La prévalence des troubles du comportement alimentaire en Suisse

Contexte
Peu d'études existent dans la population générale sur la prévalence des troubles du comportement alimentaire, bien que des études précédentes ont montré que celle-ci a augmenté dans les dernières décennies. La prévalence des troubles du comportement alimentaire en Suisse est encore inconnue et l'objectif principal de cette étude était de la déterminer, à l'aide des critères du DSM-IV.

Méthode
La présente étude est une enquête transversale comprenant un échantillon national de 10'038 habitants, âgés de 15-60 ans dans les trois régions linguistiques de Suisse. Les interviews téléphoniques, assistées par ordinateur, ont été menées entre avril et octobre 2010. Les troubles du comportement alimentaire ont été évalués en utilisant le "WHO Composite International Diagnostic Interview» (CIDI-OMS), qui applique les critères du DSM-IV. En outre, l'orthorexie nerveuse, d'autres problèmes de santé mentale et la qualité de vie ont également été évalués.

Résultats
Les taux de prévalence vie entière, et sur 12 mois, de toutes les formes de troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie nerveuse et hyperphagie boulimique) dans la population générale était de 3.5% et de 1.1%. Les taux de prévalence (vie entière) pour l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique était respectivement de 1,2%, de 2,4% et de 2,4% chez les femmes et de 0,2%, de 0,9% et de 0,7% chez les hommes. L'étude a montré que l'anorexie mentale survient généralement pendant l'adolescence, tandis que la boulimie nerveuse et l'hyperphagie boulimique se manifestent un peu plus tard vers la quarantaine. Les personnes ayant des troubles du comportement alimentaire ont significativement plus de problèmes psychiques concomitants que les personnes sans troubles de comportement alimentaire, de même que leur qualité de vie est réduite.

Discussion
Cette étude représente la plus grande étude internationale de prévalence des troubles du comportement alimentaire De plus, elle révèle que la prévalence de ces troubles en Suisse est comparable avec celle des autres pays industrialisés et qu'ils ne sont pas des maladies rares. Etant donné les graves conséquences qu'engendrent ces troubles, il est non seulement important de sensibiliser la population sur les risques liés à l'obésité, mais aussi sur les risques liés à l'insuffisance pondérale, tout en soulignant le concept du *« pas trop, ni trop peu ».* Il est important, à l'avenir, de suivre, avec attention, l'évolution de la prévalence des troubles du comportement alimentaire.

UniversitätsSpital Zürich

Universität Zürich[UZH]

Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

Vertrags-Nr. 09.006170 / 204.0001 / -675 und 10.005736 / 204.0001 / -782

Schlussbericht

Zürich, 7. Mai 2012

Projektteam:

Prof. Dr. Ulrich Schnyder [1]

PD Dr. Gabriella Milos [1]

PD Dr. Meichun Mohler-Kuo [2]

lic. phil. Petra Dermota [2]

[1]Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsspital Zürich

[2]Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Zürich

Inhaltsverzeichnis

1 ABSTRACT 4

2 STUDIENÜBERSICHT 5

3 THEORETISCHER HINTERGRUND 6

3.1 EINLEITUNG 6
3.2 DEFINITION VON ESSSTÖRUNGEN 6
3.2.1 ANOREXIA NERVOSA / AN 6
3.2.2 BULIMIA NERVOSA / BN 7
3.2.3 BINGE EATING STÖRUNG / BED 7
3.2.4 NICHT NÄHER BEZEICHNETE ESSSTÖRUNGEN / EATING DISORDER NOT OTHERWISE SPECIFIED (EDNOS) 8
3.3 DEFINITION VON WEITEREN VERWENDETEN KONSTRUKTEN ZUM ESSVERHALTEN 8
3.3.1 ANY BINGE EATING STÖRUNG / ANYBED 8
3.3.2 ANY EATING STÖRUNG 9
3.3.3 ORTHOREXIA NERVOSA / ON 9
3.4 EPIDEMIOLOGIE DER ESSSTÖRUNGEN 10

4 METHODE 12

4.1 UNTERSUCHUNGSDESIGN 12
4.1.1 STICHPROBENBILDUNG 12
4.2 UNTERSUCHUNGSVERLAUF 15
4.2.1 STICHPROBENAUFTEILUNG 16
4.2.2 RÜCKLAUF 17
4.2.3 HERAUSFORDERUNGEN BEI DER DATENERHEBUNG 19
4.3 STICHPROBENSTRUKTUR UND -GEWICHTUNG 19
4.4 FRAGEBOGEN 24
4.4.1 COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTICAL INTERVIEW (CIDI) 24
4.4.2 BRATMAN'S ORTHOREXIE TEST (BOT) 25
4.4.3 SCREENING FÜR SCHWERWIEGENDE PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN 26
4.4.4 SCREENING FÜR SYMPTOME VON SOZIALER PHOBIE 27
4.4.5 ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT 27
4.4.6 FRAGEN ZUM SCHLAF 28
4.4.7 BEFRAGUNGSAUFBAU 28
4.5 AUSWERTUNG 29
4.5.1 DIAGNOSTISCHES VERFAHREN BEI ESSSTÖRUNGEN 29
4.5.2 STATISTISCHE ANALYSE 30

5 RESULTATE 31

5.1 DEMOGRAPHISCHE DATEN 31
5.2 ESSSTÖRUNGEN IN DER SCHWEIZ 32
5.2.1 LEBENSZEIT-PRÄVALENZRATEN 32

5.2.2 12 MONATS-PRÄVALENZRATEN 36
5.3 BEGINN UND DAUER VON ESSSTÖRUNGEN 38
5.4 KONTAKT MIT FACHPERSON BEI ESSSTÖRUNGEN 39
5.5 ESSSTÖRUNGEN UND GEWICHT 40
5.6 ESSSTÖRUNGEN UND ORTHOREXIE 41
5.7 ESSSTÖRUNGEN UND ERNSTHAFTE PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN 43
5.8 ESSSTÖRUNGEN UND SOZIALE PHOBIE 45
5.9 ESSSTÖRUNGEN UND LEBENSQUALITÄT 46
5.10 ESSSTÖRUNGEN UND SCHLAF 47

6 DISKUSSION 48

6.1 PRÄVALENZ VON ESSSTÖRUNGEN IN DER SCHWEIZ 49
6.1.1 VERGLEICH DER PRÄVALENZ MIT ÄHNLICH ANGELEGTEN STUDIEN IN DEN USA UND SECHS EUROPÄISCHEN LÄNDERN 50
6.1.1.1 Anorexia nervosa 51
6.1.1.2 Bulimia nervosa und Binge Eating Störung 52
6.1.2 VERGLEICH MIT ANDEREN EUROPÄISCHEN STUDIEN 55
6.2 KONTAKT MIT FACHPERSON BEI ESSSTÖRUNGEN 55
6.3 ESSSTÖRUNGEN UND GEWICHT 56
6.4 ESSSTÖRUNGEN UND ORTHOREXIE 57
6.5 KOMORBIDITÄT VON ESSSTÖRUNGEN 58
6.6 ESSSTÖRUNGEN UND LEBENSQUALTITÄT 59
6.7 ZUNAHME DER ESSSTÖRUNGEN IN DER SCHWEIZ? 60
6.8 SCHLUSSFOLGERUNGEN 61

1 Abstract

Hintergrund

Es gibt weltweit wenig bevölkerungsbasierte Studien über die Prävalenz von Essstörungen, obwohl einige internationale frühere Studien gezeigt haben, dass die Prävalenz von Essstörungen in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat. Die Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz ist bis heute unbekannt. Das Hauptziel der aktuellen Studie war es, die Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz mittels der DSM-IV Kriterien zu untersuchen.

Methode

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnitt-Haushaltsuntersuchung, welche eine repräsentative Stichprobe von 10’038 Personen im Alter von 15 bis 60 Jahren in den drei Sprachregionen der Schweiz befragt hat. Computergestützte Telefoninterviews (CATI) wurden zwischen April und Oktober 2010 durchgeführt. Die Häufigkeit von Essstörungen wurde basierend auf den DSM-IV-Kriterien und unter Verwendung des „WHO Composite International Diagnostic Interviews“ (WHO-CIDI) erhoben. Ebenfalls wurden Orthorexia nervosa und andere psychische Gesundheitsprobleme sowie die Lebensqualität untersucht.

Resultate

Die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenzraten von allen Essstörungsformen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störung) in der Bevölkerung betrugen 3.5% und 1.1%. Die Lebenszeitprävalenzen von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störung waren 1.2%, 2.4% und, 2.4% bei Frauen sowie 0.2%, 0.9% und 0.7%, bei Männern. Die Studie zeigt, dass Anorexia nervosa typischerweise in der Adoleszenz entsteht, hingegen Bulimia nervosa und die Binge Eating Störung eher später – bis im vierten Lebensjahrzehnt – beginnen. Esstörungsbetroffene wiesen signifikant mehr begleitende psychische Probleme auf als Menschen ohne Essstörungen. Menschen mit Essstörungen zeigten eine reduzierte Lebensqualität.

Diskussion

Die vorliegende Studie stellt international gesehen die grösste Prävanlenzstudie im Bereich der Essstörungen dar und zeigt, dass die Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz vergleichbar ist mit anderen industrialisierten Ländern. Damit wird deutlich, dass Essstörungen auch in der Schweiz keine seltenen Erkrankungen darstellen. Angesichts der schweren Folgen von Essstörungen ist es wichtig, die Bevölkerung für Untergewicht zu sensibilisieren; dies insbesondere für das Konzept „nicht zu viel, aber auch nicht zu wenig“. Weiter wird es künftig wichtig sein, die Entwicklung der Prävalenz von Essstörungen zu verfolgen.

2 Studienübersicht

Ausgangslage	Essstörungen stellen in unserer Gesellschaft ein ernsthaftes gesundheitliches Problem dar. Bei allen Formen von Essstörungen ist mit schwerwiegenden körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen zu rechnen. Die Ursachen von Essstörungen sind erst in Ansätzen geklärt, dem entsprechend sind auch die Behandlungsmöglichkeiten noch unbefriedigend. Die Schweiz verfügt über keine verlässlichen Daten hinsichtlich der Häufigkeit dieser potenziell lebensbedrohlichen Krankheiten. Im Hinblick auf die Entwicklung besserer Therapieformen und wirksamerer Präventionsmassnahmen ist die Erfassung der Prävalenz dieser Erkrankungen von zentraler Bedeutung.
Ziele der Studie	Das aktuelle Projekt beinhaltet die Befragung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über die Häufigkeit aller Formen von Essstörungen in der gesamten Schweiz: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und andere „atypische“ pathologische Essverhaltensmuster wie z.B. die Binge Eating Störung. Zusätzlich zur Lebenszeit-Prävalenz wurde auch die 12 Monats-Prävalenz von Essstörungen erfasst. Neben der Prävalenzen war es zudem ein Ziel, die häufigsten psychopathologischen Begleiterscheinungen von Essstörungen wie Depression, Angst, Informationen über den Schlaf, Lebensqualität und Orthorexie (auffälliges Essverhalten) zu untersuchen.
Methode	Die Daten wurden aus einer repräsentativen Zufallsstichprobe der Allgemeinbevölkerung in den drei Sprachregionen der Schweiz gewonnen. Gesamthaft wurden 10'038 Frauen und Männer zwischen 15 und 60 Jahren interviewt. Die Erhebung fand im zweiten und dritten Quartal 2010 statt. Um maximale Repräsentativität zu erreichen, wurde die Erhebung mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) durchgeführt. Aus dem gleichen Grund erfolgten die Interviews nicht nur auf Basis der eingetragenen Festnetznummern, sondern es wurden auch Personen in Haushaltungen berücksichtigt, welche nur über Mobiltelefon respektive über einen nicht eingetragenen Festnetzanschluss erreichbar sind.
Bedeutung der Studie	Die Arbeit hat grosse Bedeutung, da bis heute keine verlässlichen Daten über die Häufigkeit von Essstörungen in unserem Land vorliegen. Die Resultate der vorliegenden Studie liefern eine Grundlage für die Planung angemessener Präventions- und Behandlungsstrategien im Bereich der Essstörungen. Zudem ermöglicht die vorliegende Untersuchung auch einen Vergleich mit den Daten anderer Länder.

3 Theoretischer Hintergrund

3.1 Einleitung

Essstörungen sind potentiell lebensbedrohliche Krankheiten

Essstörungen sind potenziell lebensbedrohliche Krankheiten, die mit schweren psychischen und somatischen Problemen einhergehen können. Man geht davon aus, dass biologische, psychologische und soziokulturelle Faktoren zur Entwicklung einer Essstörung führen können. Essstörungen entstehen oft in der Jugend und verlaufen oft chronisch über viele Jahre. Bei einer erheblichen Zahl von Betroffenen führt die Erkrankung zu Invalidisierung oder zum Tod.

Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10, World Health Organization 1992) unterscheidet drei Hauptformen von Essstörungen (ES): Anorexia nervosa (AN - Magersucht), Bulimia nervosa (BN - Ess-/Brechsucht), sowie „atypische" pathologische Essverhaltensmuster wie z.B. die Binge Eating Störung (BED - Ess-Sucht). Man geht davon aus, dass viele übergewichtige Menschen unter einer BED leiden. Im „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen" (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association 2000) ist die BED unter dem Diagnoseschlüssel 307.50 als vorläufige Subgruppe unter „nicht näher bezeichneten Essstörungen" („Eating Disorders Not Otherwise Specified", EDNOS) definiert.

3.2 Definition von Essstörungen

Die Merkmale von AN, BN und BED werden im Folgenden gemäss den Kriterien des Diagnostischen Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV-TR) und der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10) erläutert.

3.2.1 Anorexia nervosa / AN

Kriterien für AN

Die Hauptmerkmale von AN sind:

A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergrösse normalen Körpergewichts zu halten (Körpergewicht unter 85% des Normalgewichts)
B. Grosse Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor dick zu werden.
C. Körperschemastörung: Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Gewichts auf die Selbstwertung oder Krankheitsverleugnung

D. Bei postmenarchealen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen

3.2.2 Bulimia nervosa / BN

Kriterien für BN

Hauptmerkmale von BN sind:

A. Wiederkehrende Episoden von Essanfällen. Eine Episode ist charakterisiert durch:

1) Essensaufnahme in einer kurzen Zeitspanne (bis zu 2 Stunden) und einer Nahrungsmenge, die definitiv größer ist, als die meisten Menschen in einer vergleichbaren Zeit unter ähnlichen Umständen essen würden.
2) Kontrollverlust während des Essanfalles (das Gefühl nicht stoppen oder kontrollieren zu können, was bzw. wie viel gegessen wird).

B. Wiederkehrende unangemessene Massnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme, wie selbst induziertes Erbrechen, Abusus (Missbrauch) von Laxanzien, Diuretika, Klistieren oder anderer Medikation, Fasten oder exzessive sportliche Übungen.

C. Essanfälle und unangemessene Kompensationsmechanismen treten im Schnitt mindestens zweimal wöchentlich während drei Monaten auf.

D. Die Selbstwahrnehmung ist unangemessen beeinflusst durch die Figur und das Gewicht

E. Die Störung tritt nicht ausschliesslich während Episoden von AN auf.

3.2.3 Binge Eating Störung / BED

Kriterien für BED

Hauptmerkmale von der BED sind:

A. Wiederkehrende Episoden von Essanfällen. Eine Episode ist charakterisiert durch:

1) Essensaufnahme in einer kurzen Zeitspanne (bis zu 2 Stunden) und einer Nahrungsmenge, die definitiv größer ist, als die meisten Menschen in einer vergleichbaren Zeit unter ähnlichen Umständen essen würden.
2) Kontrollverlust während des Essanfalles (das Gefühl nicht stoppen oder kontrollieren zu können, was bzw. wie viel gegessen wird).

B. Die Episoden von Essanfällen treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:

1) Es wird wesentlich schneller gegessen als normal,

2) Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
3) es werden große Mengen gegessen, obwohl man nicht hungrig ist.
4) es wird allein gegessen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach einem Essanfall.

C. Wegen der Essanfälle besteht ein deutliches Leidensgefühl

D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens zweimal wöchentlich während sechs Monaten auf.

E. Keine wiederkehrende kompensatorische Massnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme.

3.2.4 Nicht näher bezeichnete Essstörungen / Eating Disorder not otherwise specified (EDNOS)

BED gehört zu der Gruppe der EDNOS

Alle Essstörungen, die nicht in den ersten beiden genannten Kategorien (AN und BN) zu klassifizieren sind, werden in der EDNOS Gruppe klassifiziert. Die BED ist nach der DSM-IV Klassifikation ebenfalls innerhalb der EDNOS Kategorie definiert.

3.3 Definition von weiteren verwendeten Konstrukten zum Essverhalten

Die im Folgenden beschriebenen und für die vorliegende Untersuchung wichtigen Konstrukte zum Essverhalten sind **nicht im DSM-IV-TR aufgelistet.** Sie enthalten zusätzlich subklinische Formen von Essstörungen (3.3.1), fassen mehrere Gruppen von Essstörungen zusammen (3.3.2) oder bezeichnen ein auffälliges Essverhalten (3.3.3).

3.3.1 Any Binge Eating Störung / AnyBED

Personen mit einer AnyBED weisen mindestens zwei Mal pro Woche über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder länger Essanfälle auf, ohne die anderen Kriterien für eine der drei Hauptessstörungen erfüllen zu müssen

Neben den drei Hauptessstörungen wurde in der vorliegenden Studie auch ein umfassenderes Konstrukt, nämlich die „AnyBED“ erhoben (Hudson, Hiripi et al. 2007), um Vergleiche mit anderen Ländern zu erlauben. Die AnyBED ist nicht im DSM-IV-TR aufgelistet, da sie keine offizielle Essstörung darstellt. Die AnyBED ist definiert durch a) Episoden von Essanfällen (jedoch ohne dass die DSM-IV-TR-Kriterien B, C und E für BED oder B, D und E für BN erfüllt sein müssen) und b) dem Vorkommen der Essanfälle mindestens zwei Mal in der Woche über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder länger. Die Kategorie „AnyBED“ beinhaltet auch Fälle von BN, BED sowie AN mit Binge Eating (nicht aber Fälle von AN ohne Binge Eating).

3.3.2 Any Eating Störung

Any Eating Störung beinhaltet die Diagnosen AN, BN und BED

Mit dem Konstrukt „Any Eating Störung“ sind alle Personen gemeint, die mindestens eine der drei Haupt-Essstörungen (AN, BN, BED) aufweisen oder in der Vergangenheit aufgewiesen haben. Das heisst die Prävalenz von Any Eating Störung entspricht der Summe an Personen mit einer AN, BN oder BED-Diagnose.

3.3.3 Orthorexia nervosa / ON

Orthorexie ist ein auffälliges Essverhalten und keine Essstörung

Kulturen, Gewohnheiten, Lebensstile und auch Essgewohnheiten unterliegen einem stetigen Wandel. Dieser Wandel spornt die Forschung an, auch bisher weniger erforschte Essverhaltensmuster, die als pathologisch oder in Zusammenhang stehend mit anderen Pathologien gelten, genauer zu untersuchen (Arusoglu, Kabakci et al. 2008). Essstörungen wie AN und BN sind bereits seit vielen Jahren bekannt und dennoch bedurfte es auch bei AN und BN einer langen Zeit bis sie in die gängigen Klassifikationssysteme DSM und ICD aufgenommen wurden. BN wurde beispielsweise erst 1980 und somit 40 Jahre nach dem ersten Fallbericht der 1932 erschienen ist, ins DSM aufgenommen (Russell 2004).

Obwohl Orthorexia nervosa (ON) nicht in den gängigen Klassifikationssystemen enthalten ist und somit als „pseudowissenschaftlich“ gilt, stellt ON eine neue Kategorie zum Essverhalten dar, welche in der Forschung immer mehr diskutiert wird, auch hinsichtlich dessen, ob es eine neue Störung ist oder sein könnte (Arusoglu, Kabakci et al. 2008). Immer mehr Personen bevorzugen eine gesundheitsfördernde Ernährung und beschäftigen sich aussergewöhnlich stark mit dem Thema Essen. Der Begriff Orthorexie wurde erstmals vom amerikanischen Arzt Steven Bratman im Jahr 1997 geprägt. Orthorexie wird als eine ausgeprägte Fixierung auf die Auswahl von „gesundem“ und der Vermeidung von „ungesundem“ Essen verstanden (Bratman 2000; Donini, Marsili et al. 2004). Die Definition dessen, was "gesund" ist, wird dabei von den Betroffenen immer enger gefasst und kann extreme Formen annehmen. Im Bestreben, sich von einer bestimmten Essstörung zu kurieren, oder einfach nur aus einem extremen Verlangen nach einer gesunden Ernährung, entwickeln Personen mit Orthorexie ihre eigenen spezifischen Essgewohnheiten. Die Ausarbeitung eines den selbst auferlegten Ernährungsvorschriften folgenden Diätplans nimmt zunehmend Zeit in Anspruch und die Betroffenen müssen ihre Mahlzeiten mehrere Tage im Voraus planen (Bratman 2000).

Orthorexie als Störung oder Krankheitsbild ist umstritten unter Forschern

und Ärzten (Rossner 2004). Orthorexie wird nicht wie AN oder BN auf „quantitative Weise“, sondern auf „qualitative Weise“ (z. B. ausschliesslich biologische Produkte essen, immer nur die gleichen Speisen essen) ausgedrückt (Bratman 2000; Donini, Marsili et al. 2004). Anders als bei den Essstörungen existiert noch kein validiertes Instrument zur Erfassung der Orthorexie (Donini, Marsili et al. 2005). Die zwei bestehenden Erfassungssysteme, der „Bratman-Orthorexie-Test, BOT“ (Bratman 2000) sowie der „Test für die Diagnose von Orthorexie, ORTO-15“ von Donini et al (2004) bedürfen somit beide noch an Entwicklung.

Zwischen ON und den Essstörungen bestehen einige Gemeinsamkeiten. Orthorexie kann zu Mangelernährung und Gewichtsverlust sowie sozialer Isolation wie bei AN führen. Anders jedoch als bei AN und BN sind Personen mit ON bemüht gesunde und reine Nahrung zu sich zu nehmen und kümmern sich nicht um die Quantität oder das physische Erscheinungsbild der Nahrung (Arusoglu, Kabakci et al. 2008). Sie verbringen die meiste ihrer Zeit damit, strikte Regeln zu befolgen und Verhaltensweisen wie die Hauptbeschäftigung mit dem Essen ähneln den Symptomen einer Zwangsstörung. Auf der anderen Seite wird argumentiert, dass die Hauptbeschäftigung mit dem Essen bei ON nicht so stark ausgeprägt ist wie bei AN oder BN, da es sich nur auf die Qualität des Essens bezieht und somit bestehe keine Berechtigung, Orthorexie als Krankheit oder Störung zu definieren (Donini, Marsili et al. 2004; Mathieu 2005; Kinzl, Hauer et al. 2006; Arusoglu, Kabakci et al. 2008; Vandereycken 2011).

Mit dem heutigen Konzept von ON (es bestehen noch keine universal akzeptierte Definition und keine validen diagnostischen Kriterien) und den bestehenden Instrumenten zur Orthorexie kann deshalb **nicht von einer Essstörung** sondern viel mehr von einem **auffälligen Essverhalten** gesprochen werden.

3.4 Epidemiologie der Essstörungen

Lebenszeitprävalenzen der einzelnen Essstörungen zwischen 0.5% und 3% gemäss DSM-IV-TR

Das DSM-IV-TR gibt basierend auf älteren epidemiologischen Studien für Frauen eine approximative Lebenszeit-Prävalenzrate von 0.5% für AN und von 1-3% für BN an (American Psychiatric Association 2000). Bei Männern beträgt die Prävalenzrate beider Erkrankungen cirka ein Zehntel der Werte der Frauen. Für BED wird eine Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 0.7-4% angegeben, Frauen und Männer scheinen fast gleich häufig betroffen zu sein (American Psychiatric Association 2000).

Internationale Literatur zeigt grösseren Streuungsgrad zwischen den Prävalenzen

Die Analyse der internationalen Literatur zeigt, dass zwischen den Resultaten der verschiedenen Studien Unterschiede bestehen. Zum Beispiel wird für AN eine Prävalenz von 0.4 bis 8.1% angegeben (Hoek and van Hoeken 2003; Hudson, Hiripi et al. 2007). Der Grund der grossen Streuungen liegt in der relativ niedrigen Prävalenz der ES in der allgemeinen Bevölkerung und in methodologischen Schwierigkeiten. Die Identifikation der Fälle ist ein anspruchvolles Unterfangen. ES-Betroffene nehmen das eigene Essverhalten oft nicht als pathologisch wahr und tendieren aus Scham die Kontakte mit dem Gesundheitssystem zu vermeiden (Hoek 2006). Auch wurden je nach Studie unterschiedliche Instrumente zur Erhebung von Essstörungen verwendet, was das Vergleichen der Resultate problematisch macht.

Eine kürzlich publizierte, gross angelegte amerikanische Studie (National Comorbidity Survey Replication) fand eine Lebenszeit-Prävalenz für AN, BN und BED von 0.9%, 1.5% und 3.5% bei Frauen und 0.3%, 0.5%, 2.0% bei Männern. Die 12-Monats-Prävalenz war bedeutend kleiner (0 für AN, 0.3 für BN, 1.2 für BED). Unter Miteinschliessung „subklinischer“ und „anderer“ Formen von Binge Eating (Any Binge Eating) betrug die Lebenszeit-Prävalenz 4.5%, die 12 Monats-Prävalenz 2.1% (Hudson, Hiripi et al. 2007). Eine ähnlich angelegte Europäische Studie (in Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Holland und Spanien erhoben) fand eine etwa um die Hälfte niedrigere Lebenszeit-Prävalenz für alle ES im Vergleich zu den USA, allerdings mit beträchtlichen Unterschieden zwischen den Ländern (Preti, Girolamo et al. 2009). Auch in dieser Studie wurde unter Miteinbeziehung der subsyndromalen Formen von Binge Eating (d.h. wenn auch Binge Eating Formen berücksichtigt wurden, bei welchen nicht alle Kriterien einer BED-Diagnose nach DSM erfüllt waren) eine höhere Prävalenzrate gefunden. Die Studien zeigen damit, dass neben dem vollständigen Bild einer BED oftmals auch partielle Formen dieser Erkrankung mit nur einem Teil der Symptome vorkommen können.

Essstörungen deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern

In Kollektiven junger Frauen ist die Prävalenz naturgemäss deutlich höher. Die Mann:Frau-Prävalenzrate bei AN und BN bewegt sich in einem Bereich zwischen 1:5 und 1:10 (Bushnell, Wells et al. 1990). Eine neue finnische Studie an einer Zwillings-Kohorte von 1975-1979 geborenen Frauen zeigte eine Lebenszeit-Prävalenz von 2.2% für AN und 2.3% für BN (Keski-Rahkonen, Bulik et al. 2007; Keski-Rahkonen, Hoek et al. 2009). Diese Daten sind vergleichbar mit den Resultaten einer Studie aus Norditalien, die mit einer Bevölkerungsbefragung von 18–25-jährigen Frauen durchgeführt wurde (Favaro, Ferrara et al. 2003).

Oft psychopathologische Begleiterscheinungen

Essstörungen sind oft von anderen psychiatrischen Auffälligkeiten begleitet, besonders häufig zu finden sind Angststörungen und Depressionen (Braun, Sunday et al. 1994; Milos, Spindler et al. 2004; Bruce and Steiger 2005). Komorbide Faktoren, wie Angststörungen, Depression, Zwangssymptome, Drogenabusus, Alkoholabusus oder Suizidversuche können die Entstehung und den Verlauf von ES beeinflussen und sind bis heute Gegenstand der Forschung (Bruce and Steiger 2005, Steinhausen 2002; Kaye, Bulik et al. 2004; Raney, Thornton et al. 2008).

Ebenfalls hat sich über viele Studien konsistent gezeigt, dass Personen mit Essstörungen eine tiefere Lebensqualität aufweisen als die Allgemeinbevölkerung (Jenkins, Hoste et al. 2011).

4 Methode

4.1 Untersuchungsdesign

Befragungsmethode

Die Daten wurden aus einer repräsentativen Zufallsstichprobe der Allgemeinbevölkerung in den drei Sprachregionen der Schweiz gewonnen. Gesamthaft wurden 10'038 Frauen und Männer zwischen 15 und 60 Jahren interviewt. Um maximale Repräsentativität zu erreichen, wurde die Erhebung mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) durchgeführt. Dies aus den Telefonlabors von LINK in Lausanne, Lugano, Luzern und Zürich. Der Fragebogen wurde computergestützt über Bildschirm abgefragt, die Fragesteuerung erfolgte automatisch. Die gesamte Stichproben- und Terminverwaltung wurde mit Hilfe des CASO-Programms (Computer-Assisted-Sample-Organizer) gesteuert und überwacht.

4.1.1 Stichprobenbildung

Stichprobengrundlage

In der Regel erfolgt die Stichprobenziehung bei CATI-Studien auf Basis der eingetragenen Festnetznummern. Die Liberalisierung des Telekommunikationsmarktes, der Handy-Boom und der Wegfall der Eintragspflicht von Festnetznummern zum Ende des Jahres 1998 führten jedoch in den letzten 10 Jahren zu einer immer grösser werdenden Anzahl nicht eingetragener Telefonnummern (ca. 10%[1]) und einer

[1] Bis vor kurzem hat sich LINK auf die vom Bundesamt für Statistik 2008 publizierten Daten berufen nach denen rund 10% der Haushaltungen einen nicht eingetragenen Festnetzanschluss haben. Es handelte sich um Schätzungen aufgrund der Anschlussstatistik. In Zwischenzeit existieren jedoch aktuellere Informationen. Im Spätsommer 2010 wurde für die WEMF AG (Werbemedienforschung) ein ausführlicher Methodentest durchgeführt, im Rahmen dessen der Anteil Haushaltungen ohne eingetragenen Festnetzanschluss auf 16% beziffert werden konnte. Da zum Zeitpunkt als die WEMF-Resultate

Zunahme an Personen, die nur über einen Mobil-Telefonanschluss (ca. 5%) verfügen. Berücksichtigt man zudem die Schweizer Haushalte, welche über keinen Telefonanschluss verfügen (1-2%), so können heute rund 17% der Haushalte nicht mehr über einen eingetragenen Festnetzanschluss erreicht werden. Um diese Haushaltungen - v.a. Haushaltungen mit jüngeren Personen - nicht a priori von der Befragung auszuschliessen, wurden neben Nummern aus dem Verzeichnis der Festnetzanschlüsse auch Telefonnummern aus den folgenden Quellen verwendet:

- Komplettierung von Telefonnummern
- Verzeichnis der Mobil-Telefonnummern

Komplettierung von Telefonnummern

Um die rund 10% nicht eingetragenen Festnetznummern auch mit in die Befragung einzubeziehen, wurden auch komplettierte Telefonnummern nach dem Gabler-Häder-Design verwendet. Die Technik der Komplettierung nach Gabler-Häder funktioniert wie folgt: Da es zu aufwändig wäre ganze Telefonnummern zufällig zu generieren (es wäre vermutlich weniger als jede tausendste Nummer brauchbar), werden nicht ganze Nummern generiert. In einem ersten Schritt werden alle Stämme (Vorwahl + erste drei Ziffern, z.B. 044 361) herausgesucht die tatsächlich existieren, d.h. in denen mindestens ein eingetragener Anschluss eines Privathaushalts besteht. Innerhalb dieses Nummernstammes werden dann zufällige Nummern generiert, die nicht eingetragen sind (z.B. 043 817 XY XY). Dieses Verfahren wird schon seit Jahren von Forschungsinstituten erfolgreich in der Schweizer Praxis angewendet wird. Es basiert auf einer wissenschaftlichen Studie des Zentrums für Umfrageforschung an der Universität Mannheim (ZUMA) und wurde auch bereits vom Bundesamt für Statistik als methodisch korrekt beurteilt (siehe Methodenbericht 2007).

Einbezug von eingetragenen Mobiltelefonnummern

Das LINK zur Verfügung stehende Telefonregister enthält rund 250'000 eingetragene private Handy-Nummern, wobei gut ein Drittel dieser Mobil-Telefonnummern Haushaltungen ohne eingetragenen Festnetzanschluss zugeordnet werden können. Durch einem Abgleich mit dem Register der Festnetzanschlüsse wurden solche „Mobile Only“-Haushalte identifiziert und analog zu den Festnetznummern als mikrostratifizierte Zufallsstichprobe in die Befragung integriert. Im Rahmen der Befragung wurde nochmals überprüft, ob in diesen Haushalten tatsächlich kein Festnetzanschluss vorhanden ist. Haushalte, die trotzdem einen solchen besassen, wurden ausgescreent. Das

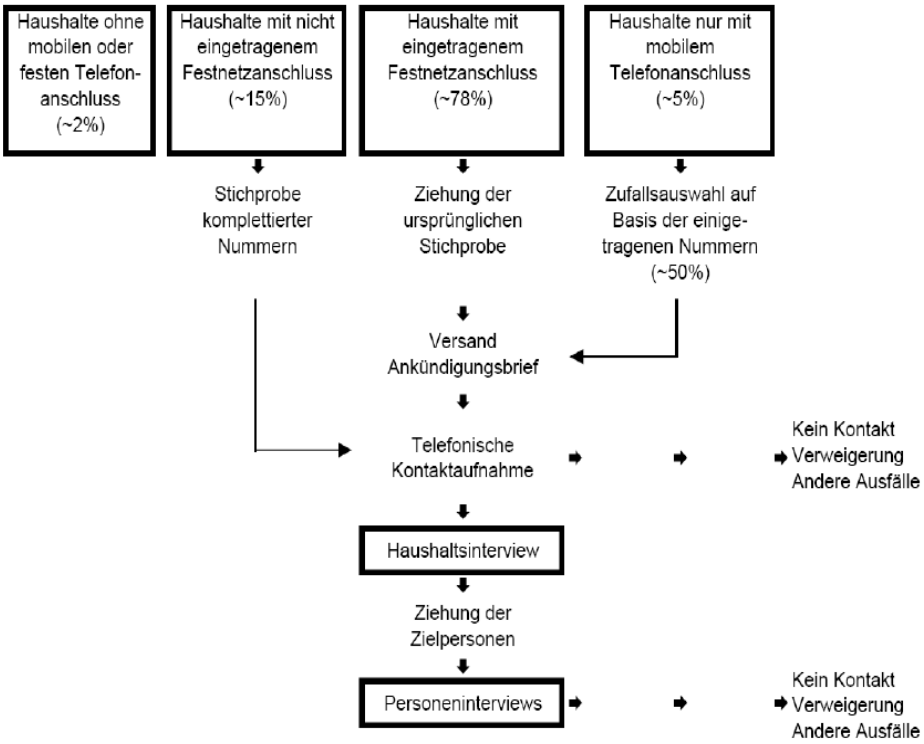
entstanden, die Erhebung der vorliegenden Studie „Prävalenz von Essstörungen“ bereits fast abgeschlossen war, konnte die Soll-Vorgabe der komplettierten Nummern nicht mehr angepasst werden. Trotzdem war es für diese Studie wichtig, die neuen Erkenntnisse für die Gewichtung zu verwenden.

Verzeichnis der eingetragenen Mobiltelefonnummern stellt zwar keine vollständige Sampling-Grundlage für das Universum der „Mobile Only"-Haushalte dar, es ist jedoch zurzeit die einzige realisierbare Möglichkeit, um auch diese Personengruppe in Befragungen mit einbeziehen zu können. Die Verwendung von komplettierten Handynummern ist aufgrund der sehr tiefen Erreichbarkeit und hohen Ausfallquoten fernab von jeder praktischen Umsetzbarkeit.

Stichprobenbildung: Random-Random-Verfahren

Die folgende Graphik zeigt die Stichprobenbildung im Überblick:

Abbildung 1: Stichprobenbildung



Beim **Random-Random-Verfahren** werden in einem ersten Schritt die Haushalte zufällig aus der Stichprobengrundlage, dem Telefonnummernverzeichnis gezogen. Die Zufallsauswahl der Telefonnummern erfolgte mikrostratifiziert, auf Ebene der Postleitzahlen, so dass eine idealtypische Verteilung bezüglich Region und Ortsgrösse gewährleistet ist. Für die Ziehung der Zielperson erfolgte in einem nächsten Schritt – bei der telefonischen Kontaktierung – die Aufnahme der Haushaltsstruktur mittels Vornamen, Alter und Geschlecht (entspricht dem **Haushaltsinterview**). Danach werden nach einem Zufallsprinzip die Zielpersonen vom Computer bestimmt, wobei jede 2. Person befragt wurde (entspricht dem **Zielpersoneninterview**)**.** Gehörte im Haushalt nur eine Person zur Grundgesamtheit, wurde diese in jedem Fall befragt. Diese Zufallsauswahl bringt den Vorteil mit sich, dass der Interviewer keine Möglichkeit hat, das Auswahlverfahren zu

beeinflussen. Durch die Berücksichtigung jeder 2. Person im Haushalt konnten grosse Gewichtungsfaktoren auf Haushaltsebene vermieden werden. Aufgrund der faktischen Fragebogeninhalte waren Mehrfachbefragungen im vorliegenden Fall legitim, da keine Gefahr der gegenseitigen Beeinflussung der Probanden bestand.

4.2 Untersuchungsverlauf

Ankündigungsbriefe

Den gezogenen Zielhaushaltungen wurde ein Ankündigungsbrief zugestellt. Insgesamt wurden 25'435 Zielhaushaltungen gezogen. Absender des Briefs war das Bundesamt für Gesundheit. Unterzeichnet wurde das Schreiben vom zuständigen Abteilungsleiter. Der Brief enthielt folgende Informationen:

- Grobe Thematik der Studie (Gesundheit mit Schwerpunkt Ernährung)
- Ankündigung des Anrufes eines/einer LINK-Mitarbeitenden
- Befragungsdauer
- Herkunft der Adressen
- Ausdrückliche Garantie der Wahrung der Anonymität

Die Briefe wurden durch das BAG und die Universität Zürich verfasst und durch LINK verpackt und versandt. Für den Fall, dass ein Brief nicht zugestellt werden konnte, war ein Zweit-Versand des Briefes auf Wunsch im Rahmen des Telefonkontakts möglich. Insgesamt haben 1'356 Personen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Den InterviewerInnen stand es offen, auch Personen, die über einen nicht eingetragenen Telefonanschluss kontaktiert wurden, einen Ankündigungsbrief zukommen zu lassen, um sie von einer Studienteilnahme zu überzeugen. Dies haben 31 Personen in Anspruch genommen.

Durchführung des Pretests

Der fertig programmierte Fragebogen wurde in Deutsch am 16. und 17. März 2010 einem ersten Pretest unterzogen. Dieser fand im Luzerner Telefonlabor des LINK Instituts statt, bei welchem insgesamt 19 Interviews durchgeführt wurden. Die durchschnittliche Befragungsdauer im Pretest dauerte 20.9 Minuten. Nach dem Pretest wurde der Fragebogen noch einmal angepasst und um 4 Minuten gekürzt.

Befragungstermine

Die Interviews wurden alle zwischen dem 14. April und dem 25. Oktober 2010 realisiert. Die Mehrheit der Interviews fand von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 21.00 Uhr sowie an Samstagen zwischen 9.30 Uhr und 16.00 Uhr statt.

Befragungsdauer

Der finale Fragebogen erreichte eine reine durchschnittliche

Befragungsdauer von 14.4 Minuten pro Interview. Diese Dauer setzt sich zusammen aus 11.8 Minuten für das Personeninterview und 2.6 Minuten für das Haushaltsinterview. Hinzu kommen durchschnittlich 2 Minuten Kontaktierungszeit im Adressverwaltungsprogramm CASO pro Interview (für Terminvereinbarungen etc.).

4.2.1 Stichprobenaufteilung

Stichprobenaufteilung

Die gesamte Bruttostichprobe umfasste 62'695 Telefonnummern. Diese Stichprobe verteilte sich wie folgt über die drei Substichproben:

- Substichprobe A, eingetragene Festnetznummern: 23’299
- Substichprobe B, komplettierte Festnetznummern: 37’260
- Substichprobe C, eingetragene Handynummern: 2’136

Insgesamt konnten im Verlauf der Feldzeit 10'038 Personeninterviews realisiert werden. Diese Interviews teilen sich wie folgt auf die Substichproben auf:

Tabelle 1: Interviews pro Substichprobe

Substichprobe	Haushalts-Interviews	Anteil	Personeninterviews	Anteil
A Eingetragene Festnetznummern	8’760	83.2%	8’542	85.1%
B Komplettierte Festnetznummern	1’278	12.1%	1’025	10.2%
C eingetragene Handynummern	495	4.7%	471	4.7%
Total	10’533	100.0%	10’038	100.0%

Die Nummern jeder Substichprobe wurden weiter in je 6 Adresspakete unterteilt, die zeitlich gestaffelt aktiviert wurden, um eine zeitnahe Abarbeitung zum Versand des Ankündigungsbriefes zu ermöglichen. Die Adresspakete wurden rund alle drei Wochen aktiviert, wobei zum Schluss zwei weitere Adressversände erfolgten, um die zielgenaue Erreichung der Stichprobengrösse sicherzustellen.

4.2.2 Rücklauf

Die Ausschöpfung unterschied sich deutlich zwischen den Substichproben

Erwartungsgemäss unterscheiden sich die Ausschöpfungsberichte deutlich zwischen den Substichproben (A, B, C). Die höchste Ausschöpfung auf Haushaltsebene konnte in der Substichprobe A erreicht werden. Grund dafür sind einerseits die Ankündigungsbriefe, welche die Teilnahmebereitschaft steigern (im Vergleich zur Substichprobe B, bei der keine Ankündigungsbriefe verschickt werden konnten) und andererseits der Umstand, dass Personen einem Anruf auf ein Festnetztelefon weniger skeptisch begegnen als einem solchen auf ihrem Handy (was den Unterschied zur Substichprobe C erklärt).

Die vergleichsweise hohen Anteile an ungültigen Nummern und Kontaktüberschüssen in der Substichprobe B sind auf nicht vergebene Anschlüsse, Geschäftsnummern oder technische Nummern (z.B. Pager-Nummern, vorhandene Nummern, an denen kein Telefon angehängt ist usw.) zurückzuführen. In der Substichprobe C ist die hohe Zahl von Ausfällen darin zu begründen, dass ein grosser Teil der per Mobiltelefon erreichten Personen in einem Haushalt mit vorhandenem Festnetzanschluss lebten und die Nummern somit als ungültig galten (46.1%).

Tabelle 2: Ausschöpfung

Status	**A** (eingetr. Festnetznr.)	**B** (kompl. Festnetznr.)	**C** (Mobile Only)
BASIS: Aktivierte Adressen	23'299 *100.0%*	37'260 *100.0%*	2'136 *100.0%*
Kontakt-Overflow / Termine / Pool	2'033 *8.7%*	17'539 *47.1%*	283 *13.2%*
Ungültige Nummern	3'191 *13.7%*	16'972 *45.6%*	984 *46.1%*
Altersprobleme (niemand im Haushalt zw. 15-60 Jahren)	5'848 *25.1%*	443 *1.2%*	66 *3.1%*
Nicht erreichbar	424 *1.8%*	113 *0.3%*	79 *3.7%*
Sprachprobleme	652 *2.8%*	289 *0.8%*	42 *2.0%*
Gültige Adressen	11'151 *47.9%*	1'904 *5.1%*	682 *31.9%*
BASIS: Gültige Adressen	11'151 *100.0%*	1'904 *100.0%*	682 *100.0%*
Verweigerung Haushalt	2'389 *21.4%*	625 *32.8%*	187 *27.4%*
Realisierte Haushalts-Interviews	**8'760** ***78.6%***	**1'278** ***67.1%***	**495** ***72.6%***
Total ausgewählte Zielpersonen	10'402 *93.3%*	1'520 *79.8%*	496 *72.7%*
BASIS: Ausgewählte Zielpersonen	10'402 *100.0%*	1'520 *100.0%*	496 *100.0%*
Nicht erreichbar, Tel. Problem	454 *4.4%*	97 *6.4%*	9 *1.8%*
Sprachprobleme	260 *2.5%*	60 *3.9%*	1 *0.2%*
Krankheitsbedingte Ausfälle	67 *0.6%*	5 *0.3%*	2 *0.4%*
Verweigerung Zielpersonen	710 *6.8%*	134 *8.8%*	10 *2.0%*
Kontakt-Overflow / Termine / Pool	369 *3.5%*	199 *13.1%*	3 *0.6%*
Realisierte Personen-Interviews	**8'542** ***82.1%***	**1'025** ***67.4%***	**471** ***95.0%***

Der Rücklauf betrug 80.89%

Die Rücklaufrate für die Haushaltsinterviews betrug 76.7% und für die Personeninterviews 80.89% (Basis hierfür waren die „Ausgewählten Zielpersonen").

4.2.3 Herausforderungen bei der Datenerhebung

Anzahl gültiger Adressen tiefer als erwartet

Insgesamt verlief die Datensammlung sehr gut und ohne schwerwiegende Probleme. Die 10’038 Interviews konnten wie geplant innerhalb von sechs Monaten realisiert werden. Jedoch war die Anzahl gültiger Adressen tiefer als erwartet und so mussten wir statt der geplanten 22’880 Zielhaushaltungen (Festnetz und Handy) 25'435 Haushalte anschreiben, um die gewünschte Zahl an Interviews zu erreichen. Total wurden somit 26'822 statt wie geplant 23'000 Ankündigungsbriefe verschickt (25'435 Adressen Stichprobe A & C sowie 1'387 Zweitversände).

Während des gesamten Erhebungszeitraums war das Forschungsteam in engem Kontakt mit LINK und hat mehrmals vor Ort in die Interviews hineingehört. Zudem wurden die Befrager/-innen während der gesamten Feldzeit von Supervisor/-innen sowie durch die Feldleitung vor Ort betreut und überwacht (akustische und visuelle Supervision).

4.3 Stichprobenstruktur und -gewichtung

Vorgehen

Den folgenden Tabellen ist die gewichtete und ungewichtete Struktur der Stichprobe hinsichtlich der Kriterien Region, Haushaltsgrösse, Substichprobe, Alter und Geschlecht zu entnehmen. Aufgrund der Random-Random-Stichprobenbildung und des Auswahlmechanismus der Zielpersonen entsprechen die gezogenen Zielpersonen einer nahezu der Realität entsprechenden Zufallstichprobe. Dabei gibt es drei geringfügige Einschränkungen:

- Der Auswahlmechanismus innerhalb des Haushalts wählte jeweils jede zweite Person im Haushalt aus, die im gesuchten Alter ist. Davon ausgenommen sind Einpersonenhaushalte. Sofern die Person zwischen 15 und 60 Jahre alt war, wurde das Interview in jedem Fall mit dieser Person durchgeführt. Somit haben BewohnerInnen von Einpersonenhaushalten eine höhere Auswahlwahrscheinlichkeit.
- Die regionale Verteilung der Haushaltungen wurde über die mikrostratifizierte Auswahl der Telefonnummern vorgenommen und ist somit keine reine, sondern eine geschichtete Zufallsauswahl.
- Dasselbe trifft auf die Substichproben zu. Diese wurden anhand der bekannten Verteilung als dreischichtige Zufallsstichproben gezogen.

Um diese Einschränkungen zu kontrollieren, wurden die **drei Dimensionen, Haushaltsgrösse, Region und Substichprobe**, gewichtet. Die Gewichtung erfolgte als Zellengewichtung.

Die zentrale Herausforderung der Gewichtung lag bei dieser Studie in

den kaum vorhandenen Strukturdaten auf Haushaltsebene. Über die Zusammensetzung der Grundgesamtheit der Haushalte (Haushalte mit mindestens einer Person im Alter von 15-60 Jahren) existieren keine aktuellen Daten. Die aktuellsten verfügbaren Daten stammen aus der Volkszählung 2000. Diese Angaben sind jedoch nach zehn Jahren nicht mehr aktuell und enthalten keine Aufschlüsselung nach den hier verwendeten Substichproben (Art der Telefonanschlüsse im Haushalt). In diesem Punkt kam der Vorteil zum Tragen, dass LINK andere Grossstudien mit komplettierten Telefonnummern realisiert hat. Die Verteilungen der Gewichtungsdimensionen konnten anhand dieser Erkenntnisse überprüft und bei Abweichungen entsprechend gewichtet werden. Da auch die anderen realisierten Studien aussergewöhnliche Abweichungen enthalten können, wurde jeweils nicht komplett nach deren Struktur gewichtet, sondern der Mittelwert zwischen der vorliegenden und den anderen Studien als Strukturvorlage verwendet.

Gewichtungsdimensionen und Stichprobenstruktur nach Sprachregion

Aufgrund der mikrostratifizierten Adressselektion in allen Substichproben und der gleichmässigen Abarbeitung der Adressen, ist in der Dimension der Sprachregionen nur eine minimale Gewichtung nötig. Die Struktur der ungewichteten Stichprobe entspricht weitgehend der Struktur der Grundgesamtheit.

Tabelle 3: Stichprobenstruktur nach Spracheregion

Region	ungewichtet		gewichtet	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Französischsprachige Schweiz	2’381	23.7%	2’385	23.7%
Deutschsprachige Schweiz	7’146	71.2%	7’145	71.2%
Italienischsprachige Schweiz	511	5.1%	508	5.1%
Gesamt	10’038	100.00%	10’038	100.00%

Betrachtet man die Ausgangsadressen und die realisierten Interviews nach Sprachregionen, so zeigt sich, dass eine leichte Verschiebung von der Deutschschweiz hin zur französisch- und italienischsprachigen Schweiz stattgefunden hat. Diese ist auf die Substichprobe der komplettierten Telefonnummern zurückzuführen. In diesem Bereich ist die Dichte der existierenden Nummern in den Nummernstämmen zentral für die Ausschöpfung. Da sich diese Dichte zwischen den Sprachregionen unterscheidet, ergeben sich in dieser Substichprobe auch unterschiedliche Ausschöpfungsquoten zwischen den Landesteilen (in der Deutschschweiz ist die Dichte „brauchbarer“ Nummern geringer und

es resultieren somit weniger Interviews als im Tessin und der französischsprachigen Schweiz).

Tabelle 4: Ausgangsadressen nach Sprachregion

Region	Ausgangs-adressen	Anteil	Personen-interviews	Anteil
Französischsprachige Schweiz	14’461	23.1%	2’381	23.7%
Deutschsprachige Schweiz	45’454	72.5%	7’146	71.2%
Italienischsprachige Schweiz	2’732	4.4%	511	5.1%
Gesamt	10’533	100.00%	10’038	100.00%

Gewichtungsdimensionen und Stichprobenstruktur nach Haushaltsgrösse

Wie aufgrund des Auswahlmechanismus zu erwarten war, sind die Einpersonenhaushalte in der Stichprobe übervertreten. Die Gewichtung dieser Dimension erfolgte in vier Kategorien, wobei die Haushalte mit vier oder mehr Personen zusammengefasst wurden.

Tabelle 5: Stichprobenstruktur nach Haushaltsgrösse

	ungewichtet		gewichtet	
Haushaltsgrösse	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
1 Person	1’919	19.1%	1’891	18.8%
2 Personen	2’619	26.1%	2’618	26.1%
3 Personen	1’796	17.9%	1’815	18.1%
4 oder mehr Personen	3’704	36.9%	3’714	37.0%
Gesamt	10’038	100.00%	10’038	100.00%

Gewichtungsdimensionen und Stichprobenstruktur nach Substichprobe

Eine leichte Verschiebung ergibt sich in der Dimension der Substichproben hin zu den komplettierten Festnetznummern: Bis vor Kurzem hat sich LINK auf die vom Bundesamt für Statistik 2008 publizierten Daten berufen, nach denen rund 10% der Haushaltungen einen nicht eingetragenen Festnetzanschluss haben. Es handelte sich um Schätzungen aufgrund der Anschlussstatistik. In der Zwischenzeit existieren jedoch aktuellere Informationen, nach welchen der Anteil solcher Haushaltungen auf 16% zu beziffern ist. Da zum Zeitpunkt, als diese Resultate entstanden, die Erhebung der vorliegenden Studie „Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz“ bereits fast abgeschlossen war, konnte die Soll-Vorgabe der komplettierten Nummern nicht mehr angepasst werden. Trotzdem war es für diese Studie wichtig, die neuen Erkenntnisse für die Gewichtung zu verwenden.

Tabelle 6: Stichprobenstruktur nach Substichprobe

Substichprobe	ungewichtet		gewichtet	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
Eingetragene Festnetznummern	8’542	85.1%	7’930	79%
Komplettierte Festnetznummern	1’025	10.2%	1’606	16%
Mobile Only	471	4.7%	502	5%
Gesamt	10’038	100.00%	10’038	100.00%

Stichprobenstruktur nach Altersgruppe

Bei der Verteilung der Altersgruppen zeigt sich, dass die höheren Altersgruppen in vorliegender Stichprobe leicht über-, hingegen die jüngeren Personen leicht untervertreten sind. Dies erklärt sich dadurch, dass jüngere Personen deutlich weniger teilnahmebereit und schlechter erreichbar sind als ältere Personen.

Tabelle 7: Stichprobenstruktur nach Altersgruppe

Altersgruppe	ungewichtet		gewichtet	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
15 bis 20 Jahre	1’071	10.7%	1’080	10.8%
21 bis 30 Jahre	1’589	15.8%	1’632	16.3%
31 bis 40 Jahre	2’147	21.4%	2’145	21.4%
41 bis 50 Jahre	2’781	27.7%	2’762	27.5%
51 bis 60 Jahre	2’450	24.4%	2’419	24.1%
Total	10’038	100.00%	10’038	100.00%

Stichprobenstruktur nach Geschlecht

Bei der Verteilung der Geschlechter fällt auf, dass die Stichprobe mehr Frauen als Männer umfasst. Dies ist auf eine höhere Teilnahmebereitschaft und bessere Erreichbarkeit von Frauen zurückzuführen. Diesbezüglich dürfte auch die Thematik der Befragung eine Rolle gespielt haben, die Frauen vermutlich eher interessiert. Zu bemerken ist, dass die Frauen mit 56.1% auch nach der Gewichtung nach den **drei Dimensionen, Haushaltsgrösse, Region und Substichprobe** für die Schweiz noch überrepräsentiert sind.

Tabelle 8: Stichprobenstruktur nach Geschlecht

Geschlecht	ungewichtet		gewichtet	
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent
männlich	4’423	44.1%	4’405	43.9%
weiblich	5’615	55.9%	5’633	56.1%
Gesamt	10’038	100.00%	10’038	100.00%

Gewichtung nach Alter und Geschlecht

Grundsätzlich ist es trotz der gut funktionierenden Zufallsauswahl möglich, dass nach der Auswahl der Zielperson gewisse Gruppen eine abweichende Teilnahmebereitschaft aufweisen, was zu einer Über- oder Unterrepräsentation in der Stichprobe führen kann (wie in vorliegendem Fall nach Geschlecht). Aus diesem Grund wurde neben der bereits beschriebenen **Gewichtung nach Haushaltsgrösse, Region und Substichprobe** ebenfalls eine Gewichtung für das **Alter und das Geschlecht** auf der gleichen Ebene vorgenommen. Aufgrund fehlender Strukturdaten für die Zellgewichtung war eine Gewichtung auf Basis der gesamten Schweizer Bevölkerung nicht möglich. Deshalb basierte in vorliegender Studie die Gewichtung des Alters und Geschlechts auf der Verteilung der selektierbaren Personen (nach Abschluss des Haushaltsinterviews), bei welcher davon ausgegangen wurde, dass sie eine unverfälschte Zufallsstichprobe darstellen. Das dies der Fall war, zeigte sich beim Vergleich der in dieser Studie gewichteten Alters- und Geschlechtsstrukturen mit der Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) aus den Jahren 2008 und 2009, welche sich kaum oder nur sehr geringfügig voneinander unterscheiden.

Stichprobenstruktur ungewichtet versus gewichtet

Als Übersicht ist in Tabelle 9 die Stichprobe ungewichtet und gewichtet nach **Haushaltsgrösse, Region, Substichprobe, Alter und Geschlecht** nochmals dargestellt:

Tabelle 9: Stichprobenstruktur ungewichtet vs. gewichtet

	N	Ungewichtet %	Gewichtet %
Alter			
15-29	2461	24.5%	26.6%
30-39	2067	20.6%	20.4%
40-49	2742	27.3%	26.5%
50-60	2768	27.6%	26.4%
Geschlecht			
Männer	4423	44.1%	48.0%
Frauen	5615	55.9%	51.9%
Region			
Deutsch	7146	71.2%	71.2%
Französisch	2381	23.7%	23.7%
Italienisch	511	5.1%	5.1%

Repräsentativität der Stichprobe

Insgesamt kann die Stichprobe als repräsentativ bezeichnet werden: Im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung weist die Stichprobe keine nennenswerte Verzerrung auf, was aufgrund der in dieser Studie verwendeten Random-Random-Methode auch zu erwarten war. Um die sehr geringfügigen Abweichungen vollständig auszugleichen, wurde für die Berechnung der Resultate die eben beschriebene Gewichtungsvariable (nach Haushaltsgrösse, Region, Substichprobe, Alter und Geschlecht) verwendet.

4.4 Fragebogen

4.4.1 Composite International Diagnostical Interview (CIDI)

WHO-CIDI

Für die Erhebung der Essstörungen kam ein Instrument zum Einsatz, das Teil des World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ist. Es wurde die neuste Version des CIDI (CIDI 3.0) in Form der Computer Assisted Personal Interview (CAPI V21) verwendet.

Anwendung des CIDI

Der WHO CIDI ist ein umfassendes, vollstrukturiertes Interview, das von der WHO entwickelt wurde, um trainierten Laieninterviewern die Prüfung von psychischen Störungen nach den Definitionskriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) und des WHO „International Classification of Disease“ (ICD) zu ermöglichen. Die erste Version erschien 1990 und wurde seither kontinuierlich weiter entwickelt. Der WHO CIDI beinhaltet ein Screening-Modul und 40 Abschnitte, die auf Diagnosen (22 Abschnitte, darunter auch Essstörungen), Funktion und Arbeitsfähigkeit (4 Abschnitte), Behandlung (2 Abschnitte), Risikofaktoren (4 Abschnitte), soziodemographische Korrelate (7 Abschnitte) und methodische Faktoren (2 Abschnitte) fokussieren. Für die vorliegende Studie kamen einige Fragen des Screening-Moduls sowie der CIDI-Abschnitt zu den Essstörungsdiagnosen und Symptomen zum Einsatz.

Der CIDI wurde für die Nutzung in epidemiologischen und interkulturellen Studien, wie auch für klinische Forschungszwecke konzipiert. Er erlaubt es,

- die Prävalenz von mentalen Störungen zu erfassen;
- die Schweregrade der Störungen zu messen;
- die Belastung durch die Störungen zu bestimmen;
- den Pflegebedarf abzuschätzen;
- den Gebrauch von Medikamenten zur Behandlung der Störungen zu

erfassen;
- zu erfahren, wer in Behandlung ist und wer nicht, sowie Behandlungsbarrieren aufzuzeigen

Warum der CIDI die beste Auswahl war

Ein grosser Vorteil des WHO CIDI gegenüber anderen Erhebungsmethoden ist, dass er eine Diagnose von Essstörungen nach den Definitionskriterien des DSM-IV und ICD-10 erlaubt. Der WHO CIDI wurde bereits in mehreren nationalen Untersuchungen verwendet, z.B. in den USA (Hudson et al. 2006; Taylor et al. 2007) und in Europa (Preti et al. 2009). Der Einsatz des CIDI's machte einen Vergleich der Schweizer Daten mit den Resultaten aus den USA und anderen europäischen Ländern möglich.

Training

Die Anwendung des CIDI erforderte eine qualifizierte Schulung der Forscher, Studienleiter und Interviewer durch einen vom WHO Training Center autorisierten Trainer. Die zweitägige Schulung für die Forschungs- und Studienleiter fand im Februar 2010 in Zürich statt.

Die Schulungen der Interviewer/-innen von Link an den vier Standorten Zürich, Luzern, Lausanne und Lugano fanden vom 14.-28. April 2010 statt. Für die Befragung wurden nur Interviewer/-innen eingesetzt, die über grosse Erfahrung mit sozialwissenschaftlichen Studien verfügten. Konkret wurden 180 Befrager/-innen für die Erhebung instruiert.

4.4.2 Bratman's Orthorexie Test (BOT)

Es existiert noch kein validiertes Instrument zur Erfassung der Orthorexie

Orthorexie als Störung oder Krankheitsbild ist umstritten unter Forschern und Ärzten (Rossner 2004). Orthorexie wird nicht wie AN oder BN auf „quantitative Weise", sondern auf „qualitative Weise" ausgedrückt (Bratman 2000; Donini, Marsili et al. 2004). Anders als bei den klassischen Essstörungen existiert noch kein validiertes Instrument zur Erfassung der Orthorexie (Donini, Marsili et al. 2005). In der aktuellen Studie wurde der Bratman-Test für Orthorexie (BOT) verwendet, welcher zehn geschlossene Fragen enthält (Ja-Nein-Fragen).

Die Auswertung des BOT ist nicht über alle Studien einheitlich angewendet worden. Gemäss Bratman soll die Einteilung der Kategorien folgendermassen erfolgen: Wenn zwei bis drei der Fragen mit „ja" beantwortet werden, liegen einige Anzeichen von Orthorexie vor. Werden mehr als vier Fragen bejaht, so kann es sein, dass der Betreffende bereits Orthorexie aufweist und es ist Zeit sich hinsichtlich des Themas Essen wieder mehr zu entspannen (Bratman 2000; Kinzl, Hauer et al. 2006). Gemäss Eriksson ist die Klassifikation restriktiver vorzunehmen (Eriksson, Baigi et al. 2008): Jemand mit weniger als fünf „Ja"-Antworten gilt als gesund, jemand mit fünf bis neun „Ja"-

Antworten als „gesundheitsfanatisch“ hinsichtlich seiner Essgewohnheiten und beantwortet eine Person alle zehn Fragen mit „Ja“, so weist sie eine zwanghafte Beziehung mit dem Thema „Essen“ auf. Um die Resultate der vorliegenden Studie mit allen existierenden ähnlichen Untersuchungen vergleichen zu können, wurden die Daten in vorliegender Studie auf beide Weisen ausgewertet.

Bratman-Test für Orthorexie
1. Denken Sie mehr als 3 Stunden am Tag über Ihre Ernährung nach?
2. Planen Sie Ihre Mahlzeiten mehrere Tage im Voraus?
3. Ist Ihnen der ernährungsphysiologische Wert Ihrer Mahlzeit wichtiger als die Freude an deren Verzehr?
4. Haben Sie das Gefühl, je gesünder Sie sich ernähren, desto schlechter sei Ihre Lebensqualität?
5. Sind Sie in letzter Zeit mit sich strenger geworden?
6. Steigert sich Ihr Selbstwertgefühl durch gesunde Ernährung?
7. Verzichten Sie auf Lebensmittel, die Sie früher gerne gegessen haben, um nun “richtige” Lebensmittel zu essen?
8. Haben Sie durch Ihre Essensgewohnheiten Probleme auszugehen und distanzieren Sie sich dadurch von Freunden und Familie?
9. Fühlen Sie sich schuldig wenn Sie von Ihrer Diät abweichen?
10. Fühlen Sie sich glücklich und unter Kontrolle wenn Sie sich gesund ernähren?

4.4.3 Screening für schwerwiegende psychische Erkrankungen

Erhebung mit dem Serious Mental Illness Diskriminations-Fragebogen (K6)

Psychiatrisch-epidemiologische Studien haben gezeigt, dass ungefähr die Hälfte der Bevölkerung (unter Einbezug von Substanzstörungen) die Kriterien für eine oder mehrere Lebenszeitdiagnosen von einer psychischen Störung nach DSM oder ICD erfüllt und ungefähr ein Fünftel zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer psychischen Störung nach DSM oder ICD leidet (Bijl, Ravelli et al. 1998; Kessler, Barker et al. 2003). Die Schwere der Krankheit variiert deutlich zwischen den einzelnen Betroffenen und tendenziell weisen Personen, welche nie eine Behandlung beanspruchen eine weniger schwerwiegende Erkrankung auf als Personen mit Behandlung. Um den medizinischen Bedürfnissen gerecht zu werden, ist es wichtig zwischen Personen mit einer schwerwiegenden und einer weniger schwerwiegenden psychischen Erkrankung zu unterscheiden, was mit dem „Serious Mental Illness Diskriminations-Fragebogen K6“ möglich ist. Der K6 wurde bereits in der NCS-Studie in den USA verwendet und kam auch in der vorliegenden Studie zum Einsatz.

4.4.4 Screening für Symptome von sozialer Phobie

Erhebung mit Symptom Checklist-27-Plus

Zur Erhebung von sozialer Phobie kam die Symptom Checklist-27-plus, ein Screening-Instrument von Jochen Hardt zum Einsatz (Hardt 2008).

Die fünf Symptome / Items der Sozialen Phobie im SCL-27 plus sind

- Angst etwas Peinliches zu sagen,
- Angst, dass andere mich nicht leiden können,
- Befangenheit anderen gegenüber,
- Unsicherheit, wenn andere mich anschauen,
- Gefühl, unterwünscht zu sein.

Die Soziale Phobie-Skala des SCL-27 plus weicht in der Formulierung der Symptome deutlich von den im DSM IV und ICD 10 genannten Kriterien ab und beschreibt im Wesentlichen Aspekte der Selbstunsicherheit. Das heisst, bei Personen mit einem hohen Mittelwert besteht zwar der Verdacht auf soziale Phobie, es kann jedoch keine Diagnose gemacht werden.

4.4.5 Erfassung der Lebensqualität

Der World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-BREF) kam zum Einsatz

Um die physische und soziale Lebensqualität zu erfassen, wurde in der vorliegenden Studie der World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-BREF) verwendet.

Die Subgruppe der physischen Lebensqualität enthält folgende sieben Fragen:

- Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?
- Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?
- Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?
- Wie gut können Sie sich fortbewegen?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?

Die Subgruppe der sozialen Lebensqualität beinhaltet folgende drei Fragen:

- Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?
- Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?

4.4.6 Fragen zum Schlaf

Es wurden zwei Fragen zum Thema Schlaf gestellt

Die Qualität des Schlafes wurde mit den folgenden zwei Fragen erfasst:

1. Haben Sie während der letzten 30 Tage viel häufiger als normalerweise und in fast jeder Nacht Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten gehabt oder sind zu früh aufgewacht?
2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?

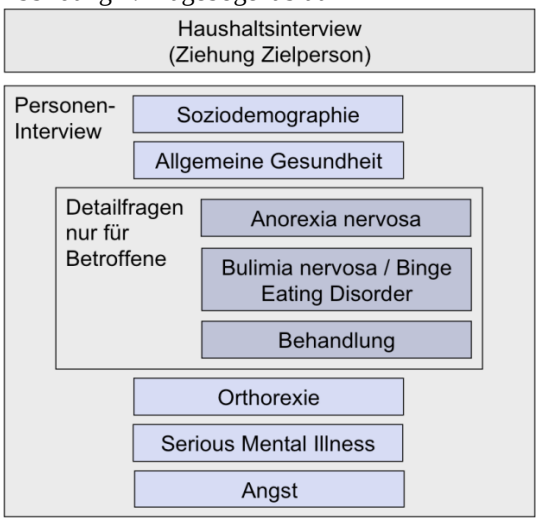
Die erste Frage stammt aus dem CIDI und die zweite Frage aus der Subgruppe „Physische Lebensqualität“ aus dem WHOQOL-BREF

4.4.7 Befragungsaufbau

Fragebogenstruktur

Die Befragung begann mit dem Haushaltsinterview aufgrund dessen im Anschluss eine oder mehrere Zielpersonen für das Interview ausgewählt wurden. Nach den soziodemographischen Angaben folgten einige Fragen zur allgemeinen Gesundheit sowie Lebensqualität und im Anschluss darauf kam der CIDI 3.0 zur Erfassung der Essstörungen zum Einsatz. Danach folgte der Bratman Test für Orthorexie und zum Ende des Interviews wurde die mentale Verfassung mit dem Serious Mental Illness Diskriminations-Fragebogen sowie soziale Phobie mit der Symptom Checklist-27-plus erhoben.

Abbildung 2: Fragebogenablauf



Die Fragen zur Orthorexie wurden aus kostentechnischen Gründen nur an die Hälfte der Personen ohne Essstörung gestellt. Die Auswahl dieser Personen erfolgte nach Zufallsverfahren. Die Stichprobe der zu Orthorexie befragten Personen ist somit repräsentativ für die Gesamtstichprobe. Personen mit einer Essstörung wurden in jedem Fall zur Orthorexie befragt.

4.5 Auswertung

4.5.1 Diagnostisches Verfahren bei Essstörungen

Die Kriterien des CIDI zur Diagnose von AN, BN und BED entsprechen den Kriterien des DSM-IV-TR bis auf eine Ausnahme (zeitliche Dimension bei BN und BED) sehr genau

Für die vorliegende Studie wurden Fragen aus dem WHO CIDI verwendet, um auf der Basis der DSM-IV-TR-Kriterien Diagnosen von AN, BN und BED in der Schweiz festzustellen. Die vollständigen CIDI-Diagnosekriterien für diese drei Störungen sind unter http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/diagnosis.php abrufbar. Bei AN und BN handelt es sich um zwei offizielle DSM-IV-TR-Störungen und bei BED um eine dem DSM vorgeschlagene Störung, die voraussichtlich ab DSM-V offiziell sein wird.

Die meisten der CIDI-Fragen entsprechen exakt den DSM-IV-TR-Diagnosekriterien. Es gibt jedoch auch einige wenige Aspekte im CIDI-Interview, die nicht vollumfänglich mit den DSM-Kriterien übereinstimmen: Um eine BN Diagnose zu stellen, ist gemäss DSM notwendig, dass die Essanfälle mindestens zwei Mal in der Woche über einen Zeitraum von drei Monaten oder länger und bei der BED über einen Zeitraum von sechs Monaten oder länger aufgetreten sind. In den dieser Studie zugrunde liegenden Interviews wurde jeweils nach Essanfällen gefragt, die „mindestens zwei Mal in der Woche über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder länger“ aufgetreten sind. Somit kann es gemäss vorliegender Auswertung sein, dass Personen die regelmässig Essanfälle aufwiesen, dies aber während weniger als sechs Monaten vorkam, eine BED-Diagnose erhielten, während dem sie gemäss DSM keine solche Diagnose erhalten hätten. Ebenfalls ist für eine Binge Eating und BN Diagnose gemäss DSM-IV-TR erforderlich, dass während den Essanfällen ein Kontrollverlust auftritt und bei der BED zusätzlich ein deutlicher Leidensdruck herrscht. Diese Kriterien wurden im CIDI nicht direkt, sondern anhand einer Serie von acht Fragen zu Eigenschaften und Verhaltensweisen erhoben, die als Indikatoren für einen Kontrollverlust oder Leidensdruck angesehen werden können.

Bei der Diagnose von AN entsprachen die Kriterien genau jenen des DSM-IV-TR. Zusätzlich wurde in der vorliegenden Studie ebenfalls eine Auswertung für AN vorgenommen, welche den DSM-IV-TR-Kriterien nicht vollständig entspricht: In der „neuen“ AN-Auswertung erhielten auch Personen, die das Kriterium D (Amenorrhö, Ausbleiben der Menstruation während mindestens 3 Monaten) nicht erfüllen eine AN Diagnose, da dieses Kriterium ab dem DSM V (Publikation geplant für 2013) voraussichtlich gänzlich weggelassen wird.

Neben den drei Essstörungen erlaubt der CIDI auch die Feststellung

eines etwas umfassenderen Konstrukts, nämlich „AnyBED“. Diese Kategorie ist definiert durch a) Episoden von Essanfällen (jedoch ohne dass die Kriterien B und C des DSM-IV-TR erfüllt sein müssen) und b) Vorkommen der Essanfälle mindestens zwei Mal in der Woche über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder länger. Die Kategorie „AnyBED“ beinhaltet auch Fälle von BN, BED sowie AN mit Binge Eating und wurde bereits in Kapitel 3.3 näher aufgeführt.

Vergleich mit zwei ähnlich angelegten Studien aus dem Jahr 2007 und 2009 aufgrund gleichem diagnostischen Verfahrens möglich, jedoch mit Vorsicht zu betrachten aufgrund unterschiedlicher Befragunsmethoden

In der vorliegenden Studie wurde die neuste Version des CIDI (CIDI 3.0) in Form der Computer Assisted Personal Interview (CAPI V21) verwendet, dieselbe Version wie sie auch ähnlich angelegte Studien verwendet haben (Hudson, Hiripi et al. 2007; Preti, Girolamo et al. 2009). Die Auswertung der Essstörungen erfolgte in allen Studien über einen SAS-Auswertungsschlüssel, welcher von der WHO vorgegeben ist (letzte Anpassung erfolgte am 17.10.2005). Dies erlaubt es, die Resultate aus dieser Studie mit den Resultaten aus sechs europäischen Ländern von Preti et al. und aus den USA von Hudson et al. zu vergleichen. Der Vergleich sollte aber mit Vorsicht betrachtet werden, da sich die Studien bezüglich Stichprobenziehung und Befragungsmethode (Face to face vs.Telefoninterviews) unterscheiden, auf was im Abschnitt 6.0 noch näher eingegangen wird.

4.5.2 Statistische Analyse

Die Auswertung dieser Studie wurde mittels SAS/STAT® Software (Version 9.2 des SAS Systems für Windows (Copyright 2008 SAS Institute Inc. Cary, NC, USA), STATA 11 (StataCorp. 2009) und IBM® SPSS® Statistics (Version 19) vorgenommen. Die Gewichtung der Analysen erfolgte mittels Studienschätzverfahren von STATA. Standardabweichungen (SE) wurden mittels der Taylor Serien-Linearisierungs-Methode geschätzt (Wolter 2007), einer design-basierten Methode von STATA. Kreuztabellen wurden berechnet um die Lebenszeit- und 12-Monats-Prävalenz von Essstörungen, Orthorexie und ernsthaften psychischen Erkrankungen (Serious Mental Illness) zu schätzen. Im Resultatabschnitt werden die gewichteten Prozente ausgewiesen.

5 Resultate

5.1 Demographische Daten

Demographische Daten zur untersuchten Stichprobe

In Tabelle 10 sind die Charakteristiken der untersuchten Stichprobe dargestellt. 24.5% der Befragten waren jünger als 30 Jahre, mehr als Dreiviertel waren in einer bezahlten Anstellung (75.3%) und 42.4% haben einen Maturitäts-, höheren Fach- oder Universitäts-/ETH-Abschluss.

Tabelle 10: Charakteristiken der Stichprobe ungewichtet vs. Gewichtet (in %)

	N	Ungewichtet	Gewichtet
Alter			
15-29	2461	24.5%	26.6%
30-39	2067	20.6%	20.4%
40-49	2742	27.3%	26.5%
50-60	2768	27.6%	26.4%
Geschlecht			
Männer	4423	44.1%	48.0%
Frauen	5615	55.9%	51.9%
Sprache			
Deutsch	7146	71.2%	71.2%
Französisch	2381	23.7%	23.8%
Italienisch	511	5.1%	5.1%
Ausbildung			
Obligatorische Schule nicht abgeschlossen	289	2.9%	2.8%
Obligatorische Schule (9 Jahre) abgeschlossen	1214	12.1%	12.1%
Berufslehre /Berufsschule (mind. 2 Jahre)	4191	41.9%	41.4%
Maturitätsschule, Berufsmatura, Lehrerseminar	1018	10.2%	10.4%
Höhere Fach- und Berufsausbildung (Meisterdiplom, Fachausweis)	1809	18.1%	18.0%
Universität, ETH	1408	14.1%	14.5%
Andere	79	0.8%	0.8%

(**wird fortgesetzt)**

(Fortsetzung der Tabelle 10)

	N	Ungewichtet	Gewichtet
Erwerbstätigkeit			
Vollzeitlich erwerbstätig	4761	47.5%	49.5%
Vollzeitlich Hausfrau oder Hausmann	773	7.7%	7.0%
Teilzeitlich erwerbstätig	2782	27.8%	25.8%
Arbeitslos	260	2.6%	2.6%
In Lehre oder Berufsbildung mit Erwerbstätigkeit	455	4.5%	4.8%
In schulischer Ausbildung oder Umschulung ohne Erwerbstätigkeit	696	6.9%	7.3%
In Rente (AHV/IV)	203	2.0%	2.0%
Anderes	93	0.9%	1.0%
Zivilstand			
Ledig	3928	39.2%	40.8%
Verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft	4832	48.2%	46.9%
Verwitwet	126	1.3%	1.2%
Geschieden	946	9.4%	9.2%
Getrennt	192	1.9%	1.9%
Nationalität			
Schweiz oder Liechtenstein	8232	82.0%	81.6%
Deutschland oder Österreich	487	4.9%	5.0%
Andere	1319	13.1%	13.4%

5.2 Essstörungen in der Schweiz

5.2.1 Lebenszeit-Prävalenzraten

Die Lebenszeit-Prävalenz für eine Essstörung (AN, BN oder BED) in der Schweiz beträgt 3.5%

Insgesamt haben/hatten 3.5% der 10'038 befragten Personen in ihrem Leben bereits eine oder mehrere der drei Hauptessstörungen (AN, BN, BED). Frauen sind etwa vier Mal häufiger betroffen als Männer (5.3% Frauen, 1.5% Männer). In Tabelle 11 sind die Lebenszeit-Prävalenzraten inklusive den 95%-Konfidenzintervallen von Essstörungen dargestellt. Ein 95%-Konfidenzintervall bedeutet, dass mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% der wahre Wert der Grundgesamtheit in diesem Intervall enthalten ist. Die Lebenszeit-Prävalenzraten von AN, BN, BED und AnyBED betragen 1.2%, 2.4%, 2.4% und 5.3% bei Frauen sowie 0.2%, 0.9%, 0.7%, und 2.9% bei Männern. Die Lebenszeit-Prävalenzraten werden im Verlauf des Berichts mit dem Kürzel „LZ“ angegeben.

Tabelle 11: Lebenszeit Prävalenzraten von Essstörungen in der Schweiz (gewichtete Prozente)

LZ	Total (N=10038)		Männer (N=4423)		Frauen (N=5615)	
	N	% (95% CI)[1]	N	% (95% CI)[1]	N	% (95% CI)[1]
Anorexia nervosa	72	0.7% (0.6-0.9)	6	0.2% (0.1-0.4)	66	1.2% (0.9-1.5)
Bulimia nervosa	167	1.7% (1.4-1.9)	37	0.9% (0.6-1.2)	130	2.4% (2.0-2.8)
Binge Eating Störung	162	1.6% (1.3-1.8)	31	0.7% (0.5-1.0)	131	2.4% (2.0-2.8)

1: 95% Konfidenzintervalle

Tabelle 12: Lebenszeit Prävalenzraten von Konstrukten zum Essverhalten in der Schweiz (gewichtete Prozente)

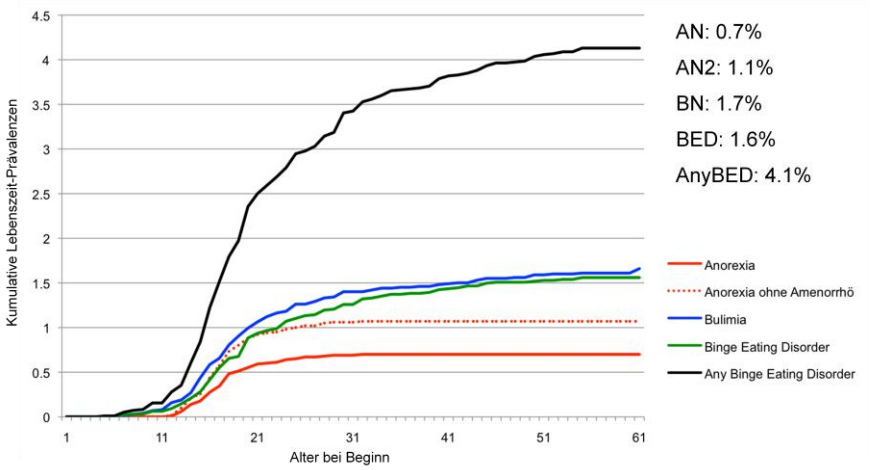
LZ	Total (N=10038)		Männer (N=4423)		Frauen (N=5615)	
	N	% (95% CI)[1]	N	% (95% CI)[1]	N	% (95% CI)[1]
Any Binge Eating Störung	424	4.1% (3.8 - 4.6)	131	2.9% (2.4-3.4)	293	5.3% (4.7-5.9)
Any Eating Störung	361	3.5% (3.1-3.9)	64	1.5% (1.1-1.9)	297	5.3% (4.8-6.0)

1: 95% Konfidenzintervalle

Die Prävalenzraten der Konstrukte zum Essverhalten, AnyBED und Any Eating Störung, sind in Tabelle 12 ersichtlich. Es ist zu erwähnen, dass 38 Personen (ca. 10% der Betroffenen) die Kriterien für mehr als eine der drei Essstörungsdiagnosen im Lauf ihres Lebens erfüllten.

In Abbildung 3 sind die kumulativen Lebenszeit-Prävalenzraten von allen Essstörungsdiagnosen nochmals einzeln dargestellt. Im Zusammenhang mit der AN sind immer häufiger auch Personen von Interesse, die das Kriterium D (Amenorrhoe, Ausbleiben der Menstruation während mindestens 3 Monaten) nicht erfüllen, obwohl sie alle anderen diagnostischen Kriterien für eine AN nach DSM-IV aufweisen, denn voraussichtlich wird das Kriterium der Amenorrhoe ab dem DSM-V nicht mehr notwendig sein für die Diagnose einer AN. Berücksichtigt man das Kriterium Amenorrhoe nicht, so steigt die Prävalenzrate von 0.7% auf 1.1% (vgl. AN mit AN2 in Abbildung 3).

Abbildung 3: Kumulative Lebenszeit-Prävalenzraten in der Schweiz für alle Essstörungsdiagnosen aus der vorliegenden Studie
Untersuchte Stichprobe 10'038 Personen



Bei Befragten über 40 Jahren ist die Lebenszeit-Prävalenz von Essstörungen tiefer als bei jüngeren Befragten

Beim Betrachten der Prävalenz von Essstörungen nach Altersgruppen zeigt sich, dass tendenziell eher Personen unter 40 Jahren eine Lebenszeit-Prävalenz von Essstörungen aufweisen (siehe Abbildungen 4-7).

Abbildung 4: Lebenszeit-Prävalenz von **AN** nach Altersgruppen

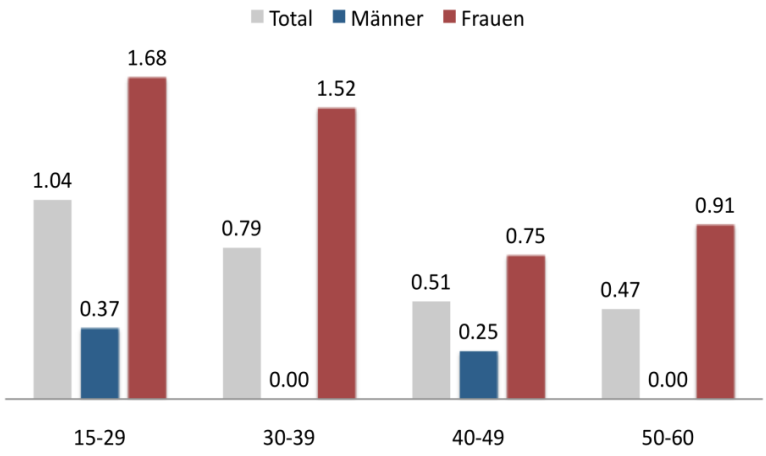


Abbildung 5: Lebenszeit-Prävalenz von **BN** nach Altersgruppen

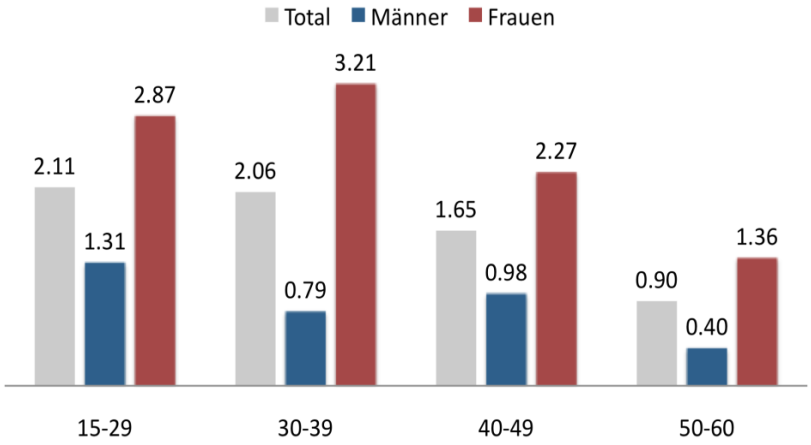


Abbildung 6: Lebenszeit-Prävalenz von **BED** nach Altersgruppen

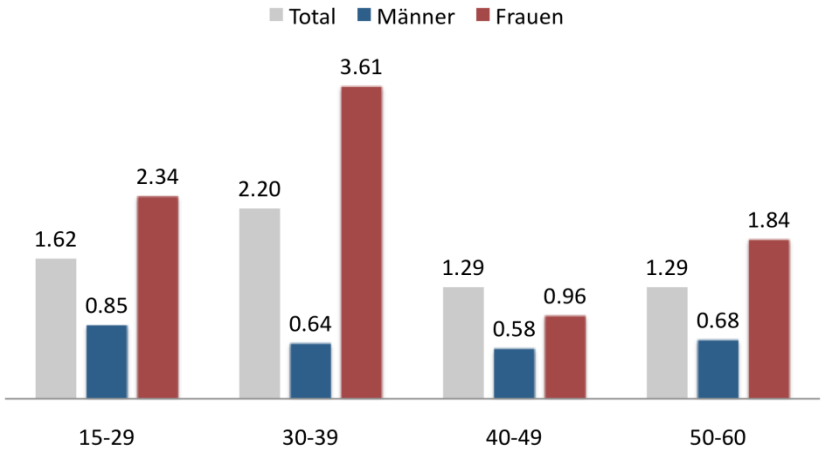
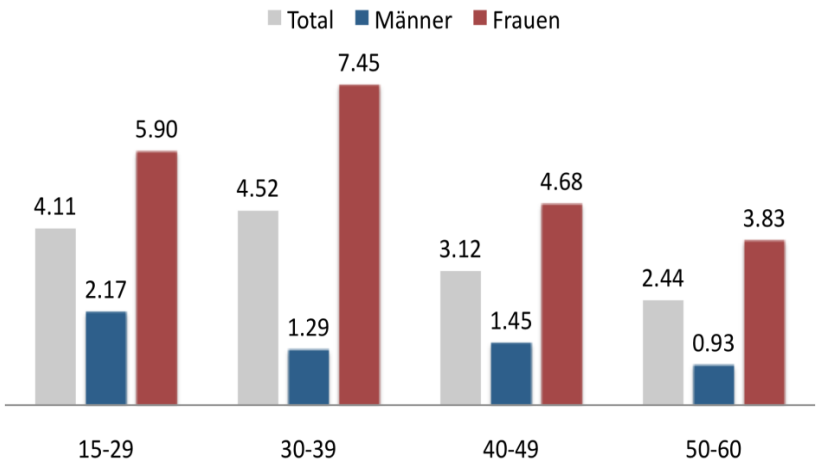


Abbildung 7: Lebenszeit-Prävalenz von **Any Eating Störung** nach Altersgruppen



5.2.2 12 Monats-Prävalenzraten

Die 12-Monats-Prävalenz für eine Essstörung (AN, BN oder BED) in der Schweiz beträgt 1.13%

Neben den Lebenszeit-Prävalenz wurde auch die 12-Monats-Prävalenz erfasst, d.h. es wurde untersucht, wie viele der befragten Personen innerhalb der letzten 12 Monate an einer Essstörung gelitten haben. Insgesamt litten während der letzten 12 Monate 1.13% der 10'038 befragten Personen an einer Essstörung (AN, BN, BED). Frauen sind knapp doppelt so häufig betroffen wie Männer (1.46% Frauen versus 0.77% Männer). Die 12-Monats-Prävalenzraten von AN, BN, BED und AnyBED betragen 0.07%, 0.56%, 0.87% und 1.56% bei Frauen sowie 0.03%, 0.45%, 0.28%, und 1.03% bei Männern (siehe Tabelle 13 & 14).

Tabelle 13: 12-Monats-Prävalenzraten von Essstörungen in der Schweiz (gewichtete Prozente)

12 Monate	Total (N=10038)		Männer (N=4423)		Frauen (N=5615)	
	N	% (95% CI)[1]	N	% (95% CI)[1]	N	% (95% CI)[1]
Anorexia nervosa	5	0.05% (0.02-0.12)	1	0.03% (0.0-0.20)	4	0.07% (0.03-0.18)
Bulimia nervosa	51	0.51% (0.38-0.68)	21	0.45% (0.29-0.71)	30	0.56% (0.39-0.81)
Binge Eating Störung	59	0.59% (0.45-0.76)	12	0.28% (0.16-0.51)	47	0.87% (0.65-1.16)

1: 95% Konfidenzintervalle

Tabelle 14: 12-Monats-Prävalenzraten von Konstrukten zum Essverhalten in der Schweiz (gewichtete Prozente)

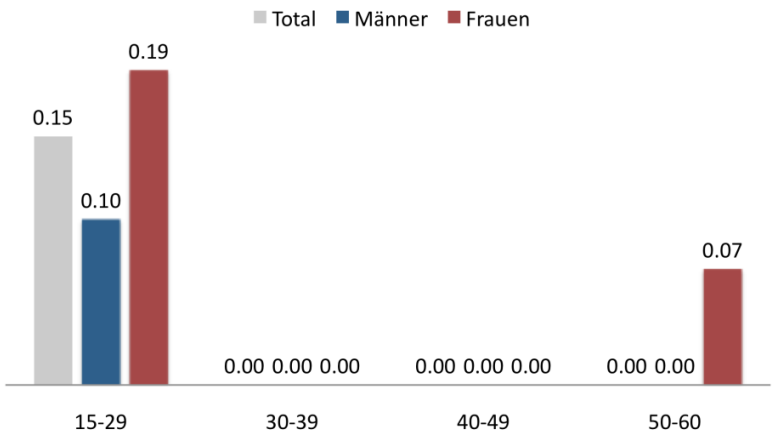
12 Monate	Total (N=10038)		Männer (N=4423)		Frauen (N=5615)	
	N	% (95% CI)[1]	N	% (95% CI)[1]	N	% (95% CI)[1]
Any Binge Eating Störung	132	1.31% (1.10-1.55)	48	1.03% (0.77-1.37)	84	1.56% (1.26-1.94)
Any Eating Störung	113	1.13% (0.93-1.36)	34	0.77% (0.54-1.09)	79	1.46% (1.16-1.83)

1: 95% Konfidenzintervalle

Die 12-Monats-Prävalenzraten nach Altersgruppen sind im folgenden dargestellt:

4 der 5 Personen die in den letzten 12 Monaten an AN litten sind zwischen 15 und 29 Jahre alt

Abbildung 8: 12 Monats-Prävalenz von **Anorexia nervos** nach Altersgruppen



AN und BN kommt bei jüngeren Personen deutlich häufiger vor als bei älteren Menschen

Abbildung 9: 12 Monats-Prävalenz von **BN** nach Altersgruppen

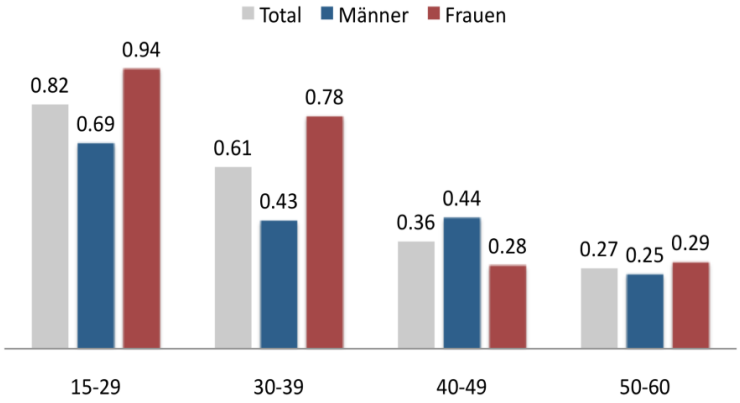


Abbildung 10: 12 Monats-Prävalenz von **BED** nach Altersgruppen

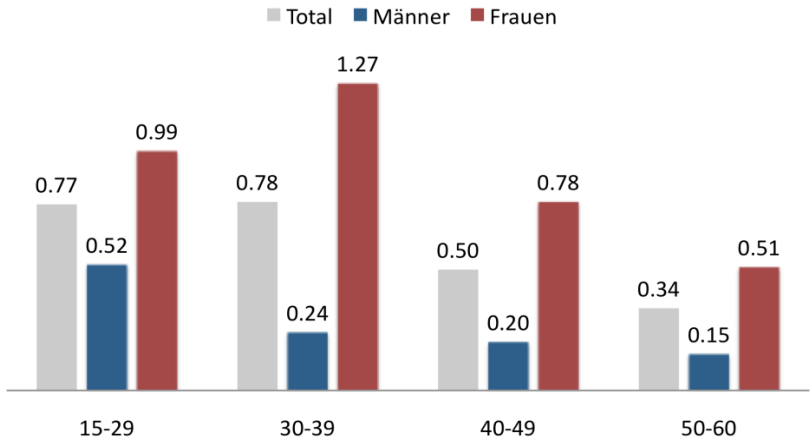
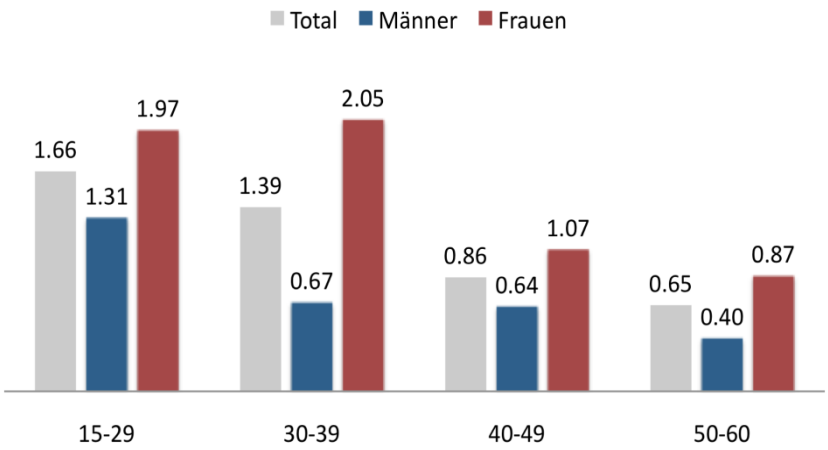


Abbildung 11: 12 Monats-Prävalenz von **Any Eating Störung** nach Altersgruppen



5.3 Beginn und Dauer von Essstörungen

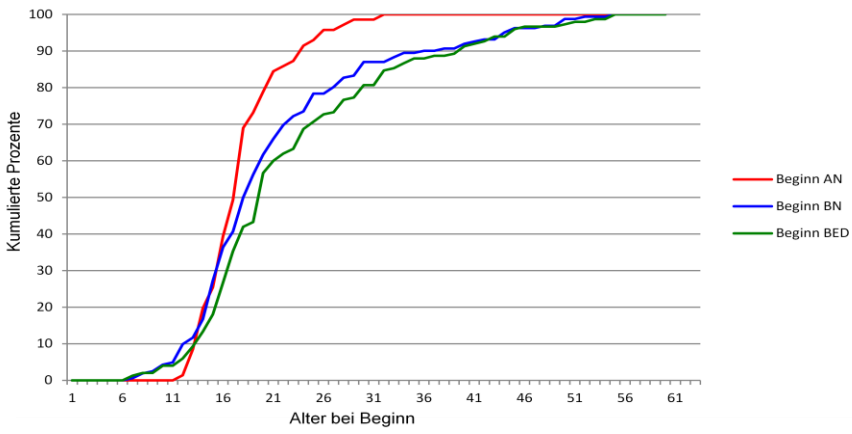
Das Durchschnittsalter bei Beginn von AN ist deutlich tiefer als bei BN und BED

Essstörungen beginnen häufig im jungen Erwachsenenalter. Aus Tabelle 15 geht hervor, dass das Durchschnittsalter bei Beginn der AN mit 17.96 Jahren um einiges tiefer liegt als bei BN und BED (21.29 und 23.15 Jahre).

Tabelle 15: Krankheitsbeginn - Mittelwerte und Konfidenzintervalle (Alter in Jahren)

	Krankheitsbeginn	
	Mittelwert ± Standard-abweichung	95%-Konfidenzintervall
Anorexia nervosa	17.96±3.91	17.12-19.05
Bulimia nervosa	21.29±10.23	20.04-23.08
Binge Eating Störung	23.15±10.46	21.49-24.78

Abbildung 12: Krankheitsbeginn von AN, BN und BED



In Abbildung 12 ist der Krankheitsbeginn der kumulierten Fälle dargestellt. Der Altersbereich bei Krankheitsbeginn variiert stark je nach Essstörung und ist bei AN deutlich enger gestreut (12-32 Jahre) als bei BN und BED (7-55 Jahre).

Die durchschnittliche Krankheitsdauer bei AN ist kürzer als bei BN und BED

Tabelle 16: Krankheitsdauer in Jahren - Mittelwerte und Konfidenzintervalle

	Krankheitsdauer in Jahren	
	Mittelwert ± Standard-abweichung	95%-Konfidenzintervall
Anorexia nervosa	2.23±2.69	1.59-2.87
Bulimia nervosa	5.25±5.86	4.32-6.18
Binge Eating Störung	5.79±8.45	4.40-7.18

Ähnlich verhält es sich mit der Krankheitsdauer. Personen mit AN leiden mit durchschnittlich 2.23 Jahren weniger lange an der Krankheit als Personen mit BN oder BED (siehe Tabelle 16).

5.4 Kontakt mit Fachperson bei Essstörungen

Dreiviertel der Personen mit AN und BN (LZ) waren bei mindestens einer Fachperson wegen der Essstörung

Die Frage „Haben Sie schon einmal in Ihrem Leben mit einem Arzt oder einer anderen dafür ausgebildeten Person über die Probleme mit Ihrem Essverhalten oder Ihrem Gewicht gesprochen?“ haben 78.3% der Personen mit AN, 70.0% der Personen mit BN und 53.4% der Personen mit BED bejaht (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Konsultation einer Fachperson wegen Essproblemen oder Gewicht

LZ	Behandlung
Anorexia nervosa	78.3% (67.2%-86.5%)
Bulimia nervosa	70.0% (61.9%-76.9%)
Binge Eating Störung	53.4% (45.4%-61.3%)

5.5 Essstörungen und Gewicht

Personen mit BN unterscheiden sich hinsichtlich ihres BMI-Mittelwertes nicht von Personen ohne Essstörung (LZ)

Körpergewicht und Körpergrösse wurden mit folgenden zwei Fragen erhoben: „Können Sie mir sagen, wie gross Sie sind (ohne Schuhe)?“ „Wie viel wiegen Sie (ohne Kleider)?“ Aus den selbst berichteten (und nicht gemessenen) Angaben wurde der Body Mass Index (BMI: kg/m^2) berechnet und nach den Kategorien der WHO unterteilt.

Tabelle 18: Essstörungen und Gewicht, N = 9921 (gewichtete Prozente)

	n	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas	BMI Mittelwert
BMI		≤18.49	18.5-24.99	25-29.99	≥30	(95%-Konfidenzint.)
Anorexia nervosa	71	12.8%	82.1%	5.1%	-	20.94 (20.28-21.60)
Bulimia nervosa	166	4.8%	58.5%	22.3%	14.4%	24.40 (23.58-25.21)
Binge Eating Störung	159	2.3%	53.6%	28.6%	15.5%	25.45 (24.61-26.30)
Any Binge Eating Störung	419	3.7%	54.7%	27.9%	13.8%	24.86 (24.35-25.37)
Keine Essstörung	**9565**	**4.1%**	**62.8%**	**26%**	**7.0%**	**23.92 (23.84-24.00)**
Gesamtstichprobe	**9921**	**4.2%**	**62.8%**	**25.8%**	**7.2%**	**23.93 (23.85-24.01)**

4.2% der Gesamtstichprobe (gewichtet und somit repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung) sind untergewichtig und haben einen BMI kleiner als 18.5; 62.8% sind normalgewichtig, 25.8% übergewichtig (BMI ≥ 25-29.99) und 7.2% sind adipös (BMI ≥30). Personen mit einer Lebenszeit-Diagnose von AN sind mit 12.8% dreimal so häufig untergewichtig (BMI unter 18.5) wie der Schweizer Durchschnitt (4.2%). Ein analoges Bild mit umgekehrten Vorzeichen zeigt sich bei Personen mit einer Lebenszeit-Diagnose von BN und BED, welche mit 14.4% respektive 15.5% mehr als doppelt so häufig einen BMI von ≥30 aufweisen wie der Schweizer Durchschnitt (Gesamtstichprobe, 7.2%). Bei der Betrachtung der Mittelwerte in Tabelle 18 wird deutlich, dass sich der BMI bei Personen mit einer Lebenszeit-Diagnose von AN, BED und AnyBED signifikant von Personen ohne Essstörung (LZ) unterscheidet. Denn die BMI-Mittelwerte bei AN, BED und AnyBED

sind alle nicht im Vertrauensbereich der Personen ohne Essstörung (23.84-24.00) enthalten und unterscheiden sich somit signifikant vom BMI-Mittelwert der Personen ohne Essstörung. Kein Unterschied zeigt sich hingegen bei BN im Vergleich zu Personen ohne Essstörung (LZ), da sich deren 95%-Konfidenzintervalle überschneiden.

Des Weiteren wurde die Lebenszeit-Prävalenz von Essstörungen bei Personen berechnet, die bei der Untersuchung adipös waren (siehe Tabelle 19). Von diesen Personen erfüllten 3.3% die Kriterien für die Lebenszeit Diagnose einer BED (die Prävalenz für die gesamte Stichprobe beträgt 1,6%) und 7.9% erfüllten die Kriterien für anyBED (die Prävalenz für die gesamte Stichprobe ist 4.1%). Dies zeigt, dass sowohl Frauen als auch Männer mit Adipositas ungefähr doppelt so häufig zu Binge Eating (BED oder AnyBED) neigen wie die Gesamtstichprobe. Bei der zusammengefassten Gruppe Übergewicht/Adipositas zeigte sich kein bedeutender Unterschied in der Prävalenz von Essstörungen verglichen mit der Gesamtstichprobe (AN 0.1%, BN 1.8%, BED 2.1%, AnyBED 5.2% und AnyED 3.5%).

Tabelle 19: Lebenszeit Prävalenzraten von Essstörungen (gewichtete Prozente) bei Personen mit Adipositas (BMI>=30), N=722

LZ	Total (N=722)		Männer (N=349)		Frauen (N=373)	
	N	% (95% CI)[1]	N	% (95% CI)[1]	N	% (95% CI)[1]
Anorexia nervosa	0	0	0	0	0	0
Bulimia nervosa	25	3.2% (2.2-4.8)	10	2.6% (1.4-4.8)	15	3.9% (2.4-6.4)
Binge Eating Störung	25	3.3% (2.2-4.9)	8	2.1% (1.1-4.2)	17	4.7% (2.9-7.5)
Any Binge Eating Störung	59	7.9% (6.1-10.1)	24	6.4% (4.3-9.4)	35	9.5% (6.9-13.0)
Any Eating Störung	45	5.9% (4.4-7.9)		3.7% (2.2-6.2)	31	8.3% (5.9-11.7)

1: 95% Konfidenzintervalle

5.6 Essstörungen und Orthorexie

Personen mit BN und BED (LZ) weisen häufiger Orthorexie auf als Personen ohne Essstörung (LZ)

Der Bratman Test für Orthorexie (BOT) wurde je nach Studie unterschiedlich ausgewertet. Um Vergleiche möglich zu machen wurde diese Tatsache in vorliegender Studie berücksichtigt und die Auswertung auf zwei unterschiedliche Weisen vorgenommen. Die Auswertung mit

einem Cut off von 4+ ist jeweils links der Tabelle dargestellt und wurde auch in der Studie von Kinzl et al. angewendet (Kinzl, Hauer et al. 2006). Gemäss Eriksson ist die Klassifikation restriktiver vorzunehmen (Eriksson, Baigi et al. 2008). Die Resultate nach restriktiver Auswertung mit einem Cut off von 5+ sind jeweils rechts in der Tabelle dargestellt. Alle zehn Fragen hat niemand der Befragten mit „ja“ beantwortet.

Cut off 4+: 27.9% der Personen ohne Essstörung (LZ) beschäftigen sich ausserordentlich stark mit gesundem Essen, 41.2% weisen einige Anzeichen von Orthorexie und 30.9% keine Anzeichen von Orthorexie auf. Auffällig hoch ist die Prävalenz von Orthorexie bei Personen mit einer Lebenszeit-Diagnose von BN (49.7%) und BED (59.2%), während dem sich die Prävalenz von Orthorexie zwischen Personen mit AN (LZ) von jenen ohne Essstörung (LZ) kaum unterscheidet.

Cut off 5+: 14.6% der Personen ohne Essstörung (LZ) gelten als gesundheitsfanatisch und somit orthorektisch hinsichtlich ihrer Essgewohnheiten und 85.4% keine Auffälligkeiten auf. Hoch ist die Prävalenz von Orthorexie bei Personen mit einer Lebenszeit-Diagnose von BN (40.8%) und BED (32.0%), während dem sich die Prävalenz von Orthorexie zwischen Personen mit AN (LZ) von jenen ohne Essstörung (LZ) kaum unterscheidet.

Tabelle 20: Essstörungen (LZ) und Orthorexie (gewichtete Prozente)

		Auswertung nach Bratman 2000 (Cut Off 4+)		Auswertung nach Eriksson 2008 (Cut Off 5+)	
	n	Orthorexie	Keine Orthorexie	Orthorexie	Keine Orthorexie
Anorexia nervosa	72	29.6%	28.2%	15.5%	84.5%
Bulimia nervosa	167	49.7%	19.8%	32.9%	67.1%
Binge Eating Störung	162	59.2%	19.7%	40.8%	59.2%
Any Binge Eating Störung	424	47.5%	20.5%	32.0%	68.0%
Any Eating Störung	361	49.4%	20.3%	33.1%	66.9%
Keine Essstörung	**4’972**	**27.9%**	**30.9%**	**14.6%**	**85.4%**
Gesamtstichprobe	**5’333**	**29.4%**	**30.2%**	**15.8%**	**84.2%**

Frauen weisen tendenziell häufiger Orthorexie auf als Männer

In Tabellen 21 und 22 sind die Prävalenzraten von Orthorexie nach Geschlecht und Altersgruppe dargestellt. Über Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen kann aufgrund der kleinen Anzahl von Personen in den einzelnen Subgruppen bei AN, BN und BED keine Aussage gemacht werden. Dennoch kann gesagt werden, dass in der Gesamtstichprobe und der Gruppe von Personen ohne Essstörung Frauen

tendenziell häufiger Orthorexie aufweisen.

Tabelle 21: Essstörungen (LZ) und Orthorexie nach Geschlecht (gewichtete Prozente)

	Auswertung nach Bratman 2000 (Cut Off 4+)		Auswertung nach Eriksson 2008 (Cut Off 5+)	
	Orthorexie		Orthorexie	
	F n=2280	M n=3053	F n=2280	M n=3053
Anorexia nervosa	30.2%	25%	14.5%	12.5%
Bulimia nervosa	46.4%	59.5%	30.4%	40.5%
Binge Eating Störung	58.1%	63.6%	38.2%	50.0%
Any Binge Eating Störung	49.1%	44.3%	33.0%	30.2%
Any Eating Störung	48.0%	54.9%	31.5%	39.4%
Keine Essstörung	**31.7%**	**23.9%**	**17.6%**	**11.3%**
Gesamtstichprobe	**33.3%**	**24.8%**	**19.0%**	**12.1%**

Tabelle 22: Essstörungen (LZ) und Orthorexie nach Alter (gewichtete Prozente)

	Auswertung nach Bratman 2000 (Cut Off 4+)			Auswertung nach Eriksson 2008 (Cut Off 5+)		
	Orthorexie			Orthorexie		
	15-30j. n=1447	**31-45j.** n=1870	**46-60j.** n=2016	**15-30j.** n=1447	**31-45j.** n=1870	**46-60j.** n=2016
Anorexia nervosa	27.6%	22.2%	50%	24.1%	11.5%	6.7%
Bulimia nervosa	55%	37.7%	58.7%	40.7%	22.6%	37.0%
Binge Eating Störung	60.4%	61.7%	54%	43.8%	39.0%	40.8%
Any Binge Eating Störung	48.9%	44.7%	50%	32.1%	28.9%	36.1%
Any Eating Störung	49.6%	43.6%	56.6%	37.6%	26.3%	37.0%
Keine Essstörung	**26.7%**	**29.4%**	**27.6%**	**13.0%**	**16.1%**	**14.3%**
Gesamtstichprobe	**28.4%**	**30.5%**	**29.1%**	**14.8%**	**16.8%**	**15.6%**

5.7 Essstörungen und ernsthafte psychische Erkrankungen

Die Prävalenz (letzte 30 Tage) von SMI in der Schweiz beträgt 3.3% und ist bei Frauen höher als bei Männern

Der Serious Mental Illness-Diskriminations Fragebogen brachte zum Vorschein, dass momentan 3.3% der insgesamt befragten Personen (nach Gewichtung) und 2.8% der befragten Personen ohne Essstörung (LZ) an einer ernsthaften psychischen Erkrankung („Serious Mental Illness“,

SMI) leiden. Personen mit einer Lebenszeit-Diagnose einer Essstörung leiden vier- (AN) bis sechs- (BED) mal so häufig an einer ernsthaften psychischen Erkrankung als Personen ohne solche Diagnose. Frauen sind im Schnitt doppelt so häufig wie Männer von einer ernsthaften psychischen Erkrankung betroffen (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Essstörungen (LZ) und SMI (gewichtete Prozente)

	Ernsthafte psychische Erkrankung			
	Total n	Total n=10031	Frauen n=5612	Männer n=4419
Anorexia nervosa	72	11.3%	9.7%	12.5%
Bulimia nervosa	167	15.1%	16.1%	11.9%
Binge Eating Störung	162	17.8%	19.5%	9.1%
Any Binge Eating Störung	424	15.2%	17.4%	11.4%
Any Eating Störung	361	15.7%	16.5%	13.9%
Keine Essstörung	**9'670**	**2.8%**	**3.4%**	**2.2%**
Gesamtstichprobe	**10'031**	**3.3%**	**4.1%**	**2.4%**

Tabelle 24: Essstörungen (LZ) und SMI nach Altersgruppen (gewichtete Prozente)

	Ernsthafte psychische Erkrankung		
	15-30j. n=2660	**31-45j.** n=3522	**46-60j.** n=3849
Anorexia nervosa	13.8%	11.5%	6.7%
Bulimia nervosa	13.1%	16.1%	15.6%
Binge Eating Störung	27.1%	16.9%	10.0%
Any Binge Eating Störung	16.7%	16.4%	11.9%
Any Eating Störung	17.9%	16.5%	12.9%
Keine Essstörung	2.7%	2.6%	3.1%
Gesamtstichprobe	3.3%	3.2%	3.3%

In Tabelle 24 sind die Prävalenzraten von SMI nach Altersgruppen dargestellt. Über die Verteilung von SMI nach Altersgruppen bei AN, BN und BED kann aufgrund der kleinen Stichprobenanzahl keine Aussage gemacht werden. Bei der Gesamtstichprobe zeigen sich über die drei Altersgruppen kaum Unterschiede. In jeder Altersgruppe sind 3.2 bis 3.3% der befragten Personen von einer ernsthaften psychischen Erkrankung betroffen.

5.8 Essstörungen und soziale Phobie

Personen mit einer Essstörung (LZ) haben einen deutlich höheren Angstmittelwert als Personen ohne Essstörung (LZ)

Die Soziale Phobie-Skala des SCL-27 plus weicht in der Formulierung der Symptome deutlich von den im DSM IV und ICD 10 genannten Kriterien ab und beschreibt im Wesentlichen Aspekte der Selbstunsicherheit.

Tabelle 25: Essstörungen (LZ) und Soziale Phobie

Lebenszeit	N	Soziale Phobie Mittelwerte (95%-Konfidenz-intervalle)
Anorexia nervosa	72	1.05 (0.89-1.22)
Bulimia nervosa	166	1.14 (1.02-1.26)
Binge Eating Störung	162	1.19 (1.06-1.32)
Any Binge Eating Störung	423	1.09 (1.01-1.17)
Any Eating Störung	360	1.16 (1.07-1.24)
Keine Essstörung	**9'647**	**0.73 (0.72-0.74)**
Gesamtstichprobe	**10'007**	**0.75 (0.74-0.76)**

Das heisst, bei Personen mit einem hohen Mittelwert besteht zwar der Verdacht auf soziale Phobie, es kann jedoch keine Diagnose gemacht werden. In Tabelle 25 ist ersichtlich, dass Personen mit einer Lebenszeitdiagnose von AN, BN, BED oder AnyBED einen signifikant höheren Angstmittelwert haben und somit deutlich selbstunsicherer sind als Personen ohne Lebenszeit-Essstörung. Denn die Angst-Mittelwerte bei AN, BN, BED und AnyBED sind alle nicht im Vertrauensbereich der Personen ohne Essstörung (0.72-0.74) enthalten und unterscheiden sich somit signifikant vom Mittelwert der Personen ohne Essstörung.

5.9 Essstörungen und Lebensqualität

Die physische Lebensqualität wurde mit sieben und die soziale Lebensqualität mit drei Fragen aus dem WHOQOL-BREF erfasst

Es zeigt sich bei Betrachtung der Tabelle 26, dass Personen mit einer Lebenszeit-Essstörung eine signifikant tiefere physische Lebenszufriedenheit aufweisen als Personen ohne Essstörung (keine Überschneidung der 95%-Konfidenzintervalle). Die tiefere physische Lebensqualität zieht sich durch alle drei Hauptessstörungen, wobei Personen mit AN (LZ) den höchsten Wert innerhalb der Gruppe mit Essstörungen aufweisen. Bei der sozialen Lebenszufriedenheit zeigt sich ein ähnliches Bild für BN, BED und AnyBED, nicht jedoch für AN. Bei Personen mit einer AN-Diagnose (LZ) unterscheidet sich die soziale Lebenszufriedenheit nicht signifikant von jenen ohne Essstörung, denn die 95%-Konfidenzintervalle bei AN und jenen ohne Essstörung (LZ) überschneiden sich.

Personen mit einer Essstörung (LZ) weisen eine deutlich tiefere physische und soziale Lebensqualität auf

Tabelle 26: Essstörungen (LZ) und Lebensqualität

Lebenszeit	Physische Lebensqualität		Soziale Lebensqualität	
	N	Mittelwert (95%-Konfi-denzintervalle)	N	Mittelwert (95%-Konfi-denzintervalle)
Anorexia nervosa	72	16.87 (16.26-17.49)	72	17.11 (16.59-17.62)
Bulimia nervosa	167	16.72 (16.26-17.18)	167	16.63 (16.16-17.10)
Binge Eating Störung	160	16.54 (16.06-17.02)	160	16.21 (15.73-16.69)
Any Binge Eating Störung	420	16.70 (16.41-16.99)	420	16.36 (16.06-16.66)
Any Eating Störung	359	16.68 (16.37-16.99)	359	16.51 (19.19-16.82)
Keine Essstörung	**9'642**	**17.76 (17.72-17.81)**	**9'642**	**17.33 (17.28-17.37)**
Gesamtstichprobe	**10'034**	**17.72 (17.68-17.77)**	**10'003**	**17.30 (17.25-17.35)**

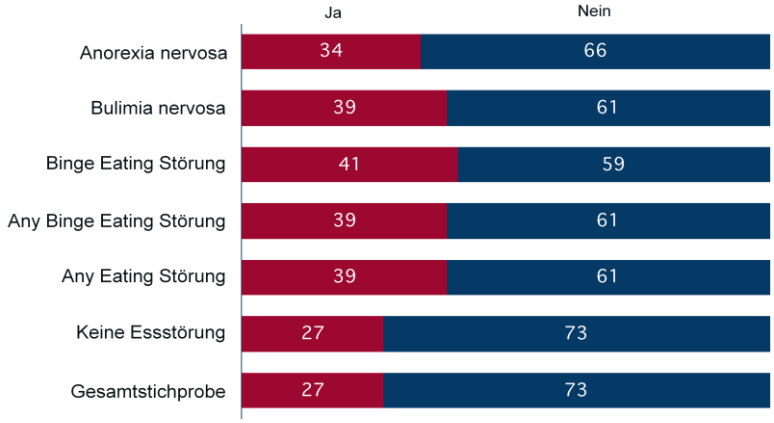
5.10 Essstörungen und Schlaf

Personen mit einer Essstörung (LZ) haben einen durchschnittlich schlechteren Schlaf als Personen ohne Essstörung (LZ)

Die ausgewählten Zielpersonen wurden mit zwei Fragen zu ihrem Schlaf befragt und antworteten wie auf nachfolgender Seite dargestellt. Personen mit BN, BED und AnyBED (LZ) sind am wenigsten zufrieden mit Ihrem Schlaf und hatten in den letzten 30 Tagen am meisten Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten.

1. Haben Sie während der letzten 30 Tage viel häufiger als normalerweise und in fast jeder Nacht Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten gehabt oder sind zu früh aufgewacht?

Abbildung 13: Essstörungen (LZ) und Schlafschwierigkeiten (gewichtete Prozente)



2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?

Abbildung 13: Essstörungen (LZ) und Zufriedenheit mit Schlaf (gewichtete Prozente)

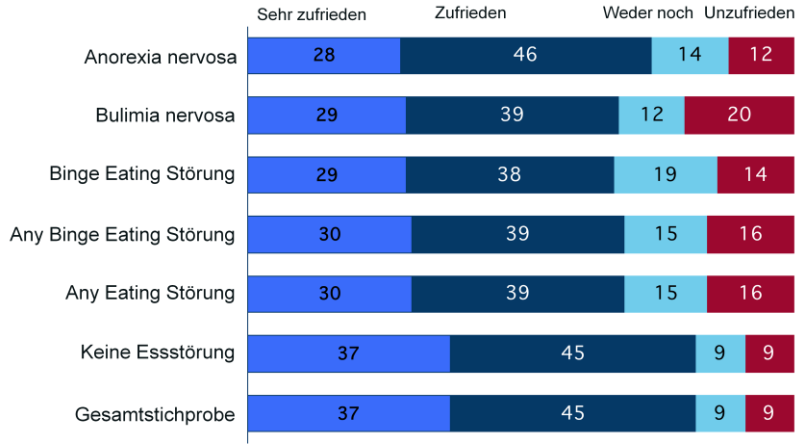


Tabelle 27: Essstörungen (LZ) und Schlaf

Lebenszeit	2. Zufriedenheit mit Schlaf
	Mittelwert*
Anorexia nervosa	2.13 (1.89-2.37)
Bulimia nervosa	2.27 (2.09-2.44)
Binge Eating Störung	2.23 (2.05-2.40)
Any Binge Eating Störung	2.23 (2.12-2.34)
Any Eating Störung	2.20 (2.09-2.32)
Keine Essstörung	**1.91 (1.89-1.93)**
Gesamtstichprobe	**1.92 (1.90-1.94)**

* Skala von 1-5 (1= sehr zufrieden, 5=sehr unzufrieden)

Bei Betrachtung der Mittelwerte zur Schlafzufriedenheit in Tabelle 27 wird deutlich, dass sich einzig Personen mit AN (LZ) nicht signifikant von Personen ohne Essstörung (LZ) unterscheiden. Dennoch sind Personen mit AN (LZ) am wenigsten häufig „sehr zufrieden“ mit dem Schlaf.

6 Diskussion

Studie zu Essstörungen mit der bisher grössten Stichprobe

Mit einer untersuchten Stichprobe von mehr als 10'000 Personen stellt die aktuelle Studie eine einmalig breite und repräsentative Untersuchung dar. Es ist die erste Studie weltweit mit einer so grossen und national repräsentativen Stichprobe, die die Prävalenz von Essstörungen untersucht hat. Einmalig neben der grossen und national repräsentativen Stichprobe ist, dass die Prüfung von Essstörungen nach den Definitionskriterien des DSM-IV erfolgt ist, was eine genaue Diagnosestellung erlaubte. Die Prävalenzstudien zu Essstörungen der letzten Jahre haben entweder mit deutlich kleineren Stichproben der allgemeinen Bevölkerung gearbeitet (Favaro, Ferrara et al. 2003; Faravelli, Ravaldi et al. 2006; Hudson, Hiripi et al. 2007; Preti, Girolamo et al. 2009), oder spezifische Studienpopulationen analysiert (z.B. nur Studentinnen untersucht, nur Zwillinge untersucht) (Keski-Rahkonen, Hoek et al. 2007).

Die tiefe Prävalenz von Essstörungen in der Allgemeinbevölkerung und die Tendenz von ES-Betroffenen das eigene Essverhalten oft nicht als pathologisch wahrzunehmen und aus Scham die Kontakte mit dem Gesundheitssystem zu vermeiden, machten es notwendig eine grosse Anzahl von Personen aus der Allgemeinbevölkerung zu befragen, um

genügend Aussagekraft (Power) für die Differenzierung von Fällen zu erhalten.

Der Vergleich der Resultate dieser Studie mit anderen Studien sollte aufgrund der Unterschiede in der Stichprobenziehung und Methode mit Vorsicht vorgenommen werden. Die Validität (das heisst der Grad der Genauigkeit, mit dem eine Untersuchung das erfasst, was sie erfassen soll oder zu erfassen vorgibt) von vielen epidemiologischen Studien zu Essstörungen aus der Vergangenheit ist kritisch, weil den methodologischen Herausforderungen hinsichtlich der Auswahl von Stichproben und der Identifikation von Fällen oftmals nicht angemessen begegnet wurde.

Die zwei ähnlich angelegten Studien von Hudson et. al und Preti et al. (Hudson, Hiripi et al. 2007; Preti, Girolamo et al. 2009), welche die gleichen Instrumente für die Erfassung von Essstörungen in der Allgemeinbevölkerung angewendet haben (CIDI), operierten für viel grössere Populationen (USA und sechs Europäische Länder) mit deutlich kleineren Stichproben. Im Gegensatz zu der vorliegenden telefonischen Erhebung aus der Schweiz wurden die Interviews in den Studien von Hudson et al. sowie Preti et al. Face-to-Face durchgeführt. Die Repräsentativität der schweizerischen Studie ist im Vergleich mit der europäischen bzw. der amerikanischen Arbeit als hervorragend zu beurteilen. Zu berücksichtigen ist hier auch, dass in der aktuellen Studie alle 10'038 Personen per Telefon befragt wurden (One-Stage-Study) und die Interviews nicht nur auf Basis der eingetragenen Festnetznummern erfolgten. Anders als in den beiden Vergleichsstudien wurden auch Personen in Haushalten berücksichtigt, welche nur über Mobiltelefon respektive über einen nicht eingetragenen Festnetzanschluss erreichbar sind.

6.1 Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz

Das Mann-zu-Frau-Geschlechterverhältnis in der Schweiz beträgt 1:6 bei AN und 1:3 bei BN

Diese repräsentative Studie zeigt eine Lebenszeit-Prävalenz von 3.5% und bestätigt, dass die Erkrankung an einer Essstörung besonders junge Individuen – Frauen und Männer – betrifft.

Frühere Studien aus den 90ern Jahren fanden Mann-zu-Frau-Verhältnisse von 1:5 bis 1:10 für AN und BN in entwickelten Ländern (Bushnell, Wells et al. 1990; Garfinkel, Lin et al. 1996). Ähnlich wie die Resultate aus den USA (Hudson, Hiripi et al. 2007) zeigte sich in der vorliegenden Studie ein höherer Anteil Männer mit AN und BN. Die Lebenszeit-Prävalenzrate für die verschiedenen Essstörungsdiagnosen zeigt ein Mann-zu-Frau-Verhältnis von cirka 1:3 für BN und BED, während für

AN ein Verhältnis von 1:6 besteht. Die 12-Monats-Prävalenzrate von Frauen und Männern widerspiegelt diese Verteilung.

6.1.1 Vergleich der Prävalenz mit ähnlich angelegten Studien in den USA und sechs europäischen Ländern

Die Prävalenz für alle Essstörungen in der Schweiz gleicht jener in Frankreich, Belgien und Italien sehr

Mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 3.5% für alle Essstörungen in der Allgemeinbevölkerung liegt die schweizerische Lebenszeit-Prävalenz über dem europäischen Durchschnitt (2.5%) (Preti, Girolamo et al. 2009). Betrachtet man die einzelnen Länder in Abbildung 13, sind die Werte aus der Schweiz vergleichbar mit den Werten von Frankreich, (4.1%), Belgien (3.5%) und Italien (3.3%). Dagegen weisen Spanien, Holland und Deutschland deutlich niedrigere Lebenszeit-Prävalenzen auf (2,4 bis 1.3%) (Preti, Girolamo et al. 2009). Beim Vergleich der Daten aus der Schweiz mit anderen Ländern ist jedoch Vorsicht geboten. Wie in Abbildung 13 ersichtlich beinhaltet die vorliegende Studie anders als die Studie aus Europa eine national repräsentative Stichprobe von 10‘038 in der Schweiz lebenden Männern und Frauen. Preti et al. haben eine relativ kleine Stichprobe für ein Gebiet, das deutlich grösser ist als die Schweiz, befragt (beispielsweise beinhaltete die Stichprobe in Deutschland lediglich 658 Personen). Es ist fragwürdig, ob die Daten aus sechs europäischen Ländern mit einer solch kleinen Stichprobe (in den meisten Ländern weniger als 1000 Befragte) repräsentativ sein können. Vor allem bei einer Krankheit wie Essstörungen mit einer verhältnismässig niedrigen Prävalenz (verglichen mit anderen Krankheiten) ist es besonders wichtig, eine genügend grosse Stichprobe zu befragen. Einen Hinweis auf die zu kleine und wenig repräsentative Stichprobe in sechs europäischen Ländern bieten auch die relativ grossen Konfidenzintervalle (95% Cl) bei den Prävalenzen der Essstörungen von Preti et al. Beispielsweise für Frankreich 2.3-7.3% und Belgien 2.0-6.3% versus 3.1-3.9% für die Schweiz[2].

[2] Das 95%-Konfidenzintervall bedeutet, dass mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% der wahre Wert der Grundgesamtheit in diesem Intervall enthalten ist, das heisst in Frankreich liegt der wahre Wert mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 2.3-7.3% und in Belgien zwischen 2.0-6.3%. Dahingegen kann für die Schweiz eine viel genauere Aussage gemacht werden; der wahre Wert in der Schweiz liegt dank der grossen Stichprobe innerhalb 3.1 und 3.9%.

Abbildung 13: Vergleich der Prävalenzraten von Any Eating Störung mit der Studie von Preti et al.

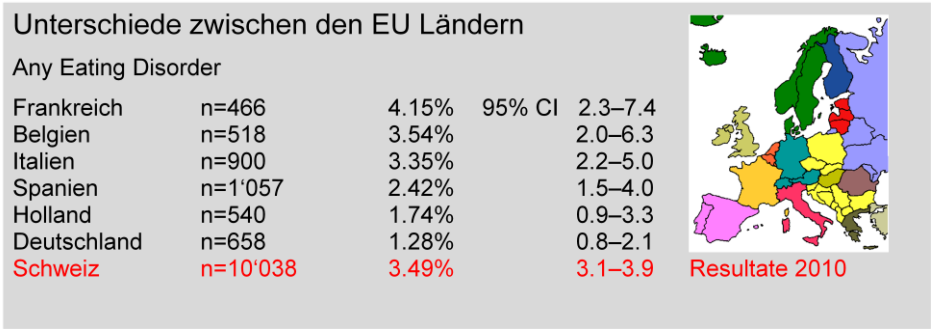


Tabelle 28 Vergleich der Resultate mit der Studie von Hudson et al. und Preti et al.

	USA N = 2’980			EU N = 4’139			Schweiz N = 10’038		
	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M
Anorexia nervosa	0.6%	0.9%	0.3%	0.5%	0.9%	0%	0.7%	1.2%	0.2%
Bulimia nervosa	1.0%	1.5%	0.5%	0.5%	0.9%	0.1%	1.7%	2.4%	0.9%
Binge Eating Störung	2.8%	3.5%	2.0%	1.1%	1.9%	0.3%	1.6%	2.4%	0.7%

Im Vergleich mit den USA, ist die Schweizer Prävalenzrate um knapp 1% tiefer (4.4%) (Hudson, Hiripi et al. 2007). Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass die Prävalenz von AN fast gleich und BN in der Schweiz höher ist, wohingegen die Prävalenz von BED in den USA viel höher ist als in der Schweiz.

6.1.1.1 Anorexia nervosa

Die Prävalenz von AN in der Schweiz ist mit 0.7% ähnlich wie die durchschnittliche europäische und nordamerikanische Prävalenzrate

Mit einem Wert von 0.7% hat die Schweiz eine ähnliche Lebenszeit-Prävalenz für AN wie Europa mit 0.5% (Preti, Girolamo et al. 2009) und Nordamerika mit 0.6%. Unterscheidet man nach Geschlechtern, dann liegt die Schweiz bei den Frauen mit 1.2% über dem europäischen (0.9%) sowie dem nordamerikanischen (0.9%) Wert (Hudson, Hiripi et al. 2007; Preti, Girolamo et al. 2009). Diese Differenz ist mit Vorsicht zu betrachten, da das Konfidenzintervall in der europäischen Studie zwischen 0.5 und 1.6% liegt und bei der amerikanischen Studie unbekannt ist. Wenn das Amenorrhö-Kriterium für die AN Diagnose weggelassen wird (wie es in der neuen DSM V Klassifikation für 2013 vorgesehen ist) dann steigt die Prävalenzrate für AN von 0.7% auf 1.1%. In Anbetracht, dass AN eine invalidisierende Erkrankung sein kann mit gravierenden somatischen Folgen und hohem Chronifizierungsgrad sowie hoher Mortalität, ist dieser Befund beunruhigend (Sullivan 1995; Crow, Peterson et al. 2009; Steinhausen 2009). Die Studie bestätigt den Beginn von AN in jungen Jahren. Etwas erstaunlich ist die kurze Dauer

der Erkrankung, die die Befragten angaben. Dies ist in Einklang mit Hudson et al., welche ebenfalls eine kürzere Dauer von AN fanden als bei BN und BED (Hudson, Hiripi et al. 2007), widerspricht aber früheren Studien, die besagen dass AN eine chronische Erkrankung ist (Steinhausen 2002). Diese Diskrepanz hängt vermutlich damit zusammen, dass die in dieser und ebenfalls Hudson et al.'s Studie angewandte bevölkerungsbasierte Methode eher milde Fälle von AN erfasst hat. Man muss davon ausgehen, dass in Studien, welche hauptsächlich auf klinischen Stichproben beruhten, Individuen erfasst wurden, die schwerer und länger krank waren, als Individuen in der allgemeinen Bevölkerung. Weiter kann es sein, dass in der vorliegenden bevölkerungsbasierten Studie sehr schwere Fälle von AN oder AN-Fälle mit chronischen Verläufen nicht erfasst wurden, weil sie entweder nicht verfügbar, nicht erreichbar, hospitalisiert oder ungewillt waren, an der Befragung zum Thema Gesundheit teilzunehmen. Die reale Prävalenzrate könnte daher höher sein.

6.1.1.2 Bulimia nervosa und Binge Eating Störung

Die Prävalenz von BN in der Schweiz ist mit 1.7% deutlich über dem europäischen und nordamerikanischen Wert von 0.5% respektive 1.0%

Mit einem Wert von 1.7% liegt die schweizerische Lebenszeit-Prävalenz von BN über dem europäischen (0.5%) (Preti, Girolamo et al. 2009) und dem nordamerikanischen Wert (1.0%) (Hudson, Hiripi et al. 2007). Unterscheidet man bei BN nach Geschlechtern, dann ist die schweizerische Lebenszeit-Prävalenz mit einem Wert von 2.4 % bei Frauen weit über dem europäischen (0.9%) sowie über dem amerikanischen Wert (1.5%). Verschiedene Studien unterstützen den Eindruck, dass die Inzidenz (d.h. die Anzahl Neuerkrankungen in der Bevölkerung) von allen Essstörungen – und insbesondere BN – in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen ist (Hudson, Hiripi et al. 2007; Kendler, MacLean et al. 1991; Hoek and van Hoeken 2003). Andere Forscher berichten über erhebliche Inzidenzschwankungen von BN in den 90er Jahren (Currin, Schmidt et al. 2005). Diese Autoren begründen eine Steigerung der Häufigkeit von BN mit der Präsenz von Identifikationsfiguren, die diese Erkrankung aufweisen, in den Medien und eine Abnahme, wenn diese Erkrankung in den Medien nicht mehr erwähnt wird. Die relativ hohe Prävalenz von BN in der Schweiz könnte auch durch methodologische Überlegungen erklärt werden. Es ist denkbar, dass es den Befragten aufgrund der in dieser Studie eingesetzten Telefoninterviews leichter fiel, die schambesetzten Symptome der BN zuzugeben als es face-to-face der Fall gewesen wäre. Dieser Effekt konnte bereits in anderen Studien beobachtet werden (Keel, Crow et al. 2002).

Als Ursachen aller Essstörungen, darunter auch der BN, spielen genetische, verhaltensbezogene, emotionale und soziokulturelle Faktoren eine Rolle. Der Druck der Gesellschaft schlank und fit zu sein, könnte die Entstehung der BN beeinflussen. In der Schweiz scheint die Sensibilisierung bezüglich eines gesunden Körpergewichts hoch (Bundesamt für Statistik 2010). Die grosse Mehrheit der Bevölkerung, nämlich 80%, favorisiert auf dem Weg zu einem gesunden Körpergewicht eine kombinierte Ernährungs- und Bewegungsstrategie (Frisch und Schulz 2010)). Ebenfalls achten laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 rund 70% der Schweizer Wohnbevölkerung darauf, wie sie sich ernähren (Bundesamt für Statistik 2010). Vergleichbare Resultate zeigte die Nutri-Trend Studie von Nestlé, in welcher jeweils knapp 90% der Befragten erwähnten, die Empfehlungen viel Gemüse, Salat und Früchte zu konsumieren und sich abwechslungsreich und ausgeglichen zu ernähren, seien für sie wichtig. Diese Antworten können zusammen mit den Werten für Orthorexie aus vorliegender Studie als Hinweis auf die Beschäftigung mit Ernährungsfragen und das Ernährungsbewusstsein in der Schweizer Wohnbevölkerung angesehen werden. Dies hat voraussichtlich auch eine Bedeutung auf das konkrete Ernährungsverhalten (Eichholzer 2003). Für eine hohe Sensibilisierung bezüglich eines gesunden Körpergewichts in der Schweiz spricht zudem, dass die Schweiz verglichen mit anderen europäischen und nordamerikanischen Ländern gemäss der WHO mit 59% die höchste Rate an normalgewichtigen Personen hat (Telefonbefragungen, siehe die globale Datenbank der WHO über den BMI http://apps.who.int/bmi/index.jsp). Ebenfalls gehört die Schweiz gemäss den Daten der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2009 und des International Social Survey Programme aus dem Jahr 2007 zu einem der sportlichsten Länder weltweit (Lamprecht und Stamm 2012).

Im Kontrast zu den Resultaten von BN liegt die Lebenszeit-Prävalenz für die BED in der Schweiz im mittleren Bereich: 1.6%, ein deutlich niedrigerer Wert als in den USA (2.8%) und etwas höher als in sechs europäischen Ländern (1.1%). Zu vermerken ist auch die Häufigkeit der AnyBED in der Schweiz von 4.1% sowie in den USA (4.5%), bei welcher neben den klinischen auch nicht klinische Formen von regelmässigen Essanfällen mit eingeschlossen sind. Dagegen beträgt der durchschnittliche europäische Wert zirka die Hälfte.

Wenn man die Prävalenzwerte von BN und BED aus den USA und der Schweiz (Hudson, Hiripi et al. 2007 und die aktuelle Studie) summiert kommt man auf ähnliche Zahlen: 3.8% für die USA und 3.2% in der Schweiz. Gemeinsamer Nenner für beide Erkrankungen sind

regelmässige Essanfälle, diese werden bei BN gefolgt von kompensatorischen Massnahmen (z. B. Erbrechen), nicht aber bei der BED. Das Überangebot an Esswaren zusammen mit dem hohen Druck gesund zu essen (Werte für Orthorexie in der Schweiz aufgrund der Studienresultate) und schlank zu sein (Faeh and Bopp 2010), lassen vermuten, dass ein Teil der Menschen mit Essanfällen in der Schweiz zu kompensatorischen Massnahmen greifen. In der Folge könnte man annehmen, dass diese Personen eine BN entwickeln. In der Schweiz wie auch in den meisten anderen (industrialisierten) Ländern fand in den letzten Jahren eine Sensibilisierung für die Thematik Übergewicht statt. Denkbar ist, dass der Druck „nicht übergewichtig zu sein“ in der Schweiz grösser ist und ein grösserer Anteil von Menschen als in den USA die eingenommen Kalorien durch kompensatorische Massnahmen zu neutralisieren versuchen. Für einen grösseren Druck in der Schweiz als in anderen entwickelten Ländern spricht auch der Befund von Faeh und Bopp (2010), welche herausfanden, dass der Gewichtsanstieg bei Zürcher Frauen 2002 den Peak erreicht hat und seither kontinuierlich abnimmt. Auch in anderen entwickelten Ländern (Schweden, USA) wurde eine Verlangsamung des Gewichtsanstiegs in der Bevölkerung festgestellt, nicht jedoch eine Abnahme (Flegal, Carroll et al. 2010; Sundquist, Johansson et al. 2010). Die Chancen in der Ausbildung oder im Beruf weiter zu kommen, aber auch die Aussichten auf Partnerschaft und Familie sind bei Personen mit Übergewicht in der Schweiz geringer als bei Normalgewichtigen (Stamm, Lamprecht et al. 2010). Diskriminierung am Arbeitsplatz ist für viele Menschen mit Übergewicht in der Schweiz ein Thema (Nebiker-Pedrotti, Keller et al. 2009) und auch bei der Partnersuche sind Personen mit Übergewicht benachteiligt, dies betrifft insbesondere Frauen mit Übergewicht (Faeh, Braun et al. 2011). Die hohe Stigmatisierung von Übergewicht in der Schweiz könnte ein Grund dafür sein, dass die Prozentzahl von BN Fällen hoch ausfällt.

Weitere Studien sind notwendig, um zu bestätigen, dass die Prävalenz von BN in der Schweiz tatsächlich höher ist als in anderen europäischen Ländern. Die Studie bestätigt, dass BN und die BED später im Leben – bis im vierten Lebensjahrzehnt – beginnen als AN.

Für die Interpretation der Häufigkeit von BN, BED und AnyBED ist jedoch auch wichtig zu sehen, dass intraindividuelle Essstörungssymptome häufig wechseln und/oder fluktuieren, dies kann zum Diagnosewandel führen (Fairburn and Harrison 2003; Milos, Spindler et al. 2005). Die Interpretation dieser Resultate muss deshalb noch weiter vertieft werden und ist aus der transdiagnostischen Sicht zu betrachten.

6.1.2 Vergleich mit anderen europäischen Studien

Es bestehen erhebliche methodologische Unterschiede zwischen den wichtigsten europäischen Studien zum Thema Essstörungen

Die wichtigsten europäischen Studien der letzten Jahre haben alle viel kleinere Kohorten als die vorliegende Studie untersucht. Im Vergleich mit anderen europäischen Studien in Italien, Portugal und Schweden ist zu berücksichtigen, dass innerhalb der verschiedenen Arbeiten erhebliche methodologische Unterschiede bestehen (unterschiedliche Instrumente sowie unterschiedliche Erhebungsmethoden, zwei oder drei Phasen Studien). Darüber hinaus untersuchten die meisten Studien spezifische Stichproben (z.B. nur Studentensample, oder nur junge Frauen). Unter Berücksichtigung dieser Faktoren, welche die Vergleichbarkeit schwächen, liegen die Werte aus vorliegender Studie zwischen der Minimal- und Maximal-Prävalenzzahl, bei AN beispielsweise: Lebenszeit-Prävalenz Schweiz 0.7%, Portugal und Italien 0.4%, (Machado, Machado et al. 2006; Faravelli, Ravaldi et al. 2006), Schweden 2,2 % (Keski-Rahkonen, Hoek et al. 2007) und Italien 2% (Favaro, Ferrara et al. 2003). Anhand des Beispiels aus Italien, wo nur junge Frauen zwischen 18 und 25 Jahren befragt wurden und deshalb die Prävalenz von AN mit 2% relativ hoch ausfiel, wird verständlich, dass die Ergebnisse aufgrund von Untersuchungen in verschiedenen Populationen und mit verschiedenen Methoden deutlich differieren.

6.2 Kontakt mit Fachperson bei Essstörungen

Eine grosse Anzahl Personen mit Essstörungen nimmt professionelle Hilfe in Anspruch

Die Resultate der Untersuchung zeigen, dass Menschen mit Essstörungen häufig Fachpersonen aufsuchen. Fast 80% der an AN erkrankten Personen, sind zum Untersuchungszeitpunkt schon mindestens in einer Konsultation gewesen. Zu bemerken ist, dass auch 70% der Menschen mit BN und 53% der Personen mit dem diagnostischen Vollbild von BED mindestens einmal bei einer Fachperson gewesen sind. Dass eine grosse Zahl von Menschen mit Essstörungen professionelle Hilfe in Anspruch genommen hat, weist auf einen hohen Leidensdruck bei den Betroffenen hin. Darüber hinaus zeigen diese Werte aber auch, dass ein erheblicher Teil der Menschen mit BN (ca. ein Viertel) und BED (ca. die Hälfte) noch nie Fachhilfe bekam. Diese Resultate bestätigen auch andere Studien, die den hohen finanziellen Einfluss von Essstörungen auf das Gesundheitswesen und die Gesundheitskosten verdeutlicht haben (Simon, Schmidt et al. 2005) und bestärken die Wichtigkeit einer effizienten Prävention und adäquater Behandlung und Sensibilisierung. Eine frühe Diagnose und der Einsatz von angebrachten und effektiven Behandlungen wirken sich nicht nur positiv auf das Leben der Betroffenen, sondern auch auf die Behandlungskosten aus (Simon,

Schmidt et al. 2005).

6.3 Essstörungen und Gewicht

Personen mit BED und AnyBED sind deutlich mehr von Übergewicht und Adipositas betroffen als Personen ohne Essstörung

Die Daten zur Körpergrösse und Körpergewicht wurden in vorliegender Studie erfragt und stammen nicht aus einer Messung. Die Studie zeigt, dass 62.8% der Befragten normalgewichtig, 4.2% untergewichtig, 25.8% übergewichtig und 7.2% adipös sind. Dies ist ein ähnliches Resultat, wie aus dem Schweizerischen Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2007 hervorgeht mit 59% Normalgewicht, 4% Untergewicht, 29% Übergewicht und 8% Adipositas (Bundesamt für Statistik 2010).

Personen aus der vorliegenden Studie mit einer Lebenszeitdiagnose von AN sind verglichen mit Personen ohne Lebenszeit-Essstörung eher schlank (innerhalb des Normbereichs) bis untergewichtig (keine Überschneidung der Konfidenzintervalle, BMI-Mittelwert 20.94 vs. 23.92), während dem Personen mit einer Lebenszeitdiagnose von Binge Eating im Durchschnitt ein leichtes Übergewicht aufweisen (keine Überschneidung der Konfidenzintervalle, BMI-Mittelwert 25.45 vs. 23.92). Auch Personen mit Any Binge Eating Problematik zeigen ein deutlich höheres Gewicht als Personen ohne Essstörung (keine Überschneidung der Konfidenzintervalle, BMI-Mittelwert 24.86 vs. 23.92). Dies bekräftigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen Übergewicht und der Binge Eating Problematik. Verglichen mit den Resultaten aus den USA ist jedoch der Prozentanteil an Übergewichtigen unter Personen mit einer Lebenszeitdiagnose von BN oder BED in der Schweiz deutlich geringer zum Zeitpunkt des Interviews (Hudson, Hiripi et al. 2007). Ungefähr 31% der Befragten mit BN und 42% der Befragten mit BED waren in der amerikanischen Studie adipös (BMI $\geq$ 30), während dem in der vorliegenden Studie aus der Schweiz 14.4% der Personen mit einer Lebenszeit-Diagnose von BN und 15.5% mit einer Lebenszeit-Diagnose von BED aktuell Adipositas aufwiesen. Aus der Studie von Hudson et al. geht nicht hervor, ob die Körpergrösse und das Körpergewicht gemessen oder erfragt wurden. Dennoch sind diese Resultate nicht überraschend. Gemäss der globalen Datenbank der WHO über den BMI sind (http://apps.who.int/bmi/index.jsp) 35% der amerikanischen Bevölkerung normalgewichtig. In der Schweiz sind 59% normalgewichtig. Die Allgemeinbevölkerung in den USA hat somit deutlich mehr Probleme mit Übergewicht als in der Schweiz.

Die Analysen über die Präsenz von Essstörungen bei den Menschen mit Adipositas zeigen, dass sowohl Frauen als auch Männer mit Adipositas ungefähr doppelt so häufig zu Binge Eating (BED oder AnyBED) neigen

wie die Gesamtstichprobe (3,3% vs. 1.6% BED oder 7.9% vs. 4.1% AnyBED).

6.4 Essstörungen und Orthorexie

Die intensive Beschäftigung mit dem Thema „Gesunde Ernährung“ ist in der Schweiz auffällig

Die schweizerische Bevölkerung scheint sich mit dem Thema „Gesunde Ernährung“ intensiv zu beschäftigen. Orthorexie wird als eine ausgeprägte Fixierung auf die Auswahl von „gesundem“ und der Vermeidung von „ungesundem“ Essen verstanden (Bratman 2000; Donini, Marsili et al. 2004). Die Daten über Orthorexie (keine Essstörung, sondern ein auffälliges Essverhalten, siehe auch Kapitel 3.3.3) zeigen, dass fast ein Drittel der schweizerischen Bevölkerung alle Kriterien für eine Orthorexie erfüllen. Ein weiterer grosser Teil der Bevölkerung (ca. 40 %) beschäftigt sich mit der eigenen Ernährung, ohne alle Kriterien einer Orthorexie zu erfüllen. In diesem Zusammenhang sind die Unterschiede zwischen Mann und Frau gering. Die Orthorexie-Werte für die Schweiz ergeben den Eindruck, dass sie hoch sind, jedoch existieren keine Vergleichsdaten aus anderen epidemiologischen Erhebungen, so dass kein Vergleich mit anderen Ländern gemacht werden kann. Eine Erklärung für die hoch erscheinenden Orthorexieraten könnte das hohe Gesundheitsbewusstsein der Schweizer Bevölkerung sein. Hinweise für die Beschäftigung mit Ernährungsfragen und das hohe Ernährungsbewusstsein in der Schweizer Wohnbevölkerung wurden bereits in Kapitel 6.1.1.2 näher erläutert (Eichholzer 2003). Weiter ist der weltweit höchste Pro-Kopf-Verbrauch für Bioprodukte mit über 130 Euro jährlich neben Dänemark in der Schweiz zu verzeichnen (Willer 2011). Dies zeigt, dass sich die schweizerische Bevölkerung intensiv mit der Qualität und der Herkunft von Nahrungsmitteln auseinandersetzt, auch wenn dies nicht direkt mit den Konsum von gesunden Nahrungsmitteln gleichzusetzen ist. Personen in der Schweiz sind somit sehr sensibilisiert bezüglich gesunder Ernährung. Lediglich sensibilisiert zu sein, reicht für die Entwicklung einer Orthorexie jedoch nicht aus, denn Personen mit Othorexie verbringen die meiste Zeit damit, strikte Regeln zu befolgen und Verhaltensweisen wie die Hauptbeschäftigung mit dem Essen deuten auf zwanghafte Verhaltensmuster bei Personen mit Orthorexie hin (Bratman 2000; Donini, Marsili et al. 2004). Zudem muss berücksichtigt werden, dass in der vorliegenden epidemiologischen Befragung beispielsweise auch Allergiker, die bestimmten Diäten folgen, in die Kategorie der Orthorexie gefallen sind, was die Orthorexie-Rate zusätzlich erhöht haben kann. Auch wenn zwischen Orthorexie und den Essstörungen einige Gemeinsamkeiten bestehen (Orthorexie kann z.B. zu Mangelernährung, Gewichtsverlust und sozialer Isolation wie bei AN

führen), gibt es viele Differenzen und Unklarheiten (z.B. ist die Hauptbeschäftigung mit dem Essen bei Orthorexie nicht so stark ausgeprägt wie bei AN oder BN, da es sich nur auf die Qualität des Essens bezieht), weshalb bis heute keine universal akzeptierte Definition und keine validen diagnostischen Kriterien für die Orthorexie vorhanden sind (Donini, Marsili et al. 2004; Mathieu 2005; Kinzl, Hauer et al. 2006; Arusoglu, Kabakci et al. 2008; Vandereycken 2011). Aus diesen Gründen und auch aus mangelnder Vergleichbarkeit mit anderen Nationen, sind die Resultate zur Orthorexie aus vorliegender Studie mit Vorsicht zu betrachten.

Interessanterweise zeigen Menschen, die unter der Diagnose BED und BN leiden oder litten, höhere Orthorexiewerte als Menschen, welche eine Lebenszeit-Diagnose von AN aufweisen. Da es sich in der vorliegenden Untersuchung um eine Querschnittstudie handelt, bleibt die Frage offen, ob Orthorexie die Ursache oder das Resultat einer BN oder BED ist.

6.5 Komorbidität von Essstörungen

Menschen mit allen Formen von Essstörungen zeigen 4-6fach erhöhte Hinweise für ernsthafte psychische Erkrankungen

Erwartungsgemäss und in Einklang mit anderen Studien zeigen Menschen mit allen Formen von Essstörungen in der vorliegenden Studie 4 – 6fach erhöhte Hinweise für ernsthafte andere psychische Erkrankungen (Milos, Spindler et al. 2003; Spindler and Milos 2007; Braun, Sunday et al. 1994). Interessant ist, dass sich die komorbiden psychischen Störungen zwischen den einzelnen Essstörungsdiagnosen kaum unterscheiden. Dies unterstützt die transdiagnostische Sicht der Essstörungen (Fairburn, Cooper et al. 2003; Milos, Spindler et al. 2005) und unterstreicht, dass Menschen mit Essstörungen oft komplexe Krankheitsbilder zeigen, die schwer behandelbar sind. Generell gesehen ist es bekannt, dass je mehr Störungen gleichzeitig vorhanden sind, desto schlechter fällt auch der Behandlungserfolg und -verlauf aus (Meyer 2009). Spezifischer (jedoch ohne eine psychiatrische Diagnose zu stellen) konnte diese Studie zeigen, dass auch in der Allgemeinbevölkerung Angst und Selbstunsicherheit bei Menschen, die unter einer Essstörung leiden oder gelitten haben, signifikant häufiger zu finden sind. Dies ist in Einklang mit anderen Studien (Vollrath, Koch et al. 1992; Treasure, Claudino et al. 2010; Herzog, Nussbaum et al. 1996; Milos, Spindler et al. 2003).

6.6 Essstörungen und Lebensqualtität

Personen mit einer Essstörung (LZ) haben eine tiefere soziale und physische Lebenszufriedenheit

Die vorliegende Studie zeigt, dass Menschen mit Essstörungen (LZ) eine niedrigere physische und soziale Lebenszufriedenheit haben, was auf einen hohen Leidensdruck bei den Betroffenen hinweist. Dieser Befund ist konsistent mit vielen anderen Studien, welche die Lebensqualität bei Essstörungen untersucht haben (Spitzer, Kroenke et al. 1995; Johnson, Spitzer et al. 2001; Jenkins, Hoste et al. 2011). Essstörungen haben einen starken Einfluss auf mehrere Bereiche von Lebensqualität (de la Rie, Noordenbos et al. 2005). Aus der Literatur geht hervor, dass bei Personen mit Essstörung vor allem die mentalen und psychologischen Aspekte von Lebensqualität und weniger die physischen Aspekte beeinträchtigt sind (Latner, Vallance et al. 2008; Hay 2003; de la Rie, Noordenbos et al. 2005). Personen mit BED jedoch weisen zusätzlich auch eine Beeinträchtigung der physischen Lebensqualität auf (Doll, Petersen et al. 2005). Nur sehr wenige Studien haben eine genügend grosse Anzahl an männlichen Probanden befragt, so dass diese Schlussfolgerungen lediglich für Frauen geltend gemacht werden können.

In vorliegender Studie wurden die physische und soziale Lebensqualität erhoben. Personen mit einer Lebenszeitdiagnose einer Essstörung weisen eine deutlich tiefere physische Lebensqualität auf als Personen ohne Essstörung (LZ). Die tiefere physische Lebensqualität zieht sich durch alle drei Hauptessstörungen, wobei Personen mit AN (LZ) die höchste physische Lebenszufriedenheit innerhalb der Gruppe mit Essstörungen aufweisen. Die soziale Lebenszufriedenheit war ebenfalls deutlich tiefer bei Personen mit BN, BED und AnyBED, nicht jedoch bei AN verglichen mit Personen ohne Essstörung (LZ). Bedenkt man die Schwere der Erkrankung wirkt der Befund, dass Personen mit AN eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen als Personen mit BN, BED und AnyBED erstaunlich, wird aber von der Literatur unterstützt: Auch Mond et al. fanden keine Unterschiede der Lebensqualität zwischen Personen mit AN und einer Kontrollgruppe (Mond, Hay et al. 2005) und bei der Studie von Doll et al. hatten Personen mit AN höhere Werte in den Subskalen des SF-36 „emotionale Rollenfunktion“ sowie „körperliche Rollenfunktion“ als Personen mit BN und BED (Doll, Petersen et al. 2005).

Eine Erklärung liefert das Konzept der Ich-Syntonizität bei AN. Es handelt sich dabei um das Phänomen, dass Personen mit AN oft Aspekte ihrer Krankheit nicht als pathologisch (Anosognosie) oder sogar als positiven Teil von sich selbst betrachten und deshalb die Ernsthaftigkeit ihrer Probleme verleugnen (Williams and Reid 2010; Jenkins, Hoste et

al. 2011). In Einklang mit dieser Hypothese stehen neben den Resultaten aus vorliegender Studie auch die Resultate von Doll et al.: Trotz höherer Werte in den Subskalen „körperliche und emotionale Rollenfunktion“ zur Lebenszufriedenheit wiesen Personen mit AN öfter Suizidgedanken und parasuizidales Handeln (= absichtlich selbstverletzendes Verhalten) auf (Milos, Spindler et al. 2004; Doll, Petersen et al. 2005). In der vorliegenden Studie wurden keine detaillierten Informationen zu parasuizidalen Verhaltensweisen erfragt.

Zu bedenken ist zudem, dass in der vorliegenden Studie der Vergleich gezogen wurde zwischen Personen mit einer Lebenszeit-Diagnose einer Essstörung und Personen ohne Lebenszeit-Diagnose. Das heisst, die Erkrankung mag bei einigen bereits viele Jahre zurückliegen und die höhere Lebensqualität bei Personen mit AN (LZ) an der Tatsache liegen, dass jene mit einer schweren AN nicht in vorliegendem Sample waren, da sie bereits verstorben sind oder zum Befragungszeitpunkt nicht erreichbar oder gerade hospitalisiert waren.

6.7 Zunahme der Essstörungen in der Schweiz?

Verschiedene Studien unterstützen die Vermutung einer Zunahme von Essstörungen in den letzten Jahrzehnten

Es handelt sich hier um die erste gross angelegte Prävalenzstudie in der Schweiz. Damit sind Vergleiche mit früheren Erhebungen nicht möglich und auch keine verlässlichen Aussagen über die Entwicklung der Häufigkeit dieser Erkrankungen in der Schweiz zulässig. Jedoch lassen verschiedene Studien vermuten, dass die Lebenszeit-Prävalenz aller Essstörungen in allen industrialisierten Ländern in den letzten Jahrzehnten gestiegen ist (Hoek 1991; Hoek, Bartelds et al. 1995; Hoek and van Hoeken 2003; Milos, Spindler et al. 2004; Hoek 2006). An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass BN und die BED erst vor wenigen Jahrzehnten als Erkrankungen definiert wurden. Darum ist es nur beschränkt möglich, Aussagen über die zeitlichen Zunahmen der Häufigkeit dieser Erkrankungen zu machen.

Einen interessanten Hinweis über den Verlauf der Häufigkeit von AN liefert eine Inzidenzstudie über schwere hospitalisierte Fälle von AN im Kanton Zürich (Milos, Spindler et al. 2004). Die Studie zeigte in einer Population von ca. einer Million Einwohnern über eine Zeitspanne von vier Jahrzehnten (50er bis Mitte 90er), dass die AN Fälle zwischen den 70ern und 80ern signifikant zugenommen haben, danach jedoch konstant blieben. Andere Studien bestätigen diesen Trend für AN (Currin, Schmidt et al. 2005; Lucas, Crowson et al. 1999). Die Prävalenz von BN hingegen scheint in den letzten Jahrzehnten Schwankungen unterlegen zu haben (Currin, Schmidt et al. 2005). Es bleibt unbestritten, dass es

weitere Studien braucht, um die Frage einer möglichen Zunahme aller Essstörungen über die Zeit respektive die genaue zeitliche Entwicklung von Essstörungen zu beantworten.

6.8 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen die grosse klinische und gesellschaftliche Bedeutung von Essstörungen in der Schweiz

Essstörungen sind komplexe multifaktoriell bedingte Erkrankungen; genetisch-biologische sowie biographische Faktoren spielen einer Rolle bei der Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung. Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter stellen eine besonders vulnerable Zeit für die Entstehung einer Essstörung dar (Kaye, Fudge et al. 2009). Die Tatsache, dass Essstörungen in industrialisierten Ländern häufiger anzutreffen sind als in anderen Ländern, bekräftigt die Annahme, dass die Erkrankungen ein Resultat genetischer Disposition und umweltbedingter Faktoren sind (Fairburn and Harrison 2003; Treasure, Claudino et al. 2010). Kulturelle sowie ökonomische Aspekte spielen bei den umweltbedingten Faktoren eine wichtige Rolle (Fairburn and Harrison 2003; Treasure, Claudino et al. 2010).

Diese breit angelegte - für die ganze Schweiz repräsentative - Studie zeigt, dass Essstörungen in der Schweiz mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 3.5% keine seltenen Erkrankungen darstellen. Die Resultate der Studie zeigen im Vergleich mit ähnlich angelegten Arbeiten in den USA und in anderen europäischen Ländern eine ähnliche Lebenszeit-Prävalenz für AN (0.7%). Die Resultate für BN (1.7%) sind relativ hoch, während das Vollbild einer BED (1.6%) in der Schweiz etwa in der Mitte der Vergleichsländer liegt. Ähnlich ausgeprägt wie in den USA ist in der Schweiz die Häufigkeit von Any Binge Eating (4.1%), das heisst wenn neben den klinischen Formen von regelmässigen Essanfällen (bei AN, BN und BED) auch subklinische Formen von Binge Eating (bei welchen nicht alle notwendigen DSM-Kriterien für die Diagnose einer der drei Hauptessstörungen erfüllt sein müssen) mit eingeschlossen werden.

Die höhere Prävalenz der BN in der Schweiz kann verschiedene Gründe haben. Zu einem Teil kann sie in der telefonischen Erhebungsmethode begründet sein, die erlaubte auch schambesetzte kompensatorische Massnahmen offener zu deklarieren als bei einem Face-to-Face-Interview. Ebenfalls könnten das hohe Gesundheitsbewusstsein in der Schweiz (wie in Kapitel 6.1.1.2 und 6.4 beschrieben) - schlank zu sein und gesund zu essen - eine wichtige Rolle spielen. Für die Interpretation der Häufigkeit von BN ist zudem wichtig zu sehen, dass intraindividuelle Essstörungssymptome häufig wechseln und/oder fluktuieren, dies kann zum Diagnosewandel führen (Fairburn and Harrison 2003; Milos,

Spindler et al. 2005). Darum ist die Interpretation der Resultate der Studie aus der transdiagnostischen Sicht zu betrachten.

Obwohl Frauen häufiger von allen Essstörungsformen betroffen sind, zeigt die Verteilung dieser Erkrankungen bei beiden Geschlechtern, dass Essstörungen auch bei Männern nicht selten vorkommen. Menschen mit Essstörungen weisen deutlich häufiger ernsthafte psychische Erkrankungen sowie eine niedrigere physische und soziale Lebenszufriedenheit auf. Darüber hinaus weisen die Resultate der Studie darauf hin, dass sich die schweizerische Bevölkerung intensiv mit gesunder Ernährung (Orthorexie) beschäftigt; dies betrifft beide Geschlechter. Die Schweiz gehört weltweit zu den Ländern mit einem eher tiefen Anteil an übergewichtigen Personen (Bundesamt für Statistik 2010) und einem hohen Anteil an normalgewichtigen Personen (59%, siehe die globale Datenbank der WHO über den BMI http://apps.who.int/bmi/index.jsp).

Unsere Gesellschaft ist geprägt durch ein Überangebot von Esswaren. Der Lebensmittelindustrie kommt somit eine wichtige Rolle und ebenfalls Verantwortung mit ihrem Angebot an Lebensmitteln und der Bewerbung dieser zu. In den letzten Jahren weiteten sich das Angebot und die Verfügbarkeit von Lebensmittelläden und Restaurants kontinuierlich aus. Ebenfalls wurden die Kosten von kalorienreichen Lebensmitteln im Verhältnis zum Einkommen in den meisten Ländern günstiger (Faeh 2006). Auswärtsessen gilt als Risikofaktor für die Entstehung von Übergewicht (Pereira, Kartashov et al. 2005). Der Wandel des Lebensmittelangebots der letzten Jahre hat auch zu einer Veränderung der Energiebilanz der Konsumenten geführt. So wird heutzutage weniger Energie bei Einkauf und Zubereiten der Nahrung verbraucht, es besteht wenig Kontrolle über Energiegehalt der Nahrung und energiereiche Nahrung wird oft innerhalb kurzer Zeitspannen gegessen (Faeh 2006). Neben dem Überangebot an Esswaren gilt es in unserer Gesellschaft als wichtig, einen schlanken Körper zu haben. Bis vor einigen Jahren war dies mehrheitlich aus ästhetischen Gründen der Fall. Im letzten Jahrzehnt sind jedoch auch gesundheitliche Aspekte in den Vordergrund gerückt. Ein schlankes Körperbild wird oft in Verbindung gebracht mit einem gesunden Leben. Nicht nur gesunde Ernährung, sondern auch Sport und Bewegung spielen im gesunden Alltag eine wichtige Rolle. Es ist anzunehmen, dass dieser Wandel einen bedeutenden Einfluss auf die Bevölkerung genommen hat. Schlank sein ist nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer zunehmend wichtig (Solzbacher, Benninghoven et al. 2005).

In der Schweiz und auch in anderen entwickelten Ländern werden

hauptsächlich Präventionsmassnahmen umgesetzt, bei welchen die Risikofaktoren des Übergewichts ausführlich thematisiert werden. Die Wichtigkeit eines physiologischen Gewichts - nicht zu viel aber auch nicht zuwenig - für ein gesundes Leben wird aber kaum erläutert und die Gefahren des Untergewichts selten erwähnt. Zukünftig wäre es deshalb sinnvoll, die Bevölkerung auf das Konzept „nicht zu viel aber auch nicht zu wenig“ für eine gesunde Ernährung und ein gesundes Körpergewicht zu sensibilisieren.

Die Informationen über eine gesunde Ernährung haben in den letzten Jahrzehnten enorm zugenommen. Es werden heutzutage durch schnelle Diäten die verschiedensten Erfolge versprochen. Es ist zu vermuten, dass es einigen Bevölkerungsgruppen durch die Flut der Informationen über eine „gesunde“ Ernährung an Orientierung fehlt. Der klinische Alltag zeigt, dass vor allem jüngere Menschen durch die zum Teil widersprüchlichen Ernährungsbotschaften, beispielsweise hinsichtlich verschiedener Diäten, verunsichert werden. Der Einfluss der Medien und der Modebranche ist nicht zu unterschätzen und wurde bereits in mehreren Studien untersucht (Peterson, Paulson et al. 2007; Polivy and Herman 2002). Schönheit und Attraktivität sind heute sehr präsente Themen in den Medien und im Alltag. Das Schlankheitsideal an sich ist nicht gefährlich, problematisch ist jedoch, dass dieses Ideal zu Diäten und Nahrungsverzicht führen kann. Es ist bekannt, dass eine restriktive Ernährung oder ein strenges Diätverhalten Risikofaktoren für die Entstehung aller Essstörungen darstellen. Des Weiteren können Körperunzufriedenheit, depressive Stimmung, eine Tendenz seinen Körper mit dem anderer zu vergleichen, geringes Selbstwertgefühl und Schwierigkeiten mit der eigenen Identität zu einer stärkeren Verinnerlichung des Schlankeitsideals führen (Peterson, Paulson et al. 2007; Polivy and Herman 2002).

Ein weiterer Faktor, der zur Entstehung von Essproblemen beitragen kann, ist in einem Wandel der Esskultur zu sehen. Der soziale Aspekt des gemeinsamen Essens verliert zunehmend an Bedeutung, dies vor allem in urbanen Gegenden. Alleine essen in den verschiedensten Situationen (oft unterwegs) ist für niemanden eine Ausnahme mehr, dies scheint sich negativ auf das Essverhalten v.a. der jungen Generationen auszuwirken (Ebenegger, Marques-Vidal et al. 2010; Faeh 2006; Lytle, Seifert et al. 2000).

Essstörungen sind sehr ernsthafte Erkrankungen, die im Extremfall bis zu Invalidisierung und Tod führen können. Die Resultate der Studie unterstreichen die grosse klinische und gesellschaftliche Bedeutung dieser Pathologien. Im Sinne einer effizienten Behandlung und

Prävention von Essstörungen sollten die Resultate dieser Studie beigezogen werden. Es wird für unser Land künftig sehr wichtig sein, die Entwicklung der Häufigkeit von Essstörungen durch weitere Studien zu verfolgen.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington, D.C., American Psychiatric Association.

Arusoglu, G., E. Kabakci, et al. (2008). "Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish." Turk Psikiyatri Dergisi **19**(3): 283-291.

Bijl, R. V., A. Ravelli, et al. (1998). "Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology **33**(12): 587-595.

Bratman, S. (2000). Health food junkies : overcoming the obession with healthful eating. New York, Broadway Books.

Braun, D. L., S. R. Sunday, et al. (1994). "Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders." Psychol Med **24**(4): 859-867.

Bruce, K. R. and H. Steiger (2005). "Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders." Eat Disord **13**(1): 93-108.

Bundesamt für Statistik, B. f. (2010). "Schweizerische Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007." Bulletin 14 (BAS).

Bushnell, J. A., J. E. Wells, et al. (1990). "Prevalence of three bulimia syndromes in the general population." Psychol Med **20**(3): 671-680.

Crow, S. J., C. B. Peterson, et al. (2009). "Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders." Am J Psychiatry **166**(12): 1342-1346.

Currin, L., U. Schmidt, et al. (2005). "Time trends in eating disorder incidence." Br J Psychiatry **186**: 132-135.

De la Rie, S. M., G. Noordenbos, et al. (2005). "Quality of life and eating disorders." Qual Life Res **14**(6): 1511-1522.

Doll, H. A., S. E. Petersen, et al. (2005). "Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36." Qual Life Res **14**(3): 705-717.

Donini, L. M., D. Marsili, et al. (2004). "Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon." Eat Weight Disord **9**(2): 151-157.

Donini, L. M., D. Marsili, et al. (2005). "Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire." Eat Weight Disord 10(2): e28-32.

Ebenegger, V., P. Marques-Vidal, et al. (2010). "Eating habits of preschool children with high migrant status in Switzerland according to a new food frequency questionnaire." Nutr Res 30(2): 104-109.

Eichholzer, M., Camenzind, E. (2003). "Übergewicht, Adipositas und Untergewicht in der Schweiz: Resultate der Nutri-Trend-Studie 2000." Praxis 92: 847-858.

Eriksson, L., A. Baigi, et al. (2008). "Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants." Scand J Med Sci Sports **18**(3): 389-394.

Faeh, D., J. Braun, et al. (2011). "Prevalence of obesity in Switzerland 1992-2007: the impact of education, income and occupational class." Obesity Reviews 12(3): 151-166.

Faeh, D. and M. Bopp (2010). "Excess weight in the canton of Zurich, 1992-2009: harbinger of a trend reversal in Switzerland?" Swiss Medical Weekly 140: w13090.

Faeh, D. (2006). "Die Struktur der Übergewichtsepidemie." Schweizerische Ärztezeitung 87(34).

Fairburn, C. G., Z. Cooper, et al. (2003). "Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment." Behav Res Ther **41**(5): 509-528.

Fairburn, C. G. and P. J. Harrison (2003). "Eating disorders." Lancet **361**(9355): 407-416.

Faravelli, C., C. Ravaldi, et al. (2006). "Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study." Psychother Psychosom **75**(6): 376-383.
Favaro, A., S. Ferrara, et al. (2003). "The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample." Psychosom Med 65(4): 701-708.
Flegal, K. M., M. D. Carroll, et al. (2010). "Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008." JAMA 303(3): 235-241.
Frisch, A. und P. J. Schulz (2010). "Ernährung, Bewegung und Körpergewicht. Wissen, Einstellungen und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung." Institute of Communication and Health der Universität della Svizzera Italiana.
Garfinkel, P. E., E. Lin, et al. (1996). "Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample." Br J Psychiatry **168**(4): 500-506.
Hardt, J. (2008). "The symptom checklist-27-plus (SCL-27-plus): a modern conceptualization of a traditional screening instrument." Psychosoc Med **5**: Doc08.
Hay, P. (2003). "Quality of life and bulimic eating disorder behaviors: findings from a community-based sample." Int J Eat Disord **33**(4): 434-442.
Herzog, D. B., K. M. Nussbaum, et al. (1996). "Comorbidity and outcome in eating disorders." Psychiatr Clin North Am **19**(4): 843-859.
Hoek, H. W. (1991). "The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care." Psychol Med **21**(2): 455-460.
Hoek, H. W. (2006). "Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders." Curr Opin Psychiatry **19**(4): 389-394.
Hoek, H. W., A. I. Bartelds, et al. (1995). "Impact of urbanization on detection rates of eating disorders." American Journal of Psychiatry **152**(9): 1272-1278.
Hoek, H. W. and D. van Hoeken (2003). "Review of the prevalence and incidence of eating disorders." Int J Eat Disord **34**(4): 383-396.
Hudson, J. I., E. Hiripi, et al. (2007). "The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication." Biological Psychiatry **61**(3): 348-358.
Jenkins, P. E., R. R. Hoste, et al. (2011). "Eating disorders and quality of life: A review of the literature." Clinical Psychology Review **31**(1): 113-121.
Johnson, J. G., R. L. Spitzer, et al. (2001). "Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients." Psychol Med **31**(8): 1455-1466.
Kaye, W. H., C. M. Bulik, et al. (2004). "Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa." Am J Psychiatry **161**(12): 2215-2221.
Kaye, W. H., J. L. Fudge, et al. (2009). "New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa." Nature Reviews Neuroscience **10**(8): 573-584.
Kendler, K. S., C. MacLean, et al. (1991). "The genetic epidemiology of bulimia nervosa." Am J Psychiatry **148**(12): 1627-1637.
Keski-Rahkonen, A., C. M. Bulik, et al. (2007). "Eating styles, overweight and obesity in young adult twins." Eur J Clin Nutr **61**(7): 822-829.
Keski-Rahkonen, A., H. W. Hoek, et al. (2009). "Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study." Psychol Med **39**(5): 823-831.
Keski-Rahkonen, A., H. W. Hoek, et al. (2007). "Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community." Am J Psychiatry **164**(8): 1259-1265.
Kessler, R. C., P. R. Barker, et al. (2003). "Screening for serious mental illness in the general population." Arch Gen Psychiatry **60**(2): 184-189.
Kinzl, J. F., K. Hauer, et al. (2006). "Orthorexia nervosa in dieticians." Psychother Psychosom **75**(6): 395-396.

Lamprecht, M., H. Stamm, et al. (2012). "Observatorium Sport und Bewegung Schweiz, Laufend aktualisierte Indikatoren, Stand April 2012." www.sportobs.ch.
Latner, J. D., J. K. Vallance, et al. (2008). "Health-related quality of life in women with eating disorders: association with subjective and objective binge eating." J Clin Psychol Med Settings **15**(2): 148-153.
Lucas, A. R., C. S. Crowson, et al. (1999). "The ups and downs of anorexia nervosa." Int J Eat Disord 26(4): 397-405.
Lytle, L. A., S. Seifert, et al. (2000). "How do children's eating patterns and food choices change over time? Results from a cohort study." Am J Health Promot 14(4): 222-228.
Machado, P. P., B. C. Machado, et al. (2006). "The prevalence of eating disorders not otherwise specified." Int J Eat Disord.
Mathieu, J. (2005). "What is orthorexia?" Journal of the American Dietetic Association **105**(10): 1510-1512.
Meyer, K., Ed. (2009). Gesundheit in der Schweiz. Nationler Gesundheitsbericht 2008. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Bern Huber H.
Milos, G., A. Spindler, et al. (2003). "Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects." Psychother Psychosom **72**(5): 276-285.
Milos, G., A. Spindler, et al. (2004). "Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects." Gen Hosp Psychiatry **26**(2): 129-135.
Milos, G., A. Spindler, et al. (2004). "Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients." Can J Psychiatry **49**(3): 179-184.
Milos, G., A. Spindler, et al. (2005). "Instability of eating disorder diagnoses: prospective study." Br J Psychiatry **187**: 573-578.
Milos, G., A. Spindler, et al. (2004). "Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development." Int J Eat Disord **36**(1): 118-119.
Mond, J. M., P. J. Hay, et al. (2005). "Assessing quality of life in eating disorder patients." Qual Life Res **14**(1): 171-178.
Nebiker-Pedrotti, P. M., U. Keller, et al. (2009). "Perceived discrimination against diabetics in the workplace and in work-related insurances in Switzerland." Swiss Medical Weekly 139(7-8): 103-109.Peterson, K. A., S. E. Paulson, et al. (2007). "Relations of eating disorder symptomology with perceptions of pressures from mother, peers, and media in adolescent girls and boys." Sex Roles 57(9-10): 629-639.
Polivy, J. and C. P. Herman (2002). "Causes of eating disorders." Annual Review of Psychology 53: 187-213.
Preti, A., G. Girolamo, et al. (2009). "The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project." J Psychiatr Res **43**(14): 1125-1132.
Raney, T. J., L. M. Thornton, et al. (2008). "Influence of overanxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa." Int J Eat Disord **41**(4): 326-332.
Rossner, S. (2004). "[Orthorexia nervosa--a new disease?]." Lakartidningen **101**(37): 2835.
Russell, G. F. M. (2004). "Thoughts on the 25th anniversary of bulimia nervosa." European Eating Disorders Review **12**(3): 139-152.
Simon, J., U. Schmidt, et al. (2005). "The health service use and cost of eating disorders." Psychol Med **35**(11): 1543-1551.
Solzbacher, S., D. Benninghoven, et al. (2005). "Body image and activity ideal in women and men with and without eating-behaviour disorders." Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie **55**(2): 152-153.
Spindler, A. and G. Milos (2007). "Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity." Eat Behav **8**(3): 364-373.

Spitzer, R. L., K. Kroenke, et al. (1995). "Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study." JAMA **274**(19): 1511-1517.
Stamm, H., Lamprecht, M. & Faeh, D. (2010). "Übergewicht ist ungleich verteilt." Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich **28**.
Steinhausen, H. C. (2002). "The outcome of anorexia nervosa in the 20th century." Am J Psychiatry **159**(8): 1284-1293.
Steinhausen, H. C. (2009). "Outcome of eating disorders." Child Adolesc Psychiatr Clin N Am **18**(1): 225-242.
Sullivan, P. F. (1995). "Mortality in anorexia nervosa." Am J Psychiatry **152**(7): 1073-1074.
Sundquist, J., S. E. Johansson, et al. (2010). "Levelling off of prevalence of obesity in the adult population of Sweden between 2000/01 and 2004/05." BMC Public Health **10**: 119.
Treasure, J., A. M. Claudino, et al. (2010). "Eating disorders." Lancet **375**(9714): 583-593.
Vandereycken, W. (2011). "Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia." Eat Disord **19**(2): 145-155.
Vollrath, M., R. Koch, et al. (1992). "Binge eating and weight concerns among young adults. Results from the Zurich cohort study." Br J Psychiatry **160**: 498-503.
Willer, H. a. K., Lukas (2011). The World of Organic Agriculture - Statistics and Emerging Trends 2011, IFOAM, Bonn, and FiBL, Frick.
Williams, S. and M. Reid (2010). "Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: the maintainer's perspective." Psychol Health **25**(5): 551-567.
Wolter, K. M. (2007). Introduction to Variance Estimation. New York, Springer.
World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization.