

Günther Rathner (2003)

Gesundheitspolitik in Österreich und Essstörungen

Essstörungen nehmen leider auch in Österreich zu und in der nächsten Zukunft kann nicht mit der Umkehr dieses Trends gerechnet werden. Daher kann sich die öffentliche Gesundheitspolitik in Österreich nicht nur auf Rettungsoperationen“ wie eine adäquate Behandlung Betroffener und ihrer Angehörigen beschränken, sondern muss dieses gravierende Gesundheitsproblem v. a. von Mädchen und jungen Frauen in die zukünftige Gesundheitspolitik einbeziehen.

Eine neue Gesundheitspolitik sollte auf dem Gebiet der Essstörungen folgende Punkte berücksichtigen. Diese gesundheitspolitischen Vorschläge resultieren aus meiner über 20jährigen Erfahrung in der Behandlung von Essgestörten und ihren Familien bzw. in der Essstörungsforschung.

1. *Volle Abdeckung der Behandlungskosten durch die Krankenversicherungen; dies gilt für die stationäre, aber in noch größerem Ausmaß für die ambulante Behandlung.* Das bedeutet die eigentlich schon längst fällige Gleichstellung von psychischen mit körperlichen Krankheiten. Psychotherapie ist fast ein Jahrzehnt nach dem Österreichischen Psychotherapiegesetz aufgrund des hohen Selbstbehaltes noch immer ein Luxus für Wenige, während 1998 in Österreich 21 Milliarden Schilling (!) für Medikamente ausgegeben wurden. Aufgrund der hohen Folgekosten von Essstörungen (Krankenhausaufenthalte, soziale Kosten usw.) gebietet schon ein ökonomisches Denken, vielmehr aber das Leid der Betroffenen und Angehörigen eine volle Abdeckung der Behandlungskosten durch die Krankenversicherung.

2. *Aufbau von auf Essstörungen spezialisierten ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen in allen Bundesländern.* In Österreich existieren derzeit kaum mehr als ein Dutzend spezialisierter Behandlungseinrichtungen. 1994 wurden in Österreich ca. 1000 PatientInnen mit Essstörungen behandelt. Die beträchtliche Differenz dieser Behandlungszahlen zur vorne angeführten Häufigkeit von Essstörungen weist auf eine große Zahl unbehandelter Betroffener in Österreich hin. Die therapeutische Versorgung ist unzureichend.

3. *Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen für Essgestörte.* Die Selbsthilfe hat eine eminent wichtige Rolle bei der Bewältigung einer Krankheit und – falls dies möglich ist – bei der Überwindung einer Krankheit. Dies gilt nicht nur für Betroffene bei praktisch jeder Krankheit, sondern in gleicher Weise für Angehörige. *Selbsthilfegruppen brauchen aber eine Anleitung beim Aufbau und Hilfe bzw. Unterstützung für das Weiterbestehen, ansonsten besteht die Gefahr, dass sie nur kurzlebig sind.* Insbesondere Selbsthilfegruppen essgestörter Menschen (deren soziale Schwierigkeiten ja schon erwähnt wurden) bedürfen dieser Anleitung, Hilfe und Unterstützung von Experten der Selbsthilfearbeit. Darüber hinaus hat die *Selbsthilfe einen wichtigen Beitrag zur sogenannten „Erziehung des mündigen Patienten“ geleistet. Es ist gut, dass die Ära der Haltung „Der Doktor hat immer Recht“ ihrem Ende zugeht.* Die Unterstützung des Selbsthilfegedankens bedeutet aber nicht, dass sich die öffentliche Gesundheitsversorgung aus Kostengründen aus bestimmten Bereichen zurückziehen sollte und diese – ohne finanzielle Förderung – ehrenamtlicher Tätigkeit überlassen kann. Im Gegenteil, es geht um den *gleichberechtigten Ausbau aller Säulen unseres Gesundheitssystems.*

4. *Ausbau und Vertiefung der Patientenrechte.* Die in Österreich nur ansatzweise vorhandenen gesetzlichen Festlegungen der rechtlichen Position der PatientInnen sollten in Einklang mit der europäischen Entwicklung auf diesem Gebiet gebracht werden. Dies hängt engstens mit dem vorigen Punkt zur Selbsthilfe zusammen.

5. *Einbeziehung der primären Gesundheitsversorgung (HausärztInnen) in die Früherkennung von Essstörungen und die Behandlung leichterer Krankheitsverläufe.* Die Häufigkeit von Essstörungen und der Mangel an spezialisierten Behandlungseinrichtungen bzw. Praxen machen eine Einbeziehung der praktischen Ärzte erforderlich. Außerdem ist eine *stufenweise Behandlung von Essstörungen* mittels strukturierter Behandlungspläne zu entwickeln. Leichtere Fälle könnten dann in der primären

Gesundheitsversorgung behandelt werden, bleibt dies ohne Erfolg, sollte an spezialisierte Einrichtungen überwiesen werden. Dies setzt allerdings eine entsprechende Aus- und Weiterbildung der praktischen ÄrztInnen voraus.

6. *Ausrichtung des Schulärztlichen Dienstes auf die Früherkennung der im Kindes- und Jugendalter häufigsten Krankheiten und die Gesundheitsvorsorge in diesem Altersbereich.* Essstörungen zählen aufgrund ihrer Häufigkeit dazu und sollten in der Aus- und Weiterbildung der SchulärztInnen stärker berücksichtigt werden.

7. *Förderung der Aus- und Weiterbildung aller mit Essstörungen befassten psychosozialen Berufe.* Essstörungen sind erfahrungsgemäß schwierig zu behandeln. Aufgrund der komplexen Natur von Essstörungen (psychisch bedingte Störungen mit massiven körperlichen Auswirkungen) erfordern sie über die Psychotherapieausbildung hinaus spezielle Kenntnisse, die den zukünftigen Behandlern nur in einer speziellen Zusatzausbildung vermittelt werden können.

8. *Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Essstörungen und der Adipositas.* Die Ursachen von Essstörungen sind derzeit noch unbekannt und auch die Behandlungsergebnisse sind nicht so günstig, als dass die Forschung ihre Hände in den Schoß legen könnte.

9. *Wissenschaftliche Entwicklung und Überprüfung von präventiven Programmen und Gesundheitsförderung bezüglich Essstörungen.* Prävention und Gesundheitsförderung sind heutzutage in aller Munde. Wenn Prävention allerdings mehr als ein gerade modischer Begriff sein soll, muss sie über ein paar Medieneinschaltungen hinausgehen. Die Ziele und Inhalte bzw. die Zielgruppe präventiver Schritte müssen entwickelt und der längerfristige positive oder eventuell negative Effekt dieser Maßnahmen muss überprüft werden¹². Prinzipiell muss bei der Prävention zwischen sekundärer und primärer Prävention unterschieden werden: *Sekundäre Prävention zielt auf die Früherkennung und die Motivation zu einer möglichst früh beginnenden Behandlung ab; für die Zielgruppe bedeutet dies eine Konzentration auf den Sozialbereich (z. B. LehrerInnen, SchulärztInnen, öffentliche Gesundheitsversorgung) und nicht direkt auf die Betroffenen selbst. Sekundäre Prävention muss daher im Vordergrund stehen. Primäre Prävention versucht, die individuellen, familiären und gesellschaftlichen Ursachen einer Krankheit zu verändern; daher ist sie weitaus umfassender und dürfte derzeit – wenn man an den gesellschaftlichen Schlankeitswahn und die Macht der Diät- und Fitnessindustrie denkt – nur eine Hoffnung für die Zukunft sein. In Österreich steckt die Prävention noch in den Kinderschuhen. Vor der übereilten Initiierung sogenannter präventiver Kampagnen ist die internationale Forschung auf diesem Gebiet zu berücksichtigen. Deren Ergebnisse, insbesondere bezüglich der anhaltenden Wirkung präventiver Programme sind widersprüchlich: Es ist noch offen, ob Essstörungs-Prävention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Lauf der Zeit mehr Gutes bringt oder mehr Schaden anrichtet. Ob also Jugendliche durch Vorbeugung abgehalten werden von Diäten und dem Risiko einer Essstörung oder ob sie nicht vielmehr erst darauf gebracht werden. Sicher ist nur, dass eine einseitige Konzentration dieser präventiven Programme auf Essen, Gewicht und Figur untauglich ist. Stattdessen müssen die Bereiche Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Selbständigkeit, körperliche Bewegung bzw. positives Körpergefühl (d. h. Sport in jeder Form und Intensität) und Förderung sozialer Gruppen (Kontakt und Unterstützung unter Gleichaltrigen) in den Vordergrund gerückt werden.*

Auszug aus der Broschüre "**Was Sie über Essstörungen wissen sollten**"
von Günther Rathner(2003); erhältlich beim Netzwerk Essstörungen

¹² Prävention sollte sich auch davor hüten, eine neue und gefährliche Richtung in der Gesundheitspolitik zu unterstützen: Das Risiko zu individualisieren und die Kosten für Risikofolgen von der Gesellschaft auf das Individuum abzuwälzen, was sicher die derzeit in unserer Gesellschaft gegebene Entsolidarisierung weiter fördert.