

# Prävention als ärztliche Aufgabe – aufgezeigt am Beispiel der Ess-Störungen

**Prävention ist nach ihrer Intention in primäre, sekundäre und tertiäre unterteilt. Die primäre Prävention dient der Vorbeugung von Krankheiten, wendet sich also an noch gesunde Menschen. Die sekundäre Prävention richtet sich auf die möglichst frühzeitige Erkennung und Behandlung von Krankheiten. Die tertiäre Prävention hat eine Vermeidung von Folgeschäden und Verhinderung von Rückfällen zum Ziel.**

Die Bedeutung der Prävention für das Gesundheitswesen ist schon daraus zu erkennen, dass die Bundesregierung dem Koalitionsvertrag vom November 2005 entsprechend ein eigenes Präventionsgesetz erlassen will, durch das Lebenserwartung und Lebensqualität der Bevölkerung gesteigert werden soll (*Gesundheit in Deutschland*, Juli 2006, Seite 123). Was immer am Ende der aktuellen Diskussion gesetzlich formuliert werden wird: Es dreht sich in erster Linie um Maßnahmen der Primärprävention, zum Beispiel um Programme gegen den Bewegungsmangel, um gesunde Ernährung, um Suchtmittelmissbrauch oder Stressbewältigung.

Zur Prävention von Ess-Störungen wurde Ende 2007 auf Initiative von Alice Schwarzer eine gemeinsame Aktion von drei Bundesministerinnen unter dem Titel „Leben hat Gewicht – Gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“ eine Kampagne gestartet. Die Bundesgesundheitsministerin fordert einen „Kodex, der besagt, keine überschulerten Models einzusetzen“, ähnlich wie in Italien oder Spanien. Außerdem setzt sich das Ministerium dafür ein, die Hausärzte zu sensibilisieren, um Ess-Störungen frühzeitig zu erkennen. Die Bundesfamilienministerin fordert mehr Wissen über die Ursachen „dieser tiefen Abneigung gegen den eigenen Körper“ und die Forschungsministerin will das Engagement in der Forschung über bessere Verfahren zur Diagnose und Therapie von Ess-Störungen „deutlich ausbauen“.

Die Notwendigkeit dieser Aktion wurde nicht zuletzt mit dem alarmierenden Ergebnis der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (2007) begründet, wonach jedes



Kunstworkshop mit Christoph Thomas ...

fünftes Kind zwischen elf und 17 Jahren unter Symptomen von Ess-Störungen leidet. In der Notiz im *Deutschen Ärzteblatt* vom 7. Januar 2008 heißt es dazu: „... Das sind 1,4 Millionen Betroffene, neun von zehn sind Mädchen. Jeder zehnte Betroffene stirbt daran.“ In der Tat hat die Erhebung mittels eines Fragebogens (SCOFF) ergeben, dass 21,9 Prozent der Befragten Merkmale einer Ess-Störung aufweisen, es ist aber darauf hinzuweisen, dass der BMI dieser Kinder und Jugendlichen zu 34,7 Prozent oberhalb der 90. Perzentile, also im Übergewichtsbereich, und nur zu 1,9 Prozent unter der 10. Perzentile lag. Heike Hölling und Robert Schlack, die Autoren dieser Studie, fordern ebenfalls, dass Kinder und Jugendliche mit einem Anfangsverdacht auf Ess-Störungen verstärkt Zielgruppe für Primärprävention sein müssen.

Primärprävention wird hauptsächlich ohne Einbindung von Ärzten propagiert und praktiziert. Je mehr präventive Aktivitäten auf eher seltene Krankheiten gerichtet sind, desto mehr ist nach unserer Überzeugung in der Praxis ärztlicher Sachverstand unerlässlich. Dabei kann sich bei bestimmten Maßnahmen die unterschiedliche Zielsetzung primärer, sekundärer und tertiärer Prävention durchaus vermengen, wie gerade

am Beispiel der Ess-Störungen und des Therapiekonzeptes des Therapie-Centrums für Ess-Störungen in München (TCE) aufgezeigt werden kann.

## Das Therapiekonzept

Unter dem Begriff Ess-Störungen werden die Magersucht (Anorexia nervosa, ICD 10 F 50,0), die Ess-/Brechsucht (Bulimia nervosa, F 50.2) und die Ess-Sucht (Binge-eating-Störung, F 50.3) zusammengefasst. Es handelt sich um Krankheiten unbekannter Ursache. Wir gehen heute von einem mehrdimensionalen ätiologischen Konzept aus, wobei biologische Faktoren einschließlich einer genetischen Disposition eine wesentliche Rolle spielen.

Das TCE ist eine diagnosenspezifische, tagesklinische Einrichtung. Das Behandlungskonzept ist kognitiv-/verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und wird überwiegend in Gruppen praktiziert. Das Prinzip von Eigenverantwortung und Selbstmanagement hat eine grundlegende Bedeutung. Inhaltlich ist das Programm strukturiert und aus einzelnen Bausteinen zusammengesetzt. Ein Schwerpunkt ist das tägliche Ess-Training auf verhaltenstherapeutischer



... und Kinderworkshop mit Cordula Obermeier, Diätassistentin.

Basis. Als Alternative zu einer vollstationären Behandlung bestehen seit 1993 therapeutische Wohngruppen. Dadurch wird das Prinzip der Eigenverantwortung auf die Bedingungen des Alltags übertragen und der Vorteil eines diagnosis-spezifischen Gruppenkonzepts durch vorübergehendes Zusammenleben genutzt. Behandelt werden Patientinnen im Alter von etwa 16 bis 25 Jahren.

## Präventionsaktivitäten

Prävention und Öffentlichkeitsarbeit gehören zum Therapiekonzept des TCE (Gerlinghoff, Gross, Backmund 2003). Ess-Störungen generell zu verhindern wird angesichts des mehrdimensionalen Konzeptes einschließlich der biologischen Faktoren kaum möglich sein. Anstrengungen aber sind sinnvoll, um wenigstens die Zahl an Neuerkrankungen zu vermindern, eine Ess-Störung frühzeitig zu erkennen und zu behandeln und rückfällig gewordene Patientinnen möglichst schnell zu einer erneuten Therapie zu motivieren.

In alle Aktivitäten zur Prävention, sind Patientinnen des TCE einbezogen. Sie beteiligen sich an Informationsveranstaltungen zum Beispiel

in Schulen oder an Fortbildungsseminaren. Sie berichten über ihre Krankengeschichte, beantworten Fragen und diskutieren mit Eltern, Lehrerinnen und Lehrern oder Ärzten. Aufzeichnungen von Patientinnen, Texte zu ihrem Krankheitserleben oder ihre Therapie sind seit 1985 (M. Gerlinghoff, Magersüchtig. Piper-Verlag) Bestandteil unserer Bücher, die sich an ein breites Publikum wenden. Essgestörte sind Expertinnen im Erleben ihrer Krankheit. Da im TCE nahezu alle Therapiesitzungen in der Gruppe stattfinden, sind die Patientinnen nach einiger Zeit sehr geübt, über sich und ihre Krankheit zu sprechen. Sie verstehen es besser als das professionelle Team, noch Zögernde zu einer notwendigen Therapie zu motivieren oder Angehörige über die komplizierten Gedankengänge einer Essgestörten aufzuklären. Sie entsprechen im Alter den Schülerinnen und Schülern, denen hauptsächlich unsere präventiven Bemühungen gelten. Ihre Sprache ist direkter als die der Fachleute. Sie kennen aus eigenem Erleben die anfänglichen Verlockungen einer Ess-Störung und können authentisch über die Tiefen und das Quälende ihrer Krankheit berichten. In ihrer oft beeindruckend ernsten Aufrichtigkeit vermögen sie auch dort ihre Zuhörer zu überzeugen, wo die Erfahrung der Therapeuten letztlich akademisch bleibt. Die

Patientinnen gewinnen durch ihre Mitarbeit für sich selbst immer wieder ein Stück mehr Klarheit auf dem Weg, die Krankheit zu überwinden und nicht zuletzt eine wertvolle Stärkung ihres Selbstbewusstseins. Einer Gruppe von aufmerksamen Lehrerinnen und Lehrern zu erklären, was Magersucht ist und was die Krankheit für sie bedeutet, ist für eine 15-Jährige ein stolzes Erlebnis. Hier vermischen sich Primärprävention – durch die Präsentation – und Sekundärprävention durch den Zuwachs an eigener Erkenntnis und Motivation und vielleicht sogar tertiäre Prävention, wenn es der Betroffenen dazu verhilft, einen eigenen Rückfall zu vermeiden.

Neben den Informationsveranstaltungen gibt es unter anderem die Informationsausstellung „Is(s) was!?“.

Unter diesem Titel, der von einer Patientin stammt, haben wir eine Wanderausstellung zum Thema Ess-Störungen konzipiert, die Anfang 2001 im Gasteig in München eröffnet und seither etwa 200 mal in Gymnasien, Realschulen, der Landes- und Bundesärztekammer, Gesundheitsämtern, Krankenhäusern und Universitäten in Bayern, aber auch in Berlin, Hamburg, Tübingen und Basel gezeigt wurde. (Anmerkung der Redaktion: wir berichteten im *Bayerischen Ärzteblatt* 6/2006, Seite 296 f.) Diese Ausstellung hat sich als ein gutes Medium erwiesen, um mit Jugendlichen ins Gespräch zu kommen. Tafeln mit Text und Illustrationen informieren über die verschiedenen Ess-Störungen. Bilder, gemalt von Patientinnen, vermitteln einen Eindruck darüber, was es bedeutet, an einer Ess-Störung zu leiden (diese Ausstellung kann von der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern kostenlos ausgeliehen werden). Wenn immer möglich, führen Patientinnen durch die Ausstellung; sie wird zurzeit überarbeitet.

## Unterrichtsgänge

Im Rahmen eines so genannten Unterrichtsganges haben seit 1994 bis jetzt 57 Klassen verschiedener Schultypen das TCE besucht. Neben einer Information über Ess-Störungen finden mit unseren Patientinnen Gespräche über altersrelevante Probleme statt. Mobbing ist ein



Plakat zur Ausstellung „Is(s) was?!“

häufiges Thema. Wiederholt ist unseren Patientinnen aufgefallen, welche Schwierigkeiten Schülerinnen und Schüler haben, überhaupt über Probleme in der Klasse miteinander zu reden und wie wenig sie voneinander wissen. Wir sehen in den Unterrichtsgängen eine günstige Gelegenheit, im Sinne einer Primärprävention tätig zu werden, nicht zuletzt mit so genannten schwierigen Klassen. Wir halten es für wichtig, dass eine derartige Veranstaltung außerhalb der Schule stattfindet. Ein Ziel ist es, bei den Schülerinnen und Schülern einen Zugang zu möglichen eigenen Schwierigkeiten zu fördern und, dem Beispiel unserer Patientinnen folgend, den Zugang zu professionellen Beratungsangeboten zu erleichtern.

Wir streben an, diese Unterrichtsgänge künftig mit einem Mittagessen zu verbinden. Wir sind davon überzeugt, dass eine gemeinsame Mahlzeit – zu der Patientinnen einladen – dazu genutzt werden kann, soziale Kommunikation zu üben, Umgangsformen anzuregen gegenseitige Achtung zu fördern.

## Diskussion

Ess-Störungen sind schwerwiegende Krankheiten. Sie gehören zu den wichtigsten Ursachen einer Beeinträchtigung der Gesundheit junger Frauen und der Anorexia nervosa wird die höchste Mortalitätsrate aller psychischen Krankheiten zugeschrieben (Striegl-Moore und Bulik, 2007). 50 bis 70 Prozent der Patientinnen und Patienten gelingt es, ihre Krank-

heit soweit zu bewältigen, dass sie mit ihrem Leben zurechtkommen. Nach einer Übersicht von Hans-Christoph Steinhausen (2002) über 119 Publikationen mit knapp 5.600 Patienten schwanken die Mortalitätsraten sehr stark zwischen 0 und 20 Prozent. Bei Bulimie fanden Manfred M. Fichter und Norbert Quadflieg eine Sterblichkeitsrate von zwei Prozent (2004). Behandlungen von Ess-Störungen können langwierig sein und müssen nicht selten wiederholt werden.

Vor diesem nicht sehr günstigen prognostischen Hintergrund kommt präventiven Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu. Möglichst früh muss in Schulen über das Thema Ess-Störungen gesprochen werden. Ärzte und Therapeuten sollten alles daran setzen, betroffene Kinder und Jugendliche – und ihre Eltern – möglichst frühzeitig zu einer Behandlung zu motivieren und schließlich brauchen wir Konzepte, um Essgestörte vor einem Rückfall in krankhafte Denk- und Essgewohnheiten zu bewahren.

Kampagnen wie „Leben hat Gewicht“ sind öffentliche, politische Aktionen, denen im Sinn der Primärprävention großer Erfolg zu wünschen ist. Aus ärztlicher Sicht halten wir allerdings Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention für wichtiger. Eine besonders wirksame Prophylaxe von Rückfällen mit Krankheitswert ist, wie Strober et al. (1997) schon vor über zehn Jahren gezeigt haben, die lose Anbindung von ehemaligen Patienten durch regelmäßige Nachuntersuchungen. Wir haben ähnliche Erfahrungen gemacht und die Einrichtung unseres Forums dient diesem Zweck.

Ein sehr bedenkenswerter Vorschlag im Zusammenhang mit Prävention ist der Schlussfolgerung der KiGGS-Autoren zu entnehmen, nämlich die Umwandlung von „Komm“- in „Geh“-Strukturen, das bedeutet in unserem Sinn, Fachleute müssen auf Kinder/Jugendliche und ihre Eltern zugehen, anstatt zu warten, bis sie (zu spät) kommen.

## Ausblick

### Kooperation mit Schulen

Zielgruppe unserer Präventionsarbeit ist, unserer Anbindung an die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikums Dritter Orden entsprechend, vorwiegend das Schulalter. Seit vielen Jahren pflegen wir deshalb enge Kontakte zu verschiedenen Schulen, das heißt, zu einzelnen sehr engagierten Lehrerinnen und Lehrern, und beraten sie in Fragen der Ess-Störungen. Daraus ist eine Informationsschrift für

diese Berufsgruppe entstanden (Gerlinghoff, Backmund 2007). Gelegentlich kommen auch schwerkranke, meist magersüchtige Jugendliche auf Vermittlung ihrer Lehrerin in unsere Einrichtung.

Bei Gesprächen mit Lehrerinnen und Lehrern bleibt es nicht aus, dass wir außer zu Ess-Störungen auch zu anderen Krankheiten und Störungen mit Auswirkungen auf das Verhalten von Schülerinnen und Schülern um Rat gefragt werden. Dabei haben wir den Eindruck gewonnen, dass einzelne Lehrkräfte immer wieder in einen Konflikt geraten, wie sie sich bei einer offensichtlichen Störung eines Schülers zwischen dem Unverständnis von Eltern, dem schulischen Auftrag und ihrer persönlichen Überzeugung verhalten sollen. Wir meinen, dass in dieser Situation für alle Beteiligten ein ärztlicher Beistand sehr hilfreich wäre. Vor Jahren haben wir an einer Brennpunktschule in Wien erlebt, dass ein niedergelassener Arzt ein Mal pro Monat dort eine Sprechstunde abgehalten hat. Sie hat sich – übrigens finanziert vom Elternbeirat – offenbar sehr bewährt. Wir wünschten uns eine ähnliche Einrichtung, einen „Arzt an der Schule“, auch an vielen unserer Schulen. Ein Fachmann, der nicht zur Schule gehört, wird nach unserem Eindruck von Schülerinnen und Schülern eher um Rat gefragt als ein Schulpsychologe, der auch noch Unterricht erteilt. Der Arzt an der Schule könnte selbstverständlich auch Lehrerinnen und Lehrern beratend zur Seite stehen. Wir haben den Eindruck gewonnen, dass genügend niedergelassene Kolleginnen und Kollegen (durchaus verschiedener Fachrichtungen) sich mit Billigung und Unterstützung der Bayerischen Landesärztekammer für eine derartige Tätigkeit engagieren würden, wenn die Frage der Finanzierung geregelt wäre.

Der Arzt an der Schule wäre ein wichtiger Beitrag praktizierender Ärztinnen und Ärzte zur Prävention von Krankheiten in einem besonders sensiblen Lebensabschnitt.

*Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.*

*Dr. Monika Gerlinghoff, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärztin für Nervenheilkunde und Dr. Herbert Backmund, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Diagnostische Radiologie, Teilgebiet Neuroradiologie, TCE Forum, Schopenhauerstraße 97, 80809 München*