

Stellungnahme des Sachverständigen Dr. Hermann Mayer, Klinik Hochried, Zentrum für Kinder, Jugendliche und Familien

zu BT-Drs. 16/7458

Fragenkatalog „Maßnahmen gegen Magersucht“

1. a) Welche wesentlichen wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen zu den Ursachen von Magersucht und Ess-Brechstörungen vor?

Ursachen sind multifaktoriell: biologisch, persönlichkeitsbedingt, soziokulturell und familiär (Herpetz-Dahlmann, 2003)

Biologische Ursachen:

Genetik, Hirnfunktionsstörung

Systematische Familienstudien zeigen, dass die Prävalenz von Essstörungen bei Familienmitgliedern magersüchtiger und bulimischer Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen um das 7-12-fache erhöht ist (Strober et al. 2000).

In Familien anorektischer Patienten erhöhte Prävalenz depressiver Störungen, Angst- und Zwangserkrankungen (Lilienfeld et al. 1998).

Zwillingsstudien zeigen, dass die Konkordanzrate bei monozygoten Zwillingen mit AN deutlich höher als bei dizygoten Zwillingen ist, während die Konkordanzrate sich bezüglich Bulimie bei monozygoten und dizygoten Zwillingen kaum unterscheidet. Somit scheint die genetische Disposition für AN höher als für Bulimie.

Molekulargenetisch werden serotonerges, dopaminerges, noradrenerges und Opiatsystem untersucht, sowie diverse neuroendokrine Parameter.

Psychologische / persönlichkeitsbedingte Ursachen:

Pubertät, Entwicklung von Selbstbild und Selbstwert, Familienmuster

Anorektische Persönlichkeitseigenschaften:

Beharrlichkeit, Perfektionismus, Introvertiertheit, Harmoniebedürfnis (Herpetz-Dahlmann, 2003)

Gesellschaftliche Ursachen:

Schlankheitsideal/Medien und Zunahme von Übergewicht in den letzten Jahrzehnten:
Entwicklung von Körperbewusstsein

Diese möglichen Ursachen bedingen eine Körperschemastörung, die letztlich das Essverhalten verändern, zu Gewichtsverlust führen und daraus ergeben sich körperliche und psychische Folgen.

Unklar ist, ob nicht ein Teil der diskutierten Ursachen bereits durch die Erkrankung bedingt sind.

Allgemeine und spezielle Risikofaktoren für Anorexie und Bulimie:

Allgemein:

- Weibliches Geschlecht
- Adoleszenz und frühes Erwachsenenalter
- Westliche Kultur

Individuell:

- Familienanamnese
 - Essstörungen in der Familie
 - Depressionen, Zwänge und Angsterkrankungen
 - Substanzmissbrauch, auch Alkohol (v.a. bei Bulimie)
 - Übergewicht (Bulimie)
- Prämorbid Erfahrungen
 - Verhalten der Eltern (geringer Kontakt, Eheprobleme, v.a. Bulimie, hohe Erwartungen, überbehütend und ängstlich, v.a. Anorexie)
 - Sexueller Missbrauch
 - Häufiges Diätverhalten in der Familie
 - Kritik am Essverhalten, Figur oder Gewicht durch Familienangehörige oder Freunde
 - Berufs- oder freizeitbedingter Schlankheitsdruck (Model, Leistungssportlerin, Tänzerin)
- Prämorbid Auffälligkeiten
 - Niedriges Selbstwertgefühl
 - Perfektionismus
 - Angst und Angsterkrankungen (v.a. Sozialphobie, Trennungsangst)
 - Adipositas (v.a. Bulimie)
 - Frühe Menarche (v.a. Bulimie)

b) Welche Therapien werden jeweils zur Behandlung eingesetzt, haben sich diese aufgrund von neuen Erkenntnissen verändert und mit welchen Heilungschancen sind diese verbunden? Gibt es Erkenntnisse dazu, wie die hohe Rückfallquote verringert werden kann?

Arzt, Ernährungstherapeut und Psychotherapeut arbeiten zusammen und berücksichtigen die unterschiedlichen, oft sehr individuellen Ursachen für die Essstörung. Grundsätzlich ist von einem therapeutischen Team auszugehen, das gemeinsam Ziele und die Umsetzung festlegt.

Durch diese Therapie hat sich in den letzten Jahren die Prognose verbessern lassen: ca. 30 % erreichen annähernd das Normalgewicht, 35 % schwanken in ihrer Gewichtsentwicklung, erreichen aber das Normalgewicht nicht, 25 % sind chronisch krank, 10 % sterben an der Anorexie.

Aber: Uneinheitliche Ergebnisse: Metaanalyse zeigt mittlere Mortalitätsrate von 2,16 % bei adoleszenten Patienten Steinhausen (2002).

Nur einzelne methodisch fundierte Therapiestudien (Holtkamp, Hagenah, Herpetz-Dahlmann, 2007). 6 randomisiert-kontrollierte Studien zeigen Effizienz von Kognitiv-behavioraler Therapie, Interpersonaler Therapie und Familientherapie (Dare et al, 2001)

Die Behandlung beinhaltet 5 wesentliche Elemente:

1. Gewichtsrehabilitation sowie die Behandlung somatischer Komplikationen
2. Ernährungsberatung und Therapie
3. Individuelle Psychotherapie
4. Elternberatung und / oder Familientherapie
5. Behandlung komorbider Störungen

Zu 1.: Definition des Zielgewichtes bei der 25. Altersperzentile des BMI (eigentlich Gewicht bei dem die Menstruation wieder einsetzt, dauert aber erfahrungsgemäß länger)
Gewichtstreppe mit Erweiterung des Aktivitätsradius
Gewichtszunahme von 500-1000g pro Woche

Zu 2.: Essgestörte sind gut informiert über Fett- und Kaloriengehalt von Nahrungsmitteln aber haben wenig Ahnung über gesunde Ernährung. Daher ist Psychoedukation in der Gruppe wichtig.

Individuelle Ernährungsberatung mit Essensplan, in den „verbotene Speisen“ integriert sind, ferner Verbot von Light-Produkten.

Zu 3.: Kognitiv behaviorale Psychotherapie (CBT) oder interpersonale Therapie wirksam.

CBT: Sokratischer Dialog mit Analyse und Korrektur dysfunktionaler Gedanken führt zu der Erkenntnis, dass Probleme mit Figur und Gewicht stellvertretend für Probleme der Selbstakzeptanz stehen.

Katamnesestudien zeigen, dass essgestörte Jugendliche häufig im Erwachsenenalter eine Sozialphobie entwickeln.

Zu 4.: Einbezug der Familie verbessert die Prognose wesentlich.

Medikamentöse Therapie:

Bei AN in kontrollierten Studien kein positiver Effekt von Psychopharmaka. Einzelfälle erfolgreich mit atypischen Neuroleptika (Risperidon, Olanzapin).

Bei BN eindeutiger Effekt von SSRI, v.a. Reduktion der Heißhungerattacken, des Erbrechens sowie Stimmungsverbesserung (z.B. Fluoxetin hochdosiert 40-80mg).

Um die hohe Rückfallrate innerhalb der ersten 12 Monate nach stationärer Behandlung zu verringern wird in den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2003) eine ambulante Anschlussbehandlung für mind. 12 Monate empfohlen.

Rückfallprophylaxe:

- Cave zu rascher Gewichtsaufbau: Führt zu ausgeprägtem Anstieg von Leptin: Leptin wirkt anorexigen und steigert den Energieverbrauch. Ein hoher Leptinspiegel ist eher verbunden mit einer ungünstigen Prognose.
- Ausreichende Verbesserung von Selbstwertgefühl und sozialen Ängsten, da sonst Figur / Gewicht einzige Ausdrucksmöglichkeit für Selbstbehauptung und Selbstakzeptanz!

c) Lässt sich in den vergangenen Jahren eine Zunahme von Menschen verzeichnen, die an einer Essstörung leiden? Falls ja, worauf führen Sie die zunehmende Häufigkeit zurück?

Es gab durch die KIGGS Studie erstmals bundesweit Daten zu Essstörungen. Die Differenzierung in die einzelnen Formen der Essstörung ist jedoch nicht in dem Umfang erfolgt, dass daraus auch präventive und therapeutische Konsequenzen möglich sind.

Die Magersucht ist relativ selten (im Vergleich mit anderen chronischen Erkrankungen). Nur ca. 1 % der Mädchen/jungen Frauen im Alter von 15 bis 25 Jahren sind betroffen. Davon wiederum nur 5 % Jungen/Männer.

In den letzten 50 Jahren lassen sich allerdings deutliche Steigerungen der Prävalenzen (Holtkamp et al. 2007) feststellen.

In Risikogruppen (Models, Sportler...) sind die Prävalenzen noch deutlich höher.

Langzeitstudien zeigen, dass die Inzidenz von Magersucht bei jugendlichen Mädchen (15-24 Jahre) seit den 50-er Jahren angestiegen ist. Nach Studien der Mayo-Klinik, die über Jahrzehnte die Gesamtbevölkerung (Rochester, Minnesota) untersuchen konnte, nahm die Inzidenz in dieser Altersgruppe von 20/100000 auf 50/100000 Ende der 80-er Jahre zu.

Zu einer Zunahme der Häufigkeit der AN scheinen insbesondere soziokulturelle Einflüsse beizutragen.

d) Was müssten Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von Essstörungen beinhalten?

Die AWMF Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie enthalten alle wesentlichen Aussagen zu Diagnostik und Therapie von Essstörungen (F50)

(3. überarbeitete und erweiterte Auflage 2007)

2. Wie ausgeprägt ist Ihrer Meinung nach die Sensibilisierung im Zusammenhang mit der Erkennung von Essstörungen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsberufe? Sehen Sie hier Handlungsbedarf?

Die Sensibilisierung im Zusammenhang mit den Erkenntnissen von Essstörungen ist innerhalb der Gesundheitsberufe hoch, jedoch kommen die Betroffenen häufig zu spät in Kontakt mit dieser Berufsgruppe. Die Sensibilisierung von Eltern, Lehrern und den Peergroups selbst müsste erhöht werden.

3. Wir wissen, dass deutlich mehr Mädchen als Jungen von Essstörungen betroffen sind. Wie erklären Sie sich diese Ausprägung und wie können geschlechtsspezifische Angebote aussehen? Sind Tendenzen bekannt, wonach Frauen im mittleren Alter zunehmend betroffen sind und welche Ursachen spielen hier eine Rolle?

Die gesellschaftliche Bewertung von Gewicht/Übergewicht/Adipositas ist bei Jungen und Mädchen unterschiedlich, in einer Phase, in der die Einstellung zum Körper erst entwickelt werden muss. Werbung, Filme, Medien zeigen, dass nur Frauen, die schlank sind, auch Erfolg haben, in Familie, Beruf und Sport.

Geschlechtsspezifische Angebote müssen die unterschiedlichen Ursachen berücksichtigen; vor allem präventive Angebote müssen bereits frühzeitig verschiedene Themenschwerpunkte wie Ernährungserziehung, Körpergefühl, Körperbewußtsein, Selbstwert, aber auch kritischer Umgang mit Werbung, Medien berücksichtigen.

Frauen im Mittleren Alter sind besonders diesen Spannungen in ihrer Karriere ausgesetzt: Familie/Beruf. Unabhängig davon sind jedoch Datenerhebungen immer kritisch zu bewerten, vor allem dann, wenn langfristig Vergleichsdaten fehlen.

4. Der Versuch, mit Diäten eine Gewichtsreduktion zu erzielen, wird von vielen Menschen unternommen. Wie groß ist der Zusammenhang zwischen Diäten und der Entwicklung von Essstörungen? Gibt es fließende Übergänge hin zur Ausprägung einer Magersucht und wie wäre diesen zu begegnen?

Diäten zur Gewichtsreduktion können der Einstieg in eine Essstörung sein, es gibt allerdings wenig valide Daten dazu, da auch andere Ursachen (siehe 1a) Essstörungen auslösen können. Zwischen 1/3 und 2/3 der Teenager führen Diäten durch aber nur ca. 1% entwickelt eine Essstörung Der Zusammenhang zwischen Diät und der Entwicklung von Essstörungen ist unstrittig, wie groß der Zusammenhang ist, ist wissenschaftlich unklar (und von einer Vielzahl von Faktoren abhängig: welche Diät, wie lange, Alter, Familie, psychische Situation etc.).

Insgesamt sollte allerdings alles, was im Zusammenhang mit „Diät“ stattfindet, kritisch bewertet werden. Die Aufklärung und rechtzeitige Intervention in Familie, Schule/Beruf und weiteres soziale Umfeld wird dabei wesentlich.

Diäthalten scheint ein notwendiger, aber nicht hinreichender Faktor für die Entwicklung einer Essstörung zu sein. (Holtkamp, Hagenah, Herpetz-Dahlmann, 2007). Im Vergleich zum beinahe ubiquitären Phänomen des Versuches einer Gewichtsabnahme (30-50% der 15-16-jährigen) ist die Prävalenz einer Essstörung (AN 0,5%, BN 1-3%) gering (Holtkamp et al. 2007).

5. a) Sind Sie der Meinung, dass das Angebot der Beratungsstellen flächendeckend und an den Bedürfnissen der jungen Frauen orientiert ist? Welche Unterstützung benötigen die Kommunen? Welche Unterstützung benötigen die einzelnen Beratungsstellen?

Das Problem ist nicht das ausreichende Angebot (das häufig vorhanden ist), sondern die rechtzeitige Inanspruchnahme. Es ist in der Regel an den Bedürfnissen der jungen Frauen orientiert, bei den Jungen/Männern gibt es da sicher noch Anpassungsmöglichkeiten. Die Kommunen, die die Angebote an Beratungsstellen veröffentlichen, benötigen Unterstützung im Aufbau und der Umsetzung von Netzwerken, die Hilfen (präventive, beratende und therapeutische) anbieten. Kommunen und Beratungsstellen sollen/müssen sich selbst so organisieren, dass Hilfen in einem Netzwerk möglich sind oder werden. Anleitungen dazu könnten von erfolgreich arbeitenden Netzwerken angeboten werden. Wo sind Zentren angebunden? Wie sind die Übergänge von Beratung zur Therapie? Wie viele springen nach der Beratung ab und warum?

b) Welche weiteren Hilfsangebote sind Ihnen bekannt? Gibt es Erfahrungen aus Modellprojekten im Zusammenhang mit Magersucht, die geeignet sind, in größerem Rahmen zum Einsatz zu kommen? Wie schätzen Sie die Wirksamkeit einer möglichen deutschlandweiten Telefon-Hotline ein?

Hilfsangebote gibt es in ausreichendem Maß von verschiedenen Organisationen, oft sehr professionell und über Medien/Internet gut erreichbar. Modellprojekte müssen in allen Bereichen kritisch hinterfragt werden (oft Selektion, umfangreiche Angebote im Modell nicht langfristig umsetzbar wegen Kosten, wissenschaftliche Begleitung: Dauer der Projekte etc.). Die Komplexität und Individualität des Krankheitsbildes spricht gegen ein einheitliches Vorgehen, wie in vielen Modellen üblich ist. (z.B. ANAD)

Eine bundesweite Hotline könnte im Wesentlichen nur auf die bereits bestehenden Angebote hinweisen und stünde in Konkurrenz zu diesen.

6. Wie schätzen Sie den Erfolg der Kampagne „Leben hat Gewicht. Gemeinsam gegen Schlankheitswahn“ der Bundesregierung ein? Was muss darüber hinaus getan werden, um eine breite Öffentlichkeit über die Auswirkungen von Essstörungen zu informieren?

Die Kampagne „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“ der Bundesregierung ist ein Einstieg, das Problem bei der Zielgruppe bekannt zu machen und auf Auslöser und Hilfen hinzuweisen. In Anbetracht der Häufigkeit ist dies sicher erst einmal ausreichend.

Darüber hinaus sollten vor allem präventive, niederschwellige, gemeindenahе, vernetzte Angebote auf- und ausgebaut werden, die das Thema Ernährung/Gewicht bereits früh thematisieren: in Schwangerschaft (z.B. gesunde Ernährung von Anfang an), ersten Lebensmonaten, -jahren, in Kindergarten und Schule (kommunales Netzwerk). Das Hauptproblem liegt aber nicht an den Möglichkeiten des Angebotes, sondern in der Akzeptanz durch die Risikogruppen. Fast alle chronischen Erkrankungen korrelieren mit Sozialstatus und Bildung: das macht einen anderen (politischen) Ansatz notwendig.

„Leben hat Gewicht“ ist sehr sinnvoll, sollte aber viel mehr (z.B. via Werbung) unter die Bevölkerung. Kein durchschlagender Erfolg, da nicht bekannt genug!!

7. Welche Maßnahmen sind für eine erfolgreiche Prävention von Essstörungen erforderlich? Reichen Information und Aufklärung alleine aus, um Essstörungen zu verhindern? Welche Bedeutung kommt dem von der World Health Organisation empfohlenen Lebenskompetenzansatz für eine erfolgreiche Prävention zu?

Siehe 6.

Information und Aufklärung (BzGA) reichen nicht aus, der Lebenskompetenzansatz der WHO ist vermutlich der richtige Ansatz, es gibt aber noch viel zu wenig (Langzeit-) Daten dazu. Der Lebenskompetenzansatz müsste ebenfalls viel mehr bekanntgemacht werden (in Schulen...)

8. a) Welche Rolle spielen die Medien und welchen Einfluss muss man ihnen ggf. im Kontext zu Essstörungen bzw. Magersucht zuschreiben? Wie steht das Abbilden von Magermodels und die Werbung für Diäten, „Wunderpräparate“ und Schönheits-Kliniken im Verhältnis zur Aufklärung über Informationen zur Essstörung, ihren Ursachen und Behandlungsangeboten? Welche positiven Projekte gibt es und wie können Medien mehr für dieses Thema sensibilisiert werden?

Medien, Werbung, Modebranche, Schönheitsoperationen spielen eine sicher zunehmende Rolle in der Entwicklung der Essstörungen, aber nicht alleine. Eine Sensibilisierung setzt auf Einsicht und den Willen zur Veränderung in einem immer größer werdenden „Markt“. Damit ist sicher wenig zu erreichen. Politische Vorgaben bis hin zu gesetzlichen Regelungen, wie in anderen Ländern (Spanien, USA u.a.) bereits umgesetzt, sind sicher Erfolg versprechender als Sensibilisierung. Einzelne, vielleicht durchaus positive Projekte, ändern am gesamten Problem wenig.

Die Modebranche ist ja in „Leben hat Gewicht“ hervorragend integriert – das Ganze müsste nur viel radikaler durchschlagen.

b) Wie funktionieren Pro-Ana Seiten, was macht deren Faszination für Betroffene aus? Wer steckt hinter diesen Foren und wie kann rechtlich dagegen vorgegangen werden?

Pro Ana Seiten sind professionell für die Zielgruppe gemacht und üben für Betroffene, die häufig unter Druck stehen, den Schonraum aus, den sie sich erhoffen. Das Ganze hat Sektencharakter und sollte rechtlich verboten (gesperrt) werden.

9. a) Die Academy of Eating Disorders (AED) hat 2006 Richtlinien für Modeagenturen und die Modeindustrie heraus gegeben. Finden diese Richtlinien in Deutschland Anwendung? Wenn ja, welche Erfolge haben sich dadurch eingestellt? Wenn nein, wäre dies aus Ihrer Perspektive eine sinnvolle Maßnahme?

Die Richtlinien der AED sind gut und richtig, ob sie etwas verändert haben, ist anzunehmen, wobei wissenschaftliche Studien hierüber bislang nicht publiziert worden sind. Trotzdem sollten diese Vorgaben bei uns umgesetzt werden: hsgesamt wäre dies eine Aufgabe, die z.B. in einem europäischen Kontext gelöst werden könnte.

b) Sind innerhalb der Modebranche nach Unterzeichnung der „Nationalen Charta der deutschen Textil- und Modebranche im Rahmen der Initiative Leben hat Gewicht“ Veränderungen feststellbar? Welche „internen Regelungen“ zur Umsetzung der Charta wurden und werden entwickelt? Wie kann die Modebranche im Bereich Essstörung präventiv agieren?

Bisher sind sicher keine Veränderungen wissenschaftlich nachgewiesen worden. Eine bessere mediale Bekanntheit wäre wünschenswert. Es ist zweifelhaft, ob eine global agierende Branche, die hart im Markt kämpft, flächendeckend bereit ist, die Vorgaben zu akzeptieren.

Die Modebranche ist doch kreativ – was wir schön und hässlich finden bestimmen Trends nicht unwesentlich – wie in der Kunst - wie wäre es mit gesunder, natürlicher Schönheit?

10. Sind Ihrer Meinung nach die bisherigen Forschungsergebnisse ausreichend, um das Phänomen der Magersucht wirkungsvoll zu bekämpfen? Welche Daten werden benötigt, damit ein spezifisches Angebot sowohl hinsichtlich der Prävention als auch der Behandlung von Essstörungen weiter ausgebaut werden könnte? Welche Unterstützung braucht Ihre Berufsgruppe, um zu agieren?

Die Forschung im Hinblick auf Essstörungen (Magersucht und Fettsucht!) muss dringend weiter ausgebaut und gefördert werden. Alle wissenschaftlichen Projekte sollten einen Langzeitaspekt beinhalten, damit Prävention und Therapie besser beurteilt werden können. Datenpools zu dieser Störung müssen regelmäßig und mit einem Langzeitaspekt erhoben werden.

Unterstützung der Berufsgruppe Kinder- und Jugendärzte: Keine Netzwerkprojekte ohne interprofessionelle Teams, dringender Ausbau der Vorsorgen für den Bereich Jugendliche (Pubertät), gezielter Aufbau und Förderung von Jugendlichensprechstunden.

Zum Thema Essstörungen besteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hoher Forschungsbedarf, da ein großer Teil der Ergebnisse von Erwachsenen übertragen wurde. Notwendig ist die Finanzierung und Bereitstellung vor allem personeller Ressourcen zur effektiven Behandlung dieser schweren Erkrankungen. Nur ein funktionierendes Therapienetz, in das alle notwendigen Behandlungsformen integriert sind, könnte die Prognose weiter verbessern.

Murnau 8. Mai 2009

Dr. Hermann Mayer
Klinik Hochried
Zentrum für Kinder, Jugendliche und Familien
Hochried 1-12
82418 Murnau
www.klinikhochried.de
mayer@klinikhochried.de