



ADRESSATENGERECHTE ANGEBOTE FÜR ESSSTÖRUNGEN

zur Aufklärung und Information über Prävention,
Beratungs- und Nachsorgeangebote



Bundesministerium
für Gesundheit

ERGEBNISBROSCHÜRE

Erhebung Adressatengerechter Angebote zur Aufklärung und Information für von Essstörungen und gestörtem Essverhalten betroffene Menschen (Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene) und deren Angehörige und Freunde

Angebote zu Prävention,
Beratung und Nachsorge bei Essstörungen

Impressum

Autoren: Julia Mühleck, M.Sc., MBPsS | PD Dr. Uwe Berger

Stand: August 2018, 2. Auflage

Gestaltung: Julia Mühleck

Bilder: Pixabay

Grafiken: Shutterstock | ART-KON-TOR Kommunikation GmbH

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

DAS PROJEKT



6

Hintergrund

Wissensstand und Hintergründe zum Forschungsprojekt

8

Ziele und Methodik

Ziele sowie nähere Informationen zur Methodik des Projekts

32

Schlussfolgerung

34

Literatur

ESSSTÖRUNGEN



10

Krankheitswahrnehmung

Durch wen wurde Betroffenen und Angehörigen die Essstörung bewusst und durch wen wurde etwas dagegen unternommen?

12

Krankheitstheorie

Was sind laut Betroffenen und Angehörigen potentielle Auslöser von Essstörungen?

INFORMATIONEN



14

Informationsmaterialien

Welche Informationsmaterialien haben Betroffene und Angehörige genutzt, welche bevorzugen sie?

16

Darstellung in den Medien

Was halten Betroffene und Angehörige von der Darstellung von Essstörungen in den Medien?

PRÄVENTION



18

Präventionsangebote

Welche Präventionsangebote haben Betroffene und Angehörige genutzt, welche bevorzugen sie?

20

Präventionssetting

Welches Setting bevorzugen Befragte für Prävention?

BERATUNG



22

Beratungsstellen

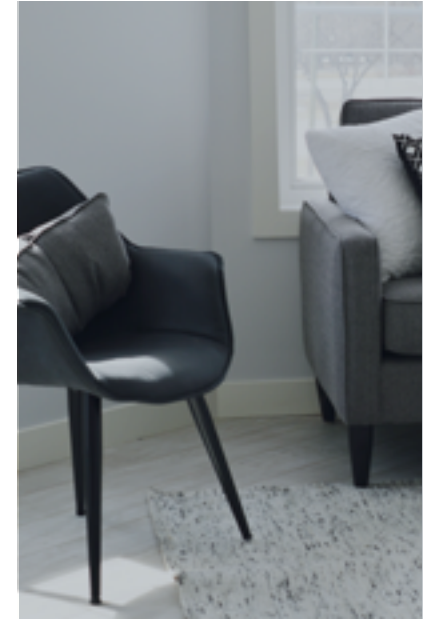
Welche Art von Beratungsstellen kennen Betroffene und Angehörige und wie kamen sie an solche Angebote?

24

Beratungsangebote

Welche Angebote von Beratungsstellen haben Betroffene und Angehörige genutzt und wie bewerten sie diese?

NACHSORGE



26

Nachsorgeangebote

Welche Nachsorgeangebote nutzten Betroffene? Wie schätzen sie diese ein?

28

Nachsorgeinhalte

Wie bewerten Betroffene und Angehörige die Inhalte von Nachsorgeangeboten?

HINTERGRUND UND WISSENSSTAND

Systematische Forschung, Ratgeberliteratur und Medienberichte zu Essstörungen gibt es bereits seit vielen Jahrzehnten. Auch im Internet gibt es allein für deutschsprachige Informationen zu Essstörungen über eine halbe Million Quellenhinweise. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat für Essstörungen auf ihrer Homepage eine eigene Unterseite (www.bzga-essstoerungen.de). Es gibt dort Informationen und Literatur speziell für Betroffene, Behandlerinnen und Behandler, Angehörige, Lehrkräfte und Multiplikatoren (BZgA 2000 oder BZgA 2012). Überwiegend wurden solche Informationen und Darstellungen jedoch von nicht selbst Betroffenen erstellt (vgl. auch Treasure, & Alexander 2014). Im Vergleich zur Fachliteratur mit

wissenschaftlicher Ausrichtung gibt es wenige Berichte über den Umgang mit Essstörungen und die Entstehung der Erkrankung von (ehemaligen) Patientinnen und Patienten. Diese sind meist autobiografisch gehalten, d. h. sie geben einen Einblick in die subjektive und ganz persönliche Sicht der betroffenen Personen zu ihrer Krankheit (z. B. „Mein heimlicher Hunger“ von Zábó 2008). Teilweise handelt es sich auch um prosaische Aufarbeitungen der Biografie Betroffener (z. B. im Roman „Schlagmann“ von Simeoni 2012, mit der Aufarbeitung der Lebensgeschichte des Ruder-Olympiasiegers Bahne Rabe). Vor allem in der Ratgeber-Literatur werden Betroffene und Angehörige einbezogen, um Ratschläge und Darstellungen journalistisch zu untermauern und

nicht nur abstrakt zu formulieren. Hierbei werden gezielt einzelne Betroffene einbezogen (z. B. im Ratgeber für Eltern von Gerlinghoff & Backmund 2011). Von den beiden letztgenannten Autorinnen und Autoren gibt es auch bereits ein Fachbuch aus dem Jahr 1993, in dem Betroffene zu Wort kommen. Dabei wurde der Versuch unternommen, Betroffene nicht nur nach ihrer aktuellen Situation zu fragen oder ihre autobiografische Sicht auf ihre Erkrankung zu schildern, sondern auch zu überlegen, was ihnen aus heutiger Sicht zu Beginn der Krankheit oder des Auftretens erster Krankheitszeichen hätte helfen können, das Auftreten der Essstörung zu verhindern oder die Folgen abzumildern. Aus den Antworten ergeben sich wertvolle Hinweise für die Konzeption von Präventionsprogrammen (als Beispiel für eine konkrete Umsetzung dieser Hinweise siehe Berger 2008).

Die Absicht, die Perspektive Betroffener und Angehöriger bei Informationen über Essstörungen zu

berücksichtigen, zeigt sich auch bei der Erarbeitung der Leitlinien zur Essstörungsbehandlung der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF 2012; Zeeck & Herpertz 2016). Die Leitlinien wurden 2016 in einer speziell für Patientinnen und Patienten überarbeiteten Version publiziert. Hierbei wurde die Fachsprache der Originalversion in allgemeinverständliche Sprache

übersetzt und auf den Bericht von Zahlenangaben im Text weitestgehend verzichtet. Neben diesem Bemühen, speziell für die Adressatengruppe der Betroffenen zu kommunizieren, gibt es unseres Wissens nach bislang keine systematische Inklusion Betroffener und Angehöriger bereits bei der Erstellung von Aufklärungsmaterialien und Information zu Essstörungen. Ebenso fehlt eine

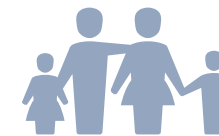
systematische Aufbereitung und Darstellung bereits vorhandener Materialien und Informationen.

Die folgende Ergebnisbroschüre soll Ihnen kurz die wichtigsten Ergebnisse dieser Forschungsstudie nahebringen und auf die damit verbundenen Implikationen Bezug nehmen.

ERKLÄRUNG DER SYMBOLE



Dieses Symbol steht für Betroffene von Essstörungen, die an dieser Studie teilgenommen haben



Dieses Symbol steht für Angehörige und nahestehende Personen von Betroffenen mit Essstörungen, die an dieser Studie teilgenommen haben

ZIELE DES PROJEKTS UND METHODIK

Hauptziel dieses Projekts war die Erfassung und publizistische Aufbereitung der Bedarfe und Wünsche von Betroffenen und nahestehenden Personen zu Hintergrundinformationen, Handlungshinweisen, Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) sowohl im Hinblick auf den aktuellen als auch rückblickenden Umgang mit der Erkrankung. Hierbei beschränkten wir uns auf die drei Hauptformen klinisch relevanter Essstörungen Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störungen inkl. Mischtypen sowie darauf bezogenes riskantes Essverhalten. Es wurden teilstandardisierte Interviews mit Betroffenen und nahestehenden Personen, die sich aktuell in Behandlung oder Nachsorge befinden durchgeführt, um relevante

Fragen zu extrahieren und eine Online-Befragung mit vorgegebenen und freien Antwortformaten zu generieren.

Interviews

Die Interviews wurden mit Hilfe der Unterarbeitsgruppe durchgeführt. Insgesamt wurden 16 Betroffene und fünf Angehörige mit Hilfe eines teilstandardisierten Interviewleitfadens interviewt. Dieser umfasste insgesamt 24 offene Fragen mit Unterfragen zu den Themen Krankheitswahrnehmung und -theorie, Informationsmaterialien, Prävention, Beratungsstellen und Nachsorgeangebote. Für Betroffene und Angehörige gab es zwei verschiedene Fragebögen mit zielgruppenspezifischen Formulierungen. Die teilstandardisierten Interviews dauerten in der Regel

15 bis 20 Minuten und wurden von zwei verschiedenen Interviewern in Frankfurt und München durchgeführt. Aus übereinstimmenden Antworten der Befragten wurde das Fundament für den Online-Fragebogen gelegt. Die Interviews mit den Lehrkräften wurden aus einem früheren Forschungsprojekt bezogen, das bereits ein ähnliches Fragegebiet abdeckte. Dafür wurden ebenfalls wiederkehrende Antworten für die Struktur des Online-Fragebogens verwendet. Aufgrund des Verwendungszwecks und der zeitlichen Einschränkung konnten die Ergebnisse der Interviews nicht intensiver ausgewertet werden.

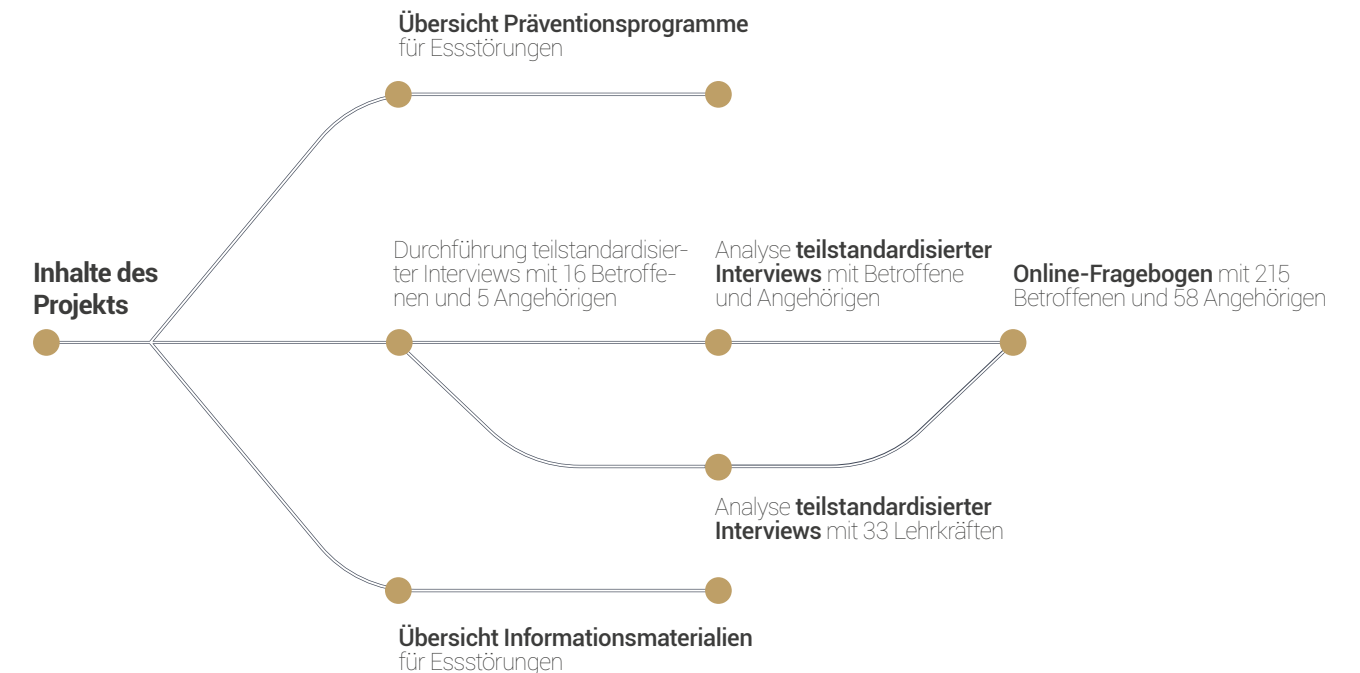
Online-Fragebogen

Der Online-Fragebogen bestand aus insgesamt 26 Fragen zu den Themen Krankheitswahrnehmung und -theorie, Informationsmaterialien, Prävention, Beratungsstellen und Nachsorgeangebote. Er wurde durch das Netzwerk aus Beratungsstellen, Psychotherapiepraxen, Kliniken und assoziierten Arbeitsfel-

dern des Bundesfachverbandes für Essstörungen (BFE) und der „Expertengruppe Essstörungen“ des BMG verbreitet. Die durchschnittliche Beantwortungsdauer der Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrug 15 Minuten. Für Betroffene und Angehörige wurde aus ökonomischen Gründen der gleiche Fragebogen verwendet und die Formulierungen der einzelnen Fragen entsprechend

angepasst. Zu Anfang des Fragebogens mussten Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre entsprechende Zugehörigkeit angeben. Insgesamt wurde zwischen vier Essstörungsarten unterschieden: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), nicht näher bezeichnete Essstörungen (NNB) und Binge-Eating-Störung (BES).

Insgesamt wurden 273 Probandinnen und Probanden rekrutiert. Davon waren 215 selbst betroffen von Essstörungen und 58 Angehörige von Betroffenen mit Essstörungen. 82,9% der Angehörigen und 87% der Betroffenen waren weiblich. Das Durchschnittsalter der Betroffenen betrug 26 Jahre. Angehörige waren im Durchschnitt 45 Jahre alt.



KRANKHEITS- WAHRNEHMUNG

50%
der Betroffenen
62%
der Angehörigen



wurde die Essstörung durch eigene Erkenntnis bewusst

13%
der Betroffenen
22%
der Angehörigen



wurde die Essstörung durch Angehörige bewusst

10%
der Betroffenen
0%
der Angehörigen



wurde die Essstörung durch stationäres Fachpersonal bewusst

Wie und wodurch wurde Betroffenen und Angehörigen die Essstörung bewusst? Wodurch wurde ihnen bewusst, dass sie etwas dagegen unternehmen mussten/sollten? Wie lang dauerte es, bis die offizielle Diagnose gestellt wurde?

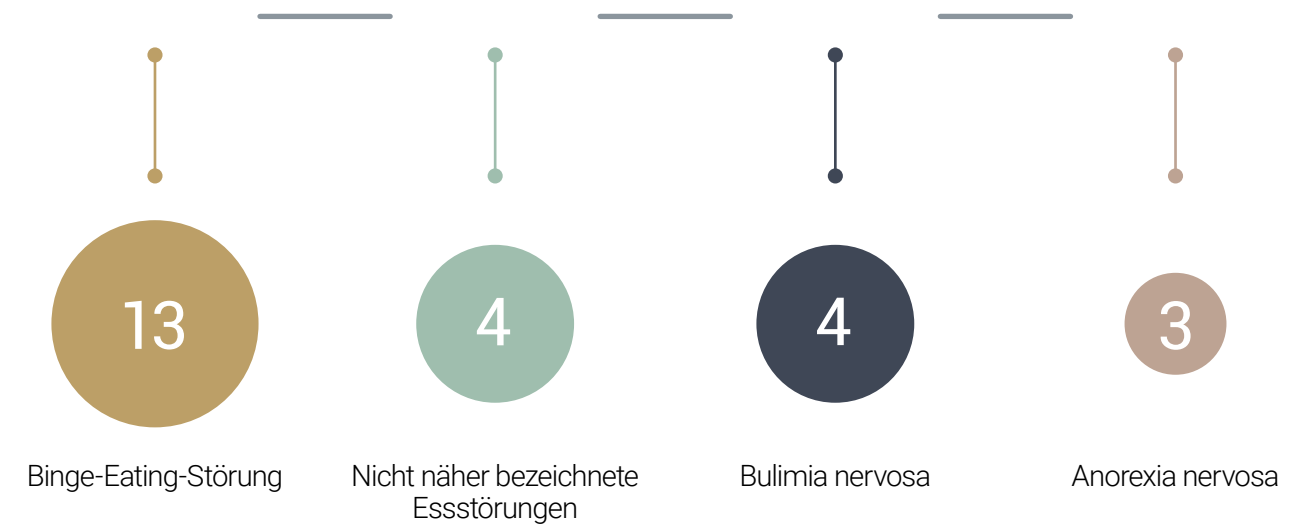
Für Betroffene mit Binge-Eating-Störung (BES) vergingen im Durchschnitt 13 Jahre, und damit signifikant mehr Zeit zwischen dem Erkennen der ersten Symptome der Essstörung und der offiziellen Diagnose, als bei Anorexie (AN) oder Bulimie (BN). Ein möglicher Grund dafür könnte die späte Einführung der offiziellen Diagnosekriterien dieser Erkrankung sein. Erst seit 1994 wurden

Forschungskriterien der BES im Diagnosemanual DSM-IV, das aber meist nur von Psychotherapeutinnen und -therapeuten genutzt wird, beschrieben. Diagnostiziert wurde BES allerdings noch unter NNB. Erst mit Erscheinen des neuen DSM-5 gilt BES offiziell als Erkrankung (deutsche Version eingeführt 2015). Im ICD-10, das auch von Ärztinnen und Ärzten genutzt wird, taucht BES bis dato noch nicht auf. Eine Einführung der Erkrankung für das ICD-11 wird erwogen (Lu, Mannan & Hay, 2017).

Am häufigsten wurde die Essstörung bei beiden Gruppen durch die eigene Erkenntnis bewusst.

Auch das Bewusstsein etwas gegen die Essstörung zu unternehmen, trat am häufigsten durch die eigene Erkenntnis ein. Für Betroffene waren Angehörige, nahestehende Personen und stationäres Fachpersonal, neben der eigenen Erkenntnis, am einflussreichsten. Hausärzte/-ärztinnen und Lehrkräfte wurden am seltensten genannt. Obwohl Angehörige mit 13 % als zweithäufigster Grund für das Erkennen der eigenen Essstörung genannt wurden, waren sie mit nur 5 % der Nennungen der zweitletzte Grund für Betroffene etwas gegen die Essstörung zu unternehmen. Nahestehende Personen spielten hier mit 19 % eine größere Rolle.

Durchschnittliche Jahre zwischen Erkennen der ersten Symptome und offizieller Diagnose der Essstörung



KRANKHEITS- THEORIE

Was waren für Betroffene und Angehörige potentielle Auslöser von Essstörungen?

Die potentiellen Auslöser von Essstörungen, die mit jeweils über 90 % die meiste Zustimmung von beiden Gruppen erlangten, waren „sich im eigenen Körper unwohl fühlen“, Perfektionismus, geringer Selbstwert und persönliche Leistungsansprüche.

Gruppenunterschiede

Die Ergebnisse zeigten jedoch auch eine Diskrepanz zwischen Betroffenen und Angehörigen. Betroffene waren bspw. häufiger als Angehörige der Überzeugung, dass Probleme in der Kindheit, familiäre Probleme, Ernährungsgewohnheiten innerhalb der Familie, eine bereits bestehende Essstörung innerhalb der Familie, familiärer Erwartungsdruck und Trauma potentielle Auslöser von Essstörungen sein können. Angehörige wiederum waren häufiger der Ansicht, Pubertät (marginal) und „nicht erwachsen werden wollen“ seien mögliche Auslöser.

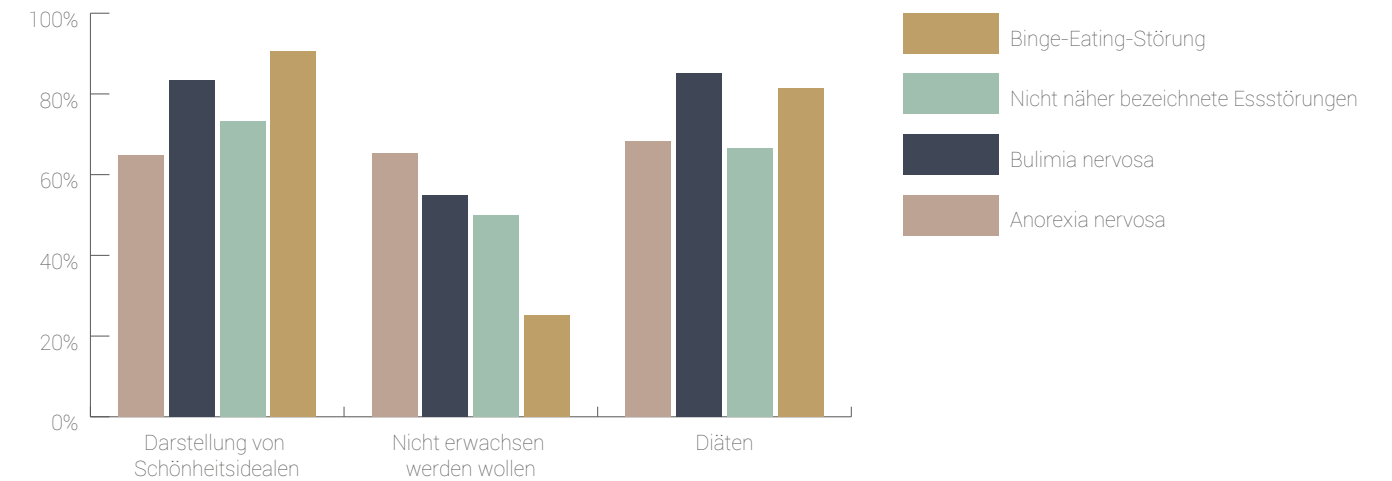
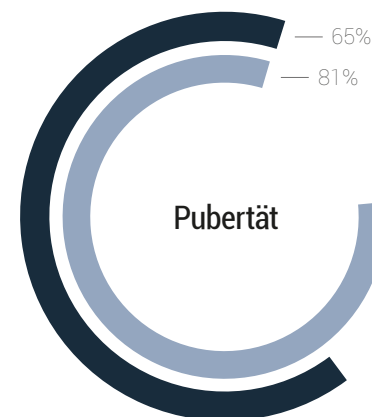
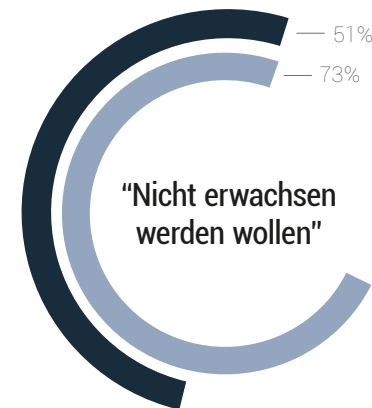
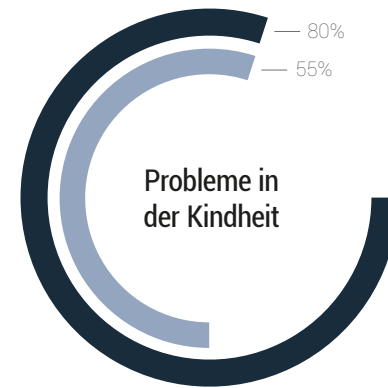


Abbildung 1. Prozentuale Zustimmung Auslöser von Essstörungen

Diese Diskrepanzen weisen auf einen Unterschied zwischen Betroffenen und Angehörigen in ihrer Wahrnehmung der Krankheit hin. So sehen Angehörige die Kindheit und das familiäre Umfeld der Betroffenen weniger als Faktor bei der Entstehung einer Essstörung, sondern eher den Übergang von der Kindheit in das Erwachsenenalter.

Unterschiede verschiedener Essstörungsarten

Auch innerhalb der verschiedenen Arten von Essstörungen unterschied sich die Wahrnehmung möglicher Auslöser von Essstörungen (siehe Abbildung 1). Ei-

nen signifikanten Unterschied gab es bei der Antwortmöglichkeit „nicht erwachsen werden wollen“. Betroffene mit BES sahen dies seltener als einen Auslöser von Essstörungen als Betroffene mit anderen Arten einer Essstörung.

Einen weiteren signifikanten Unterschied gab es bei „sozialen Medien“. Dabei sahen Betroffene mit AN dies häufiger als einen Auslöser als Betroffene mit einer BES.

Weiterhin gab es Unterschiede für die „Darstellung von Schönheitsidealen in den Medien“. Diese bestanden zwischen AN und BES sowie zwischen BN und AN.

Geringste Zustimmung

Antwortmöglichkeiten mit der geringsten Zustimmung waren die genetische Veranlagung mit rund 40 % bei Betroffenen und Angehörigen, der Einfluss von Hormonen und Neurotransmittern sowie Leistungssport mit rund 50 % bei beiden Gruppen. Zwischen den unterschiedlichen Essstörungsarten gab es hier keine Unterschiede.

INFORMATIONSMATERIALIEN

Welche Informationsmaterialien hatten Betroffene und Angehörige und wie hilfreich fanden sie diese?

Die von Betroffenen und Angehörigen am häufigsten genutzte Informationsquelle waren professionelle Internetseiten z. B. von Kliniken, Beratungsstellen oder der BZgA. Diese Internetseiten bekamen auch die zweithöchste Bewertung von Betroffenen und die dritthöchste Bewertung von Angehörigen. Am hilfreichsten fanden fast alle Betroffenen Informationen von Fachpersonal, wie z.B. Ärzten/Ärztinnen oder Psychologinnen und Psychologen. Angehörige schätzten Fach- und

sonstige Bücher als am hilfreichsten ein.

Was kann verstärkt genutzt werden? Wo gibt es Lücken?

Ein Kanal, der noch verstärkt genutzt werden könnte sind Apps. Diese wurden zwar nur von wenigen Betroffenen und Angehörigen genutzt, dennoch schätzen über die Hälfte dieses Medium als hilfreich ein. Möglicherweise sind Apps für Essstörungen noch nicht bekannt oder attraktiv genug für potentielle Nutzerinnen und Nutzer. Des Weiteren wurden Poster und Plakate am wenigsten von Betroffenen genutzt und auch am geringsten bewertet. Auch Angehörige nutzten dieses An-

gebot kaum, allerdings schätzte die Hälfte dieses als hilfreich ein. Soziale Medien wurden von der Hälfte der Betroffenen genutzt,

Vorträge von Fachpersonal und Betroffenen wurden von der Mehrheit der Befragten als hilfreich eingestuft, aber nur von weniger als einem Drittel genutzt.

dennoch kamen nur wenige (16 %) durch soziale Medien an andere Informationsquellen. Die größte Diskrepanz konnte für Vorträge von Betroffenen sowie von Fachpersonal (z. B. in der Klinik oder

60%
der Betroffenen
50%
der Angehörigen



haben Informationen selbst recherchiert

27%
der Betroffenen
14%
der Angehörigen



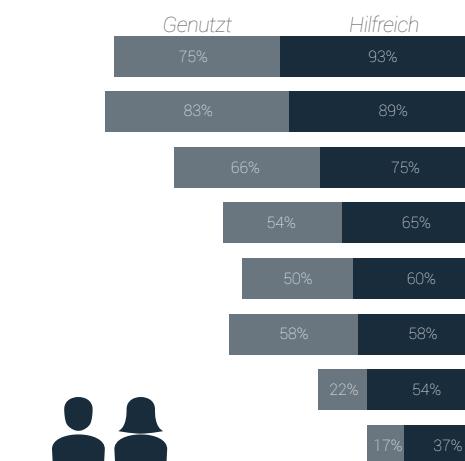
bekamen Informationen von Psychotherapeut/in

26%
der Betroffenen
21%
der Angehörigen

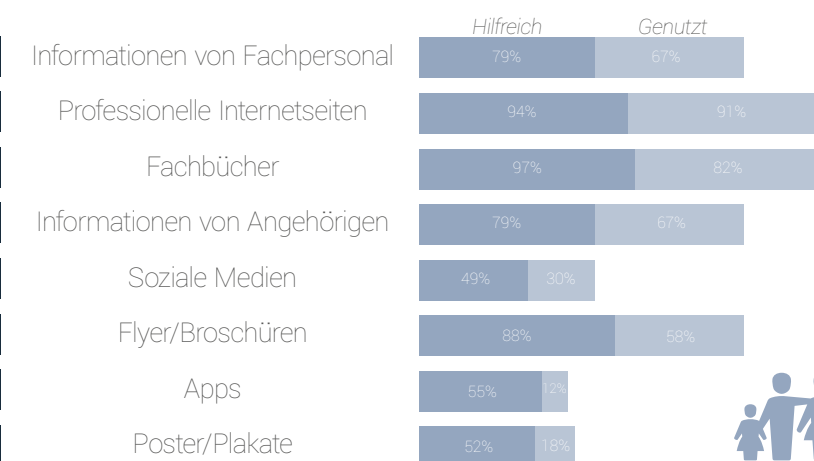


erhielten Informationen durch eine Beratungsstelle

Schule) gefunden werden. Nur wenige der Befragten nutzten diese Angebote, dennoch wurden sie von über 80 % beider Gruppen als hilfreich eingeschätzt. Dies weist möglicherweise auf einen Mangel an Vorträgen in solchen



Einrichtungen hin. Flyer wurden von Angehörigen als hilfreicher eingeschätzt als von Betroffenen, aber gleich oft genutzt (von etwas über der Hälfte). Möglicherweise ist es für beide Gruppen schwierig an solche Angebote zu kommen.



Wie kamen sie an diese Informationen?

Dies wird auch bestärkt durch die Frage, wie beide Gruppen an die Angebote kamen. Am häufigsten haben beide Gruppen selbst recherchiert. Für Betroffene

Abbildung 2. Bewertung und Nutzung von Informationsmaterialien von Betroffenen und Angehörigen

waren ambulante Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Beratungsstellen sowie Fachpersonal in der Klinik die Quellen, durch die sie am ehesten, neben der eigenen Recherche, an Infomaterialien gelangten. Diese scheinen für Betroffene bereits gut etablierte Multiplikatoren zu sein. Nur sehr wenige Betroffene (12 %) kamen durch Hausärzte/-ärztinnen an Informationsangebote. Ähnlich verhielt es sich bei pädagogischem Fachpersonal (z. B. Lehrkräfte). Nur ein sehr geringer Teil der Betroffenen bekam dort Informationsmaterialien. Da die Schule ein integraler Bestandteil des Lebens ist, sollte dort auch mehr Informationsmaterial für Schülerinnen und Schüler zur Verfügung stehen. Am geeignetsten erscheinen hier, aufgrund bereits genannter Ergebnisse, Informationen direkt von Lehrkräften (z. B. durch Beratungsstellen vermitteltes Wissen an die Lehrkräfte), Vorträge von Betroffenen oder Fachpersonal, Bücher sowie Flyer oder Broschüren.

ESSSTÖRUNGEN IN DEN MEDIEN

Bei der Darstellung von Essstörungen in den Medien waren sowohl Betroffene als auch Angehörige der Meinung, dass Essstörungen nicht nur in Zusammenhang mit Models thematisiert werden sollten. Weitere Kritikpunkte waren die mangelhafte

Fast alle Betroffenen und alle Angehörigen fanden die Aufklärung über Essstörungen in den Medien als nicht ausreichend.

Thematisierung von älteren Menschen mit Essstörungen sowie das Darstellen von Diäten als wünschenswert. Auch die Aufklärung über Essstörungen in den Medien wurde von der Mehrheit der Betroffenen und allen Angehörigen als nicht ausreichend eingestuft.

Daraus könnte abgeleitet werden, dass zukünftige mediale Darstellungen von Essstörungen (z. B. im Fernsehen) mehr auf andere Symptome, wie geringen Selbstwert oder Perfektionismus, eingehen und auch Betroffene von BN, BES sowie nicht näher bezeichneten Essstörungen vermehrt thematisiert werden sollten. Auch ältere Menschen und Männer sollten eingebunden und Essstörungen nicht nur in Verbindung mit Models bzw. als „Modelkrankheit“ dargestellt werden.

Gruppenunterschiede

Der Großteil der Betroffenen empfand den Fokus der Darstellungen von Essstörungen in den Medien als zu sehr auf dem Körperbild liegend. Angehörige waren signifikant seltener dieser Meinung. Des Weiteren waren Betroffene häufiger der Meinung,



der Fokus läge zu sehr auf Anorexie/Magersucht als Angehörige. Ähnlich verhielt es sich mit der Darstellung von extrem untergewichtigen Personen in Zusammenhang mit Essstörungen. Be-

troffene waren hier häufiger als Angehörige der Meinung, dass nur extrem untergewichtige Personen in Verbindung mit Essstörungen dargestellt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass auch in

der Darstellung von Essstörungen in den Medien, Betroffene und Angehörige sich besonders in ihrer Sichtweise von Körperbild und Gewicht unterscheiden.

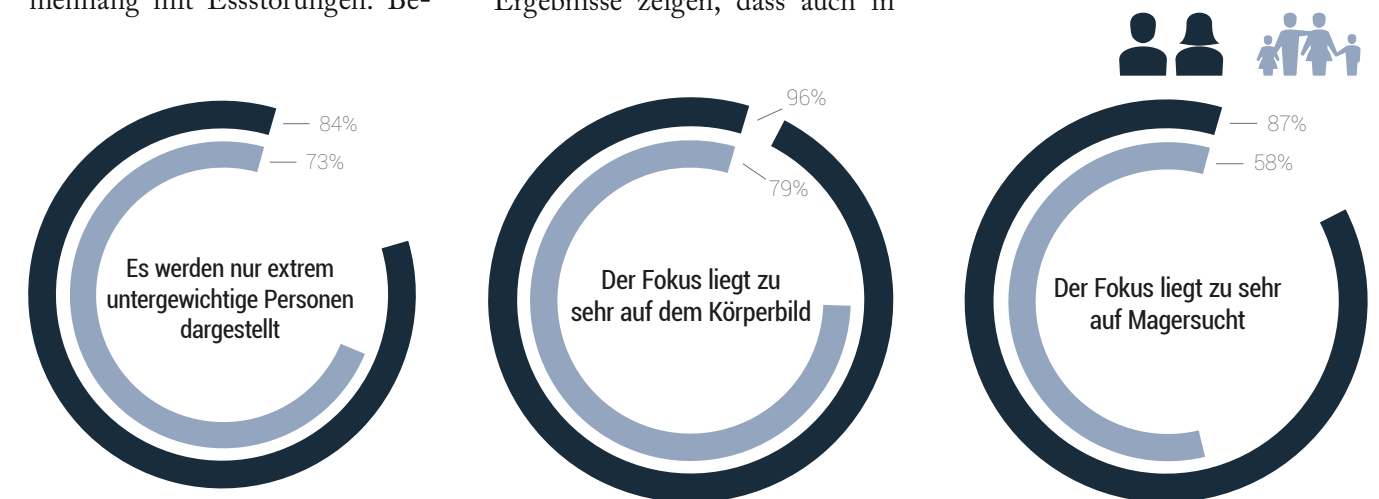


Abbildung 3. Gruppenunterschiede Betroffene und Angehörige in der Darstellung von Essstörungen in den Medien

PRÄVENTIONS- ANGEBOTE

45%
der Betroffenen
40%
der Angehörigen



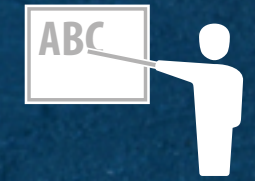
finden Online-Präventions-
angebote hilfreich

28%
der Betroffenen
38%
der Angehörigen



finden Präventionsangebote in Be-
ratungsstellen hilfreich

26%
der Betroffenen
43%
der Angehörigen



finden Präventionsangebote
an Schulen hilfreich

Welche Angebote zur Prävention kennen Betroffene und Angehörige? Welche davon haben sie selbst genutzt und schätzen sie als hilfreich ein?

Über die Hälfte der Betroffenen und Angehörigen fand eine allgemeine Aufklärung über Essstörungen sinnvoll. Eine ähnliche Anzahl von Betroffenen fand die Vorbeugung von Essstörungen bei Personen mit einem erhöhten Risiko (Sekundärprävention) sinnvoll. Angehörige waren signifikant weniger überzeugt davon. Präventionsangebote für gesunde Personen (Primärprävention) fanden weniger als die Hälfte beider Gruppen für sinnvoll. Weniger

als ein Viertel der Betroffenen hat jemals ein Präventionsangebot in Anspruch genommen. Generell wurden Präventionsangebote ca. doppelt so häufig als hilfreich eingestuft, als sie tatsächlich genutzt wurden.

Die allgemeine Aufklärung über Essstörung fanden über 60 % der befragten Betroffenen und Angehörigen sinnvoll.

Auf die Frage, welche Hilfestellung sie gern (gehabt) hätten im Umgang mit der Essstörung, erwähnten Betroffene und An-

gehörige in den Interviews unter anderem eine frühere Aufklärung in der Schule, Beratung für Minderjährige, Kontakt zu und Erfahrungen von Betroffenen, mehr Informationen für Männer, allgemein mehr Informationen über Essstörungen und deren Symptomatik sowie mehr aktive Hilfe von Lehrkräften. Diese Punkte wurden auch vom Großteil der Betroffenen, die an der Online-Befragung teilnahmen, als wichtig eingestuft. Am höchsten wurden die Steigerung des Selbstwertgefühls, die Aufklärung über Symptome von Essstörungen sowie der Umgang mit Emotionen in der Prävention von Essstörungen bewertet. Am geringsten, aber im-

mer noch mit knapp 80 %, wurde eine Ernährungsberatung als eine wichtige Möglichkeit der Prävention bewertet. Allgemein fiel auf, dass alle genannten Inhalte von

Präventionsprogrammen zu Essstörungen von bei beiden Gruppen hoch bewertet wurden, und ein Großteil der Antworten von Betroffenen und Angehörigen aus

den Interviews auch von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Online-Befragung bestätigt wurden.

Tabelle 1. Zustimmung in % zur Wichtigkeit von Inhalten für Präventionsprogrammen (Auszug)

Wichtigkeit der Inhalte von Präventionsprogrammen	Betroffene (N = 177)	Angehörige (N = 40)
Strategien für den Umgang mit Leistungsdruck und Stress	99 %	100 %
Aufmerksam machen auf die Gefahr von Essstörungen	98 %	98 %
Information und Aufklärung für Hausärzte/Hausärztinnen	97 %	100 %
Strategien zum Umgang mit familiären Problemen	93 %	93 %
Information und Aufklärung für Lehrkräfte	92 %	100 %
Psychoedukation (z.B. Entspannungsverfahren)	91 %	90 %
Thematisierung und Umgang mit Veränderungen in der Pubertät	89 %	100 %
Mit Erfahrungen von Betroffenen auseinandersetzen	85 %	93 %
Thematisierung von Körperwahrnehmung	80 %	100 %
Ernährungsberatung	77 %	80 %

PRÄVENTIONS- SETTINGS

Als einen geeigneten Rahmen für Prävention empfanden

96%
der Betroffenen

100%
der Angehörigen



Arztpraxen

94%
der Betroffenen

98%
der Angehörigen



Schulen

94%
der Betroffenen

93%
der Angehörigen



Mädchen- und
Jugendeinrichtungen

Was halten Betroffene und Angehörige für ein ideales Präventionssetting? Welches Alter schätzen sie als ideal ein?

Die von Betroffenen und Angehörigen am höchsten bewerteten Settings für Prävention von Essstörung sowie Aufklärung und Information über Essstörungen waren Arztpraxen, Schulen, Mädchen- und Jugendeinrichtungen sowie Webseiten mit Fachinformationen, gefolgt von sozialen Medien mit ca. 85 %. Auch klassische Medien und Flyer sowie Broschüren wurden von etwas mehr als drei Viertel der Betroffenen als sinnvolles Material für Prävention bewertet. Des Weiteren bestätigen

die Ergebnisse, dass Prävention in Schulen und Beratungsstellen auch vom Großteil der befragten Betroffenen und Angehörigen als ein ideales Setting empfunden und als sinnvoll eingeschätzt wird. Als ideales Alter für Prävention

Das ideale Alter für Prävention von Essstörungen ist laut drei Viertel der Betroffenen und Angehörigen 10 bis 13 Jahre.

fanden drei Viertel der befragten Angehörigen und Betroffenen eine Altersspanne von 10-13 Jahren. Elf Prozent der Betroffene

und Angehörigen fanden ein Alter unter 10 Jahren geeigneter. Ein Alter über 13 Jahre fanden 14 % der Befragten ideal.

Schulen in der Präventionsarbeit

Die Ergebnisse bestätigen die Wichtigkeit von Schulen in der Präventionsarbeit. Eine erhöhte Implementation von Präventionsprogrammen an Schulen als potentielles Ziel könnte daraus entnommen werden. Allerdings wird diese durch verschiedene Faktoren erschwert, wie jüngere Forschungsarbeiten zeigen (Adametz et al. 2017). Insbesondere die Unterstützung durch die Schulleitung und durch politische Entscheidungsträger (Kultus-

ministerien) könnte hier zu einer verbesserten Implementation von Präventionsprogrammen und -angeboten an Schulen beitragen.

85 % der Betroffenen schätzten soziale Medien (Facebook, Twitter, etc.) als einen geeigneten Rahmen für die Prävention von Essstörungen ein.

Prävention und Arztpraxen

Auch zum Thema Prävention scheinen Arztpraxen, wie z.B. eine Allgemeinarzt- oder Kinder- und Jugendarztpraxis, eine Lücke

zu sein, die für potentielle Präventionsprogramme oder Informationsangebote genutzt werden kann. Besonders, da der Hausarzt bzw. die Hausärztin für den Großteil der Betroffenen von Essstörungen die erste Kontaktperson ist (Muehleck et. al. 2017), sollten nicht nur mehr Informationsmaterialien in Allgemeinarztpraxen ausliegen, sondern könnten diese als potentielle Multiplikatoren für die Präventionsarbeit bei Essstörungen berücksichtigt werden.

Die Präventionssettings mit den geringsten Stimmen waren Vereine (z. B. Turnverein) oder öffentliche Kampagnen. Etwas über die Hälfte der Betroffenen fand diese

Rahmen für Prävention von Essstörungen geeignet. Bei Angehörigen gab es mit rund drei Viertel der Stimmen eine höhere Zustimmung. Weiterhin fiel auf, dass sonstige Webseiten (z. B. Foren) von 93 % der Angehörigen als geeignetes Setting gewählt wurden, allerdings weniger als drei Viertel der Betroffenen hier zustimmten.

BERATUNGS- STELLEN

An eine Beratungsstelle kamen

36%
der Betroffenen

12%
der Betroffenen

10%
der Betroffenen

38%
der Angehörigen

7%
der Angehörigen

7%
der Angehörigen



durch eigene Recherche



durch stationäres
Fachpersonal



durch eine/n
Psychotherapeut/in

Welche Art von Beratungsstellen sind Betroffenen und Angehörigen bekannt? Wie kamen sie an diese?

Am bekanntesten bei Betroffenen und Angehörigen waren Beratungsstellen gezielt für Essstörungen. Knapp drei Viertel beider Gruppen kannten diese. Allerdings besuchten weniger als die Hälfte der Angehörigen eine Beratungsstelle für Essstörungen. Bei Betroffenen waren es knapp über die Hälfte.

Sonstige Beratungsstellen und Beratungsstellen für Suchterkrankungen waren bei beiden Gruppen in etwa gleich bekannt, allerdings wurden letztere am seltensten be-

sucht. Weniger als ein Viertel beider Gruppen war schon einmal bei einer Beratungsstelle für Suchterkrankungen. Mehr als ein Viertel in beiden Gruppen besuchte sonstige Beratungsstellen.

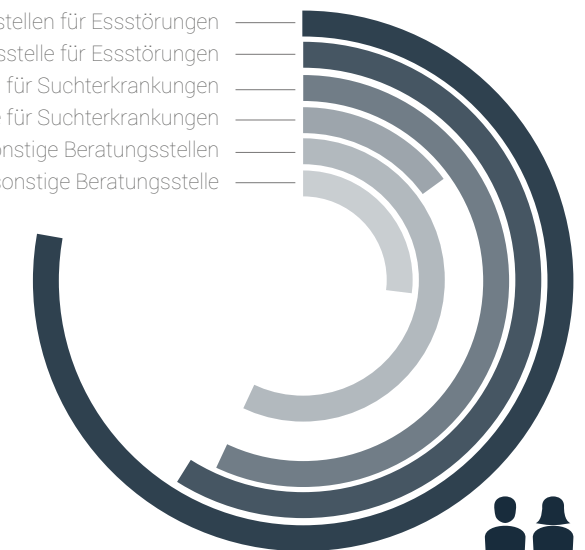
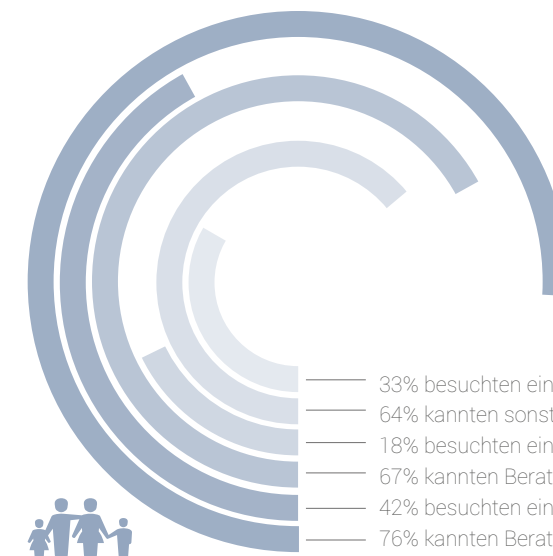
Die eigene Recherche war der am häufigsten gewählte Weg von Betroffenen und Angehörigen, an eine Beratungsstelle zu gelangen. An zweiter und dritter Stelle bei den Betroffenen waren ambulantes sowie stationäres Fachpersonal. Bei Angehörigen waren nahestehende Personen mit 9 % auf dem zweiten Platz.

Am seltensten (jeweils von 3 % gewählt) kamen Betroffene durch soziale Medien, Kampagnen in

der Öffentlichkeit (z. B. Plakate in der U-Bahn/auf der Straße oder in öffentlichen Einrichtungen) oder durch das Jugendamt an Beratungsstellen. Angehörige kamen am seltensten (jeweils von 2 % gewählt) durch psychosoziales Fachpersonal (z.B. Sozialarbeiter/in), Foren im Internet, Werbung (Flyer/Broschüren) und das Jugendamt an Beratungsstellen.

Insgesamt zeigt sich, dass neben der eigenen Recherche nur wenige Multiplikatoren für Beratungsstellen genutzt wurden.

78% kannten Beratungsstellen für Essstörungen
59% besuchten eine Beratungsstelle für Essstörungen
57% kannten Beratungsstellen für Suchterkrankungen
15% besuchten eine Beratungsstelle für Suchterkrankungen
57% kannten sonstige Beratungsstellen
27% besuchten eine sonstige Beratungsstelle



BERATUNGSANGEBOTE

Welche Leistungen haben Befragte in Anspruch genommen und wie schätzten sie diese ein?

Bei der Einschätzung der Wichtigkeit der Angebote von Beratungsstellen fällt auf, dass alle der 21 genannten möglichen Angebote von mindestens zwei Drittel der Betroffenen und Angehörigen als wichtig eingestuft wurden. Die laut Betroffenen wichtigsten An-

gebote von Beratungsstellen sind, neben der persönlichen Beratung, die Hilfe bei der Suche nach dem Therapieplatz, die Beratung für Minderjährige, Hilfe beim Übergang von der Klinik in die Nachsorge und Präventionsangebote sowie Angebote speziell für Männer und Kriseninterventionen. Dennoch nutzten diese weniger als die Hälfte (1-41 %). Besonders bei Angeboten für Männer und

der fremdsprachigen Beratung fiel eine hohe Diskrepanz zwischen der Bewertung der Wichtigkeit und der tatsächlichen Nutzung auf. Möglicherweise, wie auch in den durchgeführten Interviews mit Angehörigen und Betroffenen erwähnt, sind viele Beratungsstellen schwer erreichbar für Personen in ländlichen Gegenden oder bieten solche Leistungen noch nicht an. Auch Infoveranstaltungen an Schulen wurden von der Mehrheit der Angehörigen und Betroffenen als wichtig eingestuft, dennoch nahmen nur etwas mehr

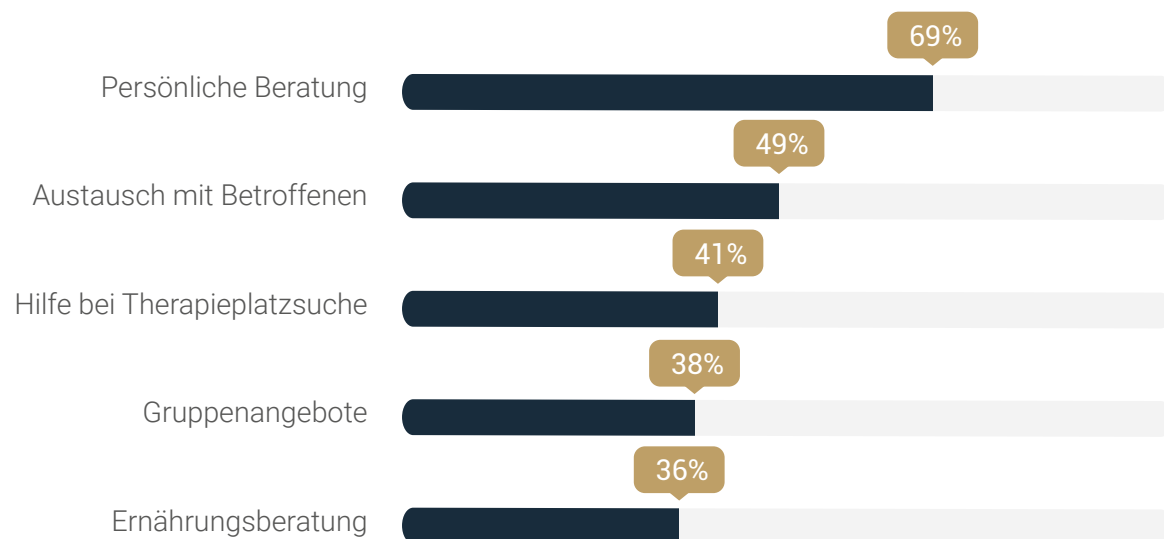


Abbildung 4 und 5. Top 5 der am meisten genutzte Angebote

Als wichtige Leistung einer Beratungsstelle fanden

99%
der Betroffenen

100%
der Angehörigen



die Hilfe bei der Suche nach einem Therapieplatz

98%
der Betroffenen

100%
der Angehörigen



Beratung für Minderjährige

97%
der Betroffenen

100%
der Angehörigen

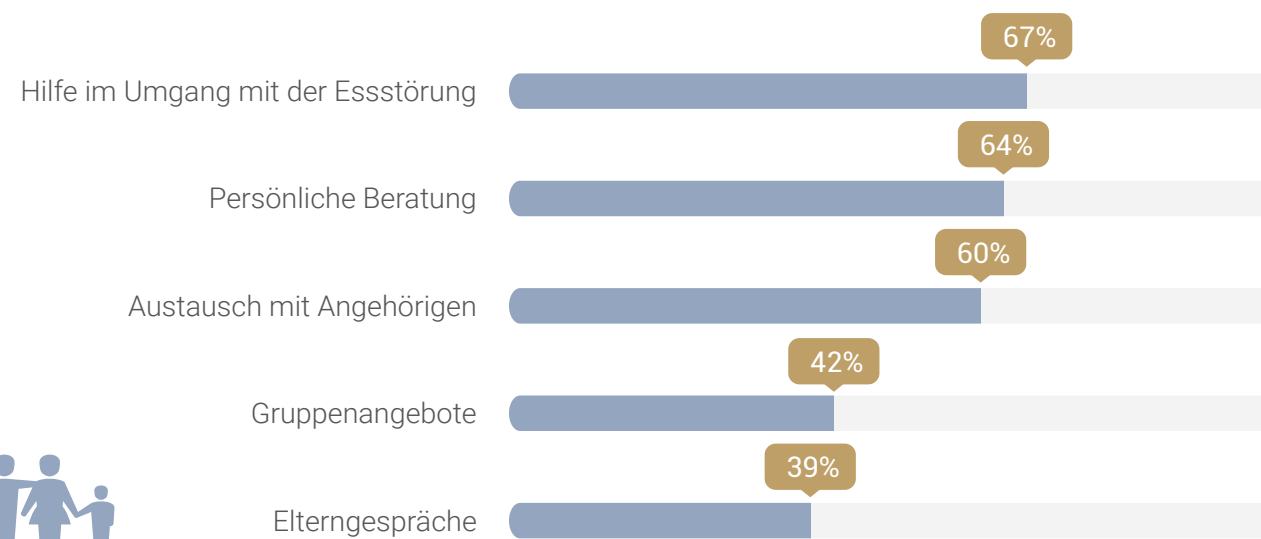


die Hilfe beim Übergang von Klinik in die Nachsorge

als ein Viertel tatsächlich an solchen Veranstaltungen teil. Dies könnte wiederum auf eine Lücke hinweisen, da Betroffene und be-

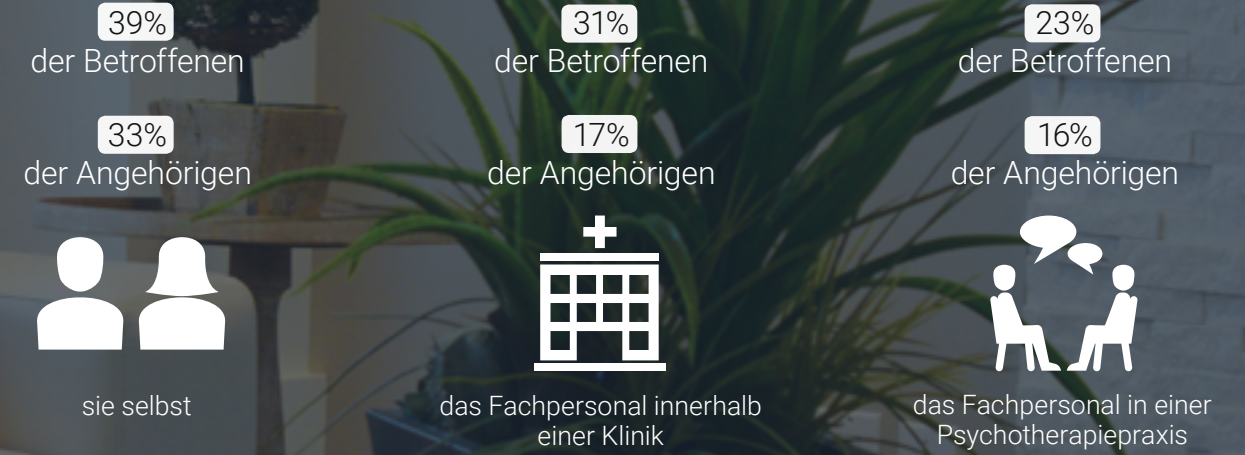
sonders auch Angehörige stark an mehr Infoveranstaltungen von Beratungsstellen an Schulen interessiert zu sein scheinen. Mit am

geringsten bewertet und genutzt war bei Betroffenen und Angehörigen die Telefonberatung.



NACHSORGE- ANGEBOTE

Die Veranlassung zur Nutzung von Nachsorgeangeboten gaben bei



Welche Nachsorgeangebote kennen Betroffene und Angehörige? Welche davon nutzten Betroffene tatsächlich?

Etwa drei Viertel der Betroffenen nutzte die ambulante Psychotherapie als Nachsorgemöglichkeit, wobei fast alle diese Möglichkeit kannten. Bei Betroffenen mit BES waren die Zahlen der Nutzung signifikant niedriger als die von Betroffenen mit AN. BES-Betroffene kannten die ambulante Psychotherapie auch signifikant weniger. Mehr zu Gruppenunterschieden finden Sie auf Seite 30.

Am wenigsten bekannt waren mit ca. 60 % Sozialarbeiterinnen und

Sozialarbeiter. Weniger als ein Viertel hatten Kontakt zu einem Sozialarbeiter oder einer Sozialarbeiterin. Fast die Hälfte der Betroffenen nutzte den Kontakt zu einer Beratungsstelle sowie das

Die Tagesklinik war der Mehrheit der Betroffenen bekannt. Dennoch nutzten nur 12 % dieses Angebot der Nachsorge.

Wiegen bei einem Hausarzt oder einer Hausärztin.

Allgemein fällt, außer bei der ambulanten Psychotherapie bei AN, BN und NNB, eine starke Dis-

krepanz zwischen dem Wissen über bestimmte Angebote und der tatsächlichen Nutzung auf. Da fast alle Betroffenen das Erlernen neuer Strukturen nach dem Klinikaufenthalt sowie den nahtlosen Übergang von der Klinik in die Nachsorge als wichtig erachteten (siehe S. 28), könnte dies ein Hinweis auf einen Mangel an Angeboten oder auf eine zu hohe Schwelle zwischen Klinikaufenthalt und Nachsorge sein. Auch in den Interviews wurde von fast der Hälfte der Angehörigen und Betroffenen die hohe Schwelle zwischen Klinikaufenthalt und Nachsorgeangeboten sowie die geringe Anzahl von Angeboten in ihrer Umgebung erwähnt.

Tabelle 2. Rangreihe: Welche Angebote der Nachsorge wurden von Betroffenen und Angehörigen genutzt und waren diesen bekannt?

	Betroffene (N = 138)		Betroffene von Angehörigen (N = 33)	
	Kennen es	Nutzten es	Kennen es	Nutzten es
1 Ambulante Psychotherapie	91 %	79 %	91 %	67 %
2 Tagesklinik	87 %	12 %	76 %	12 %
3 Therapeutische Wohngruppe	85 %	18 %	73 %	30 %
4 Kontakt zu einer Beratungsstelle	84 %	46 %	85 %	42 %
5 Wiegen in Allgemeinarztpraxis	83 %	46 %	82 %	55 %
6 Selbsthilfegruppe	80 %	17 %	61%	30 %
7 Kunst-/Gestaltungstherapie	79 %	33 %	70 %	24 %
8 Körper-/Bewegungstherapie	78 %	33 %	70 %	27 %
9 Angeleitete Gruppentherapie	78 %	33 %	67 %	27 %
10 Ernährungstherapie	74 %	39 %	82 %	46 %
11 Sozialarbeiter/in	59 %	23 %	61 %	30 %

NACHSORGE- INHALTE

Als potentiellen Inhalt der Nachsorge von Essstörungen fanden

99%
der Betroffenen
100%
der Angehörigen



das Erlernen neuer Strukturen nach dem Klinikaufenthalt wichtig

99%
der Betroffenen
100%
der Angehörigen



den regelmäßigen Kontakt zu einer Ansprechperson wichtig

97%
der Betroffenen
100%
der Angehörigen



die individuelle Anpassung an das eigene Leben wichtig

Welche Inhalte Aspekte von Nachsorgeangeboten finden Betroffene und Angehörige am wichtigsten?

Der wichtigste Aspekt von Nachsorgeangeboten waren laut allen Betroffenen und allen Angehörigen der Umgang mit Rückfällen. Die zweiwichtigsten Aspekte waren das Erlernen neuer Strukturen nach dem Klinikaufenthalt, sowie der regelmäßige Kontakt zu einer festen Ansprechperson. Danach folgte die individuelle Anpassung der Nachsorge an das Leben der Betroffenen.

Trotz der geringen Nutzung von Selbsthilfegruppen (weniger als

ein Viertel) schätzten über drei Viertel (80 %) der Betroffenen dieses Angebot als wichtig ein. Aufgrund des hohen Bekanntheitsgrades und der hohen Einschätzung dieses Angebotes als wichtig, gibt es möglicherweise einen Mangel an solchen Angeboten.

Ähnlich verhielt es sich mit therapeutischen Wohngruppen. Diese wurden ebenfalls von weniger als einem Viertel der Betroffenen genutzt, aber von mehr als drei Viertel als wichtig eingestuft. Wie auch bereits aus den Interviews mit Betroffenen und Angehörigen hervorging, gibt es besonders in ländlichen Regionen scheinbar

einen Mangel an solchen Angeboten der Nachsorge. Weiterhin fiel auf, dass weitaus

Der Umgang mit Rückfällen war von allen Betroffenen und Angehörigen der am meisten gewählte und somit wichtigste Aspekt der Nachsorge.

weniger als die Hälfte der Betroffenen nach Geschlechtern getrennte Wohngruppen wichtig fand. Auch bei Angehörigen war dies die am seltensten gewählte Antwort.

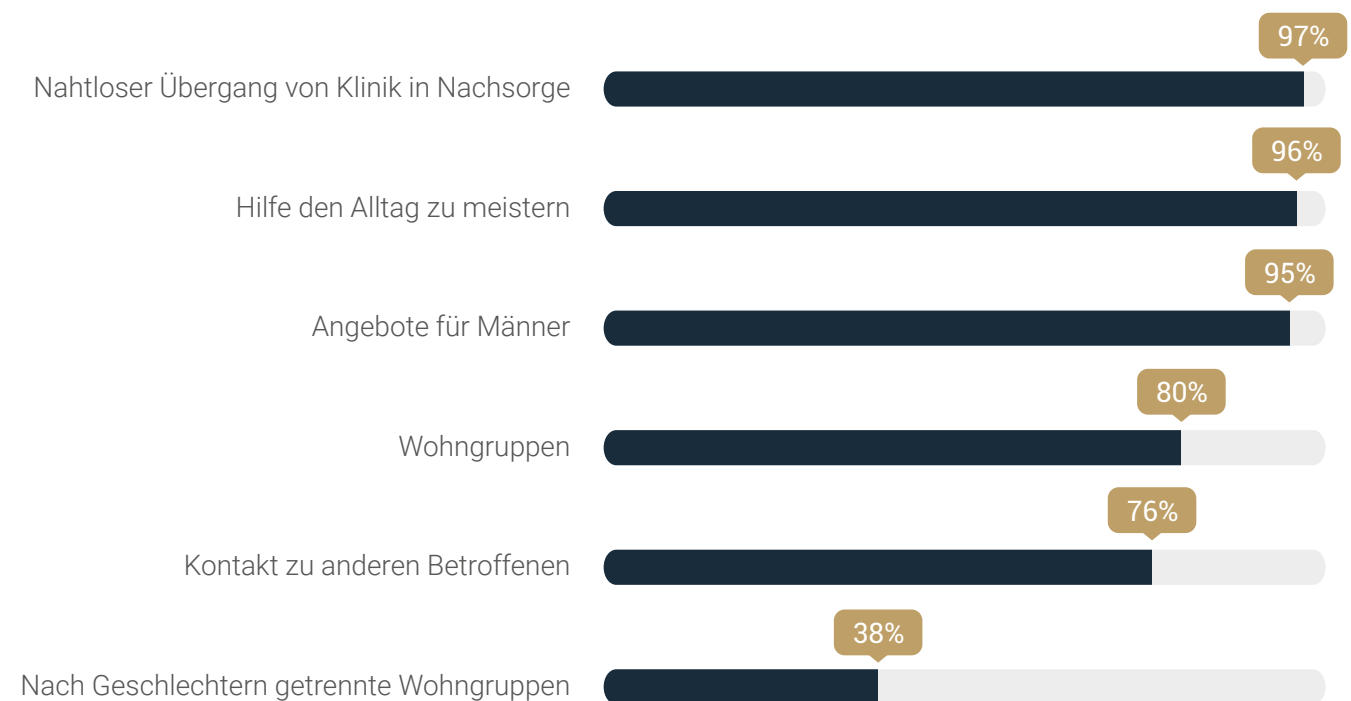


Abbildung 6. Einschätzung der Wichtigkeit von Nachsorgeangeboten von Betroffenen

GRUPPEN- UNTERSCHIEDE

Unterschieden sich Betroffene mit unterschiedlichen Essstörungen in ihrer Nutzung und Einschätzung von Nachsorgeangeboten? Gibt es zwischen Betroffenen und Angehörigen unterschiedliche Einstellungen zu bestimmten Aspekten oder Angeboten der Nachsorge?

Betroffene und Angehörige schätzten zwei Aspekte der Nachsorge unterschiedlich ein. Diese waren das „Einbinden von Angehörigen in die Nachsorge“ sowie „Gruppenangebote“. So wurde Ersteres von fast allen Angehörigen als ein wichtiger Aspekt der Nachsorge empfunden. Allerdings stimmten weniger Betroffene zu. Bei „Gruppenangeboten“ verhielt sich der Unterschied gleich. Betroffene fanden diese weniger wichtig, als Angehörige. Dennoch wurden beide Aspekte von der Mehrzahl der beiden Gruppen als wichtig eingestuft.

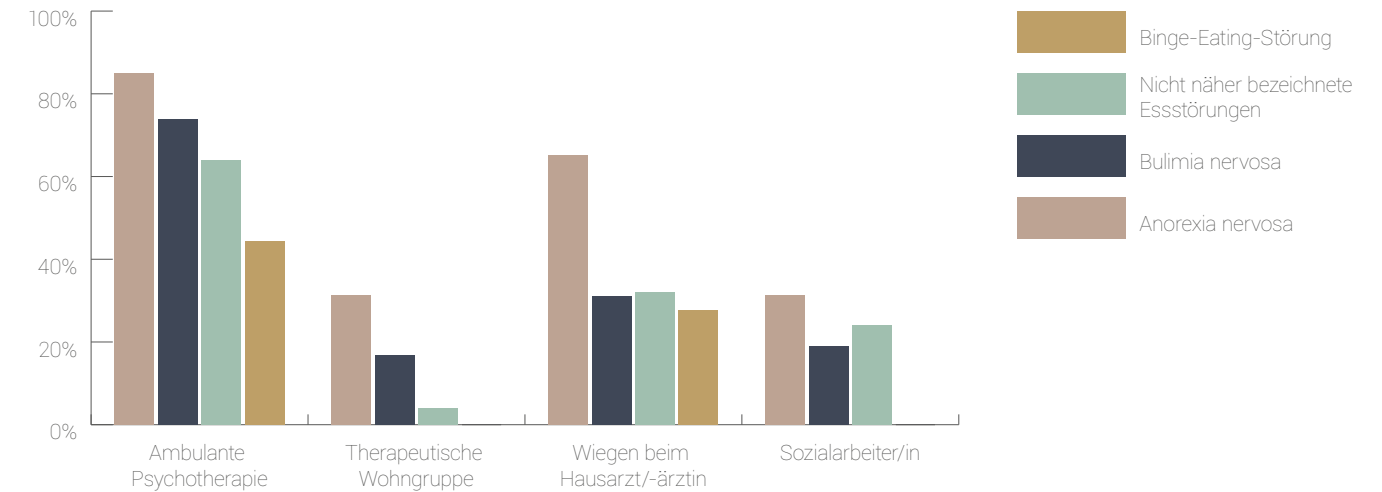
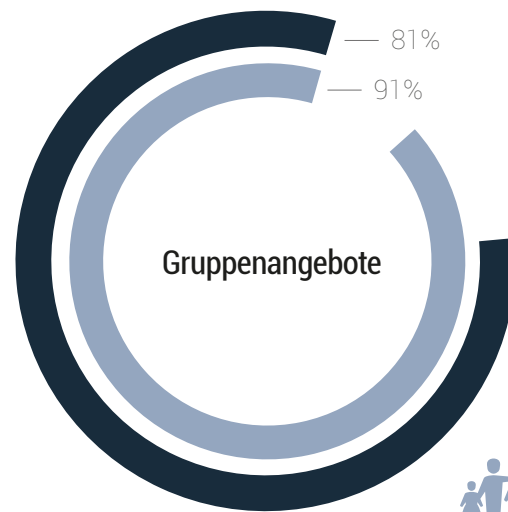
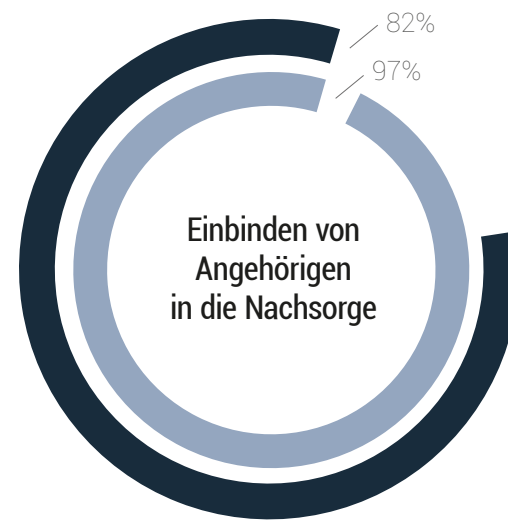


Abbildung 7. Nutzung von Nachsorgeangeboten bei den verschiedenen Essstörungen.

Verschiedene Essstörungsarten

Auch bei Betroffenen spielte die Art der Essstörungen bei Nutzung, Wissen sowie Einschätzung mancher Nachsorgeangebote eine Rolle.

So nutzte keiner der Betroffenen mit BES die Angebote einer therapeutischen Wohngruppe oder von Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen.

Bei Betroffenen mit AN wurde das Wiegen in einer Allgemeinarztpraxis häufiger als von allen anderen genutzt. Zwischen AN und BES gab es dabei einen signifikanten Unterschied. Auch die ambulante Psychotherapie wurde von dieser Gruppe am häufigsten

genutzt, signifikant häufiger als von Betroffenen mit BES.

Wissen über Nachsorge

Die ambulante Psychotherapie war Betroffenen mit NNB und BES seltener bekannt als Betroffenen mit AN. Ähnlich verhielt es sich bei dem Wissen über Wohngruppen. Betroffene mit AN und Betroffene mit BN kannten diese signifikant häufiger als Betroffene mit NNB.

Einen weiteren Unterschied gab es für das Wiegen in einer Allgemeinarztpraxis zwischen Betroffenen mit AN und Betroffenen mit NNB.

Wichtigkeit der Nachsorge

Bei der Einschätzung der Wichtigkeit der Nachsorgeangebote gab es einen signifikanten Gruppenunterschied. So schätzten fast alle Betroffenen (95 %) mit BN Gruppenangebote signifikant häufiger als wichtig ein, als Betroffene mit AN oder Betroffene mit NNB.

Die Ergebnisse zeigen, dass auch die Art der Essstörung bei der Nachsorge von Essstörungen eine Rolle spielt und besonders Betroffene mit NNB und BES scheinbar nicht den gleichen Informationsstand über Angebote haben, wie Betroffene mit AN oder BN.

SCHLUSS- FOLGERUNG

Die Ergebnisse dieser Studie geben einen tieferen Einblick in die Nutzung von Präventionsangeboten, Informationsmaterialien, Beratungsstellen und Angeboten zur Nachsorge von Betroffenen und Angehörigen. Daraus ergeben sich Implikationen für die Versorgung und Aufklärung sowie weiterführende Fragestellungen für zukünftige Studien.

Krankheitswahrnehmung und Krankheitstheorie

So könnte die festgestellte unterschiedliche Wahrnehmung möglicher Auslöser von Essstörungen zwischen Betroffenen und Angehörigen genutzt werden, beide Gruppen vor dem Hintergrund neueren Expertenwissens besser über die ätiologischen und aufrecht erhaltenden Faktoren von Essstörungen zu informieren.

Grundlage hierfür könnte z. B. eine gezielte Verbreitung der 2015 erschienenen Patientenleitlinie zu Essstörungen sein. Dies schließt für beide Gruppen die unbedingte Motivierung ein, möglichst frühzeitig professionelle Hilfe zu suchen, insbesondere auch bei Anzeichen einer BES, die vielen noch nicht als behandlungsbedürftige Essstörung bekannt ist. Wie die Ergebnisse zeigen, geschieht das Erkennen der Erkrankung sowie die Motivation zur Hilfesuche bislang noch kaum über Lehrkräfte oder Ärztinnen und Ärzte. Hier wurden mit der Konzeption zweier Informationsflyer unter Finanzierung des BMG bereits erste Schritte unternommen, dies zu ändern. Hierbei würde sich anbieten zu überlegen, wie eine bessere Bekanntmachung dieses Materials bei den Zielgruppen erreicht werden könnte.

Prävention von Essstörungen

Präventionsangebote halten ungefähr die Hälfte der Betroffenen und Angehörigen für sinnvoll, wobei hier Sekundärprävention den Vorzug erhält. Bei geeigneten

Settings werden Schulen, für die es bereits Präventionsangebote gibt, erst an zweiter Stelle nach Arztpraxen genannt. Hier ergäbe sich ein interessanter Ansatz für verstärkte präventive Bemühungen. Die auffällige Diskrepanz zwischen der Einstufung von Prävention als hilfreich und der tatsächlichen Nutzung verweist auf erhöhten Informationsbedarf zu bereits verfügbaren Angeboten.

Beratungsstellen

Diese Diskrepanz tritt bei der Einschätzung der Leistung von Beratungsstellen noch mehr zu Tage. Hier werden die meisten Angebote von über 90 % der Befragten für wichtig gehalten, jedoch haben oft nur ca. 1-41 % solche Angebote bislang genutzt. Sehr wahrscheinlich liegt dies am ausgesprochen dünnen Netz an spezialisierten Beratungsstellen für Essstörungen in Deutschland. Damit sind diese Angebote außerhalb der Großstädte kaum versorgungsrelevant. Hier könnte über Lösungen nachgedacht werden, wie z. B. durch den Einsatz von modernen Medien (wie Skype

oder Telekonferenzen) die Lücke zwischen präferierter persönlicher Beratung und weniger beliebter Telefonberatung geschlossen werden könnte.

Nachsorgeangebote

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der Nachsorge. Hier verweisen die Ergebnisse der Interviews auf einen eindeutigen Mangel an Angeboten, trotz starker Nachfrage. Bislang wird daher Nachsorge von gut zwei Drittel der Betroffenen und Angehörigen im Rahmen der ambulanten Therapie genutzt

und von 12-30 % im Rahmen einer Tagesklinik, therapeutischen Wohngruppe oder einer Selbsthilfegruppe.

Insgesamt unterstützen die Ergebnisse der Befragungen das Bemühen der BMG-Expertengruppe für eine Stärkung der integrierten Versorgung bei Essstörungen. So halten zwar die meisten Betroffenen und Angehörigen die Versorgung durch Vorbeugung und Beratung sowie Nachsorge für hilfreich und wichtig, können diese jedoch aufgrund fehlender An-

gebote nicht nutzen.

In dieser Broschüre wurden, aufgrund der Übersichtlichkeit und des einfacheren Verständnisses, Ergebnisse nur partiell oder gekürzt dargestellt. Eine detaillierte Übersicht der gesamten Ergebnisse kann auf Anfrage gern zur Verfügung gestellt werden. Kontaktdaten dazu finden Sie auf der letzten Seite.



LITERATURVERZEICHNIS

- Adametz, L., Richter, F., Preußner, J., Mühleck, J., Wick, K., Strauß, B., & Berger, U. (2017). Implementation of the school-based prevention programs PriMa and Torera for eating disorders: A long-term qualitative analysis of barriers and facilitators. *Mental Health & Prevention*, 8, 7-13.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V., AWMF. (2012, Hrsg.). S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Essstörungen;
- Berger U. *Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen*. Stuttgart: Kohlhammer; 2008
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA. (Hrsg.). *Essstörungen – Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen*. Köln: BZgA; 2000
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA. (Hrsg.). *Empfehlungen zur Integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland*. Köln: BZgA; 2012
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2011). »Is(s) was?!« *Ess-Störungen: Wann sollten sich Eltern Sorgen machen? Wie Eltern und Fachleute helfen können*. Weinheim: Beltz.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H. & Mai, N. (1993). *Magersucht und Bulimie – verstehen und bewältigen*. Weinheim: Beltz.
- Lu, H. K., Mannan, H., & Hay, P. (2017). Exploring relationships between recurrent binge eating and illicit substance use in a non-clinical sample of women over two years. *Behavioral Sciences*, 7(3), 46.
- Mühleck, J., Richter, F., Bell, L., Wick, K., Strauß, B., Berger,

- U. (2018). Inanspruchnahme des Versorgungssystems und Prävalenz bei Essstörungen - Kohortenstudie zu Sekundärdaten der gesetzlichen Krankenversicherung. *Psychotherapeut*, 4, 315-321).
- Simeoni, E. (2012). *Schlagmann*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Treasure, J., & Alexander, J. (2014). *Gemeinsam die Magersucht besiegen: Ein Leitfaden für Betroffene, Freunde und Angehörige* (7., überarb. und erw. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Zámbó, G. (2007). *Mein heimlicher Hunger: Ich hatte Essstörungen und bin geheilt*. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Zeeck, A., & Herpertz, S. (2016). *Diagnostik und Behandlung von Essstörungen - Ratgeber für Patienten und Angehörige: Patientenleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGEES)* (1. Ausgabe). Berlin Heidelberg: Springer.

KOOPERATIONSPARTNER

Dr. Monika Gerlinghoff &
Dr. Herbert Backmund

kontakt@tce-forum.de

Andreas Schnebel &
Sabine Dohme
Bundesfachverband Essstörungen e.V.

bfe-essstoerungen@gmx.de

Prof. Dr. Stefan Zipfel &
Dr. Gaby Resmark
Kompetenzzentrum für Essstörungen
(KOMET)

komet@med.uni-tuebingen.de

Sigrid Borse
Frankfurter Zentrum für
Ess-Störungen

borse@essstoerungen-frankfurt.de

Prof. Dr. Eva Wunderer
Professur für Psychologische Aspekte
Sozialer Arbeit, Hochschule Landshut

eva.wunderer@haw-landshut.de

Kontakt

PD Dr. Uwe Berger
Universitätsklinikum Jena
Institut für Psychosoziale
Medizin und Psychotherapie

Stoistr. 3 | 07740 Jena

uwe.berger@med.uni-jena.de

+49 (0) 3641 9-37790

