



Bericht

der Landesregierung – Ministerin für Justiz und Gesundheit

Bericht zu Essstörungen in Schleswig-Holstein

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Definition von Essstörungen.....	5
3. Anzeichen von Essstörungen.....	7
4. Ätiologie und Risiko- und Schutzfaktoren.....	9
4.1 Ätiologie von Essstörungen.....	9
4.2 Risiko- und Schutzfaktoren.....	13
4.2.1 Soziokulturelle Faktoren.....	14
4.2.2 Individuelle Faktoren.....	22
4.2.3 Psychosoziale Faktoren.....	23
5. Häufigkeit von Essstörungen.....	28
5.1 Diagnosen in der stationären Versorgung.....	29
5.2 Diagnosen in der ambulanten Versorgung.....	34
5.3 Sektorübergreifende Diagnosen.....	39
5.4 Häufige Begleiterkrankungen.....	43
6. Versorgung, Unterstützung und Prävention.....	45
6.1 Versorgungsstrukturen und -kapazitäten.....	46
6.2 Außerklinische psychosoziale Unterstützungsangebote.....	54
6.3 Prävention, Sensibilisierung und Beratung.....	65
7. Zusammenfassung.....	76
8. Weiterführende Informationen.....	81
9. Quellen.....	85

1. Einleitung

Am 17. Oktober 2025 hat der Schleswig-Holsteinische Landtag die Landesregierung gebeten, schriftlich über Essstörungen in Schleswig-Holstein zu berichten (Drs. 20/3651).

International nimmt die Belastung durch Essstörungen zu, besonders bei Frauen, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Liu et al. 2025, Xu et al. 2025). Auch in Deutschland hat sich die Zahl der Behandlungen von 10- bis 17-jährigen Frauen in den letzten 20 Jahren verdoppelt: Von 3.000 stationären Patientinnen im Jahr 2003 auf 6.000 im Jahr 2023 (Statistisches Bundesamt 2025). Essstörungen sind im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen zwar insgesamt seltener, aber sowohl Inzidenz als auch Krankheitslast sind in den letzten Jahrzehnten gestiegen. Prognosen der Global Burden of Disease (GBD) zeigen, dass diese Belastung bis 2035/2040 bleiben wird (Liu et al. 2025, Xu et al. 2025). In einer Studie mit deutschen Kindern und Jugendlichen von 8 bis 18 Jahren gaben mehr als 60 % der Kinder und Jugendlichen an, zumindest teilweise unzufrieden mit ihrem Körperbild zu sein. Mädchen zeigten eine höhere Unzufriedenheit und hatten häufiger den Wunsch, schlanker zu sein (Krause et al. 2023).

Essstörungen haben tiefgreifende individuelle Folgen für die Betroffenen, die die Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen sowie die Lebensqualität betreffen. Auswirkungen auf die Psyche sind Angst- und Depressionssymptome sowie Substanzmissbrauch (Kowalewska et al. 2024). Die Teilhabe ist eingeschränkt durch Beeinträchtigungen im sozial- und beruflichen Funktionsbereich im Vergleich zu Gesunden (Tchanturia et al. 2013). Zudem weisen Erkrankte eine schlechtere reproduktive/sexuelle Gesundheit und Beziehungszufriedenheit auf (Hess & Špacírová 2025). Unterernährung kann körperliche Folgen wie Muskelschwund, brüchige Knochen, Haarausfall, ausbleibende Monatsblutung oder Potenzverlust haben. Ein unterernährter Körper ist anfälliger für Infektionen; häufiges Erbrechen kann Zähne und Speiseröhre schädigen.

Von den Essstörungen ist Anorexia nervosa (Magersucht) die psychische Erkrankung mit der höchsten Todesrate und deutlich erhöhtem Sterberisiko. Im Durchschnitt sterben Betroffene etwa 4,5-mal häufiger als Gleichaltrige ohne

Essstörung. Begleitende psychiatrische Erkrankungen erhöhen die 10-Jahres-Mortalität um fast das Doppelte, besonders bei jungen Betroffenen zwischen 6 und 25 Jahren um das Vierfache (Søeby et al. 2024).

Essstörungen verursachen nicht unerhebliche direkte und indirekte Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem. Laut Krankheitskostenrechnung lagen diese 2023 insgesamt für Deutschland bei 515 Millionen Euro. Bei den 15- bis unter 30-Jährigen waren die Kosten anteilig besonders hoch mit 276 Millionen Euro, wobei auf die Versorgung von Frauen in dieser Altersklasse der größte Anteil mit 264 Millionen Euro entfiel (Statistisches Bundesamt 2025). Indirekte Kosten wie Arbeitsausfälle und die Kosten für psychische Begleiterkrankungen machen einen großen Anteil aus, was interdisziplinäre Behandlungsansätze erforderlich macht (Bothe 2022, Jenkins 2022).

Zunehmende Bedeutung bekommt das Thema durch die Veränderung von Risikofaktoren, z. B. der Social Media-Nutzung und der Covid-19-Pandemie. Der Zugang, das Nutzungsverhalten und damit die Exposition von Kindern und Jugendlichen gegenüber idealisierten Körperbildern in sozialen Medien veränderte sich in den letzten Jahren erheblich. Laut KIM-Studie 2024 (Kindheit, Internet, Medien) bewegen sich bis zu 72 % der Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren im Internet und nutzen viele Social-Media-Apps vor dem Erreichen des dafür festgelegten Mindestalters (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2025). Auch für Jugendliche im Alter von 12 bis 19 Jahren sind Instant-Messenger und Social Media-Dienste von zentraler Bedeutung (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2024). Obwohl zahlreiche Studien auf einen möglichen Zusammenhang zwischen intensiver Social Media-Nutzung und gestörtem Essverhalten hinweisen, zeigen andere Untersuchungen, dass dieser Zusammenhang nicht zwingend besteht und stark von individuellen Faktoren wie psychischer Vulnerabilität, Art der Nutzung und Inhalten der konsumierten Medien abhängt. Gleichzeitig eröffneten sich durch die Weiterentwicklung von therapeutischen Angeboten im Netz neue Möglichkeiten des Zugangs. Zudem wirkten äußere Ereignisse wie die Covid-19-Pandemie, die mit außerordentlichen Einschränkungen einherging, auf die Menschen ein.

Der letzte Bericht zum Thema Essstörungen wurde im Jahr 2007 von der damaligen Landesregierung Schleswig-Holsteins durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren vorgelegt (Umdruck 16/1980). Der vorliegende Bericht beschreibt die Definition, Anzeichen und Ätiologie sowie Risiko- und Schutzfaktoren von Essstörungen. Zudem zeigt der Bericht die zahlenmäßige Entwicklung von Essstörungen der vergangenen Jahre in Schleswig-Holstein und bewertet diese aus epidemiologischer Sicht. Außerdem werden die in Schleswig-Holstein vorhandenen Strukturen zur Versorgung, Unterstützung und Prävention dargestellt.

Dieser Bericht konnte in der Kürze der Zeit nur mit Unterstützung zahlreicher Akteure entstehen. Dank für die zeitnahe Bereitstellung von Daten gebührt insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, dem Statistikamt Nord, dem BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, dem Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung und damit allen Suchtberatungsstellen, den Frauenfachberatungsstellen Eß-o-Eß e. V. und Frauen helfen Frauen e. V. sowie dem Kinderschutzbund Landesverband Schleswig-Holstein e. V. Darüber hinaus gilt es, der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e. V. zu danken.

2. Definition von Essstörungen

Essstörungen sind geprägt von auffälligen Mustern im Essverhalten, z. B. strenger Nahrungsbegrenzung, selektivem Essverhalten oder wiederholten Essanfällen. Typisch sind eine starke gedankliche Beschäftigung mit dem Gewicht, der Körperform und der Ernährung sowie ausgeprägte Sorgen darüber. Dies führt häufig zu hohem Leidensdruck bei Betroffenen und ihren Angehörigen. „Eine Essstörung ist eine ernsthafte Erkrankung. Im Mittelpunkt steht das Thema „Essen“. Es handelt sich dabei aber nicht um ein Ernährungsproblem, sondern der Umgang mit dem Essen und das Verhältnis zum eigenen Körper sind gestört. Betroffene schränken ihr Essverhalten übermäßig stark ein, kontrollieren es ausgeprägt oder verlieren völlig die Kontrolle darüber“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2021).

Die einzelnen Essstörungsformen unterscheiden sich in ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung. In diesem Bericht werden die in Tabelle 1 dargestellten

Diagnosen betrachtet. Es gibt zudem Sonder- und Mischformen (weitere Informationen:

<https://essstoerungen.bioeg.de/was-sind-essstoerungen/arten/mischformen/>). Für die Auswertung der Diagnosehäufigkeiten wird die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10-GM) herangezogen (BfArM 2025). Im Diagnosekapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ sind die einzelnen Essstörungen im Unterkapitel „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F50-F59) verzeichnet. Zu beachten ist, dass die Übergänge zwischen den einzelnen Störungsbildern meist fließend sind, sodass sie sich überschneiden, ineinander übergehen oder im Verlauf abwechseln können.

Tabelle 1: Arten der Essstörungen mit Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) und Symptomen (Quelle: BfArM 2025).

ICD-10-Code & Bezeichnung	Beschreibung
F50.0 Anorexia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> • absichtlich herbeigeführter oder aufrechterhaltener Gewichtsverlust • häufig bei jugendlichen Mädchen und jungen Frauen, seltener bei Jungen, Kindern und älteren Frauen • starke Angst vor Gewichtszunahme und ausgeprägtes Streben nach Schlankheit • sehr niedrige individuell festgelegte Gewichtsschwelle • Unterernährung mit endokrinen, metabolischen und körperlichen Folgestörungen • eingeschränkte Nahrungsaufnahme und selektive Lebensmittelauswahl • übermäßige körperliche Aktivität • selbstinduziertes Erbrechen • Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder Appetitzüglern
F50.1 Atypische Anorexia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> • teilweise, aber nicht alle Kriterien der Anorexia nervosa erfüllt • Kernsymptome können fehlen (z. B. Angst vor Gewichtszunahme, Amenorrhoe). • trotz Gewichtsverlust kein vollständiges Bild der Anorexia Nervosa • Keine Diagnose, wenn der Gewichtsverlust körperlich erklärbar ist
F50.2 Bulimia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> • gekennzeichnet durch wiederholte Heißhungeranfälle und eine übermäßige Beschäftigung mit Gewichtskontrolle • Essanfälle mit anschließendem Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln • starke Angst vor Gewichtszunahme und ausgeprägte Sorge um Körperform und Figur • psychische Merkmale ähneln denen der Anorexia nervosa • häufige körperliche Folgen: Elektrolytstörungen, Zahnschäden und weitere Komplikationen durch wiederholtes Erbrechen
F50.3 Atypische Bulimia nervosa	<ul style="list-style-type: none"> • unvollständiges klinisches Bild der Bulimia nervosa • z. B. Essanfälle ohne typische Begleitsymptome, Abführmittelgebrauch ohne Gewichtsveränderung, Fehlende übermäßige Figur- und Gewichtssorge

F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • übermäßiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse, wie etwa Trauerfälle, Unfälle und Geburt • psychogene Essattacken
F50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wiederholtes Erbrechen bei dissoziativen Störungen (F44) oder Hypochondrie (F45.2). • Erbrechen ohne andere psychische oder körperliche Ursache. • Kann zusätzlich zu O21 (Schwangerschaftserbrechen) kodiert werden. • Emotionale Faktoren sind die Hauptursache der wiederkehrenden Übelkeit und des Erbrechens. • Psychogenes Erbrechen = emotional ausgelöstes Erbrechen ohne Organbefund
F50.8 Sonstige Essstörungen z. B. Binge-Eating- Störung (kann aber auch unter 50.4 oder 50.9 kodiert werden) Die Binge-Eating- Störung wird erstmals in der ICD-11 als eigene Diagnose aufgeführt (6B82). –	<ul style="list-style-type: none"> • Pica bei Erwachsenen: wiederholtes Essen nicht essbarer Stoffe (mind. 1 Monat) • Psychogener Appetitverlust <p>Zur Binge-Eating-Störung aus der ICD-11:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiederkehrende Essanfälle (z. B. $\geq 1 \times$ pro Woche über mehrere Monate) • Kontrollverlust beim Essen, Aufnahme größerer Mengen oder anderer Lebensmittel als üblich, Unfähigkeit, zu stoppen • Essanfälle verursachen starke Belastung und negative Gefühle (Schuld, Ekel) • keine regelmäßigen kompensatorischen Maßnahmen zur Gewichtskontrolle • deutlicher Leidensdruck oder Beeinträchtigung in sozialen, schulischen, beruflichen oder familiären Bereichen
F50.9 Essstörung	nicht näher bezeichnet

3. Anzeichen von Essstörungen

Erste Anzeichen einer Essstörung sind oft schwer zu erkennen, da betroffene Personen ihr Verhalten aus Scham oder Schuldgefühlen verbergen. Häufig versuchen sie, ihr Ess- und Bewegungsverhalten zu verschleiern, leugnen das Vorliegen eines Problems und haben Schwierigkeiten, Unterstützung anzunehmen oder um Hilfe zu bitten.

Auch sind Essstörungen nicht immer mit Untergewicht verbunden, auch starkes Übergewicht oder Normalgewicht sind möglich. Es gibt Hinweise, dass frühe Interventionen und gezielte Programme Risikofaktoren reduzieren können und somit potenziell zu einer besseren Entwicklung beitragen (Koreshe et al. 2023). Daher ist es besonders wichtig, frühzeitig Anzeichen einer möglichen Essstörung zu erkennen. Diese können sich in der Psyche, im Verhalten oder im Körper zeigen. Meist treten zuerst psychische Veränderungen auf. Wenn auch das Verhalten und körperliche Symptome betroffen sind, ist die Störung oft schon weiter fortgeschritten. Folgende

Aufzählung gibt einen Überblick (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) zu möglichen Anzeichen von Essstörungen, wie sie in Kursen für Ersthelfende bei psychischen Problemen und Krisen im Jugendalter („Mental Health First Aid (MHFA)“) dargestellt werden (Zentralinstitut für seelische Gesundheit 2025).

Psychische Anzeichen:

- übermäßige Beschäftigung mit Ernährung, Figur und Gewicht
- extreme Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper
- verzerrte Körperwahrnehmung: z.B. darüber klagen, zu dick zu sein,
- sich dick zu fühlen oder zu finden, dick auszusehen, trotz Normal- oder Untergewicht
- Empfindlichkeit bei (kritischen) Kommentaren in Bezug auf Sport, Essen, Figur oder Gewicht
- erhöhte Ängstlichkeit zu Essenszeiten
- Depression, Angstzustände oder Reizbarkeit
- geringes Selbstwertgefühl: z.B. negative Gedanken über sich selbst, Gefühle von Scham, Schuld oder Selbstverachtung
- starres Schwarz-Weiß-Denken, z.B. Einteilen von Lebensmitteln in „gut“ und „schlecht“

Anzeichen im Verhalten:

- Diätverhalten: Fasten, Kalorienzählen, Meiden bestimmter Lebensmittel oder Nährstoffgruppen
- Hinweise auf Essattacken (binge eating): heimliches Essen, Verstecken oder Horten von Lebensmitteln
- Hinweise auf absichtliches Erbrechen oder Abführmittelgebrauch (Purging): häufiges Aufsuchen des Badezimmers während oder direkt nach dem Essen
- zwanghaftes oder übermäßiges Sportverhalten, auch trotz Verletzungen oder mit strengen Ritualen
- Veränderung der Essgewohnheiten: Verzicht auf bestimmte Lebensmittel, plötzliche Fixierung auf „gesunde“ Ernährung
- starre Regeln beim Essen: bestimmte Zubereitungs- oder Essrituale
- Vermeiden von Mahlzeiten, besonders in Gesellschaft, meist unter Vorwand
- Lügen oder Ausweichen bei Fragen zu Essgewohnheiten, Lebensmitteln oder Gewicht

- starke Beschäftigung mit Essen, z. B. Kochen für andere, ohne selbst zu essen, Interesse an Rezepten und Ernährung
- Verhalten mit Fokus auf Figur und Gewicht, z. B. Diätseiten, Bücher oder Bilder dünner Personen
- zwanghafte Körperkontrolle, z. B. Wiegen, Messen, Spiegelbetrachtung
- sozialer Rückzug und Vermeidung von früher erfreulichen Aktivitäten

Körperliche Anzeichen:

- Gewichtsverlust oder starke Gewichtsschwankungen
- Kälteempfindlichkeit, häufiges Frieren
- ausbleibende oder veränderte Menstruation
- geschwollene Speicheldrüsen, verfärbte Zähne durch Erbrechen
- Ohnmachtsanfälle

4. Ätiologie und Risiko- und Schutzfaktoren**4.1 Ätiologie von Essstörungen**

Es gibt kein allgemein gültiges Modell zur Entstehung von Essstörungen, aber angenommen wird ein multifaktorielles Entstehungsmodell. Das in Abbildung 1 gezeigte Ätiologiemodell (DIMDI 2017, mod. nach Laessle et al. 2000) beschreibt allgemein die Entstehung und Aufrechterhaltung durch das komplexe Zusammenwirken von soziokulturellen, individuellen und psychosozialen Risikofaktoren, auslösenden Ereignissen (z. B. belastende Lebenssituationen oder körperliche Erkrankungen) sowie aufrechterhaltenden Faktoren. Diese Faktoren sind nicht isoliert voneinander zu betrachten und können sich in einigen Fällen auch überlappen. Ebenso weisen Anorexia nervosa und bulimische Störungen Unterschiede in der Ätiologie auf, die hier nicht in Gänze dargestellt werden können. Eine gute Übersicht dazu findet sich in Treasure et al. 2020.

Als soziokulturelle Risikofaktoren von Essstörungen werden Faktoren verstanden, die aus gesellschaftlichen Strukturen, Rollen, Werten und Einflüssen resultieren. Ein laut Health Technology Assessment (DIMDI 2017) hinreichend belegter soziokultureller Risikofaktor ist das medial vermittelte Schlankheitsideal. Weitere mögliche beeinflussende Faktoren sind: Gesellschaftliche Ungleichstellung von

Frauen und Männern (Rollenkonflikt), Widersprüchliche/überhöhte Anforderungen an junge Frauen, Leistungs- und Anpassungsdruck (Leistungsdruck), westliche Kultur.

Zu den individuellen Risiko- und Schutzfaktoren zählen zum einen biologische (z. B. genetische Disposition) und zum anderen psychologische Eigenschaften (z. B. Persönlichkeitsmerkmale, psychische Komorbiditäten) der Person. Für Anorexia nervosa ist die genetische Belastung stärker ausgeprägt, wie Ergebnisse genomweiter Assoziationsstudien aus großen internationalen Forschungsverbünden zeigen konnten. Watson et al. (2019) identifiziert acht genetische Varianten, die einen Teil des familiären Risikos erklären und darauf hindeuten, dass die Essstörung sowohl mit Stoffwechselstörungen als auch mit weiteren psychiatrischen Erkrankungen zusammenhängt. Personen mit Anorexia nervosa haben ein deutlich geringeres globales Selbstwertgefühl als gesunde Vergleichspersonen, wobei im Vergleich zwischen Personen mit Anorexia- und Bulimia-nervosa keine Unterschiede im Selbstwertgefühl bestanden (Kästner et al. 2019). Beide Störungstypen teilen Probleme der Emotionsregulation, unterscheiden sich jedoch in der Impulskontrolle: Überkontrolle bei Anorexie, Impulsivität und Aufmerksamkeitsabweichungen bei bulimischen Störungen (Treasure et al. 2020). Bei Personen mit Anorexia nervosa treten zusätzlich soziale Unsicherheiten, geringe Freude an sozialen Kontakten sowie Schwierigkeiten im Erkennen sozialer Signale auf. Ein hoher Perfektionismus, wie er oft bei Zwanghaftigkeit vorkommt, ist ebenfalls typisch. Probleme im Umgang mit eigenen Gefühlen, Grübelneigung und ein eingeschränktes Vermögen, über das eigene Denken zu reflektieren, können die Erkrankung zusätzlich fördern (Treasure et al. 2020).

Unter psychosozialen Faktoren werden die Interaktionen mit Eltern, Geschwistern, dem Freundeskreis sowie der Gruppe der Gleichaltrigen (Peers) verstanden. Hier spielen z. B. Essprobleme der Eltern und sozialer Druck, z. B. durch Mobbing oder negative Kommentare zur Figur, eine Rolle. Oft bestehen innerhalb der Familie ausgeprägte Leistungsansprüche und hohe Erwartungen. Weitere Risikofaktoren im familiären Umfeld sind ein häufiger Umgang mit Diäten sowie eine starke Fokussierung auf Körperform und Gewicht (Herpertz-Dahlmann et al. 2009).

Essstörungen brechen häufig dann aus, wenn eine vorhandene Anfälligkeit auf akute Belastungen trifft. Auslösende Faktoren sind unter anderem psychosozialer Stress wie Konflikte, Trauma, veränderte Lebensumstände (z. B. Covid-19-Pandemie,

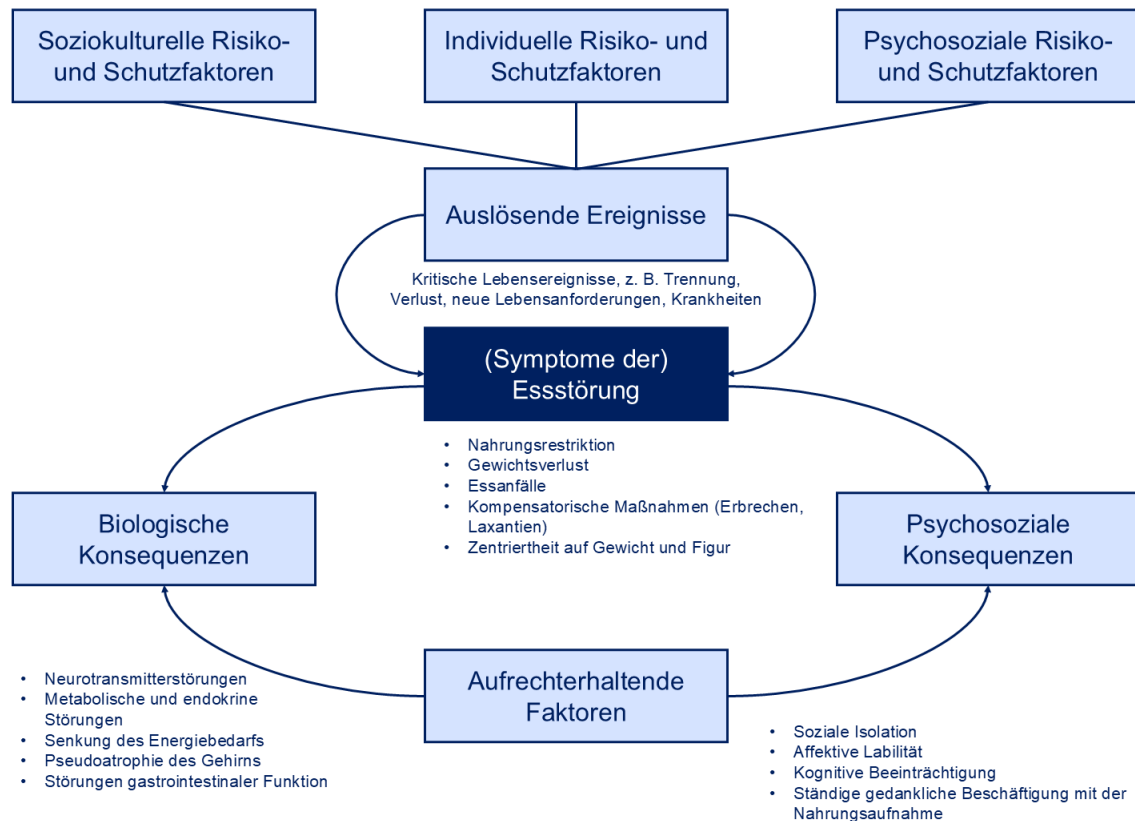
Trennung) oder Krankheiten. Infolge dieser Trigger treten typische Symptome auf, darunter Nahrungsrestriktion, Gewichtsverlust, Essanfälle sowie kompensatorische Maßnahmen wie Erbrechen oder der Einsatz von Laxanzien. Häufig zeigt sich zudem eine starke gedankliche Fixierung auf Körpergewicht und Figur.

Die Symptome ziehen sowohl biologische als auch psychosoziale Konsequenzen nach sich. Auf biologischer Ebene können unter anderem Neurotransmitterstörungen, hormonelle und metabolische Veränderungen, eine Senkung des Energiebedarfs oder gastrointestinale Beeinträchtigungen auftreten. Psychosozial zeigen sich häufig soziale Isolation, emotionale Instabilität oder Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit.

Diese Auswirkungen tragen wiederum wesentlich zur Aufrechterhaltung der Essstörung bei. Sie verstärken das problematische Essverhalten und stabilisieren den Kreis der Erkrankung, sodass sich die Störung zunehmend verfestigt. Aufrechterhaltende Faktoren unterscheiden sich z. T. zwischen den Störungen. Auffälligkeiten im Belohnungslernen tragen dazu bei, dass sich gewohnheitsmäßige essstörungsbezogene Verhaltensweisen verfestigen (Steinglass et al. 2019). Menschen mit Anorexia nervosa können ihre Reaktion auf Belohnungen hinauszögern, während das Gegenteil bei der Binge-Eating-Störung der Fall ist. Bei Vorliegen einer Anorexia nervosa reagieren Hirnregionen für Belohnung und Körperwahrnehmung schwächer, während Kontrollzentren stärker aktiv sind. Bei Bulimia nervosa ist es genau umgekehrt: Belohnungs- und Körperwahrnehmungszentren reagieren stärker, Kontrollzentren schwächer. Diese Unterschiede erklären die typischen Verhaltensweisen der beiden Essstörungen (Bronleigh et al. 2022).

Damit macht das Modell (Abbildung 1) deutlich, dass Essstörungen aus einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren entstehen und durch biologische sowie psychosoziale Rückkopplungsprozesse langfristig aufrechterhalten werden.

Abbildung 1: Ätiologiemodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen (eigene Abbildung, entnommen aus DIMDI 2017; modifiziert nach Laessle et al. 2000).



Befunde zum Erkrankungsalter zeigen, dass Jugendliche und junge Erwachsene besonders gefährdet sind, wobei Anorexia nervosa im Durchschnitt früher auftritt als Bulimia nervosa oder die Binge-Eating-Störung (Treasure et al. 2020). Ein Krankheitsbeginn nach dem 30. Lebensjahr ist bei Anorexia nervosa selten. Studien deuten zudem darauf hin, dass das Erkrankungsalter für Anorexia nervosa tendenziell abnimmt (Herpertz-Dahlmann 2019). In einer deutschen Registerstudie zeigte sich, dass rund ein Viertel der erstmals stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung jünger als 14 Jahre war (Jaite et al. 2019). Innerhalb dieser Gruppe war mehr als ein Drittel sogar unter 13 Jahren, was auf einen deutlich frühen Krankheitsbeginn bei einem Teil der Betroffenen hinwies (Jaite et al. 2019). Bei Erwachsenen überwiegen hingegen Störungsbilder aus dem Binge-Spektrum, mit geringeren Geschlechtsunterschieden und einem erhöhten Risiko bei Menschen mit höherem Körpergewicht oder aus ethnischen Minderheiten (Treasure et al. 2020).

4.2 Risiko- und Schutzfaktoren

Im Folgenden werden ausgewählte relevante Risiko- und Schutzfaktoren für die Entstehung von Essstörungen näher betrachtet. Dazu wurde eine Auswahl getroffen, zum einen bedingt durch die Relevanz für das Thema, zum anderen durch die Datenverfügbarkeit. Viele der erwähnten Faktoren wirken je nach Ausprägung bzw. Vorhandensein als Schutz- oder Risikofaktoren unterschiedlich stark bei der Entstehung und im Verlauf von Essstörungen. Folgende Aufzählung gibt eine Übersicht zu den in diesem Bericht betrachteten Faktoren, die hinsichtlich ihres potenziell schützenden oder risikosteigernden Einflusses eingeordnet werden:

Soziokulturelle Faktoren

- Social Media-Nutzung
- Bildschirmzeit

Individuelle Faktoren

- Gesundheitskompetenz von Kindern, Jugendlichen und Eltern (wurde als wichtiger Einflussfaktor auf das Suchen, Verstehen, Finden und Anwenden von Informationen sowohl zur Erkrankung als auch zum Hilfesystem ergänzt)

Psychosoziale Faktoren

- Soziale Unterstützung und Netzwerke
- Körperbild-Wahrnehmung aus Sicht der Jugendlichen und Eltern
- Psychische Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern
- Belastung durch die COVID-19-Pandemie

Ergänzung: Ein Health Technology-Assessment zur Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen zur Primärprävention von Essstörungen kam zu folgendem Schluss in Bezug zu bedeutsamen soziokulturellen Risikofaktoren (DIMDI 2017, S. 57): „Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz ist davon auszugehen, dass das medial vermittelte Schlankkeitsideal einen Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen darstellt. Sowohl bezogen auf den primären Endpunkt Essstörungen als auch bezogen auf die Surrogatparameter gestörtes Essverhalten, Fressanfälle,

Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Internalisierung des Schlankheitsideals, körperbezogener Selbstwert untermauert die vorhandene Evidenz diese Aussage.“ Es wird daher insbesondere auf die Entwicklung der Social Media-Nutzung ausführlich eingegangen.

Soweit vorhanden, werden Schleswig-Holstein-spezifische Daten berichtet. Im Übrigen wird möglichst auf bevölkerungsrepräsentative Studien zurückgegriffen, deren Ergebnisse auf Schleswig-Holstein übertragbar sind.

4.2.1 Soziokulturelle Faktoren

Social Media-Nutzung und Bildschirmzeit als Risikofaktor

In den vergangenen Jahren haben sich die Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen deutlich gewandelt, insbesondere durch den Einfluss sozialer Medien. Plattformen wie Instagram, TikTok oder Snapchat prägen in hohem Maße das Körperbild junger Menschen und fördern den ständigen Vergleich mit idealisierten und häufig digital bearbeiteten Darstellungen (Wunderer et al. 2022).

Die aktuelle Studienlage weist auf einen Zusammenhang zwischen intensiver Nutzung sozialer Medien und Essstörungssymptomen hin, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste 2024). Allerdings beruhen viele Befunde auf Querschnittstudien und Selbstangaben, sodass Kausalbeziehungen nicht bzw. nur begrenzt möglich sind. Dennoch zeigen experimentelle und systematische Untersuchungen deutliche Hinweise, dass visuelle Plattformen wie Instagram und TikTok über idealisierte Körperbilder, soziale Vergleichsprozesse und algorithmisch verstärkte Inhalte negative Effekte auf das Körperbild und das Essverhalten haben können. Der soziale Vergleich mit vermeintlich perfekten Körpern gilt als zentraler Auslöser für Körperunzufriedenheit und restriktives Essverhalten. Algorithmische Mechanismen verstärken diesen Effekt zusätzlich, indem sie Nutzerinnen und Nutzern mit einem Interesse an Fitness-, Ernährungs- oder „Body-Goal“-Inhalten zunehmend extremere Beiträge anzeigen (Fardouly & Vartanian 2021). Dadurch entstehen verzerrte Wahrnehmungen von Körnernormen und Schönheitsidealen, die das Risiko für ungesundes Essverhalten erhöhen. Risikofaktoren sind dabei sowohl die

Nutzungsdauer als auch die Art der konsumierten Inhalte. Trotz Bemühungen der Landesmedienanstalten, Kommission für Jugendmedienschutz und jugendschutz.net die Plattformbetreiber tätig werden zu lassen, um entsprechende Inhalte zu löschen, kursieren weiterhin sogenannte „Pro-Ana“- und „Pro-Mia“-Inhalte, die Essstörungen verharmlosen oder gar als Lebensstil darstellen. Hinzu kommen die Nutzung von Filtern, ständiges „Body Checking“, Cybermobbing und „Body Shaming“, die insbesondere bei Jugendlichen das Selbstwertgefühl erheblich beeinträchtigen (BZgA 2021). Besonders gefährdet sind Jugendliche und junge Erwachsene, vor allem junge Frauen, zunehmend aber auch Männer und nicht-binäre Personen, insbesondere im Fitnessbereich und Bodybuildingkontext. Laut der DAK-Studie „#StatusOfMind“ (2022) zeigen Jugendliche, die täglich mehr als drei Stunden in sozialen Netzwerken verbringen, doppelt so häufig Symptome eines auffälligen Essverhaltens als Jugendliche mit geringerer Social-Media-Nutzung. Weitere Studien bestätigen diesen engen Zusammenhang zwischen intensiver Social-Media-Nutzung, Körperunzufriedenheit und gestörtem Essverhalten (Wunderer et al. 2022).

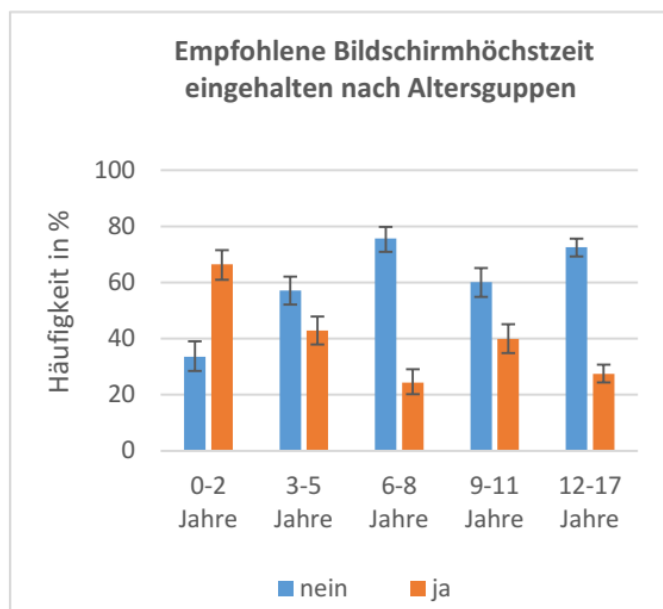
Zu Bildschirmzeiten und Art der genutzten Inhalte liegen Ergebnisse der 2023 durchgeführten und vom Land Schleswig-Holstein geförderten Studie „Die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein in Krisenzeiten (geKuJu)“ (Peters et al. 2024) vor. Befragt wurden Eltern von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, das Durchschnittsalter der 2.516 Kinder und Jugendlichen aus Schleswig-Holstein lag im Mittel bei 9,35 (SD=5,18) Jahren, zur Hälfte Mädchen und Jungen (Peters et al. 2024).

Bei der Einordnung der folgenden Zahlen ist wichtig zu beachten, dass die Befragung im letzten Jahr der Pandemie (2023) stattgefunden hat, sodass die Werte möglicherweise höher ausfallen als in den Folgejahren. Dennoch geben die Zahlen wichtige Hinweise darauf, wie sich Kinder und Jugendliche in dieser für sie besonders schwierigen Zeit verhalten haben. Zudem ist davon auszugehen, dass die damalige Lebenssituation möglicherweise Spuren bei den Kindern und Jugendlichen hinterlassen haben, die auch im Kontext von Essstörungen relevant sein können.

Darüber hinaus ist wichtig zu betonen, dass es sich um eine Befragung der Eltern handelt, die womöglich – insbesondere bei älteren Jugendlichen – keinen detaillierten Einblick in das Medienkonsumverhalten ihrer älteren Kinder haben.

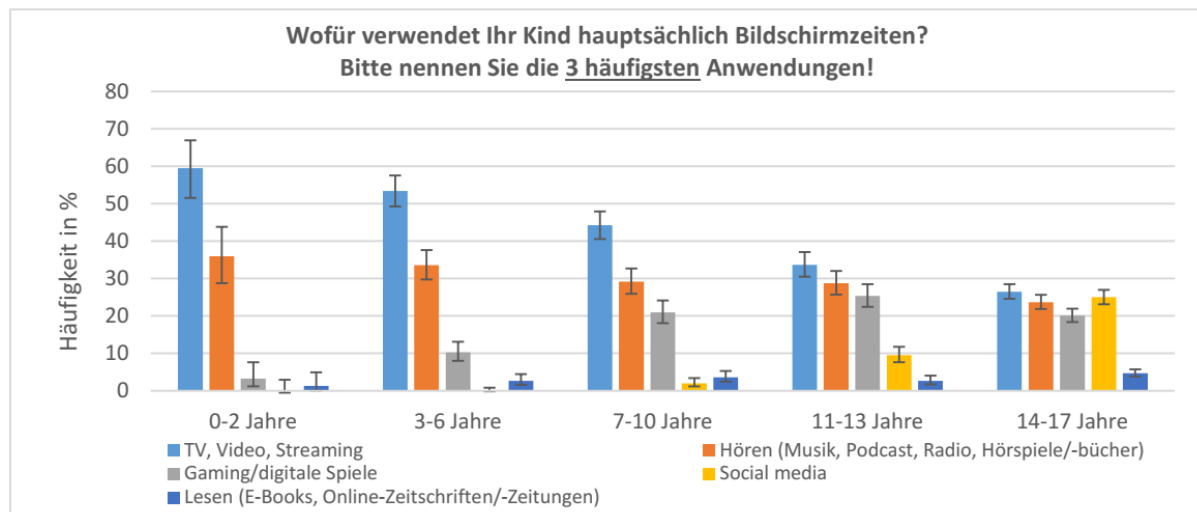
Von den Kindern und Jugendlichen überschritten 62,8 % die in der S2k-Leitlinie zur Prävention des dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs in Kindheit und Jugend empfohlene tägliche Bildschirmzeit. Im Kindergartenalter hielten sich 57,2 % der Eltern nicht an die Empfehlungen für die Bildschirmzeit der Kinder. Unter den 6- bis 8-Jährigen lag der Anteil bei 75,6 %, bei den 9- bis 11-Jährigen bei 60,1 % und bei den ab 12-Jährigen bei 72,6 % (Abbildung 2).

Abbildung 2: Empfohlene Bildschirmhöchstzeit eingehalten nach Altersgruppen (Abbildung entnommen aus der GeKuJu-Studie, Peters et al. 2024).



Da laut Studienlage die Art der genutzten Inhalte im Zusammenhang mit der Entstehung von Essstörungen eine größere Rolle spielt als die Bildschirmzeit, zeigt Abbildung 3 die Arten der am häufigsten genutzten Inhalte. Nach dem Grundschulalter steigt die Social Media-Nutzung deutlich an: 25 % der 14- bis 17-Jährigen nutzen regelmäßig soziale Medien – fast ebenso häufig wie Fernsehen oder Streaming (26,5 %). Der deutliche Anstieg der Social Media-Nutzung nach dem Grundschulalter trifft auf eine Phase erhöhter Vulnerabilität. Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren befinden sich in einer sensiblen Entwicklungsphase, in der Körperbild und Selbstwert stark durch äußere Einflüsse geprägt werden. Die intensive Nutzung sozialer Medien in diesem Alter kann somit als potenzieller Risikofaktor für die Entstehung von Körperunzufriedenheit und essstörungsrelevantem Verhalten gelten, jedoch abhängig von der Art der konsumierten Inhalte.

Abbildung 3: Die häufigsten Anwendungen in der Bildschirmzeit nach Ansicht der Eltern nach Altersgruppen (Abbildung entnommen aus der GeKuJu-Studie, Peters et al. 2024).



Die JIM-Studie 2024 (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2025b) liefert keine direkten klinischen Daten zu Essstörungen, zeigt aber klare Risikokonstellationen:

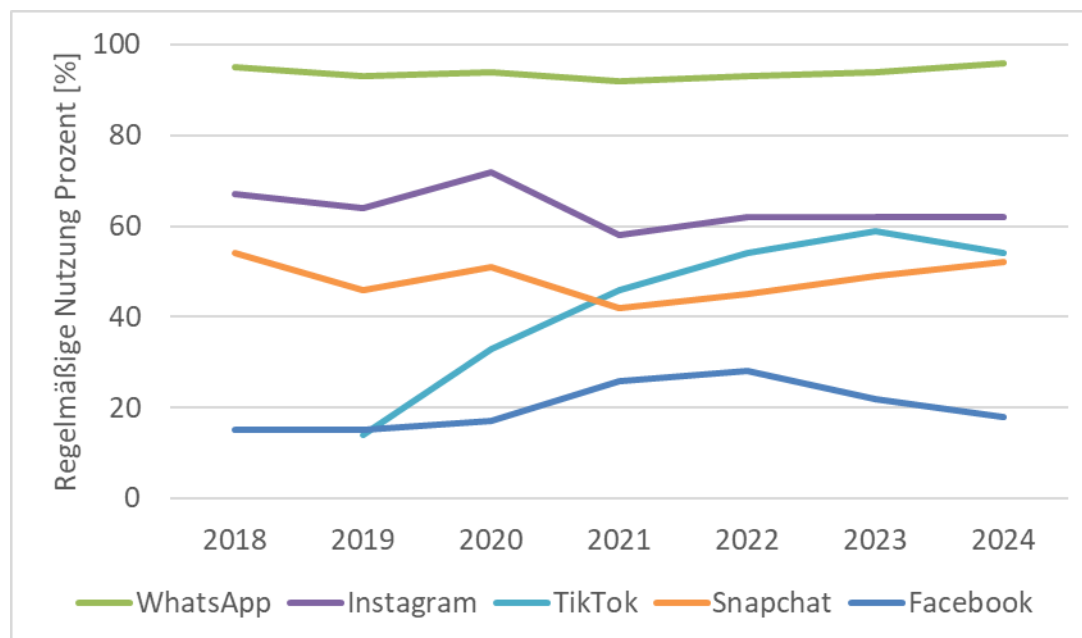
- hochfrequente Nutzung visuell orientierter Plattformen (z. B. Instagram 68 % der Mädchen und 56 % der Jungen nutzen die App täglich/mehrmals die Woche, bei TikTok sind es 59 % der Mädchen und 49 % der Jungen),
- als Nutzungsmotiv Konsum trendbezogener Inhalte (z. B. Lifestyle und Mode) und
- zunehmende Kontakte mit problematischen Inhalten (z. B. beleidigende Kommentare) und soziale Vergleiche; ein Viertel fühlt sich von Social-Media-Möglichkeiten überfordert.

Diese Faktoren gelten laut Forschung als psychosoziale Risikofaktoren für gestörtes Essverhalten und Körperbildprobleme bei Jugendlichen. Jungen und Mädchen unterscheiden sich hinsichtlich der Nutzung der Apps. Insbesondere die Online-Angebote, wie Instagram, TikTok und Snapchat sind sehr beliebt bei weiblichen Befragten. Für Jungen sind dafür Videoplattformen, wie Youtube wichtiger und sie verbringen deutlich mehr Zeit mit digitalen Spielen als Mädchen. WhatsApp wird sowohl von Mädchen als auch Jungen am meisten genutzt. Da es sich um eine

repräsentative Befragung handelt, können diese Ergebnisse auch für Schleswig-Holstein angenommen werden.

Abbildung 4 zeigt die Zeitreihe der regelmäßigen Social Media-Nutzung (2018–2024) basierend auf den JIM-Daten: WhatsApp bleibt konstant sehr hoch, Instagram und Snapchat stagnieren auf recht hohem Niveau. TikTok steigt stark bis 2023 und zeigt 2024 erstmals einen Rückgang. Facebook verliert nach einem zwischenzeitlichen Anstieg 2021/2022 wieder an Bedeutung. Fazit ist, dass die regelmäßige Nutzung von Social-Media-Apps fester Bestandteil des Alltags der meisten Kinder und Jugendlichen ist. Zu beachten ist, dass die Jugendlichen z. T. jeweils mehrere der genannten Apps nutzen. Dadurch erhöht sich die Expositionszeit gegenüber potenziell Risiko-erhöhenden Inhalten, aber auch die Nutzung potenziell Risiko-senkender Inhalte ist zumindest möglich.

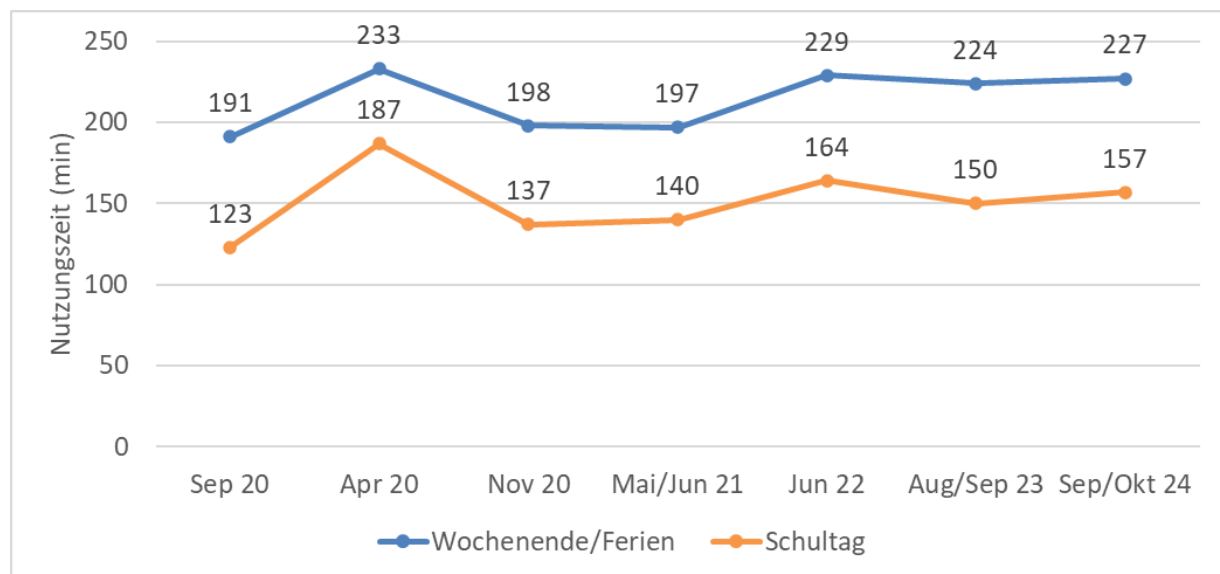
Abbildung 4: Anteile der Jugendlichen von 12 bis 19 Jahren, die regelmäßig (täglich/mehrmals wöchentlich) Social Media-Apps nutzen nach Art der App von 2018 bis 2024 (JIM-Studien 2018-2024, Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest 2019-2025, eigene Darstellung).



Eine weitere repräsentative Studie zur problematischen Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland führt die DAK-Gesundheit regelmäßig durch (Wiedemann et al. 2025). Ergebnisse der letzten Befragungswelle (Abbildung 5) zeigen: Im Herbst 2024 nutzten nahezu alle befragten Mädchen (94 %) soziale Medien mindestens einmal pro Woche, die Mehrheit davon (71 %) sogar täglich. Bei den Jungen lagen die Anteile mit 90 % regelmäßiger und 69 % täglicher Nutzung

ähnlich hoch. Die durchschnittliche Nutzungsdauer betrug werktags 157 Minuten (= mehr als 2,5 Stunden) und am Wochenende 227 Minuten, etwas mehr als im Vorjahr (2023: 150 / 224 Minuten). Damit liegen die Zeiten weiterhin deutlich über dem Niveau vor der Pandemie (2019: 123 / 191 Minuten) (Wiedemann et al. 2025). Fazit ist hier, dass die Expositionszeit gegenüber möglichen Risikofaktoren durch problematische Inhalte steigt bzw. hoch ist.

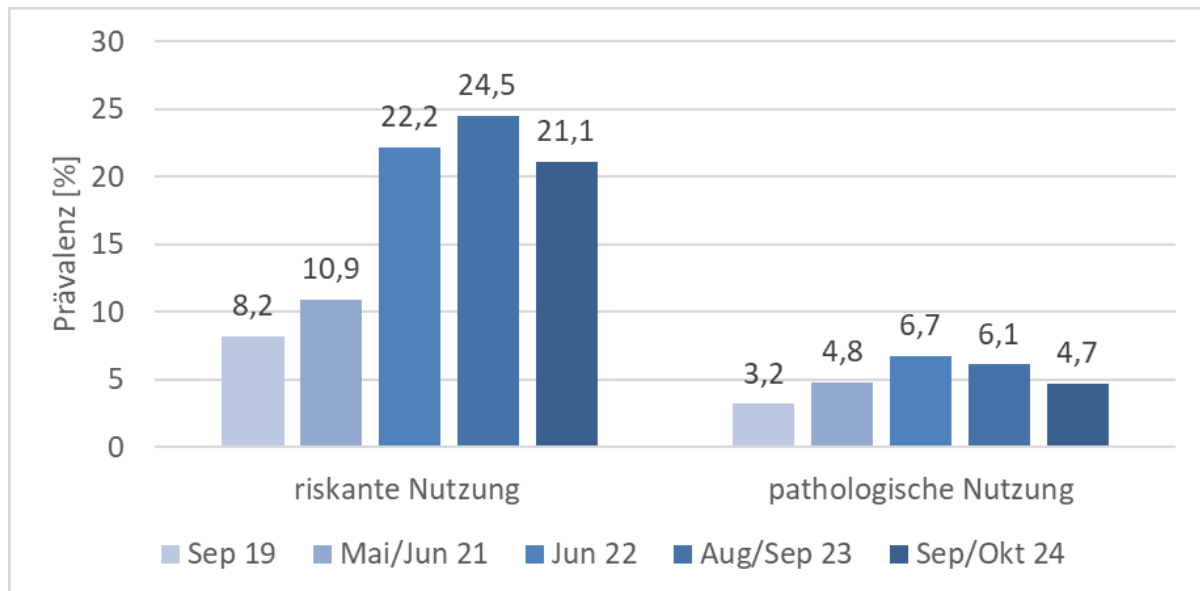
Abbildung 5: Tägliche Nutzung sozialer Medien unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Dargestellt sind die Erhebungswellen von 2019 bis 2024, differenziert nach Schultagen oder Wochenende/Ferien (eigene Darstellung nach Wiedemann et al. 2025).



Die Studie betrachtet auch die riskanten und pathologischen Nutzungsmuster von Social Media (nach ICD-11) und kommt hier zu folgenden Ergebnissen. Im Herbst 2024 zeigte sich bei Jugendlichen erstmals seit der Pandemie ein leichter Rückgang in der riskanten Nutzung sozialer Medien (Abbildung 6). Der Anteil sank von 24,5 % auf 21,1 %. Auch die pathologische Nutzung nahm leicht ab – von 6,1 % im Vorjahr auf 4,7 %. Beide Unterschiede waren nicht statistisch signifikant. Hochgerechnet betrifft dies weiterhin über 1,3 Millionen 10- bis 17-Jährige in Deutschland, die entweder ein erhöhtes Risiko aufweisen oder bereits problematische Nutzungsmuster zeigen (Wiedemann et al. 2025). Zwischen Jungen (6,0 %) und Mädchen (3,2 %) zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der pathologischen Nutzung sozialer Medien, bei Mädchen hat sich die Prävalenz im Vergleich zum Vorjahr jedoch etwa halbiert (Wiedemann et al. 2025). Auch in Schleswig-Holstein könnte somit nach diesen repräsentativen Ergebnissen ca. jeder 5. Jugendliche ein

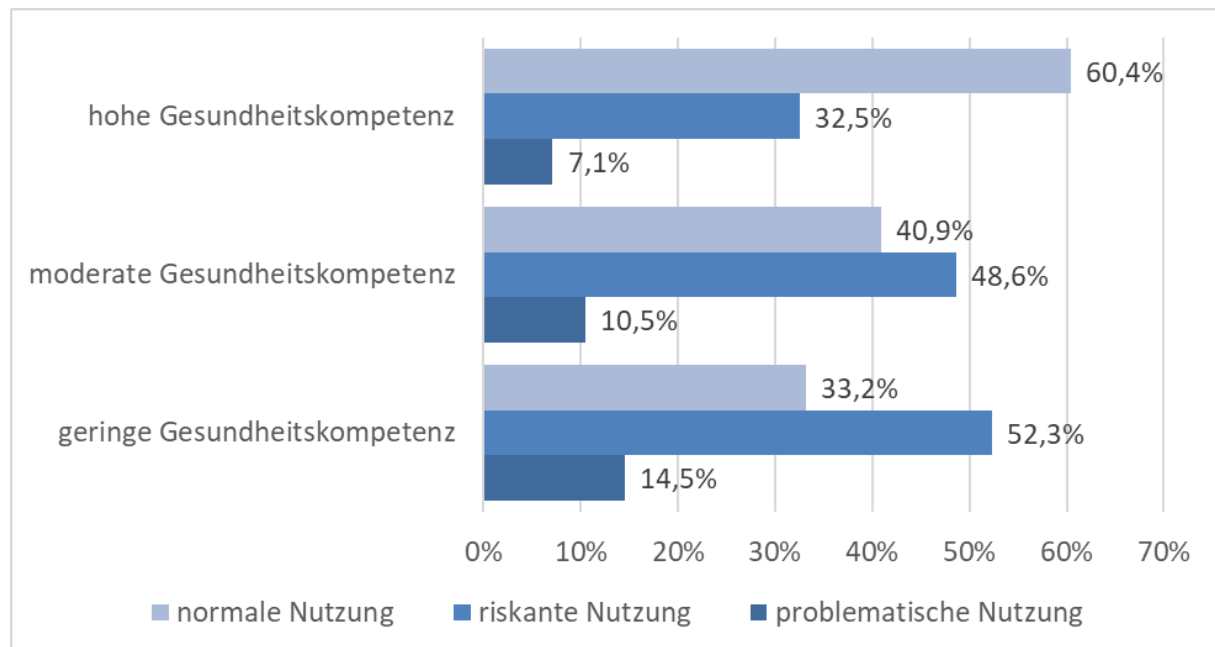
riskantes Nutzungsverhalten aufzeigen, was die Chance auf den Konsum potenziell risikoerhöhender Inhalte für Essstörungen erhöht. Erfreulich ist der Rückgang bei pathologischer Nutzung, insbesondere bei den Mädchen, jedoch bleiben hier die Folgewellen abzuwarten, um einzuschätzen wie robust dieser Befund ist.

Abbildung 6: Riskante und pathologische Nutzung sozialer Medien unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland von 2019 bis 2024 (eigene Darstellung nach Wiedemann et al. 2025).



Die Daten der "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC)-Studie für Deutschland (Stand 2022) verdeutlichen, dass rund 11 % der 11-, 13- und 15-Jährigen ein problematisches, suchtähnliches Nutzungsverhalten sozialer Medien zeigen (Dadaczynski et al. 2025). Ein erhöhtes Risiko für problematische Social Media-Nutzung besteht insbesondere bei Mädchen, genderdiversen Jugendlichen, 13-Jährigen, Jugendlichen mit Migrationshintergrund sowie bei Personen, die eine nicht-gymnasiale Schulform besuchen (Dadaczynski et al. 2025). Die Studie fand einen signifikanten Zusammenhang von einer geringen Gesundheitskompetenz mit beiden Formen der Mediennutzung, Social Media (Abbildung 7) und digitalem Spielen.

Abbildung 7: Nutzung sozialer Medien stratifiziert nach Gesundheitskompetenz bei Schülerinnen und Schülern in Deutschland (N=4510) (eigene Darstellung nach Dadaczynski et al. 2025, Daten der HBSC-Studie 2022).



Insgesamt betrachtet legt die Evidenzlage einen Handlungsbedarf nahe, um Prävention, Medienregulierung und digitale Gesundheitsbildung zu stärken (Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste 2024).

Social Media- und Online-Angebote als Schutzfaktor

Aktuelle Studien zeigen ein komplexes Verhältnis zwischen der Nutzung sozialer Medien und Heilungsprozessen bei Essstörungen. Eine randomisiert kontrollierte Studie von Rohrbach et al. (2022) zeigte, dass internetbasierte Selbsthilfe, Unterstützung durch erfahrene Patientinnen und Patienten und deren Kombination wirksam sind, um Essstörungssymptome zu reduzieren. Niedrigschwellige Angebote können unterversorgte Personen erreichen und bestehende Behandlungsformen sinnvoll ergänzen (Rohrbach et al. 2022). Dingemans et al. (2023) untersuchten die potenzielle Beziehung zwischen der Bereitschaft zur Veränderung von gestörtem Essverhalten und die Motive bei der Nutzung sozialer Medien und fanden keinen direkten Zusammenhang zwischen Social Media-Konsum und Symptomausprägung, Körperzufriedenheit oder Selbstwert. Qualitative Befunde von Praet et al. (2024) auf Basis von Interviews mit an Anorexia nervosa erkrankten Mädchen zeigten, dass

Social Media sowohl negative als auch positive Rollen im Krankheitsverlauf einnehmen kann. Ein relevanter Nutzen im Heilungsprozess stellte sich heraus. Die Jugendlichen beschrieben Social Media als unterstützend, wenn ein Bewusstsein für schädliche Inhalte vorhanden ist, bestimmte Inhalte aktiv vermieden werden und externe Unterstützung bei der reflektierten Nutzung erfolgt. Auch psychoedukative Inhalte, Erfahrungsberichte von ehemals Betroffenen und der Hinweis auf Hilfsangebote können die Behandlungsmotivation steigern und eine frühere Inanspruchnahme professioneller Hilfe erleichtern.

Zur Stärkung der zentralen Schutzfaktoren gehören Programme zur Förderung von Medienkompetenz, die jungen Menschen helfen, einen kritischen Umgang mit digitalen Inhalten zu entwickeln und idealisierte Körperbilder zu hinterfragen (WHO 2020). Ebenso bedeutsam sind Initiativen, die Körpervielfalt, Selbstakzeptanz und psychische Gesundheit fördern. Aufklärungsangebote in Schulen und Familien können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, frühe Anzeichen gestörten Essverhaltens zu erkennen und präventiv gegenzusteuern (BZgA 2021). Pädagogische Fachkräfte spielen hierbei eine entscheidende Rolle, da sie den Jugendlichen Orientierung und Unterstützung bieten können. Darüber hinaus zeigen Studien, dass soziale Unterstützung, stabile familiäre Beziehungen und ein positives Selbstbild stark schützende Wirkungen entfalten (Wunderer et al. 2022). Jugendliche, die sich in sozialen Netzwerken an diversen Vorbildern orientieren und sich in gesundheitsförderlichen Online-Communities bewegen, zeigen möglicherweise geringere Risiken für Körperunzufriedenheit und Essstörungen.

4.2.2 Individuelle Faktoren

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz gilt als eine wichtige Einflussgröße für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten (z. B. Ernährung, Bewegung) und die psychosomatische Gesundheit. In der HBSC-Studie für Deutschland (Stand 2022, Daten aus Schleswig-Holstein anteilmäßig enthalten) wiesen insgesamt 24,4 % der Kinder und Jugendlichen eine geringe Grundkompetenz auf. Bei den gender-diversen Befragten tritt eine geringe GK mit 51,2 % am häufigsten auf, während sich weibliche (22,6 %) und männliche (25,2 %) Befragte kaum unterscheiden. Kinder und Jugendliche aus

Familien mit niedrigem Wohlstand zeigen häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz (29,1 %) als jene aus Familien mit mittlerem (24,8 %) oder hohem (17,5 %) Wohlstand (Dadaczynski et al. 2025).

Eine eingeschränkte oder inadäquate Gesundheitskompetenz der Eltern stellt einen erheblichen Risikofaktor dar, da die Erkrankung häufig im Jugendalter entsteht und Eltern bzw. Sorgeberechtigte zentrale Bezugspersonen bei der frühzeitigen Wahrnehmung, Einordnung und Behandlung von Essstörungen sind. Wenn sie Schwierigkeiten haben, relevante Informationen zu psychischer Gesundheit zu erkennen oder passende Unterstützungsangebote zu identifizieren, kann dies die frühe Intervention verzögern oder den Zugang zu professioneller Hilfe erschweren. Gegenteilig kann eine ausreichende Gesundheitskompetenz als Schutzfaktor wirken.

Von den 2.133 Eltern, von denen Angaben zur Berechnung der Gesundheitskompetenz in der GeKuJu-Studie (Peters et al. 2024) vorlagen, verfügten 60,6 % über eine ausreichende Gesundheitskompetenz, während 28,3 % nur eingeschränkte und 11,1 % eine inadäquate Gesundheitskompetenz aufwiesen. Damit hat etwa jede neunte befragte Person große Schwierigkeiten, gesundheitsbezogene Informationen für ihr Kind zu finden, zu verstehen und anzuwenden. Besonders auffällig ist, dass etwa die Hälfte (51 %) der Befragten angab, Informationen über Unterstützung bei psychischen Belastungen, z. B. Stress, Depression oder ähnliche Problemlagen, als „ziemlich“ oder „sehr schwierig“ zu finden. Aufgrund des häufig frühen Erkrankungsalters der Kinder und Jugendlichen spielen die Eltern eine erhebliche Rolle für die Detektion und den (Heilungs-)Verlauf, sodass in der Prävention nicht nur die Gesundheitskompetenz der Betroffenen, sondern auch die der Eltern gestärkt werden sollte.

4.2.3 Psychosoziale Faktoren

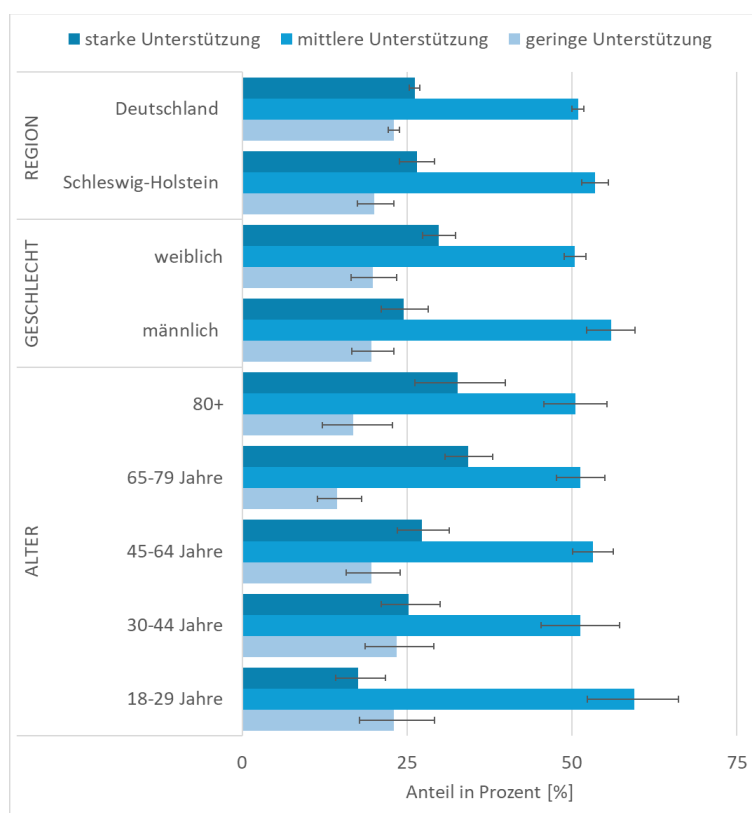
Soziale Unterstützung und Netzwerke

In Forschung und Praxis wird eine geringe soziale Unterstützung häufig als Risikofaktor für psychische Erkrankungen, auch für Essstörungen, genannt. Abbildung 8 zeigt die Anteile der Bevölkerung mit geringer, mittlerer und starker sozialer Unterstützung für Schleswig-Holstein und Deutschland sowie nach

Geschlecht und Alter. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (Schleswig-Holstein: 53,5 %, Deutschland: 50,9 %) empfand eine mittlere soziale Unterstützung, zwar bestehen soziale Kontakte und gewisse Hilfsmöglichkeiten, diese sind jedoch weniger stabil oder umfassend als in der höchsten Kategorie (starke Unterstützung). etwa ein Fünftel der Menschen in Schleswig-Holstein (20,1 %) empfanden eine geringe soziale Unterstützung. Das bedeutet, betroffene Person haben wenige enge Bezugspersonen, erleben selten Verständnis oder Hilfe von anderen und können sich sozial isoliert fühlen. Fast ein Viertel – rund 23 % der 18- bis 29-Jährigen, bei denen das Risiko für die Entstehung einer Essstörung höher ist als bei den Älteren – empfinden eine nur geringe soziale Unterstützung. Menschen mit niedrigerer Bildung empfinden ebenfalls häufiger geringe soziale Unterstützung (23,5 %) als die Gruppe mit hoher Bildung (15,5 %). Bei Frauen und Männern ist der Anteil derer, die eine geringe soziale Unterstützung empfinden mit ca. 20 % in etwa gleich hoch.

Eine starke Unterstützung hingegen kann sich schützend auswirken. Positiv ist, dass etwas mehr als ein Viertel der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner eine starke soziale Unterstützung angeben. Der Anteil ist bei den Frauen (29,8 %) höher als bei den Männern (24,5 %). Etwa 17 % der 18- bis 29-Jährigen berichten von einer hohen sozialen Unterstützung. Das ist der niedrigste Anteil dieser Kategorie in allen Altersgruppen.

Abbildung 8: Anteile (%) der Bevölkerung ab 18 Jahre mit geringer, mittlerer und starker sozialer Unterstützung (Oslo-3-Skala zur sozialen Unterstützung (OSS-3)) nach Region, Geschlecht und Alter in Schleswig-Holstein im Jahr 2024 (Daten altersstandardisiert und gewichtet; Quelle: Robert Koch Institut 2024).



Körperbild-Wahrnehmung

Eine Befragung aus dem Jahr 2024 in Hamburg und Bremen zeigt, dass zwei Fünftel der Jugendlichen angeben, dass sie mindestens manchmal bis (fast) täglich aufgrund ihres eigenen Körpergewichts unter Stimmungsschwankungen leiden (Baumgärtner et al. 2025). Zudem hat ein Drittel aller Befragten in den letzten 12 Monaten mindestens eine Diät durchgeführt (Baumgärtner et al. 2025). „Zieht man die Kriterien der SCOFF-Skala zur Schätzung des Anteils der Jugendlichen heran, bei denen sich erste Verdachtsmomente für das Vorliegen einer möglichen Essstörung ausmachen lassen, dann trifft dies in 2024 ebenfalls für jeweils mehr als ein Drittel der in Hamburg, Bremen und Bremerhaven befragten 14- bis 17-Jährigen zu. Hier, wie im Übrigen auch bei den anderen Aspekten der selbstkritischen Körperwahrnehmung, zeigen sich die weiblichen Befragten deutlich sensibler als ihre männlichen Altersgenossen, obwohl auch bei diesen das eigene Körpergewicht bzw. das Aussehen der eigenen Figur in den vergangenen Jahren eine zunehmend größere Bedeutung erfährt“ (Baumgärtner et al. 2025).

In der bereits oben genannten GeKuJu-Studie wurden die Eltern aufgefordert anzugeben, ob sie der Ansicht sind, dass ihr Kind „viel zu dünn ist“, „ein bisschen zu dünn ist“, „genau das richtige Gewicht hat“, „ein bisschen zu dick ist“ oder „viel zu dick ist“ (Peters et al. 2024). Insgesamt gaben 18,5 % der Befragten an, dass sie ihr Kind „als viel zu dünn“ (2,8 %) oder „ein bisschen zu dünn“ (15,7 %) wahrnehmen. Das Durchschnittsalter der 2.516 Kinder und Jugendlichen aus Schleswig-Holstein lag im Mittel bei 9,35 (SD=5,18) Jahren, zur Hälfte Mädchen und Jungen (Peters et al. 2024). Speziell bei der Wahrnehmung „zu dünn“ kann es zu mehr Druck bezüglich des Essens schon bei jüngeren Kindern durch Eltern kommen — ein potenzieller Risikofaktor für gestörtes Essverhalten oder belastete Beziehung zum Essen (Chen et al. 2025, Wang et al. 2023). Jedoch sind elterliche Einschätzungen mit Unsicherheiten behaftet, z. B. wurden Jugendliche mit Unter- oder Übergewicht am häufigsten von ihren Eltern falsch in ihrem Gewicht eingeschätzt (Sand et al. 2014). Diese Befunde weisen darauf hin, dass familiäre Interventionen gezielt die Einschätzung des tatsächlichen Körpergewichts verbessern sollten, um eine angemessene Gewichtskontrolle bei Jugendlichen zu fördern.

Psychische Belastungen

41,7 % der in der HBSC-Studie befragten Kinder und Jugendlichen gaben an, mindestens zwei psychosomatische Beschwerden pro Woche erlebt zu haben (Dadaczynski et al. 2025). Dabei waren 29,8 % der Jungen, 52,2 % der Mädchen und 80,4 % der gender-diversen Jugendlichen betroffen. Am häufigsten traten psychische Symptome auf, insbesondere Gereiztheit (33,9 %), Einschlafprobleme (32,5 %), Nervosität (22,4 %) und Niedergeschlagenheit (20,8 %) (Dadaczynski et al. 2025).

Die Ergebnisse zeigen, dass psychosomatische Beschwerden, insbesondere psychische Symptome, bei Kindern und Jugendlichen weit verbreitet sind. Mädchen und gender-diverse Jugendliche sind deutlich häufiger betroffen als Jungen. Angesichts der bekannten Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und Essstörungen weisen diese Gruppen ein erhöhtes Risiko auf, was gezielte Präventionsmaßnahmen erforderlich macht.

Die psychische Gesundheit der Eltern stellt insgesamt einen Risikofaktor für die psychische Gesundheit der Kinder dar, ist also auch relevant für die Entstehung von Essstörungen im Jugendalter. Gleichzeitig bleibt festzuhalten, dass Essstörungen multifaktoriell bedingt sind und die elterliche Psyche nur einen Teil des Risikoprofils ausmacht. Mechanismen umfassen gestörte Bindung, Stress im Familiensystem und dysfunktionale Vorbilder im Essverhalten. Studiendesigns reichen von Querschnitt- bis zu longitudinalen Ansätzen, die Kausalität ist nicht eindeutig belegt. Elterliche psychische Belastungen wirken über emotionale, modellhafte und biologische Wege, weshalb familienorientierte Prävention und Therapieansätze eine zentrale Rolle in der Behandlung spielen sollten. Zum Beispiel kann die mütterliche Körperunzufriedenheit Einfluss auf das Risiko gestörten Essverhaltens bei Töchtern haben (Cooley et al. 2008, Laboe et al. 2022). Es gibt Hinweise darauf, dass speziell Depression und Angst mit einem erhöhten Risiko für Essstörungen bei Nachkommen (zumindest bei Mädchen) verknüpft sind (Bould et al. 2015).

Für Eltern mit im Haushalt lebenden Kindern bis 13 Jahre liegen für Schleswig-Holstein Daten zur depressiven Symptomatik (erhoben mittels PHQ-8, Kroenke et al. 2009) aus der Panelbefragung 2024 des Robert Koch Instituts vor. Bei rund einem Viertel dieser Eltern (25,6 %) lag laut Screening eine depressive Symptomatik vor

und 15,2 % geben insgesamt eine schlechte oder weniger gute allgemeine psychische Gesundheit an.

Belastung durch die Covid-19-Pandemie

Als äußeres Ereignis wird die Covid-19-Pandemie mit den vielfältigen Folgen auf sozialer Ebene als verstärkender Faktor für Essstörungen genannt (Tam et al. 2025, Gilsbach et al. 2023). Wie stark sich die Menschen in Schleswig-Holstein aktuell noch durch die Folgen der Covid-19-Pandemie belastet fühlen, wurde in der Panelbefragung 2024 vom Robert Koch Institut zur Gesundheit in Deutschland gefragt: „Wie stark fühlten Sie sich während der letzten 4 Wochen aus Gründen der Folgen der Covid-19-Pandemie belastet?“. Auch Jahre nach der Akut-Phase der Pandemie mit Einschränkungen des sozialen Lebens fühlen sich noch rund 14,4 % der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner (n = 2.605) ziemlich stark oder stark belastet. Betrachtet man die Gruppe mit den im Haushalt lebenden Kindern bis 13 Jahre (n = 402), so sind es 16,3 %, die angeben, sich in den letzten vier Wochen vor der Befragung ziemlich stark oder stark belastet gefühlt zu haben, durch die Folgen der Pandemie. Diese Ergebnisse müssen nicht zwangsläufig im Zusammenhang mit der Zunahme von Essstörungen stehen, können jedoch als potenziell weitere Risiko-erhöhende Faktoren im Gefüge der komplexen Zusammenhänge der Entstehung der Essstörungen in den Blick genommen werden.

Die beschriebenen Risiko- und Schutzfaktoren für Essstörungen stellen lediglich eine Auswahl relevanter Indikatoren dar. Diese Faktoren wirken nicht unabhängig voneinander, sondern stehen in komplexen, wechselseitigen Beziehungen. Wichtig ist zudem, dass es sich um statistische Zusammenhänge handelt, die sich auf große Bevölkerungsgruppen beziehen. Auch wenn einzelne Personen mehrere Risikofaktoren aufweisen, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass sie eine Essstörung entwickeln. Die Analyse dieser Faktoren ermöglicht es jedoch, besonders gefährdete Gruppen, wie Jugendliche mit mehreren Risikofaktoren, frühzeitig zu erkennen, Präventionsmaßnahmen gezielt einzusetzen, Belastungsrisiken zu senken und den Zugang zu angemessener Versorgung und Behandlung sicherzustellen.

5. Häufigkeit von Essstörungen

Im Folgenden wird nach einer kurzen Einführung ein Überblick gegeben, wie viele stationäre Behandlungsfälle (Kapitel 5.1), wie viele ambulante Patientinnen und Patienten (Kapitel 5.2) und wie viele Menschen mit Essstörungen sektorübergreifend versorgt wurden (Kapitel 5.3). Betrachtet werden die Unterschiede im Zeitverlauf, in Schleswig-Holstein und Deutschland, nach Alter und Geschlecht sowie das Diagnosespektrum und die Neuerkrankungsraten in einzelnen Jahren. Im letzten Teil des Kapitels werden häufige Begleiterkrankungen von Essstörungen beleuchtet (Kapitel 5.4).

Im medizinischen Bereich richten sich Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen bei der Diagnostik und Behandlung nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision“ (ICD-10-GM). Die folgenden Beschreibungen der ambulanten Diagnose- und stationären Fallhäufigkeiten erfolgen auf Grundlage dieser Klassifikation. Die „Psychischen und Verhaltensstörungen“, die im Kapitel V der ICD-10-GM mit den Schlüsselnummern F00-F99 versehen sind, umfassen sehr unterschiedliche Sachverhalte und Schweregrade. Dazu zählen z. B. Depressionen, Angststörungen, schädlicher Alkoholkonsum, posttraumatische Belastungsstörungen, aber auch kindliche Sprachentwicklungsstörungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen, Autismus und viele mehr.

Für den vorliegenden Bericht ist der Bereich der Essstörungen relevant, der Teil der „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F50-F59) ist. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Diagnosen im Bereich der Essstörungen der ICD-10-GM (F50.0-F50.9). Es werden hier sowohl die Gesamtgruppe der F50.-Diagnosen (umfasst alle Diagnosegruppen in Tabelle 2) als auch einzelne Erkrankungen betrachtet.

Tabelle 2: Übersicht über den Bereich der Essstörungen (F50.0-F50.9) der ICD-10-GM (Quelle: BfArM 2025).

F50.0	Anorexia nervosa
F50.1	Atypische Anorexia nervosa
F50.2	Bulimia nervosa
F50.3	Atypische Bulimia nervosa
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen

F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen
F50.8	Sonstige Essstörungen
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet

Dazu werden neben Falldaten der Krankenhausstatistik (2014-2023), krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (2015-2024) sowie hochgerechnete Daten der BARMER Krankenkasse (2018-2023) einbezogen.

5.1 Diagnosen in der stationären Versorgung

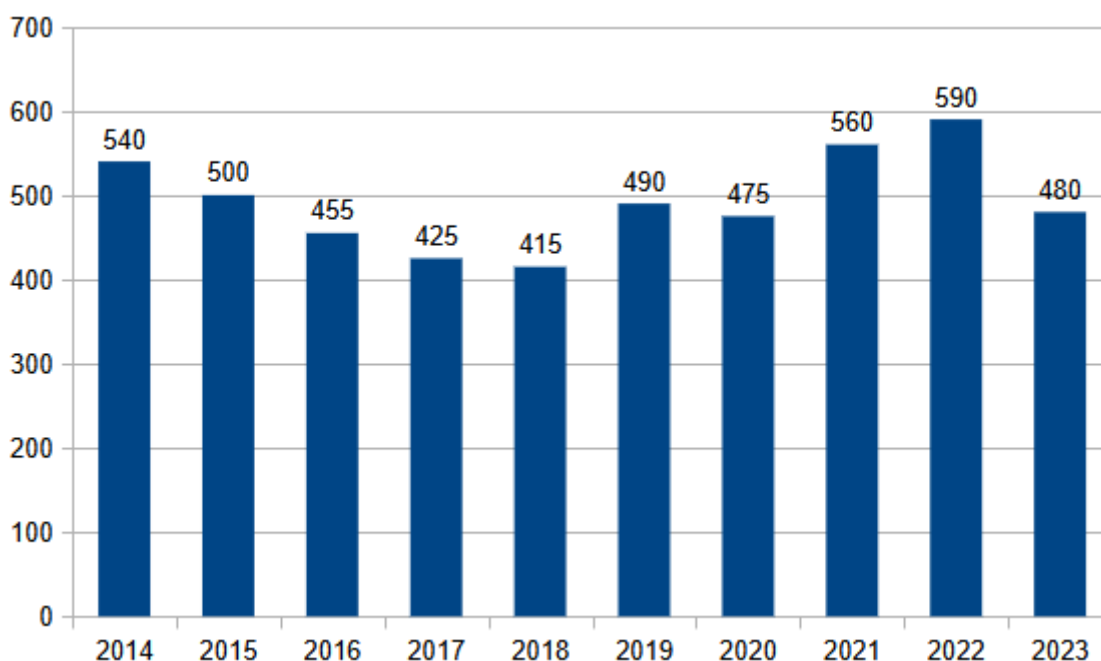
Daten über stationäre Behandlungen sind wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Mit Blick auf Essstörungen ermöglicht die Krankenhausdiagnose-Statistik eine Einschätzung, wie viele stationäre Behandlungsfälle registriert wurden. Die Krankenhausdiagnose-Statistik ist Bestandteil der amtlichen Krankenhausstatistik. Die Krankenhausstatistik erstreckt sich auf alle Krankenhäuser sowie alle Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. In der Krankenhausdiagnose-Statistik wird sowohl der Behandlungs- als auch der Wohnort der Patientin bzw. des Patienten erfasst. Die vorliegenden Daten wurden nach dem Wohnort (Schleswig-Holstein) ausgewertet und stellen somit die Krankheitshäufigkeit dar. Um bei kleinen Fallzahlen (kleiner fünf) die Geheimhaltung zu wahren, werden die Daten der Krankenhausdiagnose-Statistik durch den Datenhalter (Statistikamt Nord) der sogenannten Fünfer-Rundung unterzogen. Das heißt, die Häufigkeitszahlen enden immer auf Null oder Fünf. Die Statistik für das Jahr 2024 lag zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts noch nicht vor.

Im Zeitraum von 2014 bis 2023 gab es pro Jahr durchschnittlich 493 Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein. Das heißt, stationär behandelte Essstörungen machen einen sehr geringen Anteil aller stationärer Behandlungsfälle in Schleswig-Holstein aus. Im Jahr 2023 lag der Anteil von F50-Diagnosen (Essstörungen) an allen Krankenhausdiagnosen bei 0,08 % (480 von 600.465). Der Anteil von F50-Diagnosen (Essstörungen) an allen stationären

Behandlungsfällen mit einer F-Diagnose (psychische und Verhaltensstörungen) lag bei 1,2 % (480 von 40.005) im Jahr 2023.

Abbildung 9 zeigt die absolute Anzahl der Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein im Zeitverlauf.

Abbildung 9: Anzahl der Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein nach Jahren (Quelle: Statistikamt Nord 2025).



In der Zeit von 2014 bis 2018 sank die Zahl der Behandlungsfälle von 540 auf 415, um in den Folgejahren wieder anzusteigen. Insbesondere in den Jahren 2021 und 2022 ist die Zahl der Behandlungsfälle recht deutlich angestiegen. Hier geben verschiedene Untersuchungen Hinweise darauf, dass diese Entwicklung mit der COVID-19-Pandemie in Verbindung steht (Deutsches Ärzteblatt 2024, AOK 2024, WidO 2022). Im Jahr 2023 ist die Zahl der stationär behandelten Essstörungen erneut gesunken und liegt wieder auf dem vorpandemischen Niveau.

Abbildung 10 zeigt die Anzahl der Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) in Schleswig-Holstein und Deutschland im Zeitverlauf. Die Kurve für Schleswig-Holstein spiegelt den bereits in Abbildung 9 gezeigten Trend wider. Mit Blick auf die Werte für das gesamte Bundesgebiet zeigt sich ein ähnlicher Verlauf über die Zeit. Die Werte für Schleswig-Holstein liegen

allerdings über denen von Deutschland insgesamt, wobei sich die Kurven zuletzt wieder angenähert haben. Im Jahr 2023 gab es in Schleswig-Holstein 16,3 stationäre Behandlungsfälle aufgrund einer Essstörung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, in Deutschland waren es 14,5. Es ist wichtig zu beachten, dass die gezeigten Werte eine rohe Rate und keine alters- und geschlechtsstandardisierte Rate darstellen. Das heißt Unterschiede in der Zusammensetzung der Bevölkerung hinsichtlich Alter und Geschlecht könnten einen Teil der Werteunterschiede zwischen Schleswig-Holstein und Deutschland erklären.

Abbildung 10: Anzahl der Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (rohe Rate) in Schleswig-Holstein und Deutschland nach Jahren (Quelle: Statistikamt Nord 2025, Destatis 2025).

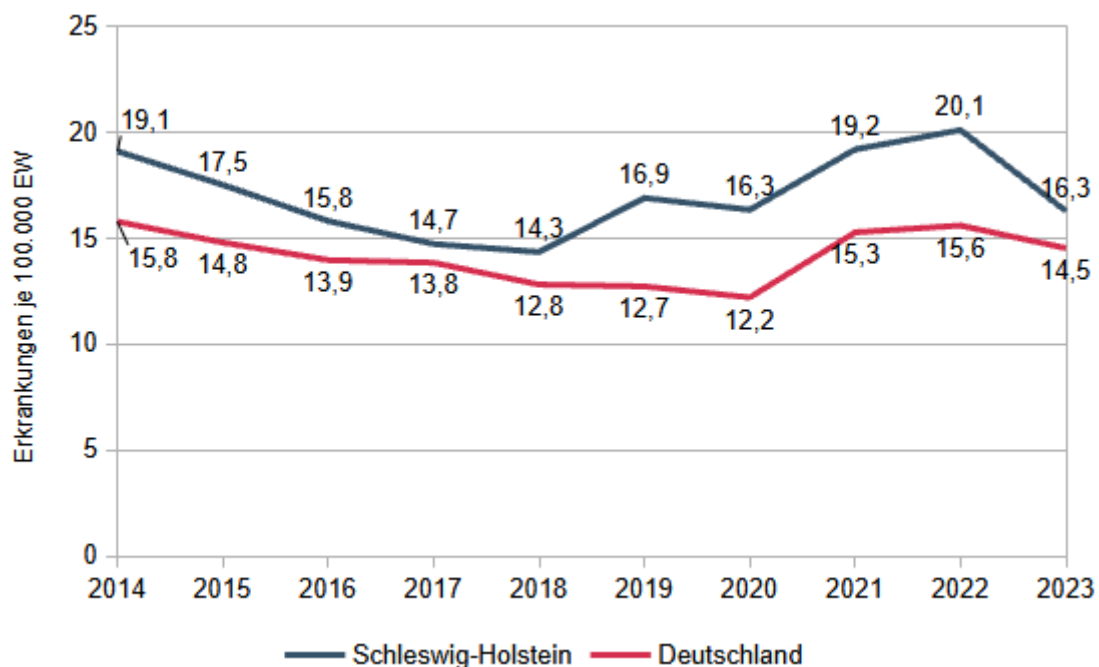
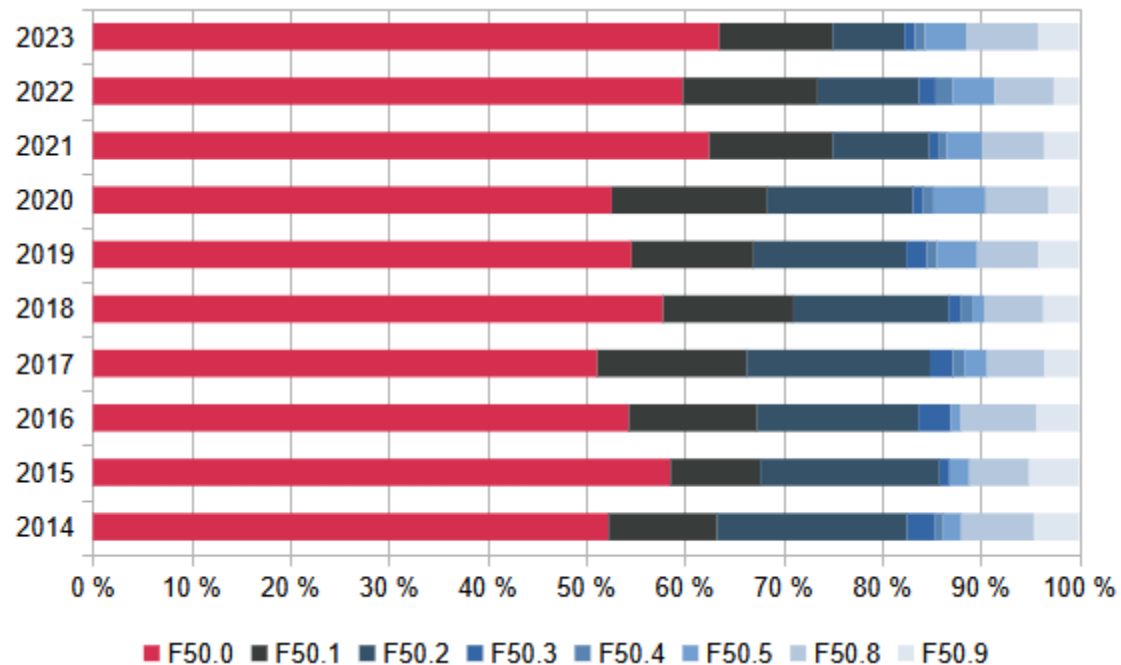


Abbildung 11 zeigt die Anteile (in %) der Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein nach Einzeldiagnosen (F50.0 bis F50.9) und Jahren.

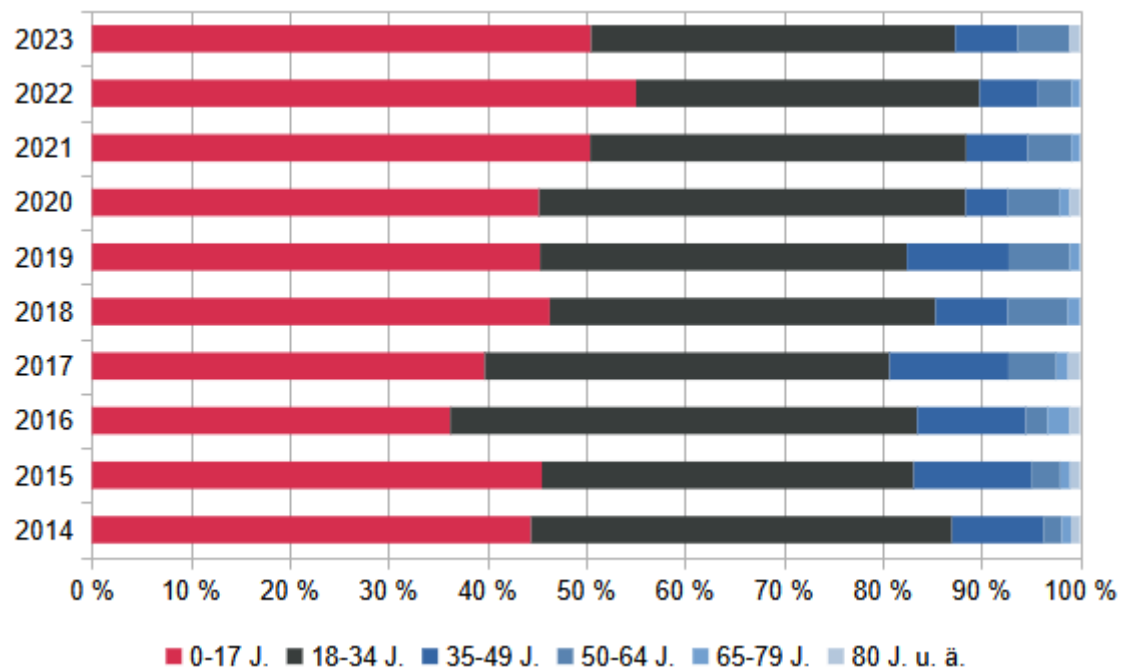
Abbildung 11: Anteile (in %) der Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein nach Einzeldiagnosen (F50.0 bis F50.9) und Jahren (Quelle: Statistikamt Nord 2025).



Dabei wird deutlich, dass allein die Diagnose F50.0 (Anorexia nervosa) mit steigender Tendenz mehr als die Hälfte aller F50-Diagnosen ausmacht. Im Jahr 2014 machte die Diagnose ca. 53 % aller Diagnosen im Bereich der Essstörungen aus und im Jahr 2023 betrug der Anteil ca. 64 %. Darüber hinaus haben die Diagnosen F50.1 (Atypische Anorexia nervosa) und F50.2 (Bulimia nervosa) über die Jahre einen nennenswerten Anteil an allen F50-Diagnosen. Die Diagnose F50.1 (Atypische Anorexia nervosa) zeigt sich in ihrem Anteil über die Jahre relativ stabil (um die 11 %). Die Diagnose F50.2 (Bulimia nervosa) hat sich im Zeitraum von 2014 bis 2023 mehr als halbiert (2014: 19 %, 2023: 7 %).

Abbildung 12 zeigt die Anteile (in %) der Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein nach Altersgruppen und Jahren.

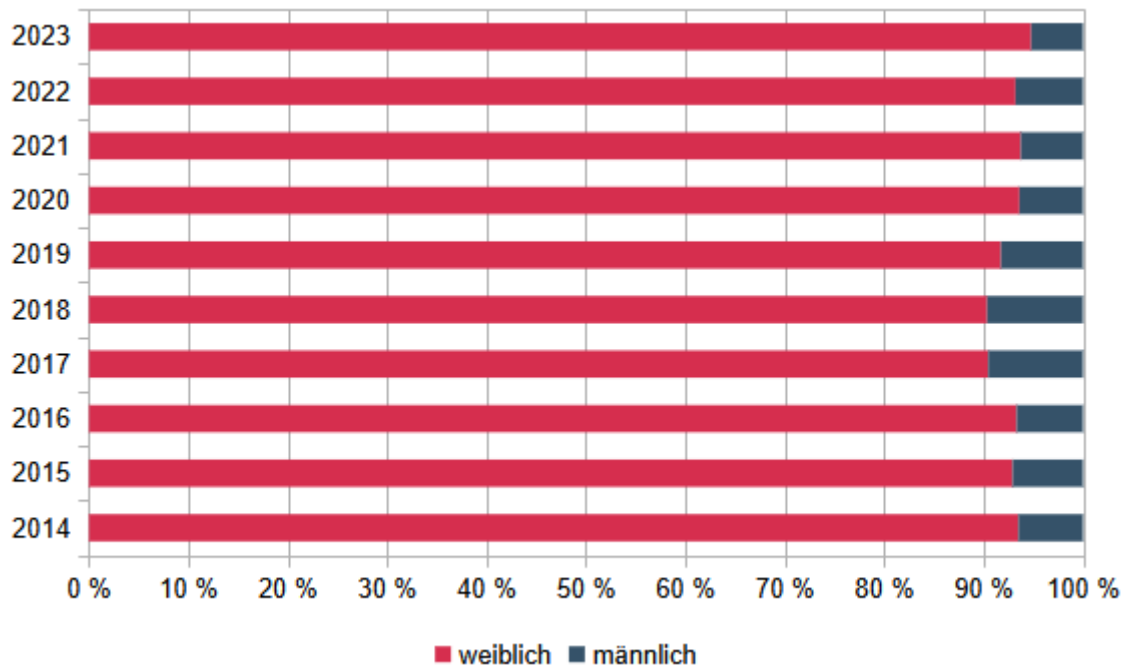
Abbildung 12: Anteile (in %) der Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein nach Altersgruppen und Jahren (Quelle: Statistikamt Nord 2025).



Dabei wird deutlich, dass die große Mehrheit der Krankenhausfälle in den Altersgruppen 0 - 17 Jahre und 18 - 34 Jahre entsteht. Die beiden Gruppen nehmen über die Jahre einen Anteil von 80 - 90 % ein. Die Gruppe der bis unter 18-Jährigen hat zwischen 2014 und 2023 einen Anteil von 36 - 55 % und die Gruppe der 18- bis 34-Jährigen einen Anteil von 35 - 47 %. Die übrigen Altersgruppen liegen im einstelligen Prozentbereich (2023: 0 - 6 %).

Abbildung 13 zeigt die Anteile (in %) der Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein nach Geschlecht im Zeitverlauf. Die Verteilung der Anteile auf die Geschlechter zeigt deutlich, dass der Großteil der stationären Behandlungsfälle weiblich ist. Frauen machen über die Jahre einen relativ stabilen Anteil von 90 - 95 % der Fälle aus.

Abbildung 13: Anteile (in %) der Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein nach Geschlecht und Jahren (Quelle: Statistikamt Nord 2025).



5.2 Diagnosen in der ambulanten Versorgung

Zu beachten ist bei der Interpretation der kassenärztlichen Daten, dass es sich um Abrechnungsdaten handelt. Das heißt, es wurden die Daten der gesetzlich krankenversicherten Menschen mit Wohnort in Schleswig-Holstein mit mindestens einem abgerechneten Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt oder einer niedergelassenen Ärztin in dem jeweiligen Jahr analysiert. Des Weiteren muss bei der Interpretation der administrativen Diagnoseprävalenz und -inzidenz¹ berücksichtigt werden, dass sie nur die realisierte Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung anlässlich gesundheitlicher Beschwerden widerspiegeln. Die tatsächlichen Prävalenzen bzw. Inzidenzen könnten unterschätzt werden, da Menschen, die das Versorgungssystem nicht mindestens einmal im entsprechenden Jahr in Anspruch nahmen, nicht erfasst wurden. Ebenso sind privat Versicherte nicht enthalten. Zudem ist es möglich, dass Krankheitsbilder nicht erkannt und diagnostiziert werden und entsprechend nicht in den abgerechneten Leistungen auftauchen.

¹Die Diagnoseprävalenz meint die Häufigkeit von Krankheitsdiagnosen in einem bestimmten Zeitraum. Die Diagnoseinzidenz bezeichnet die Häufigkeit von neu auftretenden Krankheitsdiagnosen in einer bestimmten Zeitspanne. Beide Kennzahlen geben Auskunft über Krankheiten in der Bevölkerung.

Insgesamt konnten beispielsweise im Jahr 2024 Daten von 2.530.088 Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteinern, also rund 85,5 % der Bevölkerung ausgewertet werden. Im Zeitraum von 2015 bis 2024 waren pro Jahr durchschnittlich 16.117 Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Behandlung in Schleswig-Holstein. Relativ betrachtet machen Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) einen sehr geringen Anteil aller ambulanten Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein aus. Im Jahr 2024 lag der Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) an allen ambulant behandelten Patientinnen und Patienten bei 0,07 % (17.065 von 2.530.088). Der Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) an allen ambulant behandelten Patientinnen und Patienten mit einer F-Diagnose (psychische und Verhaltensstörungen) lag bei 1,7 % (17.065 von 985.421) im Jahr 2024.

Abbildung 14 zeigt die absolute Anzahl der Patientinnen und Patienten und die rohe Rate (Anzahl je 1.000 Patientinnen und Patienten) mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Versorgung in Schleswig-Holstein im Zeitverlauf. In der Zeit von 2015 bis 2024 stieg die absolute Zahl der Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) von 15.117 auf 17.065. Das entspricht einem Anstieg von 12,9 %. Analog zu den stationären Behandlungsfällen zeigt sich auch in den ambulanten Daten ein pandemiebedingter Anstieg der Zahlen, die in den Jahren 2023 und 2024 nicht – wie im stationären Bereich – wieder gesunken, sondern weiter gestiegen sind. Die Betrachtung der rohen Rate zeigt ebenfalls einen ansteigenden Trend, berücksichtigt aber die Veränderungen der Bevölkerungszahl über die Zeit. Im Jahr 2024 wurden 6,7 Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) je 1.000 Patientinnen und Patienten ambulant behandelt, im Jahr 2015 waren es 6,0. Es ist wichtig zu beachten, dass die gezeigten Werte eine rohe Rate und keine alters- und geschlechtsstandardisierte Rate darstellen. Das heißt Unterschiede in der Zusammensetzung der Bevölkerung hinsichtlich Alter und Geschlecht könnten einen Teil der Werteunterschiede über die Zeit erklären.

Abbildung 14: Anzahl der Patientinnen und Patienten und rohe Rate (Anzahl je 1.000 Patientinnen und Patienten) mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Versorgung in Schleswig-Holstein nach Jahren (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2025).

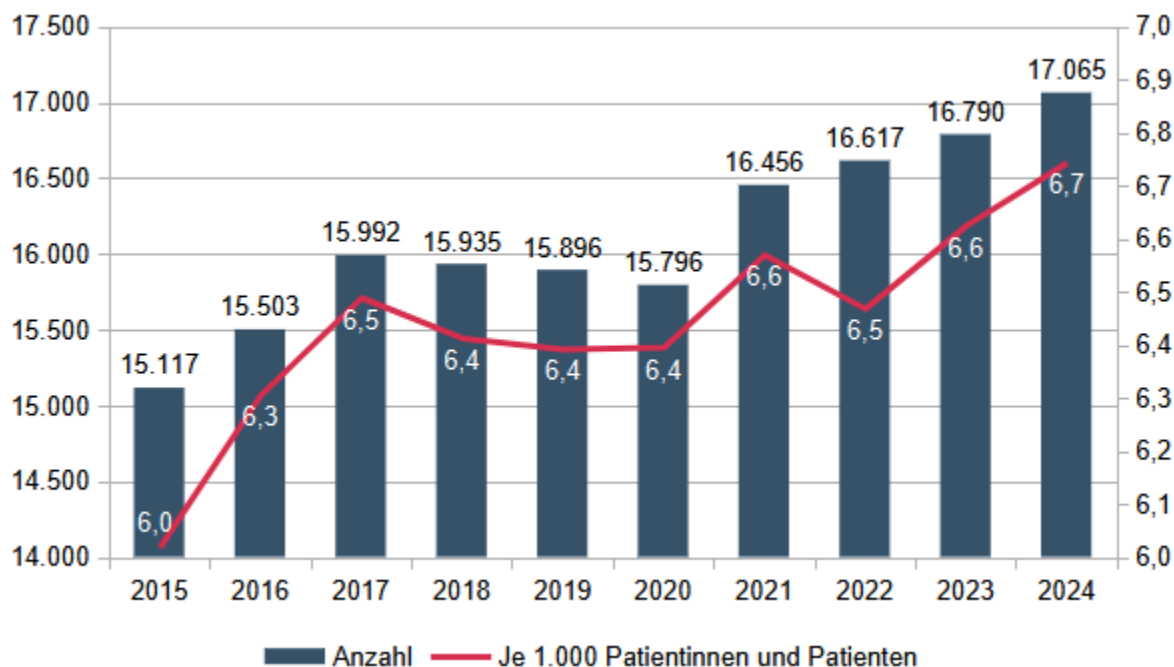
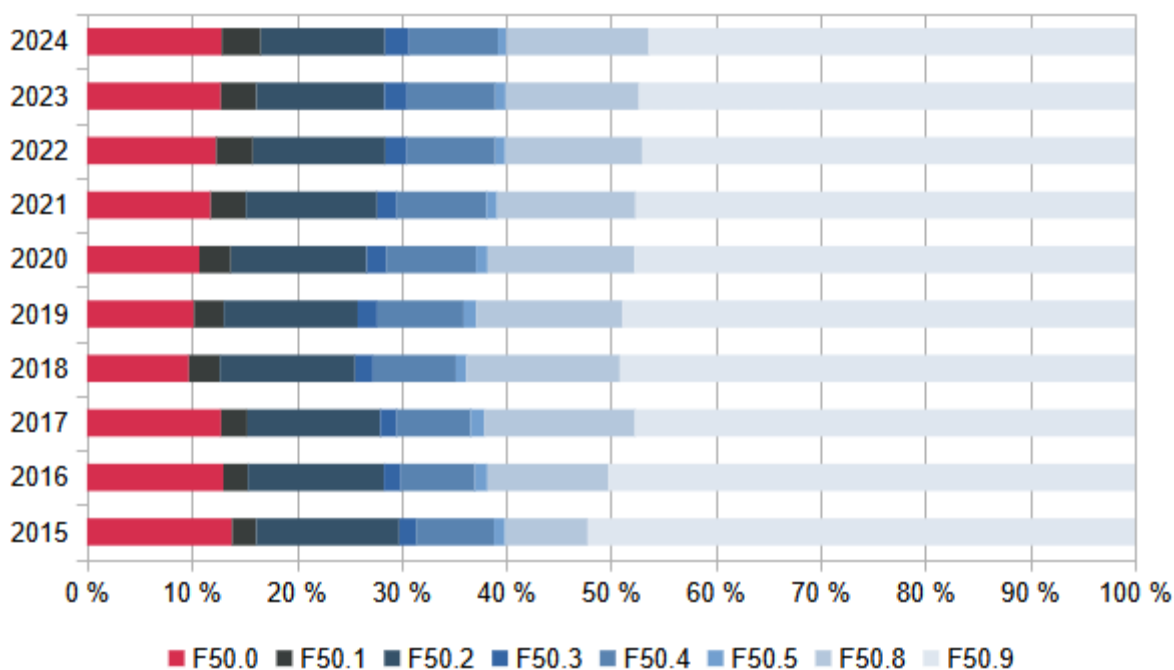


Abbildung 15 zeigt die Anteile (in %) der Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Versorgung in Schleswig-Holstein nach Einzeldiagnosen (F50.0 bis F50.9) und Jahren.

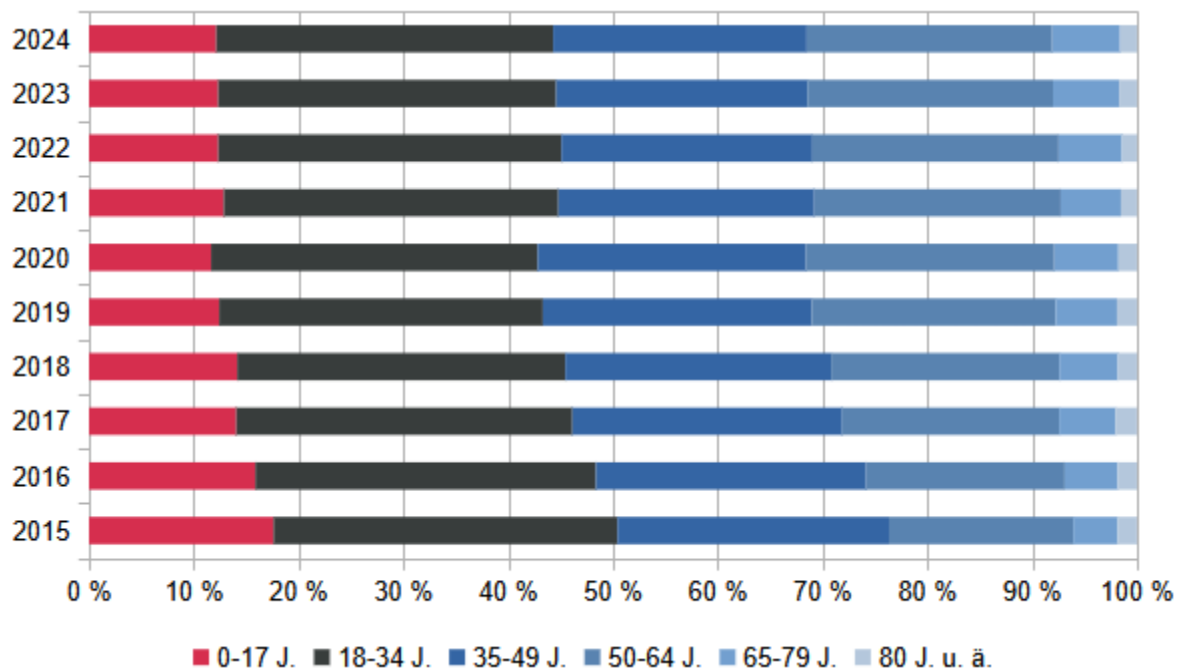
Abbildung 15: Anteile (in %) der Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Versorgung in Schleswig-Holstein nach Einzeldiagnosen (F50.0 bis F50.9) und Jahren (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2025).



Dabei wird deutlich, dass sich die Einzeldiagnosen im ambulanten Setting anders verteilen als im stationären Bereich. In der ambulanten Versorgung ist die Diagnose F50.9 (Essstörung, nicht näher bezeichnet) über die Jahre vorherrschend (z. B. 2024: 46,4 %). F50.8 (Sonstige Essstörungen, 2024: 13,6 %), F50.0 (Anorexia nervosa, 2024: 12,9 %) und F50.2 (Bulimia nervosa, 2024: 11,9 %) weisen ebenfalls größere Anteile auf.

Abbildung 16 zeigt die Anteile (in %) der Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Versorgung in Schleswig-Holstein nach Altersgruppen und Jahren.

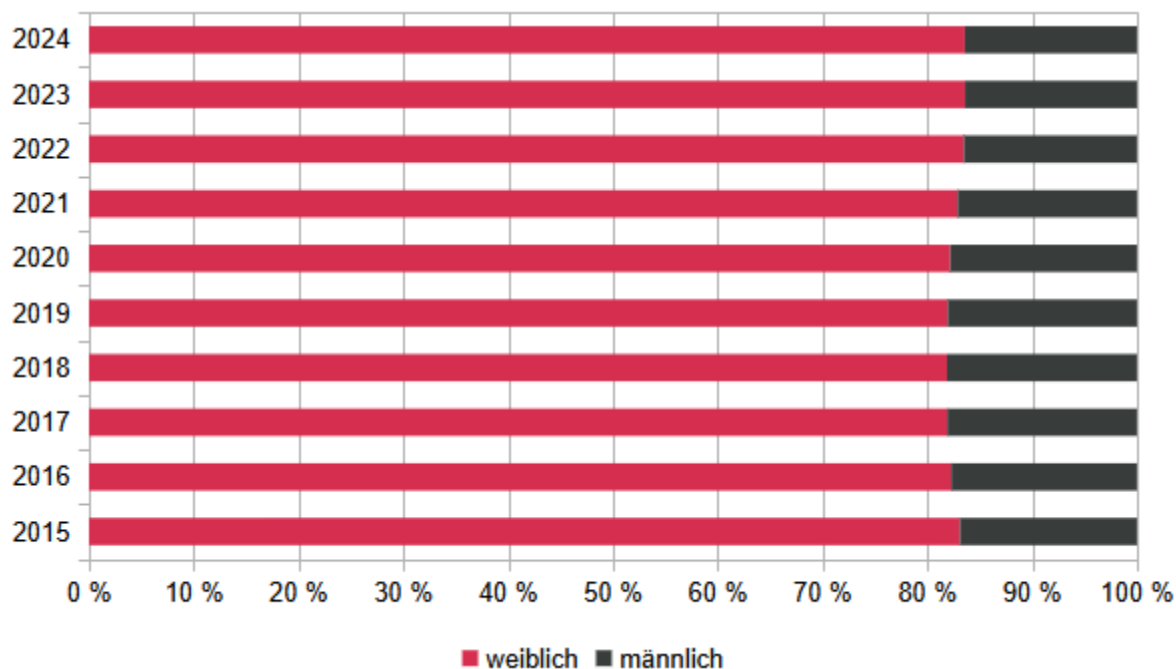
Abbildung 16: Anteile (in %) der Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Versorgung in Schleswig-Holstein nach Altersgruppen und Jahren (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2025).



Auch hier zeigt sich im Vergleich zu den stationären Behandlungsfällen ein anderes Bild hinsichtlich der Altersgruppen. Im stationären Setting machten die Altersgruppen 0-17 Jahre und 18-34 Jahre 80-90 % aller Behandlungsfälle aus. Im ambulanten Bereich sind es mit beiden Altersgruppen zusammen im Zeitverlauf 42,8-50,4 %. Der Anteil der Altersgruppen 35-49 Jahre und 50-64 Jahre ist im ambulanten Sektor (2023: 35-49 Jahre = 24,0 %; 50-64 Jahre = 23,4 %) um ein Vielfaches höher als im stationären Bereich (2023: 35-49 Jahre = 6,25 %; 50-64 Jahre = 5,21 %).

Abbildung 17 zeigt die Anteile (in %) der Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Versorgung in Schleswig-Holstein nach Geschlecht im Zeitverlauf.

Abbildung 17: Anteile (in %) der Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Versorgung in Schleswig-Holstein nach Geschlecht und Jahren (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2025).

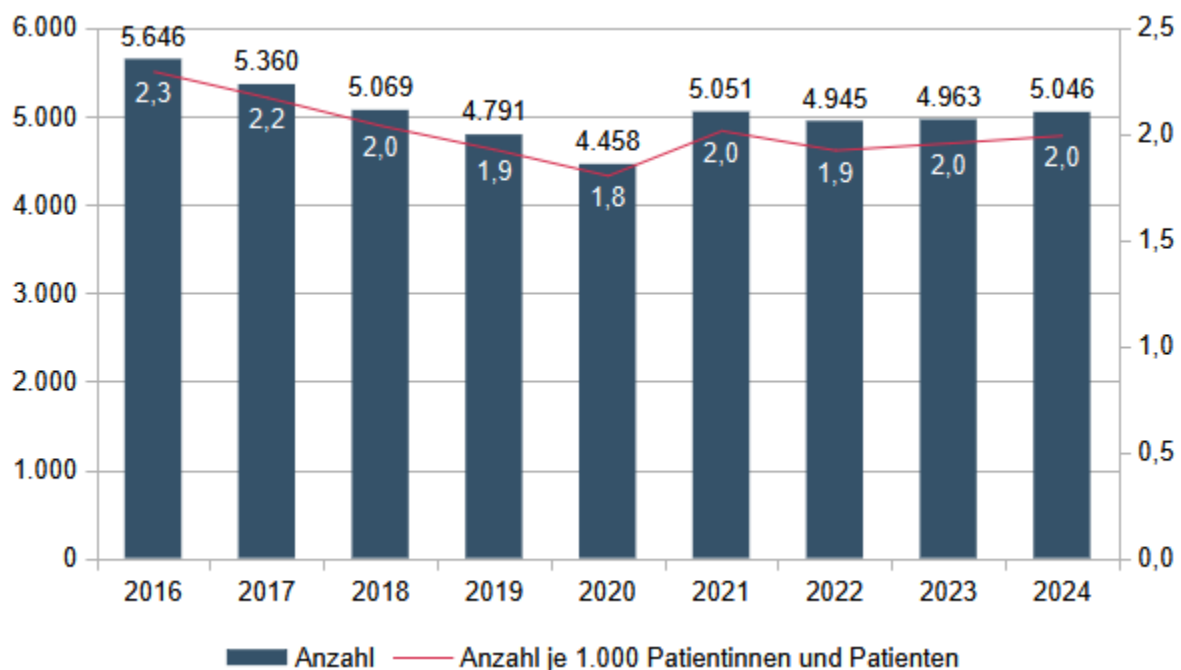


Die Verteilung der Anteile auf die Geschlechter zeigt auch im ambulanten Bereich deutlich, dass der Großteil der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten weiblich ist. Frauen machen über die Jahre einen stabilen Anteil von 81,9 - 83,6 % der Patientinnen und Patienten aus. Das sind jedoch zehn Prozentpunkte weniger als im stationären Bereich.

Abbildung 18 zeigt die Anzahl der neuerkrankten Patientinnen und Patienten (Inzidenz) und die Anzahl neuerkrankter Patientinnen und Patienten je 1.000 Patientinnen und Patienten (rohe Inzidenzrate) mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Versorgung in Schleswig-Holstein nach Jahren. Bei den Zahlen zu den Neuerkrankungen ist zu beachten, dass es sich um näherungsweise Werte handelt. Eine Patientin bzw. ein Patient wird als neuerkrankt definiert, sobald sie bzw. er im aktuellen Jahr eine F50-Diagnose hat und im Vorjahr keine F50-Diagnose vorlag; das Vor-Vorjahr wird nicht berücksichtigt. Das heißt, Patientinnen und Patienten, die trotz einer Erkrankung zwischendurch länger keinen

abgerechneten Ärztinnen- oder Arztkontakt hatten, werden als neuerkrankt definiert, obwohl die Erkrankung schon länger bestehen könnte. Das könnte zu einer Überschätzung der Anzahl der Neuerkrankungen führen. Auf der anderen Seite kann es Neuerkrankungen geben, die (zunächst) unentdeckt bleiben, da keine ärztliche Leistung in Anspruch genommen wurde.

Abbildung 18: Anzahl der neuerkrankten Patientinnen und Patienten und rohe Inzidenzrate (Anzahl neuerkrankter Patientinnen und Patienten je 1.000 Patientinnen und Patienten) mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Versorgung in Schleswig-Holstein nach Jahren (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2025).



Absolut betrachtet ist die Zahl der Neuerkrankungen gesunken (2016: 5.646, 2024: 5.046). Berücksichtigt man die zugrundeliegende Patientenpopulation pro Jahr (rohe Inzidenzrate) zeigt sich ebenfalls eine abnehmende Rate (2016: 2,3 neuerkrankte Patientinnen und Patienten je 1.000 Patientinnen und Patienten; 2024: 2,0). Circa ein Drittel aller F50-Diagnosen (Essstörungen) sind Neuerkrankungen mit sinkender Tendenz in der ambulanten Versorgung (2016: 36,4 %; 2024: 29,6 %).

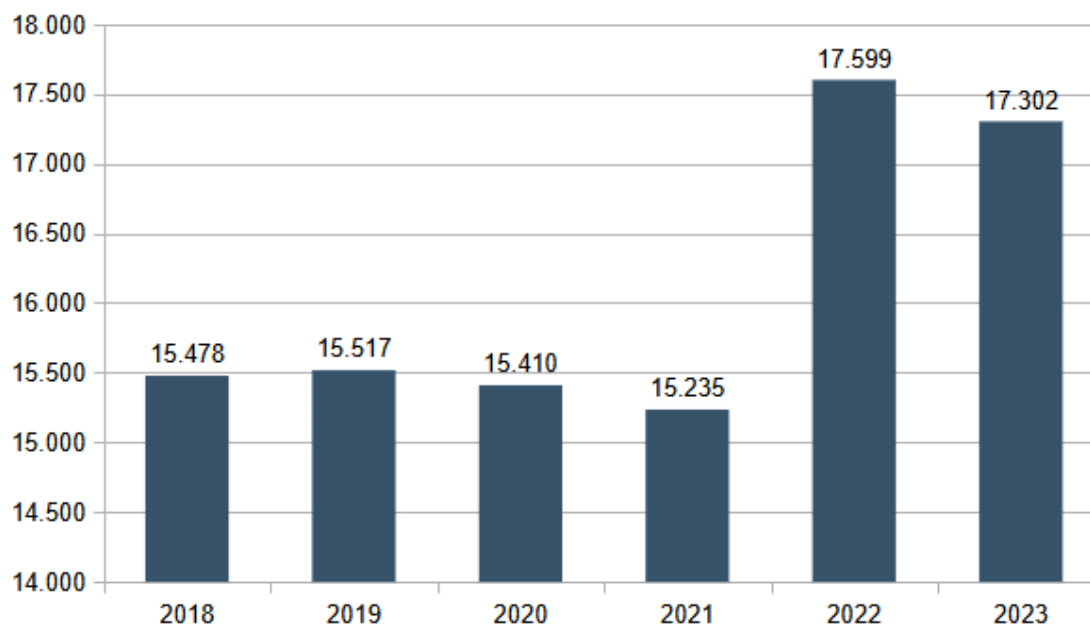
5.3 Sektorübergreifende Diagnosen

Die folgenden Abbildungen basieren auf Daten aus dem Morbiditäts- und Sozialatlas des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg). „Für den Morbiditäts- und Sozialatlas wurden die Routinedaten der BARMER durch das bifg unter

Einbeziehung von soziodemografischen Faktoren, Regionalität und Morbidität auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands hochgerechnet. Es werden die Prävalenzen verschiedener Krankheiten sowohl regional verteilt als auch für verschiedene soziodemografische Merkmale dargestellt“ (bifg 2025). „Zur Abgrenzung der Krankheitskategorien und ausgewählten Einzelkrankheiten, die im Morbiditäts- und Sozialatlas dargestellt werden, wird die Systematik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (MRSA) herangezogen. Der MRSA bietet seit 2009 eine anerkannte wissenschaftliche Einteilung der im ambulanten und stationären Bereich erfassten Diagnosen und verordneten Arzneimittel in Deutschland“ (bifg 2025). „Die im Morbiditäts- und Sozialatlas dargestellten Prävalenzen beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung in Deutschland. Als Grundlage der Berechnung dienen die Versichertendaten der BARMER. Da die Versicherten der BARMER in ihrer Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur nicht repräsentativ für die Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Gesamtbevölkerung sind, müssen die Daten hochgerechnet werden“ (bifg 2025).

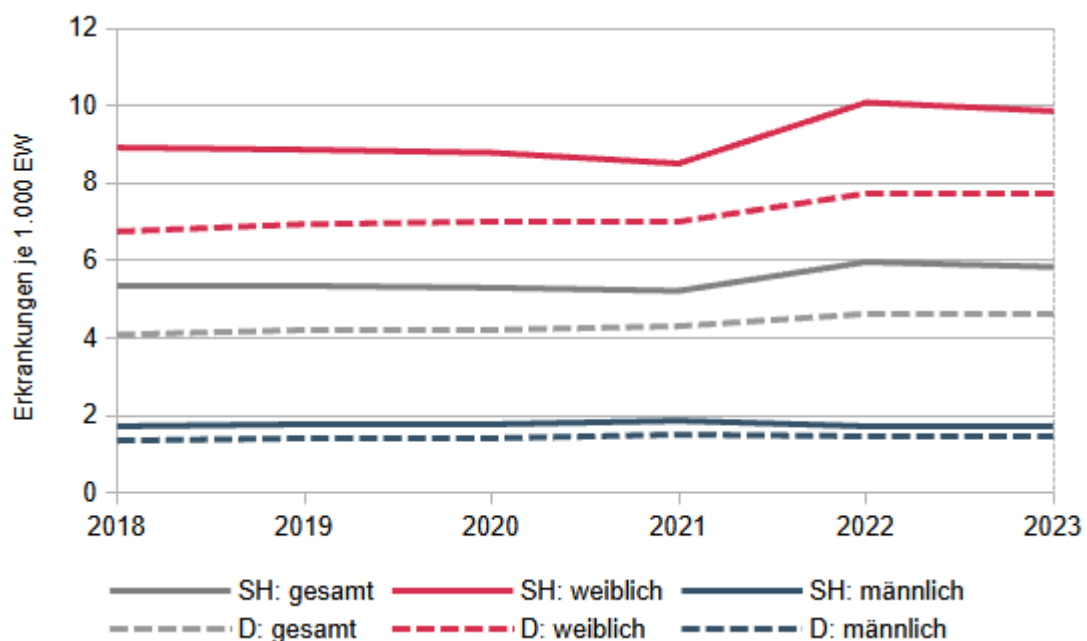
Abbildung 19 zeigt die hochgerechnete Anzahl von Personen mit einer Essstörung in ambulanter und/oder stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein nach Jahren. Die Anzahl der Erkrankungen ist zwischen 2018 und 2023 von 15.478 auf 17.302 angestiegen. Ein deutlicher Anstieg erfolgte während der Pandemie vom Jahr 2021 auf 2022 um 15,5 % (2021: 15.235, 2022: 17.599).

Abbildung 19: Hochgerechnete Anzahl von Personen mit einer Essstörung in ambulanter und/oder stationärer Versorgung in Schleswig-Holstein nach Jahren (Quelle: bifg 2025).



Um die oben dargestellten Zahlen besser einordnen zu können, werden in Abbildung 20 die rohen Raten² gezeigt, um Schleswig-Holstein mit Deutschland zu vergleichen. Hierbei wird deutlich, dass in Schleswig-Holstein im Durchschnitt mehr Menschen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner an Essstörungen erkrankten bzw. behandelt wurden als in Deutschland. Abbildung 20 macht zudem nochmals deutlich, dass das vor allem durch die höheren Erkrankungsraten bei Mädchen und Frauen begründet ist.

Abbildung 20: Hochgerechnete Anzahl von Personen mit einer Essstörung in ambulanter und/oder stationärer Versorgung je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Schleswig-Holstein und Deutschland nach Geschlecht und Jahren (Quelle: bifg 2025).



Die Daten des Morbiditäts- und Sozialatlas zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der Erkrankungen bei den Mädchen und Frauen in den Altersgruppen von 18-29 und 30-64 zu finden ist (Abbildung 21). Das trifft sowohl auf Schleswig-Holstein als auch Deutschland zu. In den beiden genannten Altersgruppen liegen die Werte für Schleswig-Holstein in allen Jahren über denen für Deutschland. Der bereits zuvor beobachtete Anstieg der Essstörungen fiel bei diesen Altersgruppen am stärksten aus.

Bei den Jungen und Männern zeigt sich erneut, dass Essstörungen deutlich seltener diagnostiziert werden als bei Mädchen und Frauen (Abbildung 22). Allerdings wird auch hier deutlich, dass die Zahl der Erkrankungen in Schleswig-Holstein über die

²Es werden die rohen Raten gezeigt, da sie nahezu identisch sind mit den standardisierten Raten.

Jahre höher ist als in Deutschland. Auffällig bei den Männern ist, dass die Altersgruppe 30-64 Jahre am stärksten betroffen scheint. In dieser Altersgruppe und auch in der Gruppe 18-29 Jahre ist in den Pandemie Jahren 2021-2023 ein Rückgang zu verzeichnen, wohingegen die Zahlen in der Altersgruppe 0-17 Jahre angestiegen sind.

Abbildung 21: Hochgerechnete Anzahl von Mädchen und Frauen mit einer Essstörung in ambulanter und/oder stationärer Versorgung je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Schleswig-Holstein und Deutschland nach Altersgruppen und Jahren (Quelle: bifg 2025).

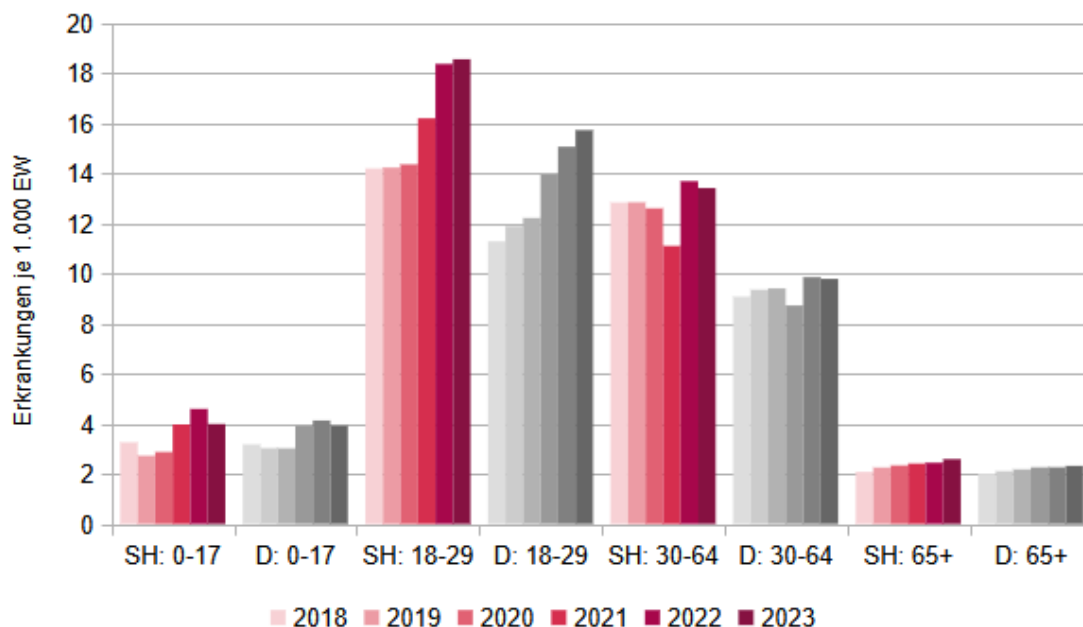
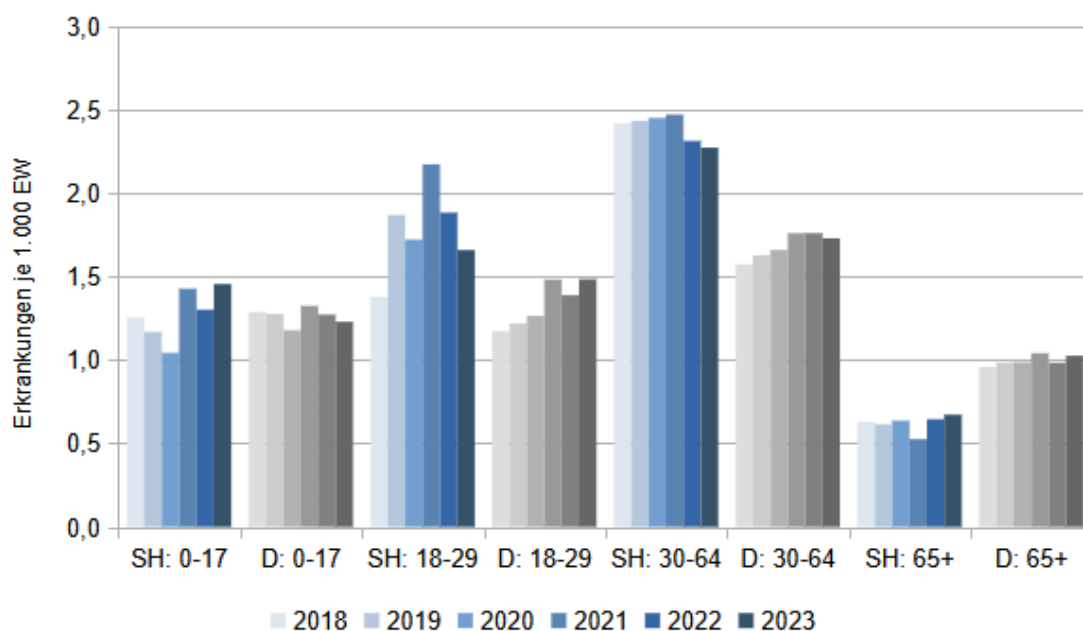
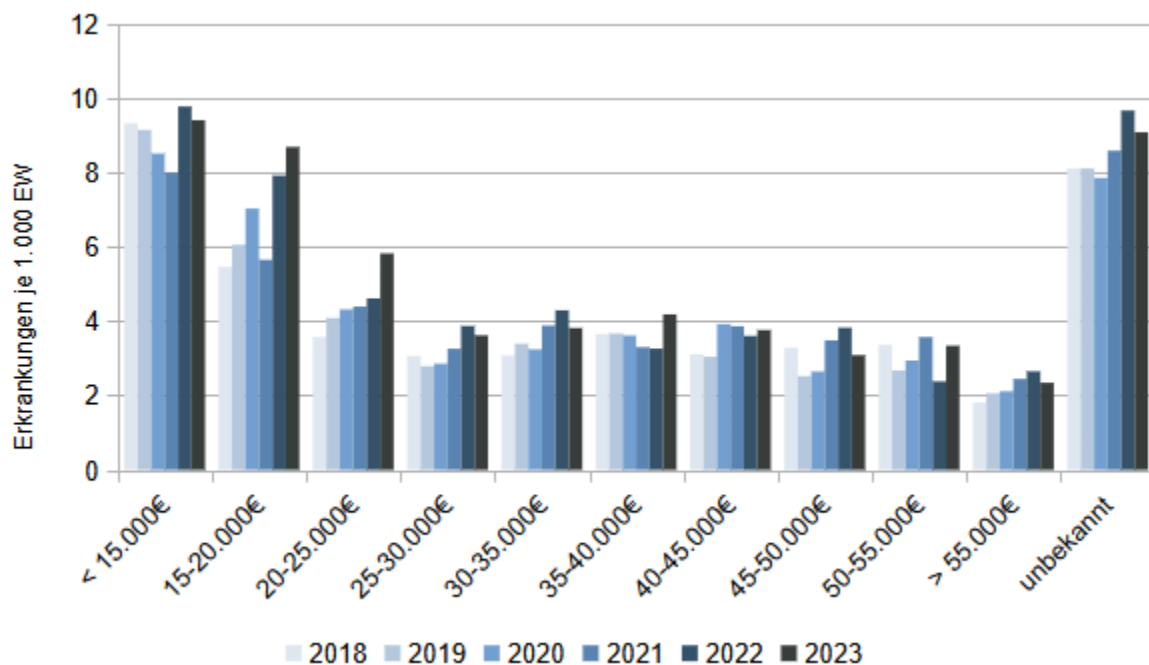


Abbildung 22: Hochgerechnete Anzahl von Jungen und Männern mit einer Essstörung in ambulanter und/oder stationärer Versorgung je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Schleswig-Holstein und Deutschland nach Altersgruppen und Jahren (Quelle: bifg 2025).



Bei der Betrachtung der Anzahl der Menschen mit Essstörungen in Abhängigkeit vom jährlichen Einkommen (hier definiert als beitragspflichtige Einnahmen) wird deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung in den niedrigen Einkommensgruppen teilweise mehr als doppelt so hoch ist wie in den mittleren und höheren Einkommensgruppen (Abbildung 23). Über die Zeit zeigen sich innerhalb der Einkommensgruppen teilweise unterschiedliche Trends nach unten oder oben.

Abbildung 23: Hochgerechnete Anzahl von Personen mit einer Essstörung in ambulanter und/oder stationärer Versorgung je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Schleswig-Holstein nach Jahreseinkommen (beitragspflichtige Einnahmen) und Jahren (Quelle: bifg 2025).

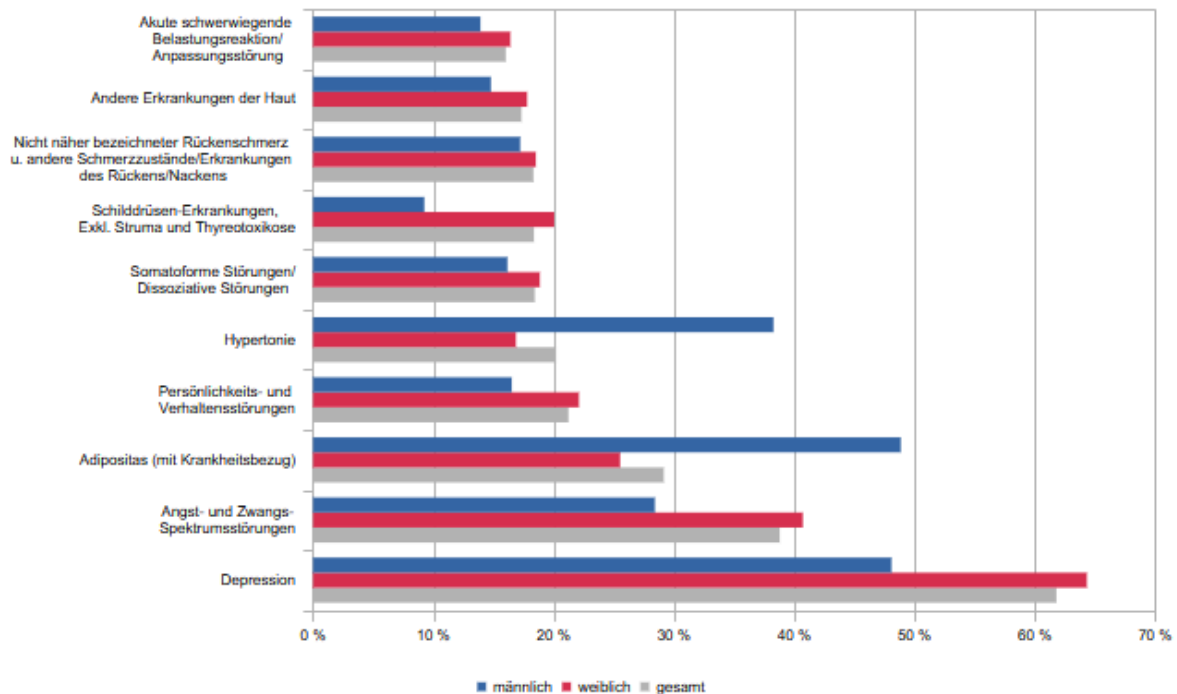


5.4 Häufige Begleiterkrankungen

Mit einer Erkrankung gehen häufig Begleit- bzw. Folgeerkrankungen, auch Komorbidität genannt, einher. Das ist auch bei Essstörungen der Fall. Abbildung 24 zeigt die Anteile der zehn häufigsten Komorbiditäten von an Essstörungen erkrankten Personen in ambulanter und/oder stationärer Versorgung in Deutschland im Jahr 2023. Es ist davon auszugehen, dass die im Folgenden dargestellten Anteile der Komorbiditäten im Großen und Ganzen auch auf Schleswig-Holstein übertragbar sind. Von Menschen in Deutschland, die von der Grunderkrankung Essstörungen betroffen sind, leiden 61,8 % an der Begleiterkrankung Depression. Weitere häufige Begleiterkrankungen sind Angst- und Zwangsspektrumsstörungen (38,8 %),

Adipositas (mit Krankheitsbezug, 29,2 %) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (21,2 %) und Hypertonie (20,2 %).

Abbildung 24: Anteile (in %) der häufigsten Komorbiditäten von an Essstörungen erkrankten Personen in ambulanter und/oder stationärer Versorgung in Deutschland im Jahr 2023 (Quelle: bifg 2025).



Hinsichtlich der Begleiterkrankungen gibt es zwischen den Geschlechtern einige Gemeinsamkeiten, in Teilen aber auch erhebliche Unterschiede. So sind von den Frauen in Deutschland, die an der Grunderkrankung Essstörungen leiden, 64,3 % auch von Depression betroffen. Bei den Männern mit Essstörungen liegt dieser Anteil bei 48,1 %. Demgegenüber sind bei Männern insbesondere die Begleiterkrankungen Adipositas (mit Krankheitsbezug, 48,9 %) und Hypertonie (38,3 %) stark ausgeprägt. Bei den Frauen sind diese Anteile deutlich geringer (Adipositas: 25,5 %; Hypertonie: 16,9 %).

Das häufige Vorkommen der z. T. ebenfalls schwerwiegenden Komorbiditäten verstärkt die gesundheitlichen, psychischen und sozialen Belastungen von Personen mit Essstörungen und erschwert deren Behandlung sowie Genesung. Dadurch steigen auch die bereits beschriebenen gesellschaftlichen und ökonomischen Folgekosten erheblich, etwa durch komplexere Therapieverläufe, längere Krankheitszeiten und höhere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems.

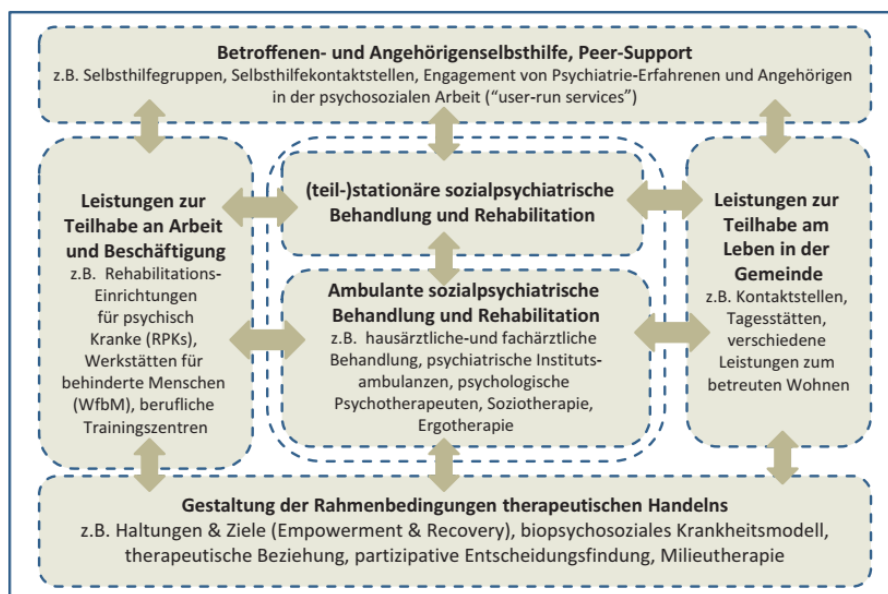
6. Versorgung, Unterstützung und Prävention

Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen und somit auch für Menschen mit Essstörungen ist komplex und umfasst zahlreiche unterschiedliche Akteure. Dazu gehören unter anderem folgende Bereiche:

- Stationäre Krankenhausbehandlung,
- teilstationäre Behandlungskonzepte,
- ambulante Therapien und Wohnformen,
- Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation,
- psychiatrische häusliche Krankenpflege und psychiatrische aufsuchende Behandlung (engl. „home treatment“) sowie
- niedrigschwellige Begleit-, Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Abbildung 25 gibt einen schematischen Überblick der Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie und zeigt, wie die Bereiche untereinander zusammenhängen.

Abbildung 25: Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie in Deutschland (Quelle: Kallert et al. 2016, eigene Darstellung).



Welches Angebot oder welche Therapieform passend bzw. welche Kombination von Maßnahmen nötig ist, richtet sich nach der Art der Erkrankung, dem Schweregrad und den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Zudem spielen die Verfügbarkeit der jeweiligen Behandlungsplätze, die Wartezeiten sowie die

örtliche Entfernung und die Erreichbarkeit (z. B. durch den öffentlichen Nahverkehr) eine entscheidende Rolle bei der Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten.

In Schleswig-Holstein wird die psychiatrische Unterstützung möglichst dezentral und in unmittelbarer Nähe zur Gemeinde angeboten. Die regelhaft vorhandenen Unterstützungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen stehen auch Menschen mit Essstörungen zur Verfügung. Im Folgenden werden die verschiedenen spezifischen Hilfsstrukturen näher erläutert. Weiterführende Beschreibungen und Informationen für Behandelnde, Betroffene und Angehörige sind z. B. auf dem Portal [psychenet.de](https://www.psychenet.de) (Dreier et al. 2025) zu finden.

Über die verschiedenen Unterstützungsangebote hinaus kommt der Bildung von Netzwerken eine wichtige Funktion zu, da bei der Versorgung, Beratung und Prävention von Essstörungen eine Vielzahl an Personen, Akteuren und Institutionen beteiligt sind. Im November 2025 hat das erste Netzwerktreffen „Runder Tisch Essstörungen SH“, organisiert vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein, stattgefunden. Das Netzwerk hat sich zum Ziel gesetzt, die Zusammenarbeit zwischen Fachstellen, Verwaltungen und interdisziplinären Akteuren herzustellen, strukturierte Versorgungswege zu schaffen, den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern und den Informationsfluss zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften zu verbessern. Zudem sollen präventive Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit auf den Weg gebracht werden.

6.1 Versorgungsstrukturen und -kapazitäten

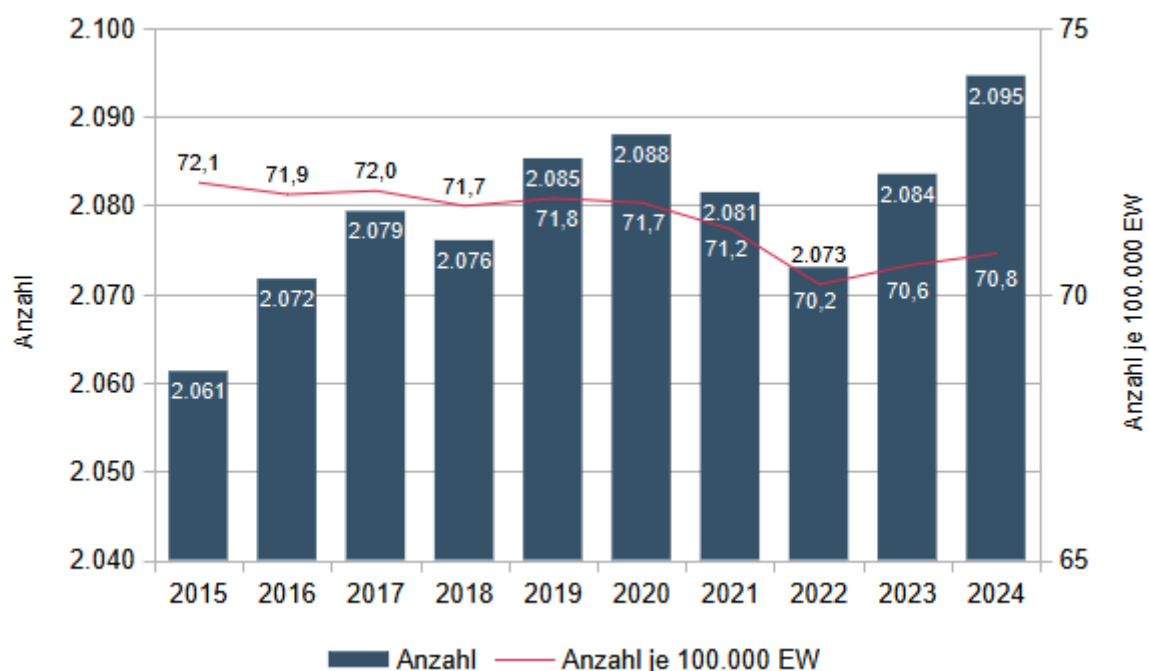
In Schleswig-Holstein können Menschen mit Essstörungen ambulant, teilstationär oder stationär behandelt werden. Zum allergrößten Teil werden sie in den Fachbereichen der Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie versorgt. Kinder und Jugendliche finden in den entsprechenden kinder- und jugendpsychiatrischen Strukturen Hilfe. Lebensbedrohliche Fälle, beispielsweise bei einer akuten Mangelernährung, werden internistisch stationär aufgenommen. In diesem Kapitel werden am Beispiel der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung mit einem Fokus auf die psychotherapeutischen, psychosomatischen und psychiatrischen Fächer in Ansätzen die Behandlungskapazitäten in Schleswig-Holstein skizziert.

Ambulante ärztliche und therapeutische Versorgung

Bei der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und somit auch Essstörungen sind zahlreiche ärztliche und therapeutische Fachgruppen beteiligt. Im Rahmen ärztlicher Fachgruppen sind dies vor allem Ärztinnen und Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie und der ärztlichen Psychotherapie. Zudem spielen die ärztlichen Fachgruppen der Allgemeinmedizin, der Kinder- und Jugendmedizin, der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten sowie praktische Ärztinnen und Ärzte bzw. Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung eine wichtige Rolle. Mit Blick auf die psychotherapeutischen Fachgruppen sind die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten sowie die psychologischen Psychotherapeutinnen und –therapeuten ein wichtiger Baustein in der ambulanten Versorgung.

Abbildung 26 zeigt die absolute Anzahl und die Rate (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) der Vollzeitäquivalente der vertragsärztlich tätigen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte in Schleswig-Holstein im Zeitverlauf.

Abbildung 26: Anzahl (absolut) und Rate (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) der Vollzeitäquivalente der vertragsärztlich tätigen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte in Schleswig-Holstein nach Jahren (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2025).



Hinter der Gruppe der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte stehen die Fachgruppen der Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (Kinder- und Jugendmedizin) sowie praktische Ärztinnen und Ärzte bzw. Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung. Absolut betrachtet hat die Zahl der Vollzeitäquivalente Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte im Zeitverlauf zugenommen (2015: 2.061, 2024: 2.095). Mit Blick auf die Rate, bei der die Veränderungen der Bevölkerungszahlen berücksichtigt werden, zeigt sich ein leichter Rückgang der Vollzeitäquivalente je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (2015: 72,1; 2024: 70,8).

Abbildung 27 zeigt die absolute Anzahl und die Rate (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) der Vollzeitäquivalente der vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Schleswig-Holstein im Zeitverlauf. Sowohl die absolute Anzahl als auch die Rate der Vollzeitäquivalente der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sind im Zeitverlauf gestiegen (2015: 97 bzw. 3,4, 2024: 135 bzw. 4,6).

Abbildung 27: Anzahl (absolut) und Rate (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) der Vollzeitäquivalente der vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Schleswig-Holstein nach Jahren (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2025).

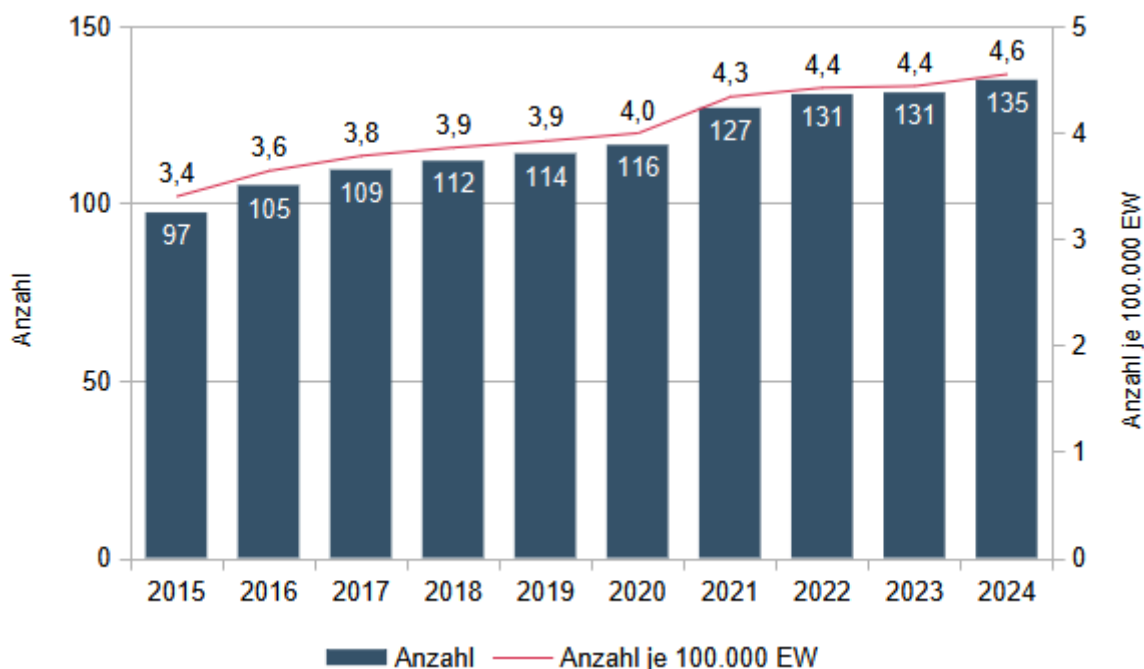


Abbildung 28 zeigt die absolute Anzahl und die Rate (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) der Vollzeitäquivalente der vertragsärztlich tätigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein im Zeitverlauf. In der Gruppe der psychiatrischen und psychotherapeutischen Ärztinnen und Ärzte sind die Fachärzte für Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie, ärztliche Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu finden. Sowohl die absolute Anzahl als auch die Rate der Vollzeitäquivalente der psychiatrischen und psychotherapeutischen Ärztinnen und Ärzte sind im Zeitverlauf leicht rückläufig (2015: 289 bzw. 10,1; 2024: 276 bzw. 9,3).

Abbildung 28: Anzahl (absolut) und Rate (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) der Vollzeitäquivalente der vertragsärztlich tätigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein nach Jahren (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2025).

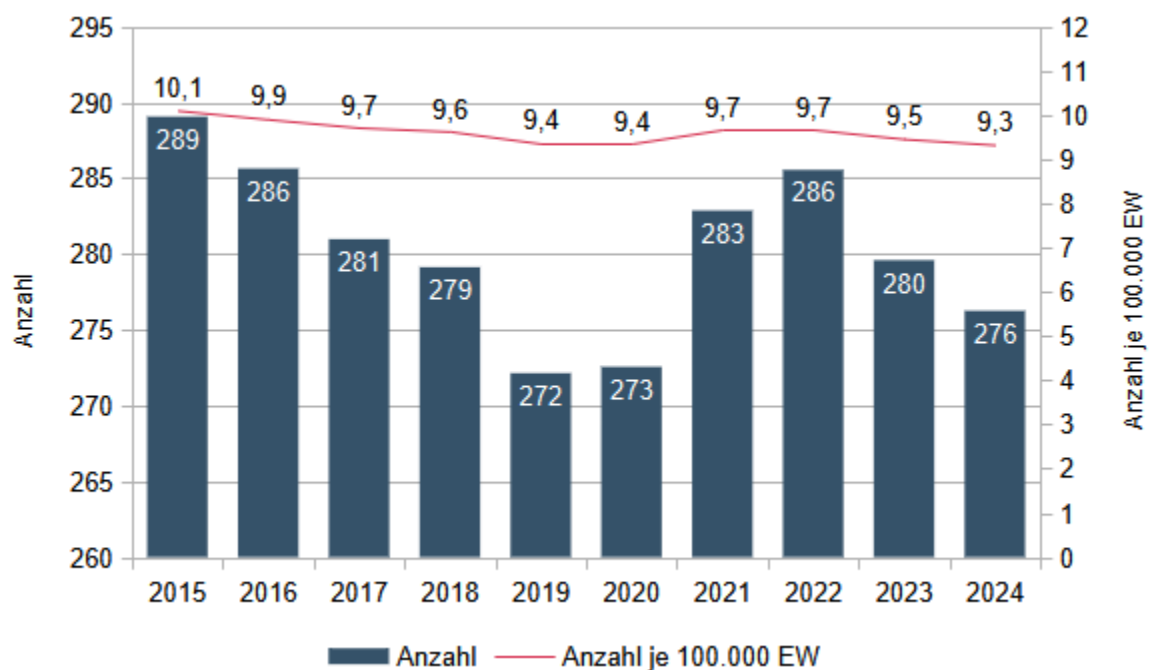


Abbildung 29 zeigt die absolute Anzahl und die Rate (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) der Vollzeitäquivalente der vertragsärztlich tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Schleswig-Holstein im Zeitverlauf. Sowohl die absolute Anzahl als auch die Rate der Vollzeitäquivalente der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind im Zeitverlauf gestiegen (2015: 384 bzw. 13,4; 2024: 437 bzw. 14,8).

Abbildung 29: Anzahl (absolut) und Rate (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) der Vollzeitäquivalente der vertragsärztlich tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Schleswig-Holstein nach Jahren (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2025).

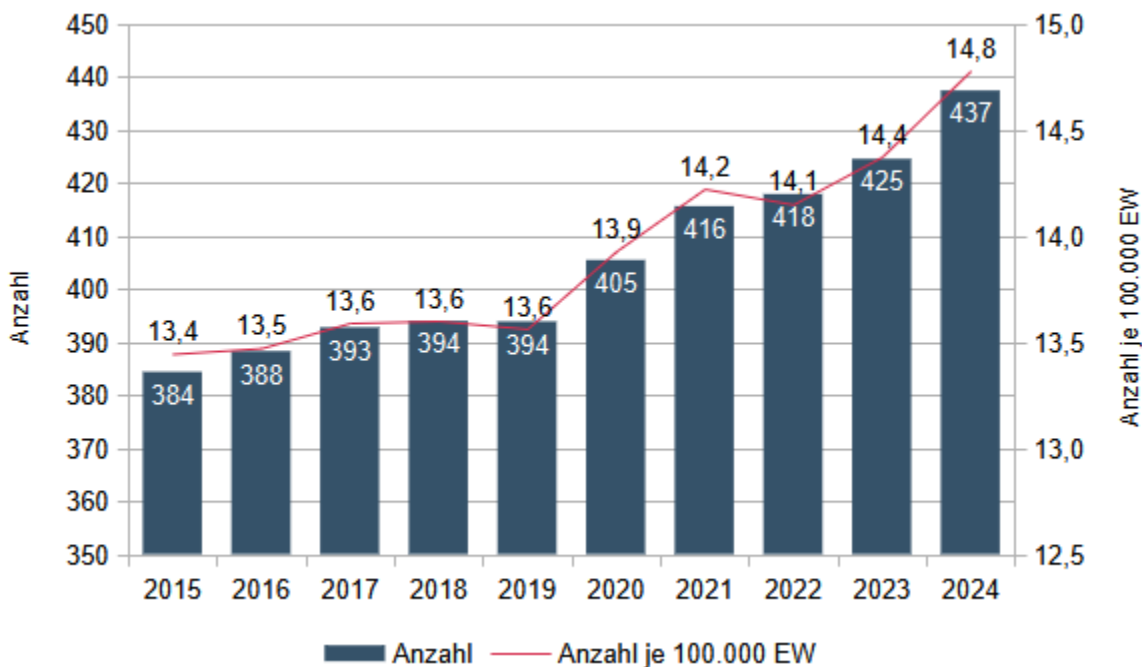
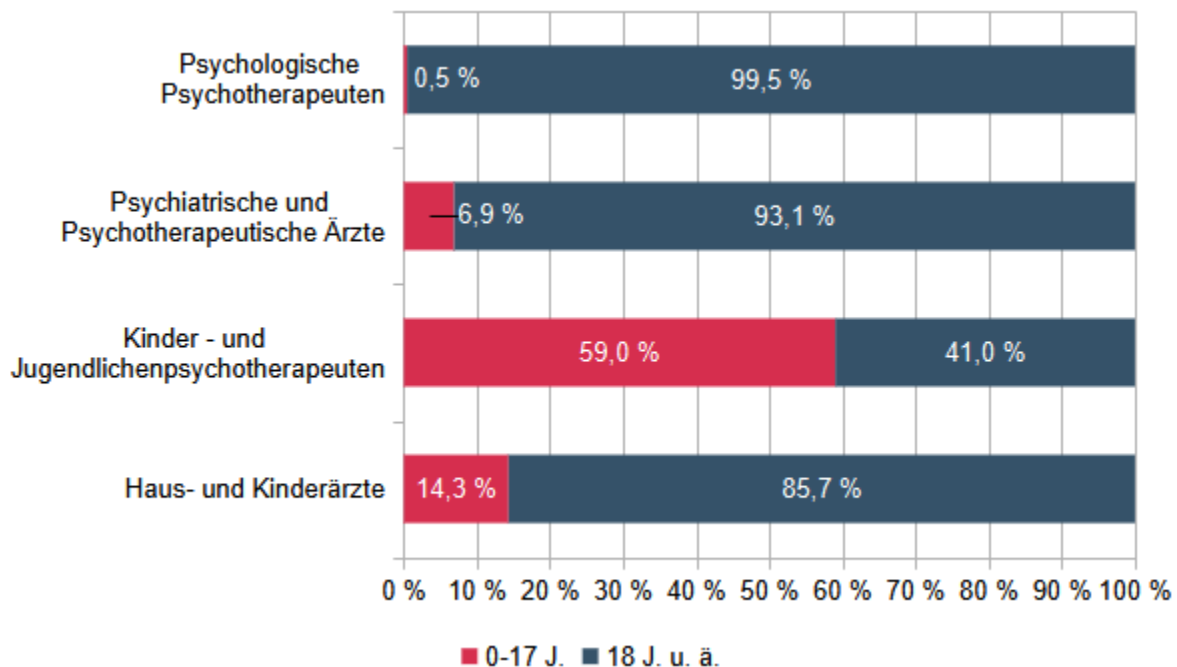


Abbildung 30 zeigt die Anteile (in %) der Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörung) nach Alter und Inanspruchnahme von ärztlichen und therapeutischen Fachgruppen in Schleswig-Holstein im Jahr 2024. 59,0 % der Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sind bis 17 Jahre alt und 41,0 % sind 18 Jahre und älter. 14,3 % der Patientinnen und Patienten der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sind jünger als 18 Jahre. Dieser relativ hohe Anteil kommt durch die darin enthaltene Fachgruppe der Kinderärztinnen und -ärzte zustande. Ähnlich verhält es sich bei der Gruppe der psychiatrischen und psychotherapeutischen Ärztinnen und Ärzte. 6,9 % der Patientinnen und Patienten sind jünger als 18 Jahre. Dies ist dadurch bedingt, dass in der Fachgruppe auch der Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie enthalten ist.

Abbildung 30: Anteile (in %) der Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörung) nach Alter und Inanspruchnahme von ärztlichen und therapeutischen Fachgruppen in Schleswig-Holstein im Jahr 2024 (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2025).



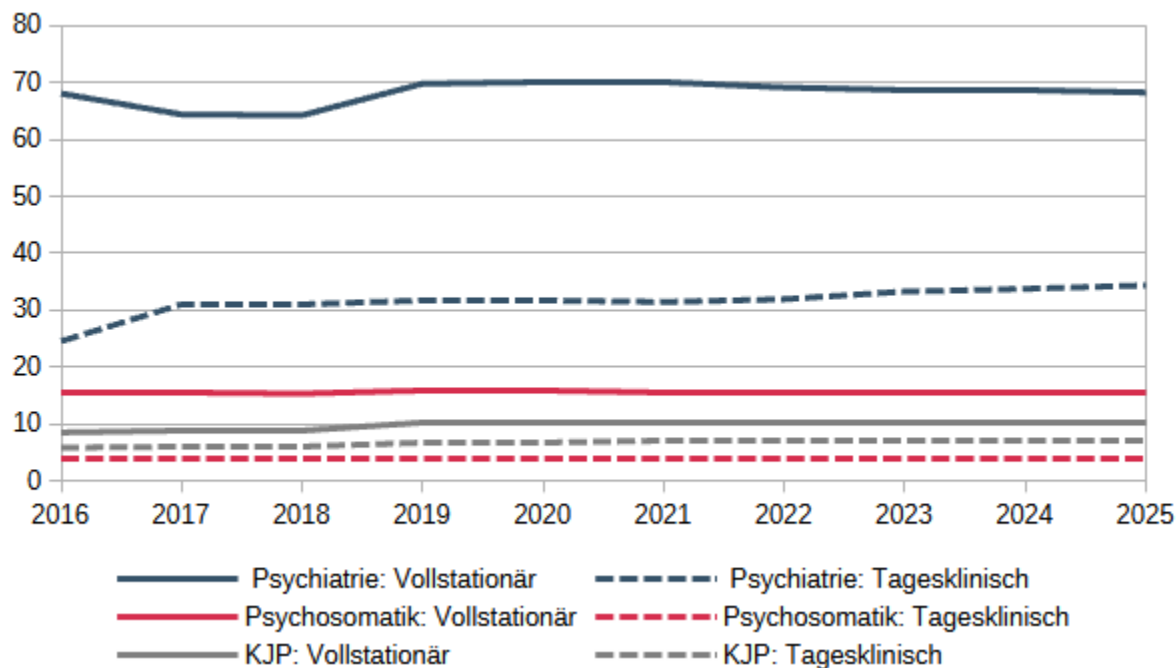
Voll- und teilstationäre klinische Versorgung

Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose Essstörungen werden sowohl in der Somatik als auch in der Psychosomatik bzw. Psychiatrie versorgt. Der Großteil der stationären Behandlung findet jedoch in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung statt.

Im aktuell gültigen Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein gibt es derzeit 2.027 Planbetten im Fachbereich Psychiatrie, 461 Planbetten im Fachbereich Psychosomatik mit weiteren 281 Versorgungsvertragsbetten sowie 301 Planbetten im Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Schleswig-Holsteinischer Landtag 2023). Weiterhin sind 1.020 tagesklinische psychiatrische Plätze, 110 tagesklinische psychosomatische und 206 tagesklinische Plätze im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewiesen.

Abbildung 31 zeigt die Anzahl der stationären Planbetten und tagesklinischen Plätze in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Schleswig-Holstein nach Jahren.

Abbildung 31: Anzahl der stationären Planbetten und tagesklinischen Plätze in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner* in Schleswig-Holstein nach Jahren (Landesregierung Schleswig-Holstein 2023).



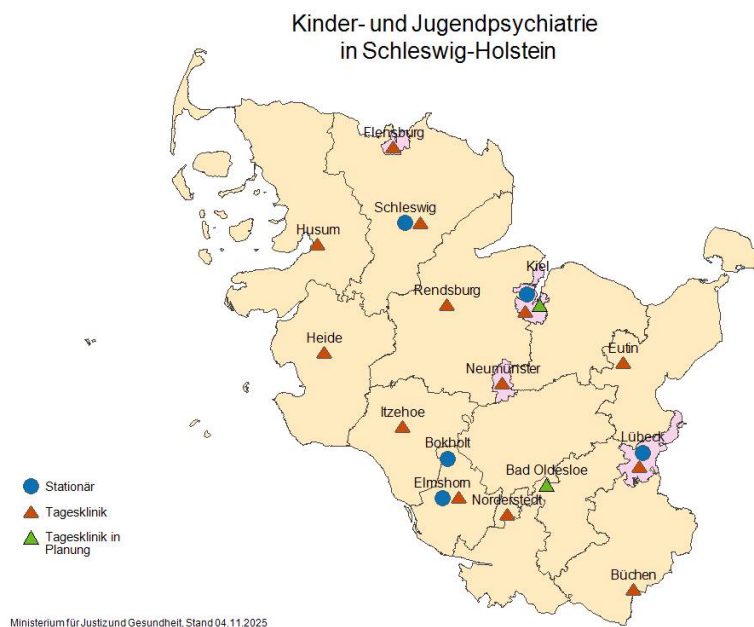
*Hinweis: Die Berechnung der rohen Rate bezieht die Bevölkerungszahl des jeweiligen Jahres ein. Bei der Bevölkerungszahl für Schleswig-Holstein für das Jahr 2025 handelt es sich um eine Schätzung auf Basis der Differenz des 10-jährigen Durchschnitts (2015-2024), da die aktuelle Zahl zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vorlag.

Die Verteilung der voll- und teilstationären Angebote für Kinder, Jugendliche und Erwachsene auf die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein ist in den Abbildungen 32 und 33 dargestellt. Abbildung 32 zeigt eine Übersicht der vollstationären und teilstationären Angebote für Erwachsene im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik in Schleswig-Holstein sowie die Modellregionen nach § 64b SGB V (Regionalbudget). Abbildung 33 zeigt eine Übersicht der stationären und teilstationären Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig-Holstein.

Abbildung 32: Übersicht der voll- und teilstationären Angebote für Erwachsene im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik sowie die Modellregionen nach § 64b SGB V in Schleswig-Holstein (Quelle: Landesregierung Schleswig-Holstein 2023).



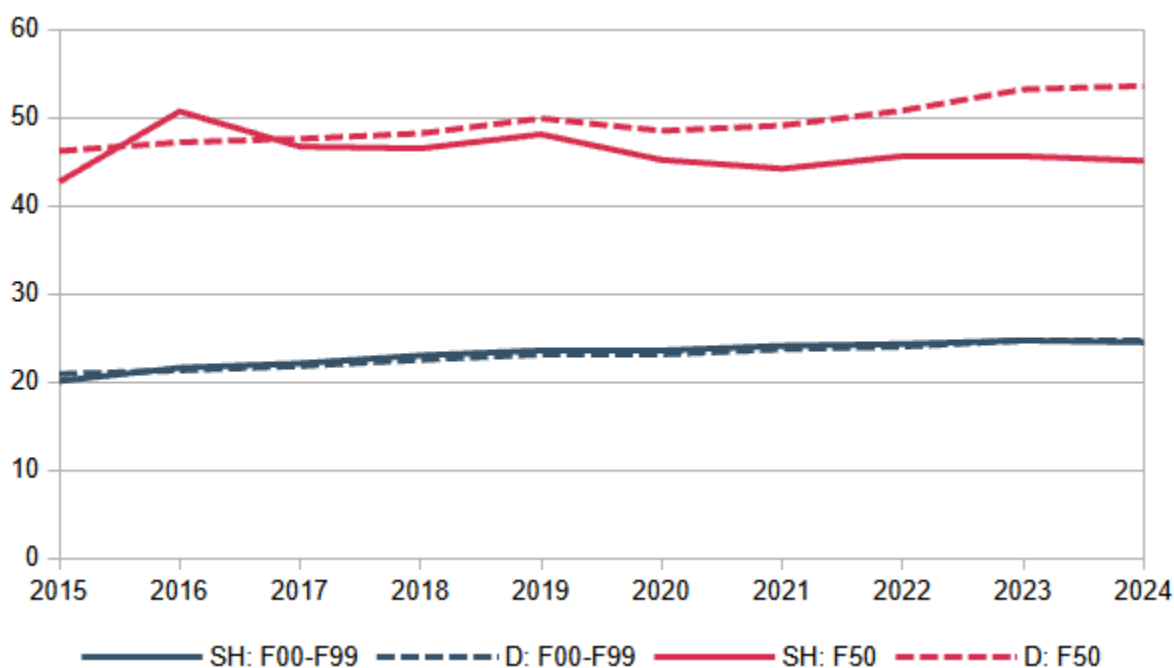
Abbildung 33: Übersicht der voll- und teilstationären Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig-Holstein (Quelle: Landesregierung Schleswig-Holstein 2023).



Die mittlere Verweildauer in Tagen im Krankenhaus (auch durchschnittliche Liegezeit genannt) ist ein zentraler Indikator im Gesundheitswesen, da sie wichtige Rückschlüsse auf verschiedene Aspekte der Patientenversorgung und der Effizienz eines Krankenhauses zulässt. Abbildung 34 zeigt die durchschnittliche Verweildauer

(in Tagen) der stationären Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung (F50) und psychischen und Verhaltensstörungen insgesamt (F00-F99) in Schleswig-Holstein und Deutschland nach Jahren. Auffällig ist dabei, dass Menschen, die aufgrund einer Essstörung behandelt wurden über den gesamten Zeitverlauf eine längere durchschnittliche Verweildauer haben als Menschen, die aufgrund einer psychischen und Verhaltensstörung behandelt wurden. Die Verweildauer ist teilweise fast doppelt so lang. Darüber hinaus ist die Verweildauer bei Menschen mit einer Essstörung in Schleswig-Holstein nach dem Jahr 2019 kürzer als im Bundesgebiet. Dieser Unterschied hat sich seitdem von Jahr zu Jahr vergrößert (2023: SH = 45,1 Tage; D = 53,6 Tage).

Abbildung 34: Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) der stationären Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung (F50) und psychischen und Verhaltensstörungen insgesamt (F00-F99) in Schleswig-Holstein und Deutschland nach Jahren (Quelle: Diagnosen der Krankenhauspatienten, Destatis 2025).



6.2 Außerklinische psychosoziale Unterstützungsangebote

Für die Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen und damit auch Essstörungen sind weitere Angebote aus dem Bereich der außerklinischen psychosozialen Unterstützung, wie Beratung, Begleitung, Selbsthilfe und Krisenintervention, von großer Bedeutung. Zu diesen Strukturen gehören unter anderem:

- Sozialpsychiatrische Dienste
- Offene psychiatrische Hilfen
- Suchtberatungsstellen
- Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen
- Kontakt-, Begegnungs- und Tagesstätten
- Angebote zur Psychoedukation, zum Beispiel Schulungen und Coaching
- Beteiligung Erfahrener
- Sozial- und gemeindepsychiatrische Wegweiser
- Digitale Versorgungs- und Präventionsangebote, zum Beispiel digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa) in Form von „Apps auf Rezept“
- Hilfen im Bereich Arbeit

Im Folgenden wird auf einige außerklinische psychosoziale Unterstützungsangebote exemplarisch näher eingegangen.

Offene psychische Hilfen

Die Angebote der offenen psychischen Hilfen werden vom Land gemeinsam mit den Kreisen und kreisfreien Städten über den Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen gefördert. Die Einrichtungen der offenen psychischen Hilfen stellen eine niedrigschwellige Anlaufstelle für ein generationsübergreifendes Kontakt- und Beratungsangebot dar. Die Arbeit der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich bewegt sich in den Aufgabenfeldern Prävention, Beratung, Begleitung und Vermittlung zu angemessenen Hilfen, Unterstützung zur Kontakt- und Tagesgestaltung. Sie stehen Betroffenen und Angehörigen gleichermaßen offen.

Beispiele für ergänzende Angebote sind die Schuldnerberatung, Beratungen zum Thema Partnerschaftskonflikte, Recht, Vormundschaft, Pflege und weitere. Leistungserbringer sind sehr divers, hier sind z. B. kommunale Einrichtungen, Vereine und Wohlfahrtsverbände zu nennen.

Die Landesregierung fördert unter anderem die niedrigschwelligen Angebote der offenen psychischen Hilfen in Schleswig-Holstein, die auch Beratungsangebote für Menschen mit Essstörungen und ihre Familien bereitstellen. Die Förderung erfolgt ebenfalls aus dem Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen, der neben den offenen psychischen Hilfen auch die Angebote der ambulanten Suchtkrankenhilfe fördert. Die

jährliche Gesamtfördersumme des derzeitigen Rahmenstrukturvertrages soziale Hilfen (Laufzeit 2023 bis 2028) beträgt 4,1 Millionen Euro und wird über einen nach Indikatoren berechneten Bedarf an die Kreise und kreisfreien Städte verteilt.

Zusätzlich hierzu werden zweckgebunden die jeweils überregional tätigen Beratungsstellen Eß-o-Eß (Landeshauptstadt Kiel) mit jährlich 39.000 Euro sowie die Fachberatungsstelle Frauen helfen Frauen (Kreis Stormarn) mit jährlich 27.600 Euro gefördert.

Suchtberatung

Die Suchtberatungsstellen bieten kostenfreie und anonyme Beratungsformate bei Problemen mit verschiedensten Suchtstoffen an. Seit Mai 2023 unterstützt die Online-Plattform (<http://www.suchtberatung-sh.de/>) diesen Bereich. Die Plattform bietet Informationen zu verschiedenen Suchtmitteln und zur Suchtprävention sowie die Möglichkeit, online Hilfe zu erhalten. Diese wird auch als Hilfe zur Selbsthilfe angeboten, indem sich Selbsthilfegruppen online vernetzen können. Alle Beratungsangebote können auch online anonym und kostenfrei genutzt werden. Solche neuen Angebote sind nicht nur vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie von Bedeutung, sondern auch mit Blick auf das sich verändernde Informations- und Inanspruchnahmeverhalten der Menschen, insbesondere der jüngeren Altersgruppen. Die Angebote der ambulanten Suchthilfe und Beratungsstellen in Schleswig-Holstein sind im Suchthilfeführer der Landesstelle für Suchtfragen (LSSH; siehe <https://suchthilfefuehrer.lssh.de/>) oder barrierefrei im Suchthilfe Online-Portal (<https://www.suchtberatung-sh.de>) zu finden.

Grundsätzlich bieten alle ambulanten Suchtberatungsstellen Hilfe zum Thema Essstörungen an. Insgesamt gibt es in Schleswig-Holstein 53 Suchtberatungsstellen. Dabei handelt es sich um 29 Hauptstellen und 24 Nebenstellen. Die Daten werden im Rahmen der Dokumentation der ambulanten Suchtberatungsstellen in Schleswig-Holstein standardisiert erhoben und vom Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) ausgewertet. Die Diagnosestellung kann bereits vor dem Besuch der Suchtberatungsstelle erfolgt sein, ist aber nicht zwingend so. Die folgenden Zahlen beziehen sich folglich auf Personen, für die überhaupt eine F50-Diagnose gestellt wurde. Diese Diagnosestellung kann auch im Rahmen der Suchtberatung erfolgt sein. Auch muss die Essstörung nicht das eigentliche Hauptproblem darstellen bzw. der Beratungsanlass sein.

Im Durchschnitt suchen 140 Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörung) pro Jahr eine Suchtberatungsstelle in Schleswig-Holstein auf. Abbildung 35 gibt einen Überblick über die Anzahl der Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörung) in der Suchtberatung in Schleswig-Holstein im Zeitverlauf. Die Zahlen sind, mit Ausnahme des Pandemiejahres 2020, relativ stabil. Zwischen 2015 und 2016 zeigt sich über alle Einrichtungen hinweg ein Abfall der dokumentierten Essstörungen. Besonders auffällig ist er aber in zwei Städten (Husum und Schleswig). Womöglich gab es dort im Jahr 2015 Aktionen bzw. Projekte zu dieser Thematik, die 2016 dann wieder eingestellt worden sind. Dies ist nach so langer Zeit nicht mehr rekonstruierbar.

Abbildung 35: Anzahl der Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in der Suchtberatung in Schleswig-Holstein nach Jahren (Quelle: ISD 2025).

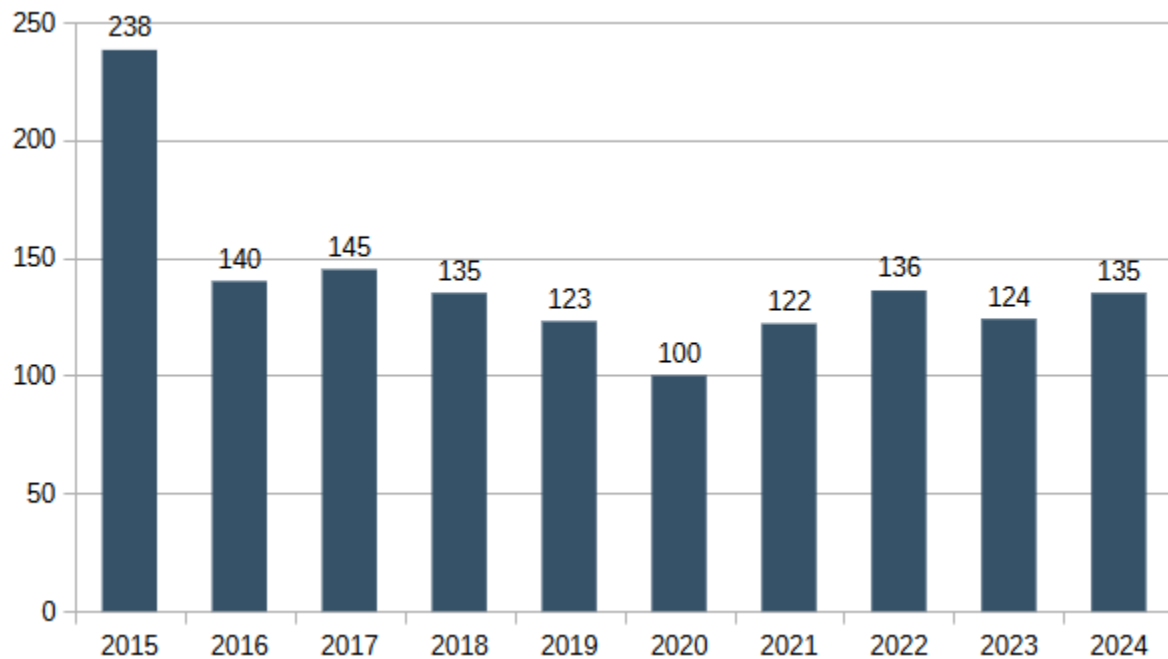
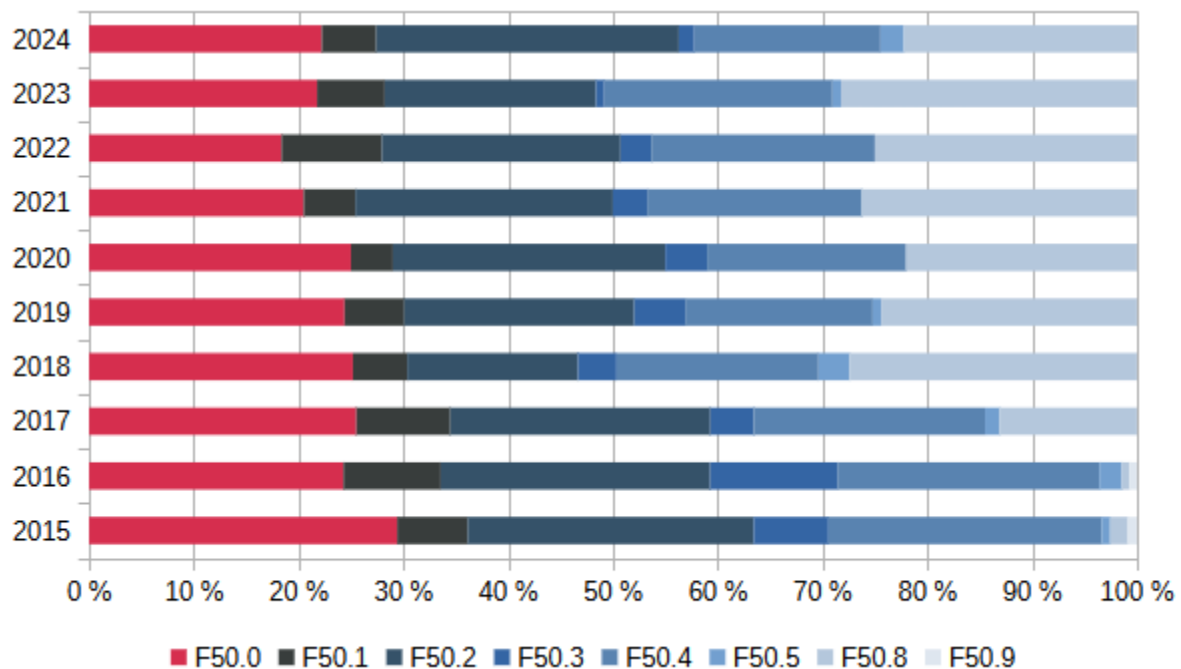


Abbildung 36 stellt die Anteile (in %) der Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörung) in der Suchtberatung in Schleswig-Holstein nach Jahren und Einzeldiagnosen dar.

Abbildung 36: Anteil (in %) der Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in der Suchtberatung in Schleswig-Holstein nach Jahren und Einzeldiagnosen (Quelle: ISD 2025).

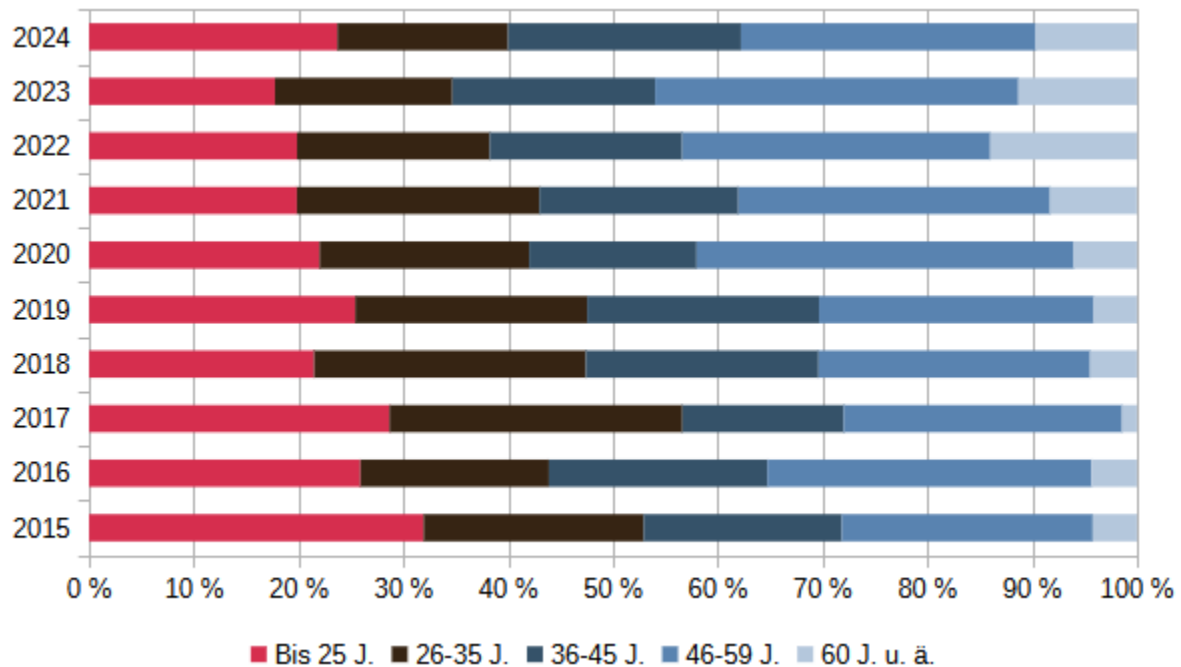


Im Jahr 2024 machten die Diagnosen F50.2 (Bulimia nervosa, 28,9 %), F50.0 (Anorexia nervosa, 22,2 %) und F50.8 (Sonstige Essstörungen, 22,2 %) sowie F50.4 (Essattacken bei anderen psychischen Störungen, 17,8 %) die größten Anteile aus. Insbesondere bei der Diagnose F50.8 (Sonstige Essstörungen) kam es zu einem deutlichen Anstieg von 1,7 % (2015) auf 22,2 % (2024). Eine Reduktion der Anteile erfolgte insbesondere bei F50.4 (Essattacken bei anderen psychischen Störungen: 2015 = 26,1 %; 2024 = 17,8 %), F50.0 (Anorexia nervosa: 2015 = 29,4 %; 2024 = 22,2 %) und F50.3 (Atypische Bulimia nervosa: 2015 = 7,1 %; 2024 = 1,5 %).

Veränderungen zwischen 2015 und 2016 und den nachfolgenden Jahren sollten mit Vorsicht interpretiert werden, da 2017 ein neuer Datensatz eingeführt wurde. Zwar sind die Kategorien zu den Essstörungen gleichgeblieben, jedoch war die Umsetzung in den überarbeiteten Dokumentationsprogrammen möglicherweise anders als in den Jahren vor 2017, sodass es ggf. zu einem veränderten Dokumentationsverhalten kam.

Abbildung 37 zeigt den Anteil (in %) der Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörung) in der Suchtberatung in Schleswig-Holstein nach Jahren und Altersgruppen.

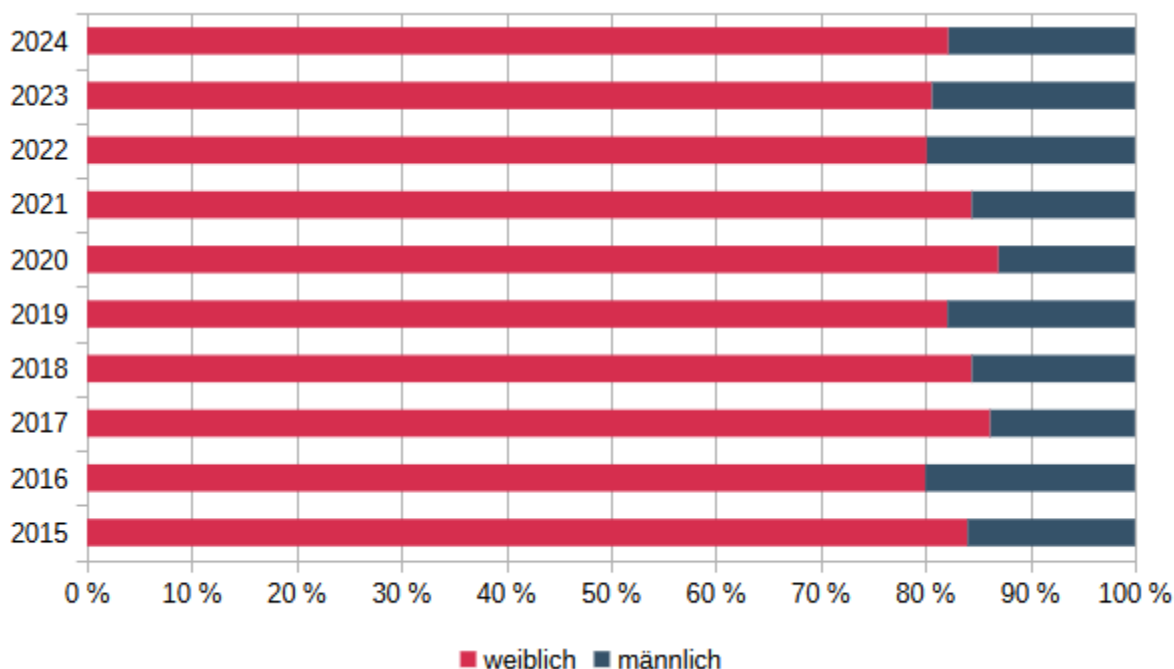
Abbildung 37: Anteil (in %) der Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in der Suchtberatung in Schleswig-Holstein nach Jahren und Altersgruppe (Quelle: ISD 2025).



Mit Blick auf den Zeitverlauf wird deutlich, dass die Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörung), die eine Suchtberatungsstelle aufsuchten, tendenziell älter werden. Der Anteil der Altersgruppe bis 25 Jahre nahm von 31,9 % (2015) auf 23,7 % (2024) ab und der der Altersgruppe 26-35 Jahre reduzierte sich von 21,0 % auf 16,3 %. Die Anteile der Altersgruppen 36-45 Jahre (2015 = 18,9 %; 2024 = 22,2 %), 46-59 Jahre (2015 = 23,9 %; 2024 = 28,1 %) und 60 Jahre und älter (2015 = 4,2 %; 2024 = 9,6 %) nahmen hingegen zu.

Der Anteil der Frauen an allen betreuten Personen mit einer F50-Diagnose (Essstörung) lag über die Jahre zwischen 80,0 % und 87,0 % (Abbildung 38).

Abbildung 38: Anteil (in %) der Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in der Suchtberatung in Schleswig-Holstein nach Jahren und Geschlecht (Quelle: ISD 2025).

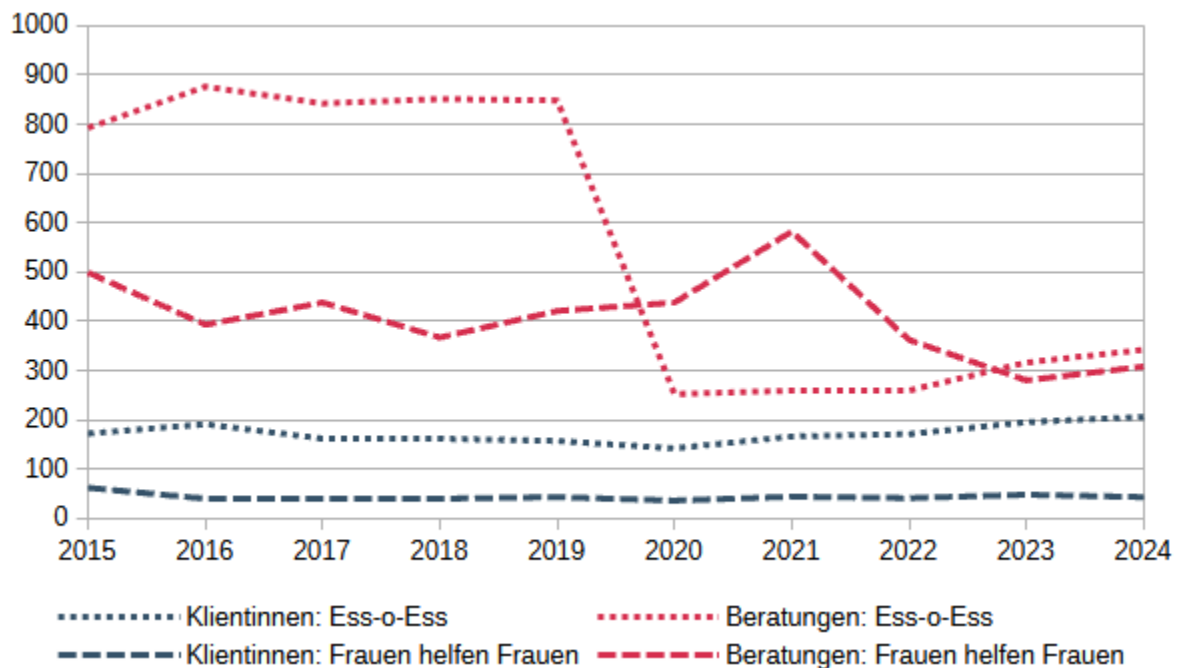


Neben den Suchtberatungsstellen bieten die landesweit tätigen Frauenfachberatungsstellen mit dem Schwerpunkt Essstörungen „Frauen helfen Frauen“ und „Eß-o-Eß“ zum Thema Essstörungen Beratungen an. Die Frauenfachberatungsstelle „Eß-o-Eß“ berät durchschnittlich pro Jahr 172 Klientinnen. In der Beratungsstelle „Frauen helfen Frauen“ sind es im Durchschnitt jährlich 44 Klientinnen. Bei „Eß-o-Eß“ sind die Zahlen der Klientinnen seit dem Jahr 2020 bis 2024 von 142 auf 206 pro Jahr gestiegen (Abbildung 39). Bei „Frauen helfen Frauen“ sind die Zahlen der Klientinnen relativ stabil geblieben.

Die Anzahl der Beratungen ist bei „Eß-o-Eß“ mit dem Beginn der Pandemie im Jahr 2020 von 848 (2019) auf 252 gesunken. Seitdem steigen die Beratungszahlen wieder stetig an. Bei „Frauen helfen Frauen“ ist die Zahl der Beratungen bis zum Jahr 2021 auf 582 angestiegen, um dann bis zum Jahr 2023 auf 280 abzusinken. Für das Jahr 2024 wurden 308 Beratungen registriert.

Über die Suchtberatungsstellen und Frauenfachberatungsstellen hinaus finden betroffene Menschen, ihre Angehörigen und ihnen nahestehende Personen in den allgemeinen psychiatrischen und psychosomatischen sowie psychosozialen Beratungsstellen an verschiedenen Standorten im Land, wie beispielsweise beim Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein, neben vielen weiteren Themen ebenfalls Beratungsangebote zum Thema Essstörungen.

Abbildung 39: Anzahl der Klientinnen mit einer F50-Diagnose (Essstörung) und Anzahl der Beratungen aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörung) in den Frauenfachberatungsstellen „Frauen helfen Frauen“ und „Eß-o-Eß“ nach Jahren (Quelle: Eß-o-Eß und Frauen helfen Frauen 2025).



Selbsthilfe und -kontaktstellen

Ein bedeutender Bestandteil der Hilfestrukturen für psychisch erkrankte Menschen, Menschen mit Essstörungen und ihre Angehörigen sind Selbsthilfegruppen. Im Rahmen des Empowerments, also der Stärkung der Selbstbestimmung der Betroffenen, bedeutet Selbsthilfe, sich der eigenen Interessen und Handlungsmöglichkeiten bewusst zu werden. Durch den Austausch mit anderen und die Auseinandersetzung mit persönlichen, herausfordernden Erfahrungen können neue Wege erkannt und beschritten werden. Forschungsergebnisse zeigen, dass Mitglieder von Selbsthilfegruppen einen nachweisbaren Nutzen aus ihrer Teilnahme ziehen. Sie erfahren psychische Unterstützung, sind besser informiert und engagieren sich aktiver bei der Bewältigung ihrer Leiden und Probleme.

In Selbsthilfegruppen vernetzen sich Menschen mit gleichen Erkrankungen, Behinderungen oder seelischen Konfliktsituationen und deren Angehörige mit dem Ziel des Austausches, des Aufbaus von Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung und des Wissens zur Nutzung der Möglichkeiten des Gesundheitssystems. So gibt es in Schleswig-Holstein beispielsweise neben dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. auch den Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V. Auch die Sucht-Selbsthilfe ist in Schleswig-Holstein präsent

(<https://sucht-selbsthilfe-sh.de/>) und direkt mit der oben genannten Online-Plattform vernetzt.

Unter dem Dach des "Hauses der Familie" in Flensburg gibt es zum Beispiel eine Selbsthilfegruppe zum Austausch und zur Unterstützung von Personen mit Essstörungen. Diese Selbsthilfegruppe wurde von KIBIS Flensburg eingerichtet, die den Kontakt zwischen Menschen, die von ähnlichen Fragen, Problemen, Krisen oder Krankheiten betroffen sind, vermitteln. Die KIBIS Selbsthilfegruppen zu Essstörungen gibt es auch in anderen Landesteilen, jedoch nicht unter dem Dach von Familienbildungsstätten.

Selbsthilfekontaktstellen sind lokale Facheinrichtungen in den Kreisen und kreisfreien Städten mit kostenfreien Angeboten für den Aufbau, die technische und organisatorische Unterstützung der Arbeit von Selbsthilfegruppen sowie die Beratung und Vermittlung von Interessierten.

Weitere Angebote für Betroffene und Angehörige

Der Deutsche Kinderschutzbund (DKSB) als bundesweiter Dachverband und der Landesverband Schleswig-Holstein, die zugehörigen Orts- und Kreisverbände sowie Partnerorganisationen betreiben die Beratungshotline „Nummer gegen Kummer“. Unter der kostenlosen Rufnummer 116 111 erhalten Kinder und Jugendliche von ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern fachkundige und anonyme Hilfe bei Sorgen und Nöten. Auch psychische Erkrankungen und Essstörungen sind in diesem Zusammenhang immer wieder Beratungsthema. Die Beraterinnen und Berater sind hierfür speziell geschult. In Schleswig-Holstein wird an den Standorten Kiel (Der Kinderschutzbund Ortsverband Kiel e. V.), Lübeck (Gemeindediakonie Lübeck) und Stormarn (Der Kinderschutzbund Kreisverband Stormarn e. V.) ein Kinder- und Jugendtelefon betrieben. Am Standort Kiel wird zusätzlich das Projekt „Jugendliche beraten Jugendliche“ angeboten, bei denen die Anrufenden auf jugendliche Beraterinnen und Berater treffen. Hierdurch wird ein weiterer sehr niedrigschwelliger Zugangsweg bereitgestellt.

2024 wurden an den drei Standorten des Kinder- und Jugendtelefons in Schleswig-Holstein insgesamt 11.995 Gespräche geführt, davon 2.958 qualifizierte Beratungen.

35 % (1.036) der Beratungen sind dem Themenbereich „psychosoziale Themen und Gesundheit“ zuzuordnen, 7,3 % (216) dem Themenbereich „Sucht / selbstgefährdendes Verhalten“. Konkret zum Thema „Essstörungen“ gab es im Jahr 2024 an den drei Standorten in Schleswig-Holstein 22 Beratungen (Magersucht/Bulimie: 21; Adipositas: 1). Die offizielle Orientierungshilfe für die Ausbildung der Ehrenamtlichen für das Kinder- und Jugendtelefon nimmt unter der Kategorie „Sucht / selbstgefährdendes Verhalten“ das Themenfeld „Essstörungen“ auf – Hilfestellungen für die Beratung bei „Essstörungen“ sind damit fester Bestandteil der KJT-Ausbildung.

Viele Angebote der niedrighschwelligen Hilfs- und Beratungsangebote (z. B. offene psychische Hilfen in Schleswig-Holstein) stehen ausdrücklich auch den Angehörigen psychisch kranker Menschen und Menschen mit Essstörungen offen. Das ist auch deshalb wichtig, da von Essstörungen betroffene Menschen häufig nicht selbst die Kraft aufbringen können, eigenständig Zugang zum Hilfesystem zu suchen. Darüber hinaus stehen Angehörigen, die z. B. aufgrund einer Essstörung im familiären Umfeld eine eigene psychische oder psychosomatische Symptomatik entwickeln, sämtliche Angebote der psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung offen.

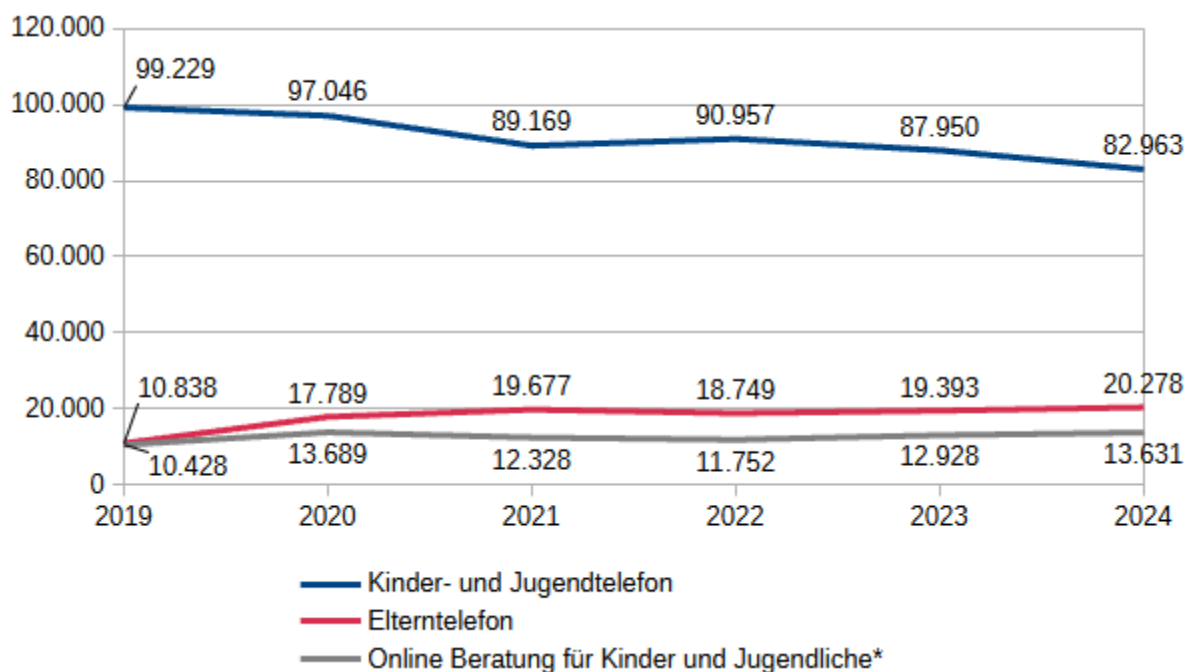
Neben der „Nummer gegen Kummer“, die sich an Kinder und Jugendliche richtet, betreibt der Landesverband Schleswig-Holstein beim Deutschen Kinderschutzbund unter der Telefonnummer 0800-1110550 auch ein Elterntelefon. In vielen Fällen nutzen Eltern dieses kostenlose Angebot, um zum ersten Mal anonym über mögliche Nöte und Konflikte mit dem eigenen Kind sowie die eigene Hilflosigkeit zu sprechen. Dadurch öffnen sich Möglichkeiten, Eltern und Kindern Zugang zu weiteren Strukturen der Hilfesysteme aufzuzeigen. In Schleswig-Holstein wird an den Standorten Bad Oldesloe (Der Kinderschutzbund Kreisverband Stormarn e. V.), Neustadt/Ostholstein (Der Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e. V.) und Kiel (Der Kinderschutzbund Ortsverband Kiel e. V.) ein Elterntelefon betrieben.

2024 wurden an den drei Standorten des Elterntelefons in Schleswig-Holstein insgesamt 2.067 Gespräche geführt, davon 1.271 qualifizierte Beratungen. Anrufe am Elterntelefon haben meist einen vielschichtigen thematischen Hintergrund. Beispielsweise steht die Sorge um das eigene Kind oft in direktem Zusammenhang mit der eigenen (Erziehungs-)Situation und den sich daraus ergebenden Erziehungsproblemen. Die Anruferinnen und Anrufer wenden sich in erster Linie

wegen ihrer eigenen Kinder an das Elterntelefon. Das Themenfeld „Psychosoziale Probleme / Gesundheit“ macht 43,1 % (548) der Beratungsgespräche aus. In Schleswig-Holstein wurden im Jahr 2024 an den drei Standorten des Elterntelefons 45 Beratungsgespräche geführt, in denen konkret das Thema „Essstörung“ die Sorge um das Kind begründet hat.

Abbildung 40 zeigt die Anzahl der qualifizierten Beratungen nach Beratungsart (Kinder- und Jugendtelefon, Elterntelefon, Online-Beratung für Kinder und Jugendliche) im Zeitverlauf in Deutschland. Die Anzahl der qualifizierten Beratungen am Kinder- und Jugendtelefon ist seit 2019 rückläufig. Sowohl das Elterntelefon als auch die Online-Beratung für Kinder und Jugendliche verzeichnet steigende Zahlen. Insbesondere die Anzahl der qualifizierten Beratungen am Elterntelefon hat sich seit 2019 verdoppelt.

Abbildung 40: Anzahl der qualifizierten Beratungen nach Beratungsart nach Jahren in Deutschland (Quelle: Der Kinderschutzbund Landesverband Schleswig-Holstein 2025).



*Hinweis: Die Online-Beratung für Kinder und Jugendliche wird durch die Standorte in Schleswig-Holstein nicht regelhaft durchgeführt. Die Online-Beratung ist aber bundesweit erreichbar, also auch aus Schleswig-Holstein.

Für Jugendliche und Eltern gibt es zudem die bke-Onlineberatung, ein professionelles Beratungsangebot der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) in Zusammenarbeit mit den 16 Bundesländern und den freien und kommunalen Trägern der Kinder- und Jugendhilfe. Schleswig-Holstein beteiligt sich an der Finanzierung des Bundesverbandes und finanziert eine Beratungsstelle bei einem

freien Träger im Land (Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Stormarn e.V.). Die bke-Onlineberatung steht sowohl Eltern und weiteren Erziehungspersonen als auch Jugendlichen zur Verfügung. Sie können bei Problemen per Chat oder per Mail mit dem Beratungsteam der bke-Onlineberatung in den Austausch treten. Hier können auch Fragen in Bezug auf Essstörungen gestellt werden. Darüber hinaus thematisiert die bke dieses Problem auch in Literatur und Webinaren für Eltern.

Ein weiteres Beispiel für die Vielseitigkeit der Beratungsmöglichkeiten ist der Workshop mit dem Titel "Wählerisches Essverhalten bei Kindern - Picky Eating Workshop" im "Haus der Familie" in Kiel. Er bietet Hilfestellung, ab wann weitere Abklärung oder therapeutische Begleitung sinnvoll ist.

6.3 Prävention, Sensibilisierung und Beratung

Prävention beschreibt die Vorbeugung von Krankheiten, beispielsweise durch Maßnahmen, die das Risiko zu erkranken verringern oder die die negativen Folgen von Krankheiten abmildern. Seit 2015 sind Maßnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung im Präventionsgesetz verankert, um die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure (z. B. Sozialversicherungsträger, Länder, Kommunen) zu stärken und entsprechende Maßnahmen für alle Altersgruppen in den verschiedenen Lebenswelten zugänglich zu machen (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Präventionsmaßnahmen können anhand ihrer unterschiedlichen Ansatzpunkte differenziert werden, wobei die Begrifflichkeiten nicht trennscharf sind und oftmals ineinander übergehen (Franzkowiak 2022). Herausgegriffen werden soll hier zum einen die Verhaltensprävention, die das Ziel hat, (schädliche) Verhaltensmuster bei Einzelpersonen oder Gruppen zu verändern, um auf diesem Wege die Gefahr einer möglichen Erkrankung zu verringern (z. B. ein Kursangebot der Krankenkasse). Zum anderen soll die Verhältnisprävention erwähnt werden, welche durch Änderungen auf struktureller Ebene (beispielsweise durch politische Entscheidungen) die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen modifiziert, und so Voraussetzungen für ein geringeres Erkrankungsrisiko schafft (z. B. gesetzlich verankerte Maßnahmen zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz).

Darüber hinaus werden verschiedene zeitliche Ansatzpunkte unterschieden. Primäre Präventionsmaßnahmen richten sich an gesunde Personen und sollen das Erkrankungsrisiko vermindern. Sekundäre Prävention zielt darauf ab, erste Beschwerden, die Hinweise auf eine Erkrankung sein könnten, möglichst frühzeitig zu entdecken, um weiterem Schaden und Chronifizierung vorzubeugen. Tertiäre Präventionsmaßnahmen richten sich an bereits erkrankte Personen und sollen das Voranschreiten der Erkrankung verhindern sowie Folgeschäden abmildern (Franzkowiak 2022).

Die evaluierte Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen ist ein wichtiger Faktor bei der Planung, Durchführung und Etablierung von Präventionsangeboten. Der Wegweiser Grüne Liste (<https://wegweiser-gruene-liste.de/>) gibt dazu einen guten Überblick, der Settings und Zielgruppen berücksichtigt. Zudem gibt es Übersichtsarbeiten, die beispielsweise die Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention von Essstörungen in den Blick nehmen (Eisenmann et al. 2017, Pickhardt et al. 2018).

Einen Überblick der deutschlandweiten Leistungen der Krankenkassen in der primären Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung insgesamt bietet der jährliche Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes Bund (GKV-Spitzenverband 2025). In Schleswig-Holstein liefert unter anderem die Internetseite der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V. einen Überblick über verschiedene Präventionsmaßnahmen in den gesetzlich verankerten Bereichen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund älter werden“ sowie zusätzlich im Bereich „Gesundheitliche Chancengleichheit“ (LVGFSH 2025). Speziell für Kinder und Jugendliche informiert der Internetauftritt des Instituts für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein über Sucht- und Gewaltprävention im schulischen Umfeld (IQSH 2025). Auch auf den Internetseiten der einzelnen Kreise und kreisfreien Städte finden sich Informationen zu den vor Ort durchgeführten Präventionsmaßnahmen.

Bei den nachfolgend in Tabelle 3 aufgelisteten Praxisbeispielen zu Präventionsangeboten im Bereich der psychischen Gesundheit handelt es sich überwiegend um Angebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die in den meisten Fällen im schulischen Kontext durchgeführt werden.

Tabelle 3: Auswahl von Projekten und Initiativen zur Prävention psychischer Erkrankungen und Essstörungen in Schleswig-Holstein.

Name	Beschreibung	Zielgruppe	Weitere Informationen
DUDE – Du und deine Emotionen	Interaktive Übungen zur Verbesserung der Emotionsregulation sowie zum Umgang mit Selbstverletzung, Suizidalität und anderen Problemen	Klassenstufen 5 bis 7 sowie Lehrkräfte	www.kkh.de/dude
ECHT DABEI – Gesund groß werden im digitalen Zeitalter	Informationen über gesundheitsgerechte Mediennutzung. Fortbildung für Fachkräfte sowie Elternabende und ein Kindertheater.	Eltern und pädagogische Fachkräfte im Grundschul Umfeld	www.echt-dabei.de
Eigenständig werden -	„Eigenständig werden“ ist ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern.	Klassenstufen 1 bis 4 bzw. 5 und 6	www.eigenstaendig-werden.de
Gänseblümchen – Präventionsprojekt Essstörungen	Unterrichtseinheiten und -projekte, Informationsstände sowie Gespräche rund um das Thema Essstörungen für Kieler Schulen	Schülerinnen und Schüler ohne genaue Altersangabe	www.frauenberatung-essoess.de
Gemeinsam Klasse sein – Zusammen gegen Mobbing und Cybermobbing	Projektwoche inklusive Fortbildung für Lehrkräfte	Klassenstufen 5 bis 7 sowie Lehrkräfte	www.gemeinsam-klasse-sein.de
GUT DRAUF – bewegen, essen, entspannen	Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebensbereichen, unter anderem bewusster Umgang mit Stress	Kinder und Jugendliche von 5 bis 18 Jahren	www.gutdrauf.net
Klasse2000	Schulprojekt zur Förderung der Gesundheits- und Lebenskompetenzen von Kindern als Schutz vor Sucht und Gewalt	Klassenstufen 1 bis 4	www.klasse2000.de
Kosima – Konsummuster sichtbar machen	Datenerhebung zu Konsumgewohnheiten, daraufhin Beratung zu passgenauen präventiven Maßnahmen	Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufen I und II	www.schleswig-holstein.de
MindMatters	Unterrichtsmodule zur Förderung der psychischen Gesundheit (z. B. Umgang mit Stress, Trauer etc.)	Alle Jahrgangsstufen, auch an berufsbildenden Schulen	www.mindmatters-schule.de/
Netpiloten	Peer-Projekt zur Förderung kritischen Medienkonsums	Jugendliche	www.ins-netz-gehen.info
Püppchen	Theaterstück zur Schärfung der Wahrnehmung für Anzeichen einer Essstörung	Ab 12 Jahre	www.pueppchen.info
Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule	Schultage zur Prävention psychischer Krisen und zur Förderung der seelischen Gesundheit	Jugendliche ab 14 Jahren	www.irsinnig-menschlich.de
Petze-Institut	Verschiedene Projekte zur Prävention von sexuellem Missbrauch und sexualisierter Gewalt	Kinder, Jugendliche und Menschen mit Behinderungen sowie Weiterbildung für Fachkräfte	petze-institut.de

Name	Beschreibung	Zielgruppe	Weitere Informationen
Projekte/Vernetzung zur psychischen Gesundheit und Entstigmatisierung bei der LVGFSh	Psychische Gesundheit in der Lebens- und Arbeitswelt <ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Beratung zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung • Krisenpass • Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz • Mental Health First Aid Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen • Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Schule • Infovideos zu psychischen Erkrankungen • Netzwerk Kinder psychisch kranker Eltern • Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule • Aufmachen! Psychisch fit in Berufsschule und Beruf 	Erwachsene, Fachkräfte	www.lvgfsh.de
Psychosoziale Gesundheit an Schulen – IQSH Fachportal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angebotslandkarten für in Schule Tätige, Lernende und Angehörige ▪ Handlungsrahmen für die Schulen zum Umgang mit den psychosozialen Folgen von Pandemie und Krise bei den Schülerinnen und Schülern 	Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf an Schulen	fachportal.lernnetz.de
„Unsere ‚verrückten‘ Familien!“ – Das Präventionsprogramm für die Grundschule	Lebensthema »Psychische Krisen in der Familie« in der Schule besprechbar machen: Stigma abbauen, Kinder entlasten, Hilfesuchverhalten verbessern	Grundschülerinnen und -schüler ab Klassenstufe 3, Lehrkräfte, weiteres Schulfachpersonal	http://www.irrsinnig-menschlich.de
Sagen, was ist. Tun, was hilft. – Mental Health Coaches. Ein Programm der Jugendmigrationsdienste	Gruppenangebote an Schulen rund um das Thema psychische Gesundheit	Ab Klassenstufe 5	www.mental-health-coaches.de/
Netpiloten Medienpeers in SH	Mehr als 60 Peer-Projekte zur Förderung von Medienkompetenz in Schulen	Klassenstufe 1-8 sowie Lehrkräfte und Schulsozialarbeit	www.medienscouts-sh.de

Beispiel Setting Schule

Zum Schutz der seelischen und körperlichen Unversehrtheit der Schülerinnen und Schüler sind Schulen gemäß § 4, Abs. 11 SchulG SH dazu verpflichtet, ein Präventions- und Interventionskonzept vorzuhalten. Dabei handelt es sich insbesondere um Maßnahmen zu „Gefährdungen im Zusammenhang mit sexualisierter, psychischer und körperlicher Gewalt, zur allgemeinen Stärkung und Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung der Schülerinnen und Schüler sowie

zu strukturellen Maßnahmen zum Umgang mit drohender und bestehender Gefährdung des Kindeswohls“.

„Schulische Gesundheitsförderung umfasst demnach sowohl die physische Gesundheit (zum Beispiel gesunde Ernährung, Umgang mit chronischen Erkrankungen, Bewegung) als auch die psychische Gesundheit (zum Beispiel Umgang mit Stress, Förderung der Resilienz, Umgang mit psychischen Erkrankungen)“, heißt es weiter im Leitfaden zum schulischen Präventions- und Interventionskonzept (Böge et al. 2025). Die Themen Ernährung, Essstörungen und Körperbilder sind in diesem Rahmen expliziter Bestandteil von Prävention in Schule.

Um das Personal in Schule dafür zu sensibilisieren, stellt das Zentrum für Prävention (ZfP) am IQSH neben dem Leitfaden zum Präventions- und Interventionskonzept auch verschiedene Fortbildungsangebote bereit, insbesondere:

- Die Fortbildung „Präventions- und Interventionskonzept. Für eine sichere, gesunde und starke Schule“ (PRV0274) gibt Schulen einen Überblick über die Bausteine eines Konzepts nach §4, Abs. 11 SchulG SH.
- Der Zertifikatskurs „Pädagogische Prävention in der Schule“ (PRV0002) schult mit einem Umfang von 70 Stunden umfassende Grundlagen zur Umsetzung von Präventions- und Interventionskonzepten an Schulen.
- Die Fortbildung „Gaming und Social Media bei Jugendlichen - Methoden und Möglichkeiten der Prävention“ (SUC0075) widmet sich u.a. der Entstehung, Symptomatik und Aufrechterhaltung von Essstörungen im Kontext Sozialer Medien.
- Im Rahmen von zwei Fachtagen 2024 und 2025 in Kiel zum Thema „Umgang mit psychischen Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern“ (GSU0187) wurde jeweils auch ein Workshop zum Thema Essstörungen durchgeführt.
- „Fortbildung zum Peerprojekt „Net Piloten“ (BzgA)“ (SUC0063)

Das IQSH stellt zudem einen „Handlungsleitfaden für den Umgang mit Betroffenen von Essstörungen“ zum Thema Essstörung an Schulen bereit (Kühl-Frese & Deloch 2018). Das IQSH schult darüber den Einsatz von Programmen der universellen

Prävention an Schulen, die darauf abzielen, Lebenskompetenzen zu vermitteln und die Persönlichkeit zu stärken. Im Einzelnen:

- „REBOUND - Einführung in das Programm zur Steigerung der Risikokompetenz in der Sekundarstufe“ (SUC0080)
- Online-Fortbildung zum suchtpräventiven Lebenskompetenzprogramm IPSY für die 5. bis 7. Klassenstufe (SUC0091)
- „Must have! Programme der universellen Prävention im Überblick“ (PRV0297)

Über das Angebot „KOSIMA-Konsummuster sichtbar machen“ stellt das IQSH Schulen eine umfassende Datenerhebung zu Konsummustern der Schülerinnen und Schüler bereit, die unter anderem auch Informationen zum Essverhalten und dem Wohlbefinden erhebt (IQSH 2022). Auf dieser Grundlage können Schulen im Sinne einer datengestützten Schulentwicklung Probleme im Konsumverhalten identifizieren und geeignete Maßnahmen bereitstellen.

Im Schulunterricht selbst werden verschiedenste Aspekte rund um das Thema Gesundheitsverhalten, Ernährung und Essstörungen - im Sinne von Prävention und Gesundheitskompetenz – integriert. Die Fachanforderungen Biologie für die Sekundarstufe I in Schleswig-Holstein nennen die Gesundheitserziehung und den Aspekt der gesunden Lebensführung als verbindlichen Fachinhalt im Bereich der Bewertungskompetenz. Grundsätzlich ist das Thema Essstörungen im Bereich der Ernährung für Klassenstufe 5./6. und erneut in den höheren Jahrgangsstufen verortet. Die konkrete Ausführung und Schwerpunktsetzung innerhalb des Themas regelt jede Schule individuell im Rahmen des schulinternen Fachcurriculums.

Schulpsychologinnen und -psychologen, Psychologinnen und Psychologen an berufsbildenden Schulen sowie Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter sind Fachpersonen, die Kindern, Jugendlichen und Eltern als eine erste Anlaufstelle für Beratung dienen und zu Hilfsangeboten weitervermitteln können. Es liegen jedoch keine Zahlen dazu vor, wie viele Schülerinnen und Schüler sowie Eltern sich aufgrund einer Essstörung an die schulpsychologische Beratungsstelle des jeweiligen Kreises bzw. der jeweiligen Stadt gewendet haben, da die Inhalte von Gesprächen mit Klientinnen und Klienten statistisch nicht erfasst werden. Dies gilt entsprechend für die Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter.

Beispiel Setting Sport

Essstörungen sind komplexe Erkrankungen, die häufig viele unterschiedliche Facetten aufweisen und das Erkennen der Erkrankung erschweren. Eines von mehreren Anzeichen kann exzessives, zwanghaftes oder ritualisiertes Sportverhalten sein, z. B. trainieren trotz Verletzungen, sich gezwungen fühlen, unter Stress zu geraten, wenn Sport nicht möglich ist.

Durch den erhöhten individuellen und umfeldbedingten Leistungsdruck im Nachwuchs- und Spitzensport haben sportspezifische Risikofaktoren (z.B. Gewichtsklassen-Sportarten, technisch-akrobatische / ästhetische Sportarten) sowie individuelle Risikofaktoren (Perfektionismus, vermeintliche Leistungsoptimierung, Ausgleichsmechanismen / Kontrollfunktion bei Leistungstiefs, einseitige Sportleridentität etc.) eine besondere Relevanz. Zudem kann die Angst vor negativen Konsequenzen für die eigene sportliche Laufbahn (Verlust von Kaderstatus, Förderungen, Sponsoren) das Verheimlichen von Essstörungen begünstigen.

Trainerinnen und Trainer werden im Rahmen der Lizenzaus- und -fortbildungen zu verschiedenen Facetten im Themenfeld Ernährung geschult. Die konkreten Ausbildungsinhalte richten sich nach den Curricula für die C-, B- und A-Lizenzausbildungen im Leistungssport.

Für alle Bundeskaderathletinnen und -athleten (NK1-OK = Nachwuchskader 1 - Olympiakader) in Deutschland ist einmal jährlich eine umfangreiche sportmedizinische Grunduntersuchung vorgesehen, die durch den Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) finanziert wird. Auch ausgewählten Leistungskader-Athletinnen und -Athleten steht eine sportmedizinische Grunduntersuchung in Anlehnung an die DOSB-Vorgaben zu. Etwaige körperliche Anzeichen und Symptome einer Essstörung können bei diesen Untersuchungen festgestellt werden. Bundeskaderathletinnen und -athletinnen steht zudem an den Olympiastützpunkten mindestens eine Ernährungsberaterin bzw. ein Ernährungsberater als Ansprechperson zur Verfügung und kann bedarfsorientiert genutzt werden. Zusätzlich arbeiten einige Spitzenverbände mit eigenen Ernährungsberaterinnen und -beratern zusammen, haben eine eigene, sportspezifische Ernährungskonzeption und bieten entsprechende Unterstützung für die Athletinnen und Athleten an. Auf Landesebene gibt es Beispiele von Landesfachverbänden, die Schulungen zum

Thema Ernährung in den Lehrgangsplan bei zentralen Maßnahmen integrieren. Verbindliche Vorgaben oder Strukturen gibt es hier aber nicht.

Zum Thema Essstörungen liegen dem Land aktuell keine Daten bzw. Erhebungen vor. Vor allem für den Bereich des Breitensports sind keine Daten bekannt.

Beispiel Verbraucherschutz

Ein Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen ist die Durchführung von Diäten bereits im jugendlichen Alter. Hierbei spielen frei verkäufliche Produkte, wie Diätprodukte, Abführmittel, Nahrungsmittel mit einem bestimmten Gesundheitsversprechen, Nahrungsergänzungsmittel etc. eine Rolle. Hierbei werden unterschiedliche Maßnahmen durchgeführt, um den missbräuchlichen Gebrauch, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zu unterbinden bzw. zu vermeiden.

Die Lebensmittelüberwachungsbehörden in Schleswig-Holstein stärken durch behördliche Kontrollen von Herstellerbetrieben, Inverkehrbringern, Händlern von Produkten und auch Probenahmen von Produkten den gesundheitlichen Verbraucherschutz. Auch Nahrungsergänzungsmittel, wie auch diätetische Lebensmittel sind rechtlich eingeordnet Lebensmittel und unterliegen den originären Vorgaben der Lebensmittelsicherheit. Diätetische Lebensmittel müssen strengen Kriterien entsprechen, damit sie den gesundheitlichen Anforderungen bestimmter Personengruppen mit besonderen Ernährungsbedürfnissen wie beispielsweise Säuglingen oder Diabetikern gerecht werden.

Die behördliche Lebensmittel- und Veterinärüberwachung kontrolliert Werbeversprechen, die gesundheitsbezogene Aussagen machen und gesundheitliche Versprechen suggerieren. Produkte mit gesundheitsbezogenen Angaben zur Gewichtsreduktion sind unzulässig und regelmäßig Gegenstand lebensmittelrechtlicher Beanstandungen sowie zahlreicher verwaltungs- und zivilgerichtlicher Entscheidungen.

Beispiel Jugendmedienschutz

Inhalte, die Essstörungen verharmlosen oder ungesunde Körperideale fördern – wie etwa Beiträge im Umfeld des Hashtags „SkinnyTok“ – erfüllen nach den Kriterien des § 5 Jugendmedienschutz-Staatsvertrags (JMStV) die Merkmale entwicklungsbeeinträchtigender Angebote. Solche Inhalte gelten als regulierungsbedürftig und unterliegen daher besonderen Schutzanforderungen. Plattformbetreiber und Diensteanbieter sind verpflichtet, entsprechende Inhalte zu erkennen und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, etwa durch eine eingeschränkte Auffindbarkeit, das Entfernen der Beiträge oder das Einblenden von Hinweisen auf Beratungs- und Unterstützungsangebote. Die Kommission für Jugendmedienschutz (KJM) überwacht die Einhaltung dieser gesetzlichen Vorgaben, prüft gemeldete Inhalte und kann gegenüber Anbietern und Plattformen aufsichtsrechtliche Maßnahmen veranlassen. Es ist jeder Person möglich, bei der KJM Inhalte im Internet und/oder Inhalte im Radio/TV zu melden.

Bei aktuellen Trendbewegungen wie „SkinnyTok“ zeigt sich die besondere Relevanz dieser Vorgaben. Auf einschlägigen Plattformen finden sich zahlreiche Beiträge, die extreme Schlankheit, restriktive Diätpraktiken oder verzerrte Körperideale darstellen. Plattformbetreiber haben darauf reagiert, indem sie Suchanfragen einschränken oder Hilfsangebote einblenden. Aufgrund der hohen Zahl täglich veröffentlichter Inhalte und alternativer Verschlagwortungen bleibt die vollständige Unterbindung jedoch herausfordernd. Über algorithmische Empfehlungssysteme können derartige Inhalte weiterhin in die Feeds junger Nutzerinnen und Nutzer gelangen.

Körper- und Schönheitsideale werden nicht nur über soziale Netzwerke, sondern über die gesamte Medienlandschaft verbreitet. Printmedien, Fernsehen, Radio, Streaming-Angebote und Onlineportale transportieren entsprechende Inhalte und können dadurch ebenfalls zur Verfestigung unrealistischer Körnernormen beitragen. Nach § 6 Abs. 2 des Jugendmedienschutz-Staatsvertrages (JMStV) darf insbesondere Werbung Kinder und Jugendliche weder körperlich noch seelisch beeinträchtigen. Anbieter müssen zudem gemäß § 6 Abs. 7 JMStV dafür sorgen, dass Kinder im Umfeld von Kindersendungen möglichst wenig mit Werbung für ungesunde Lebensmittel konfrontiert werden. Dafür sind wirksame Schutzmaßnahmen zu treffen, die die Werbeeinwirkung deutlich reduzieren. Auch Video-Sharing-Dienste, deren Beliebtheit bei Kindern und Jugendlichen stetig

zunimmt, sind nach § 5a JMStV verpflichtet, angemessene Schutzmaßnahmen zu treffen, um junge Nutzerinnen und Nutzer vor entwicklungsbeeinträchtigenden Inhalten zu bewahren. Im Jugendangebot der in der ARD zusammengeschlossenen Landesrundfunkanstalten und des ZDF ist Werbung grundsätzlich nicht zulässig (§ 33 Abs. 5 MStV).

Stellt die zuständige Landesmedienanstalt fest, dass ein Anbieter gegen die Bestimmungen des Jugendschutz-Medienstaatsvertrags verstößt, trifft sie die erforderlichen Maßnahmen gegenüber dem Anbieter. Zur Wahrnehmung des Jugendmedienschutzes werden die problematischen Inhalte über die Kommission für Jugendmedienschutz (KJM) und die durch die obersten Landesjugendbehörden eingerichtete gemeinsame Stelle Jugendschutz aller Länder („jugendschutz.net“) recherchiert, bewertet und bei Bedarf reguliert. Über die Beschwerdestellen können Nutzerinnen und Nutzer entsprechende Inhalte melden. Darüber hinaus erfolgen Aufklärung und Prävention – u. a. durch Angebote wie klicksafe.de – mit dem Ziel, Medienkompetenz bei Kindern, Jugendlichen und Erziehungsberechtigten zu stärken.

Eine besondere Herausforderung besteht darin, dass der Jugendmedienschutz nur für deutsche Rundfunk- und Telemedienanbieter verbindlich gilt. Viele problematische Angebote, darunter international verbreitete „Skinny“- oder „ED“-Communities, befinden sich auf Plattformen mit Sitz im Ausland oder werden anonym bereitgestellt. Kinder und Jugendliche greifen häufig früh und eigenständig auf diese Inhalte zu und erhalten über App-Stores Zugang zu zahlreichen Angeboten, einschließlich solcher, die Essverhalten tracken oder gewichtsbezogene „Challenges“ beinhalten. Dies erhöht das Risiko, mit entwicklungsbeeinträchtigenden Inhalten konfrontiert zu werden.

Die hohe Dynamik digitaler Trends, die internationale Struktur der Plattformökonomie sowie die schnelle Verbreitung entsprechender Inhalte stellen die Aufsicht vor erhebliche Herausforderungen. Daher kommt sowohl dem weiteren Ausbau technischer Erkennungsverfahren – einschließlich KI-gestützter Systeme – als auch der Stärkung der Medienbildung eine zentrale Bedeutung zu.

Auf Grundlage der durch den Minister und Chef der Staatskanzlei im März 2022 veröffentlichten Leitlinie Medienkompetenz wurde eine Medienkompetenzstrategie

für das Land Schleswig-Holstein erarbeitet. Die Strategie definiert Ziele, Handlungsfelder und Maßnahmen für eine nachhaltige Verankerung einer systematischen, strategischen, kooperativen und somit komplementären Medienkompetenzförderung, die jede Bürgerin und jeden Bürger im Land erreichen soll.

Unter Berücksichtigung dieser Strategie fördert die Landesregierung gezielt Medienkompetenz: Auch im Jahr 2025 stellte die Landesregierung Projektmittel in Höhe von 225.000 Euro für Medienkompetenzprojekte von Vereinen, Schulen und Verbänden in Schleswig-Holstein zur Verfügung. Der Offene Kanal Schleswig-Holstein (OKSH) verwaltet diese Landesmittel. Ziel ist es, den Menschen in Schleswig-Holstein vielfältige Angebote zu bieten, um den kompetenten und reflektierten Umgang mit Medien zu erlernen.

Neben der Projektförderung stellt das Land weitere 205.000 Euro bereit, unter anderem für die Durchführung und Auslobung des Medienkompetenzpreises sowie für weitere Projekte, die zur Umsetzung der Medienkompetenzstrategie des Landes beitragen. Gefördert werden innovative Maßnahmen, die Medienbildung im außerunterrichtlichen Bereich stärken.

Über die Aktion Kinder- und Jugendschutz Schleswig-Holstein e. V. (AKJS) sowie Programme wie die „Medienschouts“ an Schulen werden Jugendliche geschult, um als Peers über Chancen und Risiken der Mediennutzung aufzuklären. Dazu zählt auch die Sensibilisierung für Plattfortmtrends, die problematische Schönheitsideale vermitteln.

Die Medienanstalt Hamburg/Schleswig-Holstein (MA HSH) ist auf Grundlage des Jugendmedienschutz-Staatsvertrags (JMStV) für Jugendmedienschutz in Radio und Fernsehen (Rundfunk) und im Internet (Telemedien) in Hamburg und Schleswig-Holstein zuständig. Die MA HSH achtet darauf, dass der Jugendschutz in den von ihr zugelassenen privaten Rundfunkprogrammen, also im Fernsehen und Radio eingehalten wird. Sie überprüft zudem Internetangebote, deren Anbieter ihren Wohn- oder Unternehmenssitz in Hamburg oder Schleswig-Holstein haben. Überdies geht die MA HSH Beschwerden von Zuschauern, Hörern oder Internetnutzern nach. Dabei werden auch Inhalte einbezogen, die Essstörungen verharmlosen oder extremisierte Körperbilder vermitteln.

Bei bundesweiten Angeboten erfolgt die Aufsicht in Zusammenarbeit mit der Kommission für Jugendmedienschutz (KJM). Die MA HSH greift auf Recherchen der länderübergreifenden Stelle jugendschutz.net zurück und führt ergänzend eigene Ermittlungen durch. Hierzu zählen auch Prüfungen von Social Media-Inhalten, die unter Labels wie „SkinnyTok“ verbreitet werden.

Das Land Schleswig-Holstein setzt zudem unterschiedliche Maßnahmen um, um Medieninhalte zu reduzieren bzw. zu vermeiden, die Schönheitsideale fördern und das Risiko für Essstörungen erhöhen. Die Landesmedienanstalt setzt sich für eine Kennzeichnungspflicht von Fotos und Videos ein, die durch Filter oder künstliche Intelligenz verändert wurden. So sollen Nutzer transparent erkennen können, wenn Medieninhalte nicht dem echten Aussehen entsprechen.

Schleswig-Holstein bemüht sich, Social Media-Plattformen zu verpflichten oder zu motivieren, ihre Empfehlungsalgorithmen so anzupassen, dass vielfältigere und realistischere Körperbilder gezeigt werden.

Im August 2020 entwickelte die Medienanstalt NRW gemeinsam mit dem IT- und Softwareunternehmen Condat AG das KI-Tool KIVI. Dabei handelt es sich um eine lernende Software, die mögliche Rechtsverstöße im Internet erkennt und meldet. KIVI wird zur Beobachtung von Social Media-Plattformen und Webseiten eingesetzt. Es markiert verdächtige Inhalte, die anschließend von juristischen Fachkräften überprüft und, falls tatsächlich ein Verstoß vorliegt, zur Anzeige gebracht werden. Für dieses Verfahren arbeiten die Medienanstalten mit den jeweiligen Landeskriminalämtern zusammen; eine Erweiterung der Zusammenarbeit auf das Bundeskriminalamt ist geplant. Das Tool KIVI wird seit Beginn des Jahres 2021 von der Medienanstalt NRW und mittlerweile bundesweit von allen Medienanstalten, auch in Schleswig-Holstein, genutzt.

Die Länder beabsichtigen, das KI-Tool KIVI oder vergleichbare Systeme auch staatsvertraglich weiter auszugestalten, um den Anforderungen des Datenschutzes umfassend Rechnung zu tragen.

7. Zusammenfassung

Essstörungen sind geprägt von auffälligen Mustern im Essverhalten. Es handelt sich dabei aber nicht um ein Ernährungsproblem, sondern um psychische Erkrankungen,

die sich durch einen gestörten Umgang mit dem Essen und einem gestörten Verhältnis zum eigenen Körper äußern. Die einzelnen Essstörungen unterscheiden sich in ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung. Erste Anzeichen einer Essstörung sind oft schwer zu erkennen, da betroffene Personen ihr Verhalten aus Scham oder Schuldgefühlen verbergen.

Essstörungen gelten als psychische Erkrankungen, da ihre zentralen Merkmale, wie Störungen des Körperbildes, eine pathologische Fixierung auf Gewicht und Figur, dysfunktionale Emotionsregulation und zwanghafte Kontrollmechanismen, primär psychischer Natur sind. Ihre häufige Komorbidität mit Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen verdeutlicht zusätzlich ihren Charakter als psychische Erkrankungen.

Zahlreiche Studien zeigen, dass Essstörungen durch ein multifaktorielles Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Einflüsse entstehen. Aktuelle Zahlen für Schleswig-Holstein und Deutschland geben Hinweise darauf, dass soziokulturelle, individuelle und psychosoziale Risikofaktoren, insbesondere für Kinder und Jugendliche, in ihrer Quantität und Qualität tendenziell eher zugenommen haben.

Aus einer Public Health Perspektive haben Essstörungen beim Blick auf die Anzahl der Diagnosen im stationären und ambulanten Bereich relativ betrachtet einen sehr kleinen Anteil am gesamten Versorgungsgeschehen. Im stationären Bereich gab es von 2014 bis 2023 durchschnittlich 493 Behandlungsfälle aufgrund einer F50-Diagnose (Essstörungen) bei Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein. Im Zeitraum von 2015 bis 2024 waren pro Jahr durchschnittlich 16.117 Patientinnen und Patienten mit einer F50-Diagnose (Essstörungen) in ambulanter Behandlung in Schleswig-Holstein.

In den Pandemie-Jahren 2021 und 2022 war bei den stationären Behandlungsfällen ein Anstieg zu beobachten. Im Jahr 2023 lag die Zahl wieder auf dem Vorpandemie-Niveau. Grundsätzlich sind die Zahlen der stationären Behandlungsfälle aufgrund von Essstörungen in Schleswig-Holstein höher als im bundesdeutschen Durchschnitt. Analog zu den stationären Behandlungsfällen zeigt sich auch in den ambulanten Daten ein pandemiebedingter Anstieg der Zahlen, die in den Jahren

2023 und 2024 nicht – wie im stationären Bereich – wieder gesunken, sondern weiter gestiegen sind.

Mit Blick auf die Einzeldiagnosen gibt es deutliche Unterschiede zwischen dem stationären und ambulanten Setting. Im stationären Sektor macht allein die Diagnose F50.0 (Anorexia nervosa), mit steigender Tendenz, mehr als die Hälfte aller F50-Diagnosen aus. In der ambulanten Versorgung ist die Diagnose F50.9 (Essstörung, nicht näher bezeichnet) über die Jahre dominierend (z. B. 2024: 46,4 %). Die Hälfte aller stationären Behandlungsfälle gehen auf Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe 0-17 Jahre zurück. Im ambulanten Bereich ist die anteilig größte Altersgruppe die der 18- bis 34-Jährigen (ca. ein Drittel). Mehr als neun von zehn stationären Patientinnen und Patienten sind Mädchen und Frauen – im ambulanten Sektor sind es acht von zehn.

Die Rate der Neuerkrankungen ist über die letzten zehn Jahre relativ stabil geblieben. Im Pandemiejahr 2021 ist allerdings ein geringer Anstieg zu verzeichnen, der persistent ist, wobei die Zahlen nach wie vor relativ deutlich unter dem Jahr 2016 liegen.

Die sektorübergreifenden (ambulante und stationäre Diagnosen) und hochgerechneten Daten einer Krankenkasse bestätigen die oben genannten Trends. Zudem zeigt sich ein Einkommensgradient: Die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung ist in den niedrigen Einkommensgruppen teilweise mehr als doppelt so hoch als in den mittleren und höheren Einkommensgruppen.

Darüber hinaus, wird deutlich, dass mit einer Essstörung häufig Begleit- bzw. Folgeerkrankungen einhergehen. Von allen Menschen in Deutschland, die von der Grunderkrankung Essstörungen betroffen sind, leiden beispielsweise 61,8 % an der Begleiterkrankung Depression.

Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen und somit auch für Menschen mit Essstörungen ist komplex und umfasst zahlreiche unterschiedliche Akteure. In Schleswig-Holstein können Menschen mit Essstörungen ambulant, teilstationär oder stationär behandelt werden. Zum allergrößten Teil werden sie in den Fachbereichen der Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie versorgt. Kinder und Jugendliche finden in den entsprechenden kinder-

und jugendpsychiatrischen Strukturen Hilfe. Lebensbedrohliche Fälle, beispielsweise bei einer akuten Mangelernährung, werden internistisch stationär aufgenommen.

Bei der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und somit auch Essstörungen sind zahlreiche ärztliche und therapeutische Fachgruppen beteiligt. Bei den vertragsärztlich tätigen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten zeigt sich in den absoluten Zahlen ein Anstieg und in der Rate (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) ein leichter Rückgang der Vollzeitäquivalente. Bei den psychiatrischen und psychotherapeutischen Ärztinnen und Ärzten sind sowohl die absolute Anzahl als auch die Rate der Vollzeitäquivalente im Zeitverlauf leicht rückläufig. Sowohl die absolute Anzahl als auch die Rate der Vollzeitäquivalente der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sind im Zeitverlauf gestiegen.

Der Großteil der stationären Behandlung findet in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung statt. Die Anzahl der stationären Betten bzw. der tagesklinischen Plätze je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ist in den Bereichen der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie relativ stabil geblieben. Im Bereich der psychiatrischen Tageskliniken hat es einen relativ deutlichen Aufwuchs an Plätzen gegeben. Menschen, die aufgrund einer Essstörung behandelt wurden, haben im Vergleich zu anderen (psychischen) Erkrankungen eine hohe durchschnittliche Verweildauer. Dies ist ein weiterer Indikator für die Komplexität und Schwere der Erkrankungen.

Für die Prävention und Versorgung von Essstörungen sind weitere Angebote aus dem Bereich der außerklinischen psychosozialen Unterstützung, wie Beratung, Begleitung, Selbsthilfe und Krisenintervention, von großer Bedeutung. Zu diesen Strukturen gehören unter anderem Sozialpsychiatrische Dienste, offene psychiatrische Hilfen, Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen sowie Selbsthilfekontaktstellen und viele weitere Akteure.

Grundsätzlich bieten alle ambulanten Beratungsstellen Hilfe zum Thema Essstörungen an. Im Durchschnitt suchen 140 Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörung) pro Jahr eine Suchtberatungsstelle in Schleswig-Holstein auf. Die Zahlen sind, mit Ausnahme des Pandemiejahres 2020, relativ stabil. Im Jahr 2024 machten die Diagnosen F50.2 (Bulimia nervosa, 28,9 %), F50.0 (Anorexia

nervosa, 22,2 %) und F50.8 (Sonstige Essstörungen, 22,2 %) die größten Anteile aus. Mit Blick auf den Zeitverlauf wird deutlich, dass die Klientinnen und Klienten mit einer F50-Diagnose (Essstörung), die eine Suchtberatungsstelle aufsuchen, tendenziell älter werden. Die Klientinnen und Klienten mit Essstörungen sind mehrheitlich weiblich (> 80 %). Neben den Suchtberatungsstellen bieten die landesweit tätigen Frauenfachberatungsstellen „Frauen helfen Frauen“ und „Eß-o-Eß“ zum Thema Essstörungen Beratungen an.

In Schleswig-Holstein gibt es vielfältige Initiativen, Projekten und Maßnahmen, die sich der Verhaltens- und Verhältnisprävention widmen. Im bedeutenden Setting Schule werden nicht nur Präventionsprojekte, sondern auch Fortbildungen und Informationen für das Personal angeboten, Datenerhebungen unter Schülerinnen und Schülern durchgeführt sowie entsprechende Unterrichtseinheiten konzipiert und Schulpsychologinnen und -psychologen, Psychologinnen und Psychologen an berufsbildenden Schulen sowie Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter eingesetzt, um Beratung und Hilfe anzubieten. Auch im Bereich des Sports und insbesondere des Leistungssports werden Trainerinnen und Trainer zu verschiedenen Facetten im Themenfeld Ernährung geschult, umfangreiche sportmedizinische Grunduntersuchung für die Athletinnen und Athleten vorgesehen sowie Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater als Ansprechperson zur Verfügung gestellt.

Mit Blick auf die Verhältnisprävention spielt unter anderem der Verbraucherschutz eine große Rolle. Im Verbraucherschutz werden unterschiedliche Maßnahmen durchgeführt, um den missbräuchlichen Gebrauch von frei verkäuflichen Produkten, wie Diätprodukte, Abführmittel, Nahrungsmittel mit einem bestimmten Gesundheitsversprechen, Nahrungsergänzungsmittel etc., insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, zu unterbinden bzw. zu vermeiden. Produkte mit gesundheitsbezogenen Angaben zur Gewichtsreduktion sind unzulässig und regelmäßig Gegenstand lebensmittelrechtlicher Beanstandungen sowie zahlreicher verwaltungs- und zivilgerichtlicher Entscheidungen.

Auch der Bereich des Jugendmedienschutzes trägt zur Verhältnisprävention bei, indem Inhalte, die Essstörungen verharmlosen oder ungesunde Körperideale fördern, die Merkmale entwicklungsbeeinträchtigender Angebote erfüllen und somit als regulierungsbedürftig gelten und daher besonderen Schutzanforderungen

unterliegen (§ 5 Jugendmedienschutz-Staatsvertrags). Darüber hinaus ist die Medienanstalt Hamburg/Schleswig-Holstein für Jugendmedienschutz in Radio und Fernsehen und im Internet in Hamburg und Schleswig-Holstein zuständig. Bei bundesweiten Angeboten erfolgt die Aufsicht in Zusammenarbeit mit der Kommission für Jugendmedienschutz. Hierbei kommen zum Teil auch KI-Tools, wie zum Beispiel KIVI, zum Einsatz. Zudem wurde im Jahr 2022 eine Medienkompetenzstrategie erarbeitet und die gezielte Förderung der Medienkompetenz durch zahlreiche Projekte umgesetzt.

Die Prävention von Essstörungen, zum Beispiel durch die Reduktion von Risikofaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren, bleibt trotz der zahlreichen Initiativen, Projekten und Maßnahmen eine anspruchsvolle Aufgabe, der sich Schleswig-Holstein auch in Zukunft stellen wird.

8. Weiterführende Informationen

Im Folgenden sind einige wichtige Websites, Hilfsportale und Organisationen aufgeführt, die bei der Suche nach Hilfe, Beratung, Unterstützung und Präventionsangeboten sowohl für Betroffene als auch für Fachkräfte und Angehörige hilfreich sein können (ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

Tabelle 4: Auflistung der sozialpsychiatrischen Wegweiser/Unterstützungsangebote der Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein.

Kreis / kreisfreie Stadt	Wegweiser (Aktualisierungsjahr)	Link
Flensburg	Psychosozialer Krisenwegweiser	Homepage der Stadt Flensburg - Psychosozialer Krisenwegweiser
Kiel	Wegweiser Sozialpsychiatrische / Psychosoziale Hilfen (Aktualisierung 2025)	Homepage der Stadt Kiel - Wegweiser Sozialpsychiatrische Hilfen
Lübeck	Psychosozialer Wegweiser Lübeck für Erwachsene Kinder und Jugendkompass (Aktualisierung 2022)	Psychosozialer Wegweiser Lübeck Kinder- und Jugendkompass
Neumünster	Gesundheitswegweiser 2023 mit Angaben zur	Homepage der Stadt Neumünster - Gesundheitswegweiser 2023

	Gemeindepsychiatrischen Versorgung und Beratung/Hilfen, Wohnen etc.	
Dithmarschen	Online – Wegweiser-Portal	Homepage des Kreises Dithmarschen - Wegweiserportal
Herzogtum Lauenburg	Online-Wegweiser (Aktualisierung 2025)	Homepage des Kreises Herzogtum Lauenburg - Wegweiser
Nordfriesland	Nordfriesland-Kompass: Kartenanwendung für psychiatrische Hilfen und andere Hilfsangebote	Homepage des Kreises Nordfriesland - Nordfriesland-Kompass
Ostholstein	Psychologischer Beratungswegweiser Ostholstein (Broschüre)	Homepage DIE BRÜCKE Lübeck und Ostholstein - Psychologischer Beratungswegweiser
Pinneberg	Hilfeportal	Homepage des Kreises Pinneberg - Hilfeportal
Plön	interaktive Sozialraumkarte mit Hilfsangeboten jeglicher Art	Homepage des Kreises Plön - Sozialraumkarte
Rendsburg-Eckernförde	Psychosozialer Wegweiser für den Kreis Rendsburg-Eckernförde (Stand 2024)	Homepage des Kreises Rendsburg-Eckernförde - Psychosozialer Wegweiser
Schleswig-Flensburg	Wegweiser für Psychiatrie und Sucht	Homepage des Kreises Schleswig-Flensburg - Wegweiser für Psychiatrie und Sucht
Segeberg	Psychosozialer Wegweiser, Hilfe-Wegweiser	Homepage des Kreises Segeberg - Psychosozialer Wegweiser
Steinburg	Psychiatrie – Wegweiser (Stand 2025)	Homepage des Kreises Steinburg - Psychiatrie-Wegweiser
Stormarn	Psychiatriewegweiser; Angebote und Hilfen für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige im Kreis Stormarn (Aktualisierung 2025)	Homepage des Kreises Stormarn - Psychiatriewegweiser

Landesverband Frauenberatung e. V. (LFSH)

Dänische Straße 3–5, 24103 Kiel

Tel.: 0431 996 96 36

E-Mail: info@lfsh.de

Internet: <https://lfsh.de/essstoerungen>

Frauenberatungsstelle & ESS-O-ESS

Kurt-Schumacher-Platz 5, 24109 Kiel

Tel.: [0431 524241](tel:0431524241)

E-Mail: mail@frauenberatung-essoess.de

Internet: <https://frauenberatung-essoess.de/kontakt/>

Beratungstelefon bei Essstörungen des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Tel.: montags bis donnerstags von 10.00 bis 22.00 Uhr und freitags bis sonntags von 10.00 bis 18.00 Uhr unter der Telefonnummer 0221 892031

Internet: <https://essstoerungen.bioeg.de/hilfe-finden/welche-beratung-gibt-es/telefonberatung/>

Datenbank Essstörungen: <https://essstoerungen.bioeg.de/hilfe-finden/wie-finde-ich-beratung/datenbank-essstoerungen/>

Bundesfachverband Essstörungen e.V.

Pilotystraße 6 / Rgb., 80538 München

Telefon: +49 (0) 1 51/58 85 07 64

E-Mail: kontakt@bfe-essstoerungen.de

Internet: <https://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/>

psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit

Informationen und Selbsttests zu Essstörungen

Internet: <https://www.psychenet.de/de/>

Kurztest zu Essstörungen:

[https://www.psychenet.de/de/selbsttests/essstoerungen.html?
view=page&layout=index&id=116](https://www.psychenet.de/de/selbsttests/essstoerungen.html?view=page&layout=index&id=116)

Selbsthilfekontaktstellen Schleswig-Holstein

Internet: www.selbsthilfe-sh.info/

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V. (LVGFSH)

Seekoppelweg 5a, 24113 Kiel

Tel: +49 431 71 03 87 – 0

E-Mail: gesundheit@lvgfsh.de

Internet: www.lvgfsh.de

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: www.lvgfsh.de/psychische-gesundheit-bei-kindern-und-jugendlichen

Mental Health First Aid (MHFA)

Erwachsene helfen Jugendlichen: www.lvgfsh.de/psychische-gesundheit-bei-kindern-und-jugendlichen/mental-health-first-aid-mhfa-youth

Erwachsene helfen Erwachsenen: www.lvgfsh.de/psychische-gesundheit-in-der-lebens-und-arbeitswelt/mental-health-first-aid-mhfa

Psychische Gesundheit in der Lebens- und Arbeitswelt:

<https://www.lvgfsh.de/psychische-gesundheit-in-der-lebens-und-arbeitswelt>

Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.

Schreberweg 10, 24119 Kronshagen

Telefon: 0 431 – 65 73 94 – 40

E-Mail: sucht@lssh.de

Internet: www.lssh.de

9. Quellen

AOK (2024). Krankenhaus-Fallzahlen in Schleswig-Holstein leicht gestiegen. Pressemitteilung vom 24.04.2025. Online abrufbar unter: <https://www.aok.de/pp/nordwest/pm/krankenhaus-fallzahlen-schleswig-holstein-2024/> (Zugriff am: 14.11.2025).

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2021). Kurzinformation "Unzufrieden mit der Figur – habe ich eine Essstörung?" (Patienteninformation des äzq). Online verfügbar unter: AWMF Leitlinienregister <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-026> (Zugriff am: 06.11.2025).

Baumgärtner et al. (2025). Epidemiologische Entwicklung suchtgefährdenden Verhaltens von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen. Deskriptiv zusammenfassende Ergebnisse der SCHULBUS-Untersuchung 2024/25. Hamburg: Sucht.Hamburg gGmbH.

BfArM. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025). Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD- 10-GM). Online abrufbar unter: www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html (Zugriff am: 07.11.2025).

bifg. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (2025). Essstörungen in Deutschland: Die häufigsten Komorbiditäten von an Essstörungen erkrankten Personen im Jahr 2023 Morbiditäts- und Sozialatlas – bifg. Online abrufbar unter: <https://www.bifg.de/atlas/essstoerungen> (Zugriff am: 11.11.2025).

BIÖG. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (2025). Essstörungen: Misch und Sonderformen. Online abrufbar unter: <https://essstoerungen.bioeg.de/was-sind-essstoerungen/arten/mischformen/> (Zugriff am: 11.11.2025).

Böge et al. (2025). Präventions- und Interventionskonzept – Leitfaden Für eine sichere, gesunde und starke Schule für alle. Online abrufbar unter: <https://publikationen.iqsh.de/neuheiten/id-08-2025.html> (Zugriff am: 25.11.2025).

Bothe T et al. (2022). Gender-related differences in health-care and economic costs for eating disorders: A comparative cost-development analysis for anorexia and bulimia nervosa based on anonymized claims data. The International journal of eating disorders, 55(1), 61–75.

Bould H et al. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. The International journal of eating disorders, 48(4), 383–391.

Bronleigh et al. (2022). Neural correlates associated with processing food stimuli in anorexia nervosa and bulimia nervosa: an activation likelihood estimation meta-analysis of fMRI studies. Eat Weight Disord 27, 2309–2320.

Bundesministerium für Gesundheit (2019). Präventionsgesetz. Online abrufbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz> (Zugriff am: 01.12.2025)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2021). Essstörungen und digitale Medien – Prävention und Gesundheitsförderung im Jugendalter. Köln.

Chen Y et al. (2025). Parental weight perception and non-responsive feeding practices in Chinese preschoolers: a prospective longitudinal study. European journal of pediatrics, 184(9), 538.

Dadaczynski K et al. (2022). Problematische Nutzung digitaler Medien und Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern in Deutschland. Befunde der HBSC-Studie. Bundesgesundheitsbl 68, 302–312 (2025).

DAK-Gesundheit (2022). #StatusOfMind – Jugend, Social Media und psychische Gesundheit. Hamburg.

Der Kinderschutzbund Landesverband Schleswig-Holstein (2025). Bundesweite, qualifizierte Beratungen. Datenlieferung November 2025.

Destatis (2025). Krankenhausdiagnosestatistik. Online abrufbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online> (Zugriff am 07.11.2025).

Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2024). WD 8 – 057/24. Dokumentation. Zum Zusammenhang zwischen der Nutzung sozialer Medien und Essstörungen: Aktuelle Studienlage. Online abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/1030100/47b213fcb2e7f7b06af124854c1df211/WD-8-057-24-pdf.pdf> (Zugriff am: 11.11.2025).

Deutsches Ärzteblatt (2025). Weltweiter Anstieg von Essstörungen nach der Coronapandemie. Online abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/weltweiter-anstieg-von-essstoerungen-nach-der-coronapandemie-859097c9-46ff-4f85-b058-131830a4c091> (Zugriff am: 24.11.2025).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (2017). Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 136. 1. Auflage 2017. Online abrufbar unter: https://www.bfarm.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Servicesuche_Formular.html?nn=468476&resourceId=468548&input=468476&pageLocale=de&templateQueryString=HTA+Essst%C3%B6rungen&submit.x=0&submit.y=0 (Zugriff am 20.11.2025).

DIE ZEIT (2025). Schönheitsdeal mit Gefahren: Essstörungen nehmen stark zu - vor allem unter Mädchen. DIE ZEIT <https://www.zeit.de/news/2025-05/05/essstoerungen-nehmen-stark-zu-vor-allem-unter-maedchen> (Zugriff am 6. November 2025).

Dingemans et al. (2023). Motives for using social networking sites: A uses & gratifications perspective amongst people with eating disorder symptoms. In: Journal of Eating Disorders, Band 11, Artikel Nr. 231.

Dreier M et al. (2025). Suizidalität. psychenet – Netz psychische Gesundheit. Online abrufbar unter: <https://www.psychenet.de/> (Zugriff am: 24.11.2025).

Eisenmann et al. (2017). Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen zur Primärprävention von Essstörungen. HTA-Bericht 136. Online abrufbar unter: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta347_bericht_de.pdf (Zugriff am: 09.12.2025).

Eß-o-Eß und Frauen helfen Frauen (2025). Anzahl der Beratungen im Zeitverlauf. Datenlieferung November 2025.

Fardouly & Vartanian (2021). Social Media and Body Image Concerns: Current Research and Future Directions. Current Opinion in Psychology, 36, 1–5.

Franzkowiak P (2022). Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Gilsbach & Herpertz-Dahlmann (2023). "What Made My Eating Disorder Worse?" The Impact of the COVID-19 Pandemic from the Perspective of Adolescents with Anorexia Nervosa. Nutrients, 15(5), 1242.

GKV-Spitzenverband (2025). Präventionsbericht 2025. BERICHTSJAHR 2024. Online abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2025_GKV_MD_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf (Zugriff am: 01.12.2025).

Herpertz-Dahlmann & Dahmen (2019). Children in Need-Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. Nutrients, 16;11(8):1932.

Herpertz-Dahlmann, B., Schwarte, R. (2009). Anorexia nervosa. In: Schneider, S., Margraf, J. (eds) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer, Berlin, Heidelberg.

Hess & Špacírová (2025). Sexual Dysfunction in Women With Eating Disorders: Systematic Review and Meta-Analysis. Eur Eat Disorders Rev, 33: 879-894.

Heuchemer, P. (2016). "Inklusion selbst in die Hand nehmen. Mehr Teilhabe für psychisch erkrankte Menschen durch Selbsthilfe in seelischen Krisen." 1. Auflage. Herausgeber: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.

IQSH - Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein (2022). Kosima – Konsummuster sichtbar machen – Suchtprävention an Schulen Befragung – Auswertung – Beratung. Online abrufbar unter: <https://publikationen.iqsh.de/paedagogik-praevention/id-08-2022-f.html> (Zugriff am: 25.11.2025).

IQSH - Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein (2025). Online abrufbar unter: <https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/IQSH/Arbeitsfelder/ZfP/zfp.html> (Zugriff am 01.12.2025).

ISD - Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (2025). Kerndatensatz der Suchtberatung. Datenlieferung Oktober 2025.

Jaite et al. (2019). Clinical Characteristics of Inpatients with Childhood vs. Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 11(11), 2593.

Jenkins (2022). Cost-of-illness for non-underweight binge-eating disorders. *Eating and weight disorders: EWD*, 27(4), 1377–1384.

Kallert et al. (2016). Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie. In *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 1–35). Springer: Berlin Heidelberg.

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2025). Anonymisierte, krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V. Datenlieferung November 2025.

Kästner et al. (2019). The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa - A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2019 Feb;52(2):101-116.

Kate (2013). Work and social adjustment in patients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, Volume 54, Issue 1, 2013, Pages 41-45.

Koreshe et al. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 38.

Kowalewska et al. (2024). Comorbidity of binge eating disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry* 24, 556.

Krause et al. (2023). Body image and behavioural and emotional difficulties in German children and adolescents. *BMC Pediatr* 23, 594.

Kroenke et al. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord*: 114(1-3):163-173.

Kühl-Frese & Deloch (2018). Essstörungen in der Schule Handlungsleitfaden für den Umgang mit Betroffenen von Essstörungen. Online abrufbar unter: <https://publikationen.iqsh.de/paedagogik-praevention/id-03-2018.html> (Zugriff am: 25.11.2025).

Laboe et al. (2022). Body dissatisfaction and disordered eating within the mother-daughter dyad: An actor-partner interdependence approach. *Body Image*, Volume 43, Pages 25-33.

Laessle et al. (2000). Essstörungen. In: J.Margraf (Ed). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 2 (2. Auflage). Berlin, pp 223-246.

Landesregierung Schleswig-Holstein (2023). Verlängerung der Wirksamkeit des Krankenhausplans Schleswig-Holstein. Online abrufbar unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/K/krankenhaeuser/Info_Krankenhausplan.html?nn=11227b51-8d04-479e-8b0a-424369db73ed (Zugriff am: 24.11.2025).

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e. V. (2025). Online abrufbar unter: <https://lvgefsh.de/home> (Zugriff am: 01.12.2025).

Lemcke et al. (2024). Gesundheit in Deutschland: Etablierung eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitspanels. *Journal of Health Monitoring*, 9(S2), 2–22.

Liu et al. (2025). Global, regional, and national burdens of eating disorders from 1990 to 2021 and projection to 2035. *Frontiers in nutrition*, 12, 1595390.

Mayo-Martínez et al. (2021). Unveiling Metabolic Phenotype Alterations in Anorexia Nervosa through Metabolomics. *Nutrients*, 13, 4249.

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs) (Hrsg.) (2024). JIM 2024 Jugend, Information, Medien Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Stuttgart: mpfs. Online verfügbar unter: <https://mpfs.de/studie/jim-studie-2024/> (Zugriff am 6. November 2025).

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs) (Hrsg.) (2025). KIM 2024 Kindheit, Internet, Medien Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger in Deutschland. Stuttgart: mpfs. Online verfügbar unter: <https://mpfs.de/studien/kim/> (Zugriff am 6. November 2025).

Peters et al. (2024). Die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein in Krisenzeiten (geKuJu). Online abrufbar unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/G/gesundheitsvorsorge/gesundheitsdienste/Downloads/bericht_kinder_jugendliche (Zugriff am: 12.11.2025)

Pickhardt et al. (2018). Deutschsprachige Präventionsprogramme für Essstörungen – Ein systematisches Review. *Psychother Psych Med* 2019; 69: 10–19.

Praet et al. (2024). The association of social media use and eating behaviour of Belgian adolescent girls diagnosed with anorexia nervosa. A qualitative approach. In: *Children*, Band 11, Ausgabe 7, Artikel Nr. 822.

Robert Koch-Institut (RKI) (2024). Panel-Befragung „Gesundheit in Deutschland“ Regelbefragung 2024 mit aufgestockter Stichprobe für Schleswig-Holstein, Datensätze vorliegend beim MJG.

Rohrbach et al. (2022). Effectiveness of an online self-help program, expert-patient support, and their combination for eating disorders: Results from a randomized controlled trial. *The International journal of eating disorders*, 55(10), 1361–1373.

Sand et al. (2014). In the parents' view: weight perception accuracy, disturbed eating patterns and mental health problems among young adolescents. *Journal of Eating Disorders*, 2:9.

Schleswig-Holsteinischer Landtag (2023). Kinder- und Jugendpsychiatrien in Schleswig-Holstein. Online abrufbar unter: <https://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl20/drucks/01500/drucksache-20-01536.pdf> (Zugriff am: 24.11.2025).

Søebye et al. (2024). Overall and cause-specific mortality in anorexia nervosa; impact of psychiatric comorbidity and sex in a 40-year follow-up study. *The International journal of eating disorders*, 57(9), 1842–1853.

Statistikamt Nord (2025). Krankenhausdiagnosestatistik. Datenlieferung Oktober 2025.

Statistisches Bundesamt (2025). Immer mehr junge Mädchen werden wegen Essstörungen stationär behandelt. Pressemitteilung Nr. N041. Wiesbaden, Deutschland: Statistisches Bundesamt; 2025. Online abrufbar unter: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/08/PD25_N041_231.html (Zugriff am 6. November 2025).

Statistisches Bundesamt (2025). Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10), Geschlecht, Altersgruppen. Online abrufbar unter: www.genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23631/table/23631-0003 (Zugriff am 6. November 2025).

Steinglass et al. (2019). Cognitive Neuroscience of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2019 Mar;42(1):75-91.

Tam et al. (2025). The impact of the COVID-19 pandemic on administrative eating disorder prevalence in the outpatient sector and on severity of anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 34(3):983-995.

Thom et al. (2021). Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset. *Journal of Health Monitoring*, 6(4), 36-68.

Treasure et al. (2020). Eating disorders. *Lancet*, 395(10227):899-911.

Wang et al. (2023). The relationships between caregivers' self-reported and visual perception of child weight and their non-responsive feeding practices: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*, 180:106343.

Watson et al. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nat Genet* 51, 1207–1214.

WHO (2020). Guidelines on Mental Health Promotion and Digital Wellbeing. Genf.

WidO (2022). Krankenhaus-Report 2022. Schwerpunkt: Patientenversorgung während der Pandemie. Online abrufbar unter: <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/krankenhaus-report/2022/> (Zugriff am: 14.11.2025).

Wiedemann et al. (2025). Problematische Mediennutzung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisbericht 2024/2025. Ausgewählte Ergebnisse der siebten Erhebungswelle im September/Oktober 2024. DAK-Gesundheit. Online verfügbar unter: www.dak.de/mediensucht (Zugriff am: 12.11.2025).

Wunderer et al. (2022). Einfluss sozialer Medien auf Körperbild, Essverhalten und Essstörungen. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 23(01), 85-89.

Xu et al. (2025). Global, regional, and national burdens of eating disorders in adolescents and young adults aged 10-24 years from 1990 to 2021, with projections to 2040. *Journal of affective disorders*, 389, 119680.

Zentralinstitut für seelische Gesundheit (2024). Handbuch MHFA Ersthelfer-Kurs Youth 1. Auflage (Vordruck). Unveröffentlichtes Werk.