



Handlungskonzept Essstörungen.
Impulse für die Weiterentwicklung
von Prävention und Hilfen
in Nordrhein-Westfalen.

Handlungskonzept Essstörungen.

Impulse für die Weiterentwicklung
von Prävention und Hilfen
in Nordrhein-Westfalen.

Inhalt.

Neue Impulse für Prävention, Beratung und Behandlung. _____	6
Vorbemerkung. _____	8
1. Verständnis und Ausgangslage. _____	10
2. Strukturen des Hilfesystems in Nordrhein-Westfalen. _____	16
3. Handlungsbedarf und Maßnahmen. _____	21
A Prävention stärken, Früherkennung verbessern. _____	22
B Transparenz verbessern und Hilfesystem vernetzen. _____	26
C Genderperspektive einbeziehen. _____	29
D Qualität der medizinischen Versorgung sichern. _____	32
E Qualifizierung des Hilfesystems fördern und sichern. _____	34
F Integrierte Versorgung weiterentwickeln. _____	36
4. Literatur. _____	41



Neue Impulse für Prävention, Beratung und Behandlung.

Essstörungen sind zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Grund ist das große individuelle Leid, das mit jedem einzelnen Fall verbunden ist. Essstörungen beginnen meist im jungen Lebensalter und der oft langwierige Verlauf ist besorgniserregend.

Viele Betroffene finden aus unterschiedlichen Gründen oft jahrelang nicht den Weg ins Hilfesystem. In einer Zeit der körperlichen, psychischen und sozialen Lebensentwicklung können Essstörungen gravierende Auswirkungen haben, wenn sie chronisch verlaufen.

Ebenso wenig dürfen die Ängste und Sorgen der Eltern oder anderer Bezugspersonen vergessen werden. Die Erkrankung hat in der Regel einen großen Einfluss auf die gesamte Familie, auch auf die Geschwister.

Um den Herausforderungen bei diesen Erkrankungen zu begegnen, ist eine enge Zusammenarbeit und Kooperation der unterschiedlichen Fachbereiche und Hilfesysteme notwendig. Beratung und Behandlung müssen leicht zugänglich und die Angebote miteinander verzahnt sein. Diesen Herausforderungen stellen sich in Nordrhein-Westfalen bereits viele Akteurinnen und Akteure.

Erstmalig ist es nun in einem Prozess mit Expertinnen und Experten gelungen, spezifische Handlungsempfehlungen für Hilfe- und Präventionsangebote für Menschen mit Essstörungen und ihre Angehörigen für Nordrhein-Westfalen zu entwickeln. In die vorliegenden Empfehlungen flossen die Erfahrungen, das Wissen und die Sichtweisen der Mitwirkenden der Fachkommission Essstörungen aus den unterschiedlichen Fach- und Verantwortungsbereichen ein. Allen Beteiligten sei an dieser Stelle ausdrücklich für ihr Engagement, ihre Auseinandersetzungs- und Konsensbereitschaft gedankt. Die gemeinsame Erarbeitung eines Selbstverständnisses und die daraus entwickelten grundsätzlichen Anforderungen ermöglichten es, wichtige Handlungsschritte und erste Startermaßnahmen für die verschiedenen Bereiche zu identifizieren und zu formulieren.

Mit dem Handlungskonzept ist Nordrhein-Westfalen das erste Bundesland, das konkrete Weichen für zukünftiges Handeln stellt, indem das bereits Erreichte gewürdigt und die noch vorhandenen „Baustellen“ benannt werden. Ich freue mich daher sehr, dass nun ein Konzept vorliegt, mit dem wir neue Impulse für Prävention, Beratung und Behandlung bei Essstörungen geben können. Ich hoffe, dass die Empfehlungen Verbreitung und Eingang in die Strukturen und die tägliche Arbeit mit den betroffenen Menschen finden.



Karl-Josef Laumann

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Vorbemerkung.

Um Essstörungen angemessen begegnen zu können, wurde im Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen (2015) bereits im Rahmen des „Exkurs Essstörungen“ auf die gesundheitspolitische Bedeutung der Erkrankung hingewiesen. Im Handlungskonzept wird darauf aufgebaut, Handlungsbedarfe werden konkretisiert und Maßnahmen aufgezeigt, die perspektivisch weiterzuentwickeln sind.

Das Handlungskonzept wurde unter maßgeblicher Beteiligung eines für diese Zwecke eingerichteten Expertengremiums, der Fachkommission Essstörungen NRW, erarbeitet. In der Fachkommission haben mitgewirkt (in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. Christiane Abdallah, KJ-Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen

Gabriele Beckmann, Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Gleichstellung NRW

Dr. Carmen Blaschke, St. Agatha Krankenhaus Köln

Regine Brand, Beratungsstelle für Suchtkranke, Diakonie Stiftung Salem Minden

Gabriele Brodesser, Beratungsstelle Frauen helfen Frauen e. V., Münster
i. V. Dachverband der autonomen Frauenberatungsstellen NRW e. V.

Iris Busse, Selbsthilfe-Kontaktstelle PariSozial Minden-Lübbecke/Herford

Dr. Sandra Dybowski, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

Angelika Enzian, Psychotherapeutenkammer NRW

Christiane Ernst, Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW

Ines Frege, Fachklinik für Psychosomatik der salus klinik Hürth

Anke Follmann, Ärztekammer Westfalen-Lippe

Julia Gerold, BKK-Landesverband NORDWEST

Nadine Glade, Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Gleichstellung NRW

Monika Haase, Jugendhilfe Bethel

Bettina Hellwig, Bezirksregierung Münster, i. V. für Ministerium für Schule und Bildung NRW

Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Herpertz, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums Bochum der Ruhr-Universität Bochum

Prof. Dr. Claudia Hornberg, Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW

Kerstin Kotewitz, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

Stephanie Lahusen, Werkstatt Lebenshunger e. V.

Karola Ludwig, Landesfachstelle Essstörungen NRW

Heidrun Lundie, St. Alexius-/St.-Josef-Krankenhaus

Dr. Anne Neuhausen, AOK Rheinland/Hamburg

Melany Richter, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

Martina Sandkuhl, Beratungsstelle ProMädchen Mädchenhaus Düsseldorf e. V., LAG autonome Mädchenhäuser/feministische Mädchenarbeit NRW e. V.

Dr. med. Angelika Sauter-Warflinger, Deutsche Rentenversicherung Rheinland

Friedrich Schmidt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt Stadt Hagen

Maria Spahn, Landesfachstelle Essstörungen NRW

Werner Terhaar, Kinder- und Jugendpsychiatrie Alexianer Münster GmbH

Marianne Wallach, Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration NRW

Nadja Wirth, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt

Verständnis und Ausgangslage.

Essstörungen.

Unter dem Begriff „Essstörungen“ werden im Wesentlichen die Krankheitsbilder „Anorexia nervosa“, „Bulimia nervosa“ und die „Binge-Eating-Störung“ zusammengefasst. Aufgrund von Genese, Erscheinungsbild und Krankheitsverlauf bilden die „Essstörungen“ eine eigene Kategorie in den Diagnose-Manualen. Sie werden den psychosomatischen Krankheiten zugeordnet.

Zwischen den einzelnen Krankheitsbildern gibt es Mischformen und Übergänge. Bei den sogenannten „nicht näher bezeichneten Essstörungen“, die einen großen Teil der Diagnosen ausmachen, liegen nicht alle typischen Merkmale vor, es besteht jedoch auch hier ein erheblicher Leidensdruck und Behandlungsbedarf. Essstörungen gehen oftmals mit psychischen Komorbiditäten einher wie Depressionen, Angststörungen, Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörung (z. B. nach Gewalterfahrung), Substanzmissbrauch. (Herpertz et al. 2011, Zeeck & Herpertz 2015)

Nicht zu den Essstörungen gezählt werden Übergewicht und Adipositas. Diese können vielfältige Ursachen haben, zu denen neben biologischen und körperlichen Einflüssen auch ungünstige Ernährungsgewohnheiten, das Angebot an Nahrung mit verstecktem Fett- und Zuckergehalt und Bewegungsmangel gehören. Es muss jeweils geprüft werden, ob dem Übergewicht bzw. der Adipositas eine Essstörung, zum Beispiel eine Binge-Eating-Störung, zugrunde liegt. (Reich und Cierpka 2010)

Datenlage.

Zuverlässige epidemiologische Daten zur Häufigkeit von Essstörungen über alle Altersgruppen liegen nicht vor. Die Angaben zur Prävalenz sind unübersichtlich, die Studien kaum vergleichbar. Je nach Studie unterscheiden sich Untersuchungsmethoden, angewandte diagnostische Kriterien, Stichprobenauswahl oder die untersuchten Altersgruppen.

Da im zeitlichen Verlauf verschiedene diagnostische Kriterien definiert und einzelne Krankheitsbilder zu verschiedenen Zeitpunkten in die diagnostischen Manuale aufgenommen wurden, ist die Frage, ob die Häufigkeit von Essstörungen gestiegen ist, schwer zu beantworten.

Übereinstimmend wird in internationalen Studien davon ausgegangen, dass Anorexie und Bulimie bei jungen Frauen (15 – 30 Jahre) wesentlich häufiger als in den anderen Altersgruppen auftreten. Für diese Gruppe wird die Prävalenz für Anorexie mit ungefähr 1 % und für Bulimie mit 2 – 4 % angegeben. Zur Binge-Eating-Störung und den „nicht näher bezeichneten Essstörungen“ gibt es nur sehr begrenzte Daten.

Nach der repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) leiden 1,5 % der Frauen und 0,5 % der Männer unter einer der drei Hauptformen von Essstörungen. (Jacobi F et al. 2014)

In neueren Untersuchungen wurde eine große Verbreitung von Vorformen und Symptomen subklinischer Essstörungen berichtet: häufig erlebte Körperunzufriedenheit, ausgeprägte Sorge um das Gewicht und die Figur, Symptome gestörten Essverhaltens wie chronisches Diätverhalten, Fastenverhalten, Erbrechen, Essanfälle, exzessives Sporttreiben oder die Einnahme von Medikamenten wie Appetitzüglern, Abführ- oder Entwässerungsmitteln. (Jacobi C et al. 2016)

Essstörungen zeigen eine geschlechtsspezifische Verteilung. Von der Anorexie und der Bulimie sind nach bisherigen Erkenntnissen zu 90 – 95 % Frauen und Mädchen betroffen. Zu den Erkrankungen von Jungen und Männern ist bisher wenig bekannt.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass nur wenige Studien zu Essstörungen bei Jungen und Männern vorliegen und es kaum gezielte Hilfeangebote für sie gibt, könnte – insbesondere bei der Bulimie – die Zahl männlicher Betroffener höher als angenommen liegen. Bei der Binge-Eating-Störung wird zu mindestens einem Drittel bis zur Hälfte von männlichen Betroffenen ausgegangen. (Jacobi C et al. 2016; Zeeck & Herpertz 2015)

Früher Krankheitsbeginn.

Der Gipfel des Erkrankungsbeginns liegt bei den Essstörungen in der Phase der Pubertät bzw. Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter. Es wird eine zunehmende Zahl sehr junger Patientinnen mit Anorexie beobachtet (Herpertz-Dahlmann 2015). Binge-Eating bzw. die Binge-Eating-Störung kann bereits bei Kindern, vermehrt aber bei Jugendlichen auftreten. (Zeeck & Herpertz 2015)

Die Erkrankungen beeinträchtigen die körperliche, seelische und soziale Entwicklung junger Menschen in einer sensiblen Lebensphase. Essstörungen gehören zu den schwerwiegenden psychischen Erkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Schwere der Erkrankung, Gefahr der Chronifizierung.

Klinisch manifeste Essstörungen zeichnen sich durch schwere Verläufe und eine Tendenz zur Chronifizierung mit erheblichen Folgen für die Betroffenen aus. Im Verlauf der Erkrankung kommt es häufig zu Beeinträchtigungen der psychosozialen Fähigkeiten, sodass Betroffene nicht mehr in der Lage sind, Schule und Ausbildung regulär abzuschließen, einen Beruf auszuüben und die Erwerbsfähigkeit und Teilhabe zu erhalten. Rückzug und soziale Isolation sind häufige Begleiterscheinungen.

Essstörungen belasten nicht nur die Betroffenen selbst, sondern nicht selten ein ganzes Familiensystem und weitere Bezugspersonen, wie z. B. Freundinnen und Freunde.

Die hohe Mortalitätsrate bei der Anorexia nervosa ist besorgniserregend und birgt eine große Herausforderung für die Behandelnden und die Entwicklung entsprechender Behandlungskonzepte.

Ursachen und Risikofaktoren.

Wie die meisten psychischen Erkrankungen sind auch die Entstehungsbedingungen von Essstörungen vielschichtig und umfassen biologische, kulturelle und gesellschaftliche, familiäre und individuelle psychische Faktoren. Man kann zwischen Faktoren unterscheiden, welche die Entstehung einer Essstörung begünstigen, und Faktoren, die eine Erkrankung auslösen können bzw. zur Aufrechterhaltung beitragen.

Bei der Krankheitsentstehung können unbewältigte Ängste, Widersprüche und Zwänge, familiäre oder gesellschaftliche Erwartungen und Bedingungen, Überforderungen mit den Aufgaben des Erwachsenwerdens und belastende Lebensereignisse eine Rolle spielen.

Im Hinblick auf den Gipfel des Erkrankungsbeginns in der Adoleszenz sind lebensphasenspezifische Faktoren offensichtlich bedeutsam. Die Prä-Pubertät und die Pubertät gehen mit einer Vielzahl körperlicher Veränderungen einher und können – gerade für Mädchen – eine Phase großer Verunsicherung darstellen. Mädchen erleben die körperlichen Veränderungen, die tendenziell konträr zum derzeitigen Schönheitsideal und äußerlich sichtbar sind, im Schnitt zwei Jahre früher als Jungen und müssen sich in einem emotional und sozial jüngeren Alter mit diesen Veränderungen auseinandersetzen.

In den Medien werden überwiegend schlanke, fitte und durchtrainierte Körper als schön dargestellt. Diese Schönheitsideale sowie ein zunehmender gesellschaftlicher Leistungsdruck können bei Jugendlichen aller Geschlechter zur Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, zu Unsicherheit im Hinblick auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers, zu Körperunzufriedenheit und zu weiteren Problemen im Zusammenhang mit der körperlichen und seelischen Entwicklung führen. Für die Entwicklung von Essstörungen und als Auslöser sind auch Erlebnisse wie Belästigungen, auf das Gewicht und die Figur bezogene Herabsetzungen und Hänseleien und die weit verbreitete Diskriminierung und Ausgrenzung von Menschen mit Übergewicht zu beachten. (Rose und Schorb 2017; Neumark-Sztainer 2005)

Diäten und Fastenverhalten stellen nachweislich ein Risiko dar und finden sich oft am Beginn der Erkrankung.

Erleiden und Miterleben von Gewalt können zu verschiedenen Traumafolgestörungen führen. Gewalterfahrungen erhöhen allgemein die Vulnerabilität für psychische Störungen und können auch bei der Entstehung von Essstörungen wirksam sein. Eine Studie zu Gewalt gegen Frauen zeigte, dass 56 – 80 % der betroffenen Frauen psychische Folgebeschwerden (z. B. Schlafstörungen, Ängste, Depressionen, Suizidgedanken) angaben, darunter auch Essstörungen. (Müller und Schröttle 2004) Komorbiditäten bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung werden häufiger für Erkrankungen mit bulimischer und Binge-Eating-Symptomatik beschrieben. (Reich und Cierpka 2010)

Sowohl Mädchen und Frauen als auch Jungen und Männer können bei Ausübung von Berufen und Sportarten, bei denen spezielle ästhetische Anforderungen bzw. niedrige Gewichtsgrenzen vorgegeben werden, einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgesetzt sein. (Thiemann et al. 2015)

Generell müssen Entstehungsbedingungen, Schutz- und Belastungsfaktoren jeweils individuell und einzelfallbezogen betrachtet und berücksichtigt werden.

Späte Inanspruchnahme von Hilfe / spätes Einsetzen von Hilfe.

Essstörungen bestehen häufig über einen sehr langen Zeitraum, bevor Hilfen aufgesucht werden. Die Symptomatik entwickelt sich als Lösungsversuch bei tieferliegenden Problemen und psychischen Konflikten und ist meist mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden. Aufgrund der krankheitsbedingten Wahrnehmungsverzerrung besteht insbesondere bei der Anorexia nervosa meist lange keine bzw. nur begrenzte Krankheitseinsicht. Ängste vor Veränderung und Ambivalenzen gegenüber Hilfeangeboten gehören häufig zum Krankheitsbild. Nicht zuletzt können Tabuisierung und Stigmatisierung oder Schuldgefühle der Eltern, „versagt zu haben“, dazu beitragen, dass Hilfen nicht frühzeitig aufgesucht werden.

Da Essstörungen als typische Frauenkrankheiten gelten, werden entsprechende Problematiken von männlichen Betroffenen, von ihrem Umfeld und auch von Fachpersonen oft lange nicht als solche wahrgenommen. Die Identifikation der Essstörung als weibliche Störung und das eigene Hilfesuchverhalten stellen besondere Hürden für Jungen und Männer im Umgang mit diesen Erkrankungen dar.

Zusätzlich zu den individuellen und krankheitsimmanenten Hindernissen erschweren die noch unzureichend ausgebildete Struktur und mangelnde Transparenz des Hilfesystems den Zugang zu geeigneten Hilfen. Durch den späten Zugang zum Hilfesystem werden chronische Krankheitsverläufe begünstigt. Insbesondere bei der Anorexie ist im Hinblick auf die hohe Gefährdung eine frühzeitige und störungsorientierte Behandlung dringend geboten. (Herpertz et al. 2011)

Strukturen des Hilfesystems in Nordrhein-Westfalen.

Verschiedene Bereiche des **ambulanten** medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Hilfesystems sind mit der Problematik von Essstörungen konfrontiert: psychosoziale Beratungsstellen (Erziehungsberatungsstellen, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen, Frauen- und Mädchenberatungsstellen, Jugendberatungsstellen, Jungen- und Männerberatungsstellen, Psychosoziale Beratungsstellen für LSBTI, die Suchtberatung und die Selbsthilfe-Kontaktstellen), niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie die psychosomatischen und psychiatrischen Institutsambulanzen.

Beratungsstellen übernehmen eine wichtige Funktion als niederschwellige, unbürokratisch zugängliche Anlaufstellen für die erste Beratungsphase, für die Vermittlung weiterer Hilfen und die Überbrückung von Wartezeiten. Sie bieten zum Teil längerfristige, auch therapeutische Begleitung, Familiengespräche und Beratung für Angehörige. Gut die Hälfte der Frauen- und Mädchenberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen weisen Hilfen zum Problembereich Essstörungen als einen Schwerpunkt ihres Angebotes aus. 30 % der ambulanten Sucht- und Drogenberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen geben an, auch Menschen mit der Hauptdiagnose Essstörungen zu beraten. Insgesamt findet nur selten eine diesbezügliche Schwerpunktsetzung statt, daher machen die Betreuungen nur 1 % an den gesamten Betreuungen der Sucht- und Drogenberatungsstellen aus. (Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2016)

Insbesondere die psychosomatischen Institutsambulanzen sowie die Ambulanzen der Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bieten Sprechstunden sowie Diagnostik und Behandlung an.

Die **stationäre und teilstationäre Behandlung** findet in psychiatrischen bzw. psychosomatischen Kliniken¹ und in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen statt. Zunehmend werden Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene in diesen Angeboten tagesklinisch behandelt. Störungsspezifisches Home Treatment mit dem Ziel, Jugendliche im familiären Umfeld unter Einbeziehung der Familie zu behandeln, wird als neuer Ansatz diskutiert und erprobt. Darüber hinaus findet im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Behandlung in Rehabilitationskliniken statt.

Im Bereich der stationären **Jugendhilfe** sind in den letzten Jahren spezielle pädagogisch-therapeutische Wohngruppen für Jugendliche und junge Erwachsene mit Essstörungen entstanden. Sie bieten einen Rahmen zur Stabilisierung, zur Erweiterung sozialer Kompetenzen und zur Verselbstständigung. Darüber hinaus bestehen Hilfen im Sinne des Sozialpädagogisch Betreuten Wohnens als Möglichkeit für Einzelwohnen oder Wohnen in Wohngemeinschaften.

Verschiedene Formen der **Selbsthilfe** können für Menschen mit Essstörungen und für Angehörige ein wichtiges Element bei der Bewältigung der Krankheit darstellen, dies meist im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder ergänzend zu Beratung oder ambulanter Psychotherapie. Einige dieser Selbsthilfegruppen entscheiden sich für eine Begleitung durch professionelle Moderation und Fachinformation. Selbsthilfekontaktstellen unterstützen den Aufbau von Selbsthilfegruppen und vermitteln Adressen weiterführender Hilfen.

Anlaufstellen und Hilfen für **Angehörige**, die deren eigene Belastung in den Fokus nehmen, sind nur vereinzelt vorhanden.

¹ In Nordrhein-Westfalen sind die psychiatrischen bzw. psychosomatischen Kliniken in der Regel unter dem Dach eines Fachkrankenhauses für die Fachgebiete „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ oder einer entsprechenden Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus integrativ organisiert. Auch bei den Universitätskliniken werden die beiden Fachgebiete unter einem Dach vorgehalten. Teilweise sind die Fachgebiete Fachbereichen oder Stationen zugeordnet.

Mit überregionalem Zugang finden sich im **Internet** Informations- und Beratungsangebote, wie zum Beispiel die Angebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga-essstoerungen.de), die bke-Jugendberatung und bke-Elternberatung des Fachverbandes Erziehungs- und Familienberatung (www.bke-beratung.de) oder die Online-Beratung des Vereins Waage e. V. für Geschwister, Eltern und Partnerinnen bzw. Partner (www.waage-hh.de).

Online-Angebote und Online-Beratung gelten aufgrund der Anonymität als wichtiger niederschwelliger Zugang. Zur Vermittlung in weiterführende Hilfen sind sie jedoch auf regionale Adressenpools angewiesen. E-Mental-Health-Ansätze werden entwickelt und erforscht, Chancen und Risiken diskutiert. Übereinstimmung besteht darin, dass Programme den persönlichen Kontakt in Beratung und Therapie nicht ersetzen können.

Trotz vielfältiger Hilfestrukturen sind insgesamt störungsspezifische und passgenaue Hilfen nicht in ausreichendem Umfang vorhanden und oftmals nicht bekannt. Dies führt dazu, dass Beratung und Behandlung oft spät einsetzen, die Übergänge zwischen den verschiedenen Behandlungsabschnitten oft nicht ausreichend gut gelingen und Hilfen nicht im nötigen Ausmaß in flankierende Maßnahmen eingebettet sind, sodass vielen Betroffenen und ihren Angehörigen nicht bzw. nicht mit nachhaltigem Erfolg geholfen werden kann.

Die Transitionsproblematik in der Phase des Übergangs zwischen Jugend- und Erwachsenenalter („emerging adulthood“), die aufgrund des Erkrankungsalters gerade bei Essstörungen bedeutsam ist, findet derzeit in der Gestaltung der Hilfestrukturen oft keine zufriedenstellende Berücksichtigung. Ein wesentliches Problemfeld ist die Festlegung der unterschiedlichen Altersgrenzen in den verschiedenen Leistungsbereichen der Sozialgesetzgebung. (MGEPA 2017²; DGKJP und DGPPN 2016)

Hilfeangebote, die sich gezielt auch an Jungen und Männer mit Essstörungen richten, sind derzeit noch kaum vorhanden. Spezifische Hilfebedarfe weiterer Zielgruppen bleiben bisher aufgrund fehlender oder nicht ausreichender Daten unklar,

² MGEPA (2017): Bericht zu der beteiligungsorientierten Phase im Rahmen der Erstellung des Landespsychiatrieplans NRW, LT-Vorlage 17/19 (Vorrangige Handlungsfelder und Empfehlungen für die Altersgruppe der Adoleszenten, S. 111 – 112)

dies betrifft insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung und Jugendliche in der Heimerziehung.

Zusammenfassung und Übersicht spezifischer Problemlagen bei Essstörungen.

- Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind besonders gefährdet.
- Essstörungen zeigen eine ausgeprägte geschlechtsspezifische Verteilung. Mädchen und Frauen sind überproportional betroffen. Bezüglich Essstörungen bei Jungen und Männern liegen bisher nur wenige Daten vor. Zudem werden sie im Hilfesystem noch wenig beachtet.
- Die Entstehungsbedingungen von Essstörungen sind vielschichtig und umfassen biologische, kulturelle und gesellschaftliche, familiäre und individuelle psychische Faktoren.
- Die in den Medien verbreiteten Schönheitsideale tragen zur Verunsicherung, insbesondere junger Mädchen und Frauen, und zu einer zunehmenden Körperunzufriedenheit bei.
- Krankheitsimmanente Hindernisse und die noch unzureichend ausgebildete Struktur und mangelnde Transparenz des Hilfesystems führen dazu, dass Hilfen oft erst spät zum Tragen kommen.
- Bei Essstörungen sind die Tendenz zur Chronifizierung mit erheblichen psychischen, körperlichen und sozialen Folgen und die hohe Mortalitätsrate bei der Anorexia nervosa besorgniserregend.
- Die brisante Kombination aus körperlicher Gefährdung und komplexer psychischer sowie psychosozialer Problematik macht die gut koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen unabdingbar.

- Ungesicherte Übergänge und mangelnde Anschlüsse zwischen verschiedenen Phasen der Beratung und Behandlung gefährden Heilungschancen und die Stabilisierung von Behandlungserfolgen. Für den Übergang aus der stationären Versorgung heraus ist nach § 39 Abs. 1a SGB V ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung vorgeschrieben.
- Die Berücksichtigung der familiären Zusammenhänge und die Einbeziehung der Eltern bzw. naher Bezugspersonen sind insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen unabdingbar.
- Die Bedürfnislage und der Hilfebedarf von Angehörigen müssen vermehrt beachtet werden. Entsprechende Hilfeangebote sind derzeit kaum vorhanden.

Handlungsbedarf und Maßnahmen.

Das Handlungskonzept zielt in erster Linie auf eine Verbesserung der Frühintervention vor bzw. am Beginn einer Essstörung und der Hilfen für Menschen mit Essstörungen. Zentral dafür ist eine stärkere Vernetzung der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure sowie der vielfältigen Strukturen und Orte, in denen Menschen mit Essstörungen beraten und behandelt werden.

Der **Leitgedanke der lokalen Vernetzung** erstreckt sich auf alle Bereiche der Prävention und der Hilfen.

Eine größere Transparenz über bestehende Angebote vor Ort erhöht die frühzeitige Inanspruchnahme und ermöglicht es, Versorgungspfade im Netzwerk bedarfsgerecht zu gestalten.

Menschen mit Essstörungen können früher in adäquate Hilfen vermittelt werden, wenn ein breites Spektrum an Akteurinnen und Akteuren für die Problematik der Essstörungen sensibilisiert ist und Kooperationswege geebnet sind.

Ein solches Netzwerk ermöglicht bedarfsgerechte Hilfe unabhängig davon, an welcher Stelle die betroffene Person erstmals Hilfe in Anspruch nimmt. Es bietet leicht zugängliche Angebote, passgenaue und lebensweltorientierte Ausrichtung der Hilfen sowie kurze Wege und vermeidet Wartezeiten und Abbrüche in der Versorgung.

Interdisziplinär und sektorenübergreifend kooperierende Netzwerke erweitern durch fachlichen Austausch und Synergieeffekte die Qualität der Prävention und der Hilfen. Eine breite störungsorientierte Qualifizierung der verschiedenen Akteurinnen und Akteure ist die Grundlage für qualitativ hochwertiges fachliches Handeln.

A Prävention stärken, Früherkennung verbessern.

Die multifaktorielle Verursachung und die spezifischen Charakteristika bei Essstörungen erfordern differenzierte Ansätze in der Prävention.

Essstörungen müssen stets auch im Zusammenhang mit den soziokulturellen Gegebenheiten gesehen werden. Der Einfluss allgegenwärtiger medialer Körperinszenierungen, körperbezogene Diskriminierungen, Gruppendruck durch Gleichaltrige, aber auch unreflektierte und voreingenommene Äußerungen Erwachsener beeinflussen und belasten Jugendliche in der sensiblen Phase der Pubertät.

Im Sinne **primärer Prävention** bedarf es einer kritischen Reflexion von Rollenbildern und Rollenerwartungen in unserer Gesellschaft. Es muss auf ein gesellschaftliches Klima hingewirkt werden, in dem ein übertriebenes, unerreichbares weibliches bzw. männliches Schönheitsideal nicht mehr in dem Maße verherrlicht wird, wie dies derzeit der Fall ist.

Aufgrund der vielschichtigen Ursachenzusammenhänge von Essstörungen sind Programme, die lediglich das gesunde Essen zum Thema wählen und hauptsächlich auf die Gefahren gestörten Essverhaltens und die Symptomatik von Essstörungen hinweisen, eher ungeeignet.

Bei der Prävention muss besonderes Gewicht auf die Förderung protektiver Faktoren im Sinne der Resilienzförderung gelegt werden. Einen besonderen Stellenwert dabei haben Ansätze zur Stärkung des Selbstbewusstseins und zur Förderung eines gesunden Bezugs zum eigenen Körper. Darüber hinaus bedarf es der gezielten lebensweltorientierten Unterstützung junger Menschen bei der Bewältigung von Konflikten und spezifischen Entwicklungsaufgaben in der Pubertät und der Adoleszenz. Schulen und anderen pädagogischen Einrichtungen kommt hierbei eine besondere Verantwortung zu.

Eltern haben einen großen Einfluss auf die Entwicklung des Selbstbewusstseins und die Körperzufriedenheit ihrer Kinder und sollten in ihrer Vorbildfunktion ebenso wie in ihrem Umgang mit Konflikten und gesellschaftlichem Druck unterstützt werden.

Wegen des frühen Krankheitsbeginns und der Gefahr der Chronifizierung sind die Anforderungen an die **sekundäre Prävention** bei Essstörungen von hoher Tragweite. Hierbei geht es um die Verbesserung der Früherkennung und um die frühzeitige Vermittlung von Hilfen. In diesem Bereich sollte aufgrund des Handlungsbedarfs der Schwerpunkt der Maßnahmen liegen.

Da bei Essstörungen die Angst vor Kontrollverlust sowie Scham- und Schuldgefühle eine große Rolle spielen, ist eine Vorgehensweise nötig, welche die Hemmschwellen, Hilfen aufzusuchen, aktiv senkt. Im Hinblick auf Themen, die mit Abgrenzung und Autonomie zusammenhängen, ist Eigenständigkeit beim Zugang zu Hilfen für Jugendliche und junge Erwachsene besonders wichtig.

Spezifisch auf Essstörungen zugeschnittene Präventionsmaßnahmen müssen in enger Kooperation mit den Fachkräften der örtlichen niederschweligen Anlaufstellen durchgeführt werden, die zeitnah und unbürokratisch beraten und gegebenenfalls weitere Hilfen vermitteln können. Bedeutsam ist diese enge Verknüpfung zwischen Prävention und Hilfen auch für Lehrkräfte und weitere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, damit sie in den ausgewiesenen örtlichen Hilfeeinrichtungen ihrerseits Ansprechpersonen finden. Eine Evaluation muss Bestandteil von Präventionskonzepten sein.

In der Praxis haben sich Präventionsprojekte bewährt, die geschlechtersensible Perspektiven einnehmen, kreative und interaktive Methoden einsetzen, auf die Gefühlslagen und Lebenswelten der Jugendlichen eingehen und Elternarbeit einbeziehen. Verbindlich im Konzept zu integrieren sind Schulungen für begleitende Pädagoginnen und Pädagogen und der Einbezug der regionalen Hilfestrukturen.

Vorrangige Handlungsfelder.

- Gemeinsame Reflexion und Weiterentwicklung von Standards für die Qualität von Präventionsaktivitäten und -maßnahmen speziell für den Bereich Essstörungen
- Weiterentwicklung praxisorientierter Konzepte zur Prävention von Essstörungen mit dem Schwerpunkt persönlichkeitsstärkender und geschlechtssensibel reflektierter Ansätze. Diese sollten besonders gefährdete sowie bisher nicht hinreichend berücksichtigte Zielgruppen einbeziehen.
- Zusammenarbeit und Vernetzung der Akteurinnen und Akteure präventiver Maßnahmen mit qualifizierten Fachkräften und den Hilfestrukturen vor Ort
- Ausbau von Informationen, Angeboten und Hilfen, die Eltern und weitere Bezugspersonen in ihrer Kompetenz und Vorbildfunktion und hinsichtlich ihres Einflusses auf die Vorbeugung und auf einen positiven Verlauf von Essstörungen stärken
- Sensibilisierung von Pädagoginnen und Pädagogen, weiterer Fachkräfte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die komplexen Hintergründe und Erscheinungsformen von Essstörungen und Bewusstmachung krankmachender gesellschaftlicher Normen
- Verankerung des Themas in den bestehenden Strukturen und Nutzung der vorhandenen Expertise zur Stärkung der psychischen Gesundheit in Schulen (Beratungslehrerinnen und Beratungslehrer, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter, Schulkonzeptentwicklung). Für eine gezielte Ansprache einzelner Schülerinnen und Schüler sollte die Kooperation mit den Einrichtungen niederschwelliger Hilfen vor Ort genutzt werden.
- Kooperation und Nutzung von Synergieeffekten mit bestehenden Programmen, die mit ganzheitlichen Ansätzen Themen der seelischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern und von Lehrkräften sowie das Schulklima in den Fokus nehmen. Essstörungen können auch im Fachunterricht thematisiert werden.
- Weiterentwicklung von Hilfen, Strukturen und Zugangswegen, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen einen eigenständigen Zugang erleichtern

- Stärkung der Früherkennung und Frühintervention in Arztpraxen, insbesondere bei Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten
- Beachtung weiterer Handlungsfelder der Prävention bei Essstörungen wie Jugendeinrichtungen, Vereine, Freizeiteinrichtungen sowie Ausbildungsstätten und Betriebe

Startermaßnahmen.

- Das MAGS prüft unter Hinzuziehung der Expertise der BZgA und ggf. unter Hinzuziehung weiterer Expertinnen und Experten, ob bestehende Standards für die Qualität von Präventionsaktivitäten spezifisch für Essstörungen weiterentwickelt werden sollten.
- Verbreitung der Arbeitshilfe „Suchtprävention in der Heimerziehung. Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2017) mit dem Angebot der Unterstützung bei der Implementierung an stationäre Einrichtungen der Erziehungshilfe in Westfalen-Lippe (LWL-Landesjugendamt)
- Initiierung eines fachlichen Dialogs zur Verbesserung eines eigenständigen Zugangs von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu Beratung und Hilfen, z. B. durch Nutzung neuer Medien (MAGS, MKFFI)
- Auswertung des landesgeförderten dreijährigen interkulturellen Projektes „AN*TRIEB*KRAFT“ (Abschluss 2019), das sich zunächst an Jungen, dann an gemischtgeschlechtliche Gruppen und schließlich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren richtet. Projektziele sind eine Steigerung der Resilienzfähigkeit, Wertschätzung der eigenen Körperlichkeit und Stärkung von Intuition, Selbstfürsorge und Selbstvertrauen bei Jungen und Mädchen
- Verankerung des Projektes „Klang meines Körpers“ an weiteren Standorten der „Vernetzungsinitiativen Essstörungen NRW“
- Etablierung des Projektes „Bauchgefühl“ für Berufskollegs in allen Regierungsbezirken des Landes

B Transparenz verbessern und Hilfesystem vernetzen.

Bei Betroffenen, Angehörigen, Freundinnen und Freunden sowie Fachkräften besteht häufig erhebliche Unsicherheit dahin gehend, wo Hilfen bei Essstörungen zu finden sind.

Bei Essstörungen ist nicht von einer Alleinzuständigkeit eines bestimmten Bereichs der Hilfen, einer einzelnen Fachrichtung oder einer speziellen Einrichtungsart auszugehen. Es handelt sich vielmehr um eine Aufgabe, mit der je nach Ausprägung, Schwere der Erkrankung, Lebensphase der Betroffenen, Art der Begleitproblematik usw. verschiedene Fachbereiche und Einrichtungen konfrontiert sind und sich ihrer Zuständigkeit und Aufgabe bewusst sein müssen.

In verschiedenen Städten und Kreisen in Nordrhein-Westfalen haben sich Einrichtungen und Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen des Hilfesystems zusammengeschlossen mit dem Ziel, Angebote der Prävention und der Hilfen für Menschen mit Essstörungen zu verbessern. Durch gegenseitige Kenntnis, kurze Wege der Zusammenarbeit und fachlichen Austausch können vielfältige Synergieeffekte genutzt werden. Für Betroffene und Angehörige – aber auch für Fachkräfte, die Hilfesuchende weitervermitteln möchten – wird so die Transparenz und Zugänglichkeit der Hilfen vor Ort erheblich verbessert.

Die bestehenden 25 „Vernetzungsinitiativen Essstörungen NRW“ mit insgesamt 29 beteiligten Städten und Kreisen (Stand April 2018) werden durch die Landesfachstelle Essstörungen NRW fachlich begleitet; Neugründungen werden angeregt und unterstützt. Regelmäßige Vernetzungsfachtage („FORUM Essstörungen NRW“) und Newsletter sorgen für kontinuierlichen fachlichen Input und Austausch. Sie unterstützen bei der Etablierung und Weiterentwicklung bedarfsgerechter Angebote und bieten darüber hinaus ein Forum für alle Fachpersonen aus Einrichtungen und Gesundheitsbehörden, die mit dem Thema konfrontiert sind und neue Möglichkeiten der Kooperation suchen.

Der landesweite Ausbau regionaler Netzwerke zur Verbesserung der Kooperation aller mit Essstörungen befassten Einrichtungen und Fachpersonen muss kontinuierlich weiterverfolgt werden. Anzustreben ist der Aufbau von „Vernetzungsinitiativen Essstörungen“ in allen 53 Städten und Kreisen des Landes Nordrhein-Westfalen.

Vorrangige Handlungsfelder.

- Die Transparenz und Information über bestehende regionale Hilfen muss flächendeckend verbessert werden.
- Der landesweite Aufbau regionaler Netzwerke und verbindlicher sektorenübergreifender Kooperationsstrukturen muss kontinuierlich weiter verfolgt werden.
- „Netzwerke Essstörungen“ brauchen eine strukturelle Verankerung auf kommunaler bzw. regionaler Ebene und Ressourcen, u. a. für Koordinierungsaufgaben. In den kommunalen Gremien der Gesundheitsbehörden und der Jugendhilfe muss das Thema „Prävention und Hilfen bei Essstörungen“ verortet werden.
- Bestehende Instrumente und Formate zur Qualitätsentwicklung der „Vernetzungsinitiativen Essstörungen“ auf Landesebene müssen fortgesetzt und weiterentwickelt werden.

Startermaßnahmen.

- Das MAGS wird das Themenfeld „Essstörungen“ in eine gemeinsame Sitzung mit der Arbeitsgemeinschaft der Sucht- und Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren und in eine der nächsten Klausurtagungen der Geschäftsführungen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen einbringen.
- Das MKFFI bringt das Themenfeld der Essstörungen in überregionale Gremien der Jugendhilfe (Jugendhilfeplanung) ein.
- Das MAGS wird das Thema „Essstörungen“ in die mit dem MKFFI verabredete Kooperationskonferenz zur Verzahnung von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kinder- und Jugendhilfe einbringen.

- Die Landesfachstelle Essstörungen NRW berät Akteurinnen und Akteure bei der Neugründung lokaler Netzwerke und der Weiterentwicklung bestehender Vernetzungsinitiativen.
- Im Rahmen des „FORUM Essstörungen NRW“ wird die Landesfachstelle Essstörungen NRW das Thema „Strukturelle Verortung und Kooperationen für Aufbau und Unterstützung regionaler Netzwerke“ aufgreifen. Das Forum bietet den Netzwerken eine regelmäßige Plattform für Kooperationen und Vernetzung und setzt Impulse durch Fachbeiträge. Das Forum ist offen für Fachpersonen, die mit dem Thema „Essstörungen“ konfrontiert sind.
- Die Landesfachstelle Essstörungen NRW veröffentlicht im Internet auf ihrer „Landkarte der Vernetzungsinitiativen Essstörungen NRW“ laufend eine aktuelle Übersicht der Kontaktpersonen.
- Die Landesfachstelle Essstörungen NRW informiert regelmäßig mit einem Newsletter über Beispiele guter Praxis, Aktivitäten aus den Vernetzungsinitiativen NRW sowie über landes- und bundesweite sowie internationale Veranstaltungen, Publikationen und aktuelle Entwicklungen.
- Die Landesfachstelle Essstörungen NRW sammelt in ihrer INFO-Börse Informationen über bestehende Hilfen und Präventionsangebote in Nordrhein-Westfalen (<http://landesfachstelle-essstoerungen-nrw.de/info-boerse/>). Auf Nachfrage stellt sie diese Fachkräften und Einrichtungen, Betroffenen und Angehörigen im persönlichen Gespräch zur Verfügung.
- Die Mitglieder der Fachkommission werben in ihren Strukturen für eine umfassende Informationsweitergabe zu ihren Angeboten an die INFO-Börse der Landesfachstelle Essstörungen NRW und an die Hilfedatenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

C Genderperspektive einbeziehen.

Essstörungen zeigen eine geschlechtsspezifische Verteilung mit deutlich mehr weiblichen Patientinnen als männlichen Patienten – dies insbesondere bei der Anorexie und bei der Bulimie (90 – 95 %). Bei der Binge-Eating-Störung wird zu mindestens einem Drittel bis zur Hälfte von männlichen Betroffenen ausgegangen. (Zeeck & Herpertz 2015)

Nimmt man die Ausprägung der Erkrankungen in den Blick, zeigt sich, dass nur wenig diskutiert wird, ob es Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten gibt und wie diese in der Ausprägung der Erkrankungen eine Rolle spielen. Um neue Erkenntnisse über den Einfluss von Genderaspekten bei Essstörungen zu generieren, müssten Wissenschaft und Forschung diese Perspektive verstärkt in den Blick nehmen. Auf die Bedeutung von geltenden Schönheitsidealen, der Verbreitung geschlechtsspezifischer Rollenstereotype und -erwartungen und des gesellschaftlichen Leistungsdrucks wurde bereits in Kapitel 1 hingewiesen.

Dieses Wissen muss Eingang in die Praxis aller mit Essstörungen konfrontierten Bereiche finden. Zudem müssen Fachleute dafür sensibilisiert werden, dass alle Formen von Essstörungen bei Mädchen und Frauen sowie bei Jungen und Männern vorkommen können. Hierfür ist eine systematische Einbeziehung der Genderperspektive als Querschnittsthema in die Gestaltung von Prävention und Hilfen bei Essstörungen sowie in Ausbildung und Qualifizierung notwendig.

Frauen- und Mädchenberatungsstellen gehören zu den wichtigsten niedrigschwelligen Anlaufstellen für Frauen und Mädchen. Gut die Hälfte der Frauenberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen weist derzeit den Schwerpunkt „Essstörungen“ unter ihren Angeboten aus. Auch die Mehrzahl der Mädchenberatungsstellen bietet spezifische Angebote für Mädchen und junge Frauen. Hilfeangebote, die ausdrücklich Jungen und Männer ansprechen, sind noch kaum vorhanden.

Neben einer Fokussierung auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Erkrankungsgeschehen zwischen bzw. bei Mädchen und Frauen sowie Jungen und Männern sollte auch die Heterogenität innerhalb der Geschlechtsgruppen in den Blick genommen werden. So können sich sowohl Mädchen und Frauen als auch Jungen und Männer in weiteren Aspekten unterscheiden, wie z. B. hinsichtlich Alter, sozialem, kulturellem, sozioökonomischem und ethnischem Hintergrund, Behinderung, sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität.

Beratungs- und weitere Hilfeeinrichtungen für entsprechende Zielgruppen sollten das Thema „Essstörungen“ ebenfalls in den Blick nehmen und in die regionale Vernetzung einbezogen sein.

Vorrangige Handlungsfelder.

- Belastbares und nutzbares Wissen über geschlechtsspezifische Faktoren und Ausprägungen bei Essstörungen muss ausgebaut werden.
- Das Wissen über geschlechtsspezifische Faktoren bei Essstörungen und ihre Bedeutung muss in die Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Medizin, Psychotherapie, Beratung und Pädagogik regelhaft einbezogen werden.
- Fachkräfte aus den unterschiedlichen Bereichen der Prävention, Beratung und Behandlung und der angrenzenden Handlungsfelder müssen für die Problematik der Essstörungen bei Jungen und Männern sensibilisiert werden. Materialien zur Information und Aufklärung müssen entwickelt werden.
- Eine geschlechtersensible Ausgestaltung der Maßnahmen zur Prävention und der Hilfen muss weiterentwickelt werden.
- Qualifizierte mädchen- und frauenspezifische Angebote der Beratung, Behandlung, Begleitung und der Selbsthilfe bzw. der moderierten Selbsthilfe müssen gesichert und ausgebaut sowie niedrigschwellig zugänglich gestaltet werden.
- Hilfeangebote für Jungen und Männer mit Essstörungen, für deren Angehörige und Bezugspersonen müssen gut erkennbar sowie niederschwellig zugänglich gestaltet werden. Dazu müssen Angebote innerhalb des bestehenden Hilfesystems aufgebaut, weiterentwickelt und integriert werden.

- Auch hinsichtlich möglicher Belastungsmomente, die bei Menschen mit Behinderung, bei Menschen unterschiedlicher sexueller Orientierung oder vielfältiger Geschlechtsidentitäten oder bei Menschen mit Migrationserfahrung als Risikofaktoren eine Rolle spielen können, bedarf es der Sensibilisierung und der Weiterbildung der Fachkräfte sowie einer Generierung von weiteren Daten.

Startermaßnahmen.

- Das MAGS setzt sich dafür ein, geschlechtsspezifische Erkenntnisse zu Essstörungen zu gewinnen.
- Die Landesfachstelle Essstörungen NRW bezieht die Genderperspektive regelmäßig in ihre Informationen, Veranstaltungen und Fortbildungen ein.
- Die Landesfachstelle Essstörungen NRW bietet spezifische Fortbildungen mit dem Schwerpunkt „Essstörungen bei Jungen und Männern“ an und setzt weitere Impulse zur Berücksichtigung des Themas.
- Die Landesfachstelle Essstörungen NRW entwickelt Aufklärungs- und Informationsmaterialien zum Thema „Essstörungen bei Jungen und Männern“.
- Das MAGS prüft, ob Informationen über Essstörungen in leichter Sprache erstellt werden sollen.

D Qualität der medizinischen Versorgung sichern.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen sind mit der Problematik der Essstörungen konfrontiert, vornehmlich aus den Bereichen der hausärztlichen Versorgung, der Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin, der Frauenheilkunde, der Psychiatrie, Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie der Zahnheilkunde.

Insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte sowie Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin werden zur Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen aufgesucht oder von besorgten Familienangehörigen um Einschätzung der Gefährdung gebeten. Am häufigsten sind sie jedoch mit Patientinnen und Patienten konfrontiert, bei denen Hinweise auf Essstörungen vorliegen, ohne dass das Thema offen angesprochen wird. Gerade Ärztinnen und Ärzten kommt daher hinsichtlich der Früherkennung und Differenzialdiagnostik, der Aufklärung sowie der Therapiemotivation und der Vermittlung weiterer Hilfen eine herausragende Bedeutung zu. Ebenso wichtig ist es, dass Ärztinnen und Ärzte im weiteren Verlauf der Erkrankung parallel zu psychosozialer Beratung und Psychotherapie die notwendige medizinische Diagnostik und Behandlung bzw. Begleitung fortführen.

Bei lebensbedrohlichen Zuständen, wie zum Beispiel Suizidalität und medizinischen Komplikationen bei extrem untergewichtigen Patientinnen und Patienten, ist eine intensivmedizinische Versorgung notwendig. Hier ergeben sich – sowohl für Angehörige als auch für einweisende Ärztinnen und Ärzte – oft Schwierigkeiten, die entsprechenden Behandlungseinrichtungen, die gleichzeitig sowohl die intensivmedizinische als auch die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung sicherstellen, zu finden. Die Transparenz und der Zugang zu entsprechenden Fachabteilungen muss für Niedergelassene, Betroffene und Angehörige verbessert werden.

Vorrangige Handlungsfelder.

- Sensibilisierung von Ärztinnen und Ärzten intensivieren und spezielle gut zugängliche Fachinformationen weiterentwickeln.
- Fortbildung und Qualifizierung für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, die mit dem Thema vornehmlich konfrontiert werden, müssen verstärkt angeboten werden. Speziell für Niedergelassene müssen geeignete Formate geschaffen werden.
- Die S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Neuaufgabe für 2019 angekündigt) und die entsprechenden Patientenleitlinien (2015) bieten eine Grundlage für die Diagnose und Behandlung von Essstörungen und für die Aufklärung. Ihre Verbreitung und Anwendung muss sichergestellt werden.
- Kooperationswege zwischen den Bereichen der psychosozialen Beratung und Psychotherapie und dem Bereich der medizinischen Diagnostik und Behandlung bzw. Begleitung der Patientinnen und Patienten müssen verbessert werden.
- Bei der Anorexie ist störungsspezifisches Fachwissen – insbesondere bei lebenserhaltenden Maßnahmen für extrem untergewichtige Patientinnen und Patienten – erforderlich. Die Information über entsprechend ausgestattete Fachabteilungen in der jeweiligen Region und der Zugang zu ihnen muss für Einweisende und Betroffene bzw. Angehörige verbessert werden.

Startermaßnahmen.

- Das MAGS wird auf die Kammern, Fach- und Berufsverbände zugehen, um zu prüfen, wie das Thema „Essstörungen“ verstärkt in die Fort- und Weiterbildung der verschiedenen Fachrichtungen einbezogen werden kann.
- Das MAGS wird in Kooperation mit der Landesfachstelle Essstörungen NRW eine Übersicht über bestehende Fachabteilungen – die über spezielle Expertise verfügen und zur Behandlung extrem untergewichtiger bzw. gefährdeter Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung stehen – erarbeiten.

E Qualifizierung des Hilfesystems fördern und sichern.

Um die Qualität der Präventions- und Hilfeangebote insgesamt zu sichern und auszubauen, ist über den medizinischen Bereich hinaus die Qualifizierung der Fachkräfte aus allen von Essstörungen betroffenen Bereichen ebenso wie der reguläre Einbezug des Themas in die psychotherapeutische und pädagogische Aus- und Weiterbildung notwendig.

Bedeutend für einen fachgerechten Umgang mit den Betroffenen und den nahen Bezugspersonen sind die Sensibilisierung sowie die Erweiterung des Fachwissens unterschiedlicher Berufsgruppen und deren Kenntnisse über das Hilfesystem. Neben den Ärztinnen und Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen und den Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind dies vornehmlich Fachkräfte aus den Bereichen der psychosozialen Beratung, der Ernährungsberatung, der Pflege sowie aus den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe, Schule und Ausbildung.

Sensibilisierung, Qualifizierung und Qualitätsentwicklung kann über verschiedene Formate gestaltet werden, wie Kongresse, Fachtagungen und einzelne Fortbildungstage oder auch über Qualitätszirkel, wie sie berufsgruppenbezogen oder interdisziplinär in einigen Regionen Nordrhein-Westfalens bereits initiiert wurden. Des Weiteren sind neben Fortbildungen durch die Kammern und Berufsverbände die Veranstaltungen der Akademie des Dachverbandes der autonomen Frauenberatungsstellen NRW e. V. zu nennen und die Aktivitäten vonseiten einiger „Vernetzungsinitiativen Essstörungen NRW“, die zum Beispiel regionale Fachtage oder vereinzelt Fortbildungen für Lehrerinnen und Lehrer durchführen. Die Landesfachstelle Essstörungen NRW bietet – insbesondere für den Bereich der niederschweligen Anlaufstellen – regelmäßig unterschiedliche Formate zur Qualifizierung an.

Bei der Ausrichtung von Fortbildungsangeboten kann eine Differenzierung für einzelne Berufsgruppen bzw. Aufgabenfelder (zum Beispiel stationäre Jugendhilfe, betreutes Wohnen, Hilfen für Menschen mit Behinderung) ebenso sinnvoll

sein wie interdisziplinäre, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Angebote. Diese können in besonderer Weise Schnittmengen und Synergien sichtbar machen, den Vernetzungsgedanken fördern und Wege der Weitervermittlung und der Kooperation aufzeigen.

Vorrangige Handlungsfelder.

- Basisqualifizierungen und vertiefende Fortbildungsangebote, Tagungen sowie weiterführende Möglichkeiten des fachlichen Austausches zu Essstörungen müssen für Fachkräfte aus den verschiedenen Bereichen des Hilfesystems kontinuierlich angeboten werden.
- Fort- und Weiterbildungen sollten nicht nur im Hinblick auf die Betroffenen selbst konzipiert und durchgeführt werden, sondern auch die Angehörigen und das weitere betroffene Umfeld im Blick haben.
- Alternative und ergänzende Formate zur Qualitätssicherung und -entwicklung, wie zum Beispiel Qualitätszirkel, sollten insbesondere auf lokaler Ebene ausgebaut und weiterentwickelt werden.
- Das Thema „Essstörungen“ muss in die medizinische und psychotherapeutische Fort- und Weiterbildung verstärkt einbezogen werden mit dem Ziel, das störungsorientierte Wissen zu verbreitern und die Hemmschwelle zur Übernahme der Versorgung zu senken.

Startermaßnahmen.

- Die Landesfachstelle Essstörungen NRW bietet vornehmlich für den Bereich der niederschweligen psychosozialen Beratung regelmäßig Basis-Qualifizierungen und vertiefende Fortbildungen an.
- Die Akademie der autonomen Frauenberatungsstellen NRW bietet Grundlagen-seminare zum Thema „Essstörungen“ sowie Fortbildungen zur Beratung von Angehörigen an.

- Mit dem „FORUM Essstörungen NRW“ veranstaltet die Landesfachstelle Essstörungen NRW regelmäßig Fachtage, die mit aktuellen Themenschwerpunkten speziell die „Vernetzungsinitiativen Essstörungen NRW“ unterstützen und darüber hinaus berufsgruppen- und sektorenübergreifend interessierte Fachpersonen und Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen ansprechen.
- Das MAGS wird auf die Kammern, Fach- und Berufsverbände zugehen, um zu prüfen, wie das Thema „Essstörungen“ verstärkt in die Fort- und Weiterbildung der verschiedenen Fachrichtungen einbezogen werden kann (siehe auch D).

F Integrierte Versorgung weiterentwickeln.

Kapitel B zeigt bereits den Wert eines vernetzten Hilfesystems auf. Darüber hinaus kann bei Essstörungen nur durch multiprofessionelle, sektoren- und hilfesystemübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen nachhaltig erfolgreich behandelt und einer Chronifizierung vorgebeugt werden. Die oftmals brisante Kombination aus körperlicher Gefährdung und komplexer psychischer sowie sozialer Problematik macht eine gut abgestimmte Zusammenarbeit unabdingbar.

Da ein geradliniger Verlauf nicht typisch ist, sondern bei Essstörungen eher von einer vielschichtig beeinflussten Entwicklung mit Besserung, Rückschritten und wechselndem Hilfebedarf im Laufe der Erkrankung auszugehen ist, muss eher kooperierend und vernetzt oder auch im Sinne von Intervallbehandlung gedacht und gehandelt werden als im Sinne einer sogenannten „Versorgungskette“.

Betroffene Menschen benötigen in jedem Stadium ihrer Erkrankung die für sie notwendige und bedarfsgerechte Hilfe vom ersten Zugang zum Hilfesystem über die Vermittlung weiterer Hilfen, die Abstimmung der Therapieplanung bis zur

Gestaltung von Übergängen zwischen verschiedenen Phasen der Diagnostik, Beratung und Behandlung unter Einbeziehung individuell geeigneter Beratungs- und Behandlungsansätze. Dabei sollen Wartezeiten vermieden und Kontinuität in Behandlung und Beratung so weit wie möglich gesichert werden.

Früher Zugang zum Hilfesystem, insbesondere zur Psychotherapie.

Jenseits der Beratung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und der Sprechstunden in Klinikambulanzen bieten psychosoziale Beratungsstellen einen wichtigen Zugang durch unbürokratisch zugängliche qualifizierte Erstberatung und weitere Unterstützungsangebote ohne lange Wartezeiten. Ein solcher frühzeitiger Zugang zum Hilfesystem hat eine herausragende Bedeutung für den weiteren Verlauf, für Motivation und Vermittlung weiterführender Hilfen.

Im Hinblick auf Themen, die mit Abgrenzung und Autonomie zusammenhängen, ist Eigenständigkeit beim Zugang zu Hilfen für Jugendliche und junge Erwachsene besonders wichtig. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, wohnortnah – insbesondere auch in ländlichen Regionen – gut erkennbare, niederschwellige Beratungsangebote vorzuhalten.

Nach wie vor ist es für Menschen mit psychischen Beschwerden schwierig, zeitnah Termine für eine ambulante Psychotherapie zu erhalten. Dies gilt auch für von Essstörungen betroffene Menschen.

Erste Schritte, um eine ausreichende psychotherapeutische ambulante Versorgung sicherzustellen, beinhaltet die am 1. April 2017 in Kraft getretene Reform der bundesweit geltenden Psychotherapie-Richtlinie. Dabei wird auf die Kooperation der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Ärztinnen und Ärzte miteinander und mit anderen Einrichtungen großen Wert gelegt. Insbesondere die in den Richtlinien vorgenommene Festlegung von Mindestzeiten telefonischer Erreichbarkeit und die Einführung von Sprechstunden sowie die Möglichkeit von Akutbehandlungen ohne vorige Antragstellung sollen zu schnellerem Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung beitragen. Die Regelung betrifft alle Praxen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Richtlinienpsychotherapie anbieten.

Die Flexibilisierung der Leistungserbringung im SGB V fördert die Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen unter anderem durch die Einführung psychiatrischer Behandlung in akuten Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles Team als Krankenhausleistung (stationsäquivalente Behandlung). Dabei sollen ambulante Leistungserbringer mit einbezogen werden.

Nach stationärer Behandlung.

Bei Essstörungen ist in der Regel auch nach einer stationären Behandlung eine fachgerechte ambulante Weiterbehandlung und Nachbetreuung angezeigt, aber oft nicht nahtlos sichergestellt. Psychosoziale Beratungsstellen können eine Überbrückung darstellen.

Die Phase des Übergangs nach stationärer Behandlung stellt eine besonders sensible Schnittstelle dar und muss vonseiten der Kliniken durch frühzeitige Planung der weiteren ambulanten Behandlung gesichert werden. Eine gelingende Vorbereitung der Entlassung trägt zur Stabilisierung bei und kann wiederholte – unter Umständen wohnortferne – stationäre Aufenthalte verhindern. Vereinzelt bieten Kliniken nach der Entlassung Nachbetreuung an, um Übergänge zu erleichtern.

Insbesondere bei der Anorexia nervosa dauert die Heilungsphase teilweise mehrere Jahre. Wohnprojekte der stationären Jugendhilfe stellen eine Möglichkeit der Weiterbetreuung und Stabilisierung dar.

Störungsorientierte und multimodale Hilfen.

Aufgrund der Komplexität und Schwere der Essstörungserkrankungen ist es notwendig, dass Beratung und Behandlung von Fachkräften durchgeführt werden, die über störungsorientiertes Wissen und Erfahrung verfügen. Entsprechend der multifaktoriellen Entstehung bedarf es darüber hinaus eines mehrdimensionalen Behandlungsansatzes. Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen umfassen daher in der Regel ein breit gefächertes therapeutisches Angebot – von der medizinischen Betreuung über die Ernährungsberatung und Psychotherapie bis hin zur Kunsttherapie und zu körperorientierten Verfahren.

Obwohl bei Essstörungen für die meisten Phasen der Erkrankung – mit Ausnahme der akuten Phase bei Anorexia nervosa – ein ambulantes Setting die erste Wahl ist, gibt es bundesweit nur vereinzelte Modelle, die durch Verträge mit einzel-

nen Krankenkassen auch ambulant interdisziplinäre, multimodale und individuell zugeschnittene und abgestufte Angebote machen können, welche durch begleitende Maßnahmen wie kreative und körperorientierte Verfahren, Gruppenangebote, Ernährungsberatung, Psychoedukation und Hilfen für Angehörige und nahe Bezugspersonen ergänzt werden.

Ortsnahe multimodale ambulante Behandlung fördert Teilhabe und Kontinuität. Die Betroffenen müssen ihr gewohntes Umfeld nicht verlassen, Angehörige können leichter in den Behandlungsprozess einbezogen werden und die unterschiedlichen Phasen von der Motivations- über die Therapiephase bis hin zu Maßnahmen der Rehabilitation werden innerhalb der Versorgungsnetze abgestimmt und koordiniert. Auch Hilfen für Angehörige und weitere Bezugspersonen können in einem derart gestalteten Rahmen eher berücksichtigt werden.

Gesamtkonzepte und Modelle, welche die unterschiedlichen Bereiche miteinander verknüpfen, sind seit Langem vorhanden, jedoch nicht hinreichend realisiert. Die Weiterentwicklung und Umsetzung integrierter Versorgungskonzepte ist notwendig.

Vorrangige Handlungsfelder.

- Die bereits bestehenden niedrigschweligen psychosozialen Beratungsstellen müssen bedarfsgerecht ausgebaut werden, um insbesondere qualifizierte Erstberatung und ggf. längerfristige Begleitung leisten, die Behandlungsmotivation fördern sowie gezielt in weitere Angebote vermitteln zu können. Sie müssen integraler Bestandteil der Versorgungsnetze sein.
- In der Betreuung und Versorgung von Menschen mit Essstörungen ist die hilfesystemübergreifende Zusammenarbeit aller Professionen zu stärken.
- Die Bildung regionaler Versorgungsteams, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern der unterschiedlichen beteiligten ärztlichen und psychotherapeutischen Fachrichtungen zusammensetzen, muss vorangetrieben und eine fachübergreifende Koordination der Behandlung sichergestellt werden.

- Die ambulante Therapie soll mit multimodalen Behandlungskonzepten erfolgen. Sie sollte durch komplementäre Hilfen, wie z. B. kreative und körpertherapeutische Interventionen, Ernährungsberatung, Gruppenangebote, Psychoedukation und Hilfen für Angehörige und weitere Bezugspersonen ergänzt werden. Die neuen Möglichkeiten der psychiatrischen Akutbehandlung im häuslichen Umfeld sollten genutzt werden.
- Die Weiterentwicklung und Umsetzung integrierter qualitätsgesicherter ambulanter bzw. sektorenübergreifender Versorgungskonzepte ist notwendig, um bestehende Hilfeangebote für Patientinnen und Patienten besser aufeinander abzustimmen und zu koordinieren und um Versorgungslücken zu vermeiden. Entsprechende Initiativen können von den regionalen Leistungserbringern durch Bildung von regionalen Netzwerken erfolgen. Abgestimmte Versorgungskonzepte können aber auch durch Fachverbände, Kassenärztliche Vereinigungen, Kammern oder Krankenkassen entwickelt werden. Wünschenswert sind in diesem Zusammenhang integrierte Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die die Kooperation und die koordinierte Behandlung sicherstellen.

Startermaßnahmen.

- Das MAGS wird die gewonnenen Erkenntnisse aus der Evaluation eines Pilotprojekts zu Home Treatment bei Magersucht (RWTH Aachen) nutzen, um gelingende und passgenaue sektorenübergreifende Versorgungsmodelle für junge Menschen mit Essstörungen in die Fläche zu bringen.
- Das MAGS initiiert ein Gespräch mit Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern, der Psychotherapeutenkammer, Fachverbänden, Berufsverbänden u. a., um Möglichkeiten integrierter Versorgungskonzepte zu erörtern.
- Die KV Westfalen-Lippe hat zugesichert, Projekte zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung – z. B. für Menschen mit Essstörungen – gezielt zu fördern.

Literatur.

AN*TRIEB*KRAFT:

Ein interkulturelles Gesundheits- und Präventionsprojekt für Jungen und gemischtgeschlechtliche Gruppen, unter Berücksichtigung verschiedenster soziokultureller und sexueller Identitäten. pro familia Köln.

<https://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/nordrhein-westfalen/koeln-projekt-stelle/projekt-antriebkraft.html>

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

APK – Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hrsg.):

Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Sachbericht zum Projekt. Laufzeit: 01.11.2014 bis 28.02.2017. Durchgeführt von der APK e. V. (Aktion Psychisch Kranke e. V.), Projektleitung: Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Prof. Dr. Michael Kölch, Ulrich Krüger.

<http://www.apk-ev.de/startseite/>

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

BVPK – Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (Hrsg.) (2013):

Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPK).

<https://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=8396&t=Publikationen>

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.) (2018):

Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018.

https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf

[zuletzt eingesehen am 07.11.2018]

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011):

Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland, Reihe KONZEPTE, Band 4.

<https://www.bzga-essstoerungen.de/materialien/>

[zuletzt eingesehen am 07.11.2018]

DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Wirth N (Hrsg.) (2017):

Suchtprävention in der Heimerziehung. Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung.

DGKJP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2016):

Eckpunktepapier: Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter – Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie.

Autoren: Fegert J M, Hauth I, Banaschewski T, Freyberger HJ.

<http://www.dgkjp.de/stellungnahmen-positions-papiere/stellungnahmen-2016/396-uebergang-zwischen-jugend-und-erwachsenenalter-herausforderungen-fuer-die-transitionspsychiatrie>

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Fichter M, Tuschen-Caffier B, Zeeck A (2011):

S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen.

Kurz- und Langfassung als Download unter:

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

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018], Neuauflage für 2019 angekündigt.

Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S (Hrsg.) (2015):

Handbuch Essstörungen und Adipositas.

Herpertz-Dahlmann B (2015):

Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S (Hrsg.) (2015): Handbuch Essstörungen und Adipositas, S. 72 – 77.

Jacobi C, Thiel A, Beintner I (2016):

Anorexia und Bulimia nervosa – ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm.

Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU (2014):

Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85, S. 77 – 87

https://www.psychologische-hochschule.de/wp-content/uploads/2015/03/jacobi-degs-praevalenzen-nervenarzt_2014.pdf

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (Hrsg.) (2017):

Bericht zu der beteiligungsorientierten Phase im Rahmen der Erstellung des Landespsychiatrieplans NRW.

<https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/bericht-zu-der-beteiligungsorientierten-phase-im-rahmen-der-erstellung-des-landespsychiatrieplans-nrw/2667>

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (Hrsg.) (2017):

Landespsychiatrieplan NRW.

<https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/staatskanzlei/landespsychiatrieplan-nrw/2666>

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

Müller U, Schröttle M (2004):

Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. BMFSFJ.

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/studie--lebenssituation--sicherheit-und-gesundheit-von-frauen-in-deutschland/80694>

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

Neumark-Sztainer D (2005):

„I'm, Like, So Fat!“ – Helping Your Teen Make Healthy Choices about Eating and Exercise in a Weight-Obsessed World.

Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V im Land Nordrhein-Westfalen (LRV NRW)

https://www.praeventionskonzept.nrw.de/praeventionsgesetz_nrw/umsetzung/index.html

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

PiD – Psychotherapie im Dialog:

Adoleszenz 2, 2017.

Reich G (2017):

Adoleszenzentwicklung und Essstörungen. Psychodynamische Sichtweisen und Hypothesen. In: PiD – Psychotherapie im Dialog: Adoleszenz 2, 2017, S. 65 – 69.

Reich G, von Boetticher A (2017):

Hungern, um zu leben – die Paradoxie der Magersucht.

Reich G, Cierpka M (Hrsg.) (2010):

Psychotherapie der Essstörungen – Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.

Rose L, Schorb F (Hrsg.) (2017):

Fat-Studies in Deutschland. Hohes Körpergewicht zwischen Diskriminierung und Anerkennung.

Seiffge-Krenke I (2015):

„Emerging Adulthood“: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 63, 2015, S. 165 – 173.

Seiffge-Krenke I (2015):

Identität und Beziehungen: Herausforderung für die Versorgung.

In: Deutsches Ärzteblatt, PP 11/2015, S. 500 – 502.

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=172994>

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

Smink F R E, van Hoeken D, Hoek H W (2012):

Epidemiology of eating disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates.

In: Current Psychiatry Reports 14/2012, S. 406 – 414.

Sweeting H, Walker L, MacLean A, Patterson C, Räsänen U, Hunt K (2015):

Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and UK mass media. In: International Journal of Men's Health, 14 (2).

Thiemann P, Legenbauer T, Vocks S, Platen P, Auyeung B, Herpertz S (2015):

Eating Disorders and Their Putative Risk Factors Among Female German Professional Athletes. In: European Eating Disorders Review, 23 (4), Juli 2015, S. 269 – 276.

Zeeck A, Herpertz S (2015):

Patientenleitlinie „Diagnostik und Behandlung von Essstörungen für Betroffene, Angehörige und nahestehende Personen“.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026p_Esstoeungen_2015-06_01.pdf

[zuletzt eingesehen am 04.10.2018]

Herausgeber

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Fax: 0211 855-3211
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Gestaltung Stella Chitzos

Druck Hausdruck

Fotohinweis Titel: iStock, Sasha Fox
Walters

© MAGS, Dezember 2018

Diese Publikation kann bestellt oder
heruntergeladen werden:
www.mags.nrw/broschuerenservice



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Fax: 0211 855-3211
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw