

**Jörg Adler**

Referent für Psychiatrie & Sucht

Der Paritätische Schleswig-Holstein  
Beselerallee 57  
D-24105 Kiel

**Schleswig-Holsteinischer Landtag** □

**Umdruck 16/2189**

e-mail vom 04. Juli 2007 an den

Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages

Sehr geehrter Frau Tenor-Alschausky, sehr geehrte Frau Tschanter,  
anlässlich der Behandlung des Antrages „Bündnis gegen Essstörungen“ der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen im Sozialausschuss habe ich einige Anmerkungen zum Bericht der Landesregierung, die ich Ihnen gern mitteilen möchte.

- Der Bericht stellt die Problemsituation einschließlich der erwähnten epidemiologischen Entwicklung und Trends zum Thema in den Kernpunkten richtig dar, Zunahme von Essstörungen, Problemaufriss der gesellschaftlichen Zusammenhänge, etc.
- In der Bewertung der Bedeutung von Beratungsstellen unter Punkt 6.2 wird die Rolle der ambulanten Beratungsstellen allerdings unterbewertet. Die Beratungsstellen sind die Motoren der Vernetzung, der inhaltlichen Arbeit, der Öffentlichkeitsarbeit u.v.m. Sie sind die niedrigschwelligen Eingangsbereiche, sie überbrücken mit ihren Angeboten Wartezeiten auf Therapieplätze vor und nach einer Behandlung, sie machen Präventionsarbeit in Schulen, Kitas, Jugendeinrichtungen und klären häufig erste Indikationen. Dies findet im Bericht zu wenig Berücksichtigung.  
(siehe Positionspapier Essstörungen des „AK Essstörungen“)
- In der Bewertung der Angebotsstruktur in SH ist der Landesregierung in den Punkten „Informationen über Essstörungen“ und in der „Versorgungsdichte der Beratungsstellen“ zu widersprechen. Die Hauptbetroffenen Gruppen sind zwar oberflächlich über das Krankheitsbild informiert, aber Frühwarnsignale, erste Indikatoren, ... sind meist nicht bekannt, weil die Präventionsarbeit zu kurz kommt. Hier auf ein bundesweites Präventionsgesetz zu warten, verkennt die im ersten Teil des Berichts festgestellten Probleme. Diese Haltung führt die sekundäre Bedeutung des Themas innerhalb des Ministeriums vor Augen und spiegelt die mangelnde Initiative und Aktivität im Bereich der ambulanten Versorgung (Beratungsstellen, amb. Therapien, etc.) und des Themas auf Seiten der Landesregierung wieder.
- Die „Angebotsstrukturen im Land“ sind nicht nur unterschiedlich (Punkt 7. S. 11), sondern selbst in den quantitativ stärker versorgten Ballungsräumen ist die Versorgungslage defizitär. Die Einschätzung, dass es in SH ein „dichtes Netz“ von diversen Beratungsstellen gibt, hilft in der Sache nicht, wenn diese nicht speziell für Essstörungen qualifiziert sind. Ein eigenes Netz von Beratungsstellen im Bereich Essstörungen macht tatsächlich keinen Sinn, aber die Qualifizierung, Erweiterung und bessere Ausstattung von vorhandenen Beratungsstellen (Frauen-, Mädchenberatungsstellen, Erz.- Ehe- und Familienberatungsstellen) ist sinnvoll und zu fordern.

- Die Ablösung einer „historisch“ entwickelten Versorgungsstruktur hin zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ist zu fordern. Ein Ausstieg des Landes und eine alleinige Verlagerung der Verantwortung auf die Kommunen sollte möglichst verhindert werden.

Ich möchte auch noch auf das Positionspapier der Freien Wohlfahrtspflege (s. Anlage), insbesondere den Absatz 4 „... Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation für Menschen mit Essstörungen“, verweisen. Das Papier nennt die notwendigen Veränderungen im Bereich der Finanzierung, der Beratung, der Behandlung und regt eine Datenerhebung im Bereich an.

Auch verweise ich auf meine Stellungnahme zur Anfrage des Sozialministeriums im Zuge der Abfrage zur Erstellung des Berichtes der Landesregierung, in dem ich insbesondere auf die Bereiche Angebotsbestand, Beurteilung der Versorgungssituation in SH und der Bedeutung von Netzwerkarbeit eingehe.

Ich würde mich freuen, wenn meine Anmerkungen und die Positionen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, sowie des Arbeitskreises Essstörungen, Einfluss auf die Diskussion und die Entscheidungsfindung haben. Wenn möglich bitte ich um Umverteilung an die Ausschussmitglieder.

Sollten Sie noch Fragen haben, bin jederzeit für Sie unter einer der unten angeführten Nummern zu erreichen.

Mit freundlichen Grüßen

J. Adler

**Jörg Adler**

Referent für Psychiatrie & Sucht

Tel.: +49(0)431/56 02 - 15

Fax: +49(0)431/56 02 88 - 15

Mobil +49(0)162/13 97 357

Mail: [adler@paritaet-sh.de](mailto:adler@paritaet-sh.de)

Der Paritätische Schleswig-Holstein

Beselerallee 57

D-24105 Kiel

[www.paritaet-sh.org](http://www.paritaet-sh.org)



DPWV • Postfach 1907 • 24018 Kiel

Deutscher Paritätischer  
Wohlfahrtsverband.

Landesverband  
Schleswig-Holstein e. V.

Beselerallee 57  
24105 Kiel

Tel.: 04 31 / 56 02- 15

Fax: 04 31 / 56 02 - 88 15

E-Mail: [adler@paritaet-sh.org](mailto:adler@paritaet-sh.org)

Organisationskennziffer: 2.3

Homepage: [www.paritaet-sh.org](http://www.paritaet-sh.org)

Steuernummer: 19 290 82009

Kiel, Januar 2007

Sehr geehrte Frau Rietz,

gern komme ich Ihrem Wunsch nach, die gestellten Fragen zu beantworten.

#### Angebotsbestand

Da der DPWV ein Verband ist, leistet er selbst keine klientenbezogene Arbeit. Unsere Leistung im Bereich der Essstörung bezieht sich auf die Unterstützung von Einrichtungen, die in diesem Arbeitsbereich tätig sind. Dabei handelt es sich insbesondere um Fachberatung, Vernetzung von Mitgliedseinrichtungen, Fortbildungen und inhaltliche Grundsatzarbeit zum Thema im Land.

Des Weiteren bekomme ich telefonische Anfragen aus ganz SH mit der Bitte um Informationen über Beratungs- und Therapiemöglichkeiten, die von mir beantwortet werden.

#### Beurteilung der Versorgungssituation in SH

Stellt man die in der Literatur aufgeführten hohen prozentualen Fall- bzw. Gefährdungszahlen (Epidemiologische Risiken) in Beziehung zur Bevölkerung in SH und diese wiederum in Beziehung zu der Zahl der Einrichtungen im Land, besteht eine Unterversorgung im Land. Unter Versorgung verstehe ich dabei nicht nur die Behandlung betroffener Menschen, sondern auch Beratungs- und Präventionsarbeit für Angehörige, Schulen, etc., Öffentlichkeitsarbeit, Weiterbildung, ...

Aus Sicht des Verbandes kann ich im wesentlichen über den Bereich der niedrigschwelligen ambulanten Angebote von einer starken Unterversorgung sprechen. Zieht man für die Betrachtung der Versorgungssituation zusätzlich regionale Kriterien hinzu, wird diese Unterversorgung in einzelnen Regionen gravierend.

Über den Bereich der ambulanten Behandlung bei niedergelassenen PsychiaterInnen / PsychotherapeutInnen wird uns aus den Einrichtungen immer noch von durchgängig langen Wartezeiten bis zum Therapiebeginn berichtet. Diese Situation betrifft Spezialangebote für Kinder und Jugendliche noch verstärkt. Im Zusammenhang mit der nicht ausreichenden Versorgungssituation im niedrighschwellig ambulanten Bereich potenziert sich das Problem der Wartezeiten, da Überbrückungsangebote für die Wartezeiten

fehlen oder überlaufen sind, was in der Regel zu einer Verschlechterung der individuellen Krankheitsverläufe führt.

Die Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Suchtkrankenhilfe sind ebenfalls auf eine externe Versorgungsstruktur angewiesen, um entsprechende Fälle in ihren Einrichtungen adäquat zu versorgen. Aufgrund der fehlenden externen Hilfestruktur wird hier oftmals nicht ausreichend behandelt.

Ein ähnlich dunkles Bild zeigt sich in der Versorgungssituation mit Weiterbildungsangeboten für LehrerInnen, Fachkräfte aus Betreuungseinrichtungen, ehrenamtlich engagierten Menschen in Vereinen, Verbänden etc. Das Angebot entspricht bei weitem nicht dem eigentlich notwendigen Bedarf.

Die Psychodynamik des Krankheitsbildes, die Verharmlosung der Symptome, die häufig mit der Erkrankung verbundene Heimlichkeit, die gesellschaftlichen Idealbilder tragen mit dazu bei, dass eine breite, fordernde Öffentlichkeit nicht entsteht. Die wenigen und finanziell schlecht ausgestatteten Einrichtungen der ambulanten Versorgung haben nicht die Ressourcen eine breite Öffentlichkeit herzustellen, Selbsthilfe stärker zu fördern, zu begleiten und ausreichend präventiv tätig zu werden. Somit entsteht auch kein Druck die Themen an den relevanten Stellen (Schule, Vereine, Familien, ...) voranzubringen und wir befinden uns hier somit in einem Teufelskreis.

#### Bedeutung von Netzwerkarbeit

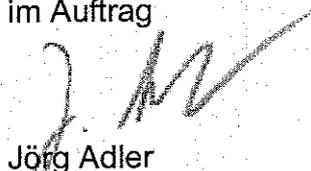
Eine stärkere Vernetzung aller in diesem Segment tätigen könnte für die Betroffenen zu einer qualitativen Verbesserung der Behandlung führen. Insbesondere an den Schnittstellen der Behandlungsformen (Stat.- Teilstat. – Amb. + Beratung, Prävention, etc.) würden sich viele Verbesserungen erzielen lassen.

Eine stärkere Vernetzung kann Synergien für Kampagnen, Öffentlichkeitsarbeit, Information, Weiterbildung freisetzen und damit langfristig zum Ausbau und zur stärkeren Förderung des Bereiches beitragen.

Eine Vernetzung und die damit verbundenen Maßnahmen erleichtern es den Kostenträger zu steigern, um eine adäquate finanzielle Beteiligung in allen Bereichen der Arbeit zum Thema Essstörungen zu erreichen und inhaltliche Neugestaltung in Form von neuen Behandlungskomplexen, lokalen oder überregionalen Bündnissen, etc. zu entwickeln.

Anzustreben ist aus meiner Sicht insbesondere der Ausbau und die Stärkung des niedrigschwelligen ambulanten Systems, deren Struktur von Beratungs- und Anlaufstellen und deren präventiven, Chronifizierung vermeidenden Arbeit. Sie arbeiten in der Öffentlichkeit, in der Region und können von einer Vernetzung wesentlich profitieren und bei einem sehr guten Kosten – Nutzen Verhältnis in der Sache viel bewirken.

Mit freundlichen Grüßen  
im Auftrag



Jörg Adler  
Réferent Psychiatrie und Sucht

# **Gemeinsames Positionspapier der Wohlfahrtsverbände zum Thema Ess-Störungen**

Arbeiterwohlfahrt Schleswig-Holstein,  
Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Schleswig-Holstein  
Diakonisches Werk Schleswig-Holstein,  
der Paritätische Wohlfahrtsverband Landesverband Schleswig-Holstein e.V.,

## **Zusammenfassung**

Dieses Papier beschreibt die aktuelle Situation der Versorgung von Menschen mit Ess-Störungen. Die Erkrankung wird in ihrer persönlichen und epidemiologischen Dimension skizziert. Die aktuelle Versorgungssituation wird und die Notwendigkeit ihrer Entwicklung wird dargestellt. Das Positionspapier bietet konkrete Handlungsvorschläge für das weitere Vorgehen der Freien Wohlfahrtspflege.

## **Inhaltsverzeichnis**

1	Was sind Ess-Störungen? .....	2
2	Ausgangslage .....	2
3	Personenkreis .....	3
4	Istbestand und Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungs-situation für Menschen mit Essstörungen.....	5
4.1	Prävention und Beratung einschließlich Selbsthilfegruppen:.....	5
4.2	Das bedeutet konkret .....	5
4.2.1	Behandlung: .....	6
4.2.2	Ambulante Rehabilitation:.....	6
4.2.3	Teilstationäre und stationäre Einrichtungen und psychiatrische Versorgung:.....	6
4.2.4	Fortbildung:.....	6
4.2.5	Anregung .....	6
5	Definition, Klassifikation und Erscheinungsformen von Essstörungen.....	8

## 1 Was sind Ess-Störungen?

In der Anlage fügen wir die Definition, Klassifikation und Erscheinungsformen von Essstörungen bei.

## 2 Ausgangslage

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände in Schleswig-Holstein und der Fachausschuss der Landesstelle gegen die Suchtgefahren wollen mit dem Positionspapier zum Thema „Essstörungen“ auf die Probleme der Menschen mit Essstörungen in Schleswig-Holstein sowie auf die unzureichende Versorgungsstruktur aufmerksam machen und eine Verbesserung der Versorgung anregen. Bei den nachfolgenden Daten wurde überwiegend auf Unterlagen des Arbeitskreises Essstörungen Bezug genommen. Im Arbeitskreis Essstörungen sind MitarbeiterInnen aus Sucht-, Psychiatrie- und Frauenberatungsstellen in Schleswig-Holstein vertreten.

Vom Land S-H werden Essstörungen seit Mitte der 90 er Jahre als psychosomatische Erkrankung mit Suchtcharakter eingestuft. Entsprechend werden Essstörungen nicht mehr im Suchthilfeplan ( wie bisher), sondern im Psychiatriebericht des Landes aufgeführt ( erstmals im Psychiatriebericht 2000).

Von Essstörungen sind überwiegend Frauen und Mädchen (mehr als 95 %) betroffen. Als Ursache sind vor allem gesellschaftliche Faktoren festzustellen:

Weibliche Sozialisation zur Anpassung an die Bedürfnisse anderer, Nichtakzeptanz und Abwertung weiblicher Lebenswelten, Doppel- und Dreifachbelastungen von Frauen, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, gesellschaftliche Akzeptanz über das äußere Erscheinungsbild (überzogenes Schönheits- und Schlankheitsdiktat) und Ignorieren der persönlichen Kompetenz.

Die besondere Dramatik der Erkrankung „Essstörung“ lässt sich vor allem an Anorexia nervosa und Bulimia nervosa verdeutlichen:

„Magersucht ist von allen Erkrankungen, die in der Psychiatrie und Psychosomatik behandelt werden, diejenige mit dem höchsten Sterberisiko, zusammen mit Bulimie ist sie die am häufigsten vorkommende psychische Störung bei Mädchen und jungen Frauen. Hinzu kommt, dass das Einstiegsalter in Essstörungen deutlich abgesunken ist. Dies gilt vor allem für die nicht näher bezeichneten Essstörungen und für die heutzutage allgemein verbreiteten Symptome einer Essstörung, bei denen jedoch noch keine Anorexie oder Bulimie diagnostiziert werden kann. Zunehmend Beachtung kommt auch der Adipositas zu, die in vielen Fällen mit einer Störung verbunden ist. Nach Angaben der WHO gilt sie als die am meisten vernachlässigte und unterschätzte Gesundheitsstörung unserer Zeit.“

Die Letalitätsrate (bei Magersucht) liegt bei Längsschnittuntersuchungen zwischen 5 und 18%. Magersucht ist damit von allen Krankheiten, die in der Psychiatrie und Psychosomatik behandelt werden, diejenigen im größten Sterberisiko.“ (DHS, Jahrbuch Sucht 2005)

Die nachfolgende Tabelle zeigt, die epidemiologischen Risiken bei Frauen und Männern.

Epidemiologische Risiken ( DHS, Jahrbuch Sucht, S. 85, 1998)

	<b>Anorexia nervosa</b>	<b>Bulimia nervosa</b>	<b>Adipositas</b>
Prävalenz	Frauen: 0,2 – 2%	Gesamt: 2-4 %	Frauen: 9-25% Männer: 10-16%
Geschlecht	Ca.95% aller Erkrankten weiblich	Ca. 90% aller Erkrankten weiblich	Geringfügig häufiger bei Frauen
Alter/ Erkrankungsgipfel	15-23 Jahre	20-30 Jahre	40-65 Jahre
Soziale Schicht	Vor allem: höhere Mittelschicht	Eher: Mittelschicht	Unterschicht : Ober- schicht 6:1

Würde man diese Zahlen auf die weibliche Bevölkerung von Schleswig-Holstein beziehen, wären zwischen 100.000 und 285.000 Frauen und Mädchen im Alter von 14 bis 65 Jahren betroffen.

### 3 Personenkreis

Essgestörte Menschen nutzen die Präventions-, Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der Suchthilfe, Psychiatrie und Frauenfachberatung.

95 % der Bulimie- und Magersuchtpatienten sind weiblich. Im Folgenden sind daher die Aussagen auf Frauen bezogen:

- Frauen, deren Essstörung noch nicht chronifiziert ist und die erstmalig wegen ihrer Essstörungen eine Beratung aufsuchen.
- Junge Frauen zwischen 18 und 23 Jahren, die den Umbruch von der familiären Situation in die Erwachsenenwelt vollziehen müssen und dabei in ihrer weiblichen Rolle stark verunsichert sind. Das Essen wird als Bewältigungsstrategie benutzt.
- Frauen, die schon seit vielen Jahren mit einer Essstörung leben (8 bis 15 Jahre), die ausgelöst durch persönliche veränderte Lebenssituationen, z. B. Trennung oder Umzug, in akute Krisen geraten.
- Frauen die nach einer Zeit mit stabilen Essverhalten rückfällig geworden sind (Krisenintervention/Auffangbehandlung).
- Frauen, die bereits Therapieerfahrungen haben, bei denen jedoch kaum eine Veränderung in der Symptomatik erfolgt ist.
- Frauen mit Mehrfachproblematik, z. B. Essstörungen vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung oder einer Depression oder Suchterkrankung

- Frauen, die nach einer stationären Therapie eine weitergehende Nachsorgebehandlung benötigen.
- Frauen, die sich für eine stationäre Therapie entschieden haben und fachliche Unterstützung bis zum Therapiebeginn brauchen.
- Frauen, die eine ambulante Psychotherapie machen wollen und bei niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten keinen Platz bekommen ( sei es wegen der Wartezeiten oder Ablehnung aufgrund der Diagnose Essstörung)
- Frauen und Mädchen mit körperlicher, sexueller und emotionaler Gewalterfahrung, die Essstörungen als Überlebensstrategie entwickelt haben.

Kinder und Jugendliche sind gefährdet, eine Essstörung zu entwickeln:

- Mädchen, die einen hohen Leistungsanspruch an sich haben, gleichzeitig aber auch stark unter Versagungsängsten leiden und das Essen als Kompensationsmittel benutzen.
- Mädchen, die Essen dazu benutzen, ihre psychischen und psychosozialen Probleme zu bewältigen (Schönheits- und Schlangheitswahn, Störungen in der Identitätsentwicklung, Ablehnung des eigenen Körpers).
- Mädchen, die Missbrauchs-, Gewalt- und sexuelle Gewalterfahrung erlebt haben.
- Töchter und Söhne von essgestörten Müttern, die keine Möglichkeit haben, ein normales Essverhalten und ein gesundes Körpergefühl zu entwickeln.

Auch bei den Männern nehmen die Essstörungen zu. Da bisher kaum Forschungsergebnisse zu dieser Thematik vorliegen, lassen sich über die Ursachen nur Hypothesen aufstellen, die auf Erfahrungen aus der praktischen Arbeit basieren:

- Die traditionelle männliche Rolle (Autorität qua Geschlecht, bestimmendes Familienoberhaupt, Ernährer der Familie) gilt heute nicht mehr uneingeschränkt. Die gesellschaftlichen Veränderungen und der Wertewandel erfordern viel mehr partnerschaftliches Rollenverhalten.
- Im Berufsleben stehen Männer unter dem zunehmenden Leistungsdruck. Sie werden heute nicht mehr eindeutig in der Karriere bevorzugt, sondern müssen sich der Konkurrenz von Frauen stellen, die eine hohe Leistungsbereitschaft im Beruf zeigen.
- In der schwierigen, wirtschaftlichen Lage sind auch Männer von Arbeitslosigkeit bedroht, was für sie gleichbedeutend sein kann mit einem „Versagen“ in der männlichen Rolle des „Familienernährers“. Damit wird ihr Selbstbewusstsein stark beeinträchtigt.
- Im familiären Bereich werden von ihnen Verhalten erwartet wie Partnerschaft, Miterziehung der Kinder, Teilnahme an der Hausarbeit.
- Männer sind zunehmend verunsichert in ihrer Identität. Während sie in der Kindheit lernen, Gefühle und Empfindungen nicht zu zeigen, werden im sozialen Bereich emotionale Empfindungen von ihnen erwartet.
- Darüber hinaus kommt auch die gesellschaftliche Anforderung an Fitness, Muskelkraft und Schönheit entsprechende dem vorgegebenen männlichen Idealbild

Angehörige, Bekannte, MultiplikatorInnen und andere Bezugspersonen suchen die Beratungseinrichtungen auf:

- Sie wollen sich über das Hilfsangebot informieren.
- Sie benötigen Beratung für den richtigen Umgang.
- Sie brauchen Beratung und Unterstützung für sich selbst.

#### **4 Istbestand und Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation für Menschen mit Essstörungen**

Die Versorgungssituation der Menschen mit Essstörungen und der Bezugspersonen in den Bereichen der Prävention, Beratung, Behandlung, ambulanter Rehabilitation, teilstationärer und stationären Betreuung, Selbsthilfegruppen und dem klinischen Bereich ist zu erhalten und zu verbessern.

##### **4.1 Prävention und Beratung einschließlich Selbsthilfegruppen:**

Finanzierungsgrundlagen müssen erhalten, ausgebaut und weiterentwickelt werden.

**Folgende Bereiche sind hier zu nennen:**

1. Öffentliche Zuwendungen:

Niedrigschwellige Beratungsarbeit

- Beratung von Betroffenen und Angehörige und dem sozialen Umfeld
- Vorbereitung auf ambulante und stationäre Therapie
- Fachliche Begleitung von Selbsthilfegruppen & Arbeit von Selbsthilfe-Kontaktstellen

2. (zur Zeit) durch Rentenversicherung und / oder Krankenkasse:

- Nachsorge nach stationärer Therapie
- Frühintervention bei Kindern und Jugendlichen durch multidimensionalen Ansatz, der Bewegung, Ernährung und soziales Kompetenztraining einschließt
- Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten

3. Weiterentwicklung der Finanzierung von öffentlichen Zuwendungen und Krankenkassen:

- Prävention: Das Übergewicht von Kindern und Jugendlichen spielt hier eine große Rolle, so dass es sinnvoll ist, dort gezielte Angebote zu machen
- Öffentlichkeitsarbeit

##### **4.2 Das bedeutet konkret**

Zuwendungen der Kommunen und des Landes für den Bereich der Prävention und der Beratung von Essstörungen müssen dringend erhalten bleiben. Zur Zeit kann den Besonderheiten und der Zunahme der Essstörungen nur unzureichend Rech-

nung getragen werden. Bei Initiierung von Selbsthilfegruppen für Essgestörte ist der Bedarf sehr groß.

#### **4.2.1 Behandlung:**

Die Erhebung „Versorgungssituation von Personen mit Essstörungen in S-H“ des MGSV und der LSSH zeigt durchgängig lange Wartezeiten für die ambulante Behandlung dieses Personenkreises bei niedergelassenen PsychiaterInnen/ PsychotherapeutInnen auf.

Im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind aufgrund fehlender qualifizierter und zugelassener Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutenInnen Wartezeiten bis zu 1, 5 Jahren die Regel.

#### **4.2.2 Ambulante Rehabilitation:**

Die Empfehlungsvereinbarung für die Ambulante medizinische Rehabilitation Sucht sieht bisher keine Behandlung von Menschen mit Essstörungen vor. Hier sollte eine gesonderte Vereinbarung, (analog der Kriterien von stoffgebundenen Süchten und Glückspielsucht) abgeschlossen werden, um dem derzeitigen Bedarf zu begegnen.

#### **4.2.3 Teilstationäre und stationäre Einrichtungen und psychiatrische Versorgung:**

Traditionell arbeiten Beratungsstellen eng mit Nachsorgeeinrichtungen und psychiatrischen Krankenhäusern zusammen.

Zahlen belegen, dass auch speziell für Essstörungen häufig Doppel- und Mehrfachdiagnosen gestellt werden. (z.B. 50 bis 75 % der bulimischen und anorektischen Patientinnen haben depressive Störungen etc.). Auch hier wird deutlich, dass in teilstationären und stationären Einrichtungen weiterhin spezifische Angebote bereitgehalten werden müssen bzw. bereits bestehende Angebote in ihrer Arbeit unterstützt werden.

#### **4.2.4 Fortbildung:**

Qualifizierte Fort- und Weiterbildungsangebote für Einrichtungen und MitarbeiterInnen, die mit Essstörungen arbeiten, müssen weiterhin angeboten und verstärkt ausgebaut werden. Multiplikatoren wie z.B. LehrerInnen SozialpädagogInnen, ErzieherInnen müssen dabei besonders berücksichtigt werden. Dabei ist die Zunahme von Adipositas bei Kindern in Deutschland aber auch weltweit zu beobachten. Studien aus Jena und Hamburg belegen für Deutschland einen drastischen Anstieg des Körpergewichts in den vergangenen zwei Jahrzehnten.

Weiterhin sollten Ressourcen für Angehörigenarbeit geschaffen werden.

#### **4.2.5 Anregung**

Mit einer Befragung aller Beratungsstellen und Einrichtungen, die mit Betroffenen arbeiten, ist eine geschlechtsspezifische Datenerhebung im Bereich der Essstörungen in Schleswig-Holstein durchzuführen, damit aussagekräftiges Datenmaterial zur Verfügung steht. Außerdem sollte eine Erhebung zur gesundheitlichen Situation von Frauen und Mädchen in Schleswig-Holstein gemacht werden, in der auch die Situation von essgestörten Frauen und Mädchen aufgezeigt wird.

Anlage:

## 5 Definition, Klassifikation und Erscheinungsformen von Essstörungen

Nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD 10) werden die Essstörungen der Gruppe **F5** als Verhaltensauffälligkeit in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren zugeordnet.

### Erscheinungsformen:

#### **Anorexia nervosa (Anorexie: Magersucht)**

Auffälliges Symptom ist die deutliche Verringerung des Körpergewichts, mindestens um mehr als 15 % des dem Alter und der Körpergröße entsprechenden Gewichts. Magersüchtige verweigern und schränken die Nahrungsaufnahme auf ein Minimum ein. Wegen ihres Empfindens, zu dick zu sein, versuchen sie weiter abzunehmen. Sie verleugnen die körperlichen Bedürfnisse wie Hunger, Frieren oder Schwäche. Dadurch ist es ihnen möglich, sich von „den anderen“ abzugrenzen und sich ernst zu nehmen. Selbst im kachetischen Zustand haben sie keine Krankheitseinsicht. Die Mortalitätsrate liegt bei ca. 10 % der Betroffenen.

Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der Pubertätsentwicklung verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp, fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe bei Mädchen, bei Jungen bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung bei verspäteter Menarche häufig normal abgeschlossen.

#### **Bulimia nervosa (Bulimie: Ess-Brech-Sucht)**

Kennzeichnend für das Krankheitsbild sind die episodischen wiederkehrenden Heißhunger-Attacken, in denen die Betroffenen große Mengen hochkalorischer Nahrungsmittel verschlingen und anschließend wieder erbrechen. Aus Angst vor einer Gewichtszunahme als äußerstes Zeichen ihres unkontrollierten gierigen Essens versuchen Bulimikerinnen, ihr Gewicht etwas unter dem ihrem Alter und ihrer Größe entsprechendem Gewicht zu halten. Sie verbergen ihr „abnormes“ Verhalten für mehrere Jahre vor den anderen und isolieren sich sehr stark. 20 % unternehmen Suizidversuche.

#### **Adipositas (Esssucht mit Übergewicht)**

Esssüchtige essen ständig mehr als ihr Körper benötigt und haben Essanfälle, können aber danach nicht erbrechen. Aufgrund der ständigen Verfügbarkeit wird Essen für sie zum Konversationsmittel für nicht gelebte Gefühle (z. B. Wut, Trauer, Angst usw.) oder zum Schutz vor Frustration und Verletzung. Adipöse versuchen immer wieder, ihr Gewicht zu senken, z. B. durch Diäten, können es aber nicht halten.

Adipositas ist nicht immer mit einer Essstörung gleichzusetzen, sondern vorerst eine somatische Krankheit. Erst wenn psychologische Faktoren auftreten, kann von einer psychischer Störung gesprochen werden.

## **Binge Eating Disorder**

Seit 1994 wurde Binge Eating Disorder (BED) als eine Essstörung in das internationale diagnostische Manual (American Psychiatric Association) im Appendix B aufgenommen.

### **Diagnosekriterien:**

- Wiederholte Episoden von Fressanfällen.
  - (1) Innerhalb einer bestimmten Zeitspanne Aufnahme einer Nahrungsmenge, die deutlich größer ist als das, was die meisten Menschen unter ähnlichen Umständen zu sich nehmen würden;
  - (2) das Gefühl, das Essverhalten während des Fressanfalls nicht kontrollieren zu können.
  
- Mindestens drei der folgenden Kriterien:
  - (1) Sehr viel schnelleres Essen als normal
  - (2) Essen bis zu unangenehmen Völlegefühlen
  - (3) Aufnahmen großer Nahrungsmengen, obwohl nicht hungrig
  - (4) Alleine essen aus Scham und Peinlichkeit
  - (5) Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Depressivität nach Fressanfällen
  
- Deutliche Stressbelastung wegen der Fressanfälle
  
- Durchschnittlich mindestens zwei Fressanfälle pro Woche über mindestens drei Monate
  
- Es werden keine Gegenmaßnahmen zur Verhinderung der Gewichtszunahme durchgeführt. Die Essstörung tritt nicht ausschließlich während einer
  
- Episode von Anorexia oder Bulimia nervosa auf.

### **Latente Essstörungen**

Latent Essgestörte halten ihr Gewicht und ihre Figur durch dauernde Disziplinierung, in dem sie das Gewicht ständig kontrollieren, Kalorien zählen, Diäten machen, Fasten oder übermäßig Sport treiben. Für viele Frauen ist dies ein ganz „normales“ Verhalten. Heute hat fast jede Frau ein gestörtes Essverhalten, da sie ihre Ernährung nicht auf die Bedürfnisse des Körpers ausrichtet, sondern zwischen erlaubten (niedrig kalorischen) und „verbotenen“ (hochkalorischen) Nahrungsmitteln wählt. In der Folge kann es zu einer Mangelernährung kommen, die die körperliche Leistungsfähigkeit und psychische Belastbarkeit beeinflussen. Die Gefahr, manifest esssüchtig zu werden, ist sehr groß.

### **Folgeerkrankungen von Essstörungen:**

Gravierende körperliche Folgeerkrankungen von Essstörungen sind z. B. Störung des Magen-Darm-Traktes, des Stoffwechsels und Elektrolyt-Haushaltes,

Menstruationsstörungen, Nierenschäden, Herz-Rhythmus-Störungen, Kreislaufstörungen, Zahnstörungen und Depressionen. Gemeinsamkeiten der Erscheinungsformen sind

- die gedankliche zwanghafte Fixierung auf das Suchtmittel Essen (verweigern, erbrechen, zu viel essen), das den gesamten Tagesablauf bestimmt,
- die Körperschema-Störung, d. h. die Betroffenen empfinden z. B. die realen Proportionen ihres Körpers als umfangreicher, als sie tatsächlich sind,
- die gestörte Körperwahrnehmung, d. h. Hunger und Sättigungssignale des Körpers wird nicht mehr wahrgenommen.

Viele Betroffene entwickeln in verschiedenen Phasen ihres Lebens unterschiedliche Formen von Essstörungen. Magersucht und Esssucht können einander abwechseln und von bulimischen Phasen unterbrochen sein. Es kann auch zur Suchtverlagerung und Mehrfachabhängigkeiten in Form von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit kommen.

### **Mehrfachdiagnosen:**

Alle Formen von Essstörungen treten häufig in Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen auf: Essstörungen und Depressionen, Ängste, selbstverletzendes Verhalten, Borderlinestörungen, zwanghaftes Verhalten, Medikamentenabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit, Drogen und posttraumatisches Belastungssyndrom.

Adipositas wird im ECD-10 entsprechend kodiert:

Adipositas wird als Ursache einer psychischen Störungen entweder bei affektiven Störungen (F38), bei Angst und depressiven Störungen (F41.20) oder bei neurotischen Störungen (F48.9) zugeordnet mit einer Typuscodierung des Übergewichtes.

## **Positionspapier Essstörungen zum Sozialausschuss am 5.7.2007**

**„Ziel all dieser Bemühungen muss es sein, den Menschen mit Essstörungen im Lande ein qualitativ gutes und zeitnahes Angebot von Hilfen zu ermöglichen!“**

(Bericht der Landesregierung, S. 18)

Wir begrüßen dieses Ziel und fordern:

- die Festlegung konkreter und umsetzbarer Schritte unter Einbezug des langjährigen Fachwissens der Beratungseinrichtungen
- den Erhalt, den Ausbau und eine ausreichende Finanzierung der bereits bestehenden Beratungsinfrastruktur der Facheinrichtungen
- die Schaffung von Beratungsmöglichkeiten und Gruppen für *junge Mädchen*
- die Schaffung wohnortnaher Beratungsangebote
- eine Wahrnehmung *aller* Formen der psychischen Krankheitsbilder von „Essstörungen“: Anorexie, Bulimie, Binge Eating und auch latente Essstörungen, nicht nur den Teilbereich Adipositas und Ernährung
- die Bahnung und Finanzierung der Vernetzungsarbeit
- eine Finanzierung für Fort- und Weiterbildungsangebote

### **1. Die Fachberatungseinrichtungen bieten niedrigschwellige, fachspezifische und unverzichtbare Angebote für Essgestörte**

#### **Aktueller Informationspool**

In der Regel sind die Fachberatungseinrichtungen die Orte, an denen unterschiedliche Informationen zusammenfließen und leicht abzurufen sind (z.B. fundierte Informationen über Essstörungen, Adressenweitergabe von PsychotherapeutInnen und Kliniken, bestehende und geplante Selbsthilfegruppen, Literatur). Die Beratungseinrichtungen haben Pilotfunktion und können gezielte Hilfen geben. Sie haben daher eine unverzichtbare Schlüsselposition.

#### **Niedrigschwelliger Zugang**

Bei vielen Einrichtungen besteht die Möglichkeit über ein „unverfängliches“ Thema in Kontakt zu treten. Z.B. über den Besuch in der allgemeinen Öffnungszeiten, Frühstück, Buchausleihe, Informationsauslage sowie Vorträge und Informationsveranstaltungen. Hierüber kann Kontakt geknüpft und das eigentliche Thema angesprochen werden. Damit wird auch das „Outen / Sichbekennen“ vorerst vermieden, was durch das Aufsuchen „offizieller Einrichtungen wie z.B. Suchtberatungsstellen“ öffentlich wird. Von zunehmender Bedeutung ist auch der niedrigschwellige, anonyme Internetzugang.

#### **Kurzfristige Terminvergabe**

Die Konzepte und Arbeitsweisen der Beratungsstellen bieten die Möglichkeit einer kurzfristigen Terminvergabe. Dies stellt ein entscheidendes Angebot dar, wenn mehrmonatige Wartezeiten bei ambulanten TherapeutInnen bestehen und zu wenig Kliniknachsorgeangebote existieren. Krisensituationen können durch die kurzfristigen Termine entschärft, geklärt und gemildert werden. Im Notfall kann auch eine Begleitung in eine Klinik erfolgen.

#### **Steuerungsfunktion**

Die zunehmende Nutzerinnenzahl bestätigt die Bedeutung dieser Fachberatungsstellen. Da die Beratungseinrichtungen oft die ersten Anlaufstellen sind, kommt ihnen auch eine wichtige Steuerungsfunktion bei der Indikationsfrage zu. Als Brücke vor einem freien Psychotherapieplatz oder nach einem Klinikaufenthalt sind sie eine kompetente und verlässliche Unterstützung.

Für komorbide Klientinnen, die wegen der Schwere ihres Krankheitsbildes keinen ambulanten Therapieplatz bekommen, sind sie oft die einzige Unterstützungsmöglichkeit.

### **Hilfen für Angehörige**

Essstörungen sind nicht nur für die Betroffenen sondern auch für die Angehörigen, FreundInnen, Klassen- und SportkameradInnen eine große Belastung. Fachberatungsstellen bieten auch für diesen Personenkreis Hilfe und Beratung an. Dieses trägt zur Entlastung der familiären Situation und zu einer schnelleren Heilung der Betroffenen bei.

### **Motivationsarbeit**

Niedrigschwellige Beratungsstellen ermöglichen durch die „vorsichtige Gesprächsanbahnung“ eine fundierte Motivationsgrundlage, in der die Betroffenen lernen, ihre Krankheit zu akzeptieren und sich Behandlungsmöglichkeiten zu öffnen. In der ambulanten und stationären Therapie wird diese „Vorarbeit“ als ein wichtiger Baustein begrüßt. Damit sind wesentliche Grundlagen gelegt, die zu einer effektiveren und kostensparenden Therapie beitragen.

## **2. Selbsthilfegruppen – ein wichtiges und zeitintensives Angebot**

Der Bericht der Landesregierung macht die Bedeutung und Notwendigkeit der Selbsthilfeangebote deutlich.

Selbsthilfegruppen für essgestörte Personen müssen von fachkompetenten Mitarbeiterinnen geleitet werden, um die Gefahr des Abbruchs zu verhindern. Aufgrund der Psychodynamik der Störungen ist das Wegbleiben für die TeilnehmerInnen eine scheinbar bessere Lösung als das Aushalten und Überwinden von Schwierigkeiten. Die Richtlinien des Sozialministeriums für die Mittelvergabe für Selbsthilfegruppen sehen eine langfristige Anleitungsdauer vor (bis zu 1 Jahr), vor, jedoch reichen die zur Verfügung stehenden Mittel bei weitem nicht aus.

In Selbsthilfegruppen für Frauen mit Essstörungen werden die geschlechtsspezifischen Themen bearbeitet, die ganz wesentliche Ursachen von Essstörungen sein können, wie z.B. Körperlichkeit und Sexualität, Erfahrungen von emotionaler, sexueller oder körperlicher Gewalt, Traumatisierungen, Abwertung der weiblichen Lebenswelt, Doppelbelastung.

In gemischtgeschlechtlichen Gruppen werden diese Themen vermieden.

## **3. Die unzureichende Finanzierung der Arbeit mit Essgestörten steht im krassen Gegensatz zu dem tatsächlichen Bedarf**

Für Schleswig-Holstein ist festzustellen, dass die Beratungssituation völlig unzureichend ist. Es ist dringend erforderlich, wohnortnahe Angebote einzurichten.

Es besteht keine Planungssicherheit für die Arbeit zum Thema Essstörungen. Das liegt zum einen an der ohnehin eingeschränkten finanziellen Absicherung der betreffenden Einrichtungen und zum anderen an der mangelnden bzw. nicht vorhandenen Finanzierung von Angebotsbausteinen. Die Diskrepanz ist immens: die Nachfrage nach Beratungen nimmt ständig zu - Möglichkeiten zur Unterstützung werden immer mehr eingeschränkt! Viele Beratungsstellen haben ihre Angebote in den letzten Jahren wegen fehlender Finanzierung eingestellt.

## **4. Essstörungen sind die ungenannten Stiefkinder in der Politik und bei der Mittelvergabe, vor allem Magersucht und Bulimie**

Die momentane Ausrichtung auf das Ess- und Ernährungsverhalten von Kindern (s. Netzwerk Ernährung) ist zu begrüßen, greift aber viel zu kurz und beachtet psychische und gesellschaftliche Ursachen, die zu Essstörungen führen können, nicht ausreichend.