

**Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**  
**Wortprotokoll\***  
**89. Sitzung**

**Berlin, den 13.05.2009, 12:30 Uhr**  
**Sitzungsort: Paul-Löbe-Haus**  
**Sitzungssaal: Saal 2.200**

**Vorsitz: Ekin Deligöz, MdB**

**Öffentliche Anhörung**

zu dem

Antrag der Abgeordneten Irmingard Schewe-Gerigk, Birgitt Bender, Priska Hinz (Herborn), weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Hungern in der Überflussgesellschaft - Maßnahmen gegen die Magersucht ergreifen

BT-Drucksache 16/7458

---

\* redaktionell überarbeitete Tonbandabschrift

## **Inhaltsverzeichnis:**

	<b>Seite</b>
<b>Anwesenheitslisten.....</b>	<b>4</b>
<b>Liste der Anhörpersonen .....</b>	<b>9</b>
<b>Fragenkatalog.....</b>	<b>10</b>
<b>Wortprotokoll der Anhörung.....</b>	<b>12</b>
<b>1. Begrüßung durch die stellv. Vorsitzende .....</b>	<b>12</b>
<b>2. Eingangsstatements der Anhörpersonen</b>	
<b>Thomas Altgeld (LVGAFS).....</b>	<b>12</b>
<b>Sylvia Baeck (DICK &amp; DÜNN e. V.) .....</b>	<b>14</b>
<b>Sigrid Borse (Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen).....</b>	<b>15</b>
<b>PD Dr. med. habil. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz (Klinik Roseneck).....</b>	<b>17</b>
<b>Heidi Groß (VELMA).....</b>	<b>17</b>
<b>Prof. Dr. md. Beate Herpertz-Dahlmann (Universitätsklinikum Aachen) .....</b>	<b>19</b>
<b>Dr. med. Hermann Mayer (Klinik Hochried).....</b>	<b>20</b>
<b>Katja Rauchfuß (jugendschutz.net).....</b>	<b>22</b>
<b>3. Fragerunden</b>	
<b>Dr. med. Hermann Mayer.....</b>	<b>24, 26, 28, 36, 38</b>
<b>Heidi Groß.....</b>	<b>25</b>
<b>PD Dr. med. habil. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz.....</b>	<b>26, 27, 32, 39</b>
<b>Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann.....</b>	<b>27, 29, 31, 32, 34, 35, 39, 41</b>
<b>Sigrid Borse .....</b>	<b>30, 37</b>
<b>Katja Rauchfuß .....</b>	<b>30, 41, 42</b>
<b>Thomas Altgeld.....</b>	<b>31, 34, 40</b>
<b>Sylvia Baeck.....</b>	<b>35, 40, 42</b>

Abg. Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU/CSU) .....	24, 36
Abg. Michaela Noll (CDU/CSU).....	26
Abg. Marlene Rupprecht (Tuchenbach) (SPD) .....	27, 35
Abg. Renate Gradistanac (SPD).....	28
Abg. Angelika Graf (SPD).....	33
Abg. Ina Lenke (FDP).....	29, 38
Abg. Diana Golze (DIE LINKE.).....	31, 39, 40
Abg. Irmingard Schewe-Gerigk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) .....	32, 41, 42

**Anhang: Stellungnahmen der Anhörpersonen und Verbände (nur in der Druckfassung)**

1. Ausschussdrucksache 16(13)459a .....	43
2. Ausschussdrucksache 16(13)459b.....	51
3. Ausschussdrucksache 16(13)459c.....	55
4. Ausschussdrucksache 16(13)459d.....	61
5. Ausschussdrucksache 16(13)459e .....	68
6. Ausschussdrucksache 16(13)459f.....	71
7. Ausschussdrucksache 16(13)459g.....	76

**Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

**Anhörung am 13. Mai 2009**

**12:30 bis 15:00 Uhr**

**Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal 2.200**

**„Maßnahmen gegen Magersucht“**

**Liste der Anhörpersonen**

**Thomas Altgeld**

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie  
für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

**Sylvia Baeck**

Verein DICK & DÜNN e. V.

**Sigrid Borse**

Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen gGmbH

**PD Dr. med. habil. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz**

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck

**Heidi Groß**

Verband lizenzierter Modellagenturen e. V. (VELMA)

**Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann**

Universitätsklinikum Aachen

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

**Dr. med. Hermann Mayer**

Klinik Hochried

Zentrum für Kinder, Jugendliche und Familien

**Katja Rauchfuß**

Jugendschutz.net

**Fragenkatalog**  
**zu der öffentlichen Anhörung**  
**des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend**  
**zum Thema**  
**„Maßnahmen gegen Magersucht“**  
**am Mittwoch, dem 13. Mai 2009, 12:30 bis 15:00 Uhr**  
**Paul-Löbe-Haus, Saal 2.200**

1. a) Welche wesentlichen wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen zu den Ursachen von Magersucht und Ess-Brechstörungen vor?  
b) Welche Therapien werden jeweils zur Behandlung eingesetzt, haben sich diese aufgrund von neuen Erkenntnissen verändert und mit welchen Heilungschancen sind diese verbunden? Gibt es Erkenntnisse dazu, wie die hohe Rückfallquote verringert werden kann?  
c) Lässt sich in den vergangenen Jahren eine Zunahme von Menschen verzeichnen, die an einer Essstörung leiden? Falls ja, worauf führen Sie die zunehmende Häufigkeit zurück?  
d) Was müssten Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von Essstörungen beinhalten?
2. Wie ausgeprägt ist Ihrer Meinung nach die Sensibilisierung im Zusammenhang mit der Erkennung von Essstörungen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsberufe? Sehen Sie hier Handlungsbedarf?
3. Wir wissen, dass deutlich mehr Mädchen als Jungen von Essstörungen betroffen sind. Wie erklären Sie sich diese Ausprägung und wie können geschlechtsspezifische Angebote aussehen? Sind Tendenzen bekannt, wonach Frauen im mittleren Alter zunehmend betroffen sind und welche Ursachen spielen hier eine Rolle?
4. Der Versuch, mit Diäten eine Gewichtsreduktion zu erzielen, wird von vielen Menschen unternommen. Wie groß ist der Zusammenhang zwischen Diäten und der Entwicklung von Essstörungen? Gibt es fließende Übergänge hin zur Ausprägung einer Magersucht und wie wäre diesen zu begegnen?
5. a) Sind Sie der Meinung, dass das Angebot der Beratungsstellen flächendeckend und an den Bedürfnissen der jungen Frauen orientiert ist? Welche Unterstützung benötigen die Kommunen? Welche Unterstützung benötigen die einzelnen Beratungsstellen?  
b) Welche weiteren Hilfsangebote sind Ihnen bekannt? Gibt es Erfahrungen aus Modellprojekten im Zusammenhang mit Magersucht, die geeignet sind, in größerem Rahmen zum Einsatz zu kommen? Wie schätzen Sie die Wirksamkeit einer möglichen deutschlandweiten Telefon-Hotline ein?

6. Wie schätzen Sie den Erfolg der Kampagne „Leben hat Gewicht. Gemeinsam gegen Schlankeitswahn“ der Bundesregierung ein? Was muss darüber hinaus getan werden, um eine breite Öffentlichkeit über die Auswirkungen von Essstörungen zu informieren?
7. Welche Maßnahmen sind für eine erfolgreiche Prävention von Essstörungen erforderlich? Reichen Information und Aufklärung alleine aus, um Essstörungen zu verhindern? Welche Bedeutung kommt dem von der World Health Organization empfohlenen Lebenskompetenzansatz für eine erfolgreiche Prävention zu?
8. a) Welche Rolle spielen die Medien und welchen Einfluss muss man ihnen ggf. im Kontext zu Essstörungen bzw. Magersucht zuschreiben? Wie steht das Abbilden von Magermodels und die Werbung für Diäten, „Wunderpräparate“ und Schönheits-Kliniken im Verhältnis zur Aufklärung über Informationen zur Essstörung, ihren Ursachen und Behandlungsangeboten? Welche positiven Projekte gibt es und wie können Medien mehr für dieses Thema sensibilisiert werden?  
b) Wie funktionieren Pro-Ana Seiten, was macht deren Faszination für Betroffene aus? Wer steckt hinter diesen Foren und wie kann rechtlich dagegen vorgegangen werden?
9. a) Die Academy of Eating Disorders (AED) hat 2006 Richtlinien für Modelagenturen und die Modeindustrie heraus gegeben. Finden diese Richtlinien in Deutschland Anwendung? Wenn ja, welche Erfolge haben sich dadurch eingestellt? Wenn nein, wäre dies aus Ihrer Perspektive eine sinnvolle Maßnahme?  
b) Sind innerhalb der Modebranche nach Unterzeichnung der „Nationalen Charta der deutschen Textil- und Modebranche im Rahmen der Initiative Leben hat Gewicht“ Veränderungen feststellbar? Welche „internen Regelungen“ zur Umsetzung der Charta wurden und werden entwickelt? Wie kann die Modebranche im Bereich Essstörung präventiv agieren?
10. Sind Ihrer Meinung nach die bisherigen Forschungsergebnisse ausreichend, um das Phänomen der Magersucht wirkungsvoll zu bekämpfen? Welche Daten werden benötigt, damit ein spezifisches Angebot sowohl hinsichtlich der Prävention als auch der Behandlung von Essstörungen weiter ausgebaut werden könnte? Welche Unterstützung braucht Ihre Berufsgruppe, um zu agieren?

Stellv. **Vorsitzende**: Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich darf Sie als stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses alle ganz herzlich hier im Familienausschuss begrüßen. Ich begrüße die Mitglieder des Familienausschusses, den Parlamentarischen Staatssekretär Dr. Hermann Kues, die Sachverständigen und die Besucherinnen und Besucher.

Gegenstand der heutigen Anhörung ist der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Hungern in der Überflussgesellschaft – Maßnahmen gegen die Magersucht ergreifen“. Wir werden zu dieser Anhörung ein Wortprotokoll anfertigen, das auch im Internet verfügbar sein wird. Der Ablauf der Anhörung gestaltet sich folgendermaßen: Zu Beginn werden die Sachverständigen ihr Eingangsstatement von jeweils fünf Minuten geben. Daran schließen sich zwei Fragerunden von jeweils einer dreiviertel „Berliner Stunde“ an. Die Zeit für Fragen und Antworten richtet sich nach der Stärke der einzelnen Fraktionen, was dazu führt, dass die größeren Fraktionen mehr Redezeit haben als die kleineren. Deshalb bitte ich Sie, die Antworten gerade bei den kleineren Fraktionen sehr pointiert und kurz zu halten, damit möglichst viele Fragen und Nachfragen gestellt werden können.

Das Thema der heutigen Anhörung, Magersucht, ist sehr ernstes, ein sehr weibliches Thema. Magersucht hat nichts mehr mit Figurkult zu tun, sondern es ist meines Erachtens eine ernstzunehmende Krankheit. Ziel dieser Anhörung ist, Aufmerksamkeit zu schaffen und nach Lösungen und Wegen zu suchen, wie wir den davon betroffenen Menschen helfen und wie wir auch präventiv vorbeugen können. Dafür haben wir Sie als Experten und Expertinnen eingeladen, so dass ich jetzt um Ihre Statements bitte.

Herr **Thomas Altgeld** (LVGAFS): Herzlichen Dank für die Einladung und die Gelegenheit, hier Stellung nehmen zu dürfen. Es war kein leichter Fragenkatalog. Ich bin kein Magersuchtspezialist, aber ein Experte für Prävention und Gesundheitsförderung und möchte das auch in den Mittelpunkt meiner Ausführungen stellen. Es ist grundsätzlich festzuhalten, dass es keine einfache Ursache oder Ursachenwirkungsbeschreibung in diesem Bereich gibt. Es sind immer Bündel sowohl biologischer als auch psychosozialer und gesellschaftlicher Ursachen. Deshalb warne ich gerade in dem Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention vor ganz einfachen Lösungen, insbesondere in Form von sehr einfachen Kampagnen. Auf der einen Seite sollte gewährleistet sein, dass den von Essstörung betroffenen Menschen ein angemessenes, qualitativ hochwertiges und ortsnahe Versorgungsangebot gemacht wird. Es gibt keine horrenden Entwicklungen in diesem Bereich. All das, was immer wieder mal durch die Medien geht, fußt auf relativ kleinen oder auf nicht vergleichbaren Studien. Wir brauchen in Deutschland eine Gesundheitsberichterstattung, die solche Daten verlässlich vorhält. Wir haben mit dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey vom Robert-Koch-Institut erstmals eine Basis, die einen repräsentativen Querschnitt der Kinder und Jugendlichen befragt hat. Dieses fortzusetzen und den Kinder- und Jugendgesundheits-survey in regelmäßigen Abständen zu wiederholen, würde viel von der durch Einzelstudien immer wieder ausgelösten Hysterie nehmen.

Sie hatten gefragt, ob die Gesundheitsberufe besonders qualifiziert werden müssen. Ich glaube, im Erkennen sind sie schon relativ weit. Die Frage ist, ob die Kommunikation mit den Betroffenen und dem Umfeld immer so gut ist. Wenn sie qualifiziert werden müssen, dann insbesondere zu den kommunikativen

ven Aspekten der Erkrankung. Ich bin eher der Meinung, dass die Bildungsberufe – Kindertagesstätten, Schulen – qualifiziert werden müssen. Gesundheit ist nicht ein gesellschaftliches System, was anderswo organisiert wird und worum sich andere kümmern. Lehrerinnen und Lehrer sowie Erzieherinnen sollen erkennen können, welche gesundheitlichen Auffälligkeiten Kinder und Jugendliche haben. Es geht nicht um eine spezielle Fortbildung zur Magersucht, sondern zu allen Auffälligkeiten im Kinder- und Jugendbereich. Man müsste in der Lehrerausbildung, in der Erzieherinnenausbildung Gesundheitsblocks verpflichtend machen, um den Stellenwert zu erhöhen.

Zu den geschlechtsspezifischen Aspekten kann ich nicht beurteilen, ob sich die Situation der Männer dramatisch verändert hat. Über Männer mit Essstörungen wird momentan in den Medien viel berichtet, aber wir haben zu wenig geschlechtsdifferenzierende Daten in der Forschung. Es ist wirklich notwendig, das Problem bei Männern und Jungs genau zu untersuchen und festzustellen, welche Ausprägung es in diesem Bereich überhaupt besitzt. Bislang ist Magersucht eine typische Frauenerkrankung und wird in der Öffentlichkeit auch so wahrgenommen. Deshalb wird die Neuigkeit leicht aufgegriffen, dass auch Männer davon betroffen sein könnten. Ich habe manchmal den Eindruck, dass sich das Geschlechterverhältnis in den Medien gerade verkehrt; die Behandlungszahlen bestätigen das überhaupt nicht. Aber auch darüber bräuchten wir sinnvolle Daten. Insbesondere bräuchten wir Versorgungsforschungsdaten darüber, wie Männer und Jungen mit dem vorhandenen Behandlungsangebot zurechtkommen, wie sie davon profitieren und wie hoch die Abbrecherquoten sind.

Die Kampagne „Leben hat Gewicht“ läuft zu kurz, um jetzt schon eine abschließende Beurteilung vorzunehmen. Ich denke aber, diese Mischung aus verhältnispräventiven Anteilen und der Förderung von einzelnen, eher verhaltensbezogenen Modellprojekten ist von der Anlage her zunächst sinnvoll. Ich möchte aber darauf hinweisen, dass wir im Bereich der Tabakprävention relativ schlechte Erfahrungen mit Selbstverpflichtungserklärungen der Industrie gemacht haben. Es ist immer ein Event, so etwas mit der Ministerin oder dem Minister öffentlich vorzustellen und sich einen Tag dahinter zu stellen. Um es im Alltagsvollzug der Medien und der Modebranche aber auch tatsächlich umzusetzen, brauchte man stärkere Überprüfungsroutinen und auch Sanktionsmechanismen. Die ganzen Selbstverpflichtungserklärungen aus der Tabakindustrie haben nur wenig gefruchtet, weil es keine Sanktionsmöglichkeiten gibt. Eine Sanktionsmöglichkeit könnte es beispielsweise sein, wenn die öffentliche Hand vollständig auf das Schalten von Anzeigen in Medien verzichtet, die Selbstverpflichtungserklärungen abgegeben haben, diese aber ständig unterlaufen.

Der letzte Punkt, zur Prävention: Wir müssen uns bei der Prävention insbesondere davor hüten, immer wieder eine „neue Sau durchs Dorf zu treiben“. Es gibt immer Moden. Momentan sind Essen, Essgestörte und Essprävention ein großes Modethema. Davor war es Sucht. Die nächste Mode wird „Psychische Gesundheit“ sein. Was wir aber brauchen sind Alltagsroutinen, insbesondere in Bildungseinrichtungen, die Gesundheit zu einem Querschnittsthema machen. In Kindertagesstätten und Schulen muss es eine Ess- und Bewegungskultur geben, die für ein gesundes Körpergefühl und auch für eine hohe soziale Kompetenz sorgt. Dann kann man noch ein bisschen was zu einzelnen Präventionsthemen andocken, aber wir haben momentan hohe Konkurrenz auf den Gebieten der Suchtprävention, der Unfallprävention



und der Sexualerziehung. Die Schulen und Kindertagesstätten sagen schon immer, was sollen wir noch alles machen. Was wir eigentlich brauchen, ist eine Verankerung im Alltag dieser Einrichtungen.

Frau **Sylvia Baeck** (DICK & DÜNN e. V.): Auch ich bedanke mich für die Einladung. Magersucht ist eine von drei psychogenen Essstörungen, jedoch die Essstörung, die höchste Todesquote und deswegen wohl auch die höchste Aufmerksamkeit hat. Aber auch Bulimie und Binge Eating sind für Betroffene und Angehörige eine enorme Belastung und bedürfen professioneller Beratung und Behandlung. Deswegen würde ich gerne über Maßnahmen gegen psychogene Essstörungen sprechen. Hierbei möchte ich mich auf die Versorgungssituation bezüglich Beratungseinrichtungen und Selbsthilfe beschränken, da ich durch die Leitung des Projektes „Wenn Essen zum Problem wird“, welches vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt wird, auf einem sehr aktuellen Stand bin.

Ich möchte zunächst noch einmal auf die Vorzüge einer Beratungseinrichtung hinweisen. Vielen ist vielleicht gar nicht deutlich, was dort geleistet wird. Neben Prävention und Workshops für Mädchen – also auch sehr allgemeine Prävention im Sinne von Stärkung des Selbstbewusstseins und nicht nur fokussiert auf Essstörungen – bieten wir hauptsächlich Beratung für Betroffene und Angehörige an. Wir betreuen Gruppen und bieten auch Fortbildungen für Kolleginnen an. Eine Beratungsstelle hat regional und überregional aktuelle Information über kompetente BehandlerInnen im ambulanten und im klinischen Bereich, auf die sie verweisen kann und mit denen sie vernetzt sind. Die Beratungseinrichtung bietet niederschwellige und kostengünstige Möglichkeiten, sich unkompliziert und ohne lange Wartezeiten Hilfe zu holen. Die Beratungseinrichtung hört die Belange und Erfahrungen der Betroffenen und der Angehörigen und versteht sich als deren Lobby. Sie kann Öffentlichkeit herstellen und auf Missstände hinweisen. Es ist also ein Teil unserer Arbeit, auch meinungsbildend tätig zu sein.

DICK & DÜNN arbeitet seit 25 Jahren mit guten Erfolgen in diesem Bereich. Wir arbeiten mit einem Jahresetat von ca. 147.000 Euro, das heißt, die Finanzierung von 2 1/3 Stellen und der Miete. Damit betreuen wir jährlich 1.100 Betroffene und Angehörige im Erstkontakt und begleiten ca. 24 Gruppen. Wir bieten Präventionseinheiten an und vieles mehr. Wir erwirtschaften durch Einzelberatung und Fortbildung das Geld für die Stelle unserer Sekretärin, für Büromaterial, Strom und alles, was wir sonst noch benötigen. Ich möchte damit zum Ausdruck bringen, dass wir mit relativ wenig finanziellem Aufwand viel bewirken können. Trotzdem wünschen wir uns eine bessere finanzielle Ausstattung, damit wir nicht in der Selbstausbeutung mit vielen Überstunden und unbezahlter Arbeit verbleiben.

Zur Versorgungslage insgesamt: Wir sind nicht der Meinung, dass MitarbeiterInnen aus Gesundheitsberufen und ambulanten Bereichen ausreichend sensibilisiert und informiert sind. Mehrmals im Monat berichten Angehörige glaubhaft über negative Erfahrungen. Ich habe ständig Eltern in der Beratung, die mit ihrer Tochter zunächst zum Arzt gegangen sind. Die Tochter ist sehr untergewichtig, hat alle Anzeichen einer Anorexie und der Arzt sagt: „Ach, machen sie nicht so viel Zirkus drum, warten sie noch ein bisschen, das geht schon, das wird schon besser; je mehr sie drüber reden, desto schlimmer wird es“. Das ist nicht nur eine Erfahrung. Es mangelt bundesweit zwar nicht an niedergelassenen ÄrztInnen, jedoch an deren Wissen über das Erkennen von und den Umgang mit essgestörten Patientinnen. Psychothera-

peutInnen sind in Großstädten gut vertreten, auf dem Lande und auch in den neuen Bundesländern jedoch wirklich Mangelware. Wir sind viel unterwegs, auch in den neuen Bundesländern. Ich höre immer wieder, dass es weit und breit nur einen Psychotherapeuten gibt und die Klienten könnten sich weder jemanden aussuchen noch mit kurzen Wartezeiten rechnen. Sie müssen manchmal ein Jahr auf einen Therapieplatz warten und dann irgendjemanden nehmen, der ihnen vielleicht gar nicht sympathisch ist. Das ist eine Katastrophe.

Die klinische Versorgung ist besser als die ambulante, jedoch nicht die tagesklinische Versorgung und das Angebot an speziellen Wohngemeinschaften, mit denen wir inzwischen sehr gute Erfahrungen gemacht haben. Beratungsstellen für Menschen mit Essstörungen und deren Angehörige gibt es ca. 26 in der ganzen Bundesrepublik. Das sind Beratungsstellen, die ausschließlich zum Thema Essstörungen beraten. Zusätzlich gibt es viele Angebote auch im Rahmen von Suchtberatungsstellen, die häufig jedoch nur notgedrungen das Thema Essstörungen in ihren Arbeitsbereich mit aufgenommen haben. Für Selbsthilfe sind die KISS-Stellen bundesweit gut vertreten. Diese organisieren jedoch lediglich Gruppen, leiten aber keine Gruppen an oder führen Beratungen durch. Nicht angeleitete Gruppen haben sich im Bereich der Essstörungen als schwierig erwiesen. Zusammengefasst möchte ich sagen, die Versorgungslage ist überhaupt nicht gut. Eltern und Angehörige sind besonders benachteiligt, sie finden besonders im Frühstadium der Erkrankung kaum Ansprechpartner. Sie sind häufig durchaus motiviert, sich zu informieren, und anders als Betroffene nicht zögerlich in der Kontaktaufnahme. Wir trainieren sie, die Motivationsarbeit bei den Betroffenen aufzunehmen und etwas in Bewegung zu bringen, um eine Chronifizierung der Erkrankung zu verhindern. Keine andere Einrichtung als eine Beratungsstelle bietet solche Möglichkeiten. Wir wünschen uns eine flächendeckende Versorgung bezüglich niedrigschwelliger Beratungsangebote. Auf die Erfahrung von DICK & DÜNN, einem Verein mit Qualitätssicherung, können Sie gerne zurückgreifen.

Frau **Sigrid Borse** (Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen): Auch ich bedanke mich herzlich für die Einladung. Die Prävalenz von Essstörungen hat in den letzten 30 Jahren zugenommen. Insbesondere Mädchen und junge Frauen sind von Essstörungen betroffen. Bis zu fünf Prozent der Mädchen und Frauen im Alter von 14 bis 35 Jahren leiden an Anorexie und Bulimie. Alarmierend sind die Ergebnisse der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Institutes, dass jedes Fünfte der befragten Kinder im Alter von 11 bis 17 Jahren bereits essgestörte Verhaltensweisen aufweist. Dies sollte uns zu denken geben. Der zunehmenden Zahl von Personen, die eine Essstörung entwickeln oder einer Hochrisikogruppe zuzurechnen sind, steht in der Bundesrepublik Deutschland ein mangelndes Versorgungsangebot im Bereich der Beratung und Behandlung gegenüber. Das Versorgungsangebot ist unzureichend, und vor allen Dingen sind die Hilfsangebote im Bereich der Beratung regional sehr unterschiedlich entwickelt. Wir haben Regionen, in denen es kaum Einrichtungen gibt, in denen Betroffene oder Angehörige Unterstützung finden. Ein lückenhaftes Angebot, das dringend erweitert werden muss. In den meisten Regionen bestehen nicht nur wenige Beratungsangebote, auch der Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ist sehr hochschwellig. Hochschwellig heißt in dem Bereich, dass sie mit sehr, sehr langen Wartezeiten rechnen müssen, was ein großes Problem vor allen Dingen für junge Betroffene ist.

Daraus resultiert, dass wir in die Förderung eines bedarfsgerechten Ausbaus qualifizierter niedrigschwelliger Beratungsangebote investieren müssen, vor allen Dingen auch in Beratungsangebote, mit denen wir frühzeitig Jugendliche erreichen. Hier ist Telefon- und Onlineberatung ein ganz wesentlicher Punkt, den wir ausbauen sollten. Jugendliche fragen in diesen Bereichen nach Beratung nach und nutzen diese Angebote. Wir kennen das Problem der Pro-Ana-Seiten im Internet. Ich möchte darauf nicht näher eingehen, das wird später noch erfolgen. Jugendliche suchen Unterstützung anonym, sie suchen sie über das Internet. Das heißt, dass wir gefordert sind, hier ein professionelles Beratungsgegendgewicht zu entwickeln, das wir Jugendlichen online zur Verfügung stellen und mit dem wir sie auch dann erreichen, wenn sie in ihrer Region kein anderes Beratungsangebot haben.

Zusammengefasst heißt das für den Bereich der Beratung: Wir brauchen Beratungsangebote, die wir in Zusammenarbeit mit den Ländern, mit den Kommunen und auch mit den Krankenkassen entwickeln. Auf kommunaler Ebene müssen Beratungsangebote – niedrigschwellige Zugänge für Jugendliche über Telefon und Onlineberatung – ausgebaut werden. Wir sollten auch den Bereich der familienrelevanten Einrichtungen nutzen, die es in den einzelnen Kommunen gibt, und dort Beratung vor Ort anbieten. Wir haben gute Erfahrung damit gemacht, dass wir Eltern, insbesondere aus bildungsfernen Schichten und Eltern mit Migrationshintergrund, gut in Einrichtungen vor Ort erreichen können, die ansonsten ein hochschwelliges Angebot wie eine Beratungsstelle niemals aufsuchen würden. Wir können also auch neue Zielgruppen erreichen, indem wir Angebote miteinander vernetzen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Gründung einer Internetplattform, die Informationen für Multiplikatoren sowohl aus dem Gesundheitsbereich, also auch für Mediziner zur Früherkennung von Essstörungen, als auch im pädagogischen Bereich zur Verfügung stellt.

Als zweiten wesentlichen Punkt möchte ich auf den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention eingehen. Hier benötigen wir ein strukturiertes Angebot setting-orientierter Maßnahmen. Mit Setting meine ich die Bereiche Kindertageseinrichtungen und Schulen. Hier müssen wir strukturierte Angebote vorhalten, Angebote, die lebenskompetenzorientierende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beinhalten und übergreifend die Aspekte der Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung umfassen, also keine isolierten Angebote nur zum Bereich der Essstörungen. Wir brauchen geschlechtssensible Maßnahmen in diesem Bereich und wir sollten auch Maßnahmen haben, die sich an Eltern richten, sie unterstützen und ihre Kompetenzen fördern. Wir haben gerade in den Kindertageseinrichtungen die Möglichkeit, Eltern zu erreichen. Wir könnten also Kindertageseinrichtungen als früheste Einrichtungen unseres Bildungssystems nutzen, in denen wir Eltern gut ansprechen können und in denen wir Kinder und Jugendliche aus allen sozialen und kulturellen Schichten erreichen, und zwar zu einem Zeitpunkt, in dem gesundheitsschädigendes Verhalten bei den Kindern und Jugendlichen noch nicht ausgeprägt ist. Wenn wir dort entsprechend investieren, können wir zu einer gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen. Wir müssen auch in die Fortbildung im Bereich der Schulen und Jugendeinrichtungen investieren.

Lassen Sie mich abschließend zur Initiative „Leben hat Gewicht“ noch Folgendes sagen: Diese Initiative bietet aus meiner Sicht die Möglichkeit, Essstörungen als Querschnittsaufgabe zu sehen. Hieran sind drei Ministerien beteiligt, das heißt, wir könnten strukturierte Maßnahmen zur Beratung, Gesundheitsför-

derung und Prävention einleiten, die die Bereiche Gesundheit, Bildung und Familie verknüpfen und mit einem strukturierten Programm Strukturen tatsächlich nachhaltig verändern. Abschließend möchte ich noch den Bereich der Werbung und den Bereich der Industrie ansprechen. Auch da sollte man kreativ überlegen, wie man neue Akteurskooperationen erschließen und verschiedene Maßnahmen miteinander bündeln kann, um ein Gesamtkonzept umzusetzen. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

**Herr PD Dr. med. habil. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz** (Klinik Roseneck): Meine Damen und Herren, auch ich darf mich bedanken, dass wir hier eingeladen worden sind und begrüße es sehr, dass sich der Familienausschuss mit dem Thema der Essstörungen beschäftigt.

Die Essstörungen haben tatsächlich in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen, auch wenn jetzt eine Plateauphase erreicht scheint. Letztendlich liegt dieser Zunahme ein gesellschaftlicher Wandel zugrunde, der weit über ein überzogenes Schlankeitsideal hinausgeht. Es liegt auch an der ständigen Verfügbarkeit von Nahrung und an dem Verlust der Regulation durch gemeinsame Mahlzeiten. Es liegt auch daran, dass familiäre Strukturen und die soziale Einbettung von Kindern und Jugendlichen zunehmend verloren gehen. Wir müssen uns klar machen, dass Essstörungen im Kern immer auf einer Schwächung des Selbstwertgefühls beruhen. Das Selbstwertgefühl in diesem Umfeld speist sich zunehmend aus externalen Bewertungen. Es ist letztendlich so, dass die Persönlichkeit durch die Pose ersetzt wird, das Gefühl für den eigenen Körper durch die Bewertung der Figur und die Gesamtheit menschlicher Fähigkeiten durch die Bewertung einzelner Leistungen. Ich bin der Meinung, es reicht nicht aus, in den Schulen mit gesundheitlicher Aufklärung zu arbeiten. Es nützt nichts, über gesunde Ernährung zu reden, wenn auf der anderen Seite die Schulmahlzeiten lieblos zubereitet sind und in freudloser Umgebung dargeboten werden. Es nützt auch nichts, gegen das Schlankeitsideal vorzugehen, wenn auf der anderen Seite die Schüler ganz einseitig an ihrer Leistung bewertet werden. Wir müssen uns ebenfalls klar machen, dass jede präventive Maßnahme in einem Umfeld stattfindet, in dem auch Adipositas eine Gefährdung ist und Suchtkrankheiten vermehrt auftreten.

Wir haben jetzt viel über die Beratungsstellen und das ambulante Angebot gehört. Ich möchte auch noch etwas zur Therapie sagen. Im internationalen Maßstab werden wir durchaus für unsere stationären Angebote beneidet, die im Erwachsenenbereich durch die psychosomatischen Kliniken getragen werden. Ich bin persönlich und gegenwärtig auch mit dem neuen Krankenhausentgeltsystem befasst. Die psychosomatischen Kliniken sehen für sich durchaus eine reale Bedrohung durch den § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei dem die Psychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Psychiatriepersonalverordnung einen relativ klaren Rahmen vorgegeben bekommen haben. Dieser Rahmen besteht allerdings nicht bei den psychosomatischen Kliniken, die sich gegenwärtig mit einem Prozess mit sehr unklarem Ausgang konfrontiert sehen. Wir wissen nicht genau, was da kommt und hoffen sehr, dass wir auch politische Unterstützung dafür bekommen, dass diese Einrichtungen erhalten bleiben, die für die Versorgung der Patienten sehr wichtig sind. Ich danke Ihnen für ihre Aufmerksamkeit.

**Frau Heidi Groß** (VELMA): Guten Tag, herzlichen Dank für die Einladung im Namen von VELMA und auch meiner eigenen Agentur, Modelmanagement in Hamburg. Wir haben jetzt viel über den Mangel an

Beratung und Prävention gehört. Im Bereich der Agenturen in Deutschland stellt sich das als relativ geringes Problem dar, weil wir in Deutschland nicht wirklich Mode machen. Das, was Sie als das große, schlanke, vielleicht auch grenzwertig magere Bild des berühmten Models sehen, ist nicht das, was wirklich produziert wird. Deutschland ist ein sehr kommerzieller Modebereich, der auch andere, nämlich relativ normale Maßstäbe hat. Im Gegenteil, die Größen werden eher ein bisschen breiter, dem generellen Bild angepasst, denn die Menschen in Deutschland werden nicht nur magersüchtig dünner, sondern auch dicker. Das hat sicher auch mit dem Mangel an Beratung, mit dem Mangel an normalen Eßgewohnheiten, gemeinsamem Essen, dem Wissen über Essen und dieser Verführung durch Convenience Food und Fast Food zu tun hat. Das ist ein Bereich der Essstörungen, der auch ganz wichtig ist. Natürlich interessiert es Sie hier aber am meisten, wie wir uns mit einem magersüchtigen Mädchen verhalten, das sich bei uns vorstellt bzw. in der Zeit des Arbeitens als Model essgestört werden könnte.

Ich habe in den letzten 25 Jahren meiner Karriere kaum jemanden gesehen. In der letzten Zeit hatte ich allerdings das Beispiel eines Mädchens, das sich durch einen Modelwettbewerb gemeldet hatte. Ich habe sie mir angeschaut, weil ich sie von der Größe, vom Gesicht und von ihrer Fotogenität her sehr interessant fand. Sie kam mit ihrer Mutter, die übrigens sehr dick ist, und wir haben ihr immer wieder gesagt, dass sie ihr Ideal nicht erreichen wird, weil sie viel zu dünn ist. Ich habe sie über das letzte Jahr begleitet und man muss dies solchen Mädchen immer wieder sagen. Die Dünnhheit ist ja nicht nur der Körper, sondern es findet auch im Gesicht eine Anspannung, eine Anstrengung statt, die man sieht. Obwohl bestimmte gute Grundverhältnisse da sind, sieht das Ganze dann nicht mehr gut aus und kann eigentlich nicht mehr wirken. Das ist total gegenproduktiv. Das muss man diesen jungen Menschen sagen. Und man muss ihnen sagen, dass sie nicht arbeiten können oder sich nicht wirklich als Model verwirklichen können, solange sie das nicht geändert haben. Dann hört allerdings unser Einfluss auch auf, und als nächste ist die Mutter bzw. sind die Eltern gefragt, die dieses Kind begleiten. Erfahrungsgemäß wird die Mutter in der Regel sagen, nein, sie ist nicht essgestört und ganz im Gegenteil das noch eher schützen. Das Einzige, was wir eigentlich machen können ist zu bitten, dass man sich vielleicht in zwei, drei Monaten noch einmal trifft. Das findet dann auch statt. In dem besonderen Fall ist übrigens eine Besserung eingetreten.

Das generelle Bild wird für Mädchen sicher auch durch Vorbilder geprägt. Man muss aber immer zwischen solchen fiktiven Vorbildern und der wirklichen Magersucht – dieser Ablehnung der weiblichen Rolle – unterscheiden, einer endogenen Störung, die mit Vorbildern rein gar nichts mehr zu tun hat. Die Vorbildfunktion ist sicher vorhanden durch große, schlanke Menschen. Man kann in der Haute Couture in Paris nicht wirklich als Modell reüssieren, wenn man nicht schlank und groß ist. Das sind einfach die Vorgaben, die in Paris, Mailand und New York durch die Designer, durch die großen Modehäuser und übrigens auch durch die großen Modezeitschriften sehr viel mehr gesetzt werden als hier bei uns. Trotzdem ist es natürlich sicher ein Problem. Die Frage ist nur, inwieweit ist es wirklich ein Orientierungs- und Vorbildproblem ist. Vielleicht wird gelegentlich in den Gesprächen darüber das Vorbildproblem zwar strapaziert, es versteckt sich dahinter aber eine andere Geschichte. Wenn wir im täglichen Umfeld so etwas sehen, können wir damit nur so umgehen, dass wir darauf hinweisen, dass wir versuchen, die Eltern einzubinden. Unter gar keinen Umständen sollte man den Mädchen sagen, sie müssen mehr ab-

nehmen. Jede Pariser Agentur würde sagen, eher 88/89 als 90 Hüftumfang. Bei uns in Deutschland kann man aber durchaus noch mit 94 arbeiten, und das ist ein ganz normal aussehender Mensch. Das ist nichts besonders Dünnes. Sie haben dann allerdings ein Problem, als Model nach Paris oder New York in die internationalen Zentren zu gehen, wo wirklich sehr viel mehr auf Mode an sich geachtet wird als bei uns. Diese Mode wird dann auch durch Models ständig in Defilees, in Shows dargestellt. Wir haben in Deutschland kaum noch Modeschauen. Das entsteht jetzt wieder in Berlin durch die Fashion Week, aber in Deutschland sind die Schauen in den letzten 20 Jahren eher zurückgegangen. Es findet aber jedes Mal wieder bei der Prêt-à-porter und bei der Haute Couture statt. Und das sind insbesondere Paris, Mailand, ein bisschen London und im Wesentlichen New York.

Man darf dieses Thema natürlich nicht fördern, indem man diese Maßstäbe zu sehr ansetzt und man muss es andererseits eben auch erkennen. Ich glaube, es ist nicht schwierig, das zu erkennen. Dann sollte man eben versuchen, mit dem familiären Umfeld so weit zu sprechen, bis man dadurch möglicherweise eine Verbesserung einleitet. Das ist dann aber auch wirklich den Eltern überlassen bzw. dem ganzen Beratungsumfeld.

**Frau Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann** (Universitätsklinikum Aachen): Herzlichen Dank für die Einladung. Ich vertrete hier besonders den Bereich der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Als Leiterin einer Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie erlebe ich natürlich auch sehr viel Kummer, was sowohl die Patientinnen als auch die Eltern anbetrifft. Die Essstörungen gehören auch mit zu meinem Forschungsgebiet. Einige Fakten, die Sie heute schon einige Male gehört haben: Die Häufigkeit der Magersucht. Ich glaube schon, dass Essstörungen zumindest bei weiblichen Jugendlichen ein großes Problem sind, im Moment noch größer als Sucht- oder vielleicht Gewaltprobleme. Immerhin ist jedes hundertste bis zweihundertste Mädchen von Magersucht betroffen. Wenn man das mit allen körperlichen und seelischen Erkrankungen vergleicht, ist Magersucht die dritthäufigste chronische Erkrankung im Jugendalter. Magersucht hat die höchste Sterblichkeit von allen psychischen Erkrankungen und die Konsequenzen für die Betroffenen sind wirklich gravierend. Es gibt jetzt eine neue Untersuchung aus Schweden, die aufgezeigt hat, dass 25 Prozent von denen, die magersüchtig waren, später aufgrund von seelischen Problemen arbeitslos sind. Das heißt, es ist keinesfalls eine Erkrankung, die sich auf Kindheit und Jugend beschränkt, sondern sie geht weiter bis in das Erwachsenenalter. Auch die anderen Essstörungen sind natürlich wichtig; darauf ist schon hingewiesen worden. Wir haben die Bulimie, die noch häufiger ist, allerdings eine bessere Prognose hat als die Magersucht, und wir dürfen natürlich auch nicht die vielen übergewichtigen Kinder und Jugendlichen vergessen. Ich selbst hatte die Möglichkeit, die Essstörungen im KiGGS-Survey auszuwerten und war auch an der BELLA-Studie im Hinblick auf Essstörungen beteiligt. Da haben wir herausgefunden, dass auch die übergewichtigen Kinder und Jugendlichen sehr viele Essstörungen haben. Man muss sagen, dass die Häufigkeit während der letzten zehn Jahre in etwa konstant geblieben ist, im Jugendalter jedoch immer noch ein Anstieg zu verzeichnen ist. Insofern müssen die Jugendlichen für uns eine ganz zentrale Gruppe sein.

Es ist jetzt sehr viel über Prävention gesprochen worden. Ich würde gerne Ihre Aufmerksamkeit auch auf die Therapie lenken, einfach aus meiner persönlichen Situation heraus, weil ich mit diesen sehr kranken

Mädchen jeden Tag konfrontiert bin. Unsere Chancen sind nicht gut. Auch wenn wir sehr spezielle Abteilungen haben, so sind nach drei Jahren weniger als die Hälfte der magersüchtigen Patienten wirklich geheilt. Die Kosten sind sehr hoch. Im Jahr 1998 betragen die Kosten für eine einzige magersüchtige Patientin 13.000 Euro im Jahr. Und wir haben die gravierenden Folgen für das Erwachsenenalter: seelischer Erkrankungen, sehr schwere Angsterkrankungen, Zwangserkrankungen, Depressionen, aber auch Osteoporose. Um ehrlich zu sein, auch wir als Forscher wissen nicht so richtig, was hilft. Das Problem ist, dass es international und auch national viel zu wenige Therapiestudien gibt. Sie wissen, wir haben an den Universitäten die leistungsbezogene Mittelvergabe. Wenn Studien sehr langwierig und mühsam sind, wie das bei Psychotherapiestudien nun mal der Fall ist, dann ist das nicht sehr attraktiv, weil es sehr lange dauert, bis wir einen Output haben. Wir hatten das Glück, dass das BMBF seit 2006 einen Forschungsverbund zu Essstörungen fördert – das ist in der ganzen Zeit das erste Mal gewesen. Wir wissen definitiv, dass diese Förderung 2011 auslaufen wird, weil die Gelder für die Demenzforschung, für die Altersforschung gebraucht werden. Ich finde es aber ganz wichtig, dass im Hinblick auf die Forschung auch noch Gelder für Kinder und Jugendliche übrig bleiben.

Was weiterhin hilft, ist die Destigmatisierung von Betroffenen und Angehörigen. Ich erlebe es immer wieder, dass Eltern sich schämen zu kommen, weil sie glauben, sie haben die Erkrankung verursacht. Scham ist die schlechteste Möglichkeit, sich Hilfe zu suchen. Auch adipöse Menschen werden sehr stark stigmatisiert. Es wäre wichtig, auch hieran zu arbeiten. Ich würde meinen beiden Kolleginnen aus der Beratung zustimmen, dass Ärzte immer noch nicht ausreichend geschult sind. Ich sehe immer wieder schwerstkranken anorektische Mädchen, die seit einem Jahr irgendwo in Behandlung sind, und niemand hat das Gravierende der Störung erkannt. Ich würde aber auch zustimmen, dass wir Lehrer schulen müssen. Das gehört in das Studium, sowohl in das Lehrerstudium als auch in das Medizinstudium. Es gibt immer noch Mediziner, die durch ihr Studium gehen, ohne jemals etwas von einer Essstörung gehört zu haben. Wir müssen die Eltern informieren und wir müssen wissen, dass nicht alle Präventionsmaßnahmen gut sind. Frontalveranstaltungen – das weiß man mittlerweile aus den USA - sind wahrscheinlich eher schädlich als hilfreich. Ich wäre sehr froh, wenn auch vonseiten der Politik und der Gesellschaft adäquate Forschung zu Therapie und Prävention unterstützt würde. Vielen Dank.

Herr **Dr. med. Hermann Mayer** (Klinik Hochried): Vielen Dank für die Einladung. Zu den Details muss ich nicht unbedingt noch mehr sagen; die wichtigsten Dinge sind hier gesagt. Für mich sind noch andere Aspekte wichtig, und auf die will ich mein Augenmerk legen. Unsere Klinik ist ein Zentrum für Kinder, Jugendliche und Familien. Warum machen wir das in einer Region, nicht in einem Schwerpunkttraum wie einer Großstadt? Wir haben es mit immer mehr und immer komplexeren Krankheitsbildern zu tun; die Essstörungen gehören genauso dazu wie die Zunahme von psychiatrischen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen. Die kann ein Doktor mit einem Therapeuten allein nicht erledigen. Das heißt, wir brauchen Netzwerke. Wir haben so ein Netzwerk in der Mitte von drei großen Landkreisen aufgebaut, wo wir Kuration, Rehabilitation und Prävention unter einem Dach in teilstationären, stationären und ambulanten Angeboten machen.

Wo können wir bei diesen Krankheitsbildern eingreifen? Ich glaube, dass wir noch sehr viel Forschungsbedarf in den Bereichen der Genetik, der Hirnfunktionsstörungen und überhaupt der Funktionsstörungen haben. Das wird ein ziemlich langer Weg werden, und ich bin Ihnen sehr dankbar, Frau Herpertz-Dahlmann, dass Sie auch auf die Adipositas hingewiesen haben. Wir haben vor zwölf Jahren genetische Studien zu Adipositas gemacht, die unglaublich viel Geld gekostet haben, und es nichts herausgekommen. Das bedeutet im Endeffekt, dass dort sehr viele Gelder hineingehen, die wir sehr viel besser für die Versorgungsforschung gebrauchen könnten. Ich spreche nicht gegen die Genetik, wir müssen auch da weiter kommen und schauen, dass wir Erfahrungen sammeln. Aber wir müssen auch schauen, wie versorgen wir diesen Patienten, wo können wir eingreifen. Eingreifen können wir bei den Kontextfaktoren. Es gibt von der WHO ein sehr schönes Modell, die ICF. Damit bin ich beim 13. Kinder und Jugendbericht, an dem ich mitarbeiten durfte. Die ICF ist eine schöne Abbildung dafür, was man mit dem Begriff der Ganzheitlichkeit meinen kann. Das heißt, die Kontextfaktoren sind personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren. Was bedeutet das? Wir müssen schauen, dass wir auch diese Bereiche sehr viel stärker in den Blickpunkt nehmen, weil wir dort intervenieren können. Der 13. Kinder und Jugendbericht „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung“ gibt hierzu gute Hinweise. Daran haben wir uns orientiert.

Erstens: Wir brauchen eine Fortschreibung der KiGGS-Daten, weil wir noch gar nichts über die Kinder wissen. Wir müssen schauen, dass wir mehr Daten haben und dann können wir auch intervenieren. Wir brauchen solche Untersuchungen wie KiGGS. Das ist ein ganz wesentlicher Punkt. Zweitens: Wir müssen natürlich die Familie mehr in den Mittelpunkt nehmen und deswegen bin ich sehr froh, dass diese Anhörung in diesem Ausschuss stattfindet. Wir können natürlich viele Veranstaltungen zur Fortbildung und Sensibilisierung oder sonstige Dinge wie Schulungen durchführen. Ich habe aber genügend Kinder, die wollen keine Schulung mehr, die haben schon drei hinter sich und die Nase voll davon. Das heißt, wir müssen an die Risikofamilien herankommen. Bisher gelang das nicht, weil der Datenschutz dagegen ist. Bei diesen komplexen Erkrankungen ist es eine vordringliche Aufgabe, die zu identifizieren. Wenn Sie die chronischen Erkrankungen betrachten, dann sehen Sie, dass sie sehr viel mit sozialem Status und mit Bildung zu tun haben. Es ist also ein ganz anderes politisches Eingreifen notwendig.

Abschließend möchte ich noch auf einige Dinge eingehen, die schon von anderen Kollegen angesprochen wurden. Das betrifft zum Beispiel Werbung und Medien. Was lassen wir uns eigentlich noch alles gefallen ohne dass irgendjemand etwas sagt? Also jetzt Säuglinge von Minderjährigen betreuen zu lassen und das im Fernsehen anzuschauen – warum sagt da keiner was? Es ist unglaublich, was da teilweise läuft. Dazu erwarte ich von der Politik schon ein deutliches Statement, auch wenn wieder Fachleute kommen und sagen, das nützt alles nichts. Natürlich kann man sich mittlerweile im weltweiten Web alles holen, aber es geht auch um Haltung und um Aussagen, und da erwarte mir einfach mehr. Der zweite Punkt betrifft Mode und Trends in der Mode: Ich gestehe Ihnen zu, dass wir sicherlich weltweit vernetzt sind und man in Deutschland relativ wenig machen kann. Wir haben aber die Europäische Union und es wäre deren Aufgabe, für alle Länder geltende Richtlinien festzulegen, damit nicht ein Mitgliedstaat etwas macht und der andere nicht. Wichtig sind mir auch die Therapien. Wir müssen schauen, dass die Diagnostik gut ausgebaut ist und die Therapie auch weiterhin beforscht wird. Wichtig ist eben-



falls, dass wir die Leute informieren, und nicht nur die Medizinberufe. In Bayern gibt es in etwa zehn Bezirken sehr gute Veranstaltungen von Schulpsychologen und Beratungslehrern, zu denen viele weitere Fachleute wie Jugendhilfe, Gesundheitshilfe, Sozialhilfe, Beratungsstellen und Krankenkassen eingeladen und Vorträge über Essstörungen gehalten werden. Das hat wieder Unteraktivitäten ausgelöst. Wir müssen natürlich weiter informieren, aber ich glaube weniger, dass die Ärzte hier die richtigen Ansprechpartner sind. Die Kinder kommen meist zu spät zu den Ärzten. Wir müssen an die anderen Berufe herangehen. Das betrifft die Schulen, natürlich die Jugendhilfe und auch die Peergroups. Als Kinder- oder Jugendarzt ist es mir auch ein besonderes Anliegen, darauf hinzuweisen, dass nur wenige Jugendliche zu einem Jugendarzt gehen. Die meisten sind beim Hausarzt. Und wie der Hausarzt im Verhältnis zum Jugendarzt ausgebildet ist, das wissen Sie alle. Wir brauchen also dringend Vorgehensweisen, damit wir Sprechstunden für Jugendliche anbieten können. Kein Jugendlicher setzt sich zwischen die schreienden Säuglinge. Letzter Punkt: Wir müssen auch sehr viel früher mit der Prävention anfangen, das beginnt schon in der Schwangerschaft. Wir haben jetzt zwei Hebammen, die für Schwangere Kurse für eine gesunde Ernährung von Beginn an anbieten, und nach der Geburt finden Folgeveranstaltungen statt. Neulich waren 24 Mütter da. Wenn das gut ist, dann steigen sie sehr früh ein, und da müssen wir alle erst Erfahrungen sammeln. Vielen Dank.

Frau **Katja Rauchfuß** (jugendschutz.net): Auch ich möchte mich kurz für die Einladung bedanken. Ich möchte über die Verherrlichung von Essstörungen im Internet sprechen und was man dagegen aus der Sicht von jugendschutz.net tun kann. Jugendschutz.net ist die gemeinsame Stelle der Bundesländer für den Jugendschutz im Internet. Seit 2006 werden bei uns Anorexie- und Bulimiewebseiten, die immer auf Verherrlichung abzielen, recherchiert und bewertet, und es werden auch Maßnahmen dagegen ergriffen. Kurz etwas zu dem Phänomen: Wir nennen die Angebote kurz Pro-Ana/Pro-Mia-Angebote, weil dies in der Szene auch die Schlagworte sind. Sie zielen auf eine Verherrlichung von Magersucht und Bulimie ab und dienen dem Austausch der Anhänger. Auf den Angeboten finden sich dann auch typische Symptome der Erkrankungen wieder wie zum Beispiel mangelnde Krankheitseinsicht oder die Verkennung der Risiken. Essstörungen werden auf den Angeboten idealisiert und ein Leben mit Magersucht oder Bulimie wird als erstrebenswerter Lifestyle dargestellt. Dazu muss man sagen, dass die Nutzer und die Betreiber jugendliche Essgestörte sind. Ich habe in meinen Recherchen kaum irgendwann mal einen Erwachsenen auf den Angeboten gesehen; es sind vor allem jugendliche Mädchen, die das betreiben und nutzen. Die Risiken sind ganz klar: Sie bestätigen Betroffene in der Essstörung und führen zu einer Verstärkung der Essstörung, aber sie können auch ein Weg in die Essstörung sein. Wenn sich Mädchen im Internet nach Diäten erkundigen und auf solchen Seiten landen, dann geht es ganz schnell, dass man in so eine Erkrankung reinrutscht.

Was sind die Inhalte von solchen Angeboten? Zum Teil findet man dort sehr krankhafte Tipps zum weiteren Abnehmen, zur Geheimhaltung der Krankheit vor den Eltern, vor Lehrern, vor Freunden. Man findet Motivationstexte, die teilweise sektenartigen Charakter haben. Da gibt es Gebote, Gesetze, Glaubensbekenntnisse, alles an die Magersucht. Und man findet vor allem auch Thinspirations, das sind Bilder von Models und Schauspielerinnen, die sehr dünn sind, teilweise auch mit Grafikprogrammen nachgearbeitet, so dass sie noch dünner erscheinen. Diese Inhalte sind besonders gefährlich für Nutzer und

Betreiber, weil es gerade um Mädchen geht, die sich in der Pubertät befinden, in einer Phase, wo ihr Körperbild noch nicht gefestigt ist und wo sie noch sehr anfällig für derartige Inhalte sind. Die Inhalte werden von den Nutzern verinnerlicht, sie kennen sie auswendig und halten sich strikt daran. Wenn sie gegen irgendeine der Regeln verstoßen, bestrafen sie sich hinterher mit exzessivem Sport, weiterem Hungern und noch weiterem Fasten. In der Onlinegemeinschaft werden sie von den anderen Nutzern dabei auch noch unterstützt; sie behalten also die Motivation, weiter an der Essstörung festzuhalten. Die Betroffenen fühlen sich in diesen geschlossenen Zirkeln verstanden und ermutigt. Das treibt die Betroffenen aber noch weiter in die Magersucht hinein.

Die Problematik nimmt zu. Seit Beginn der Recherche im Jahr 2006 liegen uns mittlerweile Fallzahlen von über 670 Angeboten vor, die wir kontrolliert haben. Dabei sind acht von zehn Angeboten wirklich jugendgefährdend. Uns stehen einige Maßnahmen zur Verfügung, vor allem die Beanstandung der Betreiber und Provider. Die Betreiber stellen den Speicherplatz für derartige Angebote zur Verfügung, weil sie selbst essgestört sind. Sie sind also nicht daran interessiert, die Inhalte zu löschen. Wir gehen dann über den Provider, dass er Verantwortung übernimmt. Das setzt aber erst einmal eine Sensibilisierung der Provider voraus. Sie wissen teilweise gar nichts von dem Phänomen, deswegen setzen wir auch sehr viel auf Aufklärungsarbeit. Unsere Erfolgsquote liegt im In- und Ausland bei über 80 Prozent, also es besteht durchaus ein gewisser Stolz auf diese Erfolgsquote, aber auch Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten.

Die Zahl der bei uns gemeldeten Webseiten steigt auch kontinuierlich. Wir betreiben eine Hotline. Man kann diese Webseiten bei uns melden, und wir werden dann tätig. Warum sind diese Gegenmaßnahmen notwendig? Weil immer mehr Kinder und Jugendliche im Internet auf vielfältige Art und Weise mit solchen Inhalten konfrontiert werden, und zwar geschieht das nicht nur auf eigenständigen Pro-Ana-Websites, sondern auch in Social-Communities: „Wer kennt wen“, „Schüler-VZ“, was es da alles noch gibt. Oder auch YouTube, es gibt ganz viele Thinspiration-Videos auf YouTube. Gerade bei solchen jugendaffinen Angeboten wird man überall damit konfrontiert. Das gefährdet besonders die Heranwachsenden und die Betroffenen, weil sie dann immer mehr in die Essstörung verstrickt werden oder auch hineingleiten. Deshalb ist unsere Forderung, dass Jugendliche überhaupt keinen Zugang zu solchen Angeboten haben und dass sie deshalb auch geschlossen werden sollten.

Unser Ansatz ist aber auch, dass nach der Schließung das betroffene Mädchen oder der Betreiber nicht allein gelassen werden sollten. Wenn plötzlich die einzige Kommunikationsplattform weg ist, über die sie bisher kommuniziert haben, dann geraten sie in ein Loch. Das ist natürlich nicht unser Wunsch, deswegen kommunizieren wir auch immer wieder an die Leute, die das sperren, dass sie ein Gegenangebot schaffen, auf Beratungsangebote verweisen oder eine Platzhalterseite schaffen. Wir haben auch eine geschaffen, sie nennt sich [anaundmia.de](http://anaundmia.de). Wir würden uns natürlich wünschen, dass da noch mehr Vernetzung reinkommt. Zwar haben wir Beratungsstellen schon ganz gut verlinkt, wir wünschen uns aber, dass da noch mehr Angebote draufkommen, so dass man eine große Onlineplattform schafft, die für alle Zielgruppen relevant ist. Vielleicht noch ein Ausblick: Wir werden unsere Anstrengungen gegen Pro-Ana- und Pro-Mia-Angebote natürlich weiterhin verstärken, gerade weil die Zahl auch weiter zunimmt. Wir

wollen weiter Aufklärungsarbeit in diese Richtung betreiben und haben mittlerweile eine Broschüre und ein eigenes Faltblatt herausgebracht und wollen auch gerade die Provider und Internetanbieter noch weiter sensibilisieren. Vielen Dank.

Stellv. **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir kommen nun zur ersten Fragerunde. Es beginnt die CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Elisabeth Winkelmeier-Becker** (CDU/CSU): Vielen Dank zunächst an die Sachverständigen, die mit ihren einleitenden Statements die große Bandbreite des Themas und verschiedene Lösungsansätze deutlich gemacht haben. Meine ersten zwei Fragen gehen an Herrn Dr. Mayer. Sie sprachen von dem familiären Umfeld, das mit einbezogen werden muss, und haben auch den Begriff Risikofamilien in die Diskussion eingebracht. Welche Kriterien machen aus Ihrer Sicht eine Familie zur Risikofamilie und welche Rolle spielen dabei Aspekte wie soziale Schichtung, Rollenverteilung, Ernährungsverhalten oder Migrationshintergrund?

Darüber hinaus erwähnten Sie, dass der Datenschutz in diesem Zusammenhang ein Problem darstellt. Welche Daten gibt es, auf die Sie gerne zugreifen würden, die Ihnen aber bisher aus Gründen des Datenschutzes nicht zur Verfügung stehen? Sie wiesen zudem in Ihrem Statement darauf hin, dass viele Betroffene erst relativ spät zu Ihnen kommen und dass man schon vorher hätte Maßnahmen ergreifen können und müssen. Woran liegt das und was kann getan werden, dass die Gefahren in Familien, in Schulen und bei den Ärzten rechtzeitig erkannt und Maßnahmen früher ergriffen werden?

Meine beiden weiteren Fragen richten sich an Frau Groß. Sie haben erklärt, dass es in Deutschland nicht das ganz große Problem mit superdünnen Modells gäbe. Das war für mich ein wenig überraschend. Deshalb möchte ich an dieser Stelle noch einmal nachfragen. Denn auch Sie orientieren sich nicht gerade am Normalmaß des Publikums, wenn man die unlängst von der Modeindustrie durchgeführte neue Vermessung der Bevölkerung zum Maßstab nimmt. Warum nehmen Sie nicht Normalgrößen ab Größe 38 aufwärts zum Maßstab?

Meine letzte Frage betrifft die Aktion „Leben hat Gewicht“, die auch die Modebranche mit in den Blick nimmt. Was hat die Aktion für konkrete Auswirkungen bei Ihnen und hat sie in Ihrem Umfeld schon jetzt etwas bewirkt bzw. was beabsichtigen Sie, in Zukunft an dieser Stelle zu ändern?

Herr **Dr. med. Hermann Mayer** (Klinik Hochried): Zur Frage nach dem Datenschutz: Es gab in einem Landkreis einmal die Überlegung, praktisch alle Neugeborenen zu erfassen und langfristig zu begleiten. Dies ging aufgrund des Datenschutzes nicht. Man bekommt zwar ab und an Daten zum Beispiel von verschiedenen Krankenkassen, manchmal auch von der Jugendhilfe oder der Schulbehörde, aber mit diesen Daten erfasst man immer nur bestimmte sektorale Bereiche. Aus Datenschutzgründen nicht möglich ist es dagegen, einen ganzen Jahrgang zu erfassen und langfristig zu begleiten, wie wir bei einer geplanten Studie zu Essstörungen und Adipositas feststellen mussten. Deswegen konnte die Studie damals nicht durchgeführt werden.

Was das frühe Erkennen angeht, ist eines der größten Probleme bei der Anorexie, dass Jugendliche mit einigem Geschick zu verschleiern verstehen, dass sie eine Essstörung haben. Deshalb erkennen selbst diejenigen, die darüber informiert sind, was eine Essstörung ist, diese häufig nicht rechtzeitig. Kinder mit Essstörung fallen beispielsweise auch im Turnunterricht nicht auf, weil sie entsprechende Turnanzüge tragen. Aus diesem Grund werden Essstörungen häufig erst von einem Arzt diagnostiziert, wenn das Kind schon krank ist und mitunter schon Folgeerkrankungen aufgetreten sind. Deswegen ist es so wichtig, wie in meinem Statement bereits erwähnt, dass mehr Menschen über Essstörungen Bescheid wissen. Auch bei den Ärzten ist das Wissen über Essstörungen insgesamt noch verbesserungswürdig, bei den Kinderärzten sowie bei den Kinder- und Jugendpsychiatern ist dieses aber inzwischen weitgehend angekommen. Aber wichtig ist, dass man die Aufklärung über ersten Anzeichen einer Essstörung bei Familien, Peergroups und Lehrerinnen und Lehrern verstärkt. Ein weiteres Problem, das die Früherkennung einer Essstörung erschwert, ist die deutliche Abnahme bei den Vorsorgeuntersuchungen im Jugendlichenbereich.

Risikofamilien, wenn man das Thema Adipositas nimmt, findet man zum Beispiel häufiger in Familien mit Migrationshintergrund und mit niedrigen Einkünften. Diese Gruppen nehmen die normalen Angebote nicht wahr und sind auf diese Weise nicht zu erreichen.

Frau **Heidi Groß** (VELMA): Die Kleidergröße 34 sehe ich nicht als verbindlich an. Eine Kleidergröße hat nicht nur mit der Breite, sondern auch mit der Größe eines Menschen zu tun. Mädchen, die in der Mode arbeiten oder Models sind, sind heute eher 1,80 m als 1,70 m groß. Voraussetzungen für eine Karriere ist eine Körpergröße ab 1,75 m. Die Größe 36 gilt eher für die Modezentren wie Paris oder Mailand als verbindlich, während es in Deutschland eher die Größe 38 ist. Weshalb sich die Mode an diesem Schlankheitsbild orientiert, hängt mit dem Grundverständnis von Mode und Schönheit zusammen. Als gutaussehend und schön gilt eher der schlanke und nicht der dickere Mensch – und daran orientiert sich auch die Mode visuell.

Im Bereich der Kosmetik finden Sie dasselbe Phänomen. Auch dort werden vornehmlich junge Mädchen fotografiert, selbst wenn es um Produkte geht, die sich auch an ältere Frauen richten. Mittlerweile gibt es jedoch in beiden Bereichen auch Gegentrends. Die Zahl der älteren Frauen, die meistens ehemalige Models sind und auch mit 50 oder 55 Jahren noch arbeiten, nimmt zu. Sie werden zumeist produktspezifisch fotografiert. Das ist ein kleinerer Anteil, aber er existiert. Im Modebereich gibt es etwa die „Plus“ bzw. „Happy Sizes“ für Kleidergrößen ab 42. Diese kommen auch in einer normalen Agentur in kleinerem Umfang vor. Zudem gibt es auch Agenturen, die sich auf diese Zielgruppe spezialisiert haben. Das war übrigens kein Angebot der Agenturen, sondern eine Forderung der Industrie, weil diese in Katalogen – in unserem Fall war es zum Beispiel Neckermann – diese Größen anbieten wollen. Es gibt also durchaus bereits Versuche, das Produkt mit der Darstellung so zu identifizieren, dass es wirklich zum Konsumenten passt.

Abg. **Michaela Noll** (CDU/CSU): Generell hätte ich es für wünschenswert gehalten, das Thema Essstörungen in dieser Anhörung breiter anzugehen und auch das Thema Adipositas einzubeziehen. Meine erste Frage ist, ob Essstörungen tatsächlich heilbar sind und wie sich die relativ hohe Rückfallquote zum Beispiel bei Magersucht erklären lässt. Herr Cuntz und Herr Mayer hatten in ihren Statements die Frage des gesellschaftlichen Wandels angesprochen – etwa dass in vielen Familien nicht mehr gemeinsam gegessen wird und das Gemeinschaftsgefühl beim Essen daher fehlt. Daraus müsste man eigentlich die Konsequenz ziehen, die gesamte Familie bei einer Therapie einzubeziehen, denn ein stationärer Aufenthalt ist immer auf einen relativ kurzen Zeitraum begrenzt. Wie geschieht diese Einbeziehung der Familie in der Praxis und sehen Sie langfristig eine Perspektive, wie man politisch etwas auf den Weg bringen könnte, um auch Risikofamilien zu erreichen?

Herr **Dr. med. Hermann Mayer** (Klinik Hochried): Insgesamt ist es sicher so, dass man Essstörungen – gerade auch im Hinblick auf Übergewicht – in einem Gesamtkontext betrachten muss. Wenn man etwas ausrichten will, muss man neben dem Kind auch die Familie einbeziehen. In Deutschland laufen zurzeit die verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Schulungsprogramme zumeist nebeneinander, ohne miteinander vernetzt zu sein. Dies wirkt sich negativ auf die Motivation der Kinder aus. Kinder, die nach einer stationären Behandlung die Klinik verlassen, sind häufig motiviert, auch längerfristig etwas zu machen, aber es gibt hierfür kein Angebot. Notwendig wäre ein komplexerer Ansatz, der Familie und Therapeuten, die sich auch ein eigenes Bild von der familiären Situation machen, einbezieht sowie ein vernetztes System von Fachleuten, bei denen einzelne Bereiche wie Ernährung, Psyche und Familienkonstellation berücksichtigt werden. Das Fehlen von Versorgungsprogrammen mit längerfristigem Ansatz in Deutschland ist ein gravierendes Manko. Dies bedeutet nicht, dass Kinder permanent in Therapie sein müssen, aber die Möglichkeit, sie längerfristig zu begleiten, ist bisher nicht gegeben.

Herr **PD Dr. med. habil. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz** (Klinik Roseneck): Essstörungen werden über die Symptome der Erkrankung definiert. Bei der Anorexia nervosa ist dies das Untergewicht und dessen Beseitigung. Betrachtet man die Langzeitergebnisse, lässt sich konstatieren, dass ein Drittel der Betroffenen wieder ganz gesund wird, ein Drittel andere Störungen hat und bei einem Drittel die Störung bleibt. Dabei muss man berücksichtigen, dass eine Anorexia nervosa häufig andere Zwangsstörungen, zum Beispiel eine Depression, verdeckt. Letztere kommen erst dann richtig zum Tragen, wenn die Anorexia nervosa geheilt ist. Dies heißt auch, dass nicht gleich das nächste Problem beginnt, sondern dass die Störung auch vorher schon da war. Insgesamt kann man feststellen, dass die Heilungschancen wesentlich besser geworden sind. Als ich studiert habe, galt die Anorexia nervosa praktisch noch als unheilbar. Gute Erfolge sind im stationären Bereich zu verzeichnen. Allerdings ist und bleibt die Rückfallgefahr sehr hoch. Wichtig für den Erfolg einer Therapie ist, auf die gemeinsamen Mahlzeiten und die Regulierung des Essverhaltens zu achten. Dies ist auch eine Frage der Vernetzung von ambulantem und stationärem Angebot. Gefährdete Patienten werden daher auch gerne in Wohngemeinschaften entlassen, wo die gemeinsamen Mahlzeiten aufrechterhalten werden. Auch ansonsten muss man in der Therapie drauf achten, dass auch hinterher an festen Mahlzeitstrukturen festgehalten wird. Dies bleibt auch für die Rezidivprophylaxe bei geheilten Essstörungen immer ein Thema.

Stellv. **Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit kommen wir zur Fragerunde der Fraktion der SPD.

Abg. **Marlene Rupprecht** (SPD): Ich hab eine Frage an Frau Herpertz-Dahlmann und an Herrn Cuntz zur sozialen Schichtung. Kann man sagen, dass Essstörungen vornehmlich in bildungsfernen und sozial schwächeren Haushalten auftreten oder gibt es Essstörungen, die typisch für bestimmte soziale Schichtungen sind? Alle Sachverständigen, ob sie in der Beratung oder in der Behandlung tätig sind, haben das Fehlen von Netzwerken und die mangelnde Verknüpfung beklagt. Wir haben leider ein versäultes Angebot an Hilfen und gesetzlichen Regelungen in den Sozialgesetzbüchern. Wo muss nachgesteuert werden, um die im Bereich der psychosomatischen Kliniken erwähnten Defizite zu korrigieren und um adäquate Hilfen zu geben, auch wenn die Netzwerke noch nicht da sind? Meine zweite Frage ist die, ob es der richtige Ansatz ist, den Fokus so stark auf die Krankheit und deren lebenslange Begleitung zu richten. Denn die Fokussierung darauf, sich beim Essen lebenslang kontrollieren zu müssen, kann auf Kinder und Jugendliche auch abschreckend wirken. Selbstverständlich muss die Krankheit behandelt werden, aber ist es nicht auch notwendig, wieder eine andere Beziehung zum Essen zu bekommen? Denn wenn wir nicht zu einer weniger am Defizit als vielmehr an der Normalität orientierten Sichtweise gelangen, droht die Gesellschaft an den volkswirtschaftlichen Folgekosten der Einzelfallhilfen zu ersticken.

Frau **Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann** (Universitätsklinikum Aachen): Was Ihre Frage zur sozialen Schichtung von Essstörungen angeht, hat Herr Mayer bereits darauf hingewiesen, dass die Adipositas sicherlich vornehmlich ein Problem der bildungsfernen Schichten ist. Dies zeigen die Studien. Bei der Magersucht verhält sich dies anders. Hier und auch bei den anderen Essstörungen ist es eher ein Problem der mittleren und oberen Schichten – auch wenn es in den letzten zehn Jahren auch eine entsprechende Entwicklung in den unteren Schichten gegeben hat. In meiner Klinik hat auch die Zahl der Mädchen mit Migrationshintergrund zugenommen, die magersüchtig werden. Dies hat offenbar damit zu tun, dass unser Schlankheitsideal auch in dieser Gruppe stärker übernommen wird.

Dass Ärzte den Fokus eher auf die Bekämpfung der Krankheit legen, liegt sicherlich in der Natur der Sache. Herr Cuntz hat jedoch vorhin schon darauf hingewiesen, dass man viel früher ansetzen sollte, nämlich bei den Mädchen, die ein sehr niedriges Selbstwertgefühl haben. Denn diese sind gefährdet, später eine Essstörung zu entwickeln und müssten daher sehr viel früher identifiziert werden.

Herr **PD Dr. med. habil. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz** (Klinik Roseneck): Zur Schichtproblematik kann ich nur noch einmal das bestätigen, was bereits gesagt worden ist. Allerdings sind die Verhältnisse auch bei der Adipositas sehr komplex und werden zunehmend wissenschaftlich untersucht. Für die Krankheit besteht eine genetische Disposition, die weiter vererbt wird. Darüber hinaus weiß man, dass die Aufstiegschancen für Übergewichtige sehr viel schlechter sind und dass der typische Stress, der in den Unterschichten entsteht, ebenfalls adipositasförderlich ist. Das hat eine in London durchgeführte, große Studie gezeigt.

Beim gesetzlichen Rahmen waren die psychosomatischen Kliniken im § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ursprünglich gar nicht vorgesehen. Es war eigentlich geplant, die Psychiatriepersonalver-

ordnung unmittelbar in einen neuen Entgeltraumen umzusetzen. Dabei ist übersehen worden, dass die Psychosomatiken dann nicht berücksichtigt wären. Wir sind jetzt aufgefordert worden, bis Ende 2009 einen Rahmen zu schaffen, während der in der Psychiatrie über viele Jahre hinweg gewachsen ist. Das macht die Aufgabe sehr schwer. Was das Sozialgesetz angeht, sind die Institutsambulanzen der Psychiatrie darin vorgesehen, nicht aber die der Psychosomatik. Das wäre sicherlich etwas, was uns helfen würde, das Vernetzungsproblem von stationärer zu ambulanter Behandlung etwas zu entschärfen.

Nur unterstützen kann ich die Bemerkungen zur Esskultur. Es kommt letztendlich darauf an, nicht Essen zu verteufeln, sondern Essen zu etwas zu machen, was Menschen trägt, was sie vereint und zusammenführt – also wirklich Esskultur zu fördern und nicht Essen zu verbieten.

Herr **Dr. med. Hermann Mayer** (Klinik Hochried): Mit der Sozialgesetzgebung haben wir uns beim 13. Kinder- und Jugendbericht beschäftigt und festgestellt, dass dort alle Grundvoraussetzungen enthalten sind, um die Patienten gut versorgen zu können. Die Regelungen sind allerdings sehr komplex und könnten sicher vereinfacht werden. Ein wesentlicher Schwerpunkt sollte darin liegen, Netzwerke einfacher aufzubauen und Grenzen überwinden zu können. Frau Borse hat bereits darauf hingewiesen, dass sich mittlerweile drei Ministerien an der Initiative „Leben hat Gewicht“ beteiligen. Das ist ein guter Start. Wir sollten darauf achten, dass die verschiedenen Ministerien, die auch in der Sozialgesetzgebung verschieden unterwegs sind, ihren Tunnelblick verlieren. Wenn wir dahin kommen, wären auch die Voraussetzungen dafür geschaffen, bei der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung Fortschritte zu erzielen. Beim 13. Kinder- und Jugendbericht hat mir sehr gut gefallen, dass ich als Kinder- und Jugendarzt und als Vertreter des Gesundheitssystems neben der Kinder- und Jugendhilfe eingebunden war. Wäre noch die Schule mit dazugenommen worden, hätte man schon drei Bereiche gehabt, die ganz wesentlich für die künftige Prävention sind. Wir müssen dahin kommen, dass die Sozialgesetzgebung Barrieren überwindet und ein Zusammenarbeiten der einzelnen Bereiche besser ermöglicht. Das versuchen wir jetzt, in einem regionalen Zentrum umzusetzen. Da muss dann auch einmal der Doktor von seinem hohen Ross herunter und mehr mit den Leuten aus dem Jugendamt oder mit den Lehrern reden.

Was das Essverhalten angeht, möchte ich Ihnen ein kurzes Beispiel schildern. Als ich im Winter am Abend gegen 18.00 Uhr von einem Termin nach Hause fuhr, also zu einer Zeit, wo in Oberbayern die normale Familie zu Abend isst, habe ich bei der Fahrt durch die Dörfer in die Fenster geschaut. In jedem zweiten Haus läuft zu der Zeit, wo gegessen wird, der Fernseher. Das ist auch eine Form der Bildung, bei der man sich nicht wundern muss, dass viele Kinder Sprachentwicklungsstörungen haben. Statt miteinander zu reden, wird ferngesehen. Hier müssen wir anfangen, Essverhalten und Regeln richtig zu steuern.

Abg. **Renate Gradistanac** (SPD): Ich möchte zunächst dafür werben, nicht immer bei den Defiziten der Menschen, sondern vielmehr bei deren Stärken anzusetzen. Frau Professor Herpertz-Dahlmann hat auf die Bedeutung des gemeinsamen Essens hingewiesen. In meiner Generation war es noch üblich, dass man erst einmal seinen Teller leer zu essen hatte. Zudem ging es am Tisch auch nicht immer spannungsfrei zu. Für ein gutes Essen braucht es jedoch ein entspanntes Umfeld und Kommunikation, denn

nur so erfährt man, dass Essen etwas Schönes und Wertvolles ist. Dafür strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, ist jedoch sehr schwer. Ich würde mir auch wünschen, dass bei allen, die damit zu tun haben – und dazu gehören auch die Schulen - das Thema Generalprävention mehr in den Mittelpunkt käme. Wir machen uns auch Sorgen um das Thema Sucht, und da gibt es sicherlich auch noch viel Forschungsbedarf. Es war bereits angesprochen worden, dass die Familien beim Thema Essen stark in die Therapien eingebunden werden müssen, um einen Rückfall zu verhindern. Ich möchte gern von Frau Prof. Herpertz-Dahlmann wissen, ob es eine Tendenz gibt, dass Mädchen heute bereits in sehr frühen Jahren magersüchtig werden und damit möglicherweise schwerer zu therapieren sind. Außerdem interessiert mich, ob das Thema auch bei Migrantinnen analysiert wird und ob Gewalt gegen Frauen und der Aspekt, Macht über den eigenen Körper zu erlangen, eine Rolle bei der Entstehung von Magersucht spielen.

Frau **Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann** (Universitätsklinikum Aachen): Ich möchte zunächst auf den Punkt Einbeziehung der Familien eingehen, der aus meiner Sicht elementar ist. Wir sind im Moment dabei, bei der Behandlung von Magersucht statt auf die stationäre stärker auf die tagesklinische Behandlung umzustellen. Dies bedeutet auch, dass die Familie vom ersten Moment an stark mit einbezogen wird. Das wäre zum Beispiel etwas, was man auch fördern sollte und wo Konzepte zu entwickeln sind.

Hinsichtlich der Frage, ob Kinder mit Magersucht tendenziell jünger werden, kann ich nur über die Erfahrungen in der eigenen Klinik berichten. In der Kinderstation, also bei den bis 14-Jährigen, haben wir mittlerweile immer auch anorektische Patienten. Im Moment behandeln wir eine 9-Jährige, die schwerst anorektisch ist. Es ist sicher so, dass es – ähnlich wie bei den Jugendlichen – auch bei den Kindern einen deutlichen Anstieg der Erkrankungen gegeben hat. Ob dieser Trend immer noch anhält, kann ich nicht beurteilen. Dafür sind die KiGGS-Studie und andere Erhebungen wichtig. Hinzu kommt, dass mehr Ärzte und Lehrer den Verdacht haben, dass auch ein so junges Kind Magersucht haben kann.

Sexuelle Gewalt spielt vor allem bei der Entstehung der bulimischen Essstörung und der Binge-Eating-Störung eine wichtige Rolle. Auch bei der Borderlinestörung, die zum Teil aus der Bulimie hervorgeht, ist die Erfahrung von sexueller Gewalt von Bedeutung. Von einigen Kollegen wurde bereits angesprochen, dass es wichtig wäre, den Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung besser als bisher zu gestalten. Denn es ist oft nicht leicht, einen Zugang zu den Patienten zu finden, und die zugrunde liegenden Ursachen lassen sich zumeist nicht in wenigen Wochen besprechen.

Stellv. **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir kommen jetzt zur Fragerunde der FDP-Fraktion.

Abg. **Ina Lenke** (FDP): Ich habe zwei Fragen an Frau Borse. Bei den Essstörungen wurde heute bereits zwischen Jungen und Mädchen unterschieden. Was können Sie dazu sagen und wie kann Politik hier positive Impulse setzen? Sie haben auch die Zusammenarbeit mit dem Unternehmen „Unilever“ mit aufgebaut, das in seiner Werbung sowohl auf schlanke als auch auf weniger schlanke junge Frauen setzt. Ich finde das sehr positiv. Welche Rückmeldungen haben Sie dazu erhalten und sind auch andere Firmen diesbezüglich auf Sie zugekommen?



Meine dritte Frage richtet sich an Frau Rauchfuß. In Ihrem Prospekt steht, dass die Provider gefährliche Angebote schließen können. Haben diese daran überhaupt ein Interesse und hat es solche Fälle bereits gegeben? Abschließend möchte ich Frau Prof. Herpertz-Dahlmann fragen, ab welchem Alter können Sie erkennen, dass ein Kind magersüchtig ist? Kann das schon bei einer 6-Jährigen festgestellt werden oder ab welchem Alter kann Magersucht beginnen?

**Frau Sigrid Borse** (Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen): Das Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen hat ein Präventionsprogramm mit dem Namen „Body Talk“ ins Leben gerufen, das sich gezielt an Schulen richtet und zusammen mit der Firma „Unilever“, der Marke „Dove“ umgesetzt wird. Es war für uns eine große Herausforderung, mit einer Firma zusammenzuarbeiten, ohne dabei als Beratungseinrichtung zu Werbezwecken missbraucht zu werden. Die Zusammenarbeit hat sich in den letzten fünf Jahren sehr positiv gestaltet. In der inhaltlichen Ausgestaltung des Projektes, dessen Finanzierung über „Dove“ erfolgt, ist die Einrichtung unabhängig. In dieser Zeit wurde ein Präventionsprogramm an Schulen entwickelt, das nicht alleine aus Workshops besteht, die wir für Mädchen oder Jungen anbieten. Gekoppelt ist dieses Angebot an die Bereitschaft der Schulkollegien, an Fortbildungen teilzunehmen und die Maßnahmen weiter umzusetzen, wenn wir als Einrichtung nicht mehr vor Ort sind. Denn es geht uns darum, eine nachhaltige Veränderung an den beteiligten Schulen zu bewirken. Schulen, die nicht in der Lage waren, mehrere Kollegen für dieses Thema zu begeistern, kamen daher auch nicht als Teilnehmer in Frage.

Dieses Projekt wurde ausgebaut und um den Aspekt „Vernetzung mit anderen Institutionen“ erweitert. Wir haben im letzten Jahr – mit der Unterstützung von „Dove“ – eine Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen der Initiative „Leben hat Gewicht“ herstellen können. Auch hier gilt das gleiche Prinzip, dass wir Multiplikatoren in bestehenden Strukturen fortbilden. Wir schauen zunächst, wo es bereits interessante Projekte gibt und wo die relevanten Settings sind, in die man diese Thematik einspeisen kann. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat beispielsweise ein Projekt mit dem Namen „GUT DRAUF“, das sich an Jugendeinrichtungen richtet. Wir bilden Trainer zu der Thematik „Selbstwertproblematik von jungen Mädchen und Körpergefühl“ fort.

Eine weitere Kooperation ist mit der Ärztlichen Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau entstanden, die Prävention an Schulen anbietet. Auch hier gab es den Bedarf, die beteiligten Gynäkologinnen zu dieser Thematik fortzubilden. Daran zeigt sich, über ein Projekt können – wenn man es strukturiert angeht – viele Kooperationen entwickelt, Themen verbreitert und unterschiedliche Aspekte aufgegriffen werden. Zudem konnten für Schulen bedarfsgerechte und nutzerfreundliche Präventionsmaterialien bis hin zu Filmen entwickelt werden.

**Frau Katja Rauchfuß** (jugendschutz.net): Provider müssen unzulässige, jugendgefährdende Inhalte löschen, nachdem sie davon Kenntnis erhalten haben. Das setzt aber voraus, dass wir zunächst einmal Kenntnis über diese Seiten erhalten, damit wir diese bei den Providern beanstanden können. Unser Ziel

ist nicht primär die Löschung der Seite, sondern jugendgefährdende Inhalte herauszufinden und die User an ein gutes Beratungsangebot zu führen.

Frau **Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann** (Universitätsklinikum Aachen): Kinder wissen erst ab etwa acht bis neun Jahren, wozu eine Diät gut ist, und damit entstehen auch Essstörungen.

Stellv. **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir kommen nun zur Fragerunde der Fraktion DIE LINKE.

Abg. **Diana Golze** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Herrn Altgeld. Sie haben in Ihrer Stellungnahme und auch in Ihren Ausführungen darauf hingewiesen, dass es aus Ihrer Sicht nicht sinnvoll ist, Präventionsmaßnahmen zu einzelnen Krankheitsbildern zu entwickeln. Stattdessen haben Sie dafür plädiert, einen umfassenderen Ansatz zu wählen. Was kann ich mir darunter praktisch vorstellen? Frau Professor Herpertz-Dahlmann hat vorhin betont, dass Abschreckungsbeispiele bei Essstörungen wenig hilfreich sind. Dagegen wird zum Beispiel bei der Prävention von Alkohol, Tabak oder anderen Dingen oft mit Bildern gearbeitet, die auf Abschreckung setzen. Wie kann also ein Präventionsansatz, der auch andere Gesundheitsschädigungen einschließt, trotzdem das Ziel erreichen, Magersucht oder Essstörungen zu verhindern?

Die zweite Frage richtet sich an Herrn Cuntz, dessen Ausführungen zum Thema ich teile, etwa dass es nicht nur darum geht, ein gesundes Essen anzubieten, sondern auch ein entspanntes Umfeld zu gewährleisten, in dem die Mahlzeiten stattfinden. Wie kann die Bundespolitik vor dem Hintergrund, dass das Thema „Schulen und die Ausstattung von Schulspeiserräumen“ nicht in unsere Aufgabenteilung fallen, hier tätig werden? Vielleicht können Sie uns hierfür Beispiele nennen.

Herr **Thomas Altgeld** (LVGAFS): Zunächst einmal glaube ich, dass die Abschreckung auch bei Alkohol und Zigaretten nicht wirkt. Es wird vielfach überschätzt, was mit abschreckenden Beispielen in verschiedenen Bereichen überhaupt erreicht werden kann. Denn wir wissen aus der Wirkungsforschung, dass Furchtappelle nur minimale bis überhaupt keine verhaltenssteuernden Wirkungen haben. Ich bin des Weiteren der Ansicht, dass wir eine Vielzahl von Programmen haben, die sich eigentlich nur durch die Träger, die sie anbieten, oder das Bundesland oder die Stadt, in der sie stattfinden, unterscheiden und nicht so sehr in den Inhalten. Allein im Bereich Adipositas gibt es 400 verschiedene Programme. Für den Suchtbereich gilt ähnliches. Manchmal ist es besser, seine Anstrengungen stärker zu konzentrieren. Dabei sollte es um die Stärkung von Lebens- und Sozialkompetenzen gehen. Im Rahmen einer Begutachtungsreise habe ich im letzten Jahr ein sehr schönes Projekt in Bad Nauheim gesehen. Dort hat sich die Stadt mit allen Trägern der Suchtprävention und anderen Trägern vor Ort zusammengeschlossen und flächendeckend ein Lebenskompetenzstärkungsprogramm in allen Kindertagesstätten eingeführt. Darauf werden weitere Programme an Grundschulen und weiterführenden Schulen aufgebaut. Eine solche systematische Lebenskompetenzstärkung in Kindertagesstätten und Schulen, die nicht der Träger Vielfalt des freien Marktes überlassen bleibt, sondern die mit kommunalen Einrichtungen zusammen die Aktivitäten der Schulen in diesem Bereich steuert, brauchen wir.

Herr **PD Dr. med. habil. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz** (Klinik Roseneck): Das gemeinsame Essen ist als Mittel zur Prävention von Essstörungen sehr wichtig. Denn es fördert, dass Essen als etwas Wertvolles angesehen und die gemeinsame Mahlzeit als Ort der Kommunikation verstanden wird. Dafür können auch Schulen etwas tun. Wir arbeiten ebenfalls im Erwachsenenbereich, wo es häufig sehr schwierig ist, mit dem Patienten Essenspläne auszuarbeiten, die auch in den Arbeitsalltag passen. Das ist sicherlich etwas, das eigentlich gesetzlich durchaus so vorgesehen ist. Häufig ist es aber an den Arbeitsplätzen nicht wirklich durchsetzbar, dass Zeit für das gemeinsame Essen auch tatsächlich zur Verfügung steht.

Stellv. **Vorsitzende**: Vielen Dank. Wir kommen nun zur Fragerunde der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Irmingard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich bin sehr froh, dass sich der Ausschuss auf Antrag unserer Fraktion mit diesem wichtigen Thema befasst. Ich möchte gerne herausfinden, wo zunächst auf der Bundesebene, aber auch auf der Länder- und kommunalen Ebene Handlungsbedarf besteht, denn bei der Kinderbetreuung kümmern wir uns schließlich auch um Themen, die nicht in den direkten Zuständigkeitsbereich des Bundes fallen und die nur durch Zusammenarbeit aller Beteiligten gelöst werden können.

Ich möchte Frau Herpertz-Dahlmann fragen, welche Forschungslücken Sie im Bereich der Essstörungen sehen, was vorrangig erhoben werden muss und welche Rahmenbedingungen für Langzeitstudien gegeben sein müssen. In Ihrer Stellungnahme haben Sie die Bedeutung des Themas Sensibilisierung hervorgehoben. Es wurde auch vorhin schon angesprochen, dass es häufig sehr lange dauert, bis tatsächlich festgestellt wird, dass jemand magersüchtig ist. Was könnte aus Ihrer Sicht bei der Früherkennung noch verbessert werden? Außerdem schreiben Sie in Ihrer Stellungnahme, die Kampagne „Leben hat Gewicht“ sei wichtig gewesen und habe eine breite Öffentlichkeit erreicht. Zielgenauer sei es aber, die betroffenen Gruppen und die Gruppen, die mit den jungen Frauen arbeiten, zu erreichen. Wie müsste man auf diese Gruppen eingehen?

Frau **Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann** (Universitätsklinikum Aachen): Es wäre wichtig, auch die Forschung zur Psychotherapie stärker zu fördern. Von Seiten des Bundesforschungsministeriums wird bisher primär die rein naturwissenschaftliche Forschung unterstützt, wobei auch die Psychotherapie durchaus naturwissenschaftliche Hintergründe hat. Forschung in diesem Bereich ist zudem sehr langwierig und voraussetzungsvoll. Für unsere Studie müssen wir zum Beispiel 170 Jugendliche mit Magersucht und die Einwilligung aller, zum Teil getrennt lebenden Elternteile zusammenbekommen. Willigt ein Elternteil nicht ein, kann der Patient nicht einbezogen werden. Deshalb müsste es hier zum Beispiel eine Finanzierung durch das BMBF geben, die diese besonderen Bedingungen der Psychotherapieforschung berücksichtigt. Dann würde es – glaube ich – sehr gut gelingen, hier noch bessere Ergebnisse zu erzielen. Denn Herr Cuntz hat bereits darauf hingewiesen, dass es in den letzten zehn Jahren gelungen ist, die Sterblichkeit bei Magersucht deutlich zu senken. Wir haben im jugendlichen Bereich mittlerweile eine Sterblichkeit von Null und das ist sicherlich auch ein Ergebnis der deutlich verbesserten Vorgehensweisen bei Magersucht.

Was das Thema Sensibilisierung angeht, teile ich den Optimismus von Herrn Mayer nicht ganz. Ich glaube, es gibt immer noch sehr viele Ärzte, die Magersucht nicht erkennen. Deswegen sollte die Thematik in das Medizinstudium mit aufgenommen werden. Leider gibt es immer noch viele Universitäten, an denen überhaupt keine Kinder- und Jugendpsychiatrie gelehrt wird und an denen Studenten folglich nichts über seelische Störungen von Kindern und Jugendlichen lernen. Wie sollen sich Studienabsolventen dann in die Praxis mit diesen Bereichen auskennen? Das kann man von niemandem verlangen. Ich würde auch sehr unterstützen, den Themenbereich in das Lehramtstudium aufzunehmen, wie es zu Anfang bereits gefordert wurde. Denn auch ein Lehrer sollte über typische Probleme in der Pubertät gut informiert sein, um rechtzeitig aufmerksam zu werden.

Hinsichtlich der Kampagne „Leben hat Gewicht“ unterstütze ich das, was bereits mehrfach gesagt wurde. Der Zusammenschluss der drei Ministerien in dieser Kampagne reicht nicht aus, wenn zum Beispiel in der Förderung alles wieder auseinander läuft. Dort weiß das BMBF zum Teil nicht, was das BMG fördert und umgekehrt. Das führt zum Beispiel in einer Stadt wie Aachen dazu, dass an unterschiedlichsten Stellen gießkannenartig gefördert wird, überhaupt keine Vernetzung stattfindet und keine effektive Behandlung und Erforschung möglich ist. Hier wäre es gut, wenn nicht nur auf der Ministerinnen-, sondern auch auf der Arbeitsebene intensiver miteinander kooperiert würde.

Stellv. **Vorsitzende:** Vielen Dank. Wir kommen damit zur zweiten Fragerunde. Es beginnt die Fraktion der SPD.

Abg. **Angelika Graf** (SPD): Herr Altgeld, Sie haben davon gesprochen, dass es wichtig wäre, die Lebenskompetenzen der Kinder und Jugendlichen zu stärken und auch andere Kompetenzen mehr in den Vordergrund zu rücken, damit sich die Kinder und Jugendlichen so wie sie sind wahrgenommen und geachtet fühlen. Dieses Problem hängt zum Teil auch mit den Familien zusammen. Die Familien sind manchmal durch die Situation mit einem pubertierenden Kind überfordert. Durch die Diskussion darüber, in welchen Familien Anorexie und Magersucht auftritt, ist deutlich geworden, dass dies sicherlich etwas mit der innerfamiliären Situation zu tun hat. Ich kenne etliche Familien, in denen die Mutter sagt „Iss nicht soviel, sonst wirst du zu dick“. Es ist dann kein Wunder, wenn das Mädchen dieses verinnerlicht und lieber nichts mehr isst. Es ist wichtig, dass auf die Familien mehr im Sinne einer Präventionsanstrengung zugegangen wird. Welche Chancen und Möglichkeiten sehen Sie, Herr Altgeld, dass wir – auch was den psychischen Druck anbelangt – ein Stück weiterkommen?

Dann habe ich eine Frage an Frau Professor Herpertz-Dahlmann. Wie sieht es mit Suiziden im Kindesalter aus? Gewisse Formen der Magersucht sind ja im Endeffekt ein Suizid auf Raten, oder ein langsamer Suizid, den die Kinder begehen. Können Sie einen Zusammenhang herstellen zu der Tatsache - zumindest ist dies meine Wahrnehmung – dass die Kinder immer jünger sind, wenn sie damit anfangen?

Die dritte Frage richtet sich an Frau Baeck. Sie schreiben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme, dass es für ältere Betroffene keine speziellen Angebote im WG-Bereich gibt. Es geht auf der einen Seite um ganz

junge Betroffene, es geht aber sicherlich auch darum, dass es ältere Jugendliche, aber insbesondere auch ältere Menschen gibt, die von einer solchen Entwicklung betroffen sein können und auch diese muss man mit in die Diskussion einbeziehen. Was können Sie mir dazu sagen und was sagt die Äußerung in Ihrer schriftlichen Stellungnahme den Leistungskatalog der Krankenkassen aus?

Eine Bemerkung noch zum Thema „Leben hat Gewicht“. Wir haben am internationalen Frauentag in Rosenheim, wo ich herkomme, eine Stadtbegehung gemacht und uns in den Geschäften angeschaut, wie die Schaufensterpuppen dekoriert sind. Wir haben auch mit vielen Inhabern und Angestellten in den Geschäften gesprochen und wir bekamen bis auf zwei Geschäfte überall die Auskunft, dass zum einen die Kleider nicht gut aussehen, wenn die Puppe größer ist. Daher nehmen sie keine größere Puppe. Die zweite Stellungnahme war, dass sie keine größeren Schaufensterpuppen erhalten. Das sind ausgesprochene Ausflüchte, aber sie machen deutlich, wie wenig dieses Thema von den Geschäftsleuten wahrgenommen wird und welche Vorbildfunktionen auch Schaufensterpuppen haben können. Dazu hätte ich gerne von demjenigen von Ihnen, der sich dafür zuständig fühlt, eine Antwort.

Herr **Thomas Altgeld** (LVGAFS): Der Elternbildung oder der Stärkung von Familien kommt eine wesentliche Schlüsselrolle zu. Da stellt sich die Frage, wo man anfängt. Ich sehe das etwas anders als Herr Mayer. Es ist sicherlich schwierig, rund um Geburtskliniken Zustimmungen zu Studien zu erhalten. Aber ich glaube, dass letztendlich Geburtskliniken sehr genau wissen, wer hinterher auffällig wird. Daraus ergibt sich die Frage, wie früh diese Eltern ein Hilfsangebot erhalten, das auch wirksam ist. Diese frühen Hilfen sind zwar sehr in der Diskussion, aber wir haben noch immer keine flächendeckende Versorgung für benachteiligte oder auffällige Familien rund um die Geburt – und nicht nur um die Geburt – mit Angeboten der Familienbildung und Jugendhilfe, die früh greifen. Das gilt aber eher für den Bereich der sozial benachteiligten und bildungsfernen Schichten. Auf der anderen Seite haben wir auch ein Problem mit Eltern, die zu hohe Anforderungen an ihre Kinder stellen. Es besteht also einerseits ein Problem mit Unterforderung in sozial benachteiligten Familien und andererseits mit Überforderung von Kindern und kindlichen Lebensverläufen. Da muss man schauen, wie Elternbildung funktionieren kann. Meistens haben diese gut situierten Eltern keine Zeit für Familienbildungsangebote, die aufzeigen, dass kindliche Lebens- und Vorstellungswelten sowie Entwicklungsverläufe ernst genommen werden müssen und es nicht sein kann, dass Kinder funktionieren müssen. Wenn die Kinder funktionieren müssen, dann können Entwicklungsstörungen auch in engen Taktungen leichter auftreten. Es gibt in der Familienbildungslandschaft viel zu wenig Angebote, die auf diese gut gebildeten Eltern reagieren und deren Ansprüche herunter schrauben.

Frau **Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann** (Universitätsklinikum Aachen): Suizid spielt insgesamt bei Kindern und Jugendlichen eine große Rolle. Wir nehmen jedes Wochenende zwei bis drei Kinder und Jugendliche nach einem Suizidversuch auf, das ist recht viel. Im Rahmen der Magersucht der Jugendlichen ist das aber nicht intendiert. Bei Jugendlichen im Erwachsenenalter ist das etwas anders, aber die Jugendlichen selbst wollen nur dünn sein und sich nicht suizidieren. Sie verstehen oft gar nicht, dass mit der Magersucht schwerwiegende körperliche Veränderungen verbunden sind. Der direkte Wunsch, zu

sterben, ist bei den meisten nicht gegeben. Das ist auch eine Hilfe in der Therapie, weil sie – wenn das Leben attraktiv wird – bereit sind, zuzunehmen und auch wieder gesund zu werden.

Frau **Sylvia Baeck** (DICK & DÜNN e. V.): Ihre Frage ging dahin, ob es auch ältere magersüchtige Menschen gibt – ja, die gibt es. Wir können das bei uns ganz gut feststellen. Wir haben zum Beispiel eine Gruppe „plus 50“ mit zwei magersüchtigen Frauen. Wir haben immer wieder Frauen weit über dem Jugendalter, die anorektisch sind. Für viele dieser Frauen, die sehr vereinsamt leben und auch kein soziales Umfeld mehr haben, gibt es keine Angebote von Wohngemeinschaften, wo sie wieder essen lernen können. Es wäre wunderbar, wenn wir für sie nach der Klinik – wenn wir sie überhaupt für einen fünften, sechsten Klinikaufenthalt motivieren können – als Nachsorge einen WG-Platz bekommen könnten. Das wäre für sie eine gute Perspektive, weil sie mit Klinikaufenthalten schon Erfahrungen gemacht haben, aber das Anhalten der Erfolge nicht gesichert ist. Die Kliniknachsorge ist ein großes Problem. Wir haben mit den Wohngemeinschaften sehr gute Erfahrungen gemacht.

Der kleine Hinweis auf die Krankenkassenleistung: Sie wissen, dass zum Beispiel Familientherapie von den Kassen überhaupt nicht finanziert wird. Das ist ein großes Manko. Wir sprechen immer wieder von der Einbeziehung der Familien in das therapeutische Procedere – wie sollen wir diese den Familien anbieten, wenn sie dafür 90 oder 100 Euro oder noch mehr pro Stunde aus eigener Tasche bezahlen sollen? Das ist gar nicht denkbar. Deswegen sind die Kassen gefordert, und sie sollen außer der Familientherapie auch andere Möglichkeiten zu unterstützen, vielleicht auch die Psychotherapie für Übergewichtige. Beim Binge Eating haben Betroffene sehr große Schwierigkeiten und müssen häufig auf Depressionen ausweichen, die sie vielleicht außerdem noch haben. Es ist nicht einfach, hierfür eine Bewilligung zu bekommen und deswegen sind die Kassen gefordert. Auch die Unterstützung von Beratungseinrichtungen müsste eine Kassenleistung sein. Sie unterstützen die Selbsthilfe. Die Gruppen müssen ein Jahr bestehen, um Anträge stellen zu können, aber Beratungseinrichtungen werden von den Kassen überhaupt nicht unterstützt.

Abg. **Marlene Rupprecht** (SPD): Ich habe noch eine Frage an Frau Professor Herpertz-Dahlmann. Im Bundesministerium für Gesundheit haben wir im Moment das Projekt „Kinder in der Krise“ im Design. Da geht es um Suizid und Suizidgefährdung. Ich habe vorhin überlegt, ob es nicht gut wäre, in dieses Projekt auch die Problematik der Essstörungen aufzunehmen, damit man nicht wieder so viele Einzelprojekte hat. „Kinder in der Krise“ sind ja auch von Essstörungen betroffene Kinder. Zum Alter - ich kann mich an mein Studium in Tübingen in der Klinik erinnern, da hatten wir Senioren mit ganz massiven Essstörungen. Sind die Ursachen dieselben wie bei Jugendlichen? Senioren, die einfach nichts mehr essen, die fast verhungern. Damals war man noch nicht so weit, zu wissen, dass das eine Essstörung ist.

Frau **Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann** (Universitätsklinikum Aachen): Es ist eine sehr gute Idee, Kinder und Jugendliche mit Essstörungen in das Projekt zu integrieren, denn magersüchtige oder bulimische Mädchen sind auf jeden Fall in der Krise, auch wenn sie nicht direkt suizidal sind. Aber sie sind in einer schweren Krise. Die zweite Frage war, ob es sich bei alten Menschen um die gleiche Form

von Essstörung handelt. Nein, meistens gibt es Essstörungen bei sehr alten Menschen im Rahmen von schweren Depressionen, die aber grundsätzlich anders geartet sind als im Jugendalter.

Stellv. **Vorsitzende**: Dann gehen wir über zu der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Elisabeth Winkelmeier-Becker** (CDU/CSU): Vielen Dank. Ähnlich wie Frau Schewe-Gerigk würde ich gerne an Herrn Dr. Mayer die Frage richten, welche konkreten Handlungsempfehlungen Sie für uns auf der Bundesebene haben. Was können wir unseren drei Ministerinnen zur Initiative „Leben hat Gewicht“ mitgeben? Dann noch ein anderer Aspekt; Sie sprachen anfangs auch davon, dass Forschungsgelder in einem Fall nicht optimal verwendet worden sind. Wo müssen wir aus Ihrer Sicht die Schwerpunkte setzen, oder wer muss die Schwerpunkte setzen? Wer kann auch in Angriff nehmen, dass die Vernetzung und Abstimmung unter den Fachleuten besser klappt, um die Dinge tatsächlich zielgerichtet aufklären zu können?

Eine weitere Frage an Frau Borse. Ich würde gerne die Sichtweise der betroffenen Patientinnen kennen. Was sagen Ihnen diese Frauen? Wie empfinden sie sich in dieser Situation? Wie sind sie erreichbar – via Vernunft oder nur emotional? Kann man mit ihnen über ihre Situation, in welcher Gefahr sie sind, reden? Kommt man mit Aufklärung über gesundes Essen weiter? Was sind die Ansatzpunkte? Was erzählen sie Ihnen, weshalb sie es tun? Das würde mich interessieren.

Herr **Dr. med. Hermann Mayer** (Klinik Hochried): Die Vorschläge sind nicht so ganz einfach, weil es ein komplexes Krankheitsbild ist. Der wesentliche Punkt ist, dass solche Initiativen, wie sie jetzt in drei Ministerien entstanden sind, von der Ministerebene in die kommunale Ebene transportiert werden. Vor Ort die Möglichkeit der Vernetzung zu schaffen, ist manchmal ziemlich schwierig – manchmal ist es auch ganz einfach, wenn Sie sich mit einem Jugendamtsleiter gut verstehen, dann geht das ganz gut. Wenn er aber sagt, ich habe sehr schlechte Erfahrungen mit einem Arzt gemacht, dann wird es schwierig. Es gibt die Möglichkeit, Schulen zu Fortbildungen einzuladen. Die Schulen nehmen diese Möglichkeit sehr gerne wahr. Wir haben flächendeckend Beratungslehrer und Schulpsychologen bei uns gehabt und seitdem gibt es eine hervorragende Zusammenarbeit. Wir haben nicht nur Fortbildungen gemacht, wir validieren beispielsweise auch Untersuchungsbögen und anderes. Der wesentliche Punkt – er betrifft nicht nur die Essstörungen, sondern chronische Erkrankungen insgesamt – ist, dass wir diese kommunalen Netzwerke brauchen und dazu benötigen wir den Fachverstand vor Ort. Wir versuchen, dass verschiedene interprofessionelle Teams mit dem kommunalen Netz – Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte, Therapeuten – verbunden sind. Das ist eine komplexe Aufgabe. Irgendwann haben wir dieses Problem erkannt und uns gesagt, wir kommen so nicht weiter, probieren wir es einmal. Wir identifizieren auch die Leute, die nicht mitmachen und überlegen uns, wie wir sie ins Netz bekommen. Speziell bei Essstörungen ist es nicht so, dass die Betroffenen nach einer stationären oder tagesklinischen oder ambulanten Behandlung geheilt sind. Es ist vielmehr häufig so, dass es in einen chronischen Bereich übergeht und da müssen die Betroffenen in einem Netz aufgefangen werden. Das ist ein ganz wesentlicher Aspekt. In der Initiative der drei Ministerinnen würde ich schauen, wie man solche Bereiche fördern kann, oder wo es Bereiche gibt, die man beispielhaft nehmen und auch woanders umsetzen kann.

Forschung ist ein ganz schwieriges Gebiet. Das ist ähnlich wie bei der Prävention. Für den Kinder- und Jugendbericht haben wir eine Expertise der Universität Bremen durchgeführt – es ist unglaublich, was in der Prävention läuft und gefördert wird. Die meisten Projekte sind Kurzzeitprojekte, sie haben überhaupt keine Langzeitumsetzung. Das meiste ist wissenschaftlich nicht evaluiert oder irgendwo angebunden. Es läuft so lange, wie irgendein Interessent – wer auch immer – Interesse daran hat, und dann ist es tot. Es ist unglaublich, was hier Gelder verschleudert werden. In der Kommune sollte man zum Beispiel schauen, was in einem Landkreis läuft. Wir haben das über die Jugendhilfe gemacht. Auf etwa fünf Seiten wurde dargestellt, was in allen Bereichen der Prävention läuft; es waren verschiedenste Projekte. Man müsste ganz gezielt herangehen und prüfen, was die wirklich sinnvollen Projekte sind. Man müsste auch einen Kodex aufsetzen, dass nur solche Projekte gefördert werden, die bestimmte Schwerpunkte berücksichtigen. Bei der Forschung kann ich mich nur in die Nesseln setzen. Meine persönliche Erfahrung war, dass man bei der Adipositas-Forschung gedacht hat, irgendwann finden wir das Adipositas-Gen, das knipsen wir aus und dann ist das Problem erledigt. Der Mensch ist aber ein bisschen komplexer, da sind hunderte Gene beteiligt. Natürlich müssen wir in diesem Bereich weiter machen, das ist gar keine Frage. Dass man dort aber so viel Geld investiert, während wir in der Versorgungs- und in der Therapie- bzw. Psychotherapieforschung mehr Gelder brauchen. Die am Krankheitsbild arbeitenden Institutionen müssen gefragt werden, wie die Situation aussieht und was die wirklich relevanten Forschungsschwerpunkte sind. Das wäre noch ein ganz wichtiger Aspekt.

Frau **Sigrid Borse** (Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen): Ihre Frage betraf die Sicht der Betroffenen, die wir heute noch gar nicht erörtert haben. Wer wendet sich an eine Beratungsstelle und mit welchem Anliegen? Da müssen wir etwas differenzieren. Ich möchte zunächst die erwachsenen Frauen ansprechen. Diese kommen in eine Beratungsstelle in einer Situation tiefer Not und dem Empfinden einer großen Kapitulation. Die Essstörungen Anorexie oder Bulimie dienen eigentlich dazu, über eine Erkrankung als Bewältigungsstrategie vermeintlich etwas im Leben in den Griff zu bekommen, was sich ansonsten der Beeinflussung entzieht. Wenn diese Frau oder dieser Mann eine Beratungsstelle aufsucht, ist ein Punkt erreicht, an dem dieses Verhalten nicht mehr greift. Sie glauben, das Leben mit all seinen Schwierigkeiten nicht mehr bewältigen zu können – auch nicht mehr über diese Form, die die Erkrankung mit sich führt. Es bestehen meistens eine ganz große Einsamkeit und Isolation und ein Gefühl des Gefangenseins in der Erkrankung, das heißt, dass das Leben unendlich eng wird. Es ist immer kombiniert mit massiven Beziehungsstörungen, das heißt, dass es große Probleme in der Familie gibt. Es bestehen große Probleme, überhaupt eine Partnerschaft aufrechterhalten zu können, kombiniert mit massiven Schamgefühlen – vor allem bei der Bulimie. Es besteht die Angst, dass ein Partner, eine Freundin oder wer auch immer hinter diese noch funktionierende Fassade schaut und möglicherweise die Erkrankung dahinter sieht. Es ist die Angst, dass die Welt all die Aspekte erkennen könnte, die abgespalten wurden, die eine Gesellschaft nicht sehen möchte. Es besteht das Gefühl, zu versagen, klein zu sein und nicht ausreichend funktionieren zu können. Wie geht man damit um? Der erste Schritt ist tatsächlich, mit einem professionellen Berater oder einer Beraterin zum ersten Mal offen darüber zu sprechen. Es ist das Entscheidende, diesen Schritt zu wagen, in eine Beratungsstelle zu gehen und sich mit all diesen



Schamgefühlen, diesen Gefühlen von massivem Versagen offenbaren zu können. Es ist der erste Schritt, um nächste Schritte gehen zu können.

Jugendliche wenden sich demgegenüber selten direkt an eine Beratungsstelle unter dem Aspekt, etwas verändern zu wollen. Es kommen meistens die Eltern, das muss man ganz klar sehen. Jugendliche wenden sich aber zum Beispiel an unsere Onlineberatung mit der Frage: „Ich merke, dass ich mit meinem Verhalten anders bin als andere. Denken Sie, dass das schon krankheitswertig ist? Bin ich krank?“ Interessanterweise gibt es bei der Essstörung der Magersucht immer die Frage: „Darf ich überhaupt Hilfe in Anspruch nehmen, bin ich dafür krank genug?“ Diese Fragestellung haben wir bei Jugendlichen ganz oft. Wir hatten eine Befragung in der Onlineberatung. Die Jugendlichen sagten zu 83 bis 85 Prozent, dass sie über diese Onlineberatung das erste Mal Kontakt mit einer anderen Person, einem Profi, wegen ihrer Erkrankung aufgenommen haben. Es ist wichtig, diesen ersten Schritt zu wagen und der Erkrankung und all den Schwierigkeiten mit Hilfe eines anderen ins Gesicht zu sehen, um dann andere Schritte annehmen zu können.

Stellv. **Vorsitzende**: Wir kommen jetzt zur Fragerunde der FDP.

Abg. **Ina Lenke** (FDP): Jemand von Ihnen hat gesagt, die Problematik ginge schon in der Schwangerschaft los. Bedeutet das, dass man schon bei der Mutter und bei dem Vater anfangen muss? Wie soll Politik das gestalten?

Herr **Dr. med. Hermann Mayer** (Klinik Hochried): Mit Sicherheit geht es sehr früh los. Es gibt verschiedene Bildungsangebote für Familien. In der Regel ist eine Familie am besten greifbar, wenn die Mutter schwanger ist, wenn die Kinder auf die Welt kommen. Am Anfang, wenn keine großen Störungen da sind, sind die meisten bereit, darüber zu reden, wie das Kind gut durch die Schwangerschaft, durch die Geburt und durch die ersten Lebensmonate kommt. Diese Zeit müsste meiner Meinung nach sehr viel professioneller durch Angebote genutzt werden. Ich will jetzt nicht das Thema Elternführerschein diskutieren, aber man sollte in dieser Zeit die wichtigsten Schwerpunkte behandeln, die sich zum Beispiel an den KiGGS-Daten orientieren. Wenn dort Essstörungen als wesentlich ausgewiesen werden, verweise ich nur auf die Veranstaltungen der Hebammen mit den Schwangeren, die sehr gut angekommen sind. Es war nur ein Nachmittag. Die Schwangeren waren sehr informationsbedürftig. Sie haben das Angebot sehr gut angenommen und das Tolle war, dass sie, nachdem die Kinder auf der Welt waren, noch einmal gekommen sind. Wir probieren jetzt aus, wie man das weiter machen kann. Wenn wir diese Anfänge in Kinderkrippen, in Kindergärten, in Vorschulen und in den Schulen gut bewältigen, dann führt das zu einem abgestuften System, mit dem wir nicht mehr nur alle möglichen präventiven Angebote, sondern schwerpunktmäßig finanzieren. Die Erfahrungen, die wir bisher damit gemacht haben, sind sehr positiv.

Abg. **Ina Lenke** (FDP): An Frau Prof. Herpertz-Dahlmann und Herrn Dr. Cuntz hätte ich gerne folgende Frage gestellt: Expecten Sie eine Verstärkung dieser Störungen wie Bulimie und Magersucht? Ist das ein ansteigendes Problem oder haben die Informationen in Schule und im Elternhaus gegriffen? Viele Wissenschaftler, die zu uns in den Familienausschuss kommen, sagen, dass die Familienstrukturen zerbrö-

seln – es wird kaum noch gemeinsam Mittag gegessen oder eine gemeinsame Abendmahlzeit eingenommen oder Ruhe in die Familie gebracht.

Frau **Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann** (Universitätsklinikum Aachen): Das muss man sehr differenziert betrachten. Ich nehme nicht an, dass Magersucht noch sehr stark zunehmen wird. Das hat in den letzten Jahren ein relatives Plateau erreicht, mit Ausnahme der Gruppe der 14- bis 18-Jährigen, bei denen es noch leicht ansteigt. Ein zunehmendes Problem sind aber – darüber haben wir heute wenig gesprochen – die Essstörungen bei den Übergewichtigen. Nicht Übergewicht als Essstörung, sondern Übergewichtige entwickeln Essstörungen, indem sie erbrechen, indem sie lange Fastenperioden einlegen, indem sie das Gefühl haben, dass ihr ganzes Leben überhaupt nur vom Essen kontrolliert ist. Wir müssen auch auf diese Gruppe unser Augenmerk richten. Da gibt es sicherlich einen deutlichen Anstieg. In der BELLA- bzw. KiGGS-Studie hat sich gezeigt, dass 30 bis 50 Prozent all derjenigen, die mit ihrem Gewicht im oberen Bereich liegen, eine Essstörung haben. Das ist ein immenses Problem. Die dritte Frage betrifft psychische Störungen als solche. Wir haben natürlich einen Zuwachs der psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Das ist auch ein Problem der Familie und darauf muss die Achtung oder Beobachtung der Gesellschaft gerichtet werden.

Herr **PD Dr. med. habil. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz** (Klinik Roseneck): Ich kann das im Prinzip nur bestätigen. Es ist eine Plateauphase sowohl für die Anorexie als auch für die Bulimie erreicht. Etwas ganz anders gilt für das Übergewicht. Wir wissen alle, dass Übergewicht ein immer größeres Problem wird. Auch die Adipositas wird ein immer häufigeres Problem und damit ist ein vermehrtes Auftreten von Essstörungen verbunden. Das wird auch in Zukunft ein zunehmendes Problem sein.

Stellv. **Vorsitzende**: Nun zu den Fragen der Fraktion DIE LINKE.

Abg. **Diana Golze** (DIE LINKE.): In der Tageszeitung „Die Taz“ von heute wird in einem Artikel „Hungern bis zum Tod“ über die heutige Anhörung berichtet. Dieser Artikel ist aus meiner Sicht in mehrerer Hinsicht ärgerlich. Zum einen wird hier pauschal behauptet, dass die Fraktionen diese Anhörung heute zu wenig unterstützt haben. Ich glaube, wenn es die Unterstützung der Opposition nicht gegeben hätte, dann hätte es diese Anhörung nicht gegeben. Das ist aber nur das eine. Was mich viel mehr stört ist, dass meine Kollegin Schewe-Gerigk die Aussage erhalten hat, dass dieser Artikel an einem männlichen Beispiel aufgezogen werden müsse, weil er nur so einen Neuigkeitswert hätte und ansonsten die Zeitung gar nicht darüber berichten würde. Das finde ich schon erschütternd. In diesem Zusammenhang würde ich gerne an Frau Baeck und Herrn Altgeld eine Frage stellen. Herr Altgeld, Sie haben in einem Vortrag und ich glaube auch heute in Ihrem Einführungsstatement gesagt, dass Essstörungen zu den neuen Männerkrankheiten gehören, dass es aber noch zu wenige Forschungsdaten, Statistiken und Langzeitforschungen gibt, um dies belegen zu können. Frau Baeck – Sie werden auch in diesem Artikel zitiert – Sie sagen, dass man, auch wenn Essstörungen bei Männern zunehmen, die Mädchen nicht vergessen darf, weil sie immer noch die Hauptbetroffenen sind. Wie müssten sich aus Ihrer Sicht geschlechtsdifferenzierte Angebote darstellen und gibt es davon genügend? Dankeschön.

Frau **Sylvia Baeck** (DICK & DÜNN e. V.): Immer wenn die Presse anruft, wollen sie etwas Neues. Da waren die Männer schon lange im Fokus. Ich finde das immer ärgerlich und ich äußere das auch jedes Mal. Bei uns besteht zwischen Frauen und Männern etwa ein Verhältnis von 85 zu 15 Prozent. In den Kliniken schlägt sich das so nieder, dass ab und zu auch ein Mann behandelt wird. Ich finde es unverhältnismäßig, den Fokus auf die Männer zu legen. Natürlich wünsche ich auch ihnen eine Behandlung. Es gibt, soweit ich weiß, keine zwischen Männern und Frauen differenzierenden Behandlungsansätze. Ich begleite selbst etliche Männer in den Gruppen zusammen mit Frauen und das gestaltet sich sehr hilfreich. Da wird von den Medien einfach nur etwas Neues gesucht und ich finde das unangemessen.

Herr **Thomas Altgeld** (LVGAFS): Ich glaube schon, dass es ein neues Phänomen ist oder dass sich die Risikoverhaltensweisen der Geschlechter im Jugendalter angleichen. Auf der einen Seite trinken und rauchen Mädchen immer mehr, während die Jungen auf der anderen Seite mehr eher typische Frauenstörungen wie psychische Auffälligkeiten oder auch Essprobleme zeigen. Da muss man genauer hinschauen. Wir haben schon mehrfach eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung, die geschlechterdifferenziert arbeitet, und eine sichere Datenbasis gefordert. Die Medien überschätzen gerade die Jungen. Aber es gibt dort schon ein zunehmendes Problem. Es ist auch ein Problem, dass die Anbieterstruktur nicht geschlechterdifferenziert ist. Wir haben das auch in anderen Bereichen der Versorgung von Männern, die sowieso geschlechtsneutrale Angebote weniger in Anspruch nehmen. Sie haben auch eine größere Angst, zum Arzt zu gehen. Das heißt, man kann erwarten, dass sie noch später auffälliger werden als die Mädchen werden, dass sie es also besser kaschieren können. Man muss schauen, ob die Beratungsstruktur und auch das medizinische Versorgungssystem für Jungen ausreichend sind. Zunächst bräuchte man aber eine genauere Datenbasis. Aber man müsste schon frühzeitig schauen, dass eine geschlechterdifferenzierte Angebotsstruktur möglich ist.

Frau **Sylvia Baeck** (DICK & DÜNN e. V.): Da wäre auch der Fitnessbereich ganz wichtig, gerade was die Männer angeht. Das ist heute noch gar nicht zur Sprache gekommen.

Herr **Thomas Altgeld** (LVGAFS): Ja, oder auch bestimmte männertypische Sportarten wie Turnen oder Reiten, die das tatsächlich fördern. Man müsste sich bestimmte Sportarten genauer anschauen.

Abg. **Diana Golze** (DIE LINKE.): Wenn Sie, Frau Baeck, sagen, dieser Fitnessbereich ist heute noch nicht genug angesprochen worden, vielleicht möchten Sie dazu noch einen Satz ergänzen?

Frau **Sylvia Baeck** (DICK & DÜNN e. V.): Ja, gerne. Wir hatten in den letzten Jahren zwei Todesfälle von anorektischen jungen Frauen. Eine junge Frau ist bis zum Tage vor ihrem Ableben ins Fitnessstudio gegangen – sie ist montags gestorben und sonntags war sie noch zweimal im Fitnessstudio. Sie wog zu diesem Zeitpunkt nur noch 29 Kilo und war jeden Tag zweimal im Fitnessstudio. Das ist ein Drama und man hat sie nicht darauf hingewiesen. Erst an dem Sonntag hat jemand beim zweiten Trainingsdurchlauf zu ihr gesagt, sie möge doch bitte aufhören und nach Hause gehen. Aber zu diesem Zeitpunkt war sie schon monatelang in diesem Studio gewesen. Wir haben daraufhin diese Fitnessseinrichtung angeschrieben, aber es ist wenig Resonanz gekommen. Hier besteht ein großer Bedarf. Von den jungen Frauen,

die wir betreuen weiß ich, dass sie sich mit 35 Kilo noch im Fitnessstudio anmelden und dort auch aufgenommen werden – da winken die Dollarscheine. Sie können dort ungeniert tagelang trainieren. Ich finde das unglaublich.

Stellv. **Vorsitzende**: Dann gehen wir über zur Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Abg. **Irmingard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir haben über die Forderung nach evidenz-basierten Leitlinien im Antrag von Bündnis 90/Die Grünen gesprochen, der im Übrigen aus dem Jahre 2007 stammt. Wir haben bei einigen Sachverständigen lesen können, dass diese zurzeit erarbeitet werden und bis zum Ende des Jahres fertig sein sollen. Ich würde Frau Herpertz-Dahlmann gerne fragen, welche Wirkung Sie sich davon erwarde und ob diese Leitlinien tatsächlich ein großer Schritt sind, um eine bessere Diagnose und bessere Versorgung für Menschen mit Essstörungen zu erhalten. Die zweite Frage möchte ich an Frau Rauchfuß richten. Sie haben vorhin gesagt, es gebe noch weiteren Handlungsbedarf. Vielleicht könnten Sie diesen noch einmal zum Thema machen. In anderen Ländern gibt es sogar einen Straftatbestand, Anstiftung zur Tötung. Was halten Sie davon?

Frau **Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann** (Universitätsklinikum Aachen): Die Leitlinien sind ein ganz wichtiges Thema. Es ist mittlerweile gelungen, hier wirklich alle Beteiligten, also Mediziner, Psychologen auch Pädagogen zusammen zu führen und diese Leitlinien zu entwickeln. Sie sind mittlerweile auf einer Ebene, dass sie auch in der Praxis implementiert werden können und nicht nur auf einer universitären Ebene. Man muss leider sagen, dass auch hier bis kurz vor Schluss keine staatliche Förderung erfolgt ist. Es war eine private Förderung durch die Stiftung eines Vaters, der seine Tochter an die Mager-sucht verloren hat. Sie können sich vorstellen, dass es sehr teuer ist, diese Leitlinien zu implementieren. Aber wir sind ein ganzes Stück weiter und würden uns sehr freuen, wenn wir auch vonseiten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung oder des Bundesministeriums für Gesundheit bei der Umsetzung in die Praxis Unterstützung erhalten würden. Die Leitlinien werden nächstes Jahr im Dezember konsentiert.

Frau **Katja Rauchfuß** (jugendschutz.net): Ich möchte ganz kurz mit dem Straftatbestand anfangen, weil sich der Handlungsbedarf daran anschließt. Italien und Frankreich haben ein Gesetz eingeführt, das sehe ich für Deutschland als nicht notwendig an. Wir haben das Jugendschutzgesetz und kommen damit auch ganz gut klar. Wir beanstanden die Provider und wenn sie es nicht umsetzen, werden sie an die Medienaufsicht weitergeleitet. Das sind aber nur ganz wenige Fälle, die dann auch bestätigt wurden. Die Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien hat zwei Fälle indiziert. Daraufhin hat zum Beispiel Google, weil das Angebot im Ausland bei Google lag, die Fälle offline genommen. Wir kommen mit der Gesetzgebung ganz gut zurecht. Handlungsbedarf sehe ich bei der Frage, was danach passiert. Wenn eine Seite geschlossen ist, sollten die Mädchen aufgefangen und nicht allein gelassen werden. Deswegen sollte es eine Art Platzhalterseite, eine Verlinkung auf Beratungsstellen geben, weil sich die Mädchen dort als erstes öffnen, wie dies auch Frau Borse gesagt hat. Sie gehen nicht zu einer Beratungsstelle, sie gehen nur in den nötigsten Fällen zu einer Beratungsstelle. Von Vorteil wäre, wenn sie gleich, nachdem die Seite geschlossen ist, auf eine Seite geführt werden, die sie anspricht, also jugendaffin ist –

die so ähnlich wie diese Pro-Ana-Seiten ist. In Frankreich gibt es eine Seite mit hilfreichen Tipps und Beratungsstellen, die auf den ersten Blick wie eine Pro-Ana-Seite aussieht.

Abg. **Irmingard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Jetzt habe ich noch eine Nachfrage. Wer müsste diese Platzhalterseite machen, wer wäre da aufgefordert?

Frau **Katja Rauchfuß** (Jugendschutz.net): Wir haben schon eine gemacht, dort sind im Moment Beratungsstellen verlinkt und man kann sich vor Ort Beratungsstellen suchen. Allerdings ist uns kompetenzmäßig im Moment ein weiterer Ausbau nicht möglich. Wir sind sehr offen für Unterstützung und andere Initiativen.

Abg. **Irmingard Schewe-Gerigk** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich noch einmal die Beratungsstellen, vielleicht auch Frau Baeck, ob diese nicht eine Möglichkeit sehen, solche Seiten zu gestalten, weil sie ja viel Erfahrung damit haben.

Frau **Sylvia Baeck** (DICK & DÜNN e. V.): Wir werden sowieso versuchen, auch Chatrooms für Jugendliche anzubieten, die Hilfe suchen und keine Gruppen oder keine Ansprechpartner vor Ort finden. Wir sind dabei, dies im Rahmen des Projekts „Wenn Essen zum Problem wird“ anzubieten. Im Moment ist unsere Internetseite gesperrt, weil wir technischen Ärger mit unserem Anbieter haben, aber ansonsten wird unsere Internetseite über 200 Mal am Tag angeklickt. Da gibt es viele Informationen. Es müsste alles sehr gut miteinander vernetzt werden. Das ist noch nicht so richtig organisiert, aber das ist auch verständlich, weil es erst in den letzten Jahren zum Thema geworden ist. Da wird sich noch einiges tun.

Stellv. **Vorsitzende**: Ich bedanke ich mich ganz herzlich bei Ihnen für diese interessante Aussprache. Vielen herzlichen Dank für die Informationen und ich wünsche Ihnen alles Gute auf dem Heimweg.

**Schluss der Sitzung: 14:56 Uhr**

Ekin Deligöz, MdB

**Stellv. Vorsitzende**