

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**EMPFEHLUNGEN
ZUR INTEGRIERTEN
VERSORGUNG BEI
ESSSTÖRUNGEN IN
DEUTSCHLAND**

4

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr. In Wahrnehmung ihrer Clearingaufgabe sammelt und analysiert die BZgA verfügbare Daten und wertet sie im Hinblick auf einen notwendigen Interventionsbedarf aus.

Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und die Entwicklung von Leitlinien und qualitätssichernden Instrumenten zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA. Fachtagungen und Workshops mit Expertinnen und Experten haben in dem Entwicklungsprozess eine wichtige Funktion: Sie sind ein Forum, bei dem der wissenschaftliche Erkenntnisstand und die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit im Hinblick auf die Konsequenzen für Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen diskutiert werden.

In der Reihe „KONZEPTE“ werden deshalb die Ergebnisse der Fachtagungen und Workshops und die hieraus entwickelten Grundlagen und Empfehlungen veröffentlicht, die sich an all diejenigen richten, die professionell im Gesundheitssektor zu tun haben.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

EMPFEHLUNGEN ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG BEI ESSSTÖRUNGEN IN DEUTSCHLAND

4

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren
wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die
Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Herausgeberin:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
Tel.: 0221/8992-0
Fax: 0221/8992-300

Projektleitung: Lydia Lamers und Reinhard Mann (BZgA)
E-Mail: reinhard.mann@bzga.de

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen
Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen
Druck: Asmuth, Köln

Auflage: 1.5.11.11

Konzepte, Band 4: Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen
in Deutschland, Köln: BZgA, 2011
ISBN 978-3-942816-01-4

Band 4 der Fachheftreihe Konzepte ist erhältlich
unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln,
und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/
den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60404000

Im Rahmen von

„Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“,

einer Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF).

Entwickelt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von Lydia Lamers und Reinhard Mann unter Mitarbeit des Redaktionsteams, bestehend aus folgenden Personen:

Dr. Herbert Backmund

Dr. Uwe Berger

Sigrid Borse

Dr. Monika Gerlinghoff

Dr. Ulrich Hagenah

Claudia Vallo

Die Empfehlungen sind abgestimmt mit dem Expertenkreis der Initiative, der sich aus Vertreterinnen und Vertretern der maßgeblichen Institutionen, Verbände, Fachgesellschaften und Einzelpersonen zusammensetzt (siehe Seite 30).

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund	7
2. Ziel der Empfehlungen	11
3. Die Versorgungsstruktur	14
3.1 Gesundheitsförderung, Prävention	15
3.2 Niederschwellige Beratungsangebote	17
3.3 Diagnostik und Behandlung	19
3.4 Nachsorge	23
4. Forschung	26
5. Fazit	28
6. Anhang	30
6.1 Expertengremium „Leben hat Gewicht“	30

Hintergrund

Die Initiative

2007 wurde die Initiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankeitswahn“ vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) ins Leben gerufen.

Das Ziel der Initiative ist, jungen Menschen ein positives Körperbild zu vermitteln und das Selbstwertgefühl zu stärken, da sie nach einem immer schlankeren Idealbild streben und dabei oft ihre Gesundheit gefährden. Gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Verbänden, der Medizin und Hilfeinrichtungen möchte die Initiative die Öffentlichkeit für das Thema sensibilisieren. Durch die Bündelung der verschiedenen Aktivitäten der Akteurinnen und Akteure wird die Aufmerksamkeit für das Thema erhöht. Bestehende Initiativen, Projekte und Hilfsangebote sollen besser miteinander vernetzt und bekannter gemacht sowie Betroffene und deren Angehörige darüber informiert werden.

Die Initiative „Leben hat Gewicht“ ist Teil des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ (www.in-form.de).

Zahlen

Essstörungen können sich auf verschiedene Weise zeigen. Im Wesentlichen werden drei Hauptformen unterschieden:

- **Magersucht (Anorexia nervosa)**
Typisch für die Magersucht ist ein starker Gewichtsverlust, den die Betroffenen bewusst herbeiführen. Sie sind auffallend dünn

und empfinden sich auch dann noch als zu dick, wenn sie schon unter starkem Untergewicht leiden. Die Betroffenen reduzieren ihr Gewicht in erster Linie durch Hungern bzw. Nahrungsverweigerung, durch übertriebene sportliche Aktivität oder beides. Manche greifen zusätzlich zu Appetitzüglern, Abführmitteln bzw. entwässernden Medikamenten oder führen Erbrechen selbst herbei.

- **Bulimie (Bulimia nervosa)**

Kennzeichen der Bulimie sind häufige Essattacken, bei denen in kurzer Zeit große Nahrungsmengen gegessen werden. Um die Kalorienzufuhr „rückgängig“ zu machen und nicht zuzunehmen, lösen die Betroffenen selbst Erbrechen aus. Doch sie wenden auch andere Maßnahmen an. Dazu gehören zum Beispiel Fasten und Missbrauch von Abführmitteln. Aus Furcht, dick zu werden, halten die Betroffenen zwischen den Anfällen eine Art Dauerdiät ein.

- **Binge-Eating-Störung**

Wiederholte Essattacken kennzeichnen die Binge-Eating-Störung. „Binge“ ist das englische umgangssprachliche Wort für ein Gelage, eine Prasserei – also eine Situation, in der übermäßig viel gegessen oder auch viel getrunken wird. Während der wiederkehrenden Essanfälle werden enorm große Mengen heruntergeschlungen. Die Betroffenen haben das Gefühl, während dieser Anfälle die Kontrolle über das Essen verloren zu haben. Im Unterschied zur Bulimie werden die Essattacken nicht durch andere Maßnahmen „ungeschehen“ gemacht. Das heißt, es erfolgen zum Beispiel kein extremer Sport, Hungern oder Erbrechen. Die Betroffenen sind deshalb häufig übergewichtig.¹

Die verschiedenen Formen der Essstörungen können ineinander übergehen oder sich abwechseln. Nicht immer sind bei Essstörungen alle Merkmale ausgeprägt, und nicht alle Essstörungen lassen sich den drei Hauptformen zuordnen. Die Wissenschaft geht davon aus, dass unspezifische und untypische Essstörungen sogar häufiger auftreten als die drei klassischen. Ein auffälliges/gestörtes Essverhalten

¹ www.bzga-essstoerungen.de

(allein) muss keine Essstörung sein. Es kann sich daraus aber eine Essstörung entwickeln. Der Übergang von *auffällig* zu *krankhaft* ist fließend. Verharmlosen sollte man diese Vorformen und sonstigen Formen von Essstörungen nicht. Sie haben genauso gravierende Folgen wie die klassischen Störungen und müssen professionell behandelt werden.

Nach der im Jahr 2006 veröffentlichten bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts (KiGGS)² zeigen insgesamt 21,9 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren Auffälligkeiten, die auf ein gestörtes Essverhalten hinweisen.

Die Datenlage zur Prävalenz der Essstörungen ist nicht eindeutig und aufgrund unterschiedlicher Stichprobengewinnung und Erhebungsinstrumente auch nicht unbedingt vergleichbar. Nach Wittchen (1998) beträgt die Prävalenz für Anorexia nervosa bei den 14- bis 24-Jährigen etwa 0,3 % bzw. 1 % und die für Bulimia nervosa 0,7 % bzw. 1,7 %. Speziell für Deutschland existieren keine neueren Erhebungen. Für die Risikogruppe der 15- bis 35-jährigen Frauen wird in den S3- (evidenzbasierten) Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von Essstörungen in Deutschland (2010)³ die Prävalenz bei Anorexia nervosa mit 0,4 % und bei Bulimia nervosa mit knapp 1 % angegeben. Hier ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen, da Bulimie-Erkrankte aus Scham häufig nicht eine Beratung und Therapie aufsuchen und die Essstörung nicht unbedingt erkennbar ist. Für die Binge-Eating-Störung beträgt die Prävalenz bei Frauen 1,6 % und bei Männern 0,8 %. Symptome der Binge-Eating-Störung weisen 20–30 % der adipösen Jugendlichen auf, ohne jedoch alle Kriterien der Erkrankung zu erfüllen.

Diese Daten zeigen die Notwendigkeit, bereits Kindern und Jugendlichen mit auffälligem Essverhalten entsprechende Unterstützungen anzubieten. Deutlich wird auch, dass eine zielgerichtete Versorgung nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei Erwachsenen erforderlich ist.

2 <http://www.kiggs.de>

3 <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html>

Literatur:

Wittchen, H. U., Nelson, C. B., Lachner, G. (1998): Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 28, 109–126.

Ziel der Empfehlungen 2

In der weltweiten Charta für Essstörungen, die auf dem Weltkongress der Academy for Eating Disorders (AED)⁴ verabschiedet wurde, sind Rechte und Erwartungen von Menschen mit Essstörungen und deren Angehörigen zusammengefasst. Dort heißt es:

Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung haben ein Recht

- auf evidenzbasierte Behandlung hoher Qualität durch kompetente Therapeutinnen und Therapeuten in angemessener Intensität und Dauer,
- auf vollständige Bezahlung der Behandlung durch Krankenversicherungen und das öffentliche Gesundheitswesen. Diese Behandlung soll durch Spezialistinnen und Spezialisten zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen.

Patientinnen und Patienten dürfen erwarten,

- dass ihre Behandlung auch einen Schwerpunkt auf Rückfallprophylaxe beinhaltet und
- dass die Behandlungsdauer dem Charakter und dem Schweregrad ihrer Krankheit entspricht.⁵

In dem vorliegenden Papier werden die in der Charta beschriebenen Gedanken aufgegriffen und unterstützt. Die „Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen“ zeigen auf, wie ein umfassendes Versorgungsangebot nach dem heutigen Stand des Wissens gestaltet werden muss, um betroffenen und gefährdeten Menschen zielgerichtet und ausreichend helfen zu können, die Krankheit zu überwinden bzw. sie erst gar nicht entstehen zu lassen. Insbesondere wird auf Übergänge und Schnittstellen zwischen Prävention, Beratung, Behandlung und Nachsorge eingegangen. Es werden Wege

⁴ <http://www.aedweb.org>

⁵ Deutsche Fassung der Charta unter www.oeges.or.at/charta.html

aufgezeigt, wie idealtypisch ein effektives und an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiertes Handeln möglich ist und welche Anlaufstellen und Angebote für Menschen mit einem gestörten Essverhalten bzw. mit Essstörungen in Deutschland vorhanden sind. Das Papier richtet sich an alle Akteurinnen und Akteure, die Prävention, Beratung, Diagnostik, Behandlung und/oder Nachsorge für Menschen mit einem auffälligen Essverhalten bzw. Essstörungen anbieten sowie an alle Menschen, die beruflich mit Betroffenen in Kontakt kommen. Das sind für

- die *Prävention* insbesondere Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräfte, Eltern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte,
- die *Beratung* insbesondere Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Pädagoginnen und Pädagogen, Psychologinnen und Psychologen, Familientherapeutinnen und -therapeuten sowie Ernährungsfachkräfte,
- die *Diagnostik und Behandlung* insbesondere Ärztinnen und Ärzte (unterschiedlicher Fachrichtungen, u. a. Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Innere Medizin, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Oecotrophologinnen und Oecotrophologen,
- die *Nachsorge* insbesondere ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen, Pädagoginnen und Pädagogen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen.

Die Empfehlungen können als eine Art Richtlinie für qualifizierte Arbeit im Bereich Essstörung angesehen werden, die die Angebote für Betroffene deutlich verbessert. Eine Orientierung an diesen Empfehlungen kann durch Akteurinnen und Akteure genutzt werden, um die Qualität ihrer Angebote zu dokumentieren und damit bei Krankenkassen, Fachverbänden, Organisationen und anderen Einrichtungen finanzielle und personelle Ressourcen zu akquirieren. Sie dienen als Unterstützung der Betroffenen und als Orientierungshilfe für Entscheidungsträgerinnen und -träger.

Es zeigt sich immer wieder, dass bei der Versorgung von Menschen mit Essstörungen zeitliche Lücken zwischen den unterschiedlichen diagnostischen, beraterischen und therapeutischen Maßnahmen entstehen. Es kann zu Wartezeiten kommen, wenn zum Beispiel in einer Institution oder Einrichtung notwendige Maßnahmen nicht erbracht werden können. Dies stellt Betroffene vor eine große Herausforderung, weil sie in ihrer schwierigen Situation nahtlose Unterstützung und Betreuung brauchen.

Des Weiteren ist eine funktionierende Qualitätskontrolle ein wichtiger Bestandteil eines guten Versorgungskonzepts. Die Qualität einer Versorgungsleistung sollte daran gemessen werden können, dass

- Menschen mit Essstörungen in jedem Stadium ihrer Erkrankung die für ihre Störung notwendige und hinreichende Hilfe erhalten,
- der familiäre und soziale Kontext mit einbezogen wird,
- eine regelmäßige medizinische Betreuung gewährleistet ist,
- die Professionalität der Hilfe gesichert ist,
- eindeutige diagnostische Hinweise bekannt sind und damit eine Weiterleitung ins Versorgungssystem gesichert ist,
- eine Übergabe innerhalb der einzelnen Versorgungszweige – zum Beispiel von der Beratung in die Therapie oder von der Therapie in die Nachsorge – sichergestellt ist,
- Zeitverluste sowie
- Informationsverluste vermieden werden,
- auslösende (traumatische) Faktoren erkannt und
- unterschiedliche Schweregrade (essgestörtes Verhalten – manifeste Störung) in der Versorgung entsprechend berücksichtigt werden.

3

Die Versorgungsstruktur

Das Versorgungsangebot für Menschen mit einer Essstörung sollte immer umfassend sein. Im Wesentlichen sind vier Bereiche für eine umfassende Versorgung entscheidend:

1. Gesundheitsförderung, Prävention
2. Niederschwellige Beratungsangebote
3. Diagnostik und Behandlung
4. Nachsorge

Eine Vernetzung aller vier Bereiche ist anzustreben, um die Qualität der Angebote und der Patientenversorgung zu verbessern. Hilfsangebote für Patientinnen und Patienten, aber auch für ihre Angehörigen können und müssen besser aufeinander abgestimmt werden. Eine Verzahnung der Angebote im Bereich Prävention, Beratung, Diagnostik, Behandlung, Therapie sowie Nachsorge kann als Clearingprozess bezeichnet werden. Der Prozess kann exemplarisch an bestehende Kliniken, Beratungsstellen und andere Stellen angegliedert werden – und er wird es auch. Das Einrichten einer externen weiteren Anlaufstelle kann damit umgangen werden, was sich positiv auf mögliche notwendige Kosten auswirkt.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nimmt als Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Bereich gestörtes Essverhalten und Essstörungen eine aufklärende und informierende Rolle ein. Ein breites, kostenlos erhältliches Print- und Internetangebot wird durch die Finanzierung von Modellprojekten (zum Beispiel zur Prävention) sowie von Studien, unter anderem zur Versorgungslage in Deutschland, ergänzt. Alle bereitgestellten Informationen machen deutlich, dass eine ganzheitliche Sicht, die Prävention, Beratung, Diagnostik und Behandlung umfasst, für ein effektives und bedarfsgerechtes Handeln unumgänglich ist.

Im Folgenden werden die einzelnen Bereiche der Versorgungsstruktur näher betrachtet. Es wird festgehalten, welche Aufgabenschwerpunkte und Qualifizierungen die Bereiche haben und wo Kooperation und Vernetzung hilfreich wären, um Lücken zu schließen und damit die Versorgungsleistung zu verbessern.

3.1 Gesundheitsförderung, Prävention

Ziel

Frühzeitige Maßnahmen zur Förderung eines positiven Körpergefühls, eines langfristig gesunden Ernährungsverhaltens sowie psychosozialer Ressourcen (wie zum Beispiel emotionale Stabilität, Strategien zur Stressbewältigung etc.) sind wichtig, um eine gesunde (Gewichts-)Entwicklung zu fördern und der Entstehung von Essstörungen zuvorzukommen.

Neben der Gesundheitsförderung und der Verhinderung einer Krankheitsentstehung (Primärprävention) ist – vor allem im Zusammenhang mit Essstörungen – die frühzeitige Erkennung einer behandlungsbedürftigen Erkrankung (Sekundärprävention) und rasche Weiterleitung zu kompetenter Hilfe ein zentrales Anliegen. Hierbei kommt Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen eine oft unterschätzte Bedeutung zu. Kooperationen mit entsprechenden Hilfeinrichtungen, wie Beratungsstellen, aber auch Praxen und Kliniken, sind sinnvoll. Zudem könnte eine bessere Nutzung der J1 (Jugenduntersuchung) der Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner sowie der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die im Alter von 12 bis 14 Jahren durchgeführt wird, hilfreich sein, um gestörtes Essverhalten frühzeitig zu erkennen.

Qualifizierung

Offizielle Leitlinien oder Qualitätsstandards zur Prävention von gestörtem Essverhalten und Essstörungen gibt es nicht. Aus der wissenschaftlich begleiteten Praxis lassen sich jedoch Faktoren erkennen, die die Effektivität von Maßnahmen erhöhen.

Der Zugang zu Präventionsangeboten zur Vorbeugung von gestörtem Essverhalten und Essstörungen sollte niederschwellig und allen sozialen Gruppen ermöglicht werden, um möglichst viele Kinder und Jugendliche zu erreichen. Daher kommt insbesondere Schulen und Kindertageseinrichtungen eine Schlüsselrolle bei der Etablierung flächendeckender und nachhaltiger Angebote zu.

Auch Vereine und Jugendeinrichtungen können präventiv tätig werden. Wichtig ist bei allen gesundheitsförderlichen Maßnahmen die Einbeziehung des gesamten Settings, das heißt sowohl der direkten und indirekten Adressatinnen und Adressaten (Kinder, Eltern, pädagogische Fachkräfte, Leitungspersonen) als auch der jeweiligen institutionellen Strukturen (zum Beispiel durch Fortbildungsmaßnahmen für Beteiligte und durch Gestaltung des Umfelds).

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich des Ess- und Bewegungsverhaltens tragen zur allgemeinen Stärkung der Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen bei. Angebote sollten mindestens folgende Bereiche im Sinne der Förderung von Schutzfaktoren berücksichtigen:

- Stärkung des Selbstwertgefühls,
- kritischer Umgang mit Medien und dem darin vermittelten Schönheitsideal,
- Umgang mit (negativen) Gefühlen sowie
- Entwicklung eines positiven Körpergefühls.

Die Aufklärung und Bearbeitung von Risikofaktoren, wie ständige Gewichtssorgen, regelmäßig gezügeltes Essen (umgangssprachlich als „Diäthalten“ bezeichnet) und Hänkeln durch Gleichaltrige, sollten altersangemessen, nach entsprechender themenbezogener Fortbildung und manualbasiert erfolgen.

Da präventive Bemühungen auch gegenteilige Effekte haben können (zum Beispiel Nachahmung von Risikoverhalten), sollte jedes konkrete Präventionsangebot evaluiert und seine jeweils spezifische Wirkung bekannt sein.

Es existieren bereits Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern

und Jugendlichen⁶ die von der BZgA zusammengetragen und von renommierten Expertinnen und Experten verabschiedet wurden. Es sollte geprüft werden, ob diese ebenfalls für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von gestörtem Essverhalten und Essstörungen, wie zum Beispiel Magersucht und Bulimie, Geltung haben können.

3.2 Niederschwellige Beratungsangebote

Ziel

Beratungsstellen sind für Betroffene und Angehörige bei Essstörungen oftmals die erste Anlaufstelle. Die Beratungsangebote bei Essstörungen können sowohl von Betroffenen als auch von Angehörigen, Freundinnen und Freunden sowie Bekannten in Anspruch genommen werden. Neben der persönlichen Beratung gibt es zudem Angebote zur telefonischen Beratung sowie internetbasierte Angebote in Form von E-Mail-Beratung, Einzel- und moderiertem Gruppenchat. Die Beratungsleistungen sind meistens kostenfrei.

Zunächst ist die Klärung des Problems entscheidend. Innerhalb der Beratungsgespräche erfolgt dann vor allem eine Motivierung der Betroffenen zur Annahme weiterer professioneller Hilfe. Beratungsstellen unterstützen bei der Vermittlung in eine adäquate Diagnostik und ambulante bzw. stationäre Behandlung. Die Möglichkeiten und Zugangswege zu den diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sollten transparent gemacht und die Notwendigkeit einer diagnostischen Abklärung, einschließlich einer ärztlichen Untersuchung, sollte vor der Planung weiterer Interventionen hervorgehoben werden. Frühe spezifische Hilfe optimiert den Erfolg einer Behandlung. Eine strukturierte Vernetzung mit medizinischen und psychotherapeutischen Praxen sowie psychosomatischen Fachkliniken ist hierfür notwendig. Ein regelmäßiger Kontakt der Beratungspersonen zu den Betroffenen sollte sichergestellt sein.

6 http://www.bzga-kinderuebergewicht.de/adipo_mtp/qualitaetsicherung/qualitaetskriterien.htm

Das Angebot von Beratungsstellen umfasst darüber hinaus angeleitete Gruppen für Betroffene und Angehörige, Selbsthilfegruppen sowie Nachsorgeangebote im Anschluss an eine stationäre Behandlung. Zudem bieten Beratungsstellen Fachberatung und Fortbildung für Mittlerkräfte aus psychosozialen und pädagogischen Arbeitsfeldern sowie Präventionsmaßnahmen für Schulen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit an.

Qualifizierung

Ambulante Beratung zu Essstörungen bieten insbesondere spezialisierte Beratungseinrichtungen, aber auch Frauen-, Jugend- und Drogenberatungsstellen sowie psychosoziale Beratungsstellen an. Neben Beratungsangeboten freier Träger bieten auch öffentliche Träger, wie zum Beispiel städtische Gesundheitsämter, ambulante Beratung zu Essstörungen an. Zu den wichtigsten freien Trägern zählen die katholische und evangelische Kirche, kirchenunabhängige Träger sowie die Wohlfahrtsverbände.

Ein erfahrenes Fachpersonal, das über eine essstörungsspezifische Beratungskompetenz verfügt, ist in den Einrichtungen für die Zielerreichung Grundvoraussetzung. Insbesondere für Fachkräfte aus den Bereichen Sozialpädagogik, Pädagogik, Psychologie und Ernährung gibt es entsprechende Fortbildungsangebote.

Der Bundesfachverband Essstörungen führte eine Untersuchung zur Qualitätssicherung von Beratungs- und ambulanten Behandlungsangeboten von Essstörungen in seinen Mitgliedseinrichtungen durch. Aus den Ergebnissen dieser vom Bundesfamilienministerium finanzierten Studie zur Qualitätssicherung wurden die Leitlinien für die Beratung und ambulante Behandlung von Essstörungen abgeleitet (Reich, Witte-Lakemann und Kilius 2005). Diese Leitlinien sollten bei der Arbeit in Beratungseinrichtungen bekannt sein und Berücksichtigung finden.

Bislang ist das Hilfsangebot im Bereich der qualifizierten, spezifischen Beratung bei Essstörungen regional sehr unterschiedlich entwickelt. In den meisten Gegenden bestehen nur wenig qualifizierte Angebote. Eine bundesweite Erhebung von spezifischen Angeboten zu Essstörungen, die vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

im Auftrag der BZgA durchgeführt wurde, sorgt seit Mitte 2011 bereits für mehr Transparenz, unter anderem über spezifische Beratungsangebote⁷.

Ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt verfolgt das Ziel, sicherzustellen, dass ausreichend niedrigschwellige, aber qualitativ hochwertige Beratungs-, Betreuungs- und Selbsthilfeangebote für Betroffene und Angehörige bundesweit verfügbar sind.⁸

Schon jetzt geht man davon aus, dass mehr spezifische niederschwellige Beratungsangebote für Jugendliche und junge Erwachsene benötigt werden, wie zum Beispiel Onlineberatungs- und Jugendsprechstunden. Eine Finanzierung dieser Angebote sollte gewährleistet sein. Informations- und Beratungsangebote bei Essstörungen sollten generell kostenfrei, niederschwellig und kurzfristig erreichbar sein. In Kooperation mit Kommunen, Ländern und Krankenkassen ist ein bedarfsgerechter Ausbau von Beratungsangeboten für Betroffene und Angehörige erforderlich.

3.3 Diagnostik und Behandlung

Ziel

Die Behandlung von Essstörungen erfordert einen multidimensionalen Ansatz mit medizinischem und psychotherapeutischem Schwerpunkt sowie unterstützender Ernährungstherapie. Ergänzend können bewegungstherapeutische und körperorientierte Angebote die Behandlung begleiten, da dies zur Stressregulierung und Entspannung beiträgt. Die Psychotherapie bearbeitet die Hintergründe und Auslöser des symptomatischen Verhaltens. Eine medizinische Betreuung ist allein aufgrund der vielfältigen Begleit- und Folgeerkrankungen unabdingbar. Sowohl ambulant als auch stationär ist ein wesentlicher Bestandteil bei der Behandlung von Essstörungen

⁷ www.hilfe-essstoerungen.de

⁸ <http://www.dick-und-duenn-berlin.de>

die Ernährungstherapie – mit dem Ziel, eine Normalisierung des Körpergewichts und Essverhaltens zu erreichen.

Eine zusätzliche Betreuung von Angehörigen, Eltern und Geschwistern kann hilfreich sein. Ob eine ambulante oder stationäre Behandlung angezeigt ist, muss im Einzelfall entschieden werden. Bei dieser Entscheidung spielen neben dem Ausmaß der körperlichen Gefährdung auch seelische und soziale Faktoren eine wichtige Rolle.

Für die Betroffenen müssen vor allem die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten sowie die Zugangswege zu diesen offengelegt werden. Die Kosten sowie die Kostenübernahme müssen Bestandteil bei der Informationsvermittlung zwischen Behandelnden und Betroffenen sein.

Für einen reibungslosen Übergang von einer ambulanten oder stationären Behandlung in weiterführende therapeutische Maßnahmen oder in die Nachsorge, wie in Kapitel 3.2 beschrieben, haben ebenfalls die Behandelnden Sorge zu tragen. Maßnahmen zur Nachsorge können dabei nicht losgelöst von der vorangegangenen Behandlung gesehen werden. Eine strukturierte Vernetzung mit Selbsthilfegruppen und Einrichtungen, die Angebote im Bereich der Nachsorge anbieten, ist wünschenswert. Der Kontakt zwischen therapeutischer Einrichtung sowie dem Nachsorgeanbieter sollte über eine bestimmte Zeit bestehen bleiben, damit bei einem möglichen Rückfall die notwendige Intensivierung der Behandlung schnellstmöglich erfolgen kann. Die Nachsorge wird im Idealfall von der therapeutischen Einrichtung des bzw. der Betroffenen selbst angeboten.

Qualifizierung

Die von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeiteten S3- (evidenzbasierten) Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von Essstörungen in Deutschland sind im Internet abrufbar⁹ und sollten von allen Behandelnden als Grundlage für ihre Arbeit berücksichtigt werden.

⁹ <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html>

Zur Diagnose wird die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; WHO 2010) sowie das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen (DSM IV; Amerikanische Psychiatrische Vereinigung 2003) herangezogen. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass spezialisierte Diagnostikerinnen und Diagnostiker vorhanden sind.

Hinsichtlich der Früherkennung und Differenzialdiagnostik von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen fällt den Fachgebieten der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine wesentliche Rolle zu. Bei Erwachsenen mit Essstörungen sind in der Regel Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Internistinnen und Internisten, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Ärztinnen und Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, aber insbesondere auch Zahnärztinnen und Zahnärzte wichtige ärztliche Anlaufstellen im Zusammenhang mit dem gestörtem Essverhalten oder der Essstörung. Nicht selten erfolgt ein Erstkontakt mit einem betroffenen Menschen aber auch über niederschwellige Beratungsstellen. Im Einzelfall müssen Betroffene rasch adäquate Hilfe erhalten. Dies setzt voraus, dass folgende Fragen geklärt sind:

- Liegt bereits eine ausgeprägte Essstörung vor (Primat für das medizinisch-psychotherapeutische Behandlungssystem), oder handelt es sich um ein gestörtes Essverhalten oder eine nicht näher bezeichnete Essstörung (Primat von Beratung und Psychotherapie)¹⁰?
- Welche Essstörung liegt vor?
 - a. Handelt es sich um eine noch nicht chronifizierte Essstörung (bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden)?
 - b. Handelt es sich um eine chronische, langfristige Essstörung?
- Wie schwerwiegend ist die Erkrankung?
- Welche Form von Behandlung ist adäquat und sollte dem bzw. der Betroffenen (und bei Kindern und Jugendlichen: den Eltern) empfohlen werden (entsprechend den S3-Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung von Essstörungen)?

¹⁰ Eine klare Trennung zwischen Essstörung und gestörtem Essverhalten gibt es nicht. Siehe dazu auch Seite 8.

Es muss gewährleistet werden, dass genügend störungsspezifische Therapieangebote bei Therapeutinnen und Therapeuten mit einer Kassenzulassung sowie in stationären bzw. teilstationären Einrichtungen vorhanden sind. Die Übernahme für eine akut notwendige medizinische Behandlung ist sowohl für die ambulante als auch stationäre Versorgung geregelt.

Eine Kostenübernahme muss geklärt werden vor Aufnahme einer Psychotherapie sowie bei Behandlung in einer Klinik, die nicht eine akute Krankenhausbehandlung im Sinne des SGB V, sondern zum Beispiel eine Rehabilitationsbehandlung durchführt, wie dies in vielen psychosomatischen Kliniken der Fall ist. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen muss eindeutig festgelegt und zeitnah abgewickelt werden. Wünschenswert ist, dass die Krankenkassen einheitliche Entscheidungskriterien haben, ab wann welche Maßnahmen über welchen Zeitraum für die Genesung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen zu bewilligen sind.

Die Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bestehend aus einem interdisziplinär besetzten Team, hat einen Mustervertrag für die Versorgung von an Magersucht und Bulimie erkrankten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen entwickelt. Die Vertragswerkstatt erarbeitet Versorgungskonzepte auf Grundlage des Paragraphen 73c SGB V. Als Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination bietet die KBV die Konzepte den Kassen zur gemeinsamen Umsetzung an.

Neben der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen beteiligten sich das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und vor allem Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten der jeweiligen Berufsverbände:

- Berufsverband Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland,
- Berufsverband deutscher Psychiater und Psychotherapeuten,
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung,
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte.

Kernziel dieser Maßnahme ist eine verbesserte Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Bulimie und Magersucht. Da das

KBV-Konzept erst kürzlich vorgelegt wurde, ist derzeit noch nicht abzuschätzen, wie dies angenommen wird.¹¹

Wartezeiten auf spezifisch für Essstörungen zugeschnittene ambulante oder stationäre Therapieplätze sind in der Realität leider nicht selten. Besteht keine Lebensgefahr, können übergangsweise Gesprächs- und Gruppenangebote in spezifischen Beratungsstellen sowie Selbsthilfegruppen unterstützend sein.

Bei akut lebensbedrohlichen Zuständen (zum Beispiel Suizidalität, medizinischen Komplikationen wie Herz-Rhythmus-Störungen etc.) ist eine intensivmedizinische Versorgung unmittelbar erforderlich. Wartezeiten bei solchen lebensbedrohenden Zuständen darf es nicht geben. Dabei ist im Einzelfall abzuwägen, ob eine Behandlung auch gegen den Willen der betroffenen Person eingeleitet werden muss. In der Versorgungsrealität ergeben sich oft erhebliche Schwierigkeiten, schwer erkrankte Patientinnen und Patienten mit Anorexie dem entsprechenden Behandlungssetting zuzuführen. Psychiatrische Kliniken verweisen oft auf fehlende Expertise im Umgang mit körperlichen Komplikationen, wobei medizinische Kliniken oft nicht über ausreichende Möglichkeiten verfügen, um die psychische Problematik zu behandeln.

3.4 Nachsorge

Ziel

Nachsorge umfasst alle Maßnahmen, die im Anschluss an eine planmäßig durchgeführte, qualifizierte Behandlung zur Rückfallprophylaxe notwendig sind. Dabei ist davon auszugehen, dass Nachsorge erst dann einsetzt, wenn die Betroffenen sowohl stationär als auch ambulant alle notwendigen medizinischen und psychotherapeutischen Maßnahmen des Behandlungssystems durchlaufen haben. Nachsorge dient dann der Wiedereingliederung und Integration. Nachsorge hat bei Patientinnen und Patienten mit Essstörungen des-

¹¹ <http://www.kbv.de/koop/aerztliche-kooperationen.html>

halb einen besonderen Stellenwert, weil Rückfälle auch nach erfolgreichen Behandlungen zwar häufig auftreten, aus der Sicht der Betroffenen aber nicht selten als persönliches Versagen erlebt werden. Auch Eltern und Angehörige gehen nach Beendigung zum Beispiel einer erfolgreichen stationären Behandlung oft von Heilung aus. Somit wird eine notwendige erneute professionelle Hilfe häufig erst sehr spät in Anspruch genommen, zumal dann, wenn es an wohnortnahen, qualifizierten Nachsorgeangeboten mangelt.

Ziele der Nachsorge sind:

- die Stabilisierung und Aufrechterhaltung des bisherigen Therapieerfolgs,
- die Verhinderung von Rückfällen,
- die Krisenintervention,
- die Verhinderung oder Verminderung des Risikos eines Übergangs in andere psychische Störungen und einer Chronifizierung,
- die Lebenshilfe bei primär krankheitsbedingter, ungenügender Sozialisation,
- die berufliche und soziale Integration,
- bei Jugendlichen die Förderung der Verselbstständigung,
- die familiäre Bewältigung der Krankheit zu unterstützen.

Qualifizierung

Nachsorgemaßnahmen sollten durch geeignete Institutionen (zum Beispiel Kliniken, Beratungsstellen, qualifizierte Praxen, Spezialambulanzen auch mit familientherapeutischer Ausrichtung, Einrichtungen der Jugendhilfe, zum Beispiel betreutes Wohnen, oder Selbsthilfegruppen mit medizinischer/therapeutischer Supervision) angeboten werden. Zusätzlich sollten qualifizierte Angebote im Internet und spezielle Angebote von Seminaren, Workshops und Trainingskursen (zum Beispiel Esstraining, Familienworkshops, Training sozialer Kompetenz, Kunstworkshops), zum Beispiel an Wochenenden oder abends, angeboten werden. Eine regelmäßige (zum Beispiel jährliche) medizinische Nachuntersuchung ist dabei zu integrieren. Jedes Nachsorgeangebot sollte evaluiert werden, damit entsprechende Qualitätsstandards entwickelt werden können. Die Dauer und Intensität von Nachsorgemaßnahmen hängen von den individuellen Ressourcen der Betroffenen ab.

Gegenwärtig mangelt es an regionalen Institutionen mit qualifizierten, transparenten Nachsorgeangeboten, in erster Linie für Kinder und Jugendliche. Erstrebenswert wäre eine Koordination von geeigneten örtlichen Einrichtungen mit regeltem Informationsaustausch.

Wenn eine Patientin oder ein Patient im Rahmen der Nachsorge gleichzeitig unterschiedliche Leistungen bei verschiedenen Anbietern in Anspruch nehmen will (zum Beispiel Einzelpsychotherapie und Ernährungstherapie oder Familienworkshops), sollten diese in Bezug auf die Kostenerstattung durch die Krankenkassen klar beschrieben sein.

Literatur:

Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (2003): Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen. Hogrefe-Verlag, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.

Reich, G., Witte-Lakemann, G., Kilius, U. (2005): Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen. V&R unipress, Göttingen.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2010): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Kapitel VCF. Klinisch-diagnostische Leitlinien.

4 Forschung

Essstörungen haben immense Auswirkungen auf die betroffenen Personen, auf das Gesundheitssystem wie auch auf die Gesellschaft. Wissenschaftlich belegbare, neue Erkenntnisse sowie deren systematische Dokumentation und Veröffentlichung können helfen, um auf die Erkrankung aufmerksam zu machen, um ein besseres Verständnis zu bewirken und die Prävention, Beratung, Diagnose und Therapie zu verbessern.

Die Schnittstellenproblematik zwischen den verschiedenen Maßnahmen innerhalb der Versorgung von Menschen mit Essstörungen soll zum Thema der Forschung gemacht werden. So ist zu überprüfen, ob ein ineinandergreifendes Arbeiten verschiedener Professionen vorschnelle Abbrüche und Ausstiege aus der Versorgung verhindern könnte.

Um eine effektive Behandlung der betroffenen Patientinnen und Patienten zu gewährleisten bzw. neue, erfolgversprechende Behandlungskonzepte zu entwickeln, ist Forschung zur Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Ansätze ebenso wie zur Erforschung neuer Therapiemöglichkeiten erforderlich. Die Einschätzung des Therapieerfolgs ist häufig sehr subjektiv und sollte verstärkt durch objektivierbare Verfahren validiert werden. Um die Behandlungskonzepte von Essstörungen zu optimieren, ist eine enge Verknüpfung von medizinischer Forschung und Versorgungsforschung nötig.

Ein Ausbau und eine weitere Finanzierung von Forschungsvorhaben im Bereich gestörtes Essverhalten und Essstörungen ist demnach erstrebenswert. Dabei müssen sowohl genetische und psychobiologische Faktoren, das familiäre und soziale Umfeld, Risikofaktoren, die zum Ausbruch der Störungen beitragen können, sowie Schutzfaktoren, die eine Entstehung der Krankheit vorbeugen können, einbezogen

gen werden. Noch zu wenig ist darüber bekannt, wie ähnliche psychische Ursachen zu klinisch so unterschiedlichen Störungsbildern wie Bulimie, Anorexie oder Binge-Eating-Störung führen. Auch hier könnten gezielte Forschungsmaßnahmen zur Klärung beitragen.

Ein wesentlicher Aspekt der Forschung ist die Verbesserung der Früherkennung einer psychischen Störung. Denn je eher professionelle Behandlung beginnt, desto günstiger ist der Therapieverlauf. Moderne biomedizinische Techniken aus den Bereichen der Genomforschung oder der bildgebenden Verfahren könnten hier unterstützend wirken.

Der Nutzen von wissenschaftlichen Studien im Bereich Essstörung erklärt sich an bereits durchgeführten und laufenden Forschungsprojekten. Beispielfhaft werden im Folgenden drei Studien erwähnt:

- Eine bundesweite Versorgungserhebung, die im Auftrag der BZgA vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde, brachte 2011 aktuelle Informationen über die verschiedenen Angebote für Betroffene und ihre Angehörigen sowie über Verteilung und Qualität dieser Angebote hervor.¹²
- Im Rahmen des „Eating Disorders Diagnostic and Treatment Network“ (EDNET), einer von fünf durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsverbänden zur Psychotherapie mit Schwerpunkt Essstörungen, wird erstmals eine Studie zum Vergleich von Langzeiteffekten zweier Behandlungssettings in der Behandlung Jugendlicher mit Magersucht (Anorexia nervosa) durchgeführt.¹³
- Eine ebenfalls von EDNET durchgeführte Studie ist die ANTOP-Studie (Anorexia Nervosa Treatment of OutPatients). Ziel der Studie ist es, die Wirksamkeit zweier spezifischer Psychotherapieverfahren – fokale psychodynamische Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie – im Vergleich zur bisher üblichen Standardbehandlung eines „Treatment as usual“ zu untersuchen.¹⁴

¹² www.bzga-essstoerungen.de

¹³ <http://www.ednet-essstoerungen.de>

¹⁴ www.psychosomatik.klinikum.uni-erlangen.de oder www.medizin.uni-tuebingen.de/psychosomatik

5 Fazit

In der Versorgung von Menschen mit Essstörungen kann man bereits auf evidenzbasierte (S3-)Leitlinien zur Behandlung von Essstörungen sowie auf Qualitätskriterien für die Beratung und ambulante Therapie zurückgreifen. Die bundesweite Versorgungsstudie hat das Wissen über Angebote zur Prävention, Beratung, Diagnostik und Therapie von Essstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen verbessert. Spezifische Angebote werden von einer Vielzahl von Personen und Einrichtungen bereitgestellt. Umso wichtiger ist es, verlässliche Aussagen über die Qualität und Quantität dieser Angebote zu bekommen. Eine strukturierte Kooperation aller in der Versorgung tätiger Berufsgruppen und Institutionen kann Lücken im Versorgungssystem schließen, Wartezeiten verringern helfen und eine individuelle Auswahl vorhandener Maßnahmen ermöglichen.

Ansatzpunkte zukünftiger Optimierungen in der spezifischen Versorgung von Menschen mit Essstörungen können wie folgt beschrieben werden:

1. Die Bekanntmachung bereits vorhandener und darauf aufbauend die Erarbeitung neuer Kriterien und Leitlinien bei allen Akteurinnen und Akteuren, die in der Prävention, Beratung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen beteiligt sind, muss aktiv umgesetzt werden.
2. Die Etablierung erprobter ganzheitlicher Versorgungsmodelle und/oder Clearingprozesse, die von der Prävention bis zur Nachsorge alle Stationen der Versorgungsleistung umfassen, sollten finanziell unterstützt und implementiert werden.
3. Arbeitshilfen wie zum Beispiel Checklisten, die die Vernetzung und Verzahnung der Angebote im Bereich Prävention, Beratung, Diagnostik, Behandlung und Therapie unterstützen, sollten entwickelt und verbreitet werden.

4. Eine Zusammenarbeit von Prävention, Beratung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge hat Einfluss auf finanzielle Aspekte der einzelnen Maßnahmen. Dazu sollten Konzepte und Kostenpläne erarbeitet und umgesetzt werden.
5. Der Ausbau und die weitere Finanzierung von Forschungsvorhaben im Bereich gestörtes Essverhalten und Essstörungen muss vorangetrieben werden.

Optimierungen in der Versorgung sind angesichts begrenzter Ressourcen notwendig. Standardisierte Dokumentation und Evaluation der Maßnahmen in allen Bereichen der Versorgungskette sollten durchgeführt werden. Zudem sollte eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen verbessern. Eine konstruktive Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen ist für ein enges Netzwerk Grundvoraussetzung. Alle Bemühungen in diese Richtung dienen dem Ziel, individuell, schnell und nachhaltig arbeiten zu können, um den Beratungs- und Behandlungsprozess positiv zu beeinflussen und Chronifizierungen vorzubeugen.

Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Fachverbände konnten hier Empfehlungen festgehalten und Defizite benannt werden. Da Daten bzw. Studien zu langfristigen Effekten von Angeboten im Bereich Prävention, Beratung und Therapie bei gestörtem Essverhalten und Essstörungen weitgehend fehlen, ist ein solcher fachlicher Konsens ein wichtiger erster Schritt, um die Qualität der Prävention und Therapie von gestörtem Essverhalten und Essstörungen zu erhöhen. Hier kann das Expertengremium von „Leben hat Gewicht“ weiterhin eine wichtige Arbeit leisten.¹⁵

¹⁵ www.leben-hat-gewicht.de

6 Anhang

6.1 Expertengremium „Leben hat Gewicht“

Das Expertengremium der auf Bundesebene durchgeführten Initiative „Leben hat Gewicht“ setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern der folgenden maßgeblichen Institutionen, Verbände und Fachgesellschaften zusammen:

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Charité, Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), Bundesfachverband Essstörungen (BFE), Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V. (dgess), Deutscher Hausärzteverband e.V., Deutsche Sportjugend (dsj), die Jugendorganisation im Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), Dick und Dünn e.V., Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie der Universität Jena, Frankfurter Zentrum für Essstörungen (FZE), Frankfurt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU), Klinik Hochried – Zentrum für Kinder, Jugendliche und Familien, Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen und ADHS der Klinik Lüneburger Heide, Landesinstitut für Schule (LIS), Bremen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der LWL-Universitätsklinik Bochum, Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), Therapie-Centrum für Essstörungen (tce), München, Therapeutische Wohngruppen bei Essstörungen anad e.V., München, Universität Vechta, Arbeitsbereich Sportwissenschaft.

Ferner aus den Einzelpersonen Daniela Kühne, Gundis Zambo, Hans-Joachim Berndt und Holger Hassel.

Die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Robert Koch-Institut (RKI) unterstützt.

BZgA

**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

ISBN978-3-942816-10-6

Leben hat Gewicht.

Gemeinsam gegen den Schlankeitswahn