Essstörungen wirksam vorbeugen mit den Schulprogrammen „PriMa“ und „Torera“ für Jugendliche in Klasse 6 und 7

Zusammenfassung

Wirkungsnachweis zweier schulbasierter Primärpräventionsprogramme mit 9 manualisierten Unterrichtslektionen für Jugendliche (11–13 Jahre). 92 (PriMa, n = 1553 Mädchen) und 22 (Torera, n = 256 Jungen, 277 Mädchen) Thüringer Schulen nahmen an Prä-post-Kontrollgruppenstudien teil. Mädchen und Schüler der Risikogruppe verbesserten sich signifikant bei auffälligem Essverhalten und Körperselbstwert mit kleinen bis mittleren Effektstärken. Die Implementierungskosten betragen 2,50 € pro Schüler.

Schlüsselwörter

- Essstörungen
- Primärprävention
- schulbasierte Gesundheitsförderung

Wesentliches Projektziel

Essstörungen wie Magersucht (Anorexia nervosa, AN) und Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa, BN) zählen zu den schwersten psychischen Erkrankungen im Jugendalter. Sie beginnen oft unbemerkt, auch weil Risikofaktoren wie ständige Gewichtsorgen oder restriktives Essverhalten als „normales“ Essverhalten insbesondere jugendlicher Mädchen interpretiert werden. Die Lebenszeit-Prävalenz für Mädchen und Frauen beträgt für AN 0,9 %, BN 1,5 % und Binge-Eating-Disorder (BED) 3,5 %. Hinzu kommt ungefähr die doppelte Anzahl Patientinnen mit der Diagnose „Essstörung vom nicht näher bezeichneten Typ“. Zunehmend sind auch Jungen und Männer von Essstörungen betroffen (AN 0,3 %; BN 0,5 %; BED 2 %; [1]). Während bei der Magersucht der krankhafte Wunsch dünner zu werden oder zu bleiben meist durch Hungern und zwanghafte Essrituale erreicht wird, ist die Bulimie durch den Verzehr großer Nahrungsmengen in kurzer Zeit mit anschließender „Säuberung“, wie Erbrechen, Einnahme von Entwässerungs- oder Abführmitteln, exzessivem Sport, gekennzeichnet. Die „Säuberung“ entfällt bei der BED (engl. „binge eating“ = „Fress-Gelage“). Häufiger als klinisch relevante Essstörungen ist gestörtes Essverhalten, das in der repräsentativen KiGGS-Studie [2] von 23,5 % der Mädchen im Alter zwischen 11 und 13 Jahren berichtet wurde.

Das Ziel der primären Prävention von Essstörungen ist die Verringerung von Risikofaktoren wie Gewichtssorgen, negativem Körperbild, restriktivem Essverhalten und geringer sozialer Unterstützung [3] sowie die Stärkung protektiver Faktoren wie hoher Körperselbstwert, Wissen zu Essstörungen, gesundem Essen und Bewegung sowie Medienkompetenz. Für die Beurteilung der Wirksamkeit eines Präventionsprogramms sind hierbei besonders Körperselbstwert und Einstellungen zum Essen relevant, da hierzu standardisierte Fragebogen vorliegen.

Vorgehensweise/Methodik

Für Essstörungen gibt es systematische Präventionsansätze in Deutschland seit Ende der 1990er Jahre. In einer Metaanalyse [4] über 81 internationale Präventionsprogramme zeigten sich systematische Unterschiede der Effektivität in Abhängigkeit von der Art der Implementierung. Demnach waren Programme wirksamer, die folgende Kriterien erfüllten:

- Interaktiv (gegenüber didaktisch im Sinne „frontaler“ Wissensvermittlung)
- Selektiv (gegenüber universell)
- Basierend auf mehreren Lektionen (gegenüber Einzellektion)
- Mädchenspezifische Anteile (gegenüber gemischt geschlechtlich = koedukativ)
- Dargeboten für Teilnehmer(-innen) ab 15 Jahren (gegenüber jüngeren)
- Durchgeführt von externen Fachkräften (gegenüber schuleigenen Lehrkräften)

In Bezug auf eine mögliche Vorbeugung bei Magersucht ist jedoch ein Beginn der Prävention ab 15 Jahren kritisch zu bewerten, da in diesem Alter bereits der Prävalenzgipfel der Magersucht liegt. Die Mehrzahl der Programme ist auf das Setting „Schule“ ausgerichtet. Nur hier ist a priori ein sozial gerechter und niederschwelliger Zugang gewährleistet. In Thüringen signalisierte 2004 das Kultusministerium (TMBWK) Bedarf für ein kostengünstiges und nachhaltiges Angebot zur Prävention bei Magersucht (AN). Bedingung war die Durchführung durch Lehrkräfte statt externer Fachkräfte, um die Kompetenz aller Beteiligten im Umgang mit Essstörungen zu stärken (Empowerment). In Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Jena und 2 vom TMBWK teilweise freigestellten Lehrerinnen entstand das Programm zur Primärprävention von Magersucht bei Mädchen ab 12 Jahren (kurz: PriMa). Für die Programmevaluation per Kontrollgruppenstudie bestand das Ministerium auf Verzicht einer randomisierten Gruppenzuweisung, um interessierte Schulen nicht zu demotivieren.

Wesentliche Ergebnisse

Das Präventionsprogramm PriMa wird von den schulinternen Lehrkräften nach einer eintägigen Fortbildung selbstständig mit Unterstützung eines ca. 100-seitigen Lehrmanuals durchgeführt und besteht aus 9 Unterrichtseinheiten á 45 min (bzw. 90 min inkl. Übungen; ausführliche Beschreibung siehe [5]). Mit PriMa soll den Mädchen einerseits die selbstzerstörerische Macht der Magersucht deutlich werden, andererseits vollziehen sie, u. a. durch Rollenspiele, selbst im Verlauf des Programms eine innere Wandlung vom hilflosen Opfer bzw. der hilflosen Zuschauerin zu einer handlungsfähigen Expertin in Sachen Magersucht.

Die umfassende Evaluation folgte den Empfehlungen der „Society for Prevention Research“ (SPR) mit den 3 Schritten „Erprobung“, „Bewährung im Feld“ und „flächendeckende Verbreitung“ [6]. Die Durchführbarkeit (Machbarkeit, „Feasibility“) wurde als Prozessevaluation an 16 Thüringer Schulen geprüft [7]. Zur Evaluation der Wirksamkeit von PriMa wurde nach der Pilot-Studie mit n = 1006 Mädchen aus 42 Schulen eine Präpost-Kontrollgruppenstudie über 3 Messzeitpunkte mit post-hoc Parallelisierung durchgeführt (n = 1553 Mädchen zwischen 11 und 14 Jahren an 92 Thüringer Schulen [8]. Erfasst wurden hierbei die Variablen „Körperselbstwert“, „Figurzufriedenheit“, „Essverhalten“ und „Magersuchtspezifisches Wissen“ (kurzfristig Outcomes) mit größtenteils standardisierten Instrumenten (FBeK, SCOFF, EAT26-D). Über die Gesamtgruppe konnte ein signifikanter Wissenszuwachs und verbesserter Körperselbstwert nachgewiesen werden. Als größtes Problem bei der Implementierung von PriMa erwies sich die Integra-

Heruntergeladen von: Thüringer Universitäts- und Landesbibliothek Jena. Urheberrechtlich geschützt.

Tab. 1 Gesamtkonzept zur Prävention von Essstörungen in Thüringen.

Angebot	6. Klasse	7. Klasse	8. Klasse
Bausteine für Projektunterricht	PriMa[1]	Torera[2]	STARK[3]
Begleitforschung	Prozessevaluation und Wirkungsevaluation mit kontrollierten Studien mit Prä-post-Messungen, Langzeitforschung (in Planung)		
Unterstützung	Info-Telefon Thüringer Essstörungsinitiative, e. V.: 03641 937747 Buch mit Hintergründen zu den Programmen (Berger, 2008)		
Fortbildung Lehrkräfte	Heidelberger Präventionszentrum, HPZ (www.h-p-z.de)		
Material	HPZ (www.h-p-z.de), teilweise kostenloser Download im Format PDF über www.thessi.de		

[1] Primärprävention Magersucht für Mädchen [8]

[2] Primärprävention Bulimie, Fress-Attacken und Adipositas für Mädchen und Jungen [13]

[3] Stationsarbeit: kompetent in Ernährung und Bewegung [10]

tion in den regulären Unterricht und das Fehlen eines Programms, das Jungen mit einbezieht. Daher wurde das koedukative Programm Torera für Mädchen und Jungen der 7. Klasse entwickelt mit dem Schwerpunkt der Prävention von BN und BED [5,9]. Ergänzend wurde zur Auffrischung der Inhalte STARK für die 8. Klasse mit sog. Booster-Sessions konzipiert (s. hierzu [8] und **Tab. 1**).

Torera fokussiert neben Bulimie und BED auch auf Übergewicht und Adipositas, da Essstörungen in starkem Zusammenhang mit diesem wachsenden Gesundheitsproblem stehen [10]. Der Name „Torera" steht für den Kampf gegen die Bedrohung der Bulimie (wörtliche Bedeutung = Stierhunger) mit dem Ziel, die Jugendlichen zu stärken gegen verletzende Bemerkungen von Peers und die Versuchung gegen vermeintlich „einfache" Problemlösungen, wie Erbrechen nach dem Essen, um Übergewicht zu vermeiden und Schuldgefühle „auszukotzen". Überprüft wurde die Wirkung des Programms, das wie PriMa 9 Lektionen mit Manual und Arbeitsheften enthält, mit einer Prä-Post-Kontrollgruppenstudie mit post-hoc parallelisierter Gruppenzuordnung an 12 Thüringer Schulen 2007–2009. 188 Mädchen und Jungen, die ein Jahr zuvor PriMa bzw. das jungenspezifische Übergewichts-Präventionsprogramm TOPP [11] durchliefen, nahmen an Torera teil. 345 fungierten als Kontrollgruppe (Details siehe [9]). Im Ergebnis zeigten insbesondere Mädchen und Schüler beiderlei Geschlechts mit hohem Eingangsrisiko signifikante Verbesserungen des Körper-Selbstwertes und des Essverhaltens durch die Intervention, mit kleinen bis mittleren Effektstärken (Cohen's d = 0,35–0,66). Die Mediations-Analyse ergab eine signifikante Vermittlung der berichteten Einstellungen zum Essverhalten durch den Körperselbstwert. Dies unterstreicht die generelle Bedeutung der Selbstwertsteigerung bei essstörungsbezogenen präventiven Interventionen.

Zur Überprüfung der Frage, ob sich die Durchführung im regulären Schulunterricht (empfohlene Variante) gegenüber einem 1-wöchigen Workshop unterschied und zum Test der sog. Adherence oder Manualtreue, wurden die Lehrkräfte per strukturiertem Telefoninterview nach Programmabschluss befragt. Beide Durchführungsmodi erwiesen sich als äquivalent in der erzielten Wirkung. Es zeigte sich jedoch, dass 8 von 10 Lehrern dem Manual nicht strikt folgten. In der Hauptsache wurden die ersten 3 Lektionen stark gekürzt oder weggelassen, die aus der Wiederholung der Inhalte der Programme aus Klasse 6 bestanden. Die Wirkung blieb jedoch auch hier bestehen. Schließlich überprüften wir die Möglichkeit einer schädlichen Wirkung, indem die Häufigkeit von positiven „risk shifts" (Wechsel von der Risiko- in die Nichtrisikogruppe) den negativen Wechseln gegenübergestellt wurde. Anders als frühere Präventionsprogramme in diesem Feld [12] konnten wir zeigen, dass in der Interventionsgruppe schädliche Wirkungen seltener auftraten als in der Kontrollgruppe. Aus den Häufigkeiten der positiven risk shifts errechnete sich die absolute Risikoreduktion durch Torera mit ARR = 7,8 %. Dies entspricht einer sog. „number needed to treat" von NNT = 13, d. h. wenn 13 Schüler/innen am Programm teilnehmen, profitiert eine/r signifikant. Auf einen Zeitraum von 10 Jahren gerechnet betragen die Kosten zur Durchführung von Torera ca. 2,50 € pro Schüler/in [14].

Schlussfolgerungen

Unsere Erfahrungen in Thüringen haben gezeigt, dass eine flächendeckende Implementierung primärpräventiver Interventionen möglich ist, wenn alle Adressaten (Stakeholder: Ministerien, Schulämter, Schulen, Eltern, Lehrer, Schüler, Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit) einbezogen werden. Um die Nachhaltigkeit zu sichern, werden die notwendigen Materialien (Manuale, Poster, Arbeitshefte) in Kürze kostenlos über Download zur Verfügung stehen (Näheres siehe www.thessi.de). Über das „Heidelberger Präventionszentrum (HPZ, siehe www.h-p-z.de) sind Fortbildungen bundesweit buchbar, die wir allen Lehrkräften empfehlen. Wir gehen davon aus, dass die Programmimplementierung, wie sie hier für Thüringen beschrieben wurde, grundsätzlich auch auf andere Bundesländer übertragbar ist. Die hier skizzierten primärpräventiven Angebote betrachten wir als ersten Baustein für eine integrierte Versorgung bei Essstörungen entsprechend den Empfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA [15]).

Interessenkonflikt: U. Berger gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

Literatur finden Sie im Internet unter http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1330034.

Förderkennzeichen
01EL0602
Projektlaufzeit
07/2006–06/2009

Autoren
U. Berger, J.-M. Schäfer, K. Wick, C. Brix, B. Bormann, M. Sowa, D. Schwartze, B. Strauß

Institut
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Korrespondenzadresse
PD Dr. phil. med. habil. Uwe Berger
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Jena der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Stoystraße 3, 07740 Jena
uwe.berger@uni-jena.de

Bibliografie
DOI http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1330034
Online-Publikation: 2013
Gesundheitswesen
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0949-7013

Heruntergeladen von: Thüringer Universitäts- und Landesbibliothek Jena. Urheberrechtlich geschützt.