit auf Deutschland wird als gut eingeschätzt.

**Martinez-Gonzalez et al.<sup>80</sup>**

Das Bias-Risiko (siehe Tabelle 110) dieser Beobachtungsstudien wird als mittel eingestuft. Limitiert ist die Studie in erster Linie durch ihr Studiendesign, da bei Beobachtungsstudien (Korrelationsstudien) nicht klar ist, was Ursache und was Wirkung ist. Es kann also nicht gesagt werden, ob das in den Medien verbreitete Schlankheitsideal zu gestörtem Essverhalten bei Frauen führt oder ob Frauen mit gestörtem Essverhalten häufiger Medien (in denen das Schlankheitsideal verbreitet wird) konsumieren oder ob andere Faktoren beides herbeiführen. Die externe Validität (siehe Tabelle 111) wird als hoch eingeschätzt. Auch die Übertragbarkeit auf Deutschland wird als gut bewertet.

### 5.2.10 Synthese der Evidenz zu Fragestellung 3

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Synthese der eingeschlossenen Studienevidenz, gegliedert nach den verschiedenen potenziellen soziokulturellen Risikofaktoren.

Tabelle 26: Evidenzsynthese Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren für Essstörungen)

Endpunkt	Studien, die den Endpunkt untersuchen, Studiendesign und Bias-Risiko1	Gesamteffekt (Synthese der Einzelergebnisse)	Limitationen, Anmerkungen	Stärke der Evidenz
<b>Risikofaktor: medial vermitteltes Schlankeitsideal</b>				
Essstörungen (gemäß DSM-IV) inkl. nicht näher bezeichneter Essstörungen (EDNOS)	Martinez-Gonzalez et al. <sup>80</sup> , Beobachtungsstudie, n = 2.509, Bias-Risiko: mittel	Es zeigt sich ein sig. Zusammenhang zwischen dem medial vermittelten Schlankeitsideal und dem Auftreten von Essstörungen inkl. EDNOS. Unterschiede in der Größe des Effekts zeigen sich in der Art der medialen Vermittlung. So hat Fernsehen einen geringeren (bzw. keinen) Einfluss als das Ansehen von Zeitschriften.	Der Zusammenhang zwischen dem medial vermittelten Schlankeitsideal und dem Auftreten von Fressanfällen wird nur von einer Studie mit mittlerem Bias-Risiko gemessen.	Niedrig
Gestörtes Essverhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grabe et al.<sup>50</sup>, Metaanalyse, Endpunkt gestörtes Essverhalten in 20 Primärstudien erfasst, Bias-Risiko*: mittel</li> <li>Neumark-Sztainzer et al.<sup>91</sup>, Beobachtungsstudie, n = 2.516, Bias-Risiko: hoch</li> </ul>	Es zeigt sich in beiden Studien ein sig. Zusammenhang zwischen dem medial vermittelten Schlankeitsideal (z. B. durch Zeitschriften) und dem Auftreten von gestörtem Essverhalten. Unterschiede in der Größe des Effekts zeigen sich in der Art der medialen Vermittlung. So hat Fernsehen einen geringeren (bzw. keinen) Einfluss als das Ansehen von Zeitschriften.	Limitiert sind die Ergebnisse vor allem durch das Studiendesign der Primärstudien (Beobachtungsstudien) bzw. durch die in der Metaanalyse eingeschlossenen Studien (Beobachtungs- und Interventionsstudien mit keinem oder sehr kurzem Follow-up).	Moderat
Fressanfälle	Neumark-Sztainzer et al. <sup>91</sup> , Beobachtungsstudie, n = 2.516, Bias-Risiko: hoch	Es zeigt sich ein sig. Zusammenhang zwischen dem medial vermittelten Schlankeitsideal und dem Auftreten von Fressanfällen. Unterschiede in der Größe des Effekts zeigen sich in der Art der medialen Vermittlung. So hat Fernsehen einen geringeren (bzw. keinen) Einfluss als das Ansehen von Zeitschriften.	Der Zusammenhang zwischen dem medial vermittelten Schlankeitsideal und dem Auftreten von Fressanfällen wird nur von einer Studie mit hohem Bias-Risiko gemessen.	Sehr niedrig
Körperunzufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grabe et al.<sup>50</sup>, Metaanalyse, Endpunkt Körperunzufriedenheit in 90 Primärstudien erfasst, Bias-Risiko: mittel</li> <li>Groesz et al.<sup>52</sup> Metaanalyse, Endpunkt Körperunzufriedenheit in 25 Primärstudien erfasst, Bias-Risiko: mittel</li> <li>Quick et al.<sup>102</sup>, RCT, n = 415, Bias-Risiko: hoch</li> <li>Theis et al.<sup>128</sup>, RCT, n = 421, Bias-Risiko: mittel</li> </ul>	Es zeigt sich in beiden Metaanalysen ein sig. Zusammenhang zwischen dem medial vermittelten Schlankeitsideal und einer größeren Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bei Frauen. Diese Ergebnisse sind nicht konsistent mit den beiden RCT, bei denen sich keine sig. (Theis et al.) bzw. gegenteilige Effekte (Senkung der Körperunzufriedenheit durch das Ansehen von dünnen Modells) zeigten. Dennoch ist unter Berücksichtigung aller Ergebnisse zu diesem Endpunkt von einem Zusammenhang zwischen dem medial vermittelten Schlankeitsideal und einer Körperunzufriedenheit bei Frauen auszugehen.	Inkonsistente Ergebnisse zwischen den einzelnen Studien, wobei die beiden großen Metaanalysen, die gemeinsam die Ergebnisse von 115 Primärstudien darstellen, konsistent sind.	Moderat

Tabelle 26: Evidenzsynthese Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren für Essstörungen) – Fortsetzung

Endpunkt	Studien, die den Endpunkt untersuchen, Studiendesign und Bias-Risiko1	Gesamteffekt (Synthese der Einzelergebnisse)	Limitationen, Anmerkungen	Stärke der Evidenz
<b>Risikofaktor: medial vermitteltes Schlankeitsideal (Fortsetzung)</b>				
Internalisierung des Schlankeitsideals	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grabe et al.<sup>50</sup>, Metaanalyse, Endpunkt Internalisierung in 23 Primärstudien erfasst, Bias-Risiko: mittel</li> <li>Fister et al.<sup>40</sup>, RCT, n = 276, Bias-Risiko: hoch</li> </ul>	Es zeigt sich in der Metanalyse ein sig. Zusammenhang zwischen dem medial vermittelten Schlankeitsideal (z. B. durch Zeitschriften) und der Internalisierung des Schlankeitsideals. Im RCT zeigt sich dieser Effekt nur für die Subgruppe von Frauen mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten von Essstörungen (aber nicht in der Gesamtstichprobe). Unter Berücksichtigung der Ergebnisse beider Studien zu diesem Endpunkt ist von einem Zusammenhang zwischen dem medial vermittelten Schlankeitsideal und der Internalisierung des Schlankeitsideals auszugehen.	Nicht ganz konsistente Ergebnisse zwischen den beiden Studien, allerdings wird der Effekt/Zusammenhang in der Metaanalyse bei 23 Studien gemessen.	Niedrig
Körperbezogener Selbstwert	<ul style="list-style-type: none"> <li>Theis et al.<sup>128</sup>, RCT, n = 421, Bias-Risiko: mittel</li> <li>Bardone-Cone et al.<sup>9</sup>, RCT, n = 235, Bias-Risiko: hoch</li> </ul>	Es zeigten sich in beiden Studien keine sig. Effekte von einem auf einer Pro-Esstörungs-Webseite vermittelten extremen Schlankeitsideal auf den körperbezogenen Selbstwert. Für die Subgruppe der Probandinnen mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten von Essstörungen zeigte sich bei Probandinnen, die sich Pro-ES-Seiten ansahen, ein sig. negativer Effekt auf den körperbezogenen Selbstwert.	Effekte zeigten sich nur in einer Subgruppe	Sehr niedrig
<b>Risikofaktor: Rollenkonflikt</b>				
Keine Evidenz.				
<b>Risikofaktor: Leistungsdruck</b>				
Keine Evidenz.				
<b>Risikofaktor: Westernization (Verwestlichung)</b>				
Keine Evidenz.				

DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage. EDNOS = Nicht näher bezeichnete Essstörung. n = Anzahl. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie; sig. = signifikant. syst. Rev. = Systematisches Review/systematische Übersichtsarbeit.

\* Bei Reviews und Metaanalysen bezieht sich das angegebene Bias-Risiko auf die methodische Qualität des Reviews (bzw. der Metaanalyse) und nicht auf die eingeschlossenen (Primär-)Studien.

Quelle: GÖG 2014.

## 6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

### 6.1 Forschungsfrage 1 (Wirksamkeit der Primärprävention gegen Essstörungen)

Zur Beantwortung der Fragestellung 1 (Wie wirksam sind primärpräventive Maßnahmen gegen Essstörungen?) wurden eine systematische Übersichtsarbeit/Metaanalyse (Stice et al.<sup>123</sup>) (mit 68 eingeschlossenen Primärstudien), eine Metaanalyse<sup>16</sup> (mit zehn eingeschlossenen Primärstudien) und elf weitere Primärstudien<sup>6, 31, 47, 81, 100, 104, 107, 116, 135, 137, 138</sup> herangezogen.

#### Beantwortung der Forschungsfrage

Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz ist der empirische Nachweis der Wirksamkeit der Primärprävention zur Vermeidung von Essstörungen gemäß DSM-IV oder ICD-10 nicht erbracht. Bezogen auf die Surrogatparameter gestörtes Essverhalten, Diäthalten, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Internalisierung des Schlankheitsideals und körperbezogener Selbstwert können jedoch positive Effekte von Primärpräventionsprogrammen belegt werden. Zusätzlich positiv ist, dass die geprüften Präventionsprogramme keine kontraproduktiven oder unerwünschten Effekte bei den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern zeigen. Nachfolgend wird die Beantwortung der Forschungsfrage 1 für die einzelnen Endpunkte dieses Berichts separat dargestellt.

**Primärer Endpunkt Essstörungen gemäß DSM-IV oder ICD-10:** Bis auf eine Ausnahme (Stice et al.<sup>116</sup>) konnte für kein Präventionsprojekt eine signifikante Reduktion zukünftiger Essstörungen gemäß DSM-IV oder ICD-10 nachgewiesen werden. Der Nachweis der Wirksamkeit der Primärprävention zur Vermeidung von Essstörungen gemäß DSM-IV oder ICD-10 ist somit nicht erbracht. Die Stärke der Evidenz für dieses Ergebnis ist hoch. Die einzige Studie, die einen signifikanten Präventionseffekt hinsichtlich der Vermeidung zukünftiger Essstörungen gemäß DSM-IV oder ICD-10 zeigt (weniger Fälle von subklinischer Bulimie, klassifiziert als nicht näher bezeichnete Essstörung gemäß DSM-IV), wurde mit einer selektiven Studienpopulation durchgeführt, da nur Mädchen, die vor Beginn des Programms Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper berichteten, in das Präventionsprogramm eingeschlossen wurden. Eine Generalisierung dieses Präventionseffekts im Sinne der Übertragung auf nicht selektierte Teilnehmergruppen im Rahmen einer universellen Primärprävention ist daher nicht zulässig.

Zu den Surrogatparametern und Risikofaktoren wurden folgende Ergebnisse festgestellt:

**Endpunkt gestörtes Essverhalten:** Für den vorliegenden Bericht wurde folgende Operationalisierung von Stice et al.<sup>116</sup> herangezogen: Gestörtes Essverhalten ist gekennzeichnet durch außerhalb der Norm liegende Werte, festgestellt in Anwendung etablierter Instrumente zur Erfassung des Essverhaltens, wobei die Kriterien für Essstörungen gemäß DSM-IV bzw. ICD-10 inklusive der nicht näher definierten Essstörungen nicht erfüllt werden. Die Studienergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen, dass Primärprävention die Häufigkeit von gestörtem Essverhalten im Nachbeobachtungszeitraum im Vergleich zu einer Population ohne Essstörungsprävention signifikant verringern kann. Der Endpunkt gestörtes Essverhalten wurde in 48 Primärstudien untersucht (davon stammen 37 Studien aus der systematischen Übersichtsarbeit von Stice et al.<sup>123</sup>). Ein signifikanter Präventionseffekt zeigte sich in 18 Primärstudien<sup>6, 11, 14, 15, 78, 81, 83, 88, 100, 107, 113, 117-119, 121, 122, 124, 135</sup>. Die Stärke der Evidenz für dieses Ergebnis ist moderat. Bei sechs Präventionsprogrammen (universelle Programme: Neumark-Sztainer et al.<sup>88</sup>, Austin et al.<sup>6</sup>, Gonzales et al.<sup>47</sup>, Warschburger et al.<sup>135</sup>; selektive Programme: Stice et al.<sup>121</sup>, Stice et al.<sup>116</sup>) wurde darüber hinaus eine signifikante Reduktion von gestörtem Essverhalten im langfristigen Nachbeobachtungszeitraum festgestellt (mehr als ein Jahr nach Ende der Präventionsintervention).

**Endpunkt Diäthalten ohne medizinischen Anlass:** Die Häufigkeit von Diäthalten ohne medizinischen Anlass kann durch Primärpräventionsprogramme im Nachbeobachtungszeitraum im Vergleich zu einer Population ohne Essstörungsprävention signifikant verringert werden. Dieser Endpunkt wurde in 45 Primärstudien untersucht (davon in 37 Studien aus der systematischen Übersichtsarbeit von Stice et al.<sup>123</sup>). Der signifikante Präventionseffekt zeigte sich in 14 Studien<sup>8, 14-16, 27, 28, 31, 67, 82, 83, 100, 113, 121, 122</sup>. Die Stärke der Evidenz für dieses Ergebnis ist moderat.

**Endpunkt Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper:** Primärpräventionsprogramme gegen Essstörungen können die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper im Nachbeobachtungszeitraum im Vergleich zu einer Population ohne Essstörungsprävention signifikant verringern. Dieser Endpunkt wurde in 34 Primärstudien untersucht (davon in 27 Studien aus der systematischen Übersichtsarbeit von Stice et al.<sup>123</sup>). Der signifikante Präventionseffekt zeigte sich in 19 Primärstudien mit diesem Endpunkt<sup>10, 14-16, 67, 78, 82, 83, 105, 116-118, 121, 122, 127, 135, 138-140</sup>. Die Stärke der Evidenz für dieses Ergebnis ist moderat.

**Endpunkt Internalisierung des Schlankheitsideals:** Primärpräventionsprogramme können die Internalisierung des Schlankheitsideals im Nachbeobachtungszeitraum im Vergleich zu einer Population ohne Essstörungsprävention signifikant reduzieren. Dieser Endpunkt wurde in 31 Primärstudien geprüft (davon in 25 Studien aus der systematischen Übersichtsarbeit von Stice et al.<sup>123</sup>). Der signifikante Präventionseffekt zeigt sich in 13 Studien<sup>15, 47, 67, 81, 89, 95, 109, 116-118, 121, 122, 135</sup>. Die Stärke der Evidenz für dieses Ergebnis ist moderat.

**Endpunkt (körperbezogener) Selbstwert:** Zu diesem Endpunkt liegen Daten aus fünf Primärstudien vor. (In der Übersichtsarbeit von Stice et al.<sup>123</sup> wird dieser Endpunkt nicht berücksichtigt.) In zwei der Studien<sup>31, 100</sup> führt das Präventionsprogramm bei Mädchen im Nachbeobachtungszeitraum im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu einer signifikanten Erhöhung des (körperbezogenen) Selbstwerts. Die Stärke der Evidenz für dieses Ergebnis wird aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse als niedrig eingestuft.

**Endpunkt kontraproduktive/unerwünschte Effekte:** In den eingeschlossenen Studien wurden keine kontraproduktiven oder unerwünschten Effekte bei den Studienteilnehmerinnen durch das Präventionsprogramm beobachtet. Die Stärke der Evidenz für dieses Ergebnis ist hoch.

**Moderatoren der Präventionseffekte/Charakteristika effektiver Präventionsprogramme:** Die synthetisierten Ergebnisse der eingeschlossenen Studien zeigen zusammengefasst signifikant stärkere Effekte für

- selektive Präventionsprogramme (z. B. nur Mädchen, Kinder mit Übergewicht, nur Teilnehmerinnen älter als 15 Jahre) gegenüber universellen Präventionsprogrammen,
- Mädchen gegenüber Jungen,
- Präventionsprogramme, die interaktiv mit den Teilnehmerinnen durchgeführt werden, gegenüber frontal präsentierten Programmen,
- Präventionsprogramme, die in mehreren Einheiten abgehalten werden, gegenüber Programmen, die in einer Einzeleinheit durchgeführt werden,
- Programme zur Akzeptanz des eigenen Körpers und Programme mit Dissonanz-Induktion hinsichtlich des Schlankheitsideals gegenüber rein psychoedukativen Programmen,
- Programme, die von Fachleuten (für die Vermittlung der Programmintervention) durchgeführt werden, gegenüber Programmen, die von Laien in diesem Bereich (z. B. Lehrerinnen) durchgeführt werden.

## Diskussion

Zur systematischen Bewertung der Wirksamkeit der Primärprävention gegen Essstörungen (Fragestellung 1) wurden ausschließlich kontrollierte Interventionsstudien (bzw. Übersichtsarbeiten zu kontrollierten Interventionsstudien) mit einem Nachbeobachtungszeitraum von mindestens drei Monaten eingeschlossen. Trotz dieser vergleichsweise anspruchsvollen Selektionskriterien ist festzustellen, dass die Mehrzahl der eingeschlossenen Studien relevante methodische Schwächen aufweist und dass damit die Zuverlässigkeit (Evidenzstärke) der berichteten Ergebnisse eingeschränkt wird. In diesem Kontext ist die bedeutsamste Limitation, dass bei rund zwei Dritteln der berücksichtigten Primärstudien Surrogatparameter (v. a. gestörtes Essverhalten, Internalisierung des Schlankheitsideals, Körperunzufriedenheit) anstelle des vorrangig relevanten (primären) Endpunkts Essstörungen (z. B. gemäß DSM-IV) untersucht wurden. Eine Beurteilung der Wirksamkeit der Präventionsprogramme ist anhand von Surrogatparametern jedoch nicht zufriedenstellend möglich. Zusätzlich ist für die meisten jener Studien, in denen Essstörungen als Endpunkt untersucht wurde, nicht sichergestellt, ob für eine methodisch adäquate Prüfung die betrachteten Stichproben groß genug und die realisierten Nachbe-

obachtungszeiträume lange genug waren. Es zeigt sich gleichzeitig hinsichtlich der geprüften Vorformen von Essstörungen (z. B. subklinische Essstörungen oder gestörtes Essverhalten) das Problem, dass diese Vorformen in der Fachliteratur nicht klar definiert sind und die Terminologie von den Studienautoren uneinheitlich verwendet wird. Die Interpretation der Studienergebnisse und der Vergleich der berichteten Präventionseffekte aus den unterschiedlichen Studien werden damit erschwert.

Die identifizierten Studien machen zudem deutlich, dass zur Primärprävention gegen Essstörungen bisher sehr unterschiedliche Programme durchgeführt wurden und dass bisher kein Programmstandard etabliert ist. Die einzelnen Präventionsprogramme unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Zielgruppe (z. B. Geschlecht, Alter, Risikostatus der Teilnehmerinnen), dem Programmsetting (z. B. Schule, Universität, nicht-schulischer Bereich), dem Programminhalt (z. B. Informationsvermittlung zu Risikofaktoren und Folgen von Essstörungen, kritische Reflexion des Schönheitsideals, Stärkung von Schutzfaktoren) sowie in Bezug auf Durchführungsaspekte (z. B. Dauer und Häufigkeit der Programmeinheiten, Abhalten durch Lehrerinnen oder durch Fachexpertinnen, Online-Programme). Für einige Programmaspekte konnten zwar stärkere Präventionseffekte beobachtet werden (z. B. für selektive Teilnehmergruppen, für Programme nur mit Mädchen oder für Programme, die Methoden zur Dissonanz-Induktion einsetzen). In der Zusammenschau sind die Ergebnisse zu den wirksamen Programmaspekten aber nicht eindeutig genug und die Ziele der einzelnen Präventionsprogramme unterschiedlich, um einen Standard für Essstörungspräventionsprogramme ableiten zu können.

Obwohl der gesicherte empirische Nachweis dafür, dass Primärprävention das Auftreten zukünftiger Essstörungen gemäß DSM-IV tatsächlich vermeiden kann, noch aussteht, sind – trotz oben genannter Limitation – die positiven Präventionseffekte auf Vorformen von Essstörungen (z. B. weniger gestörtes Essverhalten) sowie die nachgewiesene Verringerung von Risikofaktoren als vielversprechende Ergebnisse zu interpretieren.

### **Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland**

Die oben dargestellten Ergebnisse zur Wirksamkeit von Präventionsprogrammen gegen Essstörungen sind auf Deutschland übertragbar. Darüber hinaus wurden vier Primärstudien aus Deutschland<sup>31, 107, 135, 137</sup> zur Beantwortung dieser Fragestellung herangezogen.

### **Weiterer Forschungsbedarf**

- 1) Zur Beurteilung der Wirksamkeit der Essstörungsprävention sind in Zukunft weitere Studien mit ausreichend großen Stichproben und einem langfristigen Nachbeobachtungszeitraum erforderlich, in denen nicht nur Surrogatparameter (wie Vorformen von Essstörung oder Risikofaktoren) herangezogen werden, sondern in denen die Präventionseffekte in Bezug auf die Vermeidung von Essstörungen gemäß DSM-IV geprüft werden. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, in künftigen Studien stärker die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen unter Alltagsbedingungen (real world efficacy) zu evaluieren.
- 2) Um die Effekte von Präventionsprogrammen auf Vorformen von Essstörungen (z. B. subklinische Essstörungen, gestörtes Essverhalten) besser miteinander vergleichen zu können, sind für diese Vorformen eindeutige Kriterien zu definieren.
- 3) Die Bedingungen, die von normalem zu gestörtem Essverhalten über subklinische Essstörungen bis hin zu den Vollbildern von Essstörungen führen, sind noch nicht geklärt. Für das Verständnis der Präventionsmöglichkeiten sind empirische Erkenntnisse hierzu jedoch sehr relevant. So ist z. B. weiterer Forschungsbedarf gegeben, um zu klären, welche Faktoren dafür verantwortlich sind, dass viele Mädchen und junge Frauen, die ein gestörtes Essverhalten zeigen (z. B. Diät halten ohne medizinischen Anlass, Anwendung von Abführmitteln), keine manifeste Essstörung entwickeln, während andere tatsächlich erkranken.
- 4) Obwohl nach Ansicht zahlreicher Studienautoren die Stärkung von Schutzfaktoren ein besonders bedeutsames Präventionspotenzial im Essstörungskontext birgt, ist die Erforschung von Schutzfaktoren – auch im Vergleich zur Risikofaktorforschung – bisher noch deutlich unterentwickelt.
- 5) In der überwiegenden Mehrzahl der bisher durchgeführten Wirksamkeitsstudien wurden selbstberichtete Fragebogenergebnisse als Studienendpunkte herangezogen. Wie in einzelnen Studien jedoch bereits gezeigt wurde, ist eine verblindete Erfassung von Studienendpunkten durchführbar (z. B. Stice et al.<sup>116</sup>). Weitere Forschung erscheint sinnvoll, um eine valide und durchführbare Erhebung von Präventionseffekten im Rahmen von Wirksamkeitsstudien sicherzustellen.

## 6.2 Forschungsfrage 2 (ökonomische Forschungsfrage)

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 „Wie effizient sind primärpräventive Maßnahmen gegen Essstörungen?“ liegt eine ökonomische Modellrechnung<sup>132</sup> vor.

### Beantwortung der Forschungsfrage

Für primärpräventive Maßnahmen gegen Essstörungen ist aufgrund der vorliegenden Evidenz von einer mittleren bis hohen Kosteneffektivität in Bezug auf die Bulimieprävention auszugehen, allerdings unter der empirisch nicht bewiesenen Prämisse, dass die in der vorliegenden Studie untersuchte Intervention „Planet Health“ tatsächlich zu einer Reduktion von Bulimiefällen führt. Die Stärke der Evidenz ist als niedrig einzustufen. Das in den Schulunterricht integrierte zweijährige Programm Planet Health zeigt für die USA im Basisfallszenario mittelfristig (rund 15 Jahre) eine für die Kostenträger im Gesundheitswesen kostensparende Wirkung, wenn die Effekte der Adipositasprävention und die modellierten Effekte der Bulimieprävention zusammengezählt werden (währungskonvertiert auf deutsche Kaufkraft und inflationsbereinigt auf 2013 entsprechend Kosteneinsparungen von etwa 12.100 Euro bei fünf Interventionsschulen bzw. rund 2.500 Euro pro gewonnenes QALY)<sup>132</sup>.

Aussagen zur Kosteneffektivität anderer Präventionsprojekte bzw. zur Prävention von Anorexie können nicht getroffen werden. Hier fehlt in einem ersten Schritt der Nachweis der Wirksamkeit (vgl. Kapitel 6.1).

### Diskussion

Die Beurteilung der Kosteneffektivität einer Maßnahme ist nur sinnvoll, wenn die Effektivität der zu beurteilenden Maßnahme erwiesen ist. Dieser Nachweis fehlt. Lediglich eine US-amerikanische Modellrechnung<sup>132</sup> wurde im vorliegenden HTA-Bericht identifiziert, die den Selektionskriterien zur Beantwortung der Fragestellung 2 entspricht. Diese versucht entsprechend der mangelnden Datenlage eine Hochrechnung der durch die Intervention verhinderten Bulimiefälle, was zu einem erheblichen Bias-Risiko führt. Anzumerken ist allerdings, dass die Werte für die Kosten-Nutzwert-Verhältnisse auch in der (multivariaten) Sensitivitätsanalyse in einem insgesamt niedrigen Bereich liegen: Für das obere Ende der Bandbreite ergeben sich zwar keine Kosteneinsparungen mehr, jedoch ein immer noch sehr gutes Kosten-Nutzwert-Verhältnis von etwa 4.300 Euro pro gewonnenes QALY (wiederum währungskonvertiert auf deutsche Kaufkraft und inflationsbereinigt auf 2013). Die genannten Ergebnisse gelten allerdings für den kombinierten Effekt der Adipositas- und Essstörungsprävention (siehe oben). Berechnet man aus den in der Studie angegebenen Daten das lediglich aus der Essstörungsprävention entstehende Kosten-Nutzwert-Verhältnis, so erhält man einen Wert von knapp 15.300 Euro. Setzt man für die Behandlungskosten und QALY die oberen und unteren Werte aus der Sensitivitätsanalyse ein, ergibt sich hier eine Bandbreite von etwa –7.800 bis 122.200 Euro pro gewonnenes QALY. Eine Addierung der Effekte ist aus Sicht der Autoren des vorliegenden Berichts jedoch durchaus legitim, allerdings hätte dies klarer ausgewiesen werden müssen.

### Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland

Die Ergebnisse sind nicht ohne Weiteres auf Deutschland übertragbar, da aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme Abweichungen bei den Kosten, insbesondere den Behandlungskosten, zu erwarten sind. Vergleichbare Werte zu den Langzeit-Behandlungskosten pro Bulimiepatientin für Deutschland liegen nicht vor (vgl. Kapitel 2.6.2).

### Weiterer Forschungsbedarf

Aktuell werden in Deutschland verschiedenste Projekte im Bereich der Prävention von Essstörungen durchgeführt, häufig verschränkt mit Projekten zur Sucht-, Gewalt- und/oder Adipositasprävention. Die hier untersuchte Intervention Planet Health bzw. eine vergleichbare Intervention wird nach Wissensstand der Autorinnen des vorliegenden Berichts in Deutschland nicht eingesetzt. Aufgrund der Heterogenität der Maßnahmen sind Ergebnisse zur Wirksamkeit bzw. zu den Interventionskosten jedoch schwer zu generalisieren. Wünschenswert wäre daher, zumindest für ausgewählte (bereits laufende/etablierte) Präventionsprojekte sowohl eine Evaluation der Wirksamkeit in Bezug auf die Vermei-

dung von zukünftigen Essstörungen vorzusehen als auch eine umfassende Dokumentation der entstehenden Projektkosten, und zwar für alle beteiligten Kostenträger. Dies würde erlauben, der mangelnden Generalisierbarkeit zu begegnen, und die Kostenwirksamkeit bereits bestehender Projekte einzuschätzen.

### **6.3 Forschungsfrage 3 (Risikofaktoren für Essstörungen)**

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 3 „Welche soziokulturellen Risikofaktoren sind für die Entstehung von Essstörungen bedeutsam?“ liegen zwei systematische Übersichtsarbeiten<sup>50, 52</sup>, vier RCT<sup>9, 40, 102, 128</sup> und zwei Beobachtungsstudien (Korrelationsstudien)<sup>80, 91</sup> vor.

#### **Beantwortung der Forschungsfrage**

Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz ist davon auszugehen, dass das medial vermittelte Schlankeitsideal einen Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen darstellt. Sowohl bezogen auf den primären Endpunkt Essstörungen inkl. EDNOS als auch bezogen auf die Surrogatparameter gestörtes Essverhalten, Fressanfälle, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Internalisierung des Schlankeitsideals, körperbezogener Selbstwert untermauert die vorhandene Evidenz diese Aussage.

Sämtliche in diesem Bericht bewerteten Studien beschäftigen sich mit dem soziokulturellen Risikofaktor „medial vermitteltes Schlankeitsideal“. Zu anderen potenziellen soziokulturellen Risikofaktoren (Rollenkonflikt, Leistungsdruck, Westernization) liegt nach Kenntnis der Autorinnen des vorliegenden Berichts derzeit keine Evidenz vor. Ob sie einen Einfluss auf die Entwicklung einer Essstörung haben, kann daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden.

#### **Diskussion**

Diese Aussagen zur Beantwortung der Forschungsfrage sind mit Unsicherheiten behaftet, da alle eingeschlossenen Studien ein mittleres oder hohes Bias-Risiko aufweisen. Limitierend in Bezug auf die Zuverlässigkeit der Ergebnisse ist insbesondere Folgendes anzumerken: Die eingeschlossenen Interventionsstudien bzw. RCT untersuchen nur Surrogatparameter wie Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Internalisierung des Schlankeitsideals und körperbezogener Selbstwert, darüber hinaus werden die Effekte auf diese Endpunkte nur sehr kurzfristig gemessen (in der Regel direkt nach der Intervention). Das heißt, die mittel- und längerfristigen Auswirkungen des medial vermittelten Schlankeitsideals auf die untersuchten Endpunkte können nicht bewertet werden. Bei den eingeschlossenen Beobachtungsstudien (Korrelationsstudien) ist die wesentliche Limitation, dass aufgrund des Studiendesigns zwischen Ursache und Wirkung nicht unterschieden werden kann. Es kann also nicht belegt werden, ob das medial vermittelte Schlankeitsideal ursächlich zur Entwicklung von Essstörungen bei Frauen führt oder ob Frauen mit Essstörungen häufiger Medien (in denen das Schlankeitsideal verbreitet wird) konsumieren oder ob andere Faktoren beides auslösen. In die beiden eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten sind zwar vergleichsweise viele Primärstudien einbezogen. Diese Primärstudien weisen jedoch ebenfalls die oben beschriebenen Limitationen auf.

#### **Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland**

Die berichteten Ergebnisse sind auf Deutschland übertragbar.

#### **Weiterer Forschungsbedarf**

Da sich alle vorliegenden Studien ausschließlich mit dem soziokulturellen Risikofaktor „medial vermitteltes Schlankeitsideal“ beschäftigen, besteht insbesondere Forschungsbedarf dazu, ob andere (wie in Kapitel 2.4.1.1 beschrieben) potenzielle soziokulturelle Risikofaktoren einen Einfluss auf die Entwicklung von Essstörungen haben.

Alle vorliegenden Studien zum medial vermittelten Schlankeitsideal weisen qualitative Mängel auf, wodurch die Aussagen nur begrenzt zuverlässig sind. Um hier valide Aussagen treffen zu können, sind qualitativ hochwertige Studien erforderlich, z. B. kontrollierte Interventionsstudien, die den Interventionseffekt über einen längeren Zeitraum (Follow-up) messen.

## 7 Schlussfolgerung/Empfehlung

Der vorliegende HTA-Bericht macht deutlich, dass bisher sehr unterschiedliche Programme zur Primärprävention gegen Essstörungen durchgeführt worden sind und dass sich bisher kein Programmstandard etabliert hat. Die einzelnen Präventionsprogramme unterscheiden sich vor allem hinsichtlich Zielgruppe, Programmsetting und -inhalt sowie in Bezug auf Durchführungsaspekte. Bezogen auf die drei Fragestellungen des vorliegenden Berichts, ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

Fragestellung 1 (Wirksamkeit der Primärprävention gegen Essstörungen):

- Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz kann die Wirksamkeit der Primärprävention zur Vermeidung von Essstörungen gemäß DSM-IV oder ICD-10 nicht ausreichend nachgewiesen werden. Nur eine kontrollierte Einzelstudie mit Mädchen, die Unzufriedenheit mit ihrem Körper berichteten (selektive Präventionsmaßnahme), konnte zeigen, dass drei Jahre nach dem Präventionsprogramm signifikant weniger sogenannte subklinische Bulimiefälle auftraten (klassifiziert als nicht näher bezeichnete Essstörung gemäß DSM-IV).
- Positive Präventionseffekte zeigen sich jedoch in Bezug auf Vorformen von Essstörungen, einzelne Essstörungssymptome und Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen. So kann die Häufigkeit von gestörtem Essverhalten, das sich mittels etablierter Erhebungsinstrumente gegenüber normalem Essverhalten abgrenzen lässt, aber die Kriterien einer Essstörung gemäß DSM-IV nicht erfüllt, reduziert werden. Ebenso kann das zukünftige Auftreten von Diätverhalten ohne medizinischen Anlass, die Häufigkeit von problematischen Maßnahmen zur Gewichtskontrolle (v. a. selbstherbeigeführtes Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln oder Appetitzüglern und exzessive sportliche Betätigung) sowie die Internalisierung des Schlankheitsideals und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper durch Primärpräventionsprogramme verringert werden.
- Ein wichtiges Ergebnis ist zudem, dass für die bewerteten Präventionsprogramme keine unerwünschten oder kontraproduktiven Effekte bei den Programmteilnehmerinnen festgestellt wurden.
- Die bewertete Evidenz zeigt vergleichsweise stärkere Präventionseffekte vor allem für Programme mit selektiven Teilnehmergruppen gegenüber universellen Programmen, für Programme, die nur mit Mädchen durchgeführt werden, und für Programme, mit denen eine kognitive Dissonanz hinsichtlich des gesellschaftlich vorherrschenden Schlankheitsideals bei den Teilnehmerinnen hergestellt wird. Insgesamt sind diese Ergebnisse aber noch nicht eindeutig genug und die konkreten Ziele der einzelnen Präventionsprogramme zu unterschiedlich, um einen empirisch gesicherten Standard für Essstörungspräventionsprogramme abzuleiten.

Fragestellung 2 (ökonomische Bewertung):

- Aufgrund der mangelnden empirischen Datenlage zur Wirksamkeit der Primärprävention von Essstörungen sind verlässliche Aussagen zur Kosteneffektivität nicht möglich. Auf Basis der wenigen vorliegenden Evidenz ist jedoch weiterhin von einem relevanten Kostenpotenzial auszugehen, sollten sich die Maßnahmen in zukünftigen Untersuchungen als wirksam in Bezug auf die Vermeidung von Essstörungen zeigen.

Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren):

- Das medial vermittelte Schlankheitsideal stellt auf Grundlage der vorliegenden Evidenz einen soziokulturellen Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen dar. Die Frage, ob andere potenzielle soziokulturelle Risikofaktoren (Rollenkonflikt, Leistungsdruck, Westernization) einen Einfluss auf die Entwicklung von Essstörungen haben, kann aufgrund mangelnder Evidenz nicht beantwortet werden.

Zusammengefasst ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Grundsätzlich sollten zur Beurteilung der Wirksamkeit der Essstörungsprävention weitere methodisch hochwertige Studien mit ausreichend großen Stichproben und einem langfristigen Nachbeobachtungszeitraum durchgeführt werden. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, in künftigen Studien verstärkt die Wirksamkeit bereits bestehender Präventionsprogramme unter Alltagsbedingungen zu evaluieren.

- Wünschenswert wäre zumindest für ausgewählte Präventionsprojekte in Deutschland zusätzlich zur Wirkungsevaluierung auch eine umfassende Dokumentation der entstehenden Projektkosten, und zwar für alle beteiligten Kostenträger. Dies würde erlauben, die Kostenwirksamkeit bereits bestehender Projekte einzuschätzen.
- Für das Verständnis der Präventionsmöglichkeiten gegen Essstörungen sind empirische Erkenntnisse zu den Bedingungen, die von normalem zu gestörtem Essverhalten bis hin zu den Vollbildern von Essstörungen führen, sehr relevant. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind diese Bedingungen noch nicht geklärt. Hierzu sollte weitere Forschung betrieben werden, um z. B. besser zu verstehen, welche Faktoren dafür verantwortlich sind, dass ein Teil der Mädchen und jungen Frauen, die ein gestörtes Essverhalten zeigen, keine manifeste Essstörung entwickeln, während andere tatsächlich erkranken.
- Obwohl nach Ansicht zahlreicher Studienautoren die Stärkung von Schutzfaktoren ein besonders bedeutsames Präventionspotenzial im Essstörungskontext darstellt, ist die Erforschung von Schutzfaktoren – auch im Vergleich zur Risikofaktorforschung – bisher noch deutlich unterentwickelt. Hierzu ist ebenfalls ein klarer Forschungsbedarf gegeben.

## 8 Anhang

### 8.1 Schlagworte Literatursuche

Für die systematische Literatursuche zu Primärprävention von Essstörungen wurden folgende zwei Schlagwortblöcke UND-verknüpft:

Block 1: Primärprävention/Universelle Prävention/Selektive Prävention/Indizierte Prävention

Block 2: Essstörung/Anorexie/Bulimie/Binge Eating Disorder

Für die systematische Literatursuche zu soziokulturellen Risikofaktoren für Essstörungen wurden folgende zwei Schlagwortblöcke UND-verknüpft:

Block 1: Essstörung/Anorexie/Bulimie/Binge Eating Disorder

Block 2: Soziokulturelle Risikofaktoren/media exposure/westernization/culture bound syndrome/environment interaction/social transition/culture transition/thin internalization/thin model/gender identity/modernization/role clash/status stress

### 8.2 Datenbanken

Folgende Datenbanken wurden mit der in 8.3 Suchstrategie abgefragt:

CC00	CCMED © ZBMED
CDSR93	Cochrane Database of Systematic Reviews © The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
DAHTA	DAHTA-Datenbank © Bundesministerium für Gesundheit
AR96	Deutsches Ärzteblatt © DAEB
GA03	gms © gms
GM03	gms Meetings © gms
HN69	HECLINET © IFG 2002
HG05	Hogrefe-Verlagsdatenbank und Volltexte ©Hogrefe-Verlagsgruppe
KR03	Karger-Verlagsdatenbank © Karger-Verlag
KP05	Krause & Pachernegg Verlagsdatenbank © KuP
MK77	MEDIKAT © ZB MED
CDAR94	Database of Abstracts of Reviews of Effects © 2012 Univ of York. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
INAHTA	Health Technology Assessment Database © 2012 Univ of York. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
SM78	SOMED © LOEGD 2002
TVPP	Thieme-Verlagsdatenbank PrePrint © Thieme-Verlag
TV01	Thieme-Verlagsdatenbank © Thieme-Verlag
CCTR93	Cochrane Central Register of Controlled Trials © The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
ED93	ETHMED © IDEM 2012
ME60	MEDLINE © NLM
NHSEED	NHS Economic Evaluation Database © 2012 Univ of York. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
CV72	CAB Abstracts © CAB
CB85	AMED © THE BRITISH LIBRARY 2012
AZ72	GLOBAL Health © CAB
IA70	IPA © Thomson Reuters
EM47	EMBASE © 2012 Elsevier B. V.
BA26	BIOSIS Previews © Thomson Reuters
DH64	Derwent Drug Backfile © Thomson Reuters
EA08	EMBASE Alert © 2012 Elsevier B. V.
DD83	Derwent Drug File © Thomson Reuters
II78	ISTPB + ISTEP/ISSHP © Thomson Reuters
IS74	SciSearch © Thomson Reuters
IN73	Social SciSearch © Thomson Reuters
PI67	PsycINFO © AM. PSYCH. ASSN. 2010
PY81	PSYINDEX © ZPID 2004

## 8.3 Suchstrategie

Die erste Datenbankabfrage erfolgte am 27. Juli 2012.

**Tabelle 27: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 27.07.2012**

S-No	Hits	Search Expression
1	–	CC00; CDSR93; DAHTA; AR96; GA03; GM03; HN69; HG05; KR03; KP05; MK77; CDAR94; INAHTA; SM78; TVPP; TV01; CCTR93; ED93; ME60; NHSEED; CV72; CB85; AZ72; IA70; EM47; BA26; DH64; EA08; DD83; II78; IS74; IN73; PI67; PY81
116	817720	CT D ECONOMICS
117	459431	CTG D ÖKONOMIE
118	459415	CTG D OEKONOMIE
119	165799	CT D SOCIOECONOMICS
120	88004	CT D MODELS, ECONOMIC
121	968083	CT D ECONOMIC ASPECT
122	537626	CT D ECONOMICS, MEDICAL
123	525576	CT D HEALTH ECONOMICS
124	1075862	CT D COST?
125	211626	CTG D KOSTEN?
126	1055554	CT D EFFICIENCY?
127	246768	CT D COST ANALYSIS
128	3187616	(ECONOMI? OR O#KONOMI? OR ÖKONOMI? OR OEKONOMI?)
129	2868	GESUNDHEITSOEKONOMIE OR GESUNDHEITSO#KONOMIE
130	1899113	EFFICIENC?
131	33649	EFFIZIENZ
132	58257	ECONOMIC EVALUATION?
133	18196	HEALTH CARE FINANCING?
134	274179	(COST? ? BENEFIT? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
135	33069	(COST? ? UTILIT? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
136	243148	(COST? ? EFFECTIVENESS? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
137	89423	(COST? ? EVALUATION? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
138	58649	(COST? ? EFFICIENC? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
139	219736	(COST? ? CONTROL? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
140	9462	(COST? ? MINIMI%ATION? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
141	39972	(COST? ? ILLNESS? AND (STUD? OR TRIAL? OR RATIO? OR ANALY?))
142	336156	(COST? ? ANALY? AND (STUD? OR TRIAL?))
143	59901	(KOSTEN? ? NUTZEN? AND (STUDIE? OR ANALY?))
144	118	(KOSTEN? ? NUTZWERT? AND (STUDIE? OR ANALY?))
145	864	(KOSTEN? ? WIRKSAMKEIT? AND (STUDIE? OR ANALY?))
146	917	(KOSTEN? ? EFFEKTIVIT? AND (STUDIE? OR ANALY?))
147	3051	(KOSTEN? ? EFFIZIENZ? AND (STUDIE? OR ANALY?))
148	20368	(KOSTEN? ? ANALYSE?) AND STUDIE?
149	6761848	116 TO 148
150	11902	CT=PHARMACOECONOMICS
151	78834	(PHARMACOECONOMIC? OR PHARMAKOO#KONOMI? OR PHARMAKOOÖKONOMI? OR PHARMAKOOEKONOMI?)
152	80454	150 TO 151
153	6767270	149 OR 152
154	354059	CT D ETHICS
155	80901	CT D MORAL#
156	82623	CT D INFORMED CONSENT
157	49643	CT=MORALITY
158	17759	CT=SOCIAL JUSTICE
159	163653	ACCESSIBILITY
160	276	HEALTH CARE ACCESSIBILITY

Tabelle 27: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 27.07.2012 – Fortsetzung

S-No	Hits	Search Expression
161	35813	HEALTH CARE ACCESS
162	157366	CT=HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY
163	30871	CT=HEALTH CARE ACCESS
164	48938	CT=ETHICAL ASPECT#
165	9285	ETHICAL ASPECT?
166	12189	CT=FREEDOM
167	12207	CT=ALTRUISM
168	34451	CT=HUMAN RIGHT#
169	64967	HUMAN RIGHT#
170	12823	MENSCHENRECHT OR MENSCHENRECHTE
171	634052	ETHIC?
172	46418	BIOETHI?
173	23167	PATIENT# RIGHT#
174	459586	CONSUMER?
175	116585	JUSTICE
176	17915	CT=JUSTICE
177	521810	LEGISLATION?
178	67239	CT=JURISPRUDEN?
179	261714	JURISPRUDEN?
180	295077	GESETZ?
181	11625	GERECHTIGKEIT?
182	361463	(CT=ETHIC? OR CTG=ETHIK)
183	186813	MORAL?
184	128163	(AUTONOMY OR AUTONOMIE)
185	9036	BENEFICENC?
186	131989	ETHIK?
187	19050	ETHISCH##
188	1240	ETHISCH## ASPEKT#
189	13540	MENSCHENRECHT?
190	5730	CT=JURISDICTION
191	34054	JURISDI%TION?
192	231344	RECHTSPRECHUNG?
193	940777	LAW#
194	322143	RECHT?
195	26021	LAW ENFORCEMENT#
196	75	SCHADEN#VERMEIDUNG?
197	30	NON-MALEFICIENC?
198	218	VERH##LTNISM####IGKEIT?
199	1340	PRIMUM-NON-NOCERE
200	117840	LEBENSQUALIT##T?
201	770187	QUALITY-OF-LIFE?
202	590	AUTONOM
203	3937051	154 TO 202
204	35794	CT=PRIMARY PREVENTION
205	15381	CTG=PRIMÄRE PRÄVENTION
206	84021	FT=PRIMARY PREVENTION
207	4731	FT=PRIM##RPR##VENTION
208	13584	FT=PRIM##RE PR##VENTION?
209	0	FT=PRIM##RE PR##VENTIONSMA##NAHME
210	0	FT=PRIMÄRE PRÄVENTIONSMASSNAHME
211	82461	(PREVENT? OR PRE#EMPTIVE) # MEASURE?
212	83191	(PREVENT? OR PRE#EMPTIVE) # PROGRAM?

Tabelle 27: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 27.07.2012 – Fortsetzung

S-No	Hits	Search Expression
213	2	FT=PRIM##RVORSORGE
214	2	FT=PRIMÄRVORSORGE
215	2	FT=PRIM##RE VORSORGE
216	0	FT=PRIMÄRE VORSORGE
217	52531	FT=EARLY INTERVENTION
218	2850	FT=EARLY PREVENTION
219	0	FT=FR##HE VORSORGE
220	0	FT=FRÜHE VORSORGE
221	27287	(PREVENT? OR PRE#EMPTIVE) # INTERVENTION
222	9344	FT=HEALTH EDUCATION PROGRAM?
223	330031	204 TO 222
224	711	FT=ESSSTÖRUNG
225	822	FT=ESSST##RUNG
226	8	FT=ESSGESTÖRT
227	9	FT=ESSGEST##RT
228	104948	FT=EATING DISORDER#
229	13461	FT=APPETITE DISORDER#
230	73664	FT=ANOREXIA NERVOSA
231	73669	FT=ANOREXIA NERVOSA#
232	1161	FT=MAGERSUCHT
233	33395	FT=BULIMIA NERVOSA
234	42536	CT=ANOREXIA NERVOSA
235	19346	CTG=ANOREXIA NERVOSA
236	12960	CT=BULIMIA NERVOSA
237	1254	CTG=BULIMIA NERVOSA
238	24	FT=BRECHSUCHT
239	20	FT=ESS-BRECH-SUCHT
240	20	FT=ESS BRECH SUCHT
241	397	FT=BINGE-EATING-STÖRUNG
242	11238	FT=BINGE EATING, DISORDER#
243	22403	FT=BINGE EATING
244	26	FT=ESSANFALL
245	8388	FT=OVEREATING
246	34	FT=ESSATTACKE#
247	0	FT=BINGEING ATTACK#
248	42	FT=EATING ATTACK#
249	69	FT=ESSSUCHT
250	400	FT=GLUTTONY
251	27	FT=FRESSSUCHT
252	2235	FT=HYPERPHAGIE
253	19833	FT=HYPERPHAGIA
254	1133	FT=ESSVERHALTEN
255	24570	FT=EATING BEHAVIO#R
256	167457	FT=FEEDING BEHAVIO#R
257	4899	FT=FEEDING PATTERN
258	2355	FT=EATING PATTERN
259	1235	FT=EATING ATTITUDE
260	111	FT=RISKY EATING
261	3	FT=RISKY DIETING
262	96	FT=FEMALE ATHLETE TRIAD SYNDROME
263	11292	FT=PICA
264	37	FT=K##RPERBILDST##RUNG

**Tabelle 27: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 27.07.2012 – Fortsetzung**

S-No	Hits	Search Expression
265	4303	BODY # (IMAGE OR CONCEPT) # (DISORDER# OR DISTORTION# OR DISTURBANCE#)
266	170	SELF ESTEEM # (DISORDER# OR DISTORTION# OR DISTURBANCE#)
267	370628	224 TO 266
268	330031	223
269	370628	267
270	6767270	153
271	3937051	203
272	63239747	115
273	121146078	LA=DEUTSCH OR LA=GERMAN OR LA=ENGLISH OR LA=ENGLISCH
274	3754	268 AND 269 AND 273
275	3754	274
276	1892	check duplicates: unique in s=275
277	456	274 AND 270
278	367	check duplicates: unique in s=277
279	228	274 AND 271
280	137	check duplicates: unique in s=279

Die ergänzende Datenbankabfrage erfolgte am 31. Mai 2013. (Die Inhalte der Schritte 2 bis 158 sind mit den Schritten 116 bis 276 aus der ersten Suche identisch.)

**Tabelle 28: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 31.05.2013**

S-No	Hits	Search Expression
1	126224163	ZT00; CC00; CDSR93; DAHTA; AR96; GA03; GM03; MK77; CDAR94; INAHTA; CCTR93; ED93; ME60; NHSEED; CV72; CB85; AZ72; IA70; EM47; BA26; DH64; EA08; DD83; II78; IS74
159	3945	S=158 AND PY<=2011
160	2063	check duplicates: unique in s=159
163	1018	FT=UNIVERSAL # PREVENTION
164	609	FT=SELECTIVE # PREVENTION
165	1241	FT=INDICATED # PREVENTION
166	80	FT=UNIVERSEL? # PR##VENTION?
168	41	FT=SELEKT? # PR##VENTION?
169	100	FT=INDI#IERT? # PR##VENTION?
170	2748	163 OR 164 OR 165 OR 166 OR 168 OR 169
171	392172	154 OR CT=EATING DISORDERS
172	351467	S=110 OR S=170
173	4519	S=171 AND S=172
174	2366	check duplicates: unique in s=173
175	304	S=174 NOT S=160
176	289	S=175 AND LA=(GERMAN OR ENGL)

Die Datenbankabfrage für die Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren) erfolgte am 12. Dezember 2013.

**Tabelle 29: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 12.12.2013**

S-No	Hits	Search Expression
2	41022	CT=EATING DISORDERS
3	73528	CT=ANOREXIA
4	35994	CT=ANOREXIA NERVOSA
5	23719	CT=BULIMIA

Tabelle 29: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 12.12.2013 – Fortsetzung

S-No	Hits	Search Expression
6	19567	CT=BULIMIA NERVOSA
7	4186	CT=BINGE-EATING DISORDER
8	27454	FT=EATING DISORDER#/TI
9	42769	FT=ANOREX###/TI
10	15740	FT=BULIMI#/TI
11	6402	FT=BINGE EATING/TI
12	179011	2 TO 11
13	1318999	CT=RISK FACTOR#
14	358863	FT=RISK FACTOR#/TI
15	8181	FT=RISIKOFAKTOR###/TI
17	191927	FT=DETERMINANT###/TI
18	529895	CTG=RISIKOFAKTOREN
19	170559	FT=UNDERSTAND?/TI
21	1871665	13 TO 19
22	2267	FT=SOCIO CULTURAL?/TI
23	3660	FT=SOCIOCULTURAL?/TI
24	151	FT=SOZIOKULTURELL?/TI
25	60941	CT=CULTURAL CHARACTERISTICS
26	10	CT=SOCIO-CULTURAL?
27	15353	CT=SOCIALIZATION
28	70729	CT=SOCIAL CONFORMITY
29	86860	CT= SOCIAL VALUES
30	79478	CT=SOCIAL PERCEPTION
31	66862	CT=SOCIAL IDENTIFICATION
32	63159	CT=SOCIAL ENVIRONMENT
33	25365	CT=SOCIAL CONTROL
34	13105	CTG=KULTURELLE CHARAKTERISTIKA
35	7206	CTG=SOZIALE PROBLEME
36	17754	CTG=SOZIALE WERTE
37	36336	CTG=SOZIALES UMFELD
38	11024	CTG=SOZIALKONTROLLE
39	124030	CTG=GESELLSCHAFT?
41	53291	CT=ACCULTURATION
42	2	CT=MEDIA EXPOSURE
43	29057	CT=MASS MEDIA
45	2667	CT=SOCIAL MEDIA
46	201035	CT=IDEAL BODY WEIGHT
47	31369	CT=SOCIAL CHANGE
48	27595	CT=SOCIAL MOBILITY
49	57346	CT=SOCIAL CLASS
50	0	CT=CULTURE TRANSITION
51	6	CT=CULTURE-BOUND SYNDROME
52	0	CT=WESTERIZATION
53	19320	CT=MODERNIZATION
54	27015	CT=GENDER IDENTITY
55	4	CT=THIN? MEDIA?
56	14	CT=THIN? IMAGE?
57	58	CT=THIN? MODEL?
58	7	CT=THIN? IDEAL?
59	6	CT=THIN? INTERNALIZATION?
60	3	CT=MEDIA? EXPOSURE?
61	353	FT=(COMPLEX? # SOCIET?)/TI OR (TRADITIONAL# # SOCIET?)/TI

Tabelle 29: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 12.12.2013 – Fortsetzung

S-No	Hits	Search Expression
62	1117	FT=THIN # (MEDIA OR IMAGE OR MODEL OR IDEAL)/TI
63	40	FT=(THIN # # INTERNALIZATION)/TI
64	335	FT=(MEDIA EXPOSURE)/TI
65	1	FT=MEDIENEXPOSITION/TI
66	260	FT=WESTERNIZATION/TI
67	5339	FT=MODERNIZATION/TI
68	232	FT=WESTERN CULTURE?/TI
69	4486	FT=ACCULTURATION/TI
70	2	FT=KULTURELLE ANPASSUNG?/TI
71	3	FT=(APPEARANCE-RELATED # (PRESSURE? OR COMPARISON))/TI
72	125	FT=CULTURE-BOUND SYNDROME/TI
73	83	FT=CULTUR? TRANSITION/TI
74	28	FT=KULTURWANDEL/TI
75	17	FT=WERTORIENTIERUNG/TI
76	105	FT=SOCIAL # TRANSITION/TI
77	48	FT=SOZIALER WANDEL/TI
78	33	FT=TRANSNATIONAL# MIGRATION/TI
79	0	FT=ROLE CLASH?/TI
80	1926	FT=ROLE MODEL?/TI
81	3708	FT=(SOCIAL # # ROLE?)/TI OR (GENDER # # ROLE?)/TI
82	92	FT=UPWARD MOBILITY/TI
83	0	FT=GESELLSCHAFT? AUFSTIEG/TI
84	72	FT=SOCIETAL CHANGE/TI
85	52	FT=GESELLSCHAFT? WANDEL/TI
86	0	FT=STATUSSTRESS/TI
87	53	FT=STATUS STRESS/TI
88	50196	FT=(CONVENTION# OR MORAL# OR CUSTOM# OR FASHION#)/TI
90	36	FT=(FEMINIST # # IDEAL)/TI OR (FEMINIST # # MODEL)/TI
91	0	FT=WEIBLICHE# ROLLENBILD?/TI
92	82	FT=EMANZIPATION#/TI
93	111150	CT=ENVIRONMENTAL FACTOR#
94	2	CT=ENVIRONMENTAL PRESSURE#
95	6648	CT=GENE-ENVIRONMENT INTERACTION#
96	2	CT=ENVIRONMENT INTERACTION
97	31858	FT=ENVIRONMENTAL FACTOR?/TI
98	30823	FT=(ENVIRONMENTAL OR SOCIAL) AND PRESSURE?/TI
99	4803	FT=GENE-ENVIRONMENT INTERACTION?/TI
100	12235	FT=ENVIRONMENT INTERACTION?/TI
101	61155	FT=(SOCIOCULTURAL# # PRESSURE?)/TI OR CTG=SOZIALE BEDINGUNGEN OR CT=SOCIAL CONDITIONS
102	1095051	22 TO 101
103	8953	FT=(SOCIAL # # FACTOR#)/TI
104	3099	FT=SOCIAL DETERMINANT#/TI
107	549	FT=SOCIOCULTURAL? # FACTOR#/TI
108	2258	FT=(SOCIAL INFLUENCE#)/TI
109	13	FT=(SOZIAL?? # FAKTOR#)/TI
110	23	FT=(SOZIAL# DETERMINANT##)/TI
111	21	FT=(FAMILI? # # EINFL##S?)/TI
112	41	FT=(FAMILI? # # FAKTOR#)/TI
113	19	FT=(KULTURELLE? # FAKTOR?)/TI
114	7	FT=(KULTURELLE? EINFLUSS?)/TI
115	2354	FT=(CULTUR? # FACTOR?)/TI

**Tabelle 29: Suchstrategie in den Superbase Datenbanken, 12.12.2013 – Fortsetzung**

S-No	Hits	Search Expression
116	356	FT=(CULTUR? DETERMINANT#)/TI
117	1374	FT=(CULTUR? INFLUENCE#)/TI
118	6	FT=(GESELLSCHAFT? EINFL##S?)/TI
119	0	FT=(GESELLSCHAFT? FAKTOR?)/TI
120	18805	103 TO 119
121	70274	S=21 AND S=102
122	87738	S=121 OR S=120
123	1174	S=122 AND S=12
124	1092	S=123 AND LA=(GERM OR ENGL)
125	911	check duplicates: unique in s=124

## 8.4 Selektion der potenziell wirkungsevaluierten Projekte aus der Fragebogenerhebung

In der nachfolgenden Tabelle sind die Selektionsergebnisse für die im Rahmen der Fragebogenerhebung genannten, potenziell wirkungsevaluierten Projekte zur Primärprävention von Essstörungen dargestellt.

**Tabelle 30: Selektion der potenziell wirkungsevaluierten Projekte aus der Fragebogenerhebung**

Autor(en) bzw. Einrichtung von der Projekt genannt wurde	Titel	Selektionsergebnis
Bergner <sup>20</sup>	Selbstbewusste und kompetente Grundschulkinder. Eine Evaluationsstudie zum Projekt „Ganz schön stark!“	A4 (Nicht Prävention von Essstörungen)
Grotwinkel <sup>53</sup>	„Ich fühl mich wohl“ – Projekt zur Sekundärprävention von Übergewicht	A4 (Nicht Prävention von Essstörungen), sondern Sekundärprävention hinsichtlich Übergewicht
Lindenberg <sup>77</sup>	Gestufte Prävention von Essstörungen mit YoungEs[s]prit Wirksamkeit eines Internet-vermittelten Präventionsprogramms bei Schülern	A6 (Nicht Primärprävention), sondern frühzeitige Intervention bei ersten Anzeichen von Essstörungen
Raabe <sup>103</sup>	Wie schlank muss ich sein, um schön zu sein? Mädchenspezifische Prävention von Essstörungen. Mädchenhaus Heidelberg e. V.	A10 (keine Wirkungsevaluierung)
Seemann <sup>108</sup>	„Kribbeln im Bauch“ Die Evaluation des gleichnamigen Projekts zur Lebenskompetenzförderung in Bremen	A4 (Prävention von Essstörungen wird von den Studienautoren nicht als Projektziel evaluiert)
Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Betriebskrankenkassen Landesverband Bayern <sup>42</sup>	Initiative „Bauchgefühl“: Online-Befragung zum Unterrichtsprogramm „Bauchgefühl“. Ergebnisbericht (2012)	A 10 (keine Wirkungsevaluierung)
Landratsamt Augsburg (Bericht nicht publiziert)	„Der Klang meines Körpers“	A9, A10 (keine Publikation, keine Wirkungsevaluierung) (Telefonat mit Projektleiterin, keine Wirkungsevaluierung)
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Bericht nicht publiziert)	„Mädchengesundheitstag“	A9, A10 (keine Publikation, keine Wirkungsevaluierung; Information per Mail von Landratsamt Miesbach, Medizinmanagement und von Gesundheitswissenschaften Universität Bayreuth)
Landratsamt Alb-Donau-Kreis (Bericht nicht publiziert)	„Mädchen SUCHT Junge“	A9, A10 (keine Publikation, keine Wirkungsevaluierung; Information per Mail)
Landratsamt Coburg (Bericht nicht publiziert)	„Leben(s)hunger“	A9, es liegt keine Publikation vor (kein Projekt, sondern die Einrichtung, die Projekte, z. B. „Der Klang meines Körpers“ durchführt, Information per Telefon)

**Tabelle 30: Selektion der potenziell wirkungsevaluierten Projekte aus der Fragebogenerhebung – Fortsetzung**

Autor(en) bzw. Einrichtung von der Projekt genannt wurde	Titel	Selektionsergebnis
Landratsamt Miesbach (Bericht nicht publiziert)	„Schönheitsideale und Essstörung“	A9, A10 (keine Publikation, keine Wirkungsevaluierung; Information per Mail vom Landratsamt Miesbach)
Landratsamt Ostallgäu – Gesundheitsamt (Bericht nicht publiziert)	„Mut zu mir“	A9, keine Publikation (kein Hinweis auf eine Wirkungsevaluation, nur Feedbackbogen vorgelegt)
Präventionsfachstelle am Landratsamt Donau-Ries (Bericht nicht publiziert)	Workshop Essstörungen	A9, A10 (keine Publikation, keine Wirkungsevaluierung)
Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin (Bericht nicht publiziert)	„Nein, meine Suppe ess' ich nicht!“ – Workshop für Pädagog_innen zu Essstörungen	A9, A10 (keine Publikation, keine Wirkungsevaluierung)
Rossi M, 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2011. (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) (Bericht nicht publiziert)	Psychnet Teilprojekt IX/Gesundheitsnetz Magersucht und Bulimie: Fokus 2 Präventionsprojekt an Hamburger Schulen	A9, es liegt keine Publikation vor (Projekt läuft, noch keine Datenauswertung verfügbar; Veröffentlichung erster Ergebnisse für Ende 2014 geplant; Information per Mail)
Fachdienst Soziales und Sport der Stadt Bad Nauheim, Fachstelle für Suchtprävention des Wetteraukreises (Bericht nicht publiziert)	KIKS UP – Das ganzheitliche Präventionsprojekt aus Bad Nauheim	A9, es liegt keine Publikation zur Wirkungsevaluierung vor (Präventionsprogramm für die Bereiche Bewegung, Ernährung sowie Sucht und Gewaltprävention ( <a href="http://www.bad-nauheim.de/kinder-und-familien/kiks-up.html">www.bad-nauheim.de/kinder-und-familien/kiks-up.html</a> ))
Freie Waldorfschule am Kräherwald (Bericht nicht publiziert)	Mädchenstunde	A9, A10 (keine Publikation, keine Wirkungsevaluierung)
Landratsamt Miesbach – Fachbereich Gesundheit, Betreuung und Senioren (Bericht nicht publiziert)	Gesund Ernähren	A9, A10 (keine Publikation, keine Wirkungsevaluierung) (zusätzlich A4, nicht Prävention von Essstörungen im engeren Sinn)

Quelle: GÖG 2014.

## 8.5 Nicht beschaffbare Volltexte

In der vorangegangenen Tabelle 30 ist für zwölf potenziell relevante Publikationen aus der Fragebogenerhebung dargestellt, dass keine Volltexte vorliegen (Selektionskriterium A9). In der folgenden Tabelle sind die weiteren 22 Publikationen aufgelistet, für die kein Volltext beschafft werden konnte. Insgesamt liegen somit für 34 potenziell relevante Publikationen keine Volltexte vor.

**Tabelle 31: Nicht beschaffbare Volltexte**

Referenz	Zuordnung (Fragestellung bzw. wissenschaftlicher Hintergrund)	Anmerkung
Borreson Gresko R, Rosenvinge JH: The Norwegian school-based prevention model: Development and evaluation. US, 1998.	Fragestellung 1	Über Literaturlieferdienst nicht bestellbar
Botelho LJ. Risk factors contributing to the development and maintenance of anorexia nervosa: A meta-analysis. US, 2008	Fragestellung 3	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Cate RC. Deficits in mentalization as a risk factor for the future development of eating disorders: A pilot study. US, 2010.	Hintergrund	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich

**Tabelle 31: Nicht beschaffbare Volltexte – Fortsetzung**

Referenz	Zuordnung (Fragestellung bzw. wissenschaftlicher Hintergrund)	Anmerkung
Chase AK. Eating disorder prevention: An intervention for "at-risk" college women. US, 2001.	Hintergrund	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Crago M, Shisslak CM, Ruble A: Protective factors in the development of eating disorders. US, 2001.	Hintergrund	Über Literaturlieferdienst nicht bestellbar
Dysart MM. The effectiveness of media literacy and eating disorder prevention in schools: A controlled evaluation with 9 <sup>th</sup> grade girls. US, 2009.	Hintergrund	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Farooqi YN: How to Empower Girls to Avoid Eating Disorders, 50 ed. US, 2005.	Hintergrund	Über Literaturlieferdienst nicht bestellbar
Gibbons JA. The effects of exposure to magazine photographs on aspects of body image in pre-pubescent females. US, 2000.	Fragestellung 3	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Gilbert SC, Keery H, Thompson JK. The Media's Role in Body Image and Eating Disorders. Psychology of women book series. 2005; 41-56	Fragestellung 3	Über Literaturlieferdienst nicht bestellbar
Golman M. A study to evaluate the effectiveness of the "girls in motion" program in improving body satisfaction in preadolescent girls. US, 2010.	Fragestellung 1	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Hafermann S. Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden? Entwicklung, Durchführung und Evaluierung eines primären Präventionsprogramms bei Schülerinnen. 2004. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Friedrich-Schiller Universität, Jena.	Fragestellung 1	Nicht entleihbar. Einsicht nur im Lesesaal der Universität Jena möglich. Keine Freigabe für die öffentliche Nutzung seitens der Autorin
Huntington L. Why weight? A school-based prevention program for eating problems. US, 2000.	Fragestellung 1	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Killen JD: Development and evaluation of a school-based eating disorder symptoms prevention program. England, 1996.	Fragestellung 1	Über Literaturlieferdienst nicht bestellbar
Levine MP, Smolak L: Recent developments and promising directions in the prevention of negative body image and disordered eating in children and adolescents. US, 2009.	Hintergrund	Über Literaturlieferdienst nicht bestellbar
Piran N, Levine MP, Steiner-Adair C: Preventing eating disorders: a handbook of interventions and special challenges. 1999.	Hintergrund	Über Literaturlieferdienst nicht bestellbar
Pollack TA. Paternal influence on the development, maintenance, or prevention of eating pathology. US, 2010.	Hintergrund	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Roulet T. A primary prevention program: Assessing the effectiveness of a body image awareness program for reducing eating disorders in adolescent females. US, 2012.	Fragestellung 1	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Sapia JL. Determining the efficacy of an eating disorder prevention program among college women. US, 2000.	Fragestellung 1	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Shepard RE. The body and soul program: Evaluation of a peer educator-led eating disorders education and prevention program. US, 2001.	Fragestellung 1	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Snodgrass-Preiss A: Prevention of eating disorders among adolescent girls. An interdisciplinary approach. 2002.	Fragestellung 1	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Spiller BB. The development and evaluation of an eating disorder prevention program for college women. US, 2001.	Fragestellung 1	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich
Strong KO. Media effects on eating disorders in preadolescent and adolescent females: A program for primary prevention. US, 2001.	Fragestellung 3	Dissertation; Volltext zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Berichts nicht erhältlich

Quelle: GÖG 2014.

## 8.6 Nach Zweitselektion ausgeschlossene Literatur

Folgende Tabellen zeigen die im Rahmen der Zweitselektion ausgeschlossene Literatur mit Nennung des Ausschlussgrunds.

**Tabelle 32: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen)**

Referenz	Ausschlusskriterium
Abascal L, Bruning Brown J, Winzelberg AJ, Dev P, Taylor CB. Combining universal and targeted prevention for school-based eating disorder programs. <i>The International Journal of Eating Disorders</i> 2004; 35(1): 1-9.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Annus AM, Smith GT, Masters K. Manipulation of thinness and restricting expectancies: Further evidence for a causal role of thinness and restricting expectancies in the etiology of eating disorders. <i>Psychology of Addictive Behaviors</i> 2008; 22(N2): 278-287.	A4 (andere Fragestellung)
Austin SB. Prevention research in eating disorders: theory and new directions. <i>Psychological medicine</i> 2000; 30(6): 1249-1262.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Baranowski MJ, Hetherington MM. Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 2001; 29([2]): 119-124.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Bauer S, Moessner M, Wolf M, Haug S, Kordy H. ES[S]PRIT – an Internet-based programme for the prevention and early intervention of eating disorders in college students <i>British journal of guidance &amp; counselling</i> 2009; 37(N3): 327-336.	A4 (andere Fragestellung)
Bearman SK, Stice E, Chase A, Bearman SK, Stice E, Chase A. Evaluation of an intervention targeting both depressive and bulimic pathology: A randomized prevention trial. <i>Behavior Therapy</i> 2003; 34(3): 277-293.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Becker CB, Ciao AC, Smith LM, Becker CB, Ciao AC, Smith LM. Moving From Efficacy to Effectiveness in Eating Disorders Prevention: The Sorority Body Image Program. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> 2008; 15(1): 18-27.	A4 (andere Fragestellung)
Becker CB, McDaniel L, Bull S, Powell M, McIntyre K. Can we reduce eating disorder risk factors in female college athletes? A randomized exploratory investigation of two peer-led interventions. <i>Body Image</i> 2012; 9(N1): 31-42.	A6 (nicht Primärprävention)
Becker CB, Smith LM, Ciao AC. Peer-facilitated eating disorder prevention: A randomized effectiveness trial of cognitive dissonance and media advocacy. <i>Journal of Counseling Psychology</i> 2006; 53(4): 550-555.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Berger U, Joseph A, Sowa M, Strauss B. Die Barbie-Matrix: Wirksamkeit des Programms PriMa zur Primärprävention von Magersucht bei Mädchen ab der 6. Klasse. <i>Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie</i> 2007; 57(6): 248.	A2 (Mehrfachpublikation mit Wick et al. <sup>137</sup> )
Berger U, Schaefer JM, Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Schwartze D, Strauss B. Essstörungen wirksam vorbeugen mit den Schulprogrammen „PriMa“ und „Torera“ für Jugendliche in Klasse 6 und 7. <i>Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Deutschland))</i> 2013.	A2 (Mehrfachpublikation mit Berger et al. <sup>18</sup> und Berger et al. <sup>19</sup> )
Berger U, Sowa M, Bormann B, Brix C, Strauss B. Primary prevention of eating disorders: characteristics of effective programmes and how to bring them to broader dissemination <i>European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association</i> 2008; 16(3): 173-183.	A9a (narratives Review)
Berger U, Schaefer JM, Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Schwartze D, Strauss B. Effectiveness of Reducing the Risk of Eating-Related Problems Using the German School-Based Intervention Program, “Torera”, for Preadolescent Boys and Girls. <i>Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research</i> 2013.	A9a (kein Follow-up)
Bestmann S, Borse S, Lamers L. Gesundheitsförderung und Prävention von Essstörungen bei Jugendlichen. <i>Gut Drauf und BodyTalk. [Health promotion and prevention of eating disorders in adolescents.] Praevention</i> 2011; 34(3): 85-88.	A9 (keine Wirkungsevaluierung)
Boehm G, Bracharz N, Schoberberger R. Evaluation of the sustainability of the Public Health Program „slim without diet (Schlank ohne Diät)“ <i>Wiener Klinische Wochenschrift</i> 2011; 123(13-14): 415-421.	A4 (andere Fragestellung)
Bollinger Salzmann H, Abel K. Evaluation des Essstörungs-Präventionsprogramms. <i>Body Talk PEP</i> . 2012. Bern, Universität Bern.	A9a (keine Kontrollgruppe)
Brennan J. A selective prevention study: Decreasing body dissatisfaction and eating disorder symptomatology in sorority women using psychoeducation, social norms, and social marketing strategies. <i>Dissertation Abstracts International</i> 2005; 66([6-B]): 3088.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)

**Tabelle 32: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen) – Fortsetzung**

Referenz	Ausschlusskriterium
Broekhuizen K, Kroeze W, Poppel Mv, Oenema A, Brug J. A systematic review of randomized controlled trials on the effectiveness of computer-tailored physical activity and dietary behavior promotion programs: an update. <i>Annals of Behavioral Medicine</i> 2012; 44(2): 259-286.	A4 (andere Fragestellung)
Brown M, Cachelin FM, Dohm FA. Eating disorders in ethnic minority women: A review of the emerging literature. <i>Current Psychiatry Reviews</i> 2009; 5(3): 182-193.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Gnam G, Buddeberg C. Prävention von gestörtem Essverhalten: Eine prospektive Interventionsstudie von 14- bis 19-jährigen Schweizer Schülern. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 1998; 98(2): 146-155.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Canetti L, Bachar E, Gur E, Stein D. The influence of a primary prevention program on eating-related attitudes of Israeli female middle-school students. <i>Journal of Adolescence</i> 2009; 32([2]): 275-291.	A7 (nicht geeigneter Endpunkt)
Cook-Cottone C, Jones LA, Haugli S. Prevention of eating disorders among minority youth: a matched-sample repeated measures study. <i>Eating disorders</i> 2010; 18(5): 361-376.	A3 (keine Übertragbarkeit auf Deutschland)
Corning AF, Gondoli DM, Bucchianeri MM, Salafia EHB. Preventing the development of body issues in adolescent girls through intervention with their mothers. <i>Body Image</i> 2010; 7(N4): 289-295.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Dalle Grave R, De Luca L, Campello G. Middle school primary prevention program for eating disorders: a controlled study with a twelve-month follow-up. <i>Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series</i> 2001; 9([4]): 327-337.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
de Leon MCEP, Diaz JMM, Ruiz EJC. A pilot study of the clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. <i>Eating and weight disorders-studies on anorexia bulimia and obesity</i> 2008; 13(N3): 111-118.	A3 (keine Übertragbarkeit auf Deutschland)
Dohnt HK, Tiggemann M. Promoting positive body image in young girls: An evaluation of 'Shapesville'. <i>European Eating Disorders Review</i> 2008; 16(N3): 222-233.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Doyle AC, Goldschmidt A, Huang C, Winzelberg AJ, Taylor CB, Wilfley DE. Reduction of overweight and eating disorder symptoms via the Internet in adolescents: a randomized controlled trial. <i>The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine</i> 2008; 43(2): 172-179.	A6 (indizierte Prävention)
Dysart MM. The effectiveness of media literacy and eating disorder prevention in schools: A controlled evaluation with 9 <sup>th</sup> grade girls. US, 2009.	A7 (andere Endpunkte)
Espinoza P, Penelo E, Raich RM. Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: what happens 2 years later? <i>Body Image</i> 2010; 7(1): 70-73.	A2 (Mehrfachpublikation)
Espinoza P, Penelo E, Raich RM. Prevention programme for eating disturbances in adolescents. Is their effect on body image maintained at 30 months later? <i>Body Image</i> 2013; 10(2): 175-181.	A2 (Mehrfachpublikation mit Gonzales et al. <sup>47</sup> )
Favaro A, Zanetti T, Huon G, Santonastaso P. Engaging teachers in an eating disorder preventive intervention. <i>The International Journal of Eating Disorders</i> 2005; 38(1): 73-77.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Fingeret MC, Warren CS, Cepeda-Benito A, Gleaves DH. Eating disorder prevention research: a meta-analysis. <i>Eating disorders</i> 2006; 14(3): 191-213.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Franko DL, Villapiano M, Davidson MM, Hamilton E, Mintz LB, Green TC, Mainelli D, Folensbee L, Butler SF, Little D, Kearns M, Budman SH. Food, Mood, and Attitude: Reducing risk for eating disorders in college women. <i>Health Psychology</i> 2005; 24(6): 567-578.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Geddes JC. Effectiveness of a preventive intervention for bulimia among college women. US, 1993.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Gonzalez ML, Mora M, Penelo E, Goddard E, Treasure J, Raich RM. Qualitative findings in a long-term disordered eating prevention programme follow-up with school-going girls. <i>Journal of health psychology</i> 2013; 18(4): 587-598.	A2 (Mehrfachpublikation mit Espinosa et al. <sup>36</sup> 2013)
Graber JA, Brooks-Gunn J. Prevention of eating problems and disorders: Including parents. <i>Eating Disorders: The Journal of Treatment &amp; Prevention</i> 1996; 4(4): 348-363.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Grave RD, De Luca L, Campello G. Middle school primary prevention program for eating disorders: A controlled study with a twelve-month follow-up. <i>Eating Disorders: The Journal of Treatment &amp; Prevention</i> 2001; 9(4): 327-337.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)

**Tabelle 32: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen) – Fortsetzung**

Referenz	Ausschlusskriterium
Hinz A, Denner C. Praevention essstoerungsrelevanter Koerperbildwahrnehmungen: Entwicklung und Evaluation einer Unterrichtseinheit in Klasse 4. Empirische Paedagogik 2007; 21(3): 271-290.	A9a (kein Follow-up)
Holt KE, Ricciardelli LA. Weight concerns among elementary school children: a review of prevention programs. Body Image 2008; 5(3): 233-243.	A2 (Überschneidung mit Stice et al. <sup>123</sup> )
Jacobi C, Morris L, Beckers C, Bronisch-Holtze J, Winter J, Winzelberg AJ, Taylor CB. Maintenance of internet-based prevention: a randomized controlled trial. The International Journal of Eating Disorders 2007; 40(2): 114-119.	A2a (in Review von Beintner et al. <sup>16</sup> eingeschlossen)
Jacobi C, Voelker U, Trockel MT, Taylor CB. Effects of an Internet-based intervention for subthreshold eating disorders: a randomized controlled trial. Behaviour research and therapy 2012; 50(2): 93-99.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Köster G. Indizierte Prävention von Essstörungen: Entwicklung und Evaluation eines Gruppenprogramms. Indicated prevention of eating disorders: Development and evaluation of a group program. 2011.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Kroon Van Diest AM, Perez M. Exploring the integration of thin-ideal internalization and self-objectification in the prevention of eating disorders. Body Image 2013; 10(1): 16-25.	A9a (keine Kontrollgruppe)
Levine MP, Smolak L, Schermer F. Media analysis and resistance by elementary school children in the primary prevention of eating problems. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention 1996; 4(4): 310-322.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Lindenberg K, Moessner M, Harney J, McLaughlin O, Bauer S. E-health for individualized prevention of eating disorders. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2011; 7.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Lindenberg SK. Gestufte Praevention von Essstoerungen mit YoungEs[s]prit Wirksamkeit eines Internet-vermittelten Praeventionsprogramms bei Schuelern. Stepwise prevention of eating disorders with YoungEs[s]prit. Effectiveness of an Internet-delivered prevention program for secondary education students. 2012.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Linville D, Stice E, Gau J, O'Neil M. Predictive effects of mother and peer influences on increases in adolescent eating disorder risk factors and symptoms: a 3-year longitudinal study. The International Journal of Eating Disorders 2011; 44(8): 745-751.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Lobera IJ, Lozano PL, Rios PB, Candau JR, del V, Teresa Morales Millan M, Gonzalez Teresa Montana M, Martin LA, Villalobos IJ, Sanchez NV. Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: A comparative study in Spanish adolescents, 3 ed. New Zealand, 2010.	A9a (zu kurzes Follow-up: 1 Monat)
Lopez-Guimera G, Sanchez-Carracedo D, Fauquet J, Portell M, Raich RM. Impact of a school-based disordered eating prevention program in adolescent girls: general and specific effects depending on adherence to the interactive activities. The Spanish journal of psychology 2011; 14(1): 293-303.	A4 (Moderatoren hinsichtlich Effektivität von Präventionsprogramm)
Low KG, Charanasomboon S, Lesser J, Reinhalter K, Martin R, Jones H, Winzelberg A, Abascal L, Taylor CB. Effectiveness of a computer-based interactive eating disorders prevention program at long-term follow-up. Eating disorders 2006; 14(1): 17-30.	A2 (in Übersichtsarbeit Beintner et al. <sup>16</sup> eingeschlossen)
Magnuson AF. Evaluation of an eating disorders prevention curriculum on eating attitudes and behaviors of female college students. US, 2012.	Dissertation; Volltext nicht verfügbar
Mann T, Nolen-Hoeksema S, Huang K, Burgard D, Wright A, Hanson K. Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. Health Psychology 1997; 16.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Mann T. Positive and negative effects of eating disorder prevention programs: A longitudinal evaluation. Dissertation Abstracts International 1995; 56	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Martz DM, Bazzini DG. Eating disorders prevention programming may be failing: evaluation of 2 one-shot programs. Journal of College Student Development 1999; 40(11): 32-42.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Matusek JA, Wendt SJ, Wiseman CV. Dissonance thin-ideal and didactic healthy behavior eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. The International Journal of Eating Disorders 2004; 36(4): 376-388.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
McMillan W, Stice E, Rohde P. High- and low-level dissonance-based eating disorder prevention programs with young women with body image concerns: an experimental trial. Journal of consulting and clinical psychology 2011; 79(1): 129-134.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)

**Tabelle 32: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen) – Fortsetzung**

Referenz	Ausschlusskriterium
McVey G, Gusella J, Tweed S, Ferrari M. A controlled evaluation of web-based training for teachers and public health practitioners on the prevention of eating disorders. <i>Eating disorders</i> 2009; 17(1): 1-26.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Menzel JE, Schaefer LM, Burke NL, Mayhew LL, Brannick MT, Thompson JK. Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. <i>Body Image</i> 2010; 7(4): 261-270.	A4 (andere Fragestellung)
Mitchell KS, Mazzeo SE, Rausch SM, Cooke KL. Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 2007; 40(N2): 120-128.	A9a (Follow-up kürzer als 3 Monate)
Mueller S, Stice E. Moderators of the intervention effects for a dissonance-based eating disorder prevention program; results from an amalgam of three randomized trials. <i>Behaviour research and therapy</i> 2013; 51(3): 128-133.	A9a (narratives Review)
Munsch S, Meyer AH, Biedert E. Efficacy and predictors of long-term treatment success for Cognitive-Behavioral Treatment and Behavioral Weight-Loss-Treatment in overweight individuals with binge eating disorder. <i>Behaviour research and therapy</i> 2012; 50(12): 775-785.	A4 (andere Fragestellung)
Neumark-Sztainer D, Butler R, Palti H. Eating disturbances among adolescent girls: evaluation of a school-based primary prevention program. <i>Journal of Nutrition Education</i> 1995; 27(1): 24-31.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Collier T, Hannan PJ. Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. <i>Journal of the American Dietetic Association</i> 2000; 100(12): 1466-1473.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson NI, Eisenberg ME, Loth K. Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. <i>Journal of the American Dietetic Association</i> 2011; 111(7): 1004-1011.	A4 (andere Fragestellung)
Neville LM, O'Hara B, Milat AJ, Neville LM, O'Hara B, Milat AJ. Computer-tailored dietary behaviour change interventions: A systematic review. <i>Health Education Research</i> 2009; 24(4): 699-720.	A4 (andere Fragestellung)
O'Dea JA, Abraham S. Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 2000; 28: 43-57.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
O'Dea JA. School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems: An overview of safe and successful interventions. <i>Health Education</i> 2005; 105(1): 11-33.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Ohlmer R, Jacobi C, Taylor CB. Preventing Symptom Progression in Women at Risk for AN: Results of a Pilot Study. <i>European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association</i> 2013.	A6 (nicht Primärprävention)
Perez M, Becker CB, Ramirez A. Transportability of an empirically supported dissonance-based prevention program for eating disorders. <i>Body Image</i> 2010; 7(3): 179-186.	A9a (keine Kontrollgruppe)
Paxton SJ. A prevention program for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: a 1 year follow-up. <i>Health Education Research</i> 1993;8.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Phelps L, Sapia J, Nathanson D, Nelson L. An empirically supported eating disorder prevention program. <i>Psychology in the Schools</i> 2000; 37([5]): 443-452.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Pratt Belinda M, Woolfenden S, The Children's Hospital at Westmead CPMLH. Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2002; (2009 Issue 1)	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Raich R, Portell M, Pelaez-Fernandez M. Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: is it more effective in girls at risk? <i>European Eating Disorders Review</i> 2010; 18([1]): 49-57.	A9a (kein Follow-up; Datenerhebung unmittelbar nach Intervention)
Ramirez AL, Perez M, Taylor A. Preliminary examination of a couple-based eating disorder prevention program. <i>Body Image</i> 2012; 9(3): 324-333.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen), A9a (nicht geeignetes Studiendesign)

**Tabelle 32: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen) – Fortsetzung**

Referenz	Ausschlusskriterium
Richardson SM, Paxton SJ, Thomson JS. Is BodyThink an efficacious body image and self-esteem program? A controlled evaluation with adolescents. <i>Body Image</i> 2009; 6(N2): 75-82.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Richardson SM, Paxton SJ. An Evaluation of A Body Image Intervention Based On Risk Factors for Body Dissatisfaction: A Controlled Study with Adolescent Girls. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 2010; 43(N2): 112-122.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Ridolfi DR, van der Wal JS. Eating disorders awareness week: the effectiveness of a one-time body image dissatisfaction prevention session. <i>Eating disorders</i> 2008; 16(5): 428-443.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen, nicht geeignete Endpunkte)
Rocco PL, Ciano RP, Balestrieri M. Psychoeducation in the prevention of eating disorders: an experimental approach in adolescent schoolgirls. <i>British Journal of Medical Psychology</i> 2001; 74: 351-358.	A2a (von Suchzeitraum der Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> abgedeckt)
Rosenkranz RR, Behrens TK, Dzewaltowski DA. A group-randomized controlled trial for health promotion in Girl Scouts: Healthier Troops in a SNAP (Scouting Nutrition & Activity Program). <i>BMC Public Health</i> 2010; 10(81): 19.	A4 (andere Fragestellung)
Roulet T. A primary prevention program: Assessing the effectiveness of a body image awareness program for reducing eating disorders in adolescent females. US, 2012.	A7 (andere Endpunkte)
Russell-Mayhew S, Arthur N, Ewashen C. Targeting students, teachers and parents in a wellness-based prevention program in schools. <i>Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series</i> 2007; 15([2]): 159-181.	A9a (kein geeignetes Follow-up)
Santonastaso P, Zanetti T, Ferrara S, Olivotto MC, Magnavita N, Favaro A. A Preventive Intervention Program in Adolescent Schoolgirls: A Longitudinal Study. <i>Psychotherapy and Psychosomatics</i> 1999; 68(1): 46-50.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Scime M, Cook-Cottone C. Primary prevention of eating disorders: a constructivist integration of mind and body strategies. <i>Int.J.Eat.Disord.</i> 2008; 41(2): 134-142.	A9a (kein Follow-up)
Shaw H, Stice E, Becker CB. Preventing eating disorders. <i>Child and adolescent psychiatric clinics of North America</i> 2009; 18(1): 199-207.	A9a (narratives Review)
Shaw H, Stice E: A dissonance-based intervention for the prevention of eating disorders and obesity. US, 2008.	A4 (andere Fragestellung)
Siemer CP, Fogel J, Van Voorhees BW. Telemental Health and Web-based Applications in Children and Adolescents. <i>Child and adolescent psychiatric clinics of North America</i> 2011; 20(N1)	A6 (nicht Primärprävention)
Smolak L, Levine MP, Smolak L, Levine MP. A two-year follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight regulation. <i>Eating disorders</i> 2001; 9(4): 313-325.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Spangler PT. Dream groups versus interpersonal groups: A comparison of two approaches to eating disorder prevention among sorority women. US, 2011.	A9a (Follow-up kürzer als 3 Monate)
Steiner-Adair C, Sjostrom L, Franko DL, Pai S, Tucker R, Becker AE, Herzog DB. Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice. <i>The International Journal of Eating Disorders</i> 2002; 32(4): 401-411.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Stewart DA, Carter JC, Drinkwater J, Hainsworth J, Fairburn CG. Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. <i>International Journal of Eating Disorders.</i> 2001; 29([2]): 107-118.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Stice E, Becker CB, Yokum S. Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. <i>The International Journal of Eating Disorders</i> 2013; 46(5): 478-485.	A9a (narratives Review)
Stice E, Chase A, Stormer S, Appel A. A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. <i>The International Journal of Eating Disorders</i> 2001; 29(3): 247-262.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Stice E, Rohde P, Durant S, Shaw H. A preliminary trial of a prototype Internet dissonance-based eating disorder prevention program for young women with body image concerns. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> 2012; 80(5): 907-916.	A9a (Nicht geeignetes Studiendesign)
Stice E, Rohde P, Gau J, Shaw H. An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> 2009; 77(5): 825-834.	A2 (Mehrfachpublikation)
Stice E, Rohde P, Gau J, Shaw H. Effect of a dissonance-based prevention program on risk for eating disorder onset in the context of eating disorder risk factors. <i>Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research</i> 2012; 13(2): 129-139.	A2 (Mehrfachpublikation)

**Tabelle 32: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 1 (Wirksamkeit Primärprävention Essstörungen) – Fortsetzung**

Referenz	Ausschlusskriterium
Stice E, Rohde P, Shaw H, Marti CN. Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorder symptoms and unhealthy weight gain among female college students. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> 2012; 80(1): 164-170.	A4 (andere Fragestellung)
Stice E, Rohde P, Shaw H. The body project: a dissonance-based eating disorder prevention intervention / by Eric Stice, Paul Rohde, Heather Shaw. Programs that work 2013. Great Britain, Oxford [u.a.]: Oxford Univ. Press.	A2 (Mehrfachpublikation)
Stice E, Shaw H, Becker CB, Rohde P. Dissonance-based Interventions for the prevention of eating disorders: using persuasion principles to promote health. <i>Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research</i> 2008; 9(2): 114-128.	A2 (Mehrfachpublikation mit Teilen von Stice et al. <sup>123</sup> )
Stice E, Shaw H. Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. <i>Psychological bulletin</i> 2004; 130(2): 206-227.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Tanofsky-Kraff M. Psychosocial preventive interventions for obesity and eating disorders in youths. <i>International review of psychiatry (Abingdon, England)</i> 2012; 24(3): 262-270.	A4 (andere Fragestellung)
Taylor K, Jones M, Kass AE, Bailey J, Genkin B, Rizk M, Shorter A, Redman M, Romer P, Williams J, Trockel M, Wilfley D, Taylor CB. Staying fit: A pilot study of a school-based online universal and targeted healthy weight regulation/eating disorder prevention program. <i>Annals of Behavioral Medicine</i> 2012; 43([S1]): 28.	A2 (in Beitner et al. <sup>16</sup> eingeschlossen)
Varnado-Sullivan PJ, Zucker N, Williamson DA, Reas D, Thaw J, Netemeyer SB. Development and implementation of the Body Logic Program for adolescents: A two-stage prevention program for eating disorders. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> 2001; 8([3]): 248-259.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Voelker U, Jacobi C, Barr Taylor C. Adaptation and evaluation of an Internet-based prevention program for eating disorders in a sample of women with subclinical eating disorder symptoms: a pilot study. <i>Eating and weight disorders : EWD</i> 2011; 16(4): 270-273.	A6 (nicht Primärprävention)
Weiss K, Wertheim EH, Weiss K, Wertheim EH. An evaluation of a prevention program for disordered eating in adolescent girls: Examining responses of high- and low-risk girls. <i>Eating disorders</i> 2005; 13(2): 143-156.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Wilfley DE, Agras WS, Taylor CB. Reducing the burden of eating disorders: A model for population-based prevention and treatment for university and college campuses. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 2013; 46(5): 529-532.	A9a (narratives Review)
Winzelberg AJ, Eppstein D, Eldredge KL, Wilfley D, Dasmahapatra R, Dev P, Taylor CB. Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> 2000; 68(2): 346-350.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Wiseman CV, Sunday SR, Bortolotti F, Halmi KA. Primary prevention of eating disorders through attitude change: a two country comparison. <i>Eating disorders</i> 2004; 12(3): 241-250.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Withers GF, Twigg K, Wertheim EH, Paxton SJ. A controlled evaluation of an eating disorders primary prevention videotape using the Elaboration Likelihood Model of Persuasion. <i>Journal of psychosomatic research</i> 2002; 53(5): 1021-1027.	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Withers GF, Wertheim EH. Applying the elaboration likelihood model of persuasion to a videotape-based eating disorders primary prevention program for adolescent girls. <i>Eating disorders</i> 2004; 12(2): 103-122	A2a (in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen)
Yager Z, O'Dea J. A controlled intervention to promote a healthy body image, reduce eating disorder risk and prevent excessive exercise among trainee health education and physical education teachers. <i>Health Education Research</i> 2010; 25(5): 841-852.	A6 (nicht Primärprävention von Essstörungen)
Yager Z, O'Dea JA. Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. <i>Health promotion international</i> 2008; 23(2): 173-189.	19 der 27 eingeschlossenen Primärstudien bereits in Übersichtsarbeit Stice et al. <sup>123</sup> eingeschlossen
Waldhelm-Auer B: Iss mal was! Is' denn was? Prävention von Essstörungen an Schulen. Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer. Fachambulanz für Suchtkranke Traunstein, Bad Reichenhall, Akzente Suchtprävention und ISIS-Frauengesundheitszentrum Salzburg, 2004.	A10 (keine Evaluation hinsichtlich Wirkung der Primärprävention)

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 33: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 2 (Effizienz von Primärprävention Essstörungen)**

Referenz	Ausschlusskriterium
Henderson J. Costs of eating disorders in England: Economic impacts of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other disorders, focussing on young people. 2012; Pro Bono Economics Reg.	A6, A3 (Krankheitskosten, England)
McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. Paying the price. The cost of mental health care in England to 2026. 2008.	A6, A3 (Krankheitskosten, England)
National Collaborating Centre for Mental Health. Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. 2004. Northamptonshire, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. National Clinical Practice Guideline.	A6, A3 (Therapie, Großbritannien)
Piran N. Prevention: Can early lessons lead to a delineation of an alternative model? A critical look at prevention with school children. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention 1995; 3(1): 28-36.	A9a (narratives Review)
Striegel-Moore RH, Leslie D, Petrill SA, Garvin V, Rosenheck RA. One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: evidence from a national database of health insurance claims. Int.J.Eat.Disord. 2000; 27(4): 381-389.	A6, A3 (Krankheitskosten, USA)
Su JC, Birmingham CL. Anorexia nervosa: the cost of long-term disability. Eating and weight disorders: EWD 2003; 8(1): 76-79.	A6, A3 (Kosten für Anorexia-assoziierte dauernde Arbeitsunfähigkeit in Kanada)
The Butterfly Foundation. Paying the price. The economic and social impact of eating disorders in Australia. 2012. Sidney, Butterfly – Foundation für Eating Disorders.	A6, A3 (Krankheitskosten, Australien)
Williamson DA, Thaw JM, Varnado-Sullivan PJ. Cost-effectiveness analysis of a hospital-based cognitive-behavioral treatment program for eating disorders. Behavior Therapy 2001; 32(3): 459-477.	A6 (Kosteneffektivität einer krankenhausbasierten Therapieform von Essstörungen)

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 34: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren)**

Referenz	Ausschlusskriterium
Agras WS, Bryson S, Hammer LD, Kraemer HC. Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2007; 46(2): 171-178.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Alperin RJ. Young children and disturbed eating attitudes and behaviors: Relationships with parents, peers, media, and body image. US, 2005	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Anderson-Fye EP, Becker AE: Sociocultural Aspects of Eating Disorders. US, 2004	A9a (narratives Review)
Annus AM, Smith GT, Masters K. Manipulation of thinness and restricting expectancies: further evidence for a causal role of thinness and restricting expectancies in the etiology of eating disorders. Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors 2008; 22(2): 278-287.	A6 (anderer Endpunkt)
Aoun A, Garcia FD, Mounzer C, Hlais S, Grigioni S, Honein K, Dechelotte P. War stress may be another risk factor for eating disorders in civilians: A study in Lebanese University Students. General Hospital Psychiatry 2013; 35(4): 393-397	A3 (nicht auf Deutschland übertragbar)
Austin JL, Smith JE. Thin ideal internalization in Mexican girls: a test of the socio-cultural model of eating disorders. The International Journal of Eating Disorders 2008; 41(5): 448-457.	A9a (nicht geeignetes Studiendesign)
Bachner-Melman R, Zohar AH, Elizur Y, Kremer I, Golan M, Ebstein R. Protective self-presentation style: association with disordered eating and anorexia nervosa mediated by sociocultural attitudes towards appearance. Eating and weight disorders : EWD 2009; 14(1): 1-12	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Bair CE, Kelly NR, Serdar KL, Mazzeo S. Does the Internet function like magazines? An exploration of image-focused media, eating pathology, and body dissatisfaction. Eating behaviors 2012; 13(4): 398-401	A9a (unkontrollierte Querschnittstudie )
Ball K, Kenardy J. Body weight, body image, and eating behaviours: Relationships with ethnicity and acculturation in a community sample of young Australian women. Eating behaviors 2002; 3(3): 205-216	A9a (retrospektive Querschnittstudie)

**Tabelle 34: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren) – Fortsetzung**

Referenz	Ausschlusskriterium
Baranowski MJ, Jorga J, Djordjevic I, Marinkovic J, Hetherington MM, Jorga J. Evaluation of adolescent body satisfaction and associated eating disorder pathology in two communities. <i>European Eating Disorders Review</i> 2003; 11(6): 478-495	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Barnett S, Buckroyd J, Windle K. Eating disorders from parent to child: Mothers' perceptions of transgenerational effect. <i>Counselling &amp; Psychotherapy Research</i> 2005; 5(3): 203-211	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Baugh E, Mullis R, Mullis A, Hicks M, Peterson G. Ethnic identity and body image among black and white college females. <i>Journal of American College Health</i> 2010; 59(2): 105-109	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Bautista-Diaz ML, Franco-Paredes K, Mancilla-Diaz JM, Alvarez-Rayon G, Lopez-Aguilar X, Ocampo Tellez-Giron T, Soto-Gonzalez Y. Body dissatisfaction and socio-cultural factors in women with and without BED: their relation with eating psychopathology. <i>Eating and weight disorders: EWD</i> 2012; 17(2): 86-92	A9a (unkontrollierte Querschnittstudie)
Becker AE, Fay K. Sociocultural issues and eating disorders. 2006, pp 35-63	A2 (Duplikat zu diversen Publikationen, narratives Review)
Becker AE, Fay KE, Agnew-Blais J, Khan AN, Striegel-Moore RH, Gilman SE. Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2011; 198(1): 43-50.	A9a (nicht geeignetes Studiendesign)
Becker AE. Television disordered eating, and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change. <i>Culture, medicine and psychiatry</i> 2004; 28(4): 533-559	A2 (Duplikat zu Becker et al. 2011)
Bradford JW, Petrie TA. Sociocultural Factors and the Development of Disordered Eating: A Longitudinal Analysis of Competing Hypotheses. <i>Journal of Counseling Psychology</i> 2008; 55(2): 246-262	A4 (juristische Fragen der Primärprävention)
Brown M, Cachelin FM, Dohm F-A. Eating disorders in ethnic minority women: A review of the emerging literature. <i>Current Psychiatry Reviews</i> 2009; 5(3): 182-193.	A4 (Ethnizität bei Diagnose und Behandlung)
Bulik CM, Thornton LM, Root TL, Pisetsky EM, Lichtenstein P, Pedersen NL. Understanding the Relation Between Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in a Swedish National Twin Sample. <i>Biological psychiatry</i> 2010; 67(1): 71-77.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
DeSole L. Special issue: Eating disorders and mindfulness. <i>Eating Disorders: The Journal of Treatment &amp; Prevention, Special Issue: Eating disorders and mindfulness</i> 2011; 19(1): 1-5	A4 (juristische Fragen der Primärprävention)
Espinoza P, Penelo E, Raich RM. Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: what happens 2 years later? <i>Body image</i> 2010; 7(1): 70-73.	A9a (unkontrollierte Querschnittstudie)
Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. <i>Archives of general psychiatry</i> 1998; 55(5): 425-432	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Ferguson CJ, Munoz ME, Winegard B, Winegard B. The influence of heritability, neuroticism, maternal warmth and media use on disordered eating behaviors: A prospective analysis of twins. <i>Psychiatric Quarterly</i> 2012; 83(3): 353-360.	A9a (nicht geeignetes Studiendesign)
Field AE, Javaras KM, Aneja P, Kitos N, Camargo CA J, Taylor CB, Laird NM. Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. <i>Archives of pediatrics &amp; adolescent medicine</i> 2008; 162(6): 574-579.	A6 (anderer Endpunkt)
Fitzsimmons-Craft EE, Harney MB, Koehler LG, Danzi LE, Riddell MK, Bardone-Cone AM. Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: the roles of social comparison and body surveillance. <i>Body image</i> 2012; 9(1): 43.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Flament MF, Hill EM, Buchholz A, Henderson K, Tasca GA, Goldfield G. Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: the mediation effects of body esteem. <i>Body image</i> 2012; 9(1): 68-75.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Forney KJ, Ward RM. Examining the moderating role of social norms between body dissatisfaction and disordered eating in college students. <i>Eating behaviors</i> 2013; 14(1): 73-78.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
George VA, Erb AF, Harris CL, Casazza K. Psychosocial risk factors for eating disorders in Hispanic females of diverse ethnic background and non-Hispanic females. <i>Eating behaviors</i> 2007; 8(1): 1-9.	A9a (unkontrollierte Querschnittstudie)

**Tabelle 34: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren) – Fortsetzung**

Referenz	Ausschlusskriterium
Haines J, Kleinman KP, Rifas-Shiman SL, Field AE, Bryn Austin S. Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. <i>Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine</i> 2010; 164(4): 336-343.	A6 (anderer Endpunkt)
Hardit SK, Hannum JW. Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction. <i>Body image</i> 2012; 9(4): 469-475.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Helfert S, Warschburger P. The face of appearance-related social pressure: Gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. <i>Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health</i> 2013; 7(1).	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Hill AJ. Obesity and eating disorders. <i>Obesity Reviews</i> 2007; 8 (Suppl. 1): 151-155.	A4 (andere Fragestellung)
Hoek HW, van Harten PN, Hermans KM, Katzman MA, Matroos GE, Susser ES. The incidence of anorexia nervosa on Curacao. <i>The American journal of psychiatry</i> 2005; 162(4): 748-752.	A9a (keine Kontrolle von Confoundern)
Homan KJ, Boyatzis CJ. The protective role of attachment to God against eating disorder risk factors: concurrent and prospective evidence. <i>Eating disorders</i> 2010; 18(3): 239-258.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Humphry TA, Ricciardelli LA. The Development of Eating Pathology in Chinese-Australian Women: Acculturation Versus Culture Clash. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 2004; 35(4): 579-588.	A9a (unkontrollierte Querschnittstudie)
Imfeld C, Imfeld T. Essstörungen (II): Zahnmedizinische Aspekte. <i>Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin. SSO</i> 2005; 115(12): 1163-1171	A4 (andere Fragestellung)
Jackson T, Chen H. Risk Factors for Disordered Eating During Early and Middle Adolescence: Prospective Evidence From Mainland Chinese Boys and Girls. <i>Journal of abnormal psychology</i> 2011; 120(2): 454-464.	A3 (Studienergebnisse sind nicht auf Deutschland übertragbar)
Jackson T, Chen H. Identifying the eating disorder symptomatic in China: the role of sociocultural factors and culturally defined appearance concerns. <i>Journal of psychosomatic research</i> 2007; 62(2): 241-249.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Jackson T, Chen H. Predicting changes in eating disorder symptoms among Chinese adolescents: a 9-month prospective study. <i>Journal of psychosomatic research</i> 2008; 64(1): 87-95.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Jackson T, Chen H. Predicting changes in eating disorder symptoms among Chinese adolescents: a 9-month prospective study. <i>Journal of psychosomatic research</i> 2008; 64(1): 87-95.	A3 (Studienergebnisse sind nicht auf Deutschland übertragbar)
Jacobi C, Fittig E, Bryson SW, Wilfley D, Kraemer HC, Taylor CB. Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. <i>Psychological medicine</i> 2011; 41(9): 1939-1949.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Keski-Rahkonen A, Bulik CM, Neale BM, Rose RJ, Rissanen A, Kaprio J. Body dissatisfaction and drive for thinness in young adult twins. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 2005; 37(3): 188-199.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Kiang L, Harter S. Sociocultural values of appearance and attachment processes: an integrated model of eating disorder symptomatology. <i>Eating behaviors</i> 2006; 7(2): 134-151.	A9a (keine geeignetes Studiendesign)
Kozłowska-Jasnos M, Pilecki M, Jozefik B. Socio-cultural factors accompanying disturbed attitudes towards eating. <i>Bridging Eastern and Western Psychiatry</i> 2006; 4(1): 23-27.	A9a (unkontrollierte Beobachtungsstudie)
Lehoux PM, Howe N. Perceived non-shared environment, personality traits, family factors and developmental experiences in bulimia nervosa. <i>The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society</i> 2007; 46(Pt 1): 47-66.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Levine MP, Smolak L. The mass media and disordered eating: Implications for primary prevention. <i>Studies in eating disorders: An international series.</i> 1998; 23-56.	A9a (narratives Review)
Lindberg L, Hjern A. Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 2003; 34(4): 397-408.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Markis TA, McLennan CT. The effect of priming a thin ideal on the subsequent perception of conceptually related body image words. <i>Body Image</i> 2011; 8(4): 423-426.	A6 (anderer Endpunkt)
Mazzeo SE, Trace SE, Mitchell KS, Gow RW. Effects of a reality TV cosmetic surgery makeover program on eating disordered attitudes and behaviors. <i>Eating behaviors</i> 2007; 8(3): 390-397.	A4 (kosmetische Chirurgie)

**Tabelle 34: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren) – Fortsetzung**

Referenz	Ausschlusskriterium
Monro FJ, Huon GF. Media-portrayed idealized images, self-objectification, and eating behavior. <i>Eating behaviors</i> 2006; 7(4): 375-383.	A4 (Essverhalten wird untersucht)
Neumark-Sztainer D. School-based programs for preventing eating disturbances. <i>The Journal of school health</i> 1996; 66(2): 64-71	A4 (Rahmenkonzept eines Programms)
Nilsson K, Abrahamsson E, Torbiornsson A, Haeggloef B. Causes of adolescent onset anorexia nervosa: Patient perspective. <i>Eating disorders</i> 2007; 15(2): 125-133.	A9a (qualitative Studie)
Pavlova B, Uher R, Dragomirecka E, Papezova H. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981-2005. <i>Social psychiatry and psychiatric epidemiology</i> 2010; 45(5): 541-550.	A9a (Registerauswertung, nicht kontrolliert)
Peterson KA, Paulson SE, Williams KK. Relations of eating disorder symptomology with perceptions of pressures from mother, peers, and media in adolescent girls and boys. <i>Sex roles</i> 2007; 57(9-10): 629-639	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Presnell K, Bearman SK, Stice E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. <i>The International journal of eating disorders</i> 2004; 36(4): 389-401.	A9a (nicht geeignetes Studiendesign)
Richter-Kuhlmann E. Praevention: Eine Aufgabe fuer alle. <i>Deutsches Aerzteblatt</i> 2011; 108(23): 1297	A9a (keine Studie)
Rodgers R, Chabrol H, Paxton SJ. An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women. <i>Body image</i> 2011; 8(3): 208-215.	A4 (Überprüfung des Tripartite Influence Models für andere Länder)
Rodgers RF, Paxton SJ, Chabrol H. Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: a sociocultural model. <i>Body image</i> 2009; 6(3): 171-177.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Rubin B, Gluck ME, Knoll CM, Lorence M, Geliebter A. Comparison of eating disorders and body image disturbances between Eastern and Western countries. <i>Eating and weight disorders</i> : EWD 2008; 13(2): 73-80.	A9a ((keine ausreichende Ergebnisdarstellung)
Russell-Mayhew S, Arthur N, Ewashen C. Community capacity-building in schools: Parents' and teachers' reflections from an eating disorder prevention program. <i>Alberta Journal of Educational Research</i> 2008; 54(2): 227-241.	A4 (andere Fragestellung)
Shaw H, Ramirez L, Trost A, Randall P, Stice E. Body Image and Eating Disturbances Across Ethnic Groups: More Similarities Than Differences. <i>Psychology of Addictive Behaviors</i> 2004; 18(1): 12-18.	A3 (Ethnizitätenvergleich, nicht auf Deutschland übertragbar)
Shinobu N. The relationship between eating disorder's risk factor and mass media. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology</i> 2010; 31: 31.	A9 (Abstract in Konferenzband, keine Publikation dazu)
Spiller BB. The development and evaluation of an eating disorder prevention program for college age women. US, 2001	A4 (andere Fragestellung)
Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. <i>Health Psychology</i> 2002; 21(2): 131-138.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. <i>Journal of psychosomatic research</i> 2002; 53(5): 985-993	A4 (Risikomodell)
Taylor B. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight longitudinal risk factor study. <i>American Journal of Psychiatry</i> 2003; 160(2): 248-254.	A9a (keine Kontrolle von Confoundern)
Taylor CB, Franko DL, Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Shapiro JR. Public-health approach to eating disorders. <i>The Lancet</i> 2007; 369(9577): 1928	A9 (keine Studie, nur Kommentar)
Thurfjell B, Eliasson M, Swenne I, von Knorring AL, Engstroem I. Perceptions of gender ideals predict outcome of eating disorders in adolescent girls. <i>Eating disorders</i> 2006; 14(4): 287-304.	A4 (Prädiktoren für Heilungschancen)
Toro J, Gomez-Peresmitre G, Sentis J, Valles A, Casula V, Castro J, Pineda G, Leon R, Platas S, Rodriguez R. Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. <i>Social psychiatry and psychiatric epidemiology</i> 2006; 41(7): 556-565.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Vallance JK, Latner JD, Gleaves DH. The relationship between eating disorder psychopathology and health-related quality of life within a community sample. <i>Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation</i> 2011; 20(5): 675-682	A4 (andere Fragestellung)

**Tabelle 34: Nach Zweitselektion ausgeschlossene Publikationen zu Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren) – Fortsetzung**

Referenz	Ausschlusskriterium
van der Wal JS, Gibbons JL, Grazioso Mdel P. The sociocultural model of eating disorder development: application to a Guatemalan sample. <i>Eating behaviors</i> 2008; 9(3): 277-284.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren berichtet)
van Hoeken D, Veling W, Smink FR, Hoek HW. The incidence of anorexia nervosa in Netherlands Antilles immigrants in the Netherlands. <i>European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association</i> 2010; 18(5): 399-403.	A9a (keine Kontrolle von Confoundern)
Wade TD, Hansell NK, Crosby RD, Bryant-Waugh R, Treasure J, Nixon R, Byrne S, Martin NG. A study of changes in genetic and environmental influences on weight and shape concern across adolescence. <i>Journal of abnormal psychology</i> 2013; 122(1): 119-130.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)
Warren CS, Gleaves DH, Cepeda-Benito A, Fernandez Md, Rodriguez-Ruiz S. Ethnicity as a protective factor against internalization of a thin ideal and body dissatisfaction. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 2005; 37(3): 241-249.	A4 (andere Fragestellung)
Warschburger P, Krentz EM, Helfert S. Soziokulturelle Faktoren und Essstörungen im Jugendalter: Evaluation eines schulbasierten Präventionsprogramms. <i>Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Deutschland))</i> 2013.	A2 (Duplikat zu Helfert, Warschburger et al. <sup>135</sup> )
Yamamiya Y, Shroff H, Thompson JK. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with a Japanese sample. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 2008; 41(1): 88-91.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren berichtet)
Yuile A, McVey G. The role of social influence in the prevention of disordered eating among girls. <i>Advances in School Mental Health Promotion</i> 2009; 2(4): 47-60.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren)
Zeeni N, Gharibeh N, Katsounari I. The influence of sociocultural factors on the eating attitudes of Lebanese and Cypriot students: a cross-cultural study. <i>Journal of Human Nutrition and Dietetics</i> 2013; 26(s1): 45-52.	A7 (keine soziokulturellen Risikofaktoren untersucht)

Quelle: GÖG 2014.

## 8.7 Tabellenvorlagen

**Tabelle 35: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen**

Kriterien zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar
Basiert das Review auf einer klar definierten Forschungsfrage?			
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?			
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?			
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von mindestens zwei Personen beurteilt?			
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von mindestens zwei Personen beurteilt?			
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?			
<b>METAANALYSEN</b>			
Wurde Publikationsbias beurteilt?			
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?			
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?			
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?			
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
			<b>Unklar*</b>
<b>Kommentare</b>			

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 36: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von RCT**

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurde eine adäquate Methode der Randomisierung verwendet, um die Studienteilnehmer/innen unterschiedlichen Behandlungsgruppen zuzuteilen?			
War die Geheimhaltung der Randomisierungssequenz gewährleistet? (allocation concealment)			
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Waren die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder?			
Waren die Studienteilnehmer/innen verblindet?			
Waren jene Personen, die die Intervention verabreichten, verblindet?			
Waren jene Personen, die die Endpunkte erhoben, verblindet?			
Waren die Rahmenbedingungen, abgesehen von der untersuchten Intervention/Maßnahme, für alle Studiengruppen gleich?			
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden die Endpunkte in allen Behandlungsgruppen zum selben Zeitpunkt erhoben?			
Wurden Nebenwirkungen der Intervention/Maßnahme adäquat erhoben?			
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?			
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?			
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?			
Kann angenommen werden, dass alle erhobenen Endpunkte auch berichtet wurden?			
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?			
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?			
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
<b>Kommentare</b>			

ITT = Intention-to-treat. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 37: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von Interventionsstudien**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?			
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?			
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?			
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?			

**Tabelle 37: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von Interventionsstudien – Fortsetzung**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja		Nein		Unklar	
<b>ENDPUNKTE</b>						
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?						
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?						
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?						
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?						
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?						
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?						
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?						
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?						
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?						
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?						
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>	<b>Unklar*</b>		
<b>Kommentare</b>						

ITT = Intention-to-treat.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 38: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von Beobachtungsstudien**

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja		Nein		Unklar	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?						
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?						
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?						
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?						
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?						
War der Beobachtungszeitraum adäquat?						
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?						
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?						
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>	<b>Unklar*</b>		
<b>Kommentare</b>						

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 39: Kriterien zur Beurteilung der internen Validität (Bias-Risiko) von ökonomischen Studien**

Kriterien zur Beurteilung von ökonomischen Studien	Ja	Nein	Unklar
Ist die Studienpopulation klar beschrieben?			
Sind die Alternativen klar beschrieben?			
Wurde die Forschungsfrage in einer beantwortbaren Form gestellt?			
Ist das Design der ökonomischen Studie zur Beantwortung der Frage geeignet?			
Wurde ein geeigneter Zeithorizont zur Erfassung aller relevanten Kosten und Konsequenzen gewählt?			
Ist die ausgewählte Perspektive adäquat?			
Wurden alle wichtigen und relevanten Kosten aller Alternativen identifiziert, gemessen und bewertet?			
Wurden alle wichtigen und relevanten Outcomes für jede Alternative identifiziert, adäquat gemessen und bewertet?			
Wurde eine inkrementelle Analyse der Kosten und Outcomes gemacht?			
Wurden alle zukünftigen Kosten und Outcomes adäquat diskontiert?			
Wurde für alle wichtigen Variablen, deren Werte unsicher sind, eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?			
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
			<b>Unklar*</b>
<b>Kommentare</b>			

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 40: Kriterien zur Beurteilung der externen Validität (Generalisierbarkeit) von systematische Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen, RCT und Interventionsstudien**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?			
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?			
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?			
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?			
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?			
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?			
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>			

HTA = Health Technology Assessment. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 41: Kriterien zur Beurteilung der externen Validität (Generalisierbarkeit) von Beobachtungsstudien**

	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Kohorte auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?			
Ist die untersuchte Kohorte auch auf andere Populationen übertragbar?			
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?			
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	Ja	Nein	Unklar
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?			
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?			
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?			
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 42: Evidenztabelle für systematische Übersichtsarbeiten, HTA und Metaanalysen**

<b>Titel</b>	
<b>Journal</b>	
<b>Autor/Autoren</b>	
<b>Fragestellung</b>	
<b>Land</b>	
<b>Studiendesign</b>	
<b>Literatursuche</b>	Datenbanken: Suchzeitraum: Auswertungszeitraum:
<b>Selektionskriterien</b>	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
<b>Interventionen/ Maßnahmen</b>	
<b>Endpunkte</b>	
<b>Ergebnisse</b>	
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	
<b>Limitationen</b>	
<b>Sponsoren</b>	
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	
<b>Schlussfolgerungen</b>	
<b>Kommentare</b>	

HTA = Health Technology Assessment.

Quelle: GÖG 2014.

Tabelle 43: Evidenztabelle für RCT und Interventionsstudien

<b>Titel</b>	
<b>Journal</b>	
<b>Autor/Autoren</b>	
<b>Fragestellung</b>	
<b>Land</b>	
<b>Studiendesign</b>	
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: Follow-up:
<b>Studiengröße</b>	IG: n = KG: n =
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: KG:
<b>Endpunkte</b>	
<b>Ergebnisse</b>	
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	
<b>Limitationen</b>	
<b>Sponsoren</b>	
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	
<b>Kommentare</b>	

IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle: GÖG 2014.

Tabelle 44: Evidenztabelle für Beobachtungsstudien

<b>Titel</b>	
<b>Journal</b>	
<b>Autor/Autoren</b>	
<b>Fragestellung</b>	
<b>Land</b>	
<b>Studiendesign</b>	
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: Follow-up:
<b>Studiengröße</b>	
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	
<b>Einflussfaktoren</b>	
<b>Endpunkte</b>	
<b>Ergebnisse</b>	
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	
<b>Limitationen</b>	
<b>Sponsoren</b>	
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	
<b>Kommentare</b>	

Quelle: GÖG 2014.

Tabelle 45: Evidenztabelle für ökonomische Studien

<b>Titel</b>	
<b>Journal</b>	
<b>Autor/Autoren</b>	
<b>Fragestellung</b>	
<b>Land/Währung und Jahr auf das sich Währung bezieht</b>	
<b>Studiendesign</b>	
<b>Studiengröße</b>	
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Ausschlusskriterien:
<b>Intervention/Maßnahme</b>	Interventionsgruppe: Kontrollgruppe:
<b>Perspektive</b>	Z. B. Gesundheitssystem, Kostenträger, Gesellschaft
<b>Endpunkte</b>	
<b>Herangezogene Datenquellen</b>	Datenquellen für Effektivitätsdaten: Datenquellen für Kostendaten:
<b>Angewandte Methode zur Berechnung von Effekten und Kosten</b>	Z. B. Berechnung und Bewertung der Gesundheitseffekte, Zeithorizont, Berechnung der Kosten, Modellierung, wenn angewendet (Modelltyp, Beschreibung der wichtigsten Komponenten)
<b>Ergebnisse</b>	Gesundheitseffekte, Kosten, Synthese von Effekten und Kosten (z. B. inkrementelles Kosten-Effektivitätsverhältnis), Ergebnisse der Sensitivitätsanalyse
<b>Bias-Risiko</b>	
<b>Limitationen</b>	
<b>Sponsoren</b>	
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	
<b>Kommentare</b>	

Quelle: GÖG 2014.

## 8.8 Tabellen zur Datenextraktion und Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien

### 8.8.1 Fragestellung 1 (Wirksamkeit)

Tabelle 46: Stice et al.<sup>123</sup>, Evidenztabelle

<b>Titel</b>	A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings
<b>Journal</b>	Annual review of clinical psychology
<b>Autor/Autoren</b>	Stice E. et al.
<b>Fragestellung</b>	Beurteilung der Wirksamkeit von Programmen zur Prävention von Essstörungen. Identifikation von Wirkungsmoderatoren.
<b>Land</b>	USA
<b>Studiendesign</b>	Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse
<b>Literatursuche</b>	Datenbanken: PsychINFO, MEDLINE, Dissertation Abstracts, CINAHL Suchzeitraum: 1980 bis April 2006
<b>Selektionskriterien</b>	Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studien mit randomisierter Zuordnung zu einer Intervention, Placebo, Warteliste bzw. KG</li> <li>• Quasi-randomisierte Studien</li> <li>• Studien, in denen der Interventionseffekt zwischen Interventions- und Kontrollgruppe geprüft wurde</li> <li>• Publikation in englischer Sprache</li> </ul> Ausschlusskriterien: Studien, in denen der Effekt nur im Zeitverlauf in der Interventionsgruppe geprüft wurde.

Tabelle 46: Stice et al., Evidenztabelle – Fortsetzung

<b>Interventionen/ Maßnahmen</b>	Programme (Interventionen) zur Prävention von Essstörungen		
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essstörungen</li> <li>• Gestörtes Essverhalten (eating pathology)</li> <li>• Internalisierung des Schlankheitsideals</li> <li>• Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</li> <li>• Diät halten</li> <li>• Negative Affektivität</li> <li>• BMI</li> </ul>		
<b>Ergebnisse</b>	51 Programme zur Prävention beschrieben (68 kontrollierte Studien eingeschlossen, inklusive mehrfacher Evaluation einzelner Programme); insgesamt lagen Schätzungen für 81 separate Effektgrößen zur Prävention von Essstörungen vor.		
	<b>Endpunkt im Follow-up erhoben</b>	<b>Studien mit sig. Effekt auf Endpunkt im Follow-up</b>	<b>Effektgröße</b>
	<b>Essstörungen</b>	Keine Studie mit sig. Effekt auf zukünftige Essstörungen im Vergleich IG vs. KG. In der Studie von Taylor et al. 2006 sig. Reduktion neuer Fälle von Essstörungen im Nachbeobachtungszeitraum (3 Jahre) bei Subgruppe von Teilnehmerinnen mit hohem Essstörungsrisiko zu Programmbeginn (selbsterbeigeführtes Erbrechen, Gebrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzügler, exzessive körperliche Aktivität oder erhöhtem BMI).	
	<b>Gestörtes Essverhalten (in 37 Studien im Follow-up erhoben)</b>	Becker et al. 2005 (Dissonanz Intervention)	0,32
		Becker et al. 2005 (Psychoedukative Intervention)	0,32
		Bearman et al. 2003	0,20
		Low et al. 2006 (Student Bodies)	0,54
		McVey et al. 2003	0,27
		Neumark-Sztainer et al. 1995	0,15
		Stewart et al. 2001	0,10
		Stice et al. 2006a	0,34
		Stice et al. 2000	0,39
		Stice et al. 2006 (Dissonanz)	0,16
		Stice et al. 2006 (Healthy weight)	0,17
		Stice et al. 2003 Dissonanz)	0,21
Stice et al. 2003 (Healthy weight)		0,22	
<b>Sig. Moderatoren für Interventionseffekt im Follow-up</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektive Studienpopulation (erhöhtes Risiko für Essstörungen) (vs. universelle Prävention)</li> <li>• Alter Teilnehmerinnen &gt; 15 Jahre (vs. &lt; 15 Jahre)</li> <li>• Interaktives Programmformat (vs. didaktisches Format)</li> <li>• Kein psychoedukativer Programminhalt (vs. psychoedukativer Inhalt)</li> <li>• Dissonanz-induzierender Programminhalt (vs. nicht dissonanz-induzierend)</li> </ul>			
<b>Internalisierung Schlankheitsideal (in 25 Studien im Follow-up erhoben)</b>	<b>Studien mit sig. Effekt auf Endpunkt im Follow-up</b>	<b>Effektgröße</b>	
	Becker et al. 2005 (Dissonanz Intervention)	0,14	
	Kaminiski et al. 1996	0,44	
	Neumark-Sztainer et al. 2000	0,14	
	O'Dea et al. 2000	0,13	
	Smolak et al. 1998	0,18	
	Stice et al. 2006a	0,25	
	Stice et al. 2000	0,43	
	Stice et al. 2006 (Dissonanz)	0,17	
	Stice et al. 2006 (Healthy weight)	0,21	
<b>Keine sig. Moderatoren für Interventionseffekt im Follow-up identifiziert</b>			

Tabelle 46: Stice et al., Evidenztabelle – Fortsetzung

Ergebnisse (Fortsetzung)	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (in 27 Studien im Follow-up erhoben)	Studien mit sig. Effekt auf Endpunkt im Follow-up	Effektgröße
		Becker et al. 2005 (Dissonanz Intervention)	0,25
Becker et al. 2005 (Psychoedukative Intervention)	0,26		
Bearman et al. 2003	0,27		
Kaminiski et al. 1996	0,56		
Low et al. 2006 (StudentBodies)	0,33		
McVey et al. 2004	0,15		
McVey et al. 2003	0,23		
Rosen et al. 1989	0,32		
Stice et al. 2006a	0,30		
Stice et al. 2000	0,42		
Stice et al. 2006	0,30		
Stice et al. 2006 (Healthy weight)	0,24		
Taylor et al. 2006	0,21		
Winzelberg et al. 1998	0,31		
Winzelberg et al. 2000	0,35		
		<b>Sig. Moderatoren für Interventionseffekt im Follow-up</b>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektive Studienpopulation (erhöhter Risiko für Essstörungen) (vs. universelle Prävention)</li> <li>• Mädchen (vs. Jungen)</li> <li>• Alter Teilnehmerinnen &gt; 15 Jahre (vs. &lt; 15 Jahre)</li> <li>• Interaktives Programmformat (vs. didaktisches Format)</li> <li>• Durchführung des Präventionsprogramms durch Experten (vs. durch Laien)</li> <li>• Kein psychoedukativer Programminhalt (vs. psychoedukativer Inhalt)</li> </ul>	
Ergebnisse (Fortsetzung)	Diät halten (in 37 Studien im Follow-up erhoben)	Studien mit sig. Effekt auf Endpunkt im Follow-up	Effektgröße
		Baranowski et al. 2001	0,38
Becker et al. 2005 (Dissonanz Intervention)	0,25		
Becker et al. 2005 (Psychoedukative Intervention)	0,25		
Celio et al. 2000 (Computer Intervention)	0,47		
Chase 2001	0,20		
Kaminiski et al. 1996	0,44		
McVey et al. 2004	0,14		
McVey et al. 2003	0,27		
Stewart et al. 2001	0,08		
Stice et al. 2006 (Heavy Weight study)	0,32		
Stice et al. 2006 (Dissonance study)	0,18		
		<b>Sig. Moderatoren für Interventionseffekt im Follow-up</b>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektive Studienpopulation (erhöhter Risiko für Essstörungen) (vs. universelle Prävention)</li> <li>• Mädchen (vs. Jungen)</li> <li>• Alter Teilnehmerinnen &gt; 15 Jahre (vs. &lt; 15 Jahre)</li> <li>• Interaktives Programmformat (vs. didaktisches Format)</li> <li>• Durchführung des Präventionsprogramms durch Experten (vs. durch Laien)</li> <li>• Kein psychoedukativer Programminhalt (vs. psychoedukativer Inhalt)</li> </ul>	

**Tabelle 46: Stice et al., Evidenztable – Fortsetzung**

<b>Ergebnisse</b> (Fortsetzung)	Zusammenfassende Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sig. Reduktion der geprüften Risikofaktoren (Internalisierung des Schlankheitsideals, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Diät halten, negative Affektivität) bei 51 % der eingeschlossenen Präventionsprogramme.</li> <li>• Sig. Reduktion von gegenwärtigen oder zukünftigen Störungen des Essverhaltens durch 29 % der eingeschlossenen Präventionsprogramme.</li> <li>• Größere Effekte, wenn Präventionsprogramme selektiv (vs. universell), interaktiv (vs. didaktisch), in mehreren Einheiten abgehalten (vs. eine einzelne Interventionseinheit), nur für Mädchen (vs. für beide Geschlechter), Programmteilnehmerinnen älter als 15 Jahre (vs. jüngere Teilnehmerinnen)</li> <li>• Programme zur Akzeptanz des eigenen Körpers und Programme mit Dissonanz-Induktion hinsichtlich Schlankheitsideals zeigen sig. größere Effekte als psycho-educative Programme.</li> <li>• Programme, die von geschulten Fachleuten im Bereich Vermittlung von Primärinterventionen durchgeführt werden zeigen sig. größere Effekte als Programme, die von Laien (z. B. Lehrerinnen) durchgeführt werden.</li> </ul>
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studientyps</b>	Mittel
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine ausreichende Beschreibung der Primärstudien</li> <li>• Keine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Primärstudie,</li> <li>• Keine Berücksichtigung der Qualität der eingeschlossenen Primärstudien im Rahmen der Ergebnissynthese</li> </ul>
<b>Sponsoren</b>	National Institute of Health
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	K. A.
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Es gibt Präventionsprogramme, die unter Alltagsbedingungen ihre Wirksamkeit zur Risikoreduktion für Essstörungen nachgewiesen haben.
<b>Kommentare</b>	

BMI = Body Mass Index. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. sig. = signifikant. K. A. = Keine Angabe.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 47: Stice et al.<sup>123</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar
<b>SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEIT</b>			
Basiert das Review auf einer klar definierten Forschungsfrage?	x		
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?	x		
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	x		
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von mindestens zwei Personen beurteilt?			x
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien explizit beurteilt?		x	
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?		x	
<b>METAANALYSEN</b>			
Wurde Publikationsbias beurteilt?			x
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?	x		
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?	x		
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?	x		
<b>Beurteilung des Bias-Risikos</b> (unter Berücksichtigung des Studientyps)	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
		x	
<b>Kommentare</b>			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 48: Stice et al.<sup>123</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
	x		
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare</b>			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 49: Beintner et al.<sup>16</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	Effects of an Internet-based prevention programme for eating disorders in the USA and Germany—a meta-analytic review
<b>Journal</b>	European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association
<b>Autor/Autoren</b>	Beitner et al.
<b>Fragestellung</b>	Evaluation des Präventionsprogramms StudentBodies™
<b>Land</b>	Deutschland, USA
<b>Studiendesign</b>	Metaanalyse von 10 kontrollierten Studien zum Präventionsprogramms StudentBodies™ (davon 8 Studien mit Follow-up)
<b>Literatursuche</b>	Suchzeitraum: bis Dezember 2010
<b>Selektionskriterien</b>	Einschlusskriterien: Studie zur Wirksamkeit des Präventionsprogramms StudentBodies mit nicht selektierten Teilnehmerinnen Ausschlusskriterien: StudentBodies mit Hoch-Risikogruppen (selektive Prävention), vorausgegangene oder bestehende Essstörung
<b>Interventionen/ Maßnahmen</b>	8-wöchiges, strukturiertes, kognitiv-verhaltensbezogenes Online-Programm für Mädchen. Die Programminhalte beziehen sich auf Faktoren, die im Zusammenhang mit der Entwicklung von Essstörung stehen, wie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive und emotionale Faktoren (z. B. Wissen und Einstellungen zu Ernährung und körperlicher Betätigung, Körperbild, Selbstwirksamkeit, wahrgenommene soziale Unterstützung)</li> <li>• Peers und soziokulturelle Faktoren (z. B. Schlankheitsideal)</li> <li>• Verhaltensbezogene Faktoren (z. B. Diät- und Sportverhalten)</li> </ul>
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDI</li> <li>• EDE-Q</li> <li>• WCS</li> <li>• BSQ</li> <li>• Wissenstest</li> </ul>

**Tabelle 49: Beintner et al.<sup>16</sup>, Evidenztafel – Fortsetzung**

<b>Ergebnisse</b>	Follow-up, Vergleich mit Kontrollgruppe		
	<b>Endpunkt</b>	<b>Ø Effektgrößen der Intervention</b>	<b>Signifikanz</b>
	EDI Schlankheitsstreben	0,40	sig.
	EDI Bulimie	0,23	n. s.
	EDI Unzufriedenheit mit dem Körper	0,39	sig.
	EDE-Q Gezügeltes Essen	0,44	sig.
	EDE-Q Essbezogene Sorgen	0,31	n. s.
	EDE-Q Gewichtssorgen	0,34	n. s.
	EDE-Q Figursorgen	0,39	sig.
	Bedenken bezüglich Körpergewicht (WCS)	0,39	sig.
Fragebogen zur Körperform (BSQ)	0,45	sig.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insgesamt moderate sig Verbesserung in sämtlichen Studien zur universellen Prävention von Essstörungen in den erfassten Einstellungen im Follow-up.</li> <li>• In der Studie von Taylor et al.<sup>125</sup> sig. Reduktion neuer Fälle von Essstörungen im Nachbeobachtungszeitraum (3 Jahre) bei Subgruppe von Teilnehmerinnen mit hohem Essstörungsrisiko zu Programmbeginn (selbsterbeigeführtes Erbrechen, Gebrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzügler, exzessive körperliche Aktivität oder erhöhter BMI).</li> </ul>		
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studientyps</b>	Mittel		
<b>Limitationen</b>	Methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wurde nicht explizit bewertet und im Rahmen des Reviews bzw. der Metanalyse nicht berücksichtigt.		
<b>Sponsoren</b>	K. A.		
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	K. A.		
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Das Programm StudentBodies zeigt moderate Verbesserungen bezüglich Einstellungen zu Essstörungen. Vor allem ein negatives Körperbild und der Wunsch dünner zu sein, können signifikant reduziert werden.		
<b>Kommentare</b>			

BSQ = Body Shape Questionnaire. BMI = Body Mass Index. EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire. EDI = Eating Disorder Inventory. K. A. = Keine Angabe. Ø = Mittelwert. WCS = Weight Concern Scale.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 50: Beintner et al.<sup>16</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar
<b>SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEITEN</b>			
Basiert das Review auf einer klar definierten Forschungsfrage?	x		
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?	x		
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	Übersichtsarbeit und Metaanalyse ausschließlich zu Studien zu StudentBodies		
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von mindestens zwei Personen beurteilt?	x		
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien explizit beurteilt?		x	
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?		x	
<b>METAANALYSEN</b>			
Wurde Publikationsbias beurteilt?			
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?	x		
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?	x		
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?	x		
<b>Beurteilung des Bias-Risikos</b> (unter Berücksichtigung des Studientyps)	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
		x	
<b>Kommentare</b>	Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wurde nicht explizit bewertet und im Rahmen des Reviews bzw. der Metanalyse nicht explizit berücksichtigt.		

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 51: Beintner et al.<sup>16</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?		x	
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
		x	
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x (teilweise in Deutschland durchgeführt)		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x (teilweise in Deutschland durchgeführt)		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x (teilweise in Deutschland durchgeführt)		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	x (teilweise in Deutschland durchgeführt)		
<b>Kommentare</b>			
Keine Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen USA und Deutschland beobachtet.			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 52: Dannigkeit et al.<sup>31</sup>, Evidenztafel**

<b>Titel</b>	Ist primäre Prävention von Essstörungen langfristig wirksam? Ergebnisse zur Evaluation eines Trainingsprogramms an Schulen			
<b>Journal</b>	Zeitschrift für Gesundheitspsychologie			
<b>Autor/Autoren</b>	Dannigkeit et al.			
<b>Fragestellung</b>	Überprüfung der langfristigen Effektivität eines Programms zur Primärprävention von Essstörungen			
<b>Land</b>	Deutschland			
<b>Studiendesign</b>	Kontrollierte Interventionsstudie			
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Grundtraining: 5 Programmstunden in 2 Wochen nach 2 Jahren Auffrischungstraining (Booster-Session): 5 Programmstunden in 2 Wochen Follow-up 1: 3 Monate nach Grundtraining Follow-up 2: 3 Monate nach Auffrischungstraining			
<b>Studiengröße</b>	IG: n = 103 Schülerinnen und Schüler KG: n = 101 Schülerinnen und Schüler			
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Schülerinnen/Schüler 6. Klasse Gymnasium Ausschlusskriterien: andere Schulform als Gymnasium			
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>		IG	KG	
	% Mädchen	59,2	53,5	n.s.
	Ø Alter (Jahre)	11,6	11,7	n.s.
	Ø BMI Mädchen	17,7	17,8	n.s.
	Ø BMI Jungen	17,4	18,1	n.s.

**Tabelle 52: Dannigkeit et al., Evidenztafel – Fortsetzung**

<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: universelle Primärprävention; kritische Reflexion des soziokulturell vorgegebenen Schlankheitsideals; Thematisierung von Lernerfahrungen mit der Nahrungsaufnahme, Informationen über Essstörungssymptome; Förderung von Coping-Fähigkeiten im Umgang mit belastenden Situationen in Familie und im Freundeskreis; Durchführung des Programms durch die Studienautoren während regulärer Unterrichtszeit; Lehrer nicht anwesend KG: normaler Schulunterricht
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährungsverhalten (DEBQ-K)</li> <li>• Selbstwertempfinden (SSES)</li> <li>• Fragebogen zum Wissen über gesunde Ernährung und Essstörungen (selbstentwickelter Fragebogen)</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissenszuwachs hinsichtlich Essstörungen in IG sig. höher als in KG</li> <li>• In KG sig. mehr Zunahme bezüglich gezügelter Essstil (Subskala DEBQ-K) und emotionaler Essstil (Subskala DEBQ-K) als in IG</li> <li>• Sig. höherer Selbstwert (SSES) in IG als in KG</li> <li>• Keine Hinweise auf kontraproduktive Effekte des Präventionsprogramms</li> </ul>
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Gering
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine randomisierte Zuordnung der Gruppen</li> <li>• Hohe allgemeine und differenzielle Drop-out-Rate</li> <li>• Selbstbeurteilungsfragebogen als Evaluierungsinstrumente</li> </ul>
<b>Sponsoren</b>	Keine Angaben
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	Keine Angaben
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Ergebnisse zeigen langfristige Wirksamkeit des untersuchten Präventionsprogramms
<b>Kommentare</b>	

BMI = Body Mass Index. DEBQ-K = Dutch Eating Behavior Questionnaire für Kinder. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl. n. s. = nicht signifikant. Ø = Mittelwert. sig. = signifikant. SSES = State-Self-Esteem-Scale.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 53: Dannigkeit et al.<sup>31</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?	x		
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?	x		
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?			
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?	x		
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		

**Tabelle 53: Dannigkeit et al., Interne Validität (Bias-Risiko) – Fortsetzung**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>ENDPUNKTE</b> (Fortsetzung)			
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?		x (25 % bis Follow-up 2)	
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?		x (21 % bis Follow-up 2)	
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?		x	
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
	x		
<b>Kommentare</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine randomisierte Zuordnung der Gruppen</li> <li>Hohe allgemeine und differenzielle Drop-out-Rate</li> <li>Selbstbeurteilungsfragebogen als Evaluierungsinstrument</li> </ul>			

ITT = Intention-to-treat.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 54: Dannigkeit et al.<sup>31</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?		x (nur Gymnasien)	
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
		x	
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x (Studie aus Deutschland)		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x (Studie aus Deutschland)		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x (Studie aus Deutschland)		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare</b>			
Für eine Generalisierung der Studienergebnisse ist Einbezug anderer Schulformen erforderlich.			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 55: Schlevogt<sup>107</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	Prävention von Essstörungen in der Schule – Evaluation des Frankfurter Projektes „Jugend mit Biss“
<b>Journal</b>	Selbstverlag, Herausgeber: Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen GmbH
<b>Autor/Autoren</b>	Schlevogt
<b>Fragestellung</b>	Evaluation des Projektes „Jugend mit Biss“
<b>Land</b>	Deutschland
<b>Studiendesign</b>	Kontrollierte Interventionsstudie

**Tabelle 55: Schlevogt<sup>107</sup>, Evidenztablelle – Fortsetzung**

<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: Januar 2000 bis Dezember 2001 Follow-up: 8 Monate
<b>Studiengröße</b>	IG: n = 116 Mädchen und Jungen KG: n = 95 Mädchen und Jungen
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: 13- bis 14-Jährige; Schülerinnen/Schüler der 7. und 8. Klassenstufen Gymnasium oder Gesamtschule des Haupt- und Realschulbereichs; dezidiertes Interesse am Programm von Seiten der Lehrerinnen und Schülerinnen Ausschlusskriterien: keine
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	Keine quantitativen Daten zur Studienpopulation vor der Intervention berichtet. IG + KG: Schülerinnen Gesamtschule oder Gymnasium 7. + 8. Klasse
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: koedukativer, salutogenetischer Ansatz zu den Themen Essstörungen und -gewohnheiten; Programmziel: Stärkung psychosozialer Schutzfaktoren; Techniken: u. a. Rollenspiele, Methoden des Psychodramas, Reflexion und Selbsterfahrung; 12 Interventionen á 2 Schulstunden KG: normaler Schulunterricht
<b>Endpunkte</b>	Eigener Fragebogen (Selbsteinschätzung durch die Schülerinnen/Schüler); 128 bis 157 Items (Veränderung über die 3 Erhebungszeitpunkte, vor und nach der Intervention, 8 Monat-Follow-up) u. a. zu den Bereichen Diäterfahrungen, Essattacken, Konfliktbewältigung, Lebenszufriedenheit, Depression und Rückzug
<b>Ergebnisse</b>	Bezogen auf den Nachbeobachtungszeitraum (Programmende bis 8-Monats-Follow-up) berichten mehr Schülerinnen aus IG als in KG, dass <ul style="list-style-type: none"> <li>• sie sich über Schönheitsideale und Essstörungen informiert haben,</li> <li>• freundschaftlicher miteinander umgehen sowie Jungen und Mädchen rücksichtsvoller miteinander sind,</li> <li>• mehr Konfliktlösungspotenzial,</li> <li>• Essen in Gesellschaft mehr Spaß macht,</li> <li>• seltener essen, um Langweile zu vertreiben.</li> </ul> Ergebnisse der Signifikanzprüfung wurden nicht berichtet.
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Hoch
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Erfassung der Studienendpunkte (Evaluierung der Interventionseffekte) wurde eine selbstentwickelter Fragebogen eingesetzt für den keine Testgütekriterien vorliegen.</li> <li>• Keine quantitativen Daten zur Studienpopulation vor der Intervention berichtet.</li> <li>• Ergebnisse der Signifikanzprüfung nicht berichtet.</li> </ul>
<b>Sponsoren</b>	Hauptprojektfinanzierung: Stadt Frankfurt am Main Kostentragung der Evaluation: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	Keine Angaben
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Evaluation ergibt Nachweis von positiven Interventionseffekten des Programms „Jugend mit Biss“, die sich insbesondere auf die Stärkung der sozialen Kompetenzen von Schülerinnen beziehen.
<b>Kommentare</b>	

IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 56: Schlevogt<sup>107</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?			x (nicht berichtet)
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		

**Tabelle 56: Schlevogt, Interne Validität (Bias-Risiko) – Fortsetzung**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?		x	
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?			x (nicht berichtet)
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?		x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?		x	
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?		x	
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?		x (29 %)	
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	x		
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?		x	
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
			x
<b>Limitationen:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war</li> <li>• Keine ausreichende Beschreibung und Kontrolle prognostischer Faktoren in den Studiengruppen</li> <li>• Eigener Fragebogen zur Wirkungsevaluierung eingesetzt; keine Textgütekriterien hierzu veröffentlicht</li> <li>• Keine Daten zum Zusammenhang zwischen den mittels Fragebogen erfassten Bereichen und dem Auftreten manifester Essstörungen berichtet.</li> <li>• Hohe allgemeine Drop-out Rate zum 8-Monats-Follow-up</li> <li>• Keine Angaben zur Signifikanzprüfung der berichteten Interventionseffekte</li> <li>• Keine ITT-Analyse, keine Analyse der Teststärke</li> <li>• Keine Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Teilnehmerinnenperspektive</li> </ul>			

ITT = Intention-to-treat.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 57: Schlevogt<sup>107</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?			x
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
			x

**Tabelle 57: Schlevogt, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland – Fortsetzung**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x (Studie aus Deutschland)		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x (Studie aus Deutschland)		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x (Studie aus Deutschland)		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Eigener Fragebogen zur Wirkungsevaluierung eingesetzt; keine Textgütekriterien hierzu veröffentlicht.</li> <li>Keine Daten zum Zusammenhang zwischen den mittels Fragebogen erfassten Aspekten und dem Auftreten manifester Essstörungen.</li> </ul>			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 58: Pokrajac-Bulian et al.<sup>100</sup>, Evidenztafel**

<b>Titel</b>	School prevention program for eating disorders in Croatia: A controlled study with six month follow-up
<b>Journal</b>	Eating and weight disorders
<b>Autor/Autoren</b>	Pokrajac-Bulian et al.
<b>Fragestellung</b>	Evaluation der Wirksamkeit eines schulbasierten Programms zur universellen Primärprävention von Essstörungen.
<b>Land</b>	Kroatien
<b>Studiendesign</b>	Kontrollierte Interventionsstudie
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Dauer der Intervention: 6 Wochen Follow-up: 6 Monate
<b>Studiengröße</b>	IG: n = 75 (n = 38 Mädchen, n = 37 Jungen, 1 Schule) KG: n = 64 (n = 32 Mädchen, n = 32 Jungen, 1 Schule)
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: 7. Schulklasse, Schule in Rijeka (Kroatien) Ausschlusskriterien: keine Ausschlusskriterien
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IG Mädchen: Ø Alter = 12,8; IG Jungen: Ø Alter = 12,9</li> <li>KG Mädchen: Ø Alter = 12,9; KG Jungen: Ø Alter = 12,9</li> <li>Keine sig. Unterschiede zwischen in IG und KG hinsichtlich Alter, BMI, Essverhalten (ChEAT), Selbstwert (CSES) und Diätverhalten (ADS) bei Mädchen.</li> <li>Sig. Mehr Diätverhalten (ADS) bei Jungen in der KG als in der IG</li> </ul>
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: Universelles Primärpräventionsprogramm basierend auf kognitiver Verhaltenstheorie; interaktiver, nicht-didaktischer Ansatz; Durchführung von 2 Psychologen; Einsatz von Rollenspielen, praktischen Übungen und Gruppendiskussionen Intervention: 6 Programmeinheiten à 90 min. im Rahmen des Schulunterrichts (1 Programmeinheit pro Woche); Inhalte: Umgang mit Schlankeitsideal, Strategien zur Verbesserung der Akzeptanz des eigenen Körpers, Strategie zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichts ohne unangemessene Maßnahmen zur Gewichtskontrolle, Alarmsignale für Entwicklung einer Essstörung) KG: normaler Schulunterricht
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Essverhalten (ChEAT)</li> <li>Selbstwert (CSES)</li> <li>Diätverhalten (ADS)</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b>	6-Monats-Follow-up: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sig. Reduktion von Essstörungssymptomen (ChEAT) bei Mädchen und Jungen in IG vs. keine Veränderung in KG</li> <li>Sig. weniger Diätverhalten (ADS) bei Mädchen und Jungen in IG vs. keine Veränderung in KG</li> <li>Sig. Erhöhung des selbstberichteten Selbstwerts (CSES) bei Mädchen in IG vs. KG; kein Interventionseffekt hinsichtlich Selbstwert (CSES) bei Jungen</li> </ul>

**Tabelle 58: Pokrajac-Bulian et al., Evidenztafel – Fortsetzung**

<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studientyps</b>	Mittel
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine ausreichende Beschreibung und Kontrolle prognostischer Faktoren. Vor Programmbeginn (Baseline) sig. Häufiger Diätverhalten bei Jungen in der KG als bei Jungen in der IG</li> <li>Keine randomisierte Zuteilung zu IG und KG. Nur jeweils 1 Schule als IG und 1 Schule als KG.</li> <li>Keine Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive</li> <li>Keine ITT-Analyse</li> <li>Sämtliche Endpunkte selbstberichtet</li> </ul>
<b>Sponsoren</b>	K. A.
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	K. A.
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Das durchgeführte Programm verringert Risikofaktoren für Essstörungen bei Mädchen und Jungen. Eine Reduktion von tatsächlichem Diätverhalten wird jedoch nur bei Mädchen erreicht. Eine Evaluierung der Studienergebnisse mit größeren Studiengruppen ist erforderlich.
<b>Kommentare</b>	

ADS = Adolescent Dieting Scale. BMI = Body Mass Index. ChEAT = Children's Eating Attitudes Test. CSES = Coppersmith Self-Esteem Scale. IG = Interventionsgruppe. ITT = Intention-to-treat. K. A. = Keine Angabe. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl. Ø = Mittelwert. sig. = signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 59: Pokrajac-Bulian et al.<sup>100</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?			x
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?	x (bei Mädchen)	x (bei Jungen häufiger Diätverhalten in KG als in IG)	
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?		x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	x		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	x		
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?		x	

**Tabelle 59: Pokrajac-Bulian et al., Interne Validität (Bias-Risiko) – Fortsetzung**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja		Nein		Unklar	
Beurteilung des Bias-Risikos (unter Berücksichtigung des Studientyps)	Gering		Mittel		Hoch	
				x		
<b>Limitationen:</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine ausreichende Beschreibung und Kontrolle prognostischer Faktoren. Vor Programmbeginn (Baseline) sig. häufiger Diätverhalten bei Jungen in der KG als bei Jungen in der IG.</li> <li>Keine Randomisierte Zuteilung zu IG und KG. Nur jeweils 1 Schule als IG und 1 Schule als KG.</li> <li>Keine Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive.</li> <li>Keine ITT-Analyse.</li> <li>Sämtliche Endpunkte selbstberichtet.</li> </ul>						

IG = Interventionsgruppe. ITT = Intention-to-treat. KG = Kontrollgruppe.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 60: Pokrajac-Bulian et al.<sup>100</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja		Nein		Unklar	
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>						
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x					
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?			x (Grundschule mit hoher Motivation an Studienteilnahme)			
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x					
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>		<b>Mittel</b>		<b>Niedrig</b>	
			x			
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>						
	<b>Ja</b>		<b>Nein</b>		<b>Unklar</b>	
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x					
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x					
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x					
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>					
<b>Kommentare</b>						

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 61: Austin et al.<sup>6</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	School-Based Overweight Preventive Intervention Lowers Incidence of Disordered Weight-Control Behaviors in Early Adolescent Girls
<b>Journal</b>	Arch Pediatr Adolesc Med
<b>Autor/Autoren</b>	Austin et al.
<b>Fragestellung</b>	Wirksamkeit einer schulbasierten Präventionsmaßnahme in Bezug auf unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle bei Mädchen und Jungen
<b>Land</b>	USA
<b>Studiendesign</b>	Gruppenrandomisierte, kontrollierte Interventionsstudie
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: 2002 bis 2004 Follow-up: 2 Jahre
<b>Studiengröße</b>	13 Mittelschulen in USA IG: n = 614 KG: n = 837

Tabelle 61: Austin et al., Evidenztabelle – Fortsetzung

<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 289 Mittelschulen in Massachusetts (USA), die am Massachusetts Department of Public Health Enhanced School Health Service Programm teilgenommen haben.</li> <li>• Schülerinnen/Schüler der 6. und 7. Schulklasse</li> <li>• Einverständniserklärung</li> </ul> Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schülerinnen/Schüler, die im Rahmen der Eingangserhebung (Baseline) unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle berichtet haben</li> </ul>			
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>		IG	KG	p
	% Mädchen	53	50	n. s.
	% unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle (Baseline)	4,2	3,7	n. s.
	% Übergewicht (alters- und geschlechtsadjustierter BMI > 85 %)	32	33	n. s.
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: „5-2-1 Go!“ bestehend aus 2 Programmen: „Planet Health curriculum“ und „SHI“ <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planet Health curriculum: Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen im Rahmen des Schulunterrichts zu mehr körperlicher Aktivität, gesünderer Ernährung, kritische Reflexion und Reduktion des Fernsehkonsums</li> <li>• SHI: Maßnahmen zur Unterstützung der Schule bei der Umsetzung des Programms (Coaching des Lehrpersonals, Änderung der Schulpolitik, schulweite Promotion-Aktivitäten, Bildung von Kooperationen zwischen Schulen und Einrichtungen außerhalb der Schulen, z. B. mit Sporteinrichtungen)</li> </ul> KG: normaler Schulunterricht			
<b>Endpunkte</b>	Inzidenz unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle (selbsterbeigeführtes Erbrechen, Gebrauch von Abführmittel oder Schlankheitspillen ohne ärztliche Verschreibung)			
<b>Ergebnisse</b>	2-Jahres-Follow-up: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sig. weniger neue Fälle von unangemessenen Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle in IG (1,2 %) vs. KG (3,6 %) bei Mädchen. Risiko für neue Fälle von unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle in IG um 67 % gegenüber KG reduziert (OR = 0,33; KI (95 %) = 0,11 – 0,97).</li> <li>• Keine sig. Interventionseffekte für Jungen.</li> </ul>			
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Mittel			
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgüte (Reliabilität, Validität) des selbstentwickelten Kurzfragebogens zur Erhebung des Studienendpunkts (unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle) nicht berichtet.</li> <li>• Geringe Standardisierung des Präventionsprogramms</li> </ul>			
<b>Sponsoren</b>	US Department of Health and Human Services, Harvard School of Public Health, Massachusetts Department of Public Health			
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	Die Studienautoren geben keine Interessenkonflikte an.			
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Die Ergebnisse zeigen, dass ein interdisziplinäres, schulbasiertes Programms zur Gewichtsreduktion Vorformen von Essstörungen (unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle) bei Mädchen reduzieren kann.			
<b>Kommentare</b>				

BMI = Body Mass Index. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall. n = Anzahl. n. s. = nicht signifikant. OR = Odds ratio. Ø = Mittelwert. p = Irrtumswahrscheinlichkeit. SD = Standardabweichung. sig. = signifikant. SHI = School Health Index.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 62: Austin et al.<sup>6</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?	x		
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?	x		
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?		x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?		x	
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	x		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	x		
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?		x	
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
		x	
<b>Limitationen</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testgüte (Reliabilität, Validität) des selbstentwickelten Kurzfragebogens zur Erhebung des Studienendpunkts (unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle) nicht berichtet.</li> <li>• Geringe Standardisierung des Programms</li> <li>• Keine Angaben zu klinisch relevanten Unterschieden aus Perspektive der Studienteilnehmerinnen.</li> <li>• Keine ITT-Analyse.</li> </ul>			

ITT = Intention-to-treat.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 63: Austin et al.<sup>6</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
	x		

**Tabelle 63: Austin et al., Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland – Fortsetzung**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	Ja	Nein	Unklar
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?			x
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>			<b>x</b>
<b>Kommentare</b>			
Inwieweit die untersuchte Studienpopulation (Schüler an US-amerikanischen Mittelschulen) hinsichtlich wesentlicher Einschlussfaktoren im Rahmen des Planet-Health-Programms wie Ernährungsgewohnheiten, Lebensstilgewohnheiten (Ausmaß körperliche Aktivität, TV-Konsum) vergleichbaren Gruppen in Deutschland entspricht, kann auf Basis der vorliegenden Studiendaten nicht bewertet werden.			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 64: McVey et al.<sup>81</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	Healthy Schools – Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program
<b>Journal</b>	Body Image
<b>Autor/Autoren</b>	McVey et al.
<b>Fragestellung</b>	Evaluierung der Wirkung eines umfassenden, universellen und selektiven Präventionsprogramms bei Schülern und Lehrern in Hinblick auf Körperzufriedenheit, Internalisierung des Schlankheitsideals, gewichtsbezogener Hänseleien, gestörtem Essverhalten, Gewichtsreduktion und Muskelaufbau.
<b>Land</b>	Kanada
<b>Studiendesign</b>	Kontrollierte Interventionsstudie mit 4 beteiligten Schulen (2 Interventionsschulen, 2 Kontrollschulen, Zuteilung per Münzwurf)
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: 8 Monate, Follow-up: 6 Monate
<b>Studiengröße</b>	Gesamt n = 355 Mädchen, n = 322 Jungen IG: n = 318, KG: n = 369 65 Lehrerinnen, 26 Lehrer
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Schülerin/Schüler in einer der 4 studienbeteiligten Schulen, Schulklasse 6 oder 7, elterliche Einverständniserklärung zur Studienteilnahme Ausschlusskriterien: keine
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	Ø Alter = 11, 3 Jahre, SD Alter = 0,7 Jahre 52 % Mädchen (n = 355), 48 % Jungen (n = 332), Ethnizität: 38 % Kaukasisch, 34 % Asiatisch, 13 % Afrokanadisch
<b>Intervention/Maßnahme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IG: Healthy Schools - Healthy Kids: Multimodale Interventionen auf individueller und psychosozialer Ebene, Einbeziehung von Eltern und Lehrern,</li> <li>• 2-stündige Schulung (inklusive Auffrischungsveranstaltungen) für Lehrer und Eltern v. a. zu eigenen und soziokulturellen Vorstellungen bezüglich Körperbild; Durchführung der Intervention durch geschulte Lehrer</li> <li>• Informationen für Schüler im Unterricht (6 Module) zu: Medienkompetenz, Strategien zur Verbesserung des Selbstwerts, Unterschiede hinsichtlich Körperbau- und -erscheinung, normales Essverhalten, aktiver Lebensstil, Stressmanagement, soziale Fähigkeiten</li> <li>• Vorführung des Musicals „Every BODY Is A Somebody“ mit nachfolgender geleiteter Diskussion u. a. über Schönheits- und Schlankheitsideal, körperbezogene Hänseleien</li> <li>• Poster im Schulbereich zu Empowerment, gesundes Essen, Freude an Bewegung und Freunde mit dem eigenen Körper</li> <li>• Dauer der Intervention: 8 Monate</li> </ul> <p>KG: herkömmlicher Schulunterricht, keine Schulung von Lehrern und Eltern</p>

**Tabelle 64: McVey et al., Evidenztable – Fortsetzung**

<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperunzufriedenheit (Body Dissatisfaction Scale)</li> <li>• Essverhalten (ChEAT)</li> <li>• Internalisierung von Medienidealen (Subskala Internalisation)</li> <li>• Wahrnehmung von gewichtsbezogenen Hänseleien (POTS), Einschätzung durch die Eltern</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daten zum 6-Monats-Follow-up von 71 % der Teilnehmer</li> <li>• Kovarianzanalysen (ANCOVA): Vergleich IG (Healthy Schools-Healthy Kids Programm) versus KG von Baseline (vor Programmstart) zu 6-Monats-Follow-up</li> <li>• Sig. Reduktion der Internalisierung des Schönheits- und Schlankheitsideals bei Mädchen und Jungen in IG.</li> <li>• Sig. Reduktion bei von gestörten Essverhalten (nur bei Mädchen gemessen) in IG.</li> <li>• Keine sig. Effekte hinsichtlich Körperzufriedenheit und Wahrnehmung von gewichtsbezogenen Hänseleien</li> <li>• Keine Unterschiede der Programmeffekte zwischen Mädchen und Jungen</li> <li>• Bei Kindern mit höherem Essstörungsrisiko (untergewichtig oder übergewichtig gemäß alters- und geschlechtsadjustiertem BMI) stärker ausgeprägte Interventionseffekte als bei Kindern mit geringem Essstörungsrisiko: sig. Verbesserung der Körperzufriedenheit, sig. Reduktion von Internalisierung und sig. weniger gestörtes Essverhalten.</li> </ul>
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studientyps</b>	Mittel
<b>Limitationen</b>	Hohe Drop-out-Rate
<b>Sponsoren</b>	Women's Health Council grant of Ontario
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	Keine
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Das Programm „Healthy Schools-Healthy Kids“ verringert die Internalisierung des Schlankheitsideals bei Mädchen und Jungen und reduziert bei Mädchen die Häufigkeit von gestörtem Essverhalten. Das Programm zeigt bei Kindern mit erhöhtem Essstörungsrisiko stärkere Effekte als bei Kindern mit geringem Essstörungsrisiko.
<b>Kommentare</b>	

ANCOVA = Analysis of covariance. BMI = Body Mass Index. ChEAT = Eating Attitudes Test for Children. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl. Ø = Mittelwert. POTS = Perception of Teasing Scale. SATAQ = Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire. SD = Standardabweichung. sig. = signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 65: McVey et al.<sup>81</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?			x
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?			x
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?		x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		

**Tabelle 65: McVey et al., Interne Validität (Bias-Risiko) – Fortsetzung**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>ENDPUNKTE</b> (Fortsetzung)			
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?		x	
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?			x
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?	x		
<b>Beurteilung des Bias-Risikos</b> (unter Berücksichtigung des Studientyps)	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
		x	
<b>Limitationen:</b> Hohe Drop-out-Rate bei 6-Monats-Follow-up (29 %) Unklare Beschreibung der Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen IG und KG Randomisierung der Studienteilnehmerinnen auf Schullevel (Clusterrandomisierung) Endpunkt Essstörungen nicht erfasst			

IG = Interventionsgruppe. ITT = Intention-to-treat. KG = Kontrollgruppe.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 66: McVey et al.<sup>81</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
	x		
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare</b>			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 67: Raich et al.<sup>104</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	A controlled assessment of school-based prevention programs for reducing eating disorder risk factors
<b>Journal</b>	Eating disorders
<b>Autor/Autoren</b>	Raich et al.
<b>Fragestellung</b>	Beurteilung der Wirksamkeit eines Programms zur universellen Prävention von Essstörungen bei Mädchen
<b>Land</b>	Spanien
<b>Studiendesign</b>	Kontrollierte Interventionsstudie, Clusterrandomisierung auf Schulebene
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: 2 Wochen Follow-up: 6 Monate

Tabelle 67: Raich et al., Evidenztabelle – Fortsetzung

<b>Studiengröße</b>	IG 1: n = 76 IG 2: n = 63 KG: n = 117
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Schülerinnen der 2. Schulklasse an einer öffentlichen oder öffentlich unterstützten Mittelschule (8. Schuljahr) in der Stadt Terrassa (Provinz Barcelona) Ausschlusskriterien: Privatschulen
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	Gesamt: n = 323 Schülerinnen Ø Alter = 13,1 Jahre (SD = 0,5 Jahre) Ø BMI = 21,6 (SD = 4,2) Keine sig. Unterschiede bezüglich Ernährungswissen, BMI, CIMEC und EAT zwischen den 3 Studiengruppen Teilnahme am 6-Monats-Follow-up: n = 256 (79 %)
<b>Intervention/Maßnahme</b>	Psychoedukatives Programm mit Gruppendiskussionen; in den Schulunterricht integriert, von Experten durchgeführt; Schülerinnen wurden nicht über das eigentliche Ziel des Programms (Essstörungsprävention) informiert (Verblindung), 2 Programm-einheiten á 90 min. IG 1: Programminhalte: Erhöhung der Medienkompetenz, Entwicklung einer kritischen Haltung gegenüber gesellschaftlichem Schlankheitsideal IG 2: Programminhalt wie IG 1, zusätzlich Informationen über gesunde Ernährung KG: normaler Schulunterricht
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essverhalten (EAT)</li> <li>• Einfluss des Schönheitsideals (CIMEC-26)</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b>	Keine sig. Effekte der Interventionen auf die EAT und CIMEC zum 6-Monats-Follow-up
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studientyps</b>	Hoch
<b>Limitationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung der methodischen Aspekte (Beschreibung der Stichprobe, Intervention, Kontrolle von Confoundern) insgesamt unzureichend.</li> <li>• Zur Erfassung von Essstörungssymptomen wurde ein Fragebogen für Erwachsene (keine Version für Kinder) eingesetzt.</li> </ul>
<b>Sponsoren</b>	K. A.
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	K. A.
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Das untersuchte Präventionsprogramm zeigt kurzfristige, jedoch keine langfristigen Effekte (6 Monate nach Intervention) hinsichtlich Essstörungssymptomatik und Medienkompetenz gegenüber dem Schönheitsideal
<b>Kommentare</b>	

BMI = Body Mass Index. CIMEC = Questionnaire on influences of aesthetic body ideal. EAT = Eating Attitudes Test. IG = Interventionsgruppe. K. A. = Keine Angabe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall. n = Anzahl. Ø = Mittelwert. SD = Standardabweichung. sig. = signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

Tabelle 68: Raich et al.<sup>104</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko) von Kohortenstudien

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?		x	
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?			x

**Tabelle 68: Raich et al., Interne Validität (Bias-Risiko) von Kohortenstudien – Fortsetzung**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?		x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?			x
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?			x
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?		x	
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	x		
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?		x	
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
			x
<b>Limitationen:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibung der Studieninterventionen ist unzureichend. Keine Angaben, wie sichergestellt wurde, dass die Interventionen jeweils in derselben Weise durchgeführt wurden.</li> <li>• Zur Erfassung von Essstörungssymptomen wurde ein Fragebogen für Erwachsene (keine Version für Kinder) eingesetzt.</li> <li>• Darstellung der methodischen Aspekte (Beschreibung der Stichprobe, Intervention, Kontrolle von Confoundern) ist insgesamt unzureichend.</li> <li>• Keine ITT-Analyse, keine Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive</li> </ul>			

ITT = Intention-to-treat.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 69: Raich et al.<sup>104</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
		x	
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare</b>			
Aufgrund der geringen internen Validität der Studienergebnisse (hohes Bias-Risiko), wird die externe Validität (Generalisierbarkeit) ebenfalls limitiert.			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 70: Stice et al.<sup>116</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial
<b>Journal</b>	Journal of consulting and clinical psychology
<b>Autor/Autoren</b>	Stice et al.
<b>Fragestellung</b>	Wirksamkeit von 2 selektiven Präventionsmaßnahmen (Herstellung kognitiver Dissonanz zur Reduktion der Internalisierung des Schlankheitsideals, Anpassung von Ernährung und körperlichen Aktivität zur Erreichung eines gesunden Körpergewichts) in Bezug auf die Entwicklung von Essstörungen.
<b>Land</b>	USA
<b>Studiendesign</b>	Kontrollierte Interventionsstudie
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Dauer der Intervention: 3 Wochen Follow-up 1: 2 Jahre Follow-up 2: 3 Jahre
<b>Studiengröße</b>	IG 1 („Dissonanz“-Gruppe): n = 115 IG 2 („Gesundes Gewicht“-Gruppe): n = 117 KG 1 („Emotionales Schreiben“-KG): n = 123 KG 2 (keine Intervention-KG): n = 126
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Mädchen, Alter 14 bis 19 Jahre, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper Ausschlusskriterien: bestehende Essstörung gemäß DSM-IV (Anorexie, Bulimie oder Binge-Eating)
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	Keine sig. Unterschiede zwischen den 4 Studiengruppen u. a. hinsichtlich Alter, Geschlecht, BMI, Bildungsstand der Eltern, Ethnizität, Häufigkeit Psychotherapie, Psychopharmakotherapie. Eine statistische Kontrolle von Störfaktoren wurde aus diesem Grund von den Studienautoren als nicht erforderlich betrachtet.
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG 1 („Dissonanz“-Gruppe): Angeleitete Übungen (sprachlich, schriftlich und verhaltensbezogen) um das Schlankheitsideal kritisch zu hinterfragen, Gruppentreffen und Hausaufgaben, wöchentlich Programmeinheiten (1 h) in Gruppen für 3 Wochen (durchgeführt durch geschulten Studenten) IG 2 („Gesundes Gewicht“-Gruppe): Unterstützung (inhaltlich und Motivationstreffen) hinsichtlich Änderung/Optimierung der Ernährung und Erhöhung der körperlichen Aktivität, Reduktion des Zucker- und Fettkonsums, Führen eines Essens- und Sporttagebuchs KG 1 („Emotionales Schreiben“-Gruppe): Niederschreiben von emotionalen Inhalten im Zusammenhang mit Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (3 wöchentliche Einzeleinheiten, keine Gruppeneinheiten) KG 2 (keine Intervention): Ausfüllen der Erhebungsfragebögen
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internalisierung des Schlankheitsideals (IBSS).</li> <li>• Körperunzufriedenheit (SDBPS)</li> <li>• Essstörungen (Eating Disorder Diagnostic Interview, abgeleitet von der EDE)</li> <li>• Auftreten neuer Fälle von AN, BN oder BES gemäß DSM-IV, sowie „subthreshold eating disorders“. Gemäß Stice et al.<sup>116</sup> gehören „subthreshold eating disorder“ zur Kategorie der nicht näher bezeichneten Essstörungen (EDNOS) und werden wie folgt definiert: <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Subthreshold AN:</b> a) BMI zwischen 85 % und 90 % der alters- und geschlechtsadjustierten Verteilung (im Gegensatz zu BMI unter 85 % bei Vollbild der AN), b) deutliche Angst vor Gewichtszunahme, c) Gewicht und Körperform als besonders wichtiger Aspekt des Selbstwerts.</li> <li>– <b>Subthreshold BN:</b> a) mindestens 6 Fressanfälle und mindestens 6 der Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen innerhalb von 3 Monaten (d. h. durchschnittlich 2 Fressanfälle pro Monat, gegenüber durchschnittlich 2 Fressanfälle pro Woche für das Vollbild BN), b) Gewicht und Körperform als besonders wichtiger Aspekt des Selbstwerts.</li> <li>– <b>Subthreshold BES:</b> a) 12 unkontrollierbare Fressanfälle innerhalb von 6 Monaten, b) weniger als 6 der Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen, c) erhebliche Sorgen bezüglich der Fressanfälle, d) 3 oder mehr der folgende Kriterien: unkontrolliertes Verschlingen des Essens, Essen über das subjektive Sättigungsgefühl hinaus, Essen ohne Hungergefühl, allein Essen aus Scham vor Anderen, Essen zur Beseitigung von Niedergeschlagenheit, Schuldgefühle nach dem Fressanfall</li> </ul> </li> <li>• BMI</li> <li>• Psychosoziale Probleme (Social Adjustment Scale)</li> </ul>

**Tabelle 70: Stice et al., Evidenztabelle – Fortsetzung**

<b>Ergebnisse</b>	<p>2-Jahres-Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>IG 1 („Dissonanz“-Gruppe) im Vergleich zur KG 1 („Emotionales-Schreiben“-Gruppe): sig. weniger Internalisierung des Schlankheitsideals, sig. weniger Körperunzufriedenheit</li> <li>IG 1 („Dissonanz“-Gruppe) im Vergleich zur KG 2 (keine Intervention): sig. weniger Internalisierung des Schlankheitsideals, sig. weniger Körperunzufriedenheit, sig. weniger psychosoziale Probleme und sig. weniger subthreshold BN</li> <li>IG 2 („Gesundes Gewicht“-Gruppe) im Vergleich zu KG 1: keine sig. Unterschiede</li> <li>IG 2 („Gesundes Gewicht“-Gruppe) im Vergleich zu KG 2: sig. weniger Internalisierung des Schlankheitsideals, sig. weniger Körperunzufriedenheit</li> <li>Keine sig. Unterschiede zwischen IG 1 und IG 2 hinsichtlich untersuchter Endpunkte</li> </ul> <p>3-Jahres-Follow-up:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>IG 1 („Dissonanz“-Gruppe) im Vergleich zur KG 2 (keine Intervention): sig. weniger Körperunzufriedenheit, sig. weniger psychosoziale Probleme, sig. geringeres Risiko für Neuauftreten einer Essstörung (HR = 2,50, Risikoreduktion um 60 %)</li> <li>IG 2 („Gesundes Gewicht“-Gruppe) im Vergleich zu KG 2 (keine Intervention): sig. weniger Internalisierung des Schlankheitsideals, sig. weniger Körperunzufriedenheit, sig. geringerer BMI, sig. geringeres Risiko für Neuauftreten einer Essstörung (HR = 2,75, Risikoreduktion um 61 %)</li> </ul>
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Gering
<b>Limitationen</b>	Teststärke für Endpunkt Essstörungen gemäß DSM-IV unklar
<b>Sponsoren</b>	Forschungsstipendium und Forschungspreis National Institutes of Health (USA)
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	K. A.
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Präventionsmaßnahmen (Dissonanz-Induktion, Programme zur Verbesserung der Ernährung und Erhöhung der körperlichen Aktivität) können das Risiko für das Neuauftreten von klinisch manifesten Essstörungen deutlich reduzieren.
<b>Kommentare</b>	

AN = Anorexia nervosa. BES = Binge-Eating-Störung. BMI = Body Mass Index. BN = Bulimia nervosa. DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage. EAT = Eating Attitudes Test. EDE = Eating Disorder Examination. EDNOS = Nicht näher bezeichnete Essstörung. HR = Hazard Ratio. IBSS = Ideal-Body Stereotype Scale. IG = Interventionsgruppe. KI = Konfidenzintervall. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl. SD = Standardabweichung. SDBPS = Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale. sig. = signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 71: Stice et al.<sup>116</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?	x		
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?	x		
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?	x (teilweise)		
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		

**Tabelle 71: Stice et al., Interne Validität (Bias-Risiko) – Fortsetzung**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>ENDPUNKTE</b> (Fortsetzung)			
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?	x		
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	x		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	x		
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?	x		
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?			x
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
	x		
<b>Kommentare</b>			
Stärken:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisierte Zuordnung der Studienteilnehmerinnen</li> <li>• Verblindete diagnostische Interviews</li> <li>• Vergleichsweise große Stichprobe</li> <li>• Manifeste Essstörungen (gemäß DSM-IV) als Endpunkt erhoben</li> </ul>			
Limitationen:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unklar, ob ausreichende Teststärke für den Endpunkt Essstörung.</li> </ul>			

DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage. ITT = Intention-to-treat.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 72: Stice et al.<sup>116</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?		x	
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
		x	
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare</b>			
Die Studie wurde an einer selektiven Population durchgeführt (Mädchen, die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper berichten). Eine Generalisierbarkeit der Studienergebnisse ist damit nicht gegeben.			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 73: Wilksch et al.<sup>138</sup>, Evidenztafel**

<b>Titel</b>	Reduction of shape and weight concern in young adolescents: a 30-month controlled evaluation of a media literacy program
<b>Journal</b>	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
<b>Autor/Autoren</b>	Wilksch, Wade
<b>Fragestellung</b>	Evaluierung eines Medienkompetenzprogramms zur universellen Prävention von Essstörungen
<b>Land</b>	Australien
<b>Studiendesign</b>	Kontrollierte Interventionsstudie
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: 4 Wochen (2 Interventionseinheiten pro Woche) FU: 6 und 30 Monate
<b>Studiengröße</b>	IG: n = 126 Mädchen, n = 107 Jungen KG: n = 147 Mädchen, n = 160 Jungen
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Schulklassen der 8. Klasse aus Adelaide (Australien) Ausschlusskriterien: keine
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamt: Ø Alter = 13,6 Jahre (SD = 0,4 Jahre)</li> <li>• Kein sig. Unterschiede zwischen IG und KG für BMI</li> <li>• Baseline: sig. mehr Sorgen bezüglich Körper und Gewicht (EDE) und sig. mehr Diätverhalten bei Mädchen in der IG als bei Mädchen in der KG; keine sig. Unterschiede bei Jungen</li> </ul>
<b>Intervention/Maßnahme</b>	MediaSmart: Interaktives Programm zur Stärkung der Medienkompetenz hinsichtlich Schönheits- und Schlankheitsideale; Übungen in kleinen Arbeitsgruppen; kritische Diskussion von Medieninhalten Die Intervention besteht aus 8 Einheiten à 50 Minuten; pro Woche wurden 2 Einheiten durch den Studiererstautor im Klassenraum unter Anwesenheit des Klassenlehrers durchgeführt.
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedenken hinsichtlich Körperform und Gewicht (EDE)</li> <li>• Diätverhalten (DEBQ)</li> <li>• Körperunzufriedenheit (EDI)</li> <li>• Internalisierung des Schönheitsideals (SATAQ)</li> <li>• Wahrgenommener soziokultureller Druck (PSPS)</li> <li>• Depressivität (CDI, short form)</li> <li>• Selbstwert (RSES)</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b>	<p>Statistische Berücksichtigung der sig. Unterschiede bei Mädchen in der IG und KG hinsichtlich Sorgen bezüglich Körper und Gewicht (Kovariate, Mixed-Modell-Analyse).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6-Monats-FU und 30-Monats-FU: sig. Interventionseffekte zugunsten der IG bezüglich Bedenken hinsichtlich Körperform und Gewicht (EDE), Diätverhalten, Körperunzufriedenheit (EDI) und Depressivität (CDI) bei Mädchen und Jungen. Keine sig. Interventionseffekte hinsichtlich Internalisierung des Schönheitsideals, wahrgenommener soziokultureller Druck und Selbstwert.</li> <li>• 30-Monats-FU im Vergleich zu Baseline: Bei Mädchen in der IG häufiger (38 %) als in KG (25 %) klinisch sig. Verbesserung bezügl. Bedenken hinsichtlich Körperform und Gewicht (EDE). In KG häufiger klinisch sig. Zunahme von Diätverhalten (48 %) als in IG (32 %)</li> <li>• Drop-out-Rate 6-Monats-FU: 18 %</li> <li>• Drop-out-Rate 30-Monats-FU: 46 %</li> </ul>
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studientyps</b>	Gering
<b>Limitationen</b>	Hohe Drop-out-Rate (46 %) zum 30-Monats-FU
<b>Sponsoren</b>	Flinders University Research Budget Grant; Australian Association of Cognitive Behaviour Therapy – South Australian Branch Grant für den Studiererstautor
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	Keine Interessenkonflikte
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Verbesserung der Medienkompetenz kann eine wirksame Intervention zur langfristigen Reduktion von Risikofaktoren für Essstörungen bei Mädchen und Jungen darstellen
<b>Kommentare</b>	

BMI = Body Mass Index. CDI = Child Depression Inventory. EDE-Q = Eating Disorder Examination-Questionnaire. EDI = Eating Disorder Inventory. DEBQ = Dutch Eating Behaviour Questionnaire. FU = Follow-up. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall. Ø = Mittelwert. n = Anzahl. PSPS = Perceived Sociocultural Pressure Scale. RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale. SATAQ = Sociocultural Attitudes towards Appearance Questionnaire. SD = Standardabweichung. sig. = signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 74: Wilksch et al.<sup>138</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?	x		
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?	x*		
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?		x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?	x		
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	x (6-Monats-Follow-up)	x (30-Monats-Follow-up)	
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	x		
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?	x		
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?		x	
<b>Beurteilung des Bias-Risikos</b> (unter Berücksichtigung des Studientyps)	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
		x	
<b>Limitationen:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Drop-out-Rate (46 %) zum 30-Monats-Follow-up</li> <li>• Keine ITT-Analyse</li> <li>• Keine Analyse der Teststärke</li> </ul>			
* sig. mehr Sorgen bezüglich Körper und Gewicht bei Mädchen in der IG als bei Mädchen in der KG; in statistischer Analyse berücksichtigt			

IG = Interventionsgruppe. ITT = Intention-to-treat. KG = Kontrollgruppe. sig. = signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 75: Wilksch et al.<sup>138</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?		x	
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
		x	

**Tabelle 75: Wilksch et al., Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland – Fortsetzung**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare</b>			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 76: Gonzales et al.<sup>47</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	Disordered eating prevention programme in schools: a 30-month follow-up
<b>Journal</b>	European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association
<b>Autor/Autoren</b>	Gonzales et al.
<b>Fragestellung</b>	Evaluation der Langzeiteffekte eines schulbasierten Präventionsprogramms
<b>Land</b>	Spanien
<b>Studiendesign</b>	Kontrollierte Interventionsstudie, Clusterrandomisierung auf Schulebene
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Dauer der Intervention: 5 Wochen Follow-up 1: 7 Monate Follow-up 2: 30 Monate
<b>Studiengröße</b>	IG 1 (Medienkompetenz): n = 143 IG 2 (Medienkompetenz plus Ernährungskomponente): n = 99 KG: n = 201
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Schule in Terrassa (Provinz Barcelona) Ausschlusskriterien:
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 Schulen an Studie beteiligt;</li> <li>• BMI: <math>\bar{X}</math> = 20,9 (SD = 3,5) bei Mädchen; <math>\bar{X}</math> = 20,7 (SD = 3,4) bei Jungen; keine sig. Unterschieden zwischen IG 1, IG 2 und KG</li> <li>• Follow-up 2: Drop-out 37,7 %; keine sig. Unterschiede zwischen IG 1, IG 2 und KG</li> </ul>
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: Interaktives Präventionsprogramm für Schulkinder im Alter von 12 bis 14 Jahren basierend auf dem sozial-kognitiven Modell von Bandura (Eating, Feminine Aesthetic Beauty Model and Mass Media: How to train Critical Students in Secondary Schools®), wöchentliche Programmeinheiten im Schulunterricht, von Experten durchgeführt Medienkompetenz: 2 x 90 min. Programmeinheit + 2 x 60 min. aktive Arbeitseinheiten zu Kritik am Schönheits- und Schlankheitsideal, kritische Analyse von Werbung Ernährungskomponente: 1 x 90-min. Programmeinheit mit Wissensvermittlung zur Ernährung KG: normaler Schulunterricht
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EAT-40</li> <li>• CIMEC-26</li> <li>• BMI</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IG 1 und IG 2 zeigen im Follow-up 1 (7 Monate) und Follow-up 2 (30 Monate) sig. weniger auffälliges Essverhalten (EAT-40) und weniger Internalisierung des Schönheitsideals (CIMEC-26) als KG</li> <li>• Kein sig. Unterschiede der Interventionseffekte auf EAT-40 und CIMEC-26 im Follow-up 1 (7 Monate) und Follow-up 2 (30 Monate) zwischen Mädchen und Jungen</li> <li>• Keine sig. Unterschiede zwischen IG 1 und IG 2 (d. h. kein zusätzlicher Effekt durch Ernährungskomponenten)</li> <li>• Keine sig. Interventionseffekte hinsichtlich BMI</li> <li>• Bei Drop-outs höhere EAT-Werte als bei Teilnehmern, die Studien beendet haben</li> </ul>
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Mittel
<b>Limitationen</b>	Randomisierung auf Schulebene
<b>Sponsoren</b>	Finanzielle Unterstützung durch Ministerium für Wissenschaft und Bildung

**Tabelle 76: Gonzales et al., Evidenztable – Fortsetzung**

<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	K. A.
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Programme zur Medienkompetenz können wirksame universelle Präventionsmaßnahme darstellen mit der selbstberichtetes gestörtes Essverhalten sowie die Internalisierung des Schönheitsideals bei Schulkindern langfristig reduziert werden kann.
<b>Kommentare</b>	

BMI = Body Mass Index. CIMEC = Questionnaire on influence of aesthetic body ideal. EAT = Eating Attitudes Test. IG = Interventionsgruppe. K. A. = Keine Angabe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall. min. = Minuten. n = Anzahl. Ø = Mittelwert. p = Irrtumswahrscheinlichkeit. SD = Standardabweichung. sig. = signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 77: Gonzales et al.<sup>47</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?		x	
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?			x
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?		x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?		x	
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?	x		
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	x (7-Monats-Follow-up: 13 %)	x (30-Monats-Follow-up: 38 %)	
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	x		
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?		x	
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
		x	
<b>Kommentare</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Drop-out Rate zum 30 Monats-Follow-up (38 %). Bei Drop-outs höhere EAT-Werte als bei Teilnehmern, die Studien beendet haben. Einfluss auf die Interventionseffekte unklar.</li> <li>• Randomisierung auf Schullevel (nicht auf Klassen- oder Schülerinnenlevel), Studiengruppen wurden zwar nach Schultyp (staatlich, teilweise privat) stratifiziert, potenzielle Confounder aufgrund dieser Randomisierungsmethode wurden jedoch nur teilweise kontrolliert.</li> </ul>			

EAT = Eating Attitudes Test. ITT = Intention-to-treat.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 78: Gonzales et al.<sup>47</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?		x	
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
		x	
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare</b>			
Manifeste Essstörungen nicht als Endpunkt erfasst.			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 79: Wick et al.<sup>137</sup>, Evidenztablelle**

<b>Titel</b>	Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia in preadolescent girls			
<b>Journal</b>	Preventive Medicine			
<b>Autor/Autoren</b>	Wick et al.			
<b>Fragestellung</b>	Wirksamkeit des Programms PriMa zur Primärprävention von Anorexie bei Mädchen ab der 6. Schulklasse unter Alltagsbedingungen			
<b>Land</b>	Deutschland			
<b>Studiendesign</b>	Kontrollierte Interventionsstudie			
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: 2007 bis 2008 (Pilotstudie 2004 bis 2005, Berger et al. <sup>17</sup> ) Follow-up: 3 Monate			
<b>Studiengröße</b>	n = 1.553 Schülerinnen, 92 Schulen in Thüringen			
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Schule in Thüringen (alle Thüringer Schulen eingeladen, sich um Teilnahme zu bewerben), Lehrer der 6. Klasse, Teilnahme am Trainingsprogramm, Schülerinnen im Alter von 11 bis 13 Jahre Ausschlusskriterien: keine; nachträgliche Reduktion der Stichprobe im Rahmen der Adjustierung von IG und KG u. a. hinsichtlich Schultyp, Schülerinnenzahl pro Klasse und Zeitpunkt der Studiendurchführung			
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>		IG	KG	
	Alter (Ø Jahre, SD)	12,0 (0,7)	12,0 (0,5)	sig.
	BMI, kg/m <sup>3</sup>	19,1 (3,4)	18,7 (3,3)	n. s.
	Untergewichtig (%)	22,3	25,1	n. s.
	Normalgewichtig (%)	61,8	61,3	n. s.
	Übergewichtig (%)	15,9	13,5	n. s.
	EAT-Gruppen-Zuordnung			
	Nichtrisikogruppe (EAT < 10 %)	64,2	63,8	n. s.
Risikogruppe (EAT > 10 %)	35,8	36,2	n. s.	

**Tabelle 79: Wick et al., Evidenztafel – Fortsetzung**

<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: <ul style="list-style-type: none"> <li>Informationseinheit für Eltern; Trainingstag für die Lehrer; Programmeinheiten werden von geschulten Lehrern durchgeführt</li> <li>9 x 45-minütige Programmeinheiten mit freiwilligen Zusatzübungen für Mädchen; jede Einheit beginnt mit einem Poster auf dem mithilfe einer Barbiepuppe magersuchtypische Themen, psychologische Konflikte und Situationen dargestellt werden (Barbie-Matrix); Erzeugen einer kognitiven Dissonanz; Auflösung durch Gruppendiskussion und interaktive Rollenspiele</li> </ul> KG: kein Präventionsprogramm
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Essverhalten (EAT-26D)</li> <li>Körperbezogener Selbstwert (Skala aus rezidivierter Fassung des FBeK)</li> <li>Wissen und Einstellungen zur Magersucht</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Intervention: sig. mehr körperbezogener Selbstwert und sig. mehr Wissen zu Magersucht in IG vs. KG (in Gesamtstichprobe, Nichtrisikogruppe und Risikogruppe); keine Effekte auf Essverhalten (EAT) und Anorexie-Subskala aus EAT</li> <li>3-Monats-Follow-up: nur zu Wissen zu Magersucht sig. Effekt der Intervention (in Gesamtstichprobe, Nichtrisiko- und Risikogruppe); keine Effekte auf Essverhalten (EAT), Anorexie-Subskala aus EAT und körperbezogenen Selbstwert</li> </ul>
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Gering
<b>Limitationen</b>	Keine Randomisierung
<b>Sponsoren</b>	Finanzielle Unterstützung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung
<b>Interessenskonflikt der Studienautoren</b>	Autoren geben keine Interessenskonflikte an
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	PriMa ist eine wirksame Maßnahme zur Stärkung von Schutzfaktoren gegen Anorexie
<b>Kommentare</b>	

BMI = Body Mass Index. EAT = Eating Attitudes Test. FBeK = Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers. KEDS = Kids Eating Disorder Survey. KG = Kontrollgruppe. IG = Interventionsgruppe. n = Anzahl. n. s. = nicht signifikant. Ø = Mittelwert. PriMa = Primärprävention von Anorexie bei Mädchen. p = Irrtumswahrscheinlichkeit. SD = Standardabweichung. sig = signifikant.  
 Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 80: Wick et al.<sup>137</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x		
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?	x		
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?	x		
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?		x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?	x		
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	x (23 %)		

**Tabelle 80: Wick et al., Interne Validität (Bias-Risiko) – Fortsetzung**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>ENDPUNKTE</b> (Fortsetzung)			
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?		x	
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?	x		
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?	x		
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
	x		
<b>Kommentare</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Randomisierung (Zuteilung zu IG und KG nach Wunsch der Teilnehmerinnen), jedoch Adjustierung von IG und KG u. a. hinsichtlich Schultyp, Schülerinnenzahl pro Klasse und Zeitpunkt der Studiendurchführung</li> <li>Keine Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive</li> </ul>			

IG = Interventionsgruppe. ITT = Intention-to-treat. KG = Kontrollgruppe.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 81: Wick et al.<sup>137</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
	x		
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	Studie in Deutschland durchgeführt		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	Studie in Deutschland durchgeführt		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	Studie in Deutschland durchgeführt		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare</b>			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 82: Warschburger et al.<sup>135</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	POPS – Prävention an Schulen. Evaluation eines schulbasierten Präventionsprogramms
<b>Journal</b>	Gesundheitswesen
<b>Autor/Autoren</b>	Warschburger et al.
<b>Fragestellung</b>	Evaluation eines Programms zur universellen Prävention gegen Essstörungen (POPS).
<b>Land</b>	Deutschland
<b>Studiendesign</b>	Kontrollierte Interventionsstudie

Tabelle 82: Warschburger et al., Evidenztabelle – Fortsetzung

<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: 3 Monate Follow-up 1: 3 Monate Follow-up 2: 1 Jahr
<b>Studiengröße</b>	IG: n = 568 (3 Schulen, n = 296 Schülerinnen, n = 272 Schüler), n = 386 haben an mindestens 6 Sitzungsterminen teilgenommen KG: n = 544 (3 Schulen, n = 306 Schülerinnen, n = 238 Schüler)
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Schüler/innen an programmteilnehmender Schule Ausschlusskriterien: Keine
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	Alter: 11 bis 16 Jahre, $\bar{X}$ = 13,4 Jahre, SD = 0,8 BMI: $\bar{X}$ = 18,7, SD = 2,6 Keine sig. Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich Alter, Geschlecht und Schulklasse
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: 9 Sitzungstermine in wöchentlichem Abstand, koedukativ im Klassenkontext, von geschulten Lehrern interaktiv vermittelt, Hausaufgaben, Selbstreflexionen, 5 thematische Blöcke: – Gesunde Ernährung und Ernährung – Schönheit in Zeitschrift und Fernsehen – Selbstbild – Stärken und Schwächen – Gesunder Umgang mit Stress und Problemen – Umgang mit Hänseleien und Druck KG: Kein Präventionsprogramm
<b>Endpunkte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Essstörungssymptomatik (EAT-26)</li> <li>• Körperunzufriedenheit (EDI-2, CDRS)</li> <li>• Selbstwert (CHQ)</li> <li>• Erlebter Mediendruck (SATAQ)</li> <li>• Sozialer Druck (FASD)</li> <li>• Bedeutung des Aussehens (ASI)</li> </ul>
<b>Ergebnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EAT-Werte vor Beginn des Programms (Baseline) bei 4,7 % der Schülerinnen im klinisch-auffälligen Bereich, bei 11,2 % im subklinischen Bereich</li> <li>• 3-Monats-Follow-up: mit Ausnahme des Selbstwerts (CHQ) für sämtliche Endpunkte sig. Effektstärken im niedrigen Bereich (Cohens d zwischen 0,12 bis 0,22)</li> <li>• 1-Jahres-Follow-up: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sig. weniger Körperunzufriedenheit (EDI-2, CDRS) und erlebter Mediendruck (SATAQ) in IG</li> <li>– Bei Mädchen sig. Reduktion (Cohen d = 0,25) hinsichtlich Essstörungssymptomatik (EAT-26), bei Jungen keine sig. Effekte auf EAT-26</li> </ul> </li> </ul>
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Gering
<b>Limitationen</b>	Es wurde keine ausreichend detaillierte Darstellung der Methodik und Studienergebnisse gefunden
<b>Sponsoren</b>	K. A.
<b>Interessenkonflikt der Studienautoren</b>	Keine Interessenkonflikte
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen die Wirksamkeit des POPS-Programms und zeigen, dass primäre Interventionsprogramme auch von Lehrern erfolgreich umgesetzt werden können. Zur Steigerung der Nachhaltigkeit sollten Nachschulungen und spezielle Angebote für die besonders auffälligen Schülerinnen und Schüler erfolgen.
<b>Kommentare</b>	

ASI = Appearance Schemas Inventory. BMI = Body Mass Index. CHQ = Child Health Questionnaire. CDRS = Contour Drawing Rating Scale. EAT = Eating Attitudes Test. EDI = Eating Disorder Inventory. FASD = Fragebogen zum aussehensbezogenen sozialen Druck. K. A. = Keine Angabe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall. IG = Interventionsgruppe. n = Anzahl.  $\bar{X}$  = Mittelwert. POPS = Potsdamer Prävention an Schulen. SATAQ = Sociocultural Attitudes towards Appearance Questionnaire. SD = Standardabweichung. sig. = signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 83: Warschburger et al.<sup>135</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Kohortenstudien	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurden die Studiengruppen aus derselben Population und während derselben Zeitperiode rekrutiert?	x		
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?			x
Wurden Interventionen in allen Gruppen auf gleiche Art und Weise beurteilt?	x		
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ausreichend beschrieben?	x		
Ist die Verteilung der prognostischen Faktoren zwischen den Gruppen ähnlich?	x		
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden Endpunkte auf dieselbe Art beurteilt?	x		
Wurden Endpunkte verblindet beurteilt?		x	
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		
Wurden Nebenwirkungen der Intervention adäquat erhoben?	x		
War die Studienlaufzeit adäquat und für alle Gruppen identisch?	x		
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	x		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?	x		
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?	x (jedoch keine detaillierten Ergebnisse veröffentlicht)		
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?			x
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
	x		
<b>Kommentare</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine ausreichend detaillierte Darstellung der Methodik und Studienergebnisse gefunden</li> <li>Positiv: ITT-Analyse durchgeführt, vergleichsweise langes Follow-up (1 Jahr)</li> </ul>			

ITT = Intention-to-treat.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 84: Warschburger et al.<sup>135</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
	x		

**Tabelle 84: Warschburger et al., Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland – Fortsetzung**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	Studie in Deutschland durchgeführt		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	Studie in Deutschland durchgeführt		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	Studie in Deutschland durchgeführt		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare</b>			

Quelle: GÖG 2014.

## 8.8.2 Fragestellung 2 (ökonomische Studien)

**Tabelle 85: Wang et al.<sup>132</sup>, Evidenztafel**

<b>Titel</b>	The Economic Effect of Planet Health on Preventing Bulimia Nervosa
<b>Journal</b>	Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine
<b>Autor/Autoren</b>	Wang, Nichols, Austin
<b>Fragestellung</b>	Einschätzung der ökonomischen Effekte des schulbasierten Adipositaspräventions-Projekts „Planet Health“ zur Reduktion von DWCB; Bestimmung der Kosteneffektivität dieser Intervention, und zwar hinsichtlich des kombinierten Effekts auf die Reduktion sowohl von Adipositas als auch von DWCB
<b>Land/Währung und Jahr auf das sich Währung bezieht</b>	US-Dollar, 2010
<b>Studiendesign</b>	Kostennutzwertanalyse
<b>Studiengröße</b>	IG: n = 5 öffentliche Schulen mit insgesamt 641 Schülern, von denen sowohl Baseline- als auch Follow-up-Daten vorliegen; davon 254 nach Ausschlusskriterien (s. u.) KG: n = 5 öffentliche Schulen mit insgesamt 654 Schülern, von denen sowohl Baseline- als auch Follow-up-Daten vorliegen; davon 226 nach Ausschlusskriterien (s. u.)
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Kohorte der Planet-Health-Studie 1995 bis 1997 (Gortmaker et al. <sup>49</sup> ) Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Männliches Geschlecht (da unter männlichen Schülern kein signifikanter Interventions-Effekt nachgewiesen worden war (Wang et al.<sup>133</sup>))</li> <li>• Schülerinnen mit fehlenden Baseline-Daten zum Diätverhalten, mit fehlenden Baseline- oder Follow-up-Daten zum Purging-Verhalten bzw. Verwendung von Appetitzüglern oder mit fehlenden Daten zur ethnischen Zugehörigkeit (Austin et al.<sup>5</sup>)</li> <li>• Schülerinnen mit Purging-Verhalten bzw. Verwendung von Appetitzüglern zur Gewichtskontrolle innerhalb der letzten 30 Tage vor Baseline (Austin et al.<sup>5</sup>)</li> </ul>
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: Vermittlung von gesundheitsbezogenen Informationen im Rahmen des Schulunterrichts bezüglich Reduktion des Fernsehkonsums, gesündere Ernährung und mehr körperliche Aktivität; Coaching des Lehrpersonals über Trainingsworkshops; Dauer: 2 Jahre KG: normaler Schulunterricht
<b>Perspektive</b>	Kostenträger*
<b>Endpunkte</b>	Kosten pro gewonnenes QALY (wobei hier die Effekte der Adipositas- und Bulimieprävention zusammengezählt werden) Kosten der Intervention (Planet Health)

Tabelle 85: Wang et al., Evidenztabelle – Fortsetzung

<b>Herangezogene Datenquellen</b>	Datenquellen für Effektivitätsdaten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduktion von DWCB: Austin et al.<sup>5</sup></li> <li>• Symptomentwicklung bei Bulimie (Dauer und Wahrscheinlichkeit), Genesungs-/ Remissionsraten und -zeitpunkte, gesundheitsbezogene Lebensqualität von Bulimiepatienten: Literaturreviews**</li> <li>• Anteil der Schülerinnen mit DWCB, die eine SED haben: Annahme (mangels Datenquelle)</li> </ul> Datenquellen für Kostendaten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kosten des Projekts Planet Health: Wang et al.<sup>133</sup> Behandlungskosten für Bulimie: Literaturreview**</li> </ul>
<b>Angewandte Methode zur Berechnung von Effekten und Kosten</b>	Methode: Kosten-Nutzwert-Analyse Kosten: direkte Kosten (Kosten der Intervention Planet Health; Kosten der Bulimiebehandlung, d.h. kognitive Verhaltenstherapie, medikamentöse Therapie, stationäre Behandlung) Gesundheitseffekte: (durch die Reduktion von DWCB-Fällen bedingte) Reduktion von Bulimiefällen und damit einhergehender Gewinn an QALY – die erzielte Reduktion von Bulimiefällen wird mangels empirischer Daten mithilfe von (nach Möglichkeit literaturgestützten) Annahmen hochgerechnet Zeithorizont: 13,5 Jahre ab Ende der 2-jährigen Intervention Planet Health (davon 3,5 Jahre Symptomentwicklung Bulimie) Diskontrate: 3 % Sensitivitätsanalyse: univariate und multivariate SA (Monte Carlo Simulation) für 5 Parameter (Anteil der Schülerinnen mit DWCB, die eine SED haben; Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von Bulimie bei einer vorliegenden SED; Behandlungskosten der Bulimie; gesundheitsbezogene Lebensqualität von Bulimiepatientinnen; Zeitdauer bis zu Genesung)
<b>Ergebnisse</b>	Anzahl der durch die Intervention Planet Health verhinderten Bulimiefälle: 1,3 (0,7 bis 2,1)*** Durch die Intervention eingesparte Behandlungskosten für Bulimie: 33.999 Dollar (17.570 bis 58.962)*** Kosten der Intervention Planet Health: 46.803 Dollar**** Anzahl der durch die Intervention gewonnenen QALY: 0,7 (0,2 bis 1,32)*** Kosten pro gewonnenes QALY (wobei hier die Effekte der Adipositas- und Bulimieprävention zusammengezählt werden*****): -2.966 Dollar (5.177 bis -4.038)*** In der univariaten SA reagieren die Ergebnisse sensitiv auf die meisten Parameter mit Ausnahme der Zeitdauer bis zu Genesung.
<b>Bias-Risiko</b>	Gering
<b>Limitationen</b>	Von den Autoren genannte Limitationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl der verhinderten Bulimiefälle wurde über Annahmen hochgerechnet (da hierzu kein direkter empirischer Nachweis aus dem zugrunde liegenden RCT)</li> <li>• Keine (empirischen) Daten zum Anteil der Schülerinnen mit DWCB, die eine SED haben</li> <li>• Für die Langzeitkosten (10-Jahreszeitraum) einer Bulimiebehandlung sowie für die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Bulimie lag nur eine Studie vor</li> <li>• Kosten für die Behandlung einer SED oder mit der Behandlung verbundene Fahrtkosten wurden nicht berücksichtigt</li> <li>• Es wurde, gestützt auf Daten aus der Literatur, die Annahme getroffen, dass einer Bulimie immer eine SED vorausgeht.</li> </ul>
<b>Sponsoren</b>	Stipendium des Leadership Education in Adolescence Health Project, Maternal and Child Health Bureau, Department of Health and Human Services, USA
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Zählt man den Effekt der DWCB-Reduktion zu dem der Adipositasreduktion hinzu, ist das Planet-Health-Programm kosteneffektiver als ursprünglich angenommen. Die Ergebnisse liefern ein zusätzliches Argument für die integrierte Prävention von Adipositas und Essstörungen.
<b>Kommentare</b>	

DWCB = Unangemessene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl. QALY = Qualitätskorrigiertes Lebensjahr. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SA = Sensitivitätsanalyse. SED = Subklinische Essstörung.

\* Wang et al. selbst beschreiben die Perspektive als „societal“, berücksichtigen allerdings nur direkte Kosten.

\*\* Unklar, ob narratives oder systematisches Review; Ergebnisse werden tabellarisch präsentiert.

\*\*\* Ergebnisse der multivariaten SA in Klammern: 95 % der 10.000 Simulationen liegen im angegebenen Intervall.

\*\*\*\* Übernommen aus Wang et al.<sup>133</sup> (hochgerechnet auf 2010).

\*\*\*\*\* Berechnung: ((Interventionskosten Planet Health) – (durch Adipositas- und DWCB-Prävention eingesparte Behandlungskosten))/(durch Adipositas- und DWCB-Prävention gewonnene QALY).

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 86: Wang et al.<sup>132</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von ökonomischen Studien	Ja	Nein	Unklar
Ist die Studienpopulation klar beschrieben?	x		
Sind die Alternativen klar beschrieben?	x		
Wurde die Forschungsfrage in einer beantwortbaren Form gestellt?	x		
Ist das Design der ökonomischen Studie zur Beantwortung der Frage geeignet?	x		
Wurde ein geeigneter Zeithorizont zur Erfassung aller relevanten Kosten und Konsequenzen gewählt?	x		
Ist die ausgewählte Perspektive adäquat?	x*		
Wurden alle wichtigen und relevanten Kosten aller Alternativen identifiziert, gemessen und bewertet?			x*
Wurden alle wichtigen und relevanten Outcomes für jede Alternative identifiziert, adäquat gemessen und bewertet?		x*	
Wurde eine inkrementelle Analyse der Kosten und Outcomes gemacht?	x**		
Wurden alle zukünftigen Kosten und Outcomes adäquat diskontiert?	x		
Wurde für alle wichtigen Variablen, deren Werte unsicher sind, eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt?	x		
<b>Beurteilung des Bias-Risikos</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
		x	

**Kommentare zur Kostenerfassung:** Die Kosten einer möglicherweise notwendigen Behandlung von SED werden von den Autoren nicht berücksichtigt. Fahrtkosten im Rahmen der Behandlung werden vernachlässigt. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Autoren zwar von einer gesellschaftlichen Perspektive sprechen, jedoch nur direkte Kosten – keine indirekten wie Kosten von Produktivitätsverlusten – berücksichtigen. Da es sich bei den hier genannten, nicht berücksichtigten Kostenparametern jedoch ausschließlich um solche Kosten handelt, die mit der Intervention verhindert werden können, sollte eine Berücksichtigung dieser Kosten zu einer zusätzlichen Verbesserung des Ergebnisses, d. h. zu einer Reduktion der Kosten pro gewonnenes QALY führen.

**Kommentare zur Outcome-Erfassung:** Nach dem ersten, dieser Studie zugrunde liegenden RCT zur Wirksamkeit des Planet Health Programms in 10 Schulen (1995 bis 1997 (Austin et al.)) wurde ein zweites RCT in 13 Schulen durchgeführt (2002 bis 2004 (Austin et al.<sup>6</sup>)). Dieser zeigte ähnliche Ergebnisse, hätte jedoch aufgrund der höheren Aktualität und des größeren Umfangs mit berücksichtigt werden können. Problematisch ist jedoch insbesondere, dass diese Studien lediglich die erzielte Reduktion von DWCB-Fällen messen und keine empirischen Daten zu einer Reduktion der Bulimie vorliegen. Die Anzahl verhinderter Bulimiefälle schätzen die Studienautoren über eine Hochrechnung mithilfe von, nach Möglichkeit literaturgestützten, Annahmen zu Vorformen und Symptomentwicklung bei Bulimie (die Begrifflichkeiten DWCB- und Bulimiereduktion werden in der Ergebnisdarstellung der Studie darüber hinaus etwas irreführend verwendet). Unklar bleibt auch, ob die durchgeführten Literaturreviews zur Gewinnung zusätzlich benötigter Daten systematisch oder narrativ waren. Die fraglichen Werte bzw. Annahmen werden in der Sensitivitätsanalyse gleichwohl korrekterweise mit einer entsprechend hohen Bandbreite variiert.

**Kommentare zu den Ergebnissen:** Anzumerken ist, dass die Ergebnisse nur für den kombinierten Effekt der Adipositas- und der DWCB-Prävention angegeben werden. Berechnet man aus den in der Studie angegebenen Daten (Interventionskosten, eingesparte Behandlungskosten, gewonnene QALY) das lediglich aus der DWCB-Prävention entstehende Kosten-Nutzwert-Verhältnis, so erhält man einen Wert von 18.291 Dollar. Setzt man für die Behandlungskosten und QALY die oberen und unteren Werte aus der Sensitivitätsanalyse ein, ergibt sich eine Bandbreite von 146.165 Dollar bis -9.353 Dollar.

DWCB = Disordered weight control behaviour. QALY = Qualitätskorrigiertes Lebensjahr. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SED = Subklinische Essstörung.

\* Siehe Kommentare.

\*\* Vergleichsintervention = „Keine Intervention“/normaler Schulunterricht (damit weder mit zusätzlichen Kosten noch zusätzlichen Effekten verbunden).

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 87: Wang et al.<sup>132</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention/Exposition auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität (bezogen auf die medizinische Intervention)</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
	x		
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?			x
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
Sind für das deutsche Gesundheitssystem merkliche Abweichungen bei den Kostendaten zu erwarten?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>		<b>x</b>	
<b>Kommentare:</b> Abweichungen bei den Behandlungskosten sind aufgrund der unterschiedlichen Systeme in Struktur und Kostenniveau zu erwarten, Abweichungen bei den Interventionskosten sind vor allem im Kostenniveau zu erwarten, da es sich hauptsächlich um Gehaltskosten handelt.			

Quelle: GÖG 2014.

### 8.8.3 Fragestellung 3 (soziokulturelle Risikofaktoren)

**Tabelle 88: Grabe et al.<sup>50</sup>, Evidenztafel**

<b>Titel</b>	The Role of the media in Body Image Concerns Among Women: A Meta-Analysis of Experimental and Correlation Studies
<b>Journal</b>	Psychological Bulletin
<b>Autor/Autoren</b>	Grabe, Ward, Hyde
<b>Fragestellung</b>	Was für Auswirkungen hat Medienexposition auf die Körperunzufriedenheit, das Selbstbewusstsein in Bezug auf den eigenen Körper, die Internalisierung des Schlankheitsideals und Vorformen von Essstörungen auf Frauen?
<b>Land</b>	USA
<b>Studiendesign</b>	Metaanalyse
<b>Literatursuche</b>	Datenbanken: PsycINFO und WEB of Science Suchzeitraum: 1975 bis Januar 2007 Auswertungszeitraum: 2007 bis 2008
<b>Selektionskriterien</b>	Einschlusskriterien: experimentelle Studien über die Auswirkungen des in den Medien vermittelten Schlankheitsideals (dem Schlankheitsideal ausgesetzt sein), Korrelationsstudien über den Zusammenhang von Medienkonsum und einem oder mehreren der unter genannten Endpunkte, Ausschlusskriterien: falsches Studiendesign, Studien mit einer nicht englischsprachigen Population, keine Behandlung eines der unten genannten Endpunkte, keine Fokussierung auf Medienkonsum in TV, Magazinen oder Filmen, gemischtgeschlechtliche Populationen (eingeschlossen wurden nur Studien mit rein weiblichen Populationen)
<b>Interventionen/ Maßnahmen bzw. Einflussfaktoren</b>	Experimentelle Studien (Interventionsstudien): Frauen der Interventionsgruppe werden Medien, in denen das Schlankheitsideal verbreitet wird, ausgesetzt (in der Mehrzahl der eingeschlossenen Studien werden ihnen Bilder aus Magazinen oder TV von dünnen Modells gezeigt). Frauen der Kontrollgruppe werden diesen Medien nicht ausgesetzt, in der Regel werden ihnen neutrale Bilder (z. B. Wohndesign) oder Bilder von Models mit durchschnittlichem Körpergewicht gezeigt. Korrelationsstudien (Beobachtungsstudien): Korrelation des Zusammenhangs von Medienkonsum und einem oder mehreren der nachfolgend genannten Endpunkte.

Tabelle 88: Grabe et al., Evidenztabelle – Fortsetzung

<b>Endpunkte</b>	Körperunzufriedenheit Internalisierung des Schlankheitsideals Gestörtes Essverhalten wie exzessive Bewegung, Verwendung von Abführmitteln und Übergeben ohne medizinischen Grund				
<b>Ergebnisse</b>	Eingeschlossen wurden 77 Studien mit insgesamt 15.047 Teilnehmerinnen in denen 141 Endpunkte (siehe oben) gemessen wurden. Die Metaanalyse stellte folgende Haupteffekte zwischen Medienkonsum/Medienexposition und den einzelnen Endpunkten fest:				
	Endpunkt	Anzahl der Studien	Effekt	95 % KI	Q <sub>T</sub>
	Körperunzufriedenheit	90	-0,28	-0,21 bis -0,35	100,34
	Internalisierung	23	-0,39	-0,33 bis -0,44	66,15*
	Gestörtes Essverhalten	20	-0,30	-0,24 bis -0,36	46,3**
*p < 0,05, **p < 0,001 Körperunzufriedenheit: Der negative Wert zeigt, dass Medienexposition mit einer steigenden Körperunzufriedenheit bei Frauen assoziiert ist. Die Homogenitätsanalyse zeigt dass die Effektgrößen homogen sind. Internalisierung: Auch hier zeigt sich ein Effekt zwischen Medienexposition und der Internalisierung des Schlankheitsideals. Allerdings sind die Effektgrößen signifikant heterogen. Deshalb haben die Studienautorinnen eine Moderatoranalyse gemacht, die zeigt, dass die Effekte bei den Korrelationsstudien (Effekt = -0,42) deutlich größer sind als bei den Interventionsstudien (Effekt = -0,21). Darüber hinaus sind bei Studien, die nach dem Jahr 2000 (Effekt = -0,42) veröffentlicht wurden, die Effekte deutlich stärker als bei Studien die vor dem Jahr 2000 (Effekt = -0,13) veröffentlicht wurden. Gestörtes Essverhalten: Der negative Wert indiziert, dass das Medienexposition mit gestörtem Essverhalten bei Frauen assoziiert ist. Auch hier zeigt die Homogenitätsanalyse, dass die Effektgrößen heterogen sind. Die Moderatoranalyse zeigt dass der Effekt bei erwachsenen Frauen (> 18) größer ist als bei Jugendlichen (10 bis 18 Jahre).					
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Mittel				
<b>Limitationen</b>	Limitiert sind die Ergebnisse dieser Metaanalyse vor allem durch die Limitationen der eingeschlossenen Studien: Bei den Interventionsstudien werden die Einflüsse auf die Endpunkte nur sehr kurzfristig (in der Regel direkt nach der Intervention) gemessen. D. h. es ist nicht klar, was für mittel- und längerfristige Auswirkungen auf das Körperbild das in den Medien vermittelte Schlankheitsideal hat. Bei den Beobachtungsstudien ist die wesentliche Limitation die, dass nicht klar ist, was Ursache und was Wirkung ist. D. h. es kann nicht gesagt werden, ob das in den Medien verbreitete Schlankheitsideal zu einem negativen Körperbild bei Frauen führt oder ob Frauen mit einem negativen Körperbild häufiger Medien (in denen das Schlankheitsideal verbreitet wird) konsumieren oder ob andere Faktoren beide Zustände herbeiführen.				
<b>Sponsoren</b>	K. A.				
<b>Interessenkonflikt der Autoren</b>	K. A.				
<b>Schlussfolgerungen</b>	Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigen einen – zwischen Korrelations- und experimentellen Studien – konsistenten Zusammenhang zwischen dem in den Massenmedien verbreiteten Schlankheitsideal und dem (negativen) Körperbild von Frauen bzw. Vorformen von Essstörungen.				
<b>Kommentare:</b>					

IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall. K. A. = Keine Angabe. n = Anzahl.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 89: Grabe et al.<sup>50</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar
Basiert das Review auf einer klar definierten Forschungsfrage?	x		
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?	x		
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?	x		
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von mindestens zwei Personen beurteilt?			x
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von mindestens zwei Personen beurteilt?			x
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?		x	
<b>METAANALYSEN</b>			
Wurde Publikationsbias beurteilt?			x
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?	x		
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?	x		
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?	x		
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
		x	
<b>Kommentare</b>			

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 90: Grabe et al.<sup>50</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
	x		
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?			x
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?			x
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>			<b>x</b>

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 91: Groesz et al.<sup>52</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	The Effect of Experimental Presentation of Thin media Images on Body Satisfaction: A Meta-Analytic Review
<b>Journal</b>	International Journal of Eating Disorders
<b>Autor/Autoren</b>	Groesz, Levine, Murnen
<b>Fragestellung</b>	Messung des Effekts von Interventionen zum Schlankheitsideal wie es in den Massenmedien vermittelt wird, auf das Körperbild von Frauen

Tabelle 91: Groesz et al., Evidenztabelle – Fortsetzung

<b>Land</b>	USA				
<b>Studiendesign</b>	Metaanalyse				
<b>Literatursuche</b>	Datenbanken: PsychINFO, MEDLINE, First Search Suchzeitraum: K. A. Auswertungszeitraum: K. A.				
<b>Selektionskriterien</b>	Einschlusskriterien: Studien mit weiblichen Probandinnen, Studien mit Kontrollgruppe Ausschlusskriterien: K. A.				
<b>Interventionen/ Maßnahmen</b>	Frauen der Interventionsgruppe werden Medien in den das Schlankheitsideal verbreitet wird ausgesetzt (in der Mehrzahl der eingeschlossenen Studien werden ihnen Bilder aus Magazinen oder TV von dünnen Modells gezeigt). Frauen der Kontrollgruppe werden diesen Medien nicht ausgesetzt, in der Regel werden ihnen neutrale Bilder (z. B. Häuser, Autos) oder Bilder von Modells mit durchschnittlichem Körpergewicht gezeigt.				
<b>Endpunkt</b>	Körperzufriedenheit				
<b>Ergebnisse</b>	Eingeschlossen wurden 25 Studien mit insgesamt 2292 Teilnehmerinnen. Die Metaanalyse stellte folgende Haupteffekte zwischen Medienkonsum/Ausgesetztsein des Schlankheitsideals und den einzelnen Endpunkten fest:				
	Endpunkt	Anzahl der Studien	Effekt	95 % KI	Q <sub>T</sub>
	Körperunzufriedenheit	25	-0,31	-0,40 bis -0,23	41,23*
	*p < 0,05 Körperunzufriedenheit: Der negative Wert zeigt, dass das dem Schlankheitsideal Ausgesetztsein mit einer steigenden Körperunzufriedenheit bei Frauen assoziiert ist. Die Homogenitätsanalyse zeigt dass die Effektgrößen nicht signifikant heterogen sind.				
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Mittel				
<b>Limitationen</b>	Limitiert sind die Ergebnisse dieser Metaanalyse durch die Limitationen der eingeschlossenen Studien: Bei den eingeschlossenen Interventionsstudien werden die Einflüsse auf die Endpunkte nur sehr kurzfristig (in der Regel direkt nach der Intervention) gemessen. D. h., es ist nicht klar was für mittel- und längerfristige Auswirkungen auf das Körperbild das in den Medien vermittelte Schlankheitsideal hat.				
<b>Sponsoren</b>	K. A.				
<b>Interessenkonflikt der Autoren</b>	K. A.				
<b>Schlussfolgerungen</b>	Die soziokulturelle Perspektive, dass das in den Medien vermittelte Schlankheitsideal Auswirkungen auf die Körperunzufriedenheit von Frauen hat, wird durch die Ergebnisse der Metaanalyse unterstützt.				
<b>Kommentare</b>					

IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall. K. A. = Keine Angabe. n = Anzahl. p = Irrtumswahrscheinlichkeit.

Quelle: GÖG 2014.

Tabelle 92: Groesz et al.<sup>52</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)

Kriterien zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar
Basiert das Review auf einer klar definierten Forschungsfrage?	x		
Wurden Selektionskriterien für Studien klar definiert?	x		
Wurde eine umfangreiche systematische Literatursuche durchgeführt?			x
Wurde der Ein- oder Ausschluss von Studien von mindestens zwei Personen beurteilt?			x
Wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien von mindestens zwei Personen beurteilt?			x
Wurde die methodische Qualität der Studien bei der Evidenzsynthese berücksichtigt?		x	

**Tabelle 92: Groesz et al., Interne Validität (Bias-Risiko) – Fortsetzung**

Kriterien zur Beurteilung von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen	Ja	Nein	Unklar
<b>METAANALYSEN</b>			
Wurde Publikationsbias beurteilt?			x
Wurde Heterogenität statistisch beurteilt?	x		
Wurden die Ursachen für vorhandene Heterogenität adäquat analysiert?			x
War die Auswahl des statistischen Modells adäquat?	x		
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesigns</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
		x	
<b>Kommentare</b>			

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 93: Groesz et al.<sup>52</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?		x	
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
		x	
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?			x
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?			x
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>			<b>x</b>

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 94: Theis et al.<sup>128</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	Essstörungen im Internet: Eine experimentelle Studie zu den Auswirkungen von Pro-Esstörungs- und Selbsthilfewebsites
<b>Journal</b>	Psychotherapeutische, psychiatrische Medizin
<b>Autor/Autoren</b>	Theis, Wolf, Fiedler, Backenstraß, Kordy
<b>Fragestellung</b>	In der Studie werden folgende Hypothesen untersucht: 1. Das Lesen eines Pro-ES Blogs wirkt sich negativ auf Affekt, Körperzufriedenheit und Selbstwertgefühl aus. 2. Das Lesen eines Pro-ES Blogs wirkt sich besonders negativ auf Probandinnen aus, die ein erhöhtes Risiko (Probandinnen die auf der Weight Concern Scale einen Wert von 40 oder mehr Punkten aufwiesen) für die Entwicklung einer Essstörung aufweisen.
<b>Land</b>	Deutschland
<b>Studiendesign</b>	RCT
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: 1 Tag (zusätzlich wurde im Vorfeld ein Screening zur Rekrutierung der Probandinnen durchgeführt, in dem unter anderem demographische Basisdaten (z. B. Alter), für die Auswahl der Teilnehmerinnen erhoben wurden sowie die unten dargestellten Endpunkte ) Follow-up: nein

**Tabelle 94: Theis et al., Evidenztabelle – Fortsetzung**

<b>Studiengröße</b>	IG: n = 168 KG 1: n = 166 KG 2: n = 87
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Frauen ab 18 Jahre, Ausschlusskriterien: unzureichende Kenntnis der deutschen Sprache oder mangelnde Lesefähigkeit, aktuell in Behandlung aufgrund einer Essstörung
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	Frauen ab 18 Jahre (davon 36,8 % Studentinnen, 88,6 % nannten als höchsten Bildungsabschluss mindestens das Abitur)
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: Lesen eines Pro-ES Blogs KG 1: Lesen eines Selbsthilfeblogs (zur Thematik Essstörungen) KG 2: Lesen eines neutralen Blogs (keine essstörungsbezogenen Inhalte) Im Anschluss an die Intervention wurden die Endpunkte wieder erhoben.
<b>Endpunkte</b>	Körperunzufriedenheit (Erhebung mit Counter Drawing Rating Scale), Körperbezogener Selbstwert (Erhebung mit State Self Esteem Scale)
<b>Ergebnisse</b>	Körperunzufriedenheit: Es zeigten sich keine signifikanten Effekte auf die Körperunzufriedenheit, weder bei der Auswertung der Gesamtstichprobe, noch bei der Subgruppenanalyse. Körperbezogener Selbstwert: Es zeigten sich keine signifikanten Effekte den körperbezogenen Selbstwert der Gesamtstichprobe. Eine Subgruppenanalyse zeigte, dass Probandinnen mit einem erhöhten Risiko für Essstörungen nach Lesen des Pro-ES Blogs (IG) und nach Lesen des Selbsthilfeblogs (KG 1) einen niedrigeren körperbezogenen Selbstwert als nach Lesen des neutralen Blogs (KG 2) aufwiesen.
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Mittel
<b>Limitationen</b>	Kein Follow-up, die Studienautoren geben selber zu bedenken, dass möglicherweise, die schädliche Wirkung der Pro-ES Blogs starker waren, wenn eine längere und intensivere Auseinandersetzung mit den Inhalten stattfinden würde.
<b>Sponsoren</b>	Gefördert im Rahmen des Marie Curie Research Training Networks INTACT.
<b>Interessenkonflikt der Autoren</b>	Keine
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Auch das Lesen von neutralen Selbsthilfeseiten kann negative Effekte haben.
<b>Kommentare:</b> kein Follow-up	

ES = Essstörung. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. n = Anzahl. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 95: Theis et al.<sup>128</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurde eine adäquate Methode der Randomisierung verwendet, um die Studienteilnehmer/innen unterschiedlichen Behandlungsgruppen zuzuteilen?	x		
War die Geheimhaltung der Randomisierungssequenz gewährleistet? (allocation concealment)			x
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Waren die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder?	x		
Waren die Studienteilnehmer/innen verblindet?	x		
Waren jene Personen, die die Intervention verabreichten, verblindet?	Nicht relevant, da die Intervention und die Erhebung der Endpunkte an einem Computer durchgeführt wurde.		
Waren jene Personen, die die Endpunkte erhoben, verblindet?			
Waren die Rahmenbedingungen, abgesehen von der untersuchten Intervention/Maßnahme, für alle Studiengruppen gleich?	x		

**Tabelle 95: Theis et al., Interne Validität (Bias-Risiko) – Fortsetzung**

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden die Endpunkte in allen Behandlungsgruppen zum selben Zeitpunkt erhoben?	x		
Wurden Nebenwirkungen der Intervention/Maßnahme adäquat erhoben?			x
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	Für diese Studie nicht relevant, da Intervention und Post-Test direkt hintereinander und kein Follow-up stattgefunden hat.		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?			
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?			
Kann angenommen werden, dass alle erhobenen Endpunkte auch berichtet wurden?	x		
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?	x		
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
		x	
<b>Kommentare</b>			

ITT = Intention-to-treat. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 96: Theis et al.<sup>128</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?		x	
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
		x	
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x (Studie aus Deutschland)		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x (Studie aus Deutschland)		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x (Studie aus Deutschland)		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
Das Bildungsniveau der Teilnehmerinnen war überdurchschnittlich hoch: 36,8 % waren Studentinnen und 88,6 % nannten als höchsten Bildungsabschluss mindestens das Abitur.			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 97: Quick et al.<sup>102</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	Effects of photographs of lower – and higher – Body Mass Index fashion models on body dissatisfaction of young women
<b>Journal</b>	Topics in clinical nutrition
<b>Autor/Autoren</b>	Quick, Byrd-Bredbenner
<b>Fragestellung</b>	Messung der Effekte von Bildern von Models mit höherem und niedrigerem BMI auf die Körperunzufriedenheit
<b>Land</b>	USA
<b>Studiendesign</b>	RCT
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer:1 Tag (zusätzlich wurde im Vorfeld ein Prä-Test durchgeführt, in dem unter anderem demographische Basisdaten (z. B. Alter, ethnische Zugehörigkeit), für die Auswahl der Teilnehmerinnen erhoben wurden sowie der unten dargestellte Endpunkt) Follow-up: nein
<b>Studiengröße</b>	IG 1: n = 214 IG 2: n =201
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: weiblich, 18 bis 26 Jahre, Studentinnen
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	Studentinnen zwischen 18 und 26 Jahren, wobei auf eine ausgewogene ethnische Verteilung (orientiert an der Bevölkerung der USA) geachtet wurde. Weiße, hispanische, afroamerikanische und asiatische Frauen
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG 1: Der IG 1 wurden auf einem Computer Fotos von Models mit einem niedrigen (allerdings nach Angaben der Studienautoren nicht extrem niedrig) BMI gezeigt. IG 2: Der IG 2 wurden auf einem Computer Fotos von Models mit einem höheren BMI gezeigt. Im Anschluss an die Intervention wurde der Endpunkt wieder erhoben.
<b>Endpunkte</b>	Körperunzufriedenheit (Messung mittels Body dissatisfaction subscale des Eating Disorder Inventory 2. Edition)
<b>Ergebnisse</b>	Die Körperunzufriedenheit sank sowohl in IG 1 (Prä-Test: 7,84 vs. Post-Test 7,12) als auch in IG 2 (Prä-Test 8,26 vs. Post-Test: 7,46. Bei der Subgruppenanalyse zeigten in der IG 1 alle Subgruppen (asiatische, afroamerikanische, weiße und hispanische Frauen, Frauen mit BMI unterdurchschnittlichem BMI (hier 20,64) Frauen mit überdurchschnittlichem BMI, Frauen mit und ohne Risiko für Essstörungen, übergewichtige Frauen) eine Senkung der Körperunzufriedenheit. In der IG 2 zeigte sich in allen Subgruppen außer bei den hispanischen Frauen (gleichbleibend) und den übergewichtigen weißen Frauen (leichte Erhöhung) eine Senkung der Körperunzufriedenheit
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Hoch
<b>Limitationen</b>	Kein Follow-up, keine wirkliche Kontrollgruppe sondern nur 2 IG, die angeben welchen BMI die Models in IG 1 und IG 2 hatten, was die Interpretation der Ergebnisse (und die Übertragbarkeit) schwierig macht.
<b>Sponsoren</b>	K. A.
<b>Interessenkonflikt der Autoren</b>	K. A.
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Es ist unklar, ob der Einsatz von Models mit höherem BMI (im Vergleich zu solchen mit niedrigerem BMI) eine positive Auswirkung auf die Körperzufriedenheit von jungen Frauen hat.
<b>Kommentare</b>	

BMI = Body Mass Index. IG = Interventionsgruppe. K. A. = Keine Angabe. n = Anzahl. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.  
Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 98: Quick et al.<sup>102</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurde eine adäquate Methode der Randomisierung verwendet, um die Studienteilnehmer/innen unterschiedlichen Behandlungsgruppen zuzuteilen?			x
War die Geheimhaltung der Randomisierungssequenz gewährleistet? (allocation concealment)			x
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Waren die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder?	x		
Waren die Studienteilnehmer/innen verblindet?	x		
Waren jene Personen, die die Intervention verabreichten, verblindet?	Nicht relevant, Intervention wurde an einem Computer durchgeführt.		
Waren jene Personen, die die Endpunkte erhoben, verblindet?		x	
Waren die Rahmenbedingungen, abgesehen von der untersuchten Intervention/Maßnahme, für alle Studiengruppen gleich?	x		
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden die Endpunkte in allen Behandlungsgruppen zum selben Zeitpunkt erhoben?	x		
Wurden Nebenwirkungen der Intervention/Maßnahme adäquat erhoben?			x
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	Für diese Studie nicht relevant, da Intervention und Post-Test direkt hintereinander und kein Follow-up stattgefunden hat.		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?			
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?			
Kann angenommen werden, dass alle erhobenen Endpunkte auch berichtet wurden?	x		
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?		x	
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
			x
<b>Kommentare: kein Follow-up</b>			

ITT = Intention-to-treat. RCT= Randomisierte kontrollierte Studie.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 99: Quick et al.<sup>102</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?		x	
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?		x	
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
			x

**Tabelle 99: Quick et al., Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland – Fortsetzung**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x (allerdings nur für bestimmte Subgruppen)		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
<b>Kommentare:</b> Problematisch in Bezug auf die Generalisierbarkeit ist die Schwierigkeit der Interpretation der Ergebnisse (da in der Studie nicht angegeben ist, welchen BMI die Models in IG 1 und IG 2 hatten, sondern nur niedrigem und höherem BMI die Rede war). In Bezug auf die Übertragbarkeit auf Deutschland ist limitierend anzumerken, dass diese nur für vergleichbare Subgruppen (z. B. für die Subgruppe der weißen Studentinnen) und Settings (Universität) gegeben ist.			

BMI = Body Mass Index. IG = Interventionsgruppe.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 100: Bardone-Cone et al.<sup>9</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	What does viewing a Pro-Anorexia Website do? An Experimental Examination of Website Exposure and Moderating Effects.
<b>Journal</b>	International Journal Eating Disorder
<b>Autor/Autoren</b>	Bardone-Cone, Cass
<b>Fragestellung</b>	In der Studie wird folgende Hypothese untersucht: Das Lesen eines Pro-ES-Blogs wirkt sich negativ auf Affekt, Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung aus.
<b>Land</b>	USA
<b>Studiendesign</b>	RCT
<b>Studiendauer, Follow up</b>	Studiendauer: 1 Tag Follow-up: nein
<b>Studiengröße</b>	IG: n = 84 KG 1: n = 76 KG 2: n = 75
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: K. A. Ausschlusskriterien: K. A.
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	College-Studentinnen mit einem durchschnittlichen Alter von 18,37 Jahren
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG: Lesen eines Pro-ES-Webseite KG 1: Lesen einer Webseite über Mode (die ähnlich gestaltet ist wie die Pro-ES-Webseite) KG 2: Lesen einer neutralen Webseite Direkt vor und direkt nach Lesen der jeweiligen Webseite wurde von den Studienteilnehmerinnen Fragebögen zur Erhebung der Endpunkte ausgefüllt.
<b>Endpunkte</b>	Körperbezogener Selbstwert (Erhebung mit State Self Esteem Scale)
<b>Ergebnisse</b>	Körperbezogener Selbstwert: Es zeigten sich keine signifikanten Effekte
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Hoch
<b>Limitationen</b>	Kein Follow-up, keine Subgruppenanalyse
<b>Sponsoren</b>	K. A.
<b>Interessenkonflikt der Autoren</b>	K. A.
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Das Ansehen einer Pro-ES-Webseite hat einen unmittelbaren negativen Effekt auf junge Frauen.
<b>Kommentare</b>	

ES = Essstörung. IG = Interventionsgruppe. KG = Kontrollgruppe. K. A. = Keine Angabe. n = Anzahl. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 101: Bardone-Cone et al.<sup>9</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurde eine adäquate Methode der Randomisierung verwendet, um die Studienteilnehmer/innen unterschiedlichen Behandlungsgruppen zuzuteilen?	x		
War die Geheimhaltung der Randomisierungssequenz gewährleistet? (allocation concealment)			x
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Waren die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder?			x
Waren die Studienteilnehmer/innen verblindet?	x		
Waren jene Personen, die die Intervention verabreichten, verblindet?	Nicht relevant, da die Intervention und die Erhebung der Endpunkte an einem Computer durchgeführt wurde.		
Waren jene Personen, die die Endpunkte erhoben, verblindet?			
Waren die Rahmenbedingungen, abgesehen von der untersuchten Intervention/Maßnahme, für alle Studiengruppen gleich?	x		
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden die Endpunkte in allen Behandlungsgruppen zum selben Zeitpunkt erhoben?	x		
Wurden Nebenwirkungen der Intervention/Maßnahme adäquat erhoben?			x
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	Für diese Studie nicht relevant, da Prä-Test, Intervention und Post-Test direkt hintereinander und kein Follow-up stattgefunden hat.		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?			
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?			
Kann angenommen werden, dass alle erhobenen Endpunkte auch berichtet wurden?	x		
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?		x	
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
			x
<b>Kommentare:</b> Kein Follow-up			

ITT = Intention-to-treat. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 102: Bardone-Cone et al.<sup>9</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?		x	
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?		x	
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
			x

**Tabelle 102: Bardone-Cone et al., Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland – Fortsetzung**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x (allerdings nur für die Subgruppe von Studentinnen)		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
In Bezug auf die Übertragbarkeit auf Deutschland ist limitierend anzumerken, dass diese nur für vergleichbare Subgruppen (z. B. für die Subgruppe der weißen Studentinnen) und Settings (Universität) gegeben ist.			

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 103: Fister et al.<sup>40</sup>, Evidenztafel**

<b>Titel</b>	Media Effects on Expectancies: Exposure to realistic Female Images as a Protective Factor
<b>Journal</b>	Psychology of Addictive Behaviors
<b>Autor/Autoren</b>	Fister S, Smith G
<b>Fragestellung</b>	Hypothese: Wenn Frauen mit einem gewissen Risiko für Essstörungen Bilder von attraktiven Models mit einem durchschnittlichen Gewicht gezeigt werden, werden weniger Erwartungen in eine Bestätigung durch Schlanksein gelegt.
<b>Land</b>	USA
<b>Studiendesign</b>	RCT
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: 1 Tag Follow-up: Nein
<b>Studiengröße</b>	n = 276, 2 IG und 1 KG, k. A. zu den jeweiligen Gruppengrößen
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: Frauen mit weißer Hautfarbe, sonst k. A. Ausschlusskriterien: K. A.
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	Weißer College Studentinnen
<b>Intervention/Maßnahme</b>	IG 1: Ansehen von Fotos von dünnen Models, wie sie üblicherweise in Modezeitschriften (wie Vogue oder Glamour) abgebildet sind IG 2: Ansehen von Fotos von Models mit durchschnittlichem Gewicht (BMI 26,5). KG: Fotos von Wohnaccessoires Im Anschluss an bzw. während der Intervention wurden die Endpunkte und das Risiko für Essstörungen (mittels SATAQ Internalization Scale) erhoben.
<b>Endpunkte</b>	Internalisierung der Schlankheitsideals (Thinness and Restricting Expectancy Questionnaire)
<b>Ergebnisse</b>	Für die Gesamtstichprobe zeigte sich kein signifikanter Effekt Erwartung daran schlank zu sein, allerdings zeigte bei der Subgruppe der Frauen mit einem hohen Risiko für Essstörungen zu einer reduzierte Erwartung an das Schlankheitsideal.
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Hoch
<b>Limitationen</b>	Keine Angaben dazu, wie die Rekrutierung der Probandinnen erfolgte. Kein Follow-up. Nur weiße College-Studentinnen
<b>Sponsoren</b>	K. A.
<b>Interessenkonflikt der Autoren</b>	K. A.
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	-
<b>Kommentare</b>	

BMI = Body Mass Index. IG = Interventionsgruppe. K. A. = Keine Angabe. KG = Kontrollgruppe. KI = Konfidenzintervall.  
n = Anzahl. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie. SATAQ = Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire.  
sig. = signifikant.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 104: Fister et al.<sup>40</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von RCT	Ja	Nein	Unklar
<b>SELEKTION</b>			
Wurde eine adäquate Methode der Randomisierung verwendet, um die Studienteilnehmer/innen unterschiedlichen Behandlungsgruppen zuzuteilen?			x
War die Geheimhaltung der Randomisierungssequenz gewährleistet? (allocation concealment)			x
<b>VERGLEICHBARKEIT</b>			
Waren die Behandlungsgruppen nach der Randomisierung ähnlich in Bezug auf wesentliche prognostische Merkmale oder Confounder?			x
Waren die Studienteilnehmer/innen verblindet?			x
Waren jene Personen, die die Intervention verabreichten, verblindet?			x
Waren jene Personen, die die Endpunkte erhoben, verblindet?			x
Waren die Rahmenbedingungen, abgesehen von der untersuchten Intervention/Maßnahme, für alle Studiengruppen gleich?	x		
<b>ENDPUNKTE</b>			
Wurden die Endpunkte in allen Behandlungsgruppen zum selben Zeitpunkt erhoben?	x		
Wurden Nebenwirkungen der Intervention/Maßnahme adäquat erhoben?		x	
War die allgemeine Drop-out-Rate geringer als 20 %?	Für diese Studie nicht relevant Intervention und die Erhebung des Endpunkts parallel waren und kein Follow-up stattgefunden hat.		
War die differenzielle Drop-out-Rate zwischen den Studiengruppen geringer als 15 Prozentpunkte?			
Wurde eine ITT-Analyse durchgeführt und war diese korrekt?			
Kann angenommen werden, dass alle erhobenen Endpunkte auch berichtet wurden?	x		
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
Wurde a priori eine Teststärke-Analyse (Power-Analyse) durchgeführt?		x	
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
			x
<b>Kommentare:</b> Kein Follow-up, keine Angaben zur Größe der einzelnen Vergleichsgruppen			

ITT = Intention-to-treat. RCT = Randomisierte kontrollierte Studie.

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 105: Fister et al.<sup>40</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Maßnahme/Intervention auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Waren die Auswahlkriterien der Studienpopulation wenig restriktiv?		x	
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?		x	
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
			x

Tabelle 105: Fister et al., Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland – Fortsetzung

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x (allerdings nur für die Subgruppe von Studentinnen)		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		
In Bezug auf die Übertragbarkeit auf Deutschland ist limitierend anzumerken, dass diese nur für vergleichbare Subgruppen (z. B. für die Subgruppe der weißen Studentinnen) und Settings (Universität) gegeben ist.			

Quelle: GÖG 2014.

Tabelle 106: Neumark-Sztainer et al.<sup>91</sup>, Evidenztablelle

<b>Titel</b>	Shared Risk and Protective Factors for Overweight and Disordered Eating in Adolescents
<b>Journal</b>	American Journal of Preventive Medicine
<b>Autor/Autoren</b>	Neumark-Sztainer D, Wall M, Haines J, Story M, Sherwood N, van den Berg P
<b>Fragestellung</b>	Identifizierung von Risikofaktoren für Essstörungen
<b>Land</b>	USA
<b>Studiendesign</b>	Beobachtungsstudie (Korrelationsstudie)
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: 5 Jahre Follow-up: nach 5 Jahren Insgesamt 2 Erhebungen: 1 zu Studienbeginn und 1 nach 5 Jahren
<b>Studiengröße</b>	4.746 Probandinnen zu Beginn, 2.516 inkl. Follow-up, davon 1.386 Mädchen/junge Frauen und 1.130 Jungen/junge Männer
<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: K. A. Ausschlusskriterien: K. A.
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	Schülerinnen und Schüler an verschiedenen Middle und High Schools in Minneapolis
<b>Einflussfaktoren</b>	Fernsehen Lesen von Magazinen über Gewichtsabnahme
<b>Endpunkte</b>	Fressanfälle (erhoben im Rahmen des Eating among teens II Projekts) Gestörtes Essverhalten wie z. B. Erbrechen, Einnahme von Appetitzügler und Abführmitteln (erhoben im Rahmen des Eating among teens II Projekts)
<b>Ergebnisse</b>	<b>Mädchen</b> Fernsehen: kein sig. Zusammenhang mit Fressanfällen und gestörtem Essverhalten Lesen von Magazinen über Gewichtsabnahme: sig. positiver Zusammenhang mit Fressanfällen (um Confounder bereinigte OR: 1,36) und gestörtem Essverhalten (um Confounder bereinigte OR: 1,43) <b>Jungen</b> Fernsehen: kein sig. Zusammenhang mit Fressanfällen und gestörtem Essverhalten Lesen von Magazinen über Gewichtsabnahme: kein sig. Zusammenhang mit Fressanfällen. Sig. positiver Zusammenhang mit gestörtem Essverhalten (um Confounder bereinigte OR: 1,43)
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Hoch
<b>Limitationen</b>	Keine genauen Angaben über die Ein- und Ausschlusskriterien
<b>Sponsoren</b>	Maternal and Child Health Bureau and Health Resources and Service Administration, Department of Health and Human Services
<b>Interessenkonflikt der Autoren</b>	Keine
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	-
<b>Kommentare</b>	

K. A. = Keine Angabe. sig. = signifikant. OR = Odds Ratio.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 107: Neumark-Sztainer et al.<sup>91</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien	Ja	Nein	Unklar
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?			x
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?			x
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?	x		
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x		
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	x		
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x		
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?		x	
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x	
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>
			x
<b>Kommentare</b>			

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 108: Neumark-Sztainer et al.<sup>91</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Kohorte auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Ist die untersuchte Kohorte auch auf andere Populationen übertragbar?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
		x	
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 109: Martinez-Gonzalez et al.<sup>80</sup>, Evidenztabelle**

<b>Titel</b>	Parental Factors, Mass Media Influences, and the Onset of Eating Disorders in a Prospective Population-Based Cohort
<b>Journal</b>	Pediatrics
<b>Autor/Autoren</b>	Martinez-Gonzalez MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, de Irala-Estevez J, Cervera S
<b>Fragestellung</b>	Identifizierung von Risikofaktoren für Essstörungen
<b>Land</b>	Spanien
<b>Studiendesign</b>	Beobachtungsstudie (Korrelationsstudie)
<b>Studiendauer, Follow-up</b>	Studiendauer: 18 Monate Follow-up: ja eines nach 18 Monaten Insgesamt 2 Erhebungen: 1 zu Studienbeginn und 1 nach 18 Monaten
<b>Studiengröße</b>	2.862 Probandinnen zu Beginn, 2.509 inkl. Follow-up

**Tabelle 109: Martinez-Gonzalez et al., Evidenztabelle – Fortsetzung**

<b>Auswahlkriterien der Population</b>	Einschlusskriterien: weiblich, Alter zwischen 12 und 21 Jahren (zu Studienbeginn) Ausschlusskriterien: Vorhandene Essstörung zu Beginn der Studie (Erhebung unter den potenziellen Probandinnen zu Beginn der Studie)
<b>Charakteristika der Studienpopulation</b>	Gewichtete randomisierte Stichprobe von Schülerinnen aus der spanischen Region Navarra
<b>Einflussfaktoren</b>	Fernsehen Lesen von Mädchenzeitschriften Hören von Radioprogrammen
<b>Endpunkte</b>	Essstörungen inkl. nicht näher bezeichnete Essstörungen (EDNOS) wie Übergeben ohne med. Grund, aber auch voll ausgeprägte Essstörungen) (nach DSM-IV)
<b>Ergebnisse</b>	Fernsehen: kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit Entwicklung von Essstörungen inkl. nicht näher bezeichneter Essstörungen (EDNOS) Lesen von Mädchenzeitschriften: statistisch signifikant positiver Zusammenhang mit Entwicklung von Essstörungen inkl. EDNOS (um Confounder bereinigte OR: 1,42) Hören von Radioprogrammen: statistisch signifikant positiver Zusammenhang mit Entwicklung von Essstörungen inkl. EDNOS (um Confounder bereinigte OR: 1,55)
<b>Bias-Risiko unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	Mittel
<b>Limitationen</b>	-
<b>Sponsoren</b>	Fundacion Echebano, Gesundheitsministerium, Banco Santander-Central-Hispano
<b>Interessenkonflikt der Autoren</b>	K. A.
<b>Schlussfolgerungen der Studienautoren</b>	Die Studienautoren schlussfolgern dass die Massenmedien einen Einfluss auf die Entwicklung von Essstörungen haben.
<b>Kommentare</b>	

DSM-IV = Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen, vierte Auflage. EDNOS = Nicht näher bezeichnete Essstörung. K. A. = Keine Angabe. OR = Odds Ratio.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 110: Martinez-Gonzalez et al.<sup>80</sup>, Interne Validität (Bias-Risiko)**

<b>Kriterien zur Beurteilung von Beobachtungsstudien</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>	
Wurde die Kohorte randomisiert ausgewählt?	x			
Wurde durch die Autoren ausgeschlossen, dass ein definierter Endpunkt bereits zu Studienbeginn vorhanden war?	x			
Wurden alle relevanten prognostischen Faktoren erhoben?	x			
Wurden potenzielle Confounder in der statistischen Auswertung berücksichtigt?	x			
War die Studiengröße für die Fragestellung adäquat?	x			
War der Beobachtungszeitraum adäquat?	x			
War die Drop-out-Rate (bzw. Nicht-Teilnahmerate) geringer als 20 %?	x			
Wurden Angaben zu minimal-wesentlichen Unterschieden aus Patientenperspektive gemacht?		x		
<b>Beurteilung des Bias-Risikos unter Berücksichtigung des Studiendesign</b>	<b>Gering</b>	<b>Mittel</b>	<b>Hoch</b>	<b>Unklar*</b>
		x		
<b>Kommentare</b>				

\* Unklar aufgrund fehlender Angaben.

Quelle: GÖG 2014.

**Tabelle 111: Martinez-Gonzalez et al.<sup>80</sup>, Externe Validität und Übertragbarkeit auf Deutschland**

Kriterien	Ja	Nein	Unklar
<b>Externe Validität (Generalisierbarkeit)</b>			
Ist die untersuchte Kohorte auch auf andere Settings als das Studiensetting übertragbar?	x		
Ist die untersuchte Kohorte auch auf andere Populationen übertragbar?	x		
Wurden patientenrelevante Endpunkte (health outcomes) untersucht?	x		
<b>Beurteilung der externen Validität</b>	<b>Hoch</b>	<b>Mittel</b>	<b>Niedrig</b>
	x		
<b>Übertragbarkeit auf Deutschland</b>			
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Unklar</b>
Entspricht die Studienpopulation vergleichbaren deutschen Gruppen?	x		
Sind die untersuchten Endpunkte (health outcomes) auf die Zielpopulation in Deutschland übertragbar?	x		
Ist das Studiensetting auf Rahmenbedingungen in Deutschland übertragbar?	x		
<b>Sind die Studienergebnisse auf Deutschland übertragbar?</b>	<b>x</b>		

Quelle: GÖG 2014.

## 8.9 Fragebogenerhebung

### 8.9.1 Fragebogen

# Projekte und Maßnahmen zur Prävention von Essstörungen

## Fragebogen an Einrichtungen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) verschaffen wir uns gegenwärtig einen Überblick über Maßnahmen, die zur Prävention von Essstörungen in Deutschland ergriffen werden. Wir ersuchen Sie, uns bei diesem Projekt zu unterstützen und folgenden kurzen Fragebogen zu beantworten.

Name der Einrichtung:

Wer ist der / sind die Träger Ihrer Einrichtung:

1. Wurden oder werden derzeit in Ihrer Einrichtung Projekte/Maßnahmen zur Prävention von Essstörungen geplant, durchgeführt, ausgewertet und/oder evaluiert?

- Nein (Bitte senden Sie den bis hierher ausgefüllten Fragebogen an uns zurück. Diese Information ist im Rahmen dieser Befragung wichtig.)
- Ja, wurden von uns durchgeführt, betreut, ausgewertet oder evaluiert
- Ja, werden derzeit von uns durchgeführt, betreut, ausgewertet oder evaluiert
- Ja, geplant

**Wenn Sie mehrere Projekte/Maßnahmen durchgeführt oder ausgewertet haben oder derzeit durchführen, auswerten oder planen, dann füllen Sie bitte diesen Fragebogen für jedes einzelne Projekt / jede Maßnahme separat aus.**

2. Eckdaten Projekt/Maßnahme

Titel:

Laufzeitbeginn:

Laufzeitende:

3. In welchen Bundesländern wurde/wird dieses Projekt / diese Maßnahme zur Prävention von Essstörungen durchgeführt?

<input type="checkbox"/> Baden-Württemberg	<input type="checkbox"/> Bayern	<input type="checkbox"/> Berlin	<input type="checkbox"/> Brandenburg
<input type="checkbox"/> Bremen	<input type="checkbox"/> Hamburg	<input type="checkbox"/> Hessen	<input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern
<input type="checkbox"/> Niedersachsen	<input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen	<input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz	<input type="checkbox"/> Saarland
<input type="checkbox"/> Sachsen	<input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt	<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein	<input type="checkbox"/> Thüringen
<input type="checkbox"/> Bundesweit			

**4. Welche Funktion(en) hatte/hat Ihre Einrichtung bei diesem Projekt / dieser Maßnahme?**  
(Mehrfachantwort möglich)

- Finanzierung                       Trägerschaft                       Konzeption  
 Durchführung                       Beratung                       Organisation  
 Wissenschaftl. Begleitung  
 Sonstiges, und zwar:

**5. Gab/gibt es Kooperationspartner, mit dem / mit denen Ihre Einrichtung dabei zusammengearbeitet hat / zusammenarbeitet?**

- Ja                       Nein

**5.1 Wenn Ja: Nennen Sie bitte den/die Kooperationspartner:**

	Kooperation mit
1.	
2.	
3.	
4.	

**6. Bitte spezifizieren Sie das Setting, in dem das Projekt / die Maßnahme durchgeführt wurde / durchgeführt wird (Mehrfachantwort möglich):**

<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Sportverein	Falls anderes Setting, bitte hier nennen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Förderschule	<input type="checkbox"/> Tanzverein	
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Freizeitgruppe	
<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Jugendzentrum	
<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Stadtteilzentrum	
<input type="checkbox"/> Gesamtschule, IGS	<input type="checkbox"/> Kirchliche Gruppe	
<input type="checkbox"/> Berufsbildende Schule	<input type="checkbox"/> Internetplattform	
<input type="checkbox"/> Hort		

**7. Welche Altersgruppen wurden / werden bei diesem Projekt / dieser Maßnahme angesprochen?**

0-6 Jahre	7-10 Jahre	11-14 Jahre	15-18 Jahre	19-25 Jahre	älter als 25 Jahre	Sonstige
<input type="checkbox"/>						

Falls sonstige Altersgruppe, bitte nennen:

8. Welche Präventionsziele sollen mit dem Projekt / der Maßnahme erreicht werden, und wie wurde/wird das Erreichen dieser Ziele gemessen? (Bitte Präventionsziele einzeln nennen.)

Präventionsziel	Wie Zielerreichung gemessen?

9. Wurden/werden Kosten (Ressourcenaufwand) für das Projekt / die Maßnahme erfasst?

Ja       Nein

9.1. Wie hoch war/ist das finanzielle Gesamtvolumen des Projekts?

Pro Jahr: EUR

Für die gesamte Laufzeit: EUR

9. 2. Aus welchen Mitteln wurde/wird das Projekt / die Maßnahme finanziert?

Mittelgeber	Prozentueller Anteil am Gesamtvolumen des Projekts / der Maßnahme

**10. Haben Sie dieses Projekt / diese Maßnahmen evaluiert?**

Ja, im Jahr:  Ist geplant für 20  Nein

Die erfolgte/geplante Evaluierung ist eine:

Prozessevaluierung  Ergebnisevaluierung

**11. Wurden die Ergebnisse des Projekts / der Maßnahme in einem Evaluierungsbericht dargestellt?**

Ja  Nein, aber ist geplant  Nein

**11.1. Nennen Sie die Quelle, Referenz, URL etc. für diese Evaluierung, oder senden Sie uns den Evaluierungsbericht bitte zu.**  
(Die Evaluierungsergebnisse sind für das vorliegende Projekt außerordentlich wichtig.)

Quelle, Referenz, URL etc. des Evaluierungsberichts:

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Herr/  Frau:

Funktion:

Tel.:

E-Mail:

**Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mühe und Unterstützung!**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per E-Mail oder postalisch zurück an:

Gesundheit Österreich GmbH  
Stubenring 6  
A-1010 Wien  
www.goeg.at  
E-Mail: [essstoerungen@goeg.at](mailto:essstoerungen@goeg.at)

Selbstverständlich stehen wir Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung.  
Kontaktieren Sie uns einfach:

**Dr. Alexander Eisenmann**  
Gesundheit Österreich GmbH  
Stubenring 6, A-1010 Wien  
T: +43 1 515 61-143  
F: +43 1 513 84 72  
[alexander.eisenmann@goeg.at](mailto:alexander.eisenmann@goeg.at)

**MMag. Elisabeth Breyer**  
Gesundheit Österreich GmbH  
Stubenring 6, A-1010 Wien  
T: +43 1 515 61-112  
F: +43 1 513 84 72  
[elisabeth.breyer@goeg.at](mailto:elisabeth.breyer@goeg.at)

## 8.9.2 Adressatenliste Fragebogenbefragung

### BUNDESEBENE

Institution	Abteilung/Position	PLZ	Ort
Bundesministerium für Gesundheit	Drogenbeauftragte der Bundesregierung	10117	Berlin
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	Abteilung 1/13: Suchtprävention	51109	Köln
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.	Referat Öffentlichkeitsarbeit und Prävention	59065	Hamm
Forum Gesundheitsziele Deutschland	Projektkoordination	50670	Köln
ANAD e. V. (Empfehlung Gutachter)	Geschäftsführender Vorstand, Therapeutischer Leiter kontakt@anad.de	80336	München
Christoph-Dornier-Stiftung (Empfehlung Gutachter)	Stiftung für Klinische Psychologie info@christoph-dornier-stiftung.de	48143	Münster
Bundesfachverband Essstörungen (Empfehlung Gutachter)	bfe-essstoerungen@gmx.de	80538	München
Deutsche Gesellschaft für Essstörungen DGESS (Empfehlung Gutachter)	Präsidentin	83209	Prien am Chiemsee
Deutsches Institut für Urbanistik	Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung	10969	Berlin
Deutscher Städte- und Gemeindebund	Referatsleiterin für Jugend- und Familienpolitik, Schule, Gesundheitswesen	12207	Berlin
Deutscher Landkreistag	Dezernat V/Kinder- und Jugendhilfe	10785	Berlin
AWO Bundesverband e. V.	Koordination der AWO Suchthilfe und der Selbsthilfe in der AWO Bundesgeschäftsstelle	10961	Berlin
Blaues Kreuz	Geschäftsführer Verwaltung/Projekte	42289	Wuppertal
Caritas Suchthilfe e. V. (CaSu)		79104	Freiburg
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	Selbsthilfe, Prävention und Rehabilitation	10178	Berlin
Diakonie	Sozialpsychiatrie und Suchthilfe	14195	Berlin
Deutsches Rotes Kreuz e. V.	Generalsekretariat, Team 42	12205	Berlin
Bundesärztekammer	Dezernat 1 u. a. Sucht und Drogen	10623	Berlin
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.	Referent	53123	Bonn
Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz		10178	Berlin
Deutscher Landkreistag, Dezernat V (Gesundheit, Jugend, Bildung)	Beigeordneter Dezernat V, joerg.freese@landkreistag.de Referent Willhöft Sekr: chris.steingrueber@dlt.de	10785	Berlin

### KRANKENKASSEN

Institution	Abteilung/Position	PLZ	Ort
Barmer GEK	Leiter Prävention der Barmer GEK	42285	Wuppertal
AOK-Bundesverband	Abteilung Prävention im AOK-Bundesverband	10178	Berlin
AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen	Gesundheitsförderung, Gruppenleiterin Primärprävention	65760	Eschborn
AOK Rheinland/Hamburg-Die Gesundheitskasse	Geschäftsbereich Prävention/Gesundheitssicherung Referentin für Gesundheitsförderung	40213	Düsseldorf
DAK Unternehmen Leben	Kontaktadresse für die Bundesorganisationen der Selbsthilfe	20097	Hamburg
DAK Unternehmen Leben	Versorgungsmanagement, Leistungen zur Prävention	20097	Hamburg
Techniker Krankenkasse		22305	Hamburg
PKV Verband der privaten Krankenversicherung e .V.		50968	Köln

**LÄNDEREBENE**

Bundesland	Institution	Abteilung/Position	PLZ	Ort
<b>Baden-Württemberg</b>	Ministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen, Senioren und Jugend	Abteilung 5: Gesundheit/Referat 53 Psychiatrie und Sucht	70174	Stuttgart
	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart (LGA)	Abteilung 9 – Landesgesundheitsamt Abteilungspräsident	70191	Stuttgart
	Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg	Abteilung 5: Jugend, Sport, Weiterbildung/Referat 56 Prävention und Schulpsychologische Dienste, Leitstelle Betriebsärztl. Dienst	70173	Stuttgart
	Baden Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation GmbH	Prävention und Öffentlichkeitsarbeit	77871	Renchen
	Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V.	Referentin für Suchtprävention	70173	Stuttgart
	Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg		70597	Stuttgart
<b>Bayern</b>	Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.	Zentrale Informationsstelle Sucht in der LZG	80538	München
	Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e. V.	Jugendschutz Gesundheitspädagoge, Genderpädagoge	80636	München
	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Umwelt	Abteilung 2: Krankenhausversorgung und Gesundheitsschutz Referat 29: Psychiatrie, Sucht, Drogen und Aids	81901	München
	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit	Sachgebiet GE5: Leitstelle Prävention; Messen und Veranstaltungen	91058	Erlangen
	Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS)	Geschäftsführerin	80336	München
	Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen		80336	München
	Regierung von Oberbayern		80538	München
	Regierung von Schwaben		86152	Augsburg
	Regierung von Oberfranken	Sachgebiet 53.1	95444	Bayreuth
	Regierung von Unterfranken	SG 53 Gesundheit, Pharmaziewesen	97070	Würzburg
<b>Brandenburg</b>	Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV)	Suchtbeauftragte im MUGV des Landes Brandenburg	14473	Potsdam
	Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.	Zentralstelle für Suchtprävention (ZSB)	14467	Potsdam
	Landessuchtkonferenz Brandenburg/Arbeitskreis „Suchtprävention“ der Landessuchtkonferenz (LSK)	Sprecherin des AK Suchtprävention	14471	Potsdam
	Aktion Kinder- und Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Brandenburg e. V. (AKJS)		14467	Potsdam
<b>Bremen</b>	Bremische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (BreLS)		28195	Bremen
	Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit	Abteilung: Gesundheit; Referat: Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe	28195	Bremen
	Landesinstitut für Schule, Gesundheit und Suchtprävention		28215	Bremen

## Adressatenliste Länderebene – Fortsetzung

Bundesland	Institution	Abteilung/Position	PLZ	Ort
<b>Berlin</b>	Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz	Abteilung 1/Referat IB Psychiatrie, Sucht und Gesundheitsvorsorge	10969	Berlin
	Landesdrogenbeauftragte Berlin		10969	Berlin
	Landesstelle Berlin für Suchtfragen		10585	Berlin
	Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin e. V.	Leiterin der Fachstelle	10247	Berlin-Friedrichshain
	Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Berlin e. V.		13187	Berlin
<b>Hamburg</b>	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)	Leitung der Fachabteilung Drogen und Sucht	20539	Hamburg
	Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V. (HLS)	Büro für Suchtprävention (BfS)/Kontaktperson des AK Alkohol	20097	Hamburg
	SuchtPräventionsZentrum (SPZ)		20259	Hamburg
	Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Hamburg e. V. (ajs)		20255	Hamburg
<b>Hessen</b>	Hessisches Sozialministerium	V8 Prävention	65187	Wiesbaden
	Hessische Landesstelle für Suchtfragen	Koordinatorin Suchtprävention	60325	Frankfurt/Main
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern	Abteilung3/Referat 310 Sozialer und medizinischer Arbeitsschutz, Prävention, Sucht	19055	Schwerin
	Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e. V.	Geschäftsführerin	19055	Schwerin
	Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung MV		19053	Schwerin
<b>Niedersachsen</b>	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration	Abteilung 3 Jugend und Familie/Referat 302 Kinderpolitik, Kinder- und Jugendschutz	30159	Hannover
	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS)	Suchtprävention Referentin für Suchtprävention	30177	Hannover
	Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen		30175	Hannover
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen	Abteilung 2 Gesundheit/Gruppe 21 Präventions- und Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen	40213	Düsseldorf
	Landesstelle für Suchtfragen		48147	Münster
	Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Landesstelle Nordrhein-Westfalen		50676	Köln
	ginko Stiftung für Prävention		45468	Mülheim an der Ruhr
<b>Rheinland-Pfalz</b>	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie	Referat 631-2 Gesundheitsförderung, Prävention	55116	Mainz
	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., Büro für Suchtprävention		55131	Mainz
	Landesstelle Suchtkrankenhilfe Rheinland-Pfalz, c/o Geschäftsstelle des Diakonischen Werkes		67346	Speyer
	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Demografie	Landesdrogenbeauftragter	55116	Mainz

## Adressatenliste Länderebene – Fortsetzung

Bundesland	Institution	Abteilung/Position	PLZ	Ort
<b>Saarland</b>	Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport	Abteilung C Familie, Frauen und Prävention/Referat C 1 Grundsatzfragen Prävention	66119	Saarbrücken
	Saarländische Landesstelle für Suchtfragen e. V.		66540	Neunkirchen
	Landesinstitut für Pädagogik und Medien (LPM), Beratungsstelle Suchtprävention/Gesundheitsförderung		66125	Saarbrücken
	Landesinstitut für präventives Handeln		66386	St. Ingbert
<b>Sachsen</b>	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS)	Leiter der Geschäftsstelle	01099	Dresden
	Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz	Abteilung 5/Referat Referat 53 Psychiatrische Versorgung, Suchtfragen, Maßregelvollzug	01097	Dresden
	Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Dresden		01099	Dresden
	Fachstelle für Suchtprävention im Direktionsbezirk Chemnitz Stadtmission Chemnitz e. V.		09111	Chemnitz
	Aktion Jugendschutz Sachsen e. V.		01069	Dresden
<b>Sachsen-Anhalt</b>	Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt	Suchtprävention	39122	Magdeburg
	Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt	Abteilung 2 „Gesundheit und Verbraucherschutz“/Referat 21 Gesundheitsziele, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Versorgungsziele, Suchtfragen	39114	Magdeburg
	Landesstelle Kinder- und Jugendschutz Sachsen-Anhalt e. V.		39108	Magdeburg
<b>Schleswig-Holstein</b>	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit	Abteilung VIII 4 Gesundheit/Referat VIII 44 Biomedizin, Transplantationswesen, Sucht, Umweltbezogener Gesundheitsschutz	24143	Kiel
	Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.		24105	Kiel
	Aktion Kinder- und Jugendschutz Landesarbeitsstelle Schleswig-Holstein		24105	Kiel
<b>Thüringen</b>	Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit	Referat 44: Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesundheitsförderung und Suchtkrankenhilfe	99096	Erfurt
	Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.		99096	Erfurt
	Thüringer Koordinierungsstelle Suchtprävention		99091	Erfurt
	Beratungs- und Planungsbüro für die Arbeit in der Prävention -impuls-		99096	Erfurt
	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. AGETHUR	Projektkoordinatorin Be smart – don't start	99423	Weimar
	Landesarbeitsgemeinschaft Kinder und Jugendschutz e. V.		99084	Erfurt

**KOMMUNALE EBENE**

Bundesland	Stadt/Landkreis	Abteilung/Position	PLZ	Ort
<b>Baden-Württemberg</b>	Stadt Blumberg	Stadtjugendpfleger	78176	Blumberg
	Landkreis Bodenseekreis	Beauftragte für Suchtprävention	88045	Friedrichshafen
	Stadt Baden-Baden	Kommunale Suchtbeauftragte Beauftragte für die Belange behinderter Menschen Amt für Familien, Soziales und Jugend	76532	Baden-Baden
	Stadt Donaueschingen	Stadtjugendpflegerin	78166	Donaueschingen
	Enzkreis – Stadt Pforzheim	Kommunale Beauftragte für Suchtprävention	75177	Pforzheim
	Landkreis Esslingen am Neckar	Beauftragte für Suchtprophylaxe	73726	Esslingen
	Stadt Freiburg im Breisgau	Sozialamt, Kommunaler Suchtbeauftragter	79098	Freiburg im Breisgau
	Landkreis Göppingen	Beauftragte für Suchtprophylaxe	73033	Göppingen
	Stadt Heilbronn	Kommunaler Suchtbeauftragter	74072	Heilbronn
	Hohenlohekreis	Beauftragter für Suchtprophylaxe	74653	Künzelsau
	Stadt Karlsruhe	Präventionsbüro Stadt Karlsruhe	76133	Karlsruhe
	Landkreis Karlsruhe	Suchtbeauftragter	76133	Karlsruhe
	Landkreis Konstanz	Kommunaler Suchtbeauftragter	78467	Konstanz
	Landkreis Ludwigsburg	Kommunale Suchtbeauftragte	71631	Ludwigsburg
	Landkreis Lörrach	Dezernat V Soziales & Jugend/ Kommunale Suchtbeauftragte	79539	Lörrach
	Stadt Mannheim	Beauftragte für Suchtprophylaxe	68159	Mannheim
	Landkreis Neckar-Odenwald-Kreis	Leiter des Koordinierungsbüros KKP	74821	Mosbach
	Stadt Offenburg	Abteilung für Familie, Jugend und Senioren	77654	Offenburg
	Landkreis Ortenaukreis	Amt für Soziale und Psychologische Dienste/Kommunaler Suchtbeauftragter	77871	Renchen
	Landkreis Ostalbkreis	Beauftragter für Suchtprophylaxe	73430	Aalen
	Landkreis Reutlingen	Kommunaler Suchtbeauftragter	72764	Reutlingen
	Landkreis Rems-Murr	Kreisjugendreferent	71522	Backnang
	Landkreis Rottweil	Dezernat Soziales, Jugend, Versorgung	78628	Rottweil
	Gesundheitsamt Rottweil	Prävention	78628	Rottweil
	Große Kreisstadt Sindelfingen	Suchthilfezentrum	71063	Sindelfingen
	Stadt Stuttgart	Beauftragte für Suchtprophylaxe	70176	Stuttgart
	Stadt Stuttgart	Referat Soziales, Jugend und Gesundheit	70173	Stuttgart
	Stadt Stuttgart-Gesundheitsamt		70176	Stuttgart
	Stadt Umkirch	Sozialarbeiterin	79224	Umkirch
	<b>Bayern</b>	Stadt Augsburg	Präventionszentrum Sucht	86152
Landratsamt Cham		Suchtberater, Suchtpräventionsfachkraft, Sozialdienst	93413	Cham
Landkreis Coburg		Aufgabenbereichsleiter Präventive Jugendhilfe	96450	Coburg
Landkreis Bad Kissingen		Gesundheitsamt/Beauftragter für Suchtprävention	97688	Bad Kissingen
Stadt Bamberg		Stadtjugendamt/Jugendschutzbeauftragter	96049	Bamberg

**Adressatenliste Kommunale Ebene – Fortsetzung**

<b>Bundesland</b>	<b>Stadt/Landkreis</b>	<b>Abteilung/Position</b>	<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>
<b>Bayern</b> (Fortsetzung)	Landkreis Erlangen-Höchststadt	Suchtprävention, zuständig für Landkreis und Stadt	91052	Erlangen
	Landkreis Fürstenfeldbruck	Jugendschutzfachkraft	82256	Fürstenfeldbruck
	Landkreis Fürth	Arbeitsbereichsleiter Prävention	95513	Zirndorf
	Stadt Ingolstadt	Gesundheitsamt	85049	Ingolstadt
	Stadt Kaufbeuren	Abteilung Kinder, Jugend und Familie	87600	Karlsruhe
	Stadt Kempten	Jugendamt	87435	Kempten
	Gemeinde Kiefersfelden	Jugendbeauftragter der Gemeinde Kiefersfelden	83088	Kiefersfelden
	Landkreis Lichtenfels	Gesundheitsamt	96215	Lichtenfels
	München	Koordinatorin für Psychiatrie und Suchthilfe	81667	München
	Stadt Nürnberg	Drogenbeauftragter	90443	Nürnberg
	Stadt Nürnberg	Sachgebietsleitung Präventive Jugendhilfe	90443	Nürnberg
	Landratsamt Passau	Gesundheitsamt, Präventionsfachstelle – Sachgebiet Gesundheit	94081	Fürstenzell
	Landratsamt Regensburg	Suchtarbeitskreis	93055	Regensburg
	Stadt Rosenheim	Amt für Kinder, Jugendliche und Familien	83022	Rosenheim
	neon – Prävention und Suchthilfe Rosenheim		83022	Rosenheim
	Stadt Seßlach	Jugendpflegerin	96145	Seßlach
	Landratsamt Traunstein-Gesundheitsamt	SG 63 - Suchtprävention	83278	Traunstein
	Landkreis Weilheim-Schongau	Amt für Jugend und Familie/Fachbereichsleitung	82362	Weilheim
<b>Berlin</b>	Berlin, Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg	Suchthilfekoordination	10965	Berlin
	Rathaus Tempelhof	Stadträtin für Gesundheit und Soziales	12099	Berlin
<b>Brandenburg</b>	Gemeinde Borkwalde	Jugendkoordinatorin (Amt Brück)	14822	Brück
<b>Bremen</b>	Suchtprävention Bremerhavener Schulen		27570	Bremerhaven
	Gesundheitstreffpunkt West e.V.		28237	Bremen
<b>Hamburg</b>	Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Amt für Familie Ref. Kinder- und Jugendpolitik	Fachreferent für Suchtprävention	22083	Hamburg
<b>Hessen</b>	Bad Homburg vor der Höhe	Kinder- und Jugendschutzbeauftragte	61348	Bad Homburg vor der Höhe
	Stadt Bad Nauheim	Fachbereich Soziales, Sport und öffentliche Ordnung/pädagogische Fachberatung	61231	Bad Nauheim
	Landkreis Darmstadt-Dieburg	Kinder – und Jugendförderung	64289	Darmstadt
	Stadt Frankfurt am Main	Drogenreferat der Stadt Frankfurt/Mitarbeiter im Bereich Prävention	60311	Frankfurt am Main
	Stadt Frankfurt am Main	Geschäftsführer des Präventionsrates der Stadt Frankfurt	60313	Frankfurt
	Stadt Heusenstamm	Leitung der Kinder- und Jugendförderung	63150	Heusenstamm

**Adressatenliste Kommunale Ebene – Fortsetzung**

<b>Bundesland</b>	<b>Stadt/Landkreis</b>	<b>Abteilung/Position</b>	<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>
<b>Hessen</b> (Fortsetzung)	Stadt Karben	Suchtberater	61184	Karben
	Stadt Korbach	Büroleiter zuständig für Prävention	34479	Korbach
	Lahn-Dill-Kreis	Fachstelle für Suchtprävention	35578	Wetzlar
	Landkreis Limburg-Weilburg	Jugendschutzbeauftragter	65549	Limburg
	Landkreis Marburg-Biedenkopf	Kinder- u. Jugendärztlicher Dienst, FD Prävention und Beratung	35037	Marburg
	Stadt Pfungstadt	Geschäftsführung KAPP (Kommunaler Arbeitskreis Prävention Pfungstadt)	64319	Pfungstadt
	Stadt Rüsselsheim	Fachbereich Jugend und Soziales/ Jugendförderung/Jugendbildungsreferentin	64528	Rüsselsheim
	Stadt Rödermark	Stadtjugendpfleger	63322	Rödermark
	Stadt Wetzlar	Jugendbildungsreferentin	35578	Wetzlar
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	Hansestadt Rostock	Gesundheitsamt Sucht-/Psychiatriekoordinatorin	18055	Rostock
<b>Niedersachsen</b>	Landkreis Parchim	Präventionsfachkraft Suchtthilfezentrum Parchim und Mitglied im Präventionsrat des Landkreises	19370	Parchim
	Stadt Braunschweig	Gesundheitsamt Braunschweig Fachbereich Soziales und Gesundheit	38114	Braunschweig
	Gemeinde Berne	Geschäftsführung Präventionsrat	27804	Berne
	Samtgemeinde Bersenbrück	Jugendpfleger	49593	Bersenbrück
	Samtgemeinde Bruchhausen-Vilsen	Präventions- und Integrationsfachkraft	27305	Bruchhausen Vilsen
	Stadt Celle	Jugendarbeit/Suchtprävention	29221	Celle
	Landkreis Cloppenburg	Kreisjugendpflegerin	49661	Cloppenburg
	Stadt Delmenhorst	Fachdienst Jugendarbeit und Kindertagesbetreuung	27749	Delmenhorst
	Landkreis Hameln-Pyrmont	Fachdienst 34 – Soziale Dienste/Jugendarbeit/Kreisjugendpfleger	31785	Hameln
	Landeshauptstadt Hannover	Jugend- und Sozialdezernat/Kommunaler Kriminalpräventionsrat/Drogenbeauftragter	30159	Hannover
	Landkreis Harburg	Sozialpsychiatrischer Dienst	21423	Winsen
	Stadt Hildesheim	Fachbereich Jugend, Schule und Sport/Fachdienst 51.1.4	31134	Hildesheim
	Landkreis Osterode	Fachbereich Jugend und Soziales/Kreisjugendpflegerin	37520	Osterode am Harz
	Stadt Salzgitter	Kommunale Kinder- und Jugendförderung	38226	Salzgitter
	<b>Nordrhein-Westfalen</b>	Stadt Arnsberg	Koordinationsstelle Suchtprävention	59755
Stadt Dortmund		Jugendamt/Bereich Kinder- und Jugendförderung Fachreferat für Suchtprävention und Sexualpädagogik	44141	Dortmund
Fachstelle für Suchtvorbeugung Dortmund		Fachreferent für Suchtprävention	44135	Dortmund
Gesundheitsamt der Stadt Dortmund			44137	Dortmund
Stadt Düsseldorf		Gesundheitsamt	40227	Düsseldorf
Stadt Essen		Gesundheitsamt	45127	Essen
Stadt Hamm		Abteilungsleiterin Gesundheitsplanung und Koordination	59065	Hamm
Stadt Herten		Jugendschutzbeauftragte	45699	Herten

**Adressatenliste Kommunale Ebene – Fortsetzung**

Bundesland	Stadt/Landkreis	Abteilung/Position	PLZ	Ort
<b>Nordrhein-Westfalen</b> (Fortsetzung)	Stadt Köln	Koordination für Suchtprävention	51103	Köln
	Stadt Köln	Dezernat V – Soziales, Integration und Umwelt	51103	Köln
	Stadt Köln	Gesundheitsamt	50667	Köln
	Stadt Münster	Leiter Suchtprävention	48143	Münster
	Landkreis Rhein-Kreis Neuss	Geschäftsführer der Gesundheitskonferenz	41513	Grevenbroich
	Stadt Warstein	Sachgebiet Jugendhilfe	59571	Warstein
	Stadt Wesel	Fachbereich Jugend, Schule und Sport/Jugendpflege	46467	Wesel
<b>Rheinland-Pfalz</b>	Stadt Mainz	Kommunaler Präventionsrat	55116	Mainz
	Landkreis Bad Kreuznach	Gesundheitsamt/Amtsleiter, Amtsarzt	55543	Bad Kreuznach
	Verbandsgemeinde Ramstein-Miesbach	Leiter des Jugendbüros	66877	Ramstein-Miesenbach
	Landkreis Trier-Saarburg und Stadt Trier	Jugendschutzbeauftragte für die Landkreise Trier-Saarburg	54290	Trier
	Landkreis Südliche Weinstraße	Ref. 53, Jugendpflege-Schulsozialarbeit-Sport	76829	Landau
	Stadt Ingelheim	Präventionskoordinatorin/Fachkraft für Suchtprävention	55218	Ingelheim
<b>Saarland</b>	Kreisstadt Saarlouis	Abteilung für Jugend und Soziales/Abteilungsleiter	66740	Saarlouis
<b>Sachsen</b>	Landkreis Görlitz	Jugendschutz/Prävention	02826	Görlitz
	Gesundheitsamt Dresden	Gesundheitsförderung	01097	Dresden
	Stadt Leipzig	Suchtbeauftragte	04109	Leipzig
	Landkreis Mittweida	Leiter Suchtberatungs- und -behandlungsstelle	09648	Mittweida
<b>Sachsen-Anhalt</b>	Altmarkkreis Salzwedel	Beauftragte für Suchtprävention	29410	Salzwedel
	Landkreis Harz	Sachgebiet Kinder- und Jugendschutz	38855	Wernigerode
	Landeshauptstadt Magdeburg	Beauftragte für Suchtprävention	39116	Magdeburg
	Landkreis Saalekreis	Kommunale Beauftragte Suchtprävention	06204	Merseburg
	Landkreis Stendal	Gesundheitsamt	39576	Stendal
	Landkreis Wernigerode	Präventionsfachstelle	38855	Wernigerode
<b>Schleswig-Holstein</b>	Drogenhilfe Kiel Ost		24143	Kiel
	Amt für soziale Dienste Quickborn, Tornesch, Uetersen	Leiterin	25436	Tornesch
	Stadt Lauenburg	Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz	23909	Ratzeburg
<b>Thüringen</b>	Landeshauptstadt Erfurt	Amt für Soziales und Gesundheit/Koordinatorin Suchtprävention	99084	Erfurt
	Gemeinde Wutha-Farnroda	Suchtberater	99848	Wutha-Farnroda
	Landkreis Schmalkalden – Meiningen	Jugendschutzverantwortliche des Jugendamtes	96617	Meiningen
	Stadt Suhl	Suchtprävention	98527	Suhl

## 9 Literaturverzeichnis

1. Agency for Health Quality and Assessment of Catalonia (AQuAS): Clinical practice guideline for eating disorders. 2009.
2. AMA – American Psychiatric Association: Practice Guideline for THE Treatment of Patients With Eating Disorders. Third Edition. 2006.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). 2003. Washington, DC.
4. Aschenbrenner, K. Subklinische Essstörungen bei Schülern und Studenten. Epidemiologie, Symptomatik, Prädiktoren für ein gestörtes Essverhalten, anorektische oder bulimische Tendenz. 2002. Friedrich-Schiller-Universität Jena.
5. Austin SB, Field AE, Wiecha J, Peterson KE, Gortmaker SL. The Impact of a School-Based Obesity Prevention Trial on Disordered Weight-Control Behaviors in Early Adolescent Girls. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005; 159: 225-230.
6. Austin SB, Kim J, Wiecha J, Troped PJ, Feldman HA, Peterson KE. School-Based Overweight Preventive Intervention Lowers Incidence of Disordered Weight-Control Behaviors in Early Adolescent Girls. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161(9): 865-869.
7. Austin SB, Spadano-Gasbarro JL, Greaney ML, Blood EA, Hunt AT, Richmond TK, Wang ML, Mezgebu S, Osganian SK, Peterson KE. Effect of the planet health intervention on eating disorder symptoms in Massachusetts middle schools, 2005-2008. Prev.Chronic.Dis. 2012; 9: E171.
8. Baranowski MJ, Hetherington MM. Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. International Journal of Eating Disorders 2001; 29([2]): 119-124.
9. Bardone-Cone AM, Cass KM, Bardone-Cone AM, Cass KM. What does viewing a pro-anorexia website do? An experimental examination of website exposure and moderating effects. International Journal of Eating Disorders 2007; 40(6): 537-548.
10. Bearman SK, Stice E, Chase A. Effects of body dissatisfaction on depressive and bulimic symptoms: a longitudinal experiment. Behavior Therapy 2003; 34: 277-293.
11. Bearman SK, Stice E, Chase A, Bearman SK, Stice E, Chase A. Evaluation of an intervention targeting both depressive and bulimic pathology: A randomized prevention trial. Behavior Therapy 2003; 34(3): 277-293.
12. Becker AE. Eating Disorders and Social Transition. Primary Psychiatry 2003; 10(6): 75-79.
13. Becker AE, Fay KE, Agnew-Blais J, Khan AN, Striegel-Moore RH, Gilman SE. Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. British Journal of Psychiatry 2011; 198(1): 43-50.
14. Becker CB, Smith LM, Ciao AC. Peer-facilitated eating disorder prevention: A randomized effectiveness trial of cognitive dissonance and media advocacy. Journal of Counseling Psychology 2006; 53(4): 550-555.
15. Becker CB, Smith LM, Ciao AC, Becker CB, Smith LM, Ciao AC. Reducing eating disorder risk factors in sorority members: A randomized trial 906. Behavior Therapy 2005; 36(3): 245-253.
16. Beintner I, Jacobi C, Taylor CB. Effects of an Internet-based prevention programme for eating disorders in the USA and Germany--a meta-analytic review. European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association 2012; 20(1): 1-8.
17. Berger U, Berger U. Primärprävention bei Essstörungen. Primary prevention of eating disorders. Psychotherapeut 2006; 51(3): 187-196.
18. Berger U, Joseph A, Sowa M, Strauss B. Die Barbie-Matrix: Wirksamkeit des Programms PriMa zur Primärprävention von Magersucht bei Mädchen ab der 6. Klasse. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2007; 57(6): 248.
19. Berger U, Schaefer JM, Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Schwartze D, Strauss B. Effectiveness of Reducing the Risk of Eating-Related Problems Using the German School-Based Intervention Program, "Torera", for Preadolescent Boys and Girls. Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research 2013.

20. Bergner M. Selbstbewusste und kompetente Selbstbewusste und kompetente Grundschulkin- der. Eine Evaluationsstudie zum Projekt „... ganz schön stark!“. 2010.
21. Borresen R, Rosenvinge JH. Die Prävention von Essstörungen im Jugendalter. In: Kolip P (Ed). Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Wein- heim und München, 1999.
22. Borreson Gresko R, Rosenvinge JH: The Norwegian school-based prevention model: Develop- ment and evaluation 1743. US, 1998.
23. Botvin J. Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In: Price R, Cowen E, Loron R *et al.* (Eds). Fourteen ounces of prevention. American Psychological Association, Washington DC, 1988, pp 98-110.
24. Buddeberg-Fischer B: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen: Eßverhalten und Kör- pererleben bei Jugendlichen. 2000.
25. Bulik CM, Sullivan PF, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen NL. Prevalence, heritabil- ity, and prospective risk factors for anorexia nervosa. Arch.Gen.Psychiatry 2006; 63(3): 305-312.
26. Caplan G. Principles of Preventive Psychiatry. 1964. New York.
27. Celio AA, Winzelberg AJ, Wilfley DE, Eppstein-Herald D, Springer EA, Dev P, Taylor CB. Red- ucing risk factors for eating disorders: comparison of an Internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. J Consult Clin.Psychol. 2000; 68(4): 650-657.
28. Chase AK. Eating disorder prevention: An intervention for "at-risk" college women 1710. US, 2001.
29. Currin L, Schmidt U, Currin L, Schmidt U. A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders 913. Journal of Mental Health 2005; 14(6): 611-624.
30. Dannigkeit N. Wie wirksam ist die Prävention von Essstörungen langfristig?. Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms an Schulen. Bielefeld, 2004.
31. Dannigkeit N, Koester G, Tuschen-Caffier B. Ist primäre Prävention von Essstörungen langfris- tig wirksam?: Ergebnisse zur Evaluation eines Trainingsprogramms an Schulen. Is the primary prevention of eating disorders effective in the long run? Results from the evaluation of a training program in schools 1634. Zeitschrift fuer Gesundheitspsychologie 2005; 13(2): 79-91.
32. de Zwaan M, Friederich HC. Binge Eating Störung. Therapeutische Umschau 2006; 63(8): 529-533.
33. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM). Diagnostik und Therapie der Essstörungen. S3 Leitlinie. 2010.
34. DHS: Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V, 3 ed. Hamm, 2004.
35. Egle UT, Hoffmann SO, Steffens M. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. Nervenarzt 1997; 69: 683-695.
36. Espinoza P, Penelo E, Raich RM. Prevention programme for eating disturbances in adolescents. Is their effect on body image maintained at 30 months later? Body Image 2013; 10(2): 175-181.
37. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not oth- erwise specified" (NOS) category in DSM-IV. Behav.Res.Ther. 2005; 43(6): 691-701.
38. Fichter MM. Epidemiologie der Essstörungen . In: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Ed). Diagnostik und Therapie der Essstörungen. S3 Leitlinie ., 2010.
39. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. Int.J.Eat.Disord. 2008; 41(7): 577-586.
40. Fister SM, Smith GT. Media effects on expectancies: exposure to realistic female images as a protective factor. Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors 2004; 18(4): 394-397.
41. Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen. Charta gegen Essstörungen. <http://www.essstoerungen-frankfurt.de> (29-4-2014).

42. Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Betriebskrankenkassen Landesverband Bayern. Initiative "bauchgefühl": Online-Befragung zum Unterrichtsprogramm "bauchgefühl". Ergebnisbericht. 2012.
43. Gesis: Essstörungen / Eating Disorders. Recherche spezial. Fachinformationen zu aktuellen Themen. Gesis – Leibnitz-Institut für Sozialwissenschaften, Bonn, 2010.
44. Gesundheit Österreich GmbH. Ergebnisse der Fragebogenerhebung zu Projekten der Prävention von Essstörungen in Deutschland. Unveröffentlichte Datenauswertung. 2014.
45. Gilchrist LD, Gillmore MR. Methodological issues in prevention research on drug use and pregnancy. *NIDA Res.Monogr* 1992; 117: 1-17.
46. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. 2010; 1-92. Berlin.
47. Gonzalez M, Penelo E, Gutierrez T, Raich RM. Disordered eating prevention programme in schools: a 30-month follow-up 64. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association* 2011; 19(4): 349-356.
48. Gordon RS, Jr. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983; 98(2): 107-109.
49. Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J, Sobol AM, Dixit S, Fox MK, Laird N. Reducing Obesity via a School-Based Interdisciplinary Intervention Among Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999; 153: 409-418.
50. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol.Bull.* 2008; 134(3): 460-476.
51. Gratacos M, Escaramis G, Bustamante M, Saus E, Aguera Z, Bayes M, Cellini E, De CR, Fernandez-Aranda F, Forcano L, Gonzalez JR, Gorwood P, Hebebrand J, Hinney A, Mercader JM, Nacmias B, Ramoz N, Ribases M, Ricca V, Romo L, Sorbi S, Versini A, Estivill X. Role of the neurotrophin network in eating disorders' subphenotypes: body mass index and age at onset of the disease. *J.Psychiatr.Res.* 2010; 44(13): 834-840.
52. Groesz LM, Levine MP, Murnen SK. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *Int.J.Eat.Disord.* 2002; 31(1): 1-16.
53. Grotwinkel B. „Ich fühl´ mich wohl“. Ein Projekt zur Sekundärprävention von Übergewicht. 2009; Durchgeführt im 1. Schulhalbjahr 2008/2009: 1-44. Waiblingen, Landratsamt Rems-Murr-Kreis, Geschäftsbereich Gesundheit, Fachbereich Gesundheitsförderung.
54. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J,onso-Coello P, Montori V, Akl EA, Djulbegovic B, Falck-Ytter Y, Norris SL, Williams JW, Jr., Atkins D, Meerpohl J, Schunemann HJ. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence--study limitations (risk of bias). *J.Clin.Epidemiol.* 2011; 64(4): 407-415.
55. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, onso-Coello P, Schunemann HJ. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336(7650): 924-926.
56. Haas L, Stargardt M, Schreyoegg J, Schlösser R, Danzer G, Klapp BF. Inpatient Costs and Predictors of Costs in the Psychosomatic Treatment of Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 214-221.
57. Hilbert A, Brähler E, de Zwaan M. Störungen im Essverhalten in der deutschen Bevölkerung. *Psychother Psych Med* 2012; 62: 139-141.
58. Hoek HW, van Harten PN, Hermans KM, Katzman MA, Matroos GE, Susser ES. The incidence of anorexia nervosa on Curacao. *The American journal of psychiatry* 2005; 162(4): 748-752.
59. Hoek HW, van HD. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int.J.Eat. Disord.* 2003; 34(4): 383-396.
60. Holtmann M, Schmidt MH. Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 2004; 13: 195-200.

61. Jacobi C, de Zwaan M, Hayward C, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin* 2004; 130(1): 19-65.
62. Jacobi C, Esser G. Zur Einteilung von Risikofaktoren bei psychischen Störungen. *Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2003; 32: 257-266.
63. Jacobi C, Fittig E, Bryson SW, Wilfley D, Kraemer HC, Taylor CB, Jacobi C, Fittig E, Bryson SW, Wilfley D, Kraemer HC, Taylor CB. Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological medicine* 2011; 41(9): 1939-1949.
64. Jacobi C, Morris L, Beckers C, Bronisch-Holtze J, Winter J, Winzelberg AJ, Taylor CB. Reduction of risk factors for disordered eating behavior: Adaptation and initial results of an internet-supported prevention program. *Reduktion von Risikofaktoren für gestörtes Essverhalten: Adaptation und erste Ergebnisse eines Internet-gestützten Präventionsprogramms. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2005; 13([2]): 92-101.
65. Jacobi C, Morris L, Beckers C, Bronisch-Holtze J, Winter J, Winzelberg AJ, Taylor CB. Maintenance of internet-based prevention: a randomized controlled trial. *The International Journal of Eating Disorders* 2007; 40(2): 114-119.
66. Jung, C., Seidel J. Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012. 2013; 1-100. Essen, Berlin, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV-Spitzenverband.
67. Kaminski PL, McNamara K. A treatment for college women at risk for bulimia: a controlled evaluation. *J.Couns.Dev.* 1996; 74: 288-294.
68. Kazdin AE, Kraemer HCKRC, Kupfer DJ, Offord DR. Contributions of riskfactor research to development psychopathology. *Clinical Psychology Review* 1997; 17: 375-406.
69. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, Bulik CM, Kaprio J, Rissanen A. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am.J.Psychiatry* 2007; 164(8): 1259-1265.
70. Kiehl K. Risikofaktoren für Essstörungen unter besonderer Berücksichtigung medialer Einflussfaktoren. Regensburg, 2010.
71. Koester G. Indizierte Praevention von Essstoerungen: Entwicklung und Evaluation eines Gruppenprogramms. *Indicated prevention of eating disorders: Development and evaluation of a group program.* 2011.
72. Korczak D, Steinhauser G, Dietl M. Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 2011; 1-195. Köln, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
73. Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *Am.J.Psychiatry* 2001; 158(6): 848-856.
74. Krauth C, Buser K, Vogel H. How high are the costs of eating disorders – anorexia nervosa and bulimia nervosa – for German society? *Eur.J.Health Econ.* 2002; 3(4): 244-250.
75. Laessle RG, Kim J. Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa. In: J.Margraf & S.Schneider (Ed). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2 (3. Auflage).* Heidelberg, 2009, pp 281-299.
76. Laessle RG, Wurmser H, Pirke KM. Essstörungen. In: J.Margraf (Ed). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2 (2. Auflage).* Berlin, 2000, pp 223-246.
77. Lindenberg SK. Gestufte Prävention von Essstörungen mit YoungEs[s]prit *Wirksamkeit eines Internet-vermittelten Präventionsprogramms bei Schülern. Stepwise prevention of eating disorders with YoungEs[s]prit. Effectiveness of an Internet-delivered prevention program for secondary education students.* 2012.

78. Low KG, Charanasomboon S, Lesser J, Reinhalter K, Martin R, Jones H, Winzelberg A, Abascal L, Taylor CB. Effectiveness of a computer-based interactive eating disorders prevention program at long-term follow-up. *Eating disorders* 2006; 14(1): 17-30.
79. Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. *Int.J.Eat.Disord.* 2003; 34 Suppl: S47-S57.
80. Martinez-Gonzalez MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, Irala-Estevez J, Cervera S. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics* 2003; 111(1): 315-320.
81. McVey G, Tweed S, Blackmore E. Healthy Schools-Healthy Kids: a controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image* 2007; 4([2]): 115-136.
82. McVey GL, Davis R, Tweed S, Shaw BF. Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: a replication study. *Int J Eat Disord* 2004; 36(1): 1-11.
83. McVey GL, Lieberman M, Voorberg N, Wardrope D, Blackmore E. School-based peer support groups: a new approach to the prevention of disordered eating. *Eat Disord* 2003; 11(3): 169-185.
84. Miller MN, Pumariega AJ. Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry* 2001; 64(2): 93-110.
85. Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, Mond J. Time trends in population prevalence of eating disorder behaviors and their relationship to quality of life. *PLoS.One.* 2012; 7(11): e48450.
86. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington D.C., 1994.
87. Munsch S, Biedert E. Binge Eating Disorder. In: J.Margraf & S.Schneider (Ed). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2 (3. Aufl.)* ed. Heidelberg, 2009, pp 301-324.
88. Neumark-Sztainer D, Butler R, Palti H. Eating disturbances among adolescent girls: evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutrition Education* 1995; 27(1): 24-31.
89. Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Collier T, Hannan PJ. Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *Journal of the American Dietetic Association* 2000; 100(12): 1466-1473.
90. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association* 2006; 106(N4): 559-568.
91. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared Risk and Protective Factors for Overweight and Disordered Eating in Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine* 2007; 33(3): 359-369.
92. NICE. NICE clinical guidelines 9. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. <http://publications.nice.org.uk> (5-2-2014).
93. Nielsen S. Standardized mortality ratio in bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry* 2003; 60(851).
94. O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clin.Psychol.Rev.* 2003; 23(1): 57-74.
95. O'Dea JA, Abraham S. Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 28: 43-57.
96. OECD. OECD Health Data, Purchasing Power Parities for GDP and related indicators. <http://stats.oecd.org> (25-3-2014).
97. OECD. OECD Health Data, 1. Gross domestic product (GDP). <http://stats.oecd.org> (25-3-2014).
98. Perrez M, Baumann U. Prävention, Gesundheits- und Entfaltungsförderung: Systematik und allgemeine Aspekte. *Klinische Psychologie, Band 2: Intervention.* Bern, 1991, pp 80-98.

99. Piran N, Piran N. A feminist perspective on risk factor research and on the prevention of eating disorders. *Eating disorders* 2010; 18(3): 183-198.
100. Pokrajac-Bulian A, Zivcic-Becirevic I, Calugi S, Dalle Grave R. School prevention program for eating disorders in Croatia: a controlled study with six months of follow-up. *Eating and weight disorders* : EWD 2006; 11(4): 171-178.
101. Quadflieg N, Fichter MM. The course and outcome of bulimia nervosa. *Eur.Child Adolesc.Psychiatry* 2003; 12 Suppl 1: 199-109.
102. Quick V, Byrd-Bredbenner C, Quick V, Byrd-Bredbenner C. Effects of photographs of lower-and higher-body mass index fashion models on body dissatisfaction of young women. *Topics in Clinical Nutrition* 2011; 26(1): 57-67.
103. Raabe K. Wie schlank muss ich sein, um schön zu sein? Mädchenspezifische Prävention von Essstörungen. 2005. Mädchenhaus Heidelberg e.V.
104. Raich RM, Sanchez-Carracedo D, Lopez-Guimera G, Portell M, Moncada A, Fauquet J. A controlled assessment of school-based preventive programs for reducing eating disorder risk factors in adolescent Spanish girls. *Eating disorders* 2008; 16(3): 255-272.
105. Rosen JC, Saltzberg E, Srebnik D. Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behav.Ther.* 1989; 20(393): 404.
106. Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat.Weight.Disord.* 2000; 5(2): 52-61.
107. Schlevogt V. Prävention von Essstörungen in der Schule - Evaluation des Frankfurter Projektes "Jugend mit Biss". 2005; 36-43. Pabst. Vogelgesang, Monika, Schuhler, Petra, and Zielke, Manfred.
108. Seemann G. "Kribbeln im Bauch" - Die Evaluation des gleichnamigen Projekts zur Lebenskompetenzförderung in Bremen. 2009.
109. Smolak L, Levine MP, Schermer F. A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of psychosomatic research* 1998; 44([3-4]): 339-353.
110. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn. Gesundheitsausgabenrechnung, Gesundheitsausgaben in Mio. €. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (5-3-2014).
111. Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn. Krankheitskostenrechnung, Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (5-3-2014).
112. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am.J.Psychiatry* 2002; 159(8): 1284-1293.
113. Stewart DA, Carter JC, Drinkwater J, Hainsworth J, Fairburn CG. Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders.* 2001; 29([2]): 107-118.
114. Stice E, Becker CB, Yokum S. Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. *The International Journal of Eating Disorders* 2013; 46(5): 478-485.
115. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-Year Longitudinal Study of the Natural History of Threshold, Subthreshold, and Partial Eating Disorders From a Community Sample of Adolescents. *Journal of abnormal psychology* 2009; 118(N3): 587-597.
116. Stice E, Marti CN, Spoor S, Presnell K, Shaw H. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2008; 76(2): 329-340.
117. Stice E, Mazotti L, Weibel D, Agras WS. Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *Int J Eat Disord* 2000; 27(2): 206-217.
118. Stice E, Orjada K, Tristan J. Trial of a psychoeducational eating disturbance intervention for college women: a replication and extension. *Int J Eat Disord* 2006; 39(3): 233-239.

119. Stice E, Ragan J. A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 31(N2): 159-171.
120. Stice E, Rohde P, Gau J, Shaw H. An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *Journal of consulting and clinical psychology* 2009; 77(5): 825-834.
121. Stice E, Rohde PBC, Heim K. A Randomized Effectiveness Trial of a Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program. Preparation 2006.
122. Stice E, Shaw H, Burton E, Wade E. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2006; 74(2): 263-275.
123. Stice E, Shaw H, Marti CN. A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual review of clinical psychology* 2007; 3: 207-231.
124. Stice E, Trost A, Chase A. Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *The International Journal of Eating Disorders* 2003; 33(1): 10-21.
125. Striegel-Moore RH, Bulik CM, Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *The American psychologist* 2007; 62(3): 181-198.
126. Stuhldreher N, Konnopka AWB, Herzog W, Zipfel S, Löwe P, König H-H. Cost-of-Illness Studies and Cost-Effectiveness Analyses in Eating Disorders: A Systematic Review. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 476-491.
127. Taylor CB, Bryson S, Luce KH, Cunnig D, Doyle AC, Abascal LB, Rockwell R, Dev P, Winzelberg AJ, Wilfley DE. Prevention of Eating Disorders in At-Risk College-Age Women. *Archives of general psychiatry* 2006; 63(8): 881-888.
128. Theis F, Wolf M, Fiedler P, Backenstrass M, Kordy H, Theis F, Wolf M, Fiedler P, Backenstrass M, Kordy H. Essstörungen im Internet: Eine experimentelle Studie zu den Auswirkungen von Pro-Esstörungs- und Selbsthilfewebsites [Eating disorders on the internet: an experimental study on the effects of pro-eating disorders websites and self-help websites]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 2012; 62(2): 58-65.
129. Tsai G. Eating disorders in the Far East. *Eating and weight disorders : EWD* 2000; 5(4): 183-197.
130. van Son GE, van HD, Bartelds AI, van Furth EF, Hoek HW. Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *Int.J.Eat.Disord.* 2006; 39(7): 565-569.
131. Wade TD, Bergin JL, Martin NG, Gillespie NA, Fairburn CG. A transdiagnostic approach to understanding eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease* 2006; 194(7): 510-517.
132. Wang LY, Nichols LP, Austin SB. The economic effect of Planet Health on preventing bulimia nervosa. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2011; 165(8): 756-762.
133. Wang LY, Yang Q, Lowry R, Wechsler H. Economic Analysis of a School-Based Obesity Prevention Program. *Obesity Research* 2003; 11: 1313-1324.
134. Warschburger P, Helfert S, Krentz EM. POPS: a school-based prevention programme for eating disorders. *Journal of public health* 2011; 19(4): 367.
135. Warschburger P, Krentz EM, Helfert S. Potsdamer Prävention an Schulen. Soziokulturelle Faktoren und Essstörungen im Jugendalter: Evaluation eines schulbasierten Präventionsprogramms. *Gesundheitswesen* 2013.
136. WHO. ICD-10-GM 2012. International Classification of Diseases 10th Revision. German Modification. <http://www.dimdi.de> (10-7-2012).
137. Wick K, Brix C, Bormann B, Sowa M, Strauss B, Berger U. Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Preventive Medicine* 2011; 52(2): 152-158.

138. Wilksch SM, Wade TD. Reduction of shape and weight concern in young adolescents: a 30-month controlled evaluation of a media literacy program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2009; 48(6): 652-661.
139. Winzelberg AJ, Eppstein D, Eldredge KL, Wilfley D, Dasmahapatra R, Dev P, Taylor CB. Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of consulting and clinical psychology* 2000; 68(2): 346-350.
140. Winzelberg AJ, Taylor CB, Sharpe T, Eldredge KL, Dev P, Constantinou PS. Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *Int J Eat Disord* 1998; 24(4): 339-349.

Die systematische Bewertung medizinischer Prozesse und Verfahren, *Health Technology Assessment* (HTA), ist mittlerweile integrierter Bestandteil der Gesundheitspolitik. HTA hat sich als wirksames Mittel zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen etabliert.

Seit Einrichtung der Deutschen Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA) im Jahr 2000 gehören die Entwicklung und Bereitstellung von Informationssystemen, speziellen Datenbanken und HTA-Berichten zu den Aufgaben des DIMDI.

Im Rahmen der Forschungsförderung beauftragt das DIMDI qualifizierte Wissenschaftler mit der Erstellung von HTA-Berichten, die Aussagen machen zu Nutzen, Risiko, Kosten und Auswirkungen medizinischer Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Dabei fallen unter den Begriff Technologie sowohl Medikamente als auch Instrumente, Geräte, Prozeduren, Verfahren sowie Organisationsstrukturen. Vorrang haben dabei Themen, für die gesundheitspolitischer Entscheidungsbedarf besteht.