

*Stellungnahme des Sachverständigen PD Dr. med. habil. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz,  
Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck*

zu BT-Drs. 16/7458

**Stellungnahme zum  
Fragenkatalog zu der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren,  
Frauen und Jugend zum Thema „Maßnahmen gegen Magersucht“**

**1. a) Welche wesentlichen wissenschaftlichen Erkenntnisse liegen zu den Ursachen von  
Magersucht und Ess-Brechstörungen vor?**

Es gibt verschiedene Arten von Essstörungen: Die Anorexia nervosa oder Magersucht ist gekennzeichnet durch ein krankhaft niedriges Gewicht (bei Erwachsenen unter einem BMI von 17,5), wobei charakteristischerweise der Einstieg in die Erkrankung über einen Wunsch, möglichst schlank zu sein, entsteht. Wir unterscheiden dabei einen rein restriktiv essenden Typ, d. h. Menschen, die kontinuierlich deutlich weniger essen als sie an Energie benötigen. Dem gegenüber steht der bulimische Typ der Anorexia nervosa, bei dem neben einer eingeschränkten Nahrungszufuhr auch Essanfälle und gegensteuerndes Verhalten, am häufigsten Erbrechen, vorliegen.

Bei der Bulimia nervosa liegt in der Regel normales Gewicht vor. Das Essverhalten ist hier gekennzeichnet durch häufige Essanfälle mit gegensteuerndem Verhalten, wobei auch hier das Erbrechen die häufigste Variante ist.

Bei der Binge-Eating-Störung liegt am häufigsten Übergewicht vor. Hier ist das Essverhalten vor allem durch subjektiv unkontrollierte Essanfälle charakterisiert, wobei gegenüber der Bulimia nervosa kein gegensteuerndes Verhalten auftritt.

Darüber hinaus gibt es andere Formen gestörten Essverhaltens, die nicht in diese klaren diagnostischen Kategorien fallen.

Es gibt verschiedene Ursachen von Essstörungen. Grundsätzlich gibt es für Essstörungen drei verschiedene Gruppen von Ursachen: 1. die genetische Veranlagung, 2. individuelle psychische Faktoren, die allgemein formuliert eine Schwächung des Selbstwertgefühls bedingen, 3. gesellschaftliche Faktoren, die für die sich ändernden Auftretenshäufigkeiten dieser Essstörungen verantwortlich sind. Die gesellschaftlichen Faktoren sind ihrerseits vielfältig. Hierzu gehören unter anderem: 1. Die ständige Verfügbarkeit von fertigen Nahrungsmitteln, 2. das Überangebot an Nahrungsmitteln 3. die epidemische Ausbreitung von Übergewicht, 3. die Auflösung traditioneller Mahlzeitenstrukturen, 4. die Auflösung von größeren Familienverbänden und damit eine zunehmende Vereinzelung der Individuen, 5. in den Medien vorgeführtes „Schlankheitsideal“, das deutlich unter einem mit Gesundheit zu vereinbarenden

Körpergewicht liegt, 6. die zunehmende Tendenz, Menschen an äußerlichen Kriterien zu werten, wie Figur, Aussehen oder Leistung.

Für die unterschiedlichen Arten von Essstörungen spielen verschiedene Aspekte des gesellschaftlichen Wandels jeweils eine vorrangige Rolle. Bei der Binge-Eating-Störung sind es das Spannungsfeld zwischen Nahrungsüberangebot und genetischer Anlage zum Übergewicht einerseits und der zunehmenden gesellschaftlichen Diskriminierung von Übergewichtigen andererseits, die bei diesen Patienten zu restriktivem Essverhalten und einer Selbstwertschwächung führen. Die Bulimia nervosa ist sehr stark von den jeweiligen Modeströmungen und von allen Essstörungen am stärksten vom Schlankheitsideal abhängig. Bei der Anorexia nervosa spielt häufig zusätzlich eine sehr starke Orientierung an Leistung und Perfektion eine Rolle.

**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?**

Für alle Essstörungen gibt es mittlerweile gut erprobte Therapiepakete, die auf eine Regulierung des Essverhaltens, die Normalisierung des Gewichts, die Stärkung des Selbstbewusstseins unabhängig von dem jeweiligen Körpergewicht und auf eine Bearbeitung zugrundeliegender Konflikte abzielt. Dabei gibt es Varianten dieser Therapiepakete, die sich aus den einzelnen Therapieschulen ableiten, sei es die kognitive Verhaltenstherapie, die Tiefenpsychologie oder bei Kindern und Jugendlichen auch die Familientherapie.

Während die initialen Erfolgsraten dieser Therapien insbesondere bei der Binge-Eating-Störung und der Bulimia nervosa durchaus beträchtlich sind, gibt es bei allen Essstörungen eine hohe Rückfallrate. Dies hat zu der Erkenntnis geführt, dass für die Therapie von Essstörungen eine langfristige Therapieplanung notwendig ist, in die je nach Schwere der Erkrankung auch stationäre Krankenhausaufenthalte gehören, die aber jeweils im Sinne eines gestuften Behandlungsplans in eine niederfrequente Stabilisierungsphase einmünden soll. Zeitlich begrenzte Therapien haben bei den Essstörungen eben auch nur zeitlich begrenzte Effekte.

**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?**

Auch hier ist eine differenzierte Antwort notwendig, die sich je nach vorliegender Essstörung unterscheidet. Die Anorexia nervosa ist wohl zu allen Zeiten und letztendlich auch in allen Gesellschaften immer wieder beobachtet worden. Allerdings hat sich in den Nachkriegsjahren eine sehr deutliche Zunahme der Prävalenz der Anorexia nervosa gezeigt. Seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts scheinen dagegen die Prävalenzzahlen etwa gleich zu bleiben.

Die Bulimia nervosa wurde erstmals in den 70er Jahren beschrieben und ist davor allenfalls selten aufgetreten. Seit dieser Zeit hat sich bis in die 90er Jahre eine rapide Zunahme der Häufigkeit ergeben.

Neuere epidemiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass gegenwärtig die Prävalenzzahlen für die Bulimia nervosa eher abnehmen.

Für die Binge-Eating-Störung liegen keine guten Längsschnittdaten vor, ihr Auftreten scheint mit der Zunahme des Übergewichts in der Bevölkerung parallel anzusteigen.

**d) Was müssten Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von Essstörungen beinhalten?**

Gegenwärtig beschäftigt sich ein Expertengremium der zuständigen Fachgesellschaften mit der Abfassung der deutschen Leitlinien und es scheint so zu sein, dass gegen Ende dieses Jahres diese Arbeit abgeschlossen sein wird. Leitlinien müssen sich auf die wissenschaftliche Evidenz berufen und gleichzeitig die gängige Praxis in der Behandlung beschreiben. Eine Vorbildfunktion für die deutschen Leitlinien haben die englischen Leitlinien des National Institute for Clinical Excellence (NICE), die allerdings die Behandlungsstandards in England beschreiben.

**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?**

Essstörungen sind über die Medien in einer breiten öffentlichen Diskussion. Die Erkennung von Essstörungen ist besonders leicht bei der Anorexia nervosa. Bei den anderen Essstörungen besteht eine sehr hohe Schamswelle, so dass viele Betroffene kaum über ihre Essstörung sprechen. Es kommt immer wieder vor, dass die typischen Begleiterscheinungen von Essstörungen, die sich beispielsweise in Magen-Darm-Beschwerden äußern, über eine dort nicht indizierte Ernährungseinschränkung behandelt werden. Ebenso wird auch immer wieder das im Rahmen der Anorexie erhöhte Cholesterin fälschlicherweise durch fettarme Kost behandelt. Diese Fehlbehandlungen sind im Einzelfall sehr bedenklich, numerisch insgesamt aus meiner Sicht nicht wirklich relevant.

Das weitaus bedeutendere Problem liegt darin, dass Menschen, die offensichtlich und für die Fachleute prinzipiell auch erkennbar an Essstörungen leiden, zu einer Weiterbehandlung motiviert werden. Hier wäre eine Aufklärungsarbeit durchaus sinnvoll.

**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?**

Sowohl bei der Anorexia nervosa als auch bei der Bulimia nervosa sind Frauen um den Faktor 10 bis 12 häufiger betroffen als Männer. Diese Relation gilt nicht für die Binge-Eating-Störung. In Zwillingsstudien findet man generell eine geringere genetische Determination des jeweiligen Körpergewichts bei Frauen gegenüber Männern.

Es liegt nahe zu vermuten, dass das Schlankeitsideal, dem sich Frauen mehr unterworfen fühlen als Männern, überwiegend zu dieser Störung bei Frauen geführt hat. Es sollte allerdings auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass genetische Faktoren Frauen prädestinieren. Im „normalen Leben“ einer Frau spielen Gewichtsänderungen im Laufe von Schwangerschaften und den folgenden Laktationsperioden eine große Rolle. Dies könnte Frauen zu einer anpassungsfähigeren Regelung des Körpergewichts und des Essverhaltens prädisponieren.

**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?**

Restriktives Essverhalten findet sich bei allen Formen der Essstörungen. Insofern sind Diäten, wenn damit restriktives Essverhalten gemeint ist, ständige Begleiterscheinung von Essstörungen. Andererseits wird restriktives Essverhalten in der Bevölkerung in so breitem Maße angewandt, dass die Diäten allein nicht für die Essstörung verantwortlich gemacht werden können. Im Vergleich zu den Essstörungen ist die Adipositas die größere gesundheitliche Bedrohung. In der Behandlung der Adipositas werden Diäten und restriktives Essverhalten auch weiterhin eine wichtige Rolle einnehmen und es macht keinen Sinn Diäten generell zu verurteilen.

**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?**

Den Beratungsstellen kommt die Funktion eines niederschweligen Kontaktangebots für von Essstörungen Betroffenen zu. Wie gut Beratungsstellen für diese Aufgabe gerüstet sind, entzieht sich meiner Kenntnis. Eine Hauptaufgabe dieser Beratungsstellen dürfte die Weitervermittlung der Betroffenen an kompetente Therapeuten oder therapeutische Einrichtungen sein. Hierzu ist eine profunde Kenntnis der klinischen Erscheinungsformen und der Behandlungsmöglichkeiten notwendig.

**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?**

Mit vielen anderen, die sich beruflich mit der Behandlung von Essstörungen beschäftigt, begrüße ich die Aktivitäten der Bundesregierung sehr. Aus meiner Sicht sollte allerdings nicht ausschließlich das Thema der „gesunden“ Ernährung, des Schlankeitswahns und des Diäthaltens angesprochen werden, sondern darüber hinaus an Maßnahmen gedacht werden, die zur Persönlichkeitsentwicklung der Betroffenen beitragen.

**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?**

Es gibt gegenwärtig noch keine allgemein anerkannten und wissenschaftlich belegten Maßnahmen zur Prävention von Essstörungen. Essstörungen sind im Vergleich zum Thema Übergewicht vergleichsweise selten. Wenn das Thema Ernährung angesprochen wird, so sollte vorwiegend auf eine kalorisch angemessene und ausgewogene Ernährung fokussiert werden, die sowohl für Übergewichtige als auch für Essgestörte anzustreben ist. Eine ausschließliche Beschränkung von Präventionsmaßnahmen auf das Thema Ernährung dürfte nicht erfolgreich sein. Starke, selbstbewusste Persönlichkeiten sind am besten geschützt gegen das Auftreten von Essstörungen. Am ehesten erfolgreich dürften Maßnahmen sein, die diesem Ziel dienen. Es wäre wünschenswert, wenn sich auch die Schulen ausreichend diesem Ziel verpflichten. Den Schulen käme die Aufgabe zu neben der Wissensvermittlung auch zur zwischenmenschlichen Kompetenz und dem Aufbau eines gesunden Selbstbewußtseins beizutragen. Die einseitige Orientierung an Leistungsaspekten ist hier kontraproduktiv.

Viel eher als Informationsblätter oder Aktionstage könnte hochwertige Schulmahlzeiten in einem angenehmen Umfeld den Wert der Ernährung für Körper und Seele vermitteln.

Der Lebenskompetenzansatz der WHO setzt an der Persönlichkeitsentwicklung an und scheint in die richtige Richtung zu gehen.

## **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?**

Es ist moralisch verwerflich, dass aus der optimalen Präsentation von modischer Kleidung Menschen veranlasst werden, ihr Körpergewicht in einen gesundheitlich bedenklichen Zustand abzusenken. Diese grundsätzlichen Bedenken gegen den Umgang mit untergewichtigen Models sollten auch unabhängig davon bestehen, ob damit wirklich eine wirkungsvolle Prävention der Essstörungen möglich wäre. Ebenso ist das Bewerben von teils gesundheitsschädlichen, teils unwirksamen Wunderpräparaten zur Gewichtsabnahme ein Phänomen, dessen Bedeutung weit über das Thema der Essstörungen hinausgeht.

## **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?**

Eine wesentliche Triebfeder für Patienten mit Anorexia nervosa ist ihr Streben nach Perfektion und Selbstbeherrschung. Ihr Ziel ist dabei, durch eine diätetische Disziplin, die nur wenigen anderen zu gelingen scheint, ihr Selbstwertgefühl zu stabilisieren oder anzuheben. Es ist deswegen sehr naheliegend, dass die Betroffenen versuchen, über ihre „Erfolge“ bei der Gewichtsabnahme zu berichten und dafür von Gleichgesinnten bewundert zu werden. Die typischerweise geschlossenen Chatforen tragen damit zur Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa bei. Ich persönlich würde die Erfolgsaussichten

eines Verbotes von solchen Foren allerdings sehr gering einschätzen, da Chats über solche Themen auch in den anderen üblichen Foren jederzeit möglich wären.

**9. a) Die Academy of Eating Disorders (AED) hat 2006 Richtlinien für Modelagenturen und die Modeindustrie herausgegeben. Finden diese Richtlinien in Deutschland Anwendung? Wenn ja, welche Erfolge haben sich dadurch eingestellt? Wenn nein, wäre dies aus Ihrer Perspektive eine sinnvolle Maßnahme?**

Die Richtlinien der Academy of Eating Disorders setzen wichtige Maßstäbe für den Umgang mit den Menschen in der Modeindustrie. Inwieweit sie Anwendung finden, kann ich nicht beurteilen. Das gleiche gilt für 9 b.

**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?**

Siehe 9 a.

**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?**

Der bisherige Stand der Behandlung der Anorexia nervosa ist zwar um Längen besser, als er vor etwa 30 Jahren war. Mittlerweile kann die Anorexia nervosa mit guter Aussicht auf Erfolg behandelt werden. Voraussetzung hierfür ist ein langfristiges Konzept, in dem stationäre und ambulante Behandlungselemente sich gegenseitig ergänzen. Die hierfür notwendige Vernetzung der ambulanten und stationären Behandlung ist allerdings noch deutlich entwicklungsfähig.

In Anbetracht der vergleichsweise geringen Prävalenz von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa dürfte es am sinnvollsten sein, zur Prävention die Maßnahmen zu ergreifen, die zur Entwicklung einer stabilen und selbstbewussten Persönlichkeit dienen. Diese dienen gleichzeitig auch der Prävention von Übergewicht und Suchterkrankungen. Ich bezweifle allerdings, dass hier begrenzte Programme ausreichend sind, wenn andererseits in der Schule, der Universität und am Arbeitsplatz ausschließlich an der Leistung orientierte Bewertungsmaßstäbe an die heranwachsenden Menschen angelegt werden.