

Versorgungslücken bei Essstörungen in Deutschland – Handlungsansätze für Spender und Stifter

Offiziellen Schätzungen zufolge gibt es 700.000 Menschen in Deutschland, die an einer Essstörung leiden.¹ Da Menschen mit Essstörungen häufig ihre Krankheit verheimlichen oder verleugnen und aus Scham meist keine Beratung oder Therapie aufsuchen, gehen gegenwärtige Untersuchungen von einer hohen Dunkelziffer aus. Junge Menschen sind hierbei deutlich häufiger betroffen als ältere.

Um interessierten Stiftern und Spenderinnen² zu helfen, einen Überblick über das Thema Essstörungen zu erhalten, hat Active Philanthropy mit Unterstützung von Ingvild Goetz Philanthropy einen Bericht zum Thema Essstörungen in Deutschland erstellt.

Die der Untersuchung zu Grunde liegenden Fragen waren:

- Welche staatlichen und privaten Maßnahmen existieren in den Bereichen Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge (ambulant & stationär)?
- Wer sind die relevanten Akteure im Sektor?
- Welche Fördermöglichkeiten gibt es für Stifterinnen & Spender?

Ziel des Reports war es, Stifterinnen und Spender mit dem Förderthema Essstörungen vertraut zu machen und ihnen verschiedene Fördermöglichkeiten aufzuzeigen. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse des Berichts kurz zusammengefasst.³

ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZU ESSSTÖRUNGEN

Definition

Eine Essstörung gilt als psychische Erkrankung mit potenziellem Suchtcharakter.

Formen von Essstörungen

- Magersucht (Anorexie)
- Ess-Brech-Sucht (Bulimie)
- Essanfälle ohne Erbrechen (Binge-Eating)
- Übergewicht (Adipositas)

Ursachen von Essstörungen

In den meisten Fällen liegt Essstörungen ein Zusammenspiel von psychischen, sozialen und körperlichen Faktoren zu Grunde.

Häufigkeit

- Nach Angaben einer seit 2003 laufenden Studie des Robert-Koch-Institutes zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland leidet jedes fünfte Kind zwischen 11 und 17 Jahren unter den Symptomen einer Essstörung.⁴

¹ Vgl. Angaben des Deutschen Instituts für Ernährungsmedizin und Diätetik (DIET) in Aachen auf www.diet-aachen.de.

² Im Sinne einer besseren Lesbarkeit werden in diesem Bericht weibliche und männliche Wortfassung nicht nebeneinander gestellt, sondern willkürlich alternativ genannt.

³ An dieser Stelle möchten wir sehr herzlich Andreas Schnebel von ANAD in München und Frau Sigrid Borse vom Frankfurter Zentrum für Essstörungen für die Durchsicht des Berichtes bedanken.

- Das Deutsche Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik (DIET) schätzt, dass es 100.000 magersüchtige Frauen zwischen 15 und 35 Jahren gibt.⁵
- Nach Angaben einer Versorgungsstudie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist Magersucht mit einer Rate von knapp 1 % eine seltene, aber oft folgenschwere Erkrankung. Rund 1,5 % der Bevölkerung leidet an Bulimie und etwa 2% an einer Binge-Eating-Störung. Übergewicht (Adipositas) ist mit einer Prävalenz von fast 25 % hingegen sehr weit verbreitet.⁶

Alter & Geschlecht

Frauen erkranken wesentlich häufiger an Magersucht und Bulimie als Männer. Im Altersverlauf zeigt sich für Jungen ein abnehmender, für Mädchen ein zunehmender Trend bis hin zum 17. Lebensjahr.⁷ Besonders in der (frühen) Jugend besteht eine erhöhte Gefahr, eine Essstörung zu entwickeln.⁸

Kombination mit psychischen Erkrankungen

Patienten mit einer Essstörung leiden häufig zusätzlich unter psychischen (Depressionen, Borderline u. a.) oder körperlichen Erkrankungen (Diabetes).⁹

Sozialstatus

Bei Kindern und Jugendlichen aus Haushalten mit niedrigem Sozialstatus ist die Quote an Übergewicht höher, während Bulimie und Anorexie tendenziell häufiger bei Personen aus mittleren und höheren Gesellschaftsschichten auftreten.¹⁰

Sterblichkeitsrate

Studien der Universitäten Ulm und des Deutschen Institutes für Ernährungsmedizin und Diätetik belegen, dass Magersucht mit einer Sterblichkeitsrate von 15 bis 20 % auf Grund von Organschäden, Herzversagen oder Selbstmord mehr Opfer als jede andere psychische Erkrankung fordert.¹¹

⁴ Hölling/Schlack 2007, S. 795.

⁵ Deutsches Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik (DIET). Es gibt laut Statistischem Bundesamt 41,6 Mio. Frauen in Deutschland (Stand 2011).

⁶ Herzog/Kruse 2012, S. 22-23.

⁷ Vgl. Hölling/Schlack 2007, S. 795.

⁸ Vgl. Hölling/Schlack 2007, S. 794.

⁹ Vgl. Herzog/Kruse 2012, S. 23

¹⁰ Vgl. Hölling/Schlack 2007, S. 799.

¹¹ http://www.therapie.de/fileadmin/dokumente/Info%20Essstoerungen_therapie%20de.pdf und http://www.hungrig-online.de/presse/presseinformationen/Zahlen_und_Fakten_Essstoerungen.pdf

VERSORGUNGSEBENEN

Bund, Länder und Kommunen übernehmen die Bezahlung der Behandlungskosten durch Sozialleistungsträger sowie die Durchführung von Präventions- und Forschungsprogrammen an entsprechenden staatlichen Institutionen. Der öffentlichen Hand steht die private mit Stiftern und Spendern, Stiftungen und privaten Versorgungseinrichtungen als eine andere versorgende Ebene gegenüber. Darüber hinaus bieten zivilgesellschaftliche Organisationen, die sowohl mit öffentlichen und privaten Einrichtungen zusammen arbeiten, vielfältige Beratungs- und Therapieangebote an. Dies veranschaulicht die folgende Grafik:



KOSTENTRÄGER

Die Behandlungskosten von Essstörungen fallen in die Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger. Sie werden entweder für bestimmte Altersgruppen (Jugendliche oder Erwachsene) oder für gewisse Maßnahmen (ambulante oder stationäre Behandlung) aktiv.

Hauptkostenträger sind die drei im Folgenden genannten staatlichen Einrichtungen:¹²

- Krankenkassen** finanzieren ambulante sowie stationäre ärztliche, fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlungskosten in der Praxis oder im Krankenhaus; vereinzelt Übernahme der therapeutischen Kosten in Wohngruppen.
- Rentenversicherungsträger** kommen für stationäre, teilstationäre oder auch ambulante psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen auf.
- Sozialhilfeträger** (Jugendamt/ Bezirke u. a.) unterstützen die Betreuung in Wohngruppen. Kosten für Miete und Lebensunterhalt werden entsprechend dem Alter und abhängig von der privaten Situation übernommen.

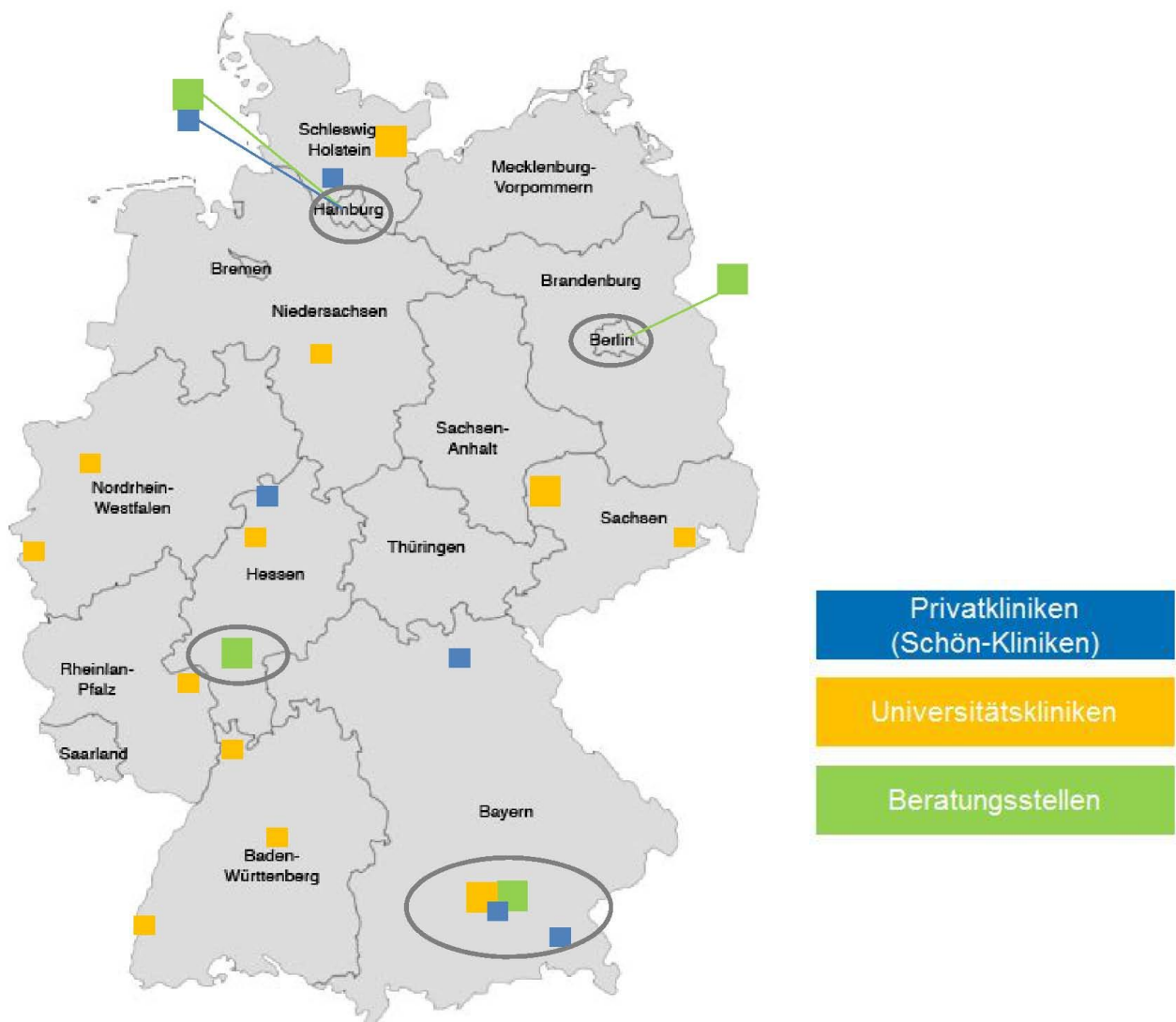
¹² Informationen aus Telefongesprächen mit Therapeuten und Leitern von Wohngruppen sowie dem Vertreter einer gesetzlichen Krankenkasse.

Bis zu einem Alter von 21 Jahren ist das Jugendamt der verantwortliche Träger, ab 21 Jahren die Bezirke. Sozialschwache Patienten bzw. Sozialhilfeempfänger erhalten von den Sozialhilfeträgern Unterstützung. Bei vorhandenem Vermögen müssen die Betroffenen die Kosten selbst bezahlen.

Ob und in welcher Höhe das Jugendamt für die Kosten einsteht, ist oft kommunal unterschiedlich geregelt. Für Jugendliche mit Essstörungen fallen die Fördergelder meist höher aus als für Erwachsene.

VERSORGUNGSZENTREN

Es gibt 4 regionale Zentren in Deutschland, in denen gehäuft Beratungsstellen, Wohngruppen, Universitäten mit Kliniken und Privatkliniken (Beispiel: die Schön-Kliniken gehören zu den größten privaten Versorgern in diesem Bereich) zu finden sind: München, Frankfurt, Hamburg und Berlin.



VERSORGUNGSSCHWÄCHEN

Trotz der Vielfalt an Beratungs- und Therapieangeboten auf staatlicher, privater wie zivilgesellschaftlicher Ebene finden sich erhebliche Lücken im Versorgungssystem von Essstörungen in verschiedenen Bereichen, wie etwa:¹³

Forschung:

- **unzureichende Versorgungsforschung:** Mehr Studien über eine optimale ambulante wie stationäre Versorgung könnten die Lücke zwischen Theorie und Versorgungspraxis schließen und den politischen Entscheidungsträgern gegenüber bessere Argumente für gesundheitspolitische Veränderungen liefern.¹⁴

Fachkräfte:

- **kein flächendeckendes Angebot von Fachkräften:** Es fehlt es an gut ausgebildeten und spezialisierten Fachärzten und Psychotherapeuten. Hinzu kommt, dass spezialisiertes Personal sich oft nur größere Einrichtungen leisten können.¹⁵
- **fehlende Erstanlaufstellen in ländlichen Regionen:** In weniger dicht besiedelten Gebieten mangelt es besonders an Hausärzten und Beratungsstellen, die als erster Ansprechpartner für Betroffene, Eltern, Angehörige und Partner fungieren.
- **zu lange Wartezeiten:** Ein Resultat des Fachkräftemangels und des Unterangebotes an Anlaufstellen sind die langen Wartezeiten auf Therapien bei Psychotherapeuten, in Kliniken oder in therapeutischen Wohngruppen (mehrere Wochen bis Monate). Zudem ist die Versorgung in den Übergangszeiträumen zwischen ambulanter und stationärer Therapie (und umgekehrt) nicht gewährleistet.
- **fehlende Vernetzung der behandelnden Akteure:** Eine erfolgreiche Therapie erfordert eine engmaschige Absprache und Kommunikation der behandelnden Personen und Einrichtungen. Hier ist laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) die fehlende Vernetzung ein häufiges Problem.¹⁶

Kostenübernahme:

- **mangelnde Übernahme von ambulanten Therapiekosten:** Bei ambulanten Therapiesitzungen wird nur eine von den Krankenkassen fest gelegte Anzahl an Stunden bezahlt (Psychoanalyse max. 240 Std., Tiefenpsychologie max. 100 Std., Verhaltenstherapie, max. 80 Std.).¹⁷
- **begrenzte Kostenübernahme für stationäre Behandlungen:** Lange Klinikaufenthalte werden von den Kostenträgern nicht übernommen. Ärzte gehen z. B. bei Magersucht von durchschnittlich 40 Wochen (10 Monate) zur Wiederherstellung des Normalgewichts aus. Meist werden jedoch nur 8-12 Wochen (2-3 Monate) von den Kostenträgern bezahlt.¹⁸
- **mehr Fördergelder für Jugendliche bis 21 Jahren als für Erwachsene:** Therapiezuschüsse erhalten vorwiegend junge Betroffene. Erwachsene ab 21 Jahren sind von Fördergeldern oftmals ausgeschlossen, da die Leistungsträger Eigenfinanzierung erwarten. Erwachsene mit ausreichend Rücklagen müssen beispielsweise Wohngruppen selbst bezahlen. Das kann unter Umständen ihre Bereitschaft hemmen sich in eine Therapie zu begeben.

¹³ Wo keine expliziten Verweise in den Fußnoten eingefügt sind, wurden die Informationen Gesprächen mit Leitern von Beratungs- und Therapieeinrichtungen, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie Vertretern der Krankenkassen entnommen.

¹⁴ Laut Vortrag von Prof. Dr. Jörn von Wietersheim, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Ulm, Sommer 2012, S. 40.

¹⁵ Herzog/Kruse 2012 Präsentation, S. 9.

¹⁶ Herzog/Kruse 2012, S. 24.

¹⁷ Herzog/Kruse 2012, S. 33ff.

¹⁸ Vgl. den zusammenfassenden Artikel der Bundespsychotherapeutenkammer über die Konferenz zu spezialisierter Behandlung von Essstörungen im Juli 2012: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/spezialisier-1.html>.

- **keine Möglichkeit der Abrechnung von Onlineberatungssitzungen:** Die seit Jahren neu erprobte (und nach vorliegenden Studien¹⁹ erfolgreiche) Methode der Beratung und Therapie im Internet ist noch nicht per Gesetz geschützt, so dass Sozialpädagogen und Therapeuten Beratungssitzungen online abrechnen könnten, wie dies beispielsweise in den Niederlanden der Fall ist. Wegen der Möglichkeit einer anonymen Anfrage steigt die Nachfrage im Bereich Onlineberatung und –therapie jedoch stets.

Angebote:

Da die oben genannten Leistungsträger für bestimmte Behandlungsangebote nicht aufkommen, werden diese oftmals gar nicht oder nur in sehr beschränktem Maße angeboten, so z. B.:

- **Ausbau niederschwelliger Erstberatungsangebote für Betroffene:** Betroffene Jugendliche und deren Angehörige, die um Hilfe suchen, wissen oftmals nicht, an wen sie sich vertrauensvoll wenden können. Es besteht ein sehr großer Bedarf bei leicht zugänglichen, niederschwelligen Erstanlaufstellen, insbesondere in weniger dicht besiedelten Gebieten Deutschlands.
- **kaum Angebote für Angehörige:** Familienangehörige, Freunde oder Partner sind in den meisten Fällen überfordert mit der Essstörung des nahe stehenden Menschen. Deshalb ist oft eine eigene, separate Therapie ohne das Beisein der Erkrankten erforderlich. Die Kosten für eine Therapie werden jedoch nur von den Krankenkassen bzw. Jugend- und Sozialämtern übernommen, wenn Patientinnen bei der Therapiesitzung mit anwesend sind. Angebote für Angehörige werden daher nur vereinzelt angeboten.
- **wenig Familienfreizeit-Angebote:** Workshops und Wochenendunternehmungen zusammen mit der Erkrankten können helfen, die durch die Essstörung hervorgerufenen Spannungen innerhalb der Familie wieder etwas zu lockern. Gespräche mit verschiedenen Psycho- und Jugendtherapeuten sowie Sozialpädagogen weisen konkret darauf hin, dass auch hierfür die nötigen Gelder an den behandelnden Stellen fehlen. Die genannten Kostenträger unterstützen derartige Maßnahmen nämlich nicht.
- **beschränktes Angebot an Programmen für Körperwahrnehmung & Entspannungstechniken** als bewährte Ergänzung zur Therapie (z. B. Reiten, Therapie mit Hunden, Tai Chi, Yoga, Klettern, autogenes Training, Kunst- und Gestaltungstherapie etc.): Beratungsstellen, Wohngruppen und Kliniken bieten dies zwar an, jedoch meist in einem kleineren Rahmen. Mit Ausnahme der selbst finanzierten Privatkliniken scheitert eine gute Versorgung von Menschen mit Essstörungen bisher an der mangelnden Finanzierung von Infrastrukturen und Personalstellen, wie Gespräche mit Therapeuten und Pädagogen ergeben haben.
- **wenig Angebote für Männer/Jungen mit Essstörungen:** Auf Grund einer androgynen Welle aus Asien (Mangas, koreanische Popgruppen) sowie dem generellen Trend der Körperangleichung zwischen Mann und Frau, der besonders durch die Mode- und Kosmetikindustrie suggeriert wird, sind immer mehr (junge) Männer von Essstörungen betroffen. Expertenmeinungen zufolge ist inzwischen jeder zehnte Betroffene ein Mann.²⁰ Die am meisten auftretende Essstörung bei Männern ist Magersucht. Binge-Eating und Adipositas zeigen sich bei Männern zunehmend auch häufiger.²¹ Beratungsstellen und therapeutische Wohngruppen stellen sich vermehrt auf dieses Phänomen ein und lösen sich von der reinen Betreuung von Frauen. Die für Männer zugeschnittenen Angebote sind bisher ziemlich rudimentär.

¹⁹ Vgl. Wagner/Maercker 2011, Hintenberger/Kühne 2011, Stein/Schauenburg/Eichenberg 2011 et. al.

²⁰ Vgl. Krenn 2003, S. 8.

²¹ Vgl. Krenn 2003, S. 8.

- **keine Beratungs- und/oder Behandlungsprogramme für chronisch Kranke:** Nach Angabe der Bundespsychotherapeutenkammer verläuft bei ungefähr 30 % der Patientinnen die Essstörung chronisch, d. h. sie können sich auf lange Sicht nicht von ihrer Essstörung befreien und sind ihr Leben lang von dieser geprägt. Dies haben Langzeituntersuchungen ergeben.²² Es gibt bisher keine speziellen Programme für diese Gruppe von Betroffenen.
- **Onlineberatungsprogramme:** Auf Grund zunehmender Nutzung und Nachfrage bieten viele Einrichtungen Beratung im Internet in Form von Email und Chat bereits an. Viele möchten jedoch die Plattformen erweitern und interaktivere Beratungsportale entwickeln. Gespräche mit Krankenkassen bezüglich der Anerkennung dieser Therapieform laufen bereits. Wegen der möglichen Kosteneinsparungen sind die Kassen an dieser neuen Beratungs- und Therapieform interessiert. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Möglichkeiten der Abrechnung dieser neuen Beratungs- und Therapieform müssen bis dahin aber noch geschaffen werden.²³

HANDLUNGSANSÄTZE

Aus den oben angeführten Schwachstellen im Versorgungsnetz von Essstörungen ergibt sich die Frage: Was für Möglichkeiten des Engagements tun sich für Spenderinnen und Stifter im Umgang mit Essstörungen in Deutschland auf?

Es hat sich gezeigt, dass viele der hier aufgezeigten Maßnahmen durch die öffentliche Hand unterstützt und umgesetzt werden. Hierzu gehören die anteilige Bezahlung der Behandlungskosten und die Mitfinanzierung von Präventions- und Forschungsprogrammen. Dennoch können diese Eingriffe von Seiten des Bundes, der Länder und der Kommunen den Bedarf nicht ausreichend decken. Hier setzen zivilgesellschaftliche Organisationen mit vielfältigen Beratungs- und Therapieangeboten an. Aber auch deren Arbeit ist sehr von externer Finanzierung und Unterstützung durch Dritte abhängig.

Der Einsatz von Stiftern und Spendern kann daher sowohl bei öffentlichen als auch privaten Einrichtungen einen bedeutenden Beitrag leisten. Die folgende Liste stellt mögliche Förderthemen vor, die sich aus unserer Analyse ergeben:

²² Vgl. den zusammenfassenden Artikel der Bundespsychotherapeutenkammer über die Konferenz zu spezialisierter Behandlung von Essstörungen im Juli 2012: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/spezialisier-1.html>.

²³ Dies haben Gespräche mit Mitarbeitern von Beratungsinstitutionen und Krankenkassen ergeben.

Versorgung allgemein

- **Unterstützung von Versorgungsstudien**
Ziel: bessere Argumentation gegenüber Leistungsträgern
- **Schnittstellenversorgung**
Ziel: Betreuung zwischen ambulanter & stationärer Therapie; Einrichtung von Koordinationsstellen zur besseren Vernetzung der Akteure
- **Aufbau Versorgungsstrukturen in dünner besiedelten Gebieten**
Problem: fehlende Erstkontaktstellen (Mangel an Erstberatungsstellen & Rückgang der Hausärzte und Psychotherapeuten)

Beratung & Therapie

Ausbau der folgenden Angebote:

- **Ausbau niederschwelliger Erstberatungsangebote für Jugendliche**
- **Beratungs- und Therapieangebote für Angehörige (Familie, Partner, Freunde)**
Problem: keine Übernahme durch Kostenträger wg. Anwesenheitspflicht der Betroffenen
- **Familienfreizeit**
Problem: keine Finanzierung von Kostenträgern da „Extra“-Angebot
- **Programme Körperwahrnehmung & Entspannungstechniken** als Ergänzung zur Therapie
- **Angebote für (junge) Männer**
Problem: Zunahme an Betroffenen
- **Programme für chronisch Kranke**
Problem: Chronifizierung der Krankheit bei ca. 30% der Betroffenen
- **Ausbau Onlineberatung und -therapie:**
Grund: erhöhte Nachfrage & längerfristige Kosteneinsparungen

LITERATURVERWEISE

- Herzog/Kruse 2012 - Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog / Prof. Dr. med. Johannes Kruse: „Zur ambulanten psychosomatischen/ psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“, im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Januar 2012
- Hintenberger/Kühne 2011 – Gerhard Hintenberger / Stefan Kühne: „Psychosoziale Online-Beratung im Überblick“, in: PID 2/2011, S. 113-117
- Hölling/Schlack 2007 - Heike Hölling / Robert Schlack: „Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“, Robert-Koch-Institut Berlin, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6, Springer Medizin Verlag, 2007
- Krenn 2003 - Heidelinde Krenn: „Essstörungen bei Männern - Charakteristika des Verlaufs bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern im Vergleich zu einer weiblichen Stichprobe“, Doktorarbeit, Marburg 2003
- Stein/Schauenburg/Eichenberg 2011 - Barbara Stein / Henning Schauenburg / Christiane Eichenberg: „Psychotherapie und Internet – eine Herausforderung für uns alle“, in: PID 2/2011, S. 171-173
- Wagner/Maercker 2011 – Birgit Wagner / Andreas Maercker: „Psychotherapie im Internet – Wirksamkeit und Anwendungsbereiche“, in: Psychotherapeutenjournal 1/2011, S. 33- 42