1 Essstörungen – eine Einführung

Martin S. Lehe, Luisa Sabel, Heike Bartel, Georgios Paslakis

Lernziele: Das wissen Sie nach diesem Kapitel

- Kenntnis über die häufigsten Formen von Essstörungen und deren Auftretenshäufigkeiten
- Wissen um Diversität bei Essstörungen
- Kenntnis des multikausalen, bio-psycho-sozialen Entstehungsmodells
- Sensibilität für die spezifischen Hürden von Männern mit Essstörung und die besondere Bedeutung von Stigmatisierung für Diagnostik, Hilfesuchverhalten und Behandlung

Aufbau: Das erwartet Sie in diesem Modul

1. Definition: Was ist eine Essstörung?
2. Welche Formen von Essstörungen gibt es?
3. Epidemiologie: Wie häufig sind Essstörungen?
4. Eine Frage des Geschlechts? – Essstörungen bei Männern
5. Aspekte von Diversität: Essstörungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen
6. Ursachen, Manifestation und Aufrechterhaltung von Essstörungen
7. Stigmatisierung als Hürde zu einer adäquaten Behandlung
8. Vertiefende Literatur und weiterführendes Material
9. Verwendete Literatur

1.1 Definition: Was ist eine Essstörung?

Essstörungen sind schwerwiegende und behandlungsbedürftige psychosomatische Erkrankungen, die mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko verbunden sind. Sie sind durch verändertes bzw. dysfunktionales Essverhalten gekennzeichnet. Das Erstauftreten erfolgt meist in der Pubertät beziehungsweise Adoleszenz, sodass insbesondere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene betroffen sind (Wälte, 2021). Darüber hinaus muss jedoch beachtet werden, dass Essstörungen in jeder Altersgruppe und Lebensphase auftreten bzw. weiterbestehen können und Perso-

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

nen jeden Geschlechts, jeder sexuellen Orientierung, Ethnizität und sozioökonomischen Hintergrunds betreffen können (Halbeisen et al., 2022). Die Kernmerkmale von Essstörungen liegen in der ständigen gedanklichen, emotionalen, und verhaltensbezogenen Beschäftigung mit den Themen Essen und Körper. Es kommt zu einer zunehmend problematischen Beziehung mit dem eigenen Essverhalten, sodass restriktives Essen oder Essanfälle gehäuft und für die Betroffenen kaum kontrollierbar auftreten. Zudem liegt eine verzerrte Körperwahrnehmung vor. Als kompensatorisches Verhalten treten häufig selbstinduziertes Erbrechen, exzessiver Sport bzw. gesteigertes Bewegungsverhalten oder der Gebrauch von Substanzen wie Diuretika und Laxanzien auf (Frank, 2015).

Unbehandelte Essstörungen führen zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten, sodass Essstörungen eine erhebliche Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen darstellen (Schmidt et al., 2016). Dies hat insbesondere mit den ernsthaften und langfristigen gesundheitlichen Folgeschäden durch Essstörungen zu tun. So erleiden Betroffene erhebliche körperliche und psychosoziale Beeinträchtigungen. Zudem führen Essstörungen nicht nur bei Betroffenen selbst, sondern auch im sozialen Umfeld von Betroffenen, insbesondere bei Angehörigen und Bezugspersonen, zu deutlichen Belastungen. Eine Gemeinsamkeit der verschiedenen Formen von Essstörungen liegt in der Tendenz zu chronischen Verläufen, die mit einer fortschreitenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes einhergeht. Dabei können auch lebensbedrohliche Krisen auftreten, weshalb ein früher Zugang zu passgenauen und geschlechtssensiblen Hilfen für den Therapieerfolg von besonderer Bedeutung ist (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

> »Eine Essstörung zu haben, heißt für mich, dass ein signifikanter Anteil meiner Gedanken auf die Themen Essen und Körperwahrnehmung fokussiert ist. Ich meide soziale Situationen, in denen ich Mahlzeiten nicht kontrollieren beziehungsweise planen kann. Essen ist nicht nur ein Grundbedürfnis, sondern auch ein schambehafteter Mechanismus der Stressbewältigung und Entspannung. Im Alltag heißt die Erkrankung für mich: Einschränkung des Soziallebens durch Angst vor ungeplanten Mahlzeiten, gefühlter Zwang, Sport zu machen, eingeschränkte Konzentration, ständige Zahnschmerzen und Angst vor weiteren körperlichen Konsequenzen.«
> (Mann mit gelebter Erfahrung)

1.2 Welche Formen von Essstörungen gibt es?

Zu den häufigsten Formen von Essstörungen zählen die Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung, und die anderen, näher bezeichneten Fütter- und Essstörungen, unter welche auch subklinische Essstörungen fallen (Claudino, 2019).

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

Anorexia nervosa: Die Anorexia nervosa wird umgangssprachlich auch als »Magersucht« bezeichnet. Der Begriff »Anorexia« stammt aus dem Griechischen und bedeutet Appetitlosigkeit. Der Zusatz »nervosa« sollte ausdrücken, dass die Erkrankung »nervlich« bzw. psychisch bedingt ist. Menschen mit Anorexia nervosa reduzieren ihre Nahrungsaufnahme erheblich und streben nach einem schlanken Körperbild. Trotz eines bereits niedrigen Körpergewichts nehmen sie sich häufig als zu schwer bzw. zu dick wahr. Zudem zeigen sie oft ein ausgeprägtes Aktivitätsniveau sowie einen hohen Leistungsanspruch in sportlichen, schulischen oder beruflichen Bereichen.

Bulimia nervosa: Diese Essstörung wird umgangssprachlich auch als »Ess-Brech-Sucht« bezeichnet, wobei der Begriff insofern irreführend ist, dass Erbrechen nur eine Kompensationsmaßnahme unter mehreren darstellt und nicht bei allen Betroffenen auftritt. Der Begriff »Bulimia« stammt aus dem Griechischen (Bous/βοῦς = »Ochse«, Limós/λιμός = »Hunger«) und bedeutet wörtlich »Ochsen-Hunger«. Da dieser Begriff durch seinen zugrundeliegenden Tier-Vergleich augenscheinlich stigmatisierend ist, spricht man heute besser von Heißhunger. Betroffene dieser Essstörung erleben wiederkehrende Episoden unkontrollierbaren Essverlangens. Anschließend setzen sie häufig gezielt Maßnahmen zur Gewichtsreduktion ein, wie bspw. selbst herbeigeführtes Erbrechen (Purging).

> »[Ich habe] dann auch zum ersten Mal nach dem Essen erbrochen […]. Das hat sich anfangs und auch sehr lange (einige Jahre) wie eine Superkraft angefühlt – ich konnte essen, was ich wollte, und habe nicht zugenommen. Nach und nach habe ich aber auch immer mehr negative Konsequenzen erlebt.«
> (Mann mit gelebter Erfahrung)

Binge-Eating-Störung (BES): Diese Bezeichnung leitet sich vom englischen Begriff »binge eating« ab, der für exzessives, übermäßiges Essen steht. Bei dieser Essstörung kommt es zu impulsiven und regelmäßigen Essanfällen, bei denen unkontrolliert und schnell eine große Menge von Nahrungsmitteln gegessen wird. Oft führt Binge-Eating zu Übergewicht und einer erheblichen psychischen Belastung.

> **Erfahrungsbericht eines BES-Betroffenen:**
>
> »Still und leise, immer mehr. Ich habe mich in einen Rausch gefressen. Ich hatte Angst, nicht satt zu werden, wenn ich mich mit Essen auseinandersetzen musste. Es war wie eine innere Unruhe, ein Druck, wenn nicht sogar in diesen Momenten mein Schicksal. Ein Gefühl von innerer Leere, das gefüllt werden muss. Es gab mir in meiner Wahrnehmung die Kontrolle zurück. Essen war mein Ventil und meine Ablenkung von all jenen Problemen. Erst das Essen selbst hat diese Symptome gelindert. Egal, was es war, Hauptsache rein. Genuss beim Essen war mir fremd. Nach dem Essen habe ich mich dann aber immer schlecht gefühlt, mich geschämt. Ich wollte doch stark sein, aber ich wurde wieder schwach. Ein Gefühl von Frust wurde nach jeder Attacke stärker.«
> (Gabriel, 25 Jahre)

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

Sonstige näher bezeichnete und nicht näher bezeichnete Fütter- und Essstörungen: Neben den drei genannten Essstörungsformen existieren noch diverse weitere Formen veränderten Essverhaltens. Zunächst ist hier die Kategorie der »sonstigen näher bezeichneten Fütter- und Essstörungen« (engl.: »Other Specified Feeding or Eating Disorder«; OSFED) zu nennen. Diese »atypischen« Formen veränderten Essverhaltens können diagnostiziert werden, auch wenn die vorhandenen Symptome nicht vollständig den Diagnosekriterien der klar umschriebenen Essstörungen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Binge-Eating-Störung nach ICD beziehungsweise DSM entsprechen, jedoch das von den Betroffenen gezeigte Symptombild diesen Störungsformen am ehesten ähnelt. Diese Sammelkategorie kann etwa dann genutzt werden, wenn im Falle einer Bulimia nervosa seltener als definiert Ess-Brech-Anfälle auftreten. Darüber hinaus zählen zur OSFED-Gruppe auch jene Formen veränderten Essverhaltens, deren Krankheitswert noch nicht hinreichend bewiesen ist, wie bspw. das Night-Eating-Syndrom oder die Purging-Störung.

Die sogenannten »nicht näher bezeichneten Essstörungen« bezeichnen eine weitere Diagnosegruppe. Diese werden auch »Eating Disorders Not Otherwise Specified« (EDNOS) genannt. Wenngleich der Begriff aus der Zeit des DSM-IV mittlerweile als veraltet gilt, ist er in der Literatur noch immer häufig anzutreffen. Das derzeit gültige DSM-5 spricht stattdessen von »Unspecified Feeding and Eating Disorders« (UFED), was sich im Deutschen als »nicht näher bezeichnete Fütter- und Essstörungen« übersetzen lässt. Diese Gruppe umfasst sämtliche Formen auffälligen Essverhaltens, die Betroffene belasten oder mit gesundheitlichen Problemen in Verbindung stehen, aber keiner der klar umschriebenen Essstörungen zugeordnet werden können.

Die Sammelkategorien OSFED und UFED sind insbesondere bei Männern von Relevanz, da diese Personengruppe teils nicht das Vollbild der näher umschriebenen Essstörungsformen zeigen, auch wenn sie unter verändertem Essverhalten leiden.

1.3 Epidemiologie: Wie häufig sind Essstörungen?

Etwa 1,7 % der Weltbevölkerung entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Essstörung (Qian et al., 2021). Am häufigsten tritt die Binge-Eating-Störung auf, gefolgt von der Bulimia nervosa. Am seltensten tritt die Anorexia nervosa auf. Schätzungen zur punktuellen Häufigkeit (Punktprävalenz) deuten darauf hin, dass es zwischen den Jahren 2000 und 2018 einen deutlichen Anstieg bei den Diagnosen von Essstörungen gegeben hat. So schätzten Galmiche et al. (2019) in einer Metaanalyse die Lebenszeitprävalenz für Männer auf 1,0 % bei der Binge-Eating-Störung, 0,6 % bei Bulimia nervosa, 0,2 % bei Anorexia nervosa, und 3,6 % bei nicht näher bezeichneten Essstörungen. Im Vergleich dazu liegt die Lebenszeitprävalenz für Frauen für die Binge-Eating-Störung bei 2,8 %, für die Bulimia nervosa bei 1,9 %, für die

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

Anorexia nervosa bei 1,4% sowie für nicht näher bezeichnete Essstörungen bei 4,3%.

Angaben zur Auftretenshäufigkeit von Essstörungen können stark variieren, da in verschiedenen Studien unterschiedliche Grundlagen (z. B. Personengruppen, Zeiträume und Definitionen) herangezogen werden. Zudem legen Studien nahe, dass lediglich 23% der Menschen mit diagnostizierten Essstörungen eine störungsspezifische Behandlung in Anspruch nehmen. Dies deutet auf eine hohe Dunkelziffer hin (Hart et al., 2011).

1.4 Eine Frage des Geschlechts? – Essstörungen bei Männern

Sind Essstörungen ausschließlich Krankheiten von jungen Mädchen und Frauen? Essstörungen werden sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen als »Frauenkrankheit« betrachtet. Zwar sind Frauen häufiger betroffen, jedoch nahmen Essstörungsfälle bei Männern in den letzten 30 Jahren um 22% (vs. 12% bei Frauen) zu (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). In bestimmten Behandlungssettings wie bspw. der pädiatrischen Gastroenterologie scheinen bestimmte Diagnosen bei Jungen sogar häufiger vorzukommen als bei Mädchen (Eddy et al., 2015). So entfallen dort 67% der Diagnosen einer vermeidend/restriktiven Essstörung (engl.: »Avoidant/restrictive Food Intake Disorder«; ARFID) auf Jungen.

Zudem deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass offizielle Statistiken den Anteil an Männern aufgrund einer hohen Dunkelziffer weit unterschätzen und dass sowohl der Schweregrad als auch die Sterblichkeitsrate bei Männern sowie bei Mädchen und Frauen vergleichbar sind (Fichter et al., 2021). Weiterhin sind Männer in Studien meist unterrepräsentiert und Stichproben spiegeln die Merkmale der Population nicht repräsentativ wider (Lavender et al., 2017). Gleichzeitig spiegeln die Prävalenzdaten das Verhältnis von Männern zu Frauen in klinischen, störungsspezifischen Behandlungssettings keineswegs wider, sodass die Frage aufkommt, welche Faktoren Männern den Weg in eine essstörungsspezifische Behandlung erschweren.

Richardson und Paslakis (2021) untersuchten in einer Studie die Erfahrungen, die von Essstörungen betroffene Männer mit dem Gesundheitswesen machen und von welchen Bedürfnissen und Einstellungen gegenüber vorhandenen Therapieangeboten sie berichten. Dabei wurden vier Problembereiche identifiziert:

1. *Erkennung der Essstörung:* Es kam zu einer Unterschätzung der Essstörungen von Seiten der betroffenen Männer selbst, aber auch behandelnde Ärzt:innen haben das Vorliegen einer Essstörung nicht erkannt. Beide Gruppen verfügen über unzureichende Informationen. Gerade vor dem Hintergrund eines verinner-

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

lichten Bildes von Essstörungen als »Frauenkrankheit« wird dieses Störungsbild nur unzureichend in den diagnostischen Überlegungen berücksichtigt, weswegen es häufig unentdeckt bleibt oder stark verzögert erkannt wird.
2. *Hilfesuchverhalten:* Für Männer scheint es schwieriger zu sein, nach einem geeigneten Therapieangebot zu suchen bzw. ein solches zu erhalten. Dies liegt neben der geringeren Verfügbarkeit spezialisierter Therapieangebote auch am gegenüber Frauen meist verringerten Gesundheits- und Hilfesuchverhalten von Männern. Einige Betroffene berichten aber auch von Zurückweisung und Bagatellisierung durch Behandler:innen.
3. *Behandlungsmerkmale:* die Therapien sind stark auf Frauen ausgerichtet, welche auch die Mehrzahl der Patientinnen in Behandlungseinrichtungen stellen, sodass sich Männer als »Minderheit« wahrnehmen können.
4. *Patientenmerkmale:* Männer gehen davon aus, Essstörungen bei Männern seien weniger gut behandelbar. Betroffene haben deshalb geringere Erfolgserwartungen und Zuversicht gegenüber Therapieangeboten. Zudem stehen sie einer vorhandenen Essstörung häufig sehr ambivalent gegenüber. Um die Gesundheitsversorgung zu verbessern und die Behandlungseffekte zu überprüfen, sollten Männer mit Essstörungen unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Perspektiven, ihres Krankheitserlebens und ihrer individuellen Bedürfnisse stärker in das Gesundheitssystem und die Forschung einbezogen werden.

Bezüglich der Erkennung von ES:

»Ich verstand nicht, was mit mir passiert war und ob es sich wirklich um eine Erkrankung handelte. Ich hatte noch nie von anderen darüber gehört und hätte auch nicht gewusst, an wen ich mich mit meinen Fragen dazu hätte wenden sollen, bzw. können.«
(Hans-Peter, 62 Jahre)

Schwierigkeit der Erkennung:

»Obwohl ich eigentlich relativ bald wusste, dass mein Essverhalten nicht »normal« ist, habe ich sehr lange nicht realisiert, dass ich tatsächlich eine Essstörung habe. In einer ersten Therapie, aufgrund von Depressionen, war Essen auch kein großes Thema, obwohl ich damals untergewichtig war und zumindest angedeutet hatte, dass ich hier Probleme haben könnte. Erst nach etwa 12 Jahren Krankheit war ich zum ersten Mal bereit, die Diagnose zu akzeptieren und auszusprechen.«
(Mann mit gelebter Erfahrung)

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

1.5 Aspekte von Diversität: Essstörungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen

Essstörungen können jede Bevölkerungs- und Altersgruppe – Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Menschen im fortgeschrittenen Alter – betreffen, einschließlich von Menschen mit diversen ethnischen und kulturellen Hintergründen, Menschen verschiedener Geschlechtsidentitäten und sexuelle Minderheiten, die sich teils auch als LGBTQ+-Personen (engl.: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and other sexual identities and gender expressions) bezeichnen (Halbeisen et al., 2022). Wenngleich Studien zeigen, dass zunehmend auch heterosexuelle Männer eine erhöhte Körperunzufriedenheit und ein erhöhtes Risiko für Essstörungen aufweisen (Lavender et al., 2017), ist insbesondere bei LGBTQ+-Personen von einem erhöhten Risiko für eine Essstörung auszugehen (Parker & Harriger, 2020). Männer, die homo- oder bisexuell sind, haben höhere Raten an Essstörungen im Vergleich zu heterosexuellen Männern (Mensinger et al., 2020), während Trans-Männer ein höheres Maß an Essstörungssymptomen aufweisen als Trans-Frauen und tendenziell auch im Vergleich zu Cis-Frauen. Geschlechtsangleichende Behandlungen gehen dagegen mit einer Reduktion von Essstörungssymptomen bei Trans-Personen einher (Rasmussen et al., 2023).

Perspektiven von LGBTQ+-Personen:

»[Mit u. a.] dem frischen Wissen, dass ich wohl homosexuell bin, begann ein kleiner Teufelskreis. Ich fing an, mich zu vergleichen, Social Media und die ›Gaycommunity‹ waren hierbei die perfekte Hölle, um mich auf den ›höchsten‹ Niveau vergleichen zu können.«
(Gabriel, 25 Jahre)

»Ich habe große Schwierigkeiten mit dem »trans broken arm syndrome«[1] was neben Diskriminierungserfahrungen, Behandlungsverweigerungen etc. einer der Hauptgründe ist, weshalb ich nicht über die Details meiner Geschlechtsidentität spreche. Aus diesem Grund kann ich auch nicht über Symptome meiner Essstörung sprechen, die bei endo cis Männern nicht vorliegen und kann bestimmte prägende Aspekte nicht bearbeiten.«
(Mann mit gelebter Erfahrung)

Doch auch der kulturelle Hintergrund kann im Zusammenhang mit einem Essstörungsrisiko stehen. So ist die Prävalenz von essgestörtem Verhalten bei Männern aus nicht weißen ethnisch-kulturellen Gruppen höher als bei weißen Männern, vor allem in Bezug auf Essstörungen des bulimischen Typs, also der Bulimia nervosa

1 Anmerkung der Fach-Autor:innen: Als »trans broken arm syndrome« wird ein Phänomen bezeichnet, bei dem medizinisches Personal Beschwerden von trans Personen fälschlich mit deren Transidentität in Verbindung bringt – selbst bei offensichtlich nicht verwandten Gesundheitsproblemen (z. B. Knochenbrüchen). Dies kann zu Fehldiagnosen und diskriminierenden Behandlungssituationen führen.

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

und der Binge-Eating-Störung. Männer, die als Black and People of Colour gelesen werden, greifen häufiger zu extremeren Strategien des Gewichtsverlusts und Muskelaufbaus als weiße Männer (Stewardson et al., 2020; Payton, 2014).

1.6 Ursachen, Manifestation und Aufrechterhaltung von Essstörungen

Essstörungen sind multifaktoriell bedingt. Die Ursachen und Entstehungsbedingungen sind vielschichtig und umfassen biologische (z. B. genetische Veranlagung, neurobiologische/neurochemische Faktoren, Hormone und Nervenbotenstoffe), psychologische (z. B. Körperbild, Körperwahrnehmung, Selbstwertgefühl) und umweltbedingte Faktoren (z. B. soziokulturelle Faktoren wie Schlankheitsideal, soziale Medien, Film und Fernsehen). Diese tragen zur Entstehung, Manifestation und Aufrechterhaltung dieser Erkrankungen bei. Es wird mehrheitlich ein multikausales, bio-psycho-soziales Ursachenmodell angenommen, da kein allein verantwortlicher Faktor für die Entstehung identifiziert werden konnte. Erst durch das Zusammenwirken verschiedener ätiologischer Faktoren und auslösender Ereignisse kann sich eine Essstörung entwickeln (Laessle, 2018).

> »Gleichzeitig sind Essstörungen eine unserer Familienkrankheiten. Eine meiner Urgroßmütter ist an den Folgen ihrer Anorexie gestorben, meine Mutter und deren Mutter hatten Essstörungen und so weiter.«
> (Mann mit gelebter Erfahrung)

Oft bleiben Essstörungen langfristig bestehen, da die Faktoren, die zum Auftreten der Essstörung geführt haben, aufrechterhalten werden. Erleben sich Betroffene z. B. weiterhin als ungenügend, wenig selbstwirksam und hilflos und messen einem niedrigen Körpergewicht zentrale Bedeutung bei, so können eben diese Faktoren auch die Essstörung aufrechterhalten. Es kann auch sein, dass die Essstörung als Mittel eingesetzt wird, um bestimmte schwierige Gefühle, Stress, oder belastende Situationen zu bewältigen. Dabei befeuern sich Essstörungen im Rahmen bestimmter Teufelskreise selbst (Sipos & Schweiger, 2022). Für manche Menschen kann es darum gehen, durch die Essstörung ein Gefühl von Kontrolle zu erlangen, wenn alles andere in ihrem Leben unkontrollierbar scheint (Culbert et al., 2015; Blodgett Salafia et al., 2015). Für andere geht es darum, Sicherheit zu haben (Kadish, 2015). Daher ist es entscheidend, dass Behandler:innen ein offenes Ohr für die Anliegen betroffener Personen zeigen, empathisch zuhören und die individuelle Sicht der Betroffenen verstehen wollen statt generische Vermutungen darüber anzustellen, warum eine Person eine Essstörung hat.

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

Vulnerabilität-Stress-Interaktion:

»Ich war damals schon immer ein bisschen »besser genährt«, und durch Kommentare im Familien- und Freundeskreis und dem im Nachgang sehr unsympathischen Sportlehrer und dem ganzen Stress mit Schule, Todesfall in der Familie und dem frischen Wissen, dass ich wohl homosexuell bin, begann ein kleiner Teufelskreis.«
(Gabriel, 25 Jahre)

Erfahrungsbericht zur (Entstehung +) Aufrechterhaltung einer ES:

»Erstmals machte sich die Essstörung als mich plötzlich überkommender »Ess-Brech-Anfall« in meinem 19. Lebensjahr bemerkbar. Damit einher gingen eine große Verunsicherung, Ekel und Angstgefühle. Gleichzeitig verschaffte mir die Bulimie eine gewisse Möglichkeit, Spannungsgefühle abzubauen und momentanen Lustgewinn zu erfahren. Die Bulimie hatte also eine gewisse Ventilfunktion, die ich glaubte zu beherrschen und nach Belieben einsetzen zu können. Das erwies sich jedoch als gravierender Fehlschluss, wie sich an den physischen und psychischen Folgen von bulimischen Attacken zeigte (Selbstekel, Abwertung der eigenen Person, schwer heilende Wundeinrisse in den Mundwinkeln, Verletzungen im Rachenraum durch Einsatz der Finger beim Erbrechen). Um der Bulimie und ihren psychischen und physischen Auswirkungen Herr zu werden, entwickelte ich ein immer restriktiveres Essverhalten, das mir eine gewisse Befriedigung aufgrund der vermeintlich gelungenen Selbstkontrolle und ein gewisses Überlegenheitsgefühl gegenüber anderen verschaffte, die ihren Körper »nicht so gut im Griff« hatten. Aber auch dieses gesteigerte Selbstwertgefühl hielt nur bis zur nächsten bulimischen Attacke und führte zu einem ersten und weiteren Klinikaufenthalten, denen Krampfanfälle infolge der Mangelernährung (»Malnutrition«) vorausgingen.«
(Hans-Peter, 62 Jahre)

»Natürlich habe ich nach dem ersten krassen Gewichtsverlust nicht aufgehört und noch weniger nach den ersten Fressanfällen, auf die ich mit Erbrechen reagierte. Irgendwann hat sich die Frage, ob ich damit weiter mache, überhaupt nicht mehr gestellt.«
(Mann mit gelebter Erfahrung)

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart

1.7 Stigmatisierung als Hürde zu einer adäquaten Behandlung

1.7.1 Grundlagen und Mechanismen der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen

Im Allgemeinen werden psychische Erkrankungen sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch innerhalb des Gesundheitssystems stigmatisiert. Viele Menschen verfügen über ungenaue Vorstellungen und unzureichendes Wissen darüber, was psychische Erkrankungen sind, wie sie entstehen und wie sie behandelt werden können. Das führt dazu, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen diskriminiert und stigmatisiert werden und dadurch letztlich nicht die Unterstützung und Behandlung erhalten, die sie eigentlich benötigen. Im Gesundheitswesen betrachten einige Ärzt:innen psychische Erkrankungen als weniger »echt« oder weniger wichtig bzw. schwerwiegend als körperliche Erkrankungen und behandeln sie entsprechend nachrangig. Ein derartiges Klima kann dazu führen, dass Betroffene sich nicht wohlfühlen, ihre psychischen Probleme mit Ärzt:innen zu besprechen, diese verschweigen und in der Folge keine adäquate Diagnose und Behandlung erhalten. Stigmatisierung entsteht in den Begegnungen zwischen Gesundheitspersonal und Patient:innen aus der Kombination folgender Faktoren: (1) *Wissensdefizite* (z. B. Stereotype), (2) *Befangene Einstellungen* (z. B. Vorurteile, Zuschreibung von negativen Charaktereigenschaften), (3) *Verhaltensweisen* (Diskriminierung, z. B. geringe oder fehlende Behandlungsbereitschaft) (Rüsch et al., 2020).

Menschen mit Essstörungen werden seitens ihrer Mitmenschen oft stereotype Charaktereigenschaften wie »schwach«, »faul«, und »inkompetent« zugeschrieben (Hollett & Carter, 2021). Essstörungen bergen deswegen häufig das Risiko der Stigmatisierung, weil sie in vielen Fällen mit sichtbaren körperlichen Veränderungen einhergehen, z. B. bei Unter- oder Übergewicht. Ärzt:innen zeigen häufig ähnliche Einstellungen gegenüber Menschen mit Essstörungen wie die Allgemeinbevölkerung und betrachten die Situation von Betroffenen als »selbstverschuldet« (Lupo et al., 2020). Ebenfalls berichten Ärzt:innen über negative Gefühle gegenüber Betroffenen wie Frustration, Wut, und Angst, verbunden mit einer geringen Motivation, Menschen mit Essstörungen zu versorgen und zu betreuen (Seah et al., 2018). Neben der Belastung durch direkt erlebte Stigmatisierung wirkt sich das Stigma auch über die Antizipation von Stigmatisierung und die Internalisierung (= Übernahme und Attribuierung von negativen Stereotypen und Vorurteilen auf sich selbst) von Stigmatisierung, die als Selbststigmatisierung bezeichnet wird, negativ aus. Selbststigmatisierung geht bei Menschen mit Essstörung mit einer geringeren Behandlungsbereitschaft und einer negativeren Einstellung bezüglich der eigenen Genesung einher (Dimitropoulos et al., 2016).

© 2026 W. Kohlhammer, Stuttgart