

„Das Stigma wiegt mehr als der Körper“
BED und Adipositas
ein Update
26.6.26



ESSEN&PSYCHE
DR.^{IN} PINA TREIBER

Was erwartet Sie..

- Epidemiologie & Diagnose BED nach ICD 11
- Komorbiditäten
- BED & Adipositas
- Therapiemöglichkeiten
- Stigma



Essstörungen mit Mehrgewicht...“gibt es nicht“?



DIAGNOSE ESSSTÖRUNG .. BISHER

Formen der Essstörung (nach ICD 10 und DSM 5)

+ Anorexia nervosa (F50.0) – bulimischer und restriktiver Typ, atypische (F50.1) Formen

+ Bulimia nervosa (F50.2), typisch und atypisch (F50.3), nnb.

+ Binge eating disorder (DSM5 oder F50.8 sonstig/F50.9 nnb.)

+ Erbrechen/Essattacken bei anderen psychischen Störungen (F50.5/F50.4)

+ Pica

+ Ruminationsstörung

} andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend



DIAGNOSE ESSSTÖRUNG .. NEU

TRANSITIONSPSYCHIATRISCHER ZUGANG



Ätiologie:

multifaktoriell

Risikofaktoren:

Bestimmte genetische & soziokulturelle Aspekte sowie entwicklungs- psychologische Faktoren

(Treasure et al., 2015; Zipfel et al., 2015)

Soziokulturell: idealisiertes Schlankheitsideal

Formen der Fütter- oder Essstörungen (nach ICD 11)

+ Anorexia nervosa (neu- Untergruppen+Schweregrad- direkte Zuordnung „Atypische AN“)

+ Bulimia nervosa (neu – Zeitkriterien/ Definition Essanfall)

+ Binge eating disorder (neu- eigenständige Störungskategorie)

+ ARFID (Avoidant-restrictive food intake disorder)

+ Pica

+ Rumination- und Regurgitationsstörung

+ OFED 6B8Y(andere näher bezeichnete Fütter- oder Essstörungen):
Atypische Verläufe AN, BN + BES von geringer Häufigkeit u./o. begrenzter Dauer, Night Eating Syndrom, Purging Störung (Essverhalten klinisch gestört- diagnostische Schwellenwerte werden aber verfehlt)

+ nicht näher bezeichnete Fütter- oder Essstörungen

Binge- Eating- Störung (BED) – Diagnose 6B82(ICD11)

- ✓ Häufig wiederkehrende Episoden von Essanfällen (z.B. 1x/Woche oder häufiger > Zeitraum von mehreren Monaten)
 - ✓ Essanfälle: Aufnahme von objektiv wie subjektiv (ICD- 11) großen Nahrungsmengen bei gleichzeitigem Kontrollverlust, wenn die Person deutlich mehr ODER anders isst als für sie gewöhnlich. Oft von Schuld, Scham oder Ekel begleitet.
- Begründung: Bei Personen, welche sonst alle Kriterien der BED erfüllen entsteht auch bei subjektiven Essanfällen ein ähnlich hoher Grad an Beeinträchtigung, Leidensdruck und Psychopathologie wie bei Personen deren Essanfall-Episoden objektiv große Nahrungsmengen umfassen (Wolfe et al.,2009). Der Kontrollverlust an sich ist der besonders wichtige Aspekt.
- ✓ Keine kompensatorischen Verhaltensweisen, um Gewichtszunahme zu verhindern.
 - ✓ Überbewertung von Figur & Gewicht kann, muss aber nicht vorliegen (kein! Diagnosekriterium, da nicht immer vorhanden- in einigen Studien jedoch Hinweis auf schwerere Verlaufsform, falls vorhanden)
 - ✓ Erheblicher Leidensdruck oder Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen oder beruflichen Funktionsbereichen.
 - ✓ Geht oft mit Gewichtszunahme oder Adipositas einher, setzt jedoch kein bestimmtes Körpergewicht voraus.

BED FACT SHEET

EPIDEMIOLOGIE

- ✓ am häufigsten auftretende Essstörung (Keski-Rahkonen und Mustelin 2016, Udo und Grilo, 2018)
- ✓ 12-Monats Prävalenz EW, F: 1,6% ; M: 0,8% (Galmiche et al. 2019)
- ✓ Ki-Ju: Lebenszeitprävalenz: 1,6%, EM ca bei 12,6 Jahren (Swanson et al. 2011)
- ✓ Häufigkeit steigt mit zunehmendem Alter (Stice et al. 2009; Allen et al. 2013)
- ✓ Jugendliche mit extremer Adipositas in LZ Reha 57% der Mädchen, 35% der Jungen BED (Ackard et al., 2007), bei stationären Aufenthalt Jugendliche weg. Adipositas bis zu 1/3 BED
- ✓ Anteil an Männern höher als bei anderen Formen der Essstrg. ca. 30-40%, Herpertz et al., 2020)



VERLAUF & PROGNOSE

- ✓ Beginn im späten Jugend- und frühen EW-Alter, Durchschnittsalter 23-24J (Kessler et al. 2013; Udo und Grilo 2018)
- ✓ Behandelt 2/3 Remission- 1/3 Teilremission (Wechsel and. KB oder chronischer Verlauf)
- ✓ Erkrankungsdauer 14-16 Jahre (Pope et al., 2016; Udo und Grilo 2018)
- ✓ unbehandelt chronisch, wechselhafter Verlauf : störungsfreie bis sehr starke Phasen
- ✓ <50% suchen Behandlung (Hilbert et al., 2018), 50% nach Psychotherapie (adäquat nach S3 Leitlinien) erreichen Abstinenz (Linardon, 2018),

KOMORBIDITÄTEN

- ✓ 70% psychische Komorbiditäten (Keski-Rahkonen, Mustelin 2016)
- ✓ Vor allem affektive Strg (Depressio, bipolar) sowie Angststörungen (z.B. GAS, Panikstrg)
- ✓ Störungen mit erhöhter Impulsivität: ADHS, Substanzgebrauch, Selbstverletzung und Suizidalität vermehrt (Welch et al. 2016, Keski-Rahkonen und Mustelin 2016)
- ✓ Prävalenz von Patient:innen mit BED und komorbider Adipositas 32-70% (Villarejo et al., 2012; Kessler et al. 2013)

Binge Eating Störung

Prädisponierende Faktoren (AWMF-Leitlinie 2018; Hilbert et al. 2014, Kessler et al. 2016)

- ✓ Genetik
- ✓ Adipositas/Übergewicht in der Kindheit
- ✓ Kritische Lebensereignisse
- ✓ Vernachlässigung
- ✓ Depressivität od. Schüchternheit
- ✓ Gezügeltes Essverhalten
- ✓ Emotionales Essen
- ✓ Restriktive elterliche Ernährungspraktiken
- ✓ Unzufriedenheit mit der Figur
- ✓ Figur- und gewichtsbezogene Kritik
- ✓ Missbrauchserfahrungen (s&k)
- ✓ Probleme im Bereich exekutiver Funktionen, die Entscheidungsverhalten, Impulskontrolle und Handlungsplanung betreffen (Cury et al. 2020)



BED – Ätiologie - multifaktoriell

Multifaktorielles Ätiologiemodell der BED
(adaptiert nach Munsch 2003)

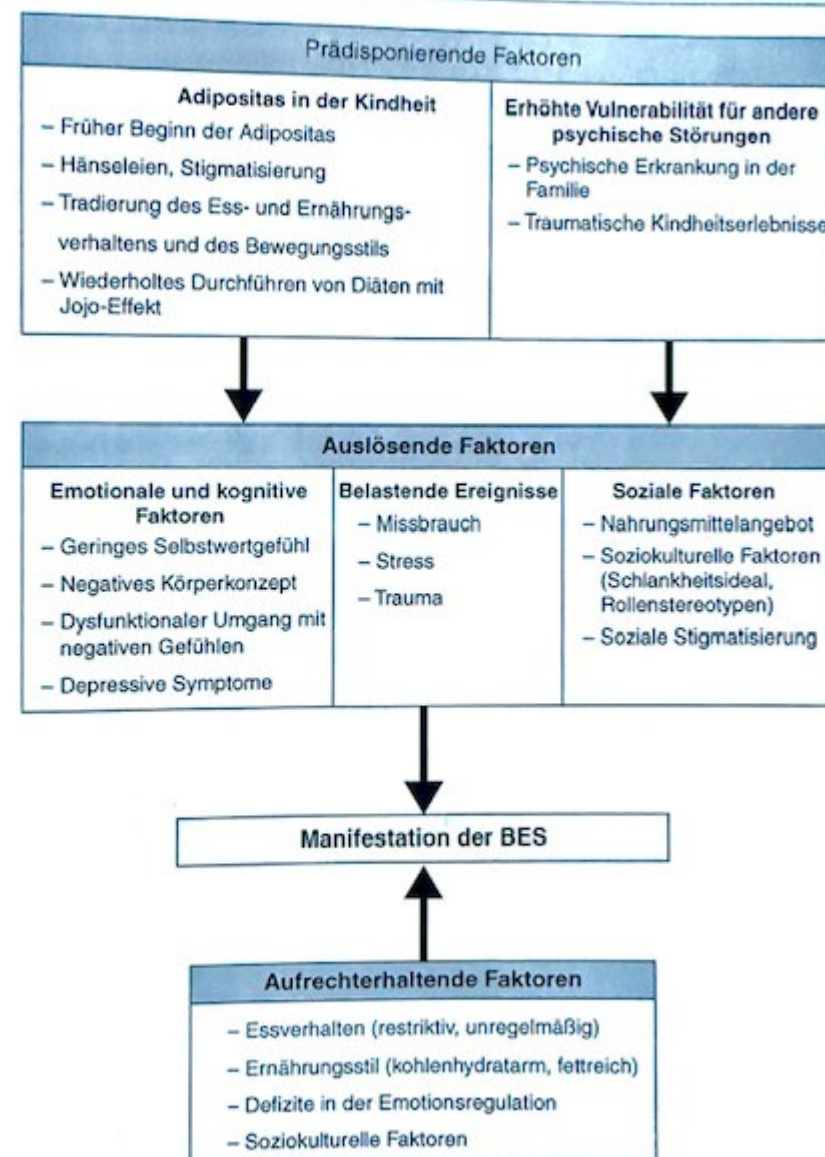
- ✓ Prädisponierende Faktoren
- ✓ Auslöser
- ✓ Aufrechterhaltende Faktoren

CAVE: strikter Trennung nicht möglich, da im Verlauf Auslöser auch gleichzeitig zu aufrechterhaltenden Variablen werden können.

Stigma auf allen Ebenen als relevanter Faktor deutlich!

Quelle: Handbuch Essstörungen und Adipositas, 3. Auflage, Springer (Herpertz, de Zwaan, Stephan Zipfel)

Abb. 67.1 Multifaktorielles Ätiologiemodell der BES. (Mod. nach Munsch 2003; aus Becker et al. 2015; © [2015] W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart)



Essstörungen & Trauma FACTS

Menschen mit FED haben häufiger Traumatisierung erlebt als andere Menschen (Hudson, Hiripi, Pope Jr & Kessler, 2007 und Molendijk, Hoek, Brewerton&Elzinga, 2017)

Essstörungen korrelieren mit:

- ✓ Sexuellem Kindesmissbrauch (Ackard&Neumark-Sztainer, 2002)
- ✓ Körperlichem Kindesmissbrauch (Beuhring&Resnick, 2000 und Williamson et al.,2002)
- ✓ Sexueller Gewalt im EW-Alter (Dansky et al. 1997, Faravelli et al. 2004)
- ✓ Kriegsgefangenschaft (Polivy et al.,1994)
- ✓ Häuslicher Gewalt in der Kindheit und Vernachlässigung (Schmidt et al., 1993)
- ✓ Folter (Aksaray et al.,2000)

Traumatisierungen in der Kindheit führen zu einem früheren Beginn und stärkerer Ausprägung einer Essstörung (Molendijk et al.,2017)

Funktion von Essstörungen zur posttraumatischen Symptomverringering

Starke Restriktion beim Essen, Essanfälle (binging) und die Einnahme von zB Laxantien können eingesetzt werden um posttraumatische Intrusionen (Pearson et al., 2015) und ein posttraum. Hyperarousal zu verhindern bzw. zu verringern (Brewerton & Brady, 2014)

Bulimia nervosa:

hohe Korrelation mit Traumatisierungen (Dansky et al, 1997)

Essanfälle (binging):

eine häufige Verbindung zwischen Essanfällen (Binge Eating) und PTBS wurde gefunden (Litwack et al., 2014 u. Pagoto et al., 2012). Ein spezieller Zusammenhang wurde bei emotionalem Essen und PTBS gefunden (Talbot et al., 2013)

Übergewicht/Adipositas:

PTBS ist ein wesentlicher Risikofaktor für Adipositas (Pagoto et al., 2012), in neuseeländischer Studie PTBS als wichtigster psychischer Risikofaktor für Übergewicht gefunden, stärker als zB Depressionen (Scott et al., 2008). Risiko für Adipositas dtl. erhöht nach Missbrauch in der Kindheit. (Alvarez et al., 2007), frühem kindlichen Stress (Gunstad et al., 2006) und Kampfeinsatz im Krieg (Vieweg et al., 2007).

Komplexe PTBS bei Essstörungen



Prävalenz und klinische Bedeutung

Complex PTSD as defined by the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) in patients with eating disorders.

(Brewerton, T. D., Suro, G., Gavidia, I., & Perlman, M. M. , 2026)

Eating Disorders, 1-16.

<https://doi.org/10.1080/10640266.2026.2647725>

- ✓ über 2.300 Patient:innen in stationärer Behandlung wegen Essstörungen - hohe Prävalenz komplexer Traumafolgestörungen: 27% - > wahrscheinliche kPTBS, weitere 27% eine PTBS.
- ✓ Mit kPTBS deutlich höhere klinische Schwere und Komplexität und frühere Krankheitsmanifestation der Essstörung.
- ✓ Notwendigkeit einer systematischen Traumadiagnostik bei Essstörungen
- ✓ Marker für besonders komplexe und belastete Verläufe zu sein und erfordert integrierte Behandlungsansätze

Diagnose Adipositas- ICD 11

„Endokrine-, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheiten“



- Chronische Erkrankung ,durch übermäßige Vermehrung des Körperfetts (BMI) definiert.
- Ernährungs- und Stoffwechselstörung
- „Messen“ des Schweregrades durch den BMI
(≥ 25 Übergewicht, ≥ 30 Adipositas Grad 1, ≥ 35 Adipositas Grad 2, ≥ 40 Adipositas Grad 3)
- Begründet durch komplexes Zusammenspiel von Genetik , Ernährung & körperliche Bewegung (10-40% Umweltfaktoren ,Silventoinen et al. 2010) und psychischen Faktoren.
- Risikofaktor für Erkrankungen: zB DM Typ 2, kardiovaskuläre Erkrankungen (Hypertonie, Insult etc.), Erkrankungen des Bewegungsapparats, der Atemfunktion sowie psychische Belastungen.

BED & Adipositas Henne-Ei-Prinzip?



- ✓ In Österreich ca. 16,5% der EW adipös, M: 17,9% F: ca. 15%, leicht übergewichtig ca. 51% (Statistik Austria 11/25)
- ✓ Rate der BED in Allgemeinbevölkerung ca. 1-4% (Fichter 2019)
- ✓ Unter adipösen Menschen, welche konservative Gewichtsreduktion aufsuchen (klinische Population) Prävalenz BED 2-30% (Aguera et al. 2020).
- ✓ Prävalenz BED bei adipösen Menschen vor bariatrischen OPs 15-30% (Dawes et al. 2016)
- ✓ Bei Pat. mit DM-Typ 2 BED häufig (Chevinsky et al. 2020), 3-fach erhöhtes Risiko an Adipositas oder Diabetes zu erkranken (Hilbert, 2018)
- ✓ Nahrungs- & Energieaufnahme bei Kombi BED & Adipositas vs. reiner Adipositas insgesamt höher, außerdem früherer Beginn des Übergewichts, häufiger Gewichtsschwankungen, höhere Körperunzufriedenheit, geringeres Selbstwertgefühl und geringere Lebensqualität.
- ✓ Mit der Höhe des BMI wächst die Wahrscheinlichkeit der BED (Da Luz et al., 2018)

Adipositas & BED (komorbid)

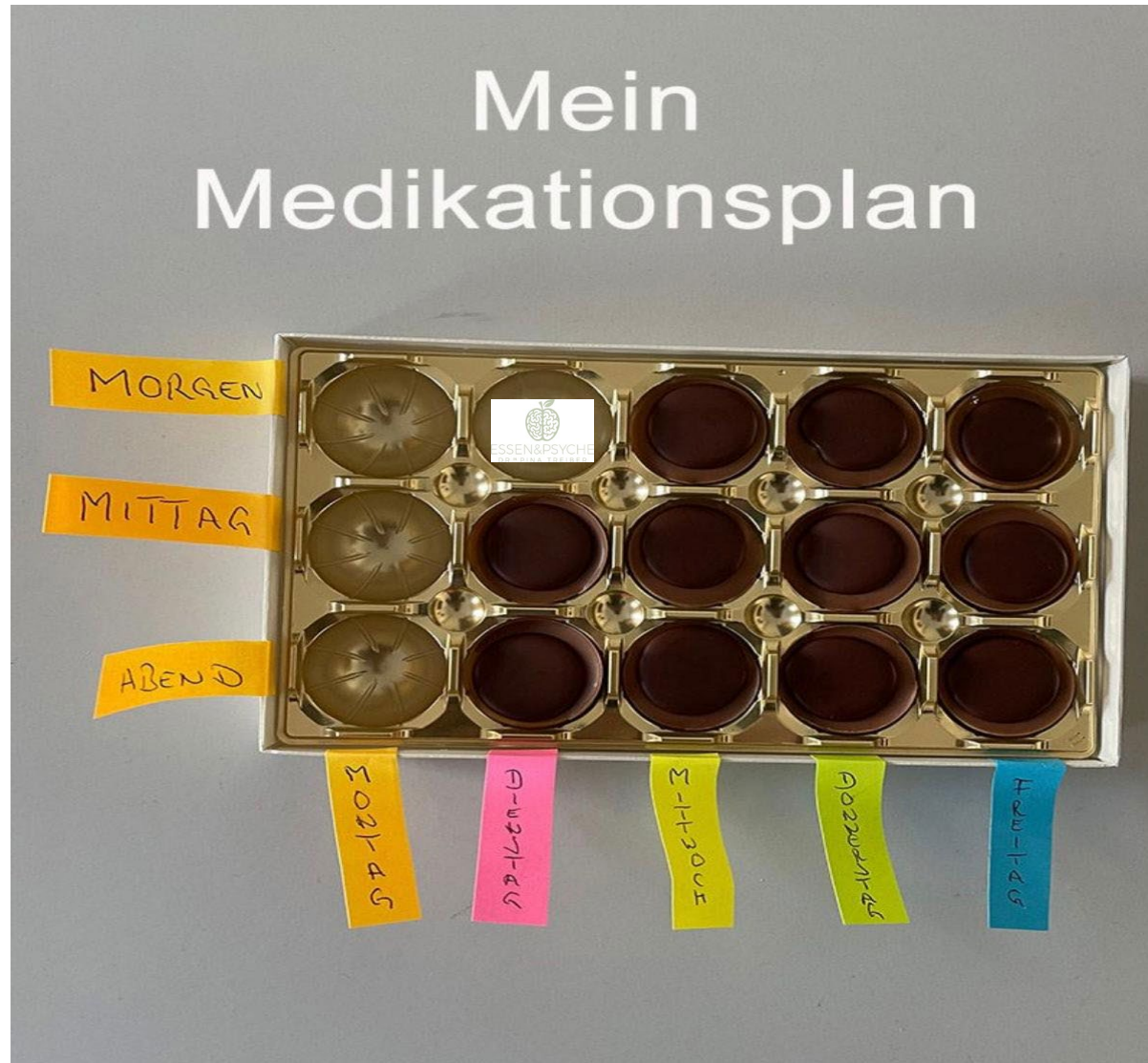


Unterscheiden sich von Patient:innen mit reiner Adipositas:

- ✓ neben körperlichen Folgen, zusätzlich Einschränkungen auf Verhaltensebene (Essen,..) und auf der psychischen Ebene, wie erhöhte Psychopathologie und ausgeprägte Sorgen in Bezug auf Figur und Gewicht (Sawamoto et al.,2013)
- ✓ Größere Probleme am Arbeitsplatz (Striegel et al.,2012)
- ✓ Im Langzeiteffekt bei Adipositas & BED geringere Gewichtsabnahme in therapeutisch geführten Gewichtsreduktionsprogrammen als ohne BED (Wilson et al.2010).

ERGO: Bei Kombi Adipositas & BED - > störungsspezifische Interventionen (Emotions- und Stressregulation zur Reduktion der Essanfälle) dringend indiziert.

Therapie - Scham verhindert Behandlung!



Gesellschaftliche Haltung zu Mehrgewicht von Ekel, Scham und „Fehlerkorrektur“

emotionales Thema, welches Angst vor **Kontrollverlust** triggert

✓ Versorgungssystem:

Angst vor der somatischen Gefahr und den weiterführenden Kosten in der Versorgung/Gesundheitssystem bzgl. der erhöhten Mortalität

✓ Persönlich (die Person betreffend)

Angst nicht der Norm zu entsprechen, Angst vor Bewertung und Einordnung der Persönlichkeit über das körperliche Erscheinungsbild, Stigmatisierung und Entwertung, „Ich bin nicht **NORMAL**“

Impulse: Wegmachen, Wegschauen, Vermeidung, Kontrolle, Anklage

**Ein "guter Dicker"
ist ein Mensch mit
einem hohen
Körpergewicht,
der alles dafür tut
um schlank zu
werden.**



Multimodale Therapie der Adipositas

- ✓ Schulung und Aufklärung
- ✓ Bewegungstherapie /Bewegungs“programm“
- ✓ Ernährungstherapie
- ✓ Einbindung von Eltern bzw. der wichtigsten Bezugsperson(en) unter Berücksichtigung des Lebensalters (umso jünger umso wichtiger – Behandlung Kinder ohne Einbindung der Eltern kaum Effekte)
- ✓ Langfristige Betreuung
- ✓ Psychologisch/psychotherapeutische Begleitung – Verhaltenstherapie
- ✓ Körpertherapien- Körperbildarbeit, Kontakt/Akzeptanz mit dem Körper/des Körpers herstellen, respektvoller (liebvoller) Kontakt Ziel (zB Spiegeltherapie)

CAVE Verhaltenstherapie! – passend für ALLE? **IMMER in Berücksichtigung der Komorbiditäten**
setzt kognitive Fähigkeiten sowie Steuerungsmöglichkeiten in Handlungsplanung Voraussetzung
(Neurodivergenz . ADHS, ADS, kognitive Defizite, etc.)

NEBENWIRKUNG ADIPOSITASBEHANDLUNG BEI JUGENDLICHEN

Entwicklung Essstörungen, orthopädische Komplikationen, Bildung Gallensteine, Wachstumsverringern, psychische Destabilisierung durch Auseinandersetzung mit schambesetzten Gewicht oder Körper, JoJo Effekt bei zu schneller Gewichtsabnahme.

Psychotherapie bei BED

- ✓ kognitive VT, am besten untersucht mit sichersten Wirksamkeitsbelegen (Hilbert et al., 2019)
- ✓ Evidenz für IPT (Interpersonelle Therapie)
- ✓ In etwas geringerem Maße für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Vocks et al., 2011)
- ✓ Effekte für therapeutische Selbsthilfemanuale der KVT (Hilbert et al, 2019)
- ✓ Selbsthilfebuch „Das Leben verschlingen?“ von Munsch, Wyssen und Biedert (2018) Zusammenstellung von unterschiedlichen Arbeitsmaterialien – Infos zur BED und Strategien zur Überwindung von Essanfällen
- ✓ Selbe Autoren auch 2018 Praxisorientiertes Behandlungsmanual (kVT sowie Behandlungsinhalte zur Gewichtsreduktion und Bewegungssteigerung mit flexibler Behandlungsstruktur)
- ✓ Pharmakotherapie führt zu Symptombesserung jedoch Psychotherapie unterlegen (Hilbert et al., 2018)

Psychotherapie bei Adipositas & BED



- ✓ Reine Gewichtsreduktionsprogramme, als auch BED-spezifische Programme unzureichend
- ✓ Bei Kombinations-Diagnose in reinen Gewichtsreduktionsprogrammen im LZ-Effekt (2 Jahre nach Programmende keine wesentliche Reduktion der Essanfälle und nehmen im Vergleich zu adipösen Pat. ohne BED im Verlauf wieder mehr zu (Wilson et al.,2010)
- ✓ In BED- spezifischen Programmen- Verbesserung der Essstörungssymptome- korreliert jedoch mittel und langfristig nicht unbedingt mit einer Gewichtsreduktion (Agüera et al,2020)
- ✓ CAVE: **Erwartungen der Gewichtsreduktion realistisch kommunizieren**, um dbzgl.Kaskade-Essanfall- Insuffizienzerleben, Frustration mit Selbstaufgabe frühzeitig zu unterbrechen.
- ✓ Therapiekonzepte bei Adipositas & BED sollten Elemente für die Essstörung (Essanfälle) sowie Interventionen für eine Gewichtsabnahme enthalten.(Hay & Mitchison, 2019)

DEFINITION GEWICHTSSTIGMA

DAS UNTERSCHÄTZTE GESUNDHEITSRISIKO

Gewichtsstigma ist ein tief verwurzeltes gesellschaftliches Problem, das erhebliche negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit hat.

Menschen mit Mehrgewicht oder Adipositas erleben häufig Diskriminierung – oft auch durch medizinisches Fachpersonal. Diese Stigmatisierung erschwert den Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung und fördert gesundheitliche Ungleichheiten.

Integration der
Entwertung



Arten der Stigmatisierung

Selbststigma & Scham

wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen sich der negativen Stereotypen anderer bewusst sind, ihnen zustimmen und sie gegen sich selbst wenden. (fördert Essstörungen ID oder auch z.B. „ADHS-ID“)

Assoziationsstigmata

Stigma durch Assoziation bezieht sich auf die Zuschreibung negativer Stereotypen z.B. „alle mehrgewichtigen Menschen sind faul“, „Magersüchtige wurden sexuell mißbraucht“ etc.



Öffentliches Stigma

Es beschreibt den Zusammenhang von Stereotypen, negativen Einstellungen und der dbzgl. Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen („Friss nicht zuviel“/mehrgewichtige Menschen, „Mehrgewicht = körperlich krank“)

Systemische Stigmata

Bezieht sich auf die Richtlinien und Praktiken einer Gesellschaft, die sich zum Nachteil einer stigmatisierten Gruppe auswirken, ob bewusst (Frauen/Afghanistan) oder unbewusst (Treppen in Londoner Tube/Rollstuhlfahrer:innen, Diskussion Gewicht Gepäck vs. Passagiere)



FAT SHAMING UND GEWICHTS- STIGMATISIERUNG MACHEN KRANK.

Jemandem das Gefühl zu geben, sein Körper sei irgendwie verkehrt, gefährdet dessen Gesundheit - und zwar ganz unabhängig davon, ob er dick oder dünn ist.

Gewichtsstigma im Gesundheitswesen

....ist ein großes unsichtbares Gesundheitsrisiko.

Quelle: Talumaa, B., Brown, A., Batterham, R. L. & Kalea, A. Z. (2022). Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. Obesity Reviews, 23(10). <https://doi.org/10.1111/obr.13494>

Gewichtsstigma- das unterschätzte Gesundheitsrisiko



Studien zeigen, dass **Gewichtsstigma** nicht nur das psychische Wohlbefinden beeinträchtigt, sondern auch **direkt in physiologische Prozesse** eingreift. Unter anderem:

- ✓ Erhöhte Cortisolwerte und Stressreaktionen, die mit chronischen Entzündungen und Stoffwechselstörungen in Verbindung stehen
- ✓ Negative Auswirkungen auf Blutzuckerregulation und kardiovaskuläre Gesundheit
- ✓ Psychologische Folgen wie Depressionen, Angststörungen und ein gestörtes Körperbild, die wiederum zu **Vermeidungsverhalten in der Gesundheitsversorgung** führen

Gewichtsdiskriminierung erhöht nachweislich das Risiko für ungesunde Bewältigungsstrategien wie emotionales Essen, Essanfälle und reduzierte körperliche Aktivität. Sie ist sogar mit einer um 60 % höheren Mortalitätsrate verbunden – unabhängig von klassischen Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Diabetes Typ 2.

Gewichtsstigma im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist eine der häufigsten Quellen für Gewichtsdiskriminierung. Studien zeigen:

- ✓ Über 70 % der Teilnehmenden an einem US-amerikanischen Gewichtsreduktionsprogramm gaben an, stigmatisierende Erfahrungen mit medizinischem Fachpersonal gemacht zu haben
- ✓ Menschen mit Adipositas erlebten doppelt so häufig Diskriminierung im Gesundheitswesen wie normalgewichtige Menschen.
- ✓ Implizite Vorurteile sind unter Ärzt:innen, Pflegekräften, Ernährungsberater:innen und sogar Adipositas-Spezialist:innen weit verbreitet. Der Harvard Implicit Association Test * zeigt, dass viele Fachkräfte stärker voreingenommen sind, als sie bewusst angeben
- ✓ Häufige Stigmatisierungserfahrungen sind u. a. geringerer Zeitaufwand für Patient:innen, vereinfachte oder unangemessene Gewichtsratschläge und das Fehlen geeigneter medizinischer Untersuchungen.
- ✓ Das Resultat: Menschen mit Adipositas vermeiden medizinische Untersuchungen, was zu schlechteren Gesundheitsprognosen führt.

*<https://implicit.harvard.edu/implicit//germany/takeatest.html>

Strategien zur Reduzierung von Gewichtsstigma



Aufklärung über die Diagnose Ad*positas

Ein tiefgehendes **Verständnis der genetischen und umweltbedingten Ursachen** zur Reduktion von Vorurteilen.

Allerdings zeigen manche Studien, dass reine Wissensvermittlung nicht ausreicht – oder Bias sogar verstärken kann, wenn weiterhin eine individualisierte Schuldzuweisung erfolgt (Pendant Sucht)

Aufklärung über Kausalzusammenhänge und Kontrolle über das Körpergewicht

Der **Irrglaube, dass Gewicht rein durch Willenskraft kontrollierbar** sei, muss durch wissenschaftlich fundierte Erklärungen zu genetischen und umweltbedingten Faktoren ersetzt werden.

Studien zeigen, dass das Verständnis für genetische Einflüsse auf Adipositas negative Stereotypen abschwächen kann

Empathie und Perspektivwechsel fördern

Empathie-Einheiten, wie das **Tragen eines „Adipositas-Simulationsanzugs“**, können das Bewusstsein für die Herausforderungen erhöhen, mit denen adipöse Patient:innen konfrontiert sind.

Narrative Methoden wie das **Lesen von Erfahrungsberichten** haben in mehreren Studien zu **signifikanten Verbesserungen im Umgang mit Betroffenen** geführt

Gewichtsinklusive Gesundheitsansätze anstelle eines rein gewichtsorientierten Fokus

Vom „Gewichtsmanagement“-Ansatz zu einem **ganzheitlichen Gesundheitsansatz (Health at Every Size, HAES)** verschieben.

Programme, die intuitive Ernährung, Bewegung ohne Diätzwang und mentale Gesundheit fördern, zeigen langfristig bessere Ergebnisse für Patient:innen

Multimodale Interventionen

Kombination verschiedener Methoden (Bildung, Perspektivwechsel, Veränderungen in der Versorgungsstruktur) am vielversprechendsten.

Videos, Seminare und Rollenspiele zur **Reflexion des eigenen Bias** haben in mehreren Studien **signifikante Verbesserungen** gezeigt.

FAZIT

Gewichtsstigma ist kein individuelles Problem, sondern ein systemisches Versagen des Gesundheitswesens und der Gesellschaft.

Um die Gesundheitsversorgung gerechter zu gestalten, müssen medizinische/therapeutische Fachkräfte, Pädagogen etc. aktiv in anti-diskriminierenden Schulungen unterrichtet werden.

Empathie, Aufklärung über die Ursachen von Adipositas und ein Fokus auf Gesundheit anstelle von Gewicht sind essenzielle Schritte, um langfristige Veränderungen zu bewirken.

„Die ethischen und wissenschaftlichen Argumente für eine Reduzierung von Gewichtsstigma sind stark. Die Zeit für präventive Maßnahmen ist jetzt.“ (Talumaa et al., 2022)



ESSEN&PSYCHE
DR.^{IN} PINA TREIBER

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

EU und Österreich: Die Würde des Menschen....

Der Ausdruck "die Würde des Menschen ist unantastbar" ist ein fundamentaler Grundsatz, der in Österreich im Staatsgrundgesetz von 1867 (StGG) verankert ist und auch in der Charta der Grundrechte der Europäischen Union wiederzufinden ist. Er bedeutet, dass **jeder Mensch einen inhärenten Wert und Anspruch auf Achtung hat, der unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft, Religion oder anderen Merkmalen ist**. Dieser Grundsatz ist eine oberste Verpflichtung des Staates, alle Menschen in ihren Rechten zu schützen und Diskriminierung zu verbieten. 