

1	Hintergrund.....	2
2	Krankheitsbild und Diagnostik.....	2
2.1	Anorexia nervosa (AN).....	2
2.2	Bulimia nervosa (BN).....	4
2.3	Binge-Eating-Störung (BES).....	4
2.4	Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen (Essstörungen NNB).....	5
3	Komorbidität.....	6
4	Folgen.....	6
4.1	Anorexia nervosa (AN).....	6
4.2	Bulimia Nervosa (BN).....	6
4.3	Binge-Eating-Störung (BES).....	6
5	Epidemiologie.....	6
5.1	Verbreitung von Übergewicht und Adipositas.....	6
5.1.1	Kinder und Jugendliche.....	7
5.1.2	Erwachsene.....	7
5.2	Verbreitung von Essstörungen.....	7
5.2.1	Anorexia nervosa (AN).....	8
5.2.2	Bulimia nervosa (BN).....	8
5.2.3	Binge-Eating-Störung (BES).....	8
5.2.4	Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen (Essstörungen NNB).....	8
5.3	Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten.....	8
5.4	Essstörungsbedingte Todesfälle.....	8
6	Ätiologie und Risikofaktoren.....	9
7	Versorgung – Beratung und Therapie.....	9
7.1	Beratungsangebote.....	9
7.2	Behandlungsangebote.....	9
7.2.1	Säulen und Ziele der Therapie von Essstörungen.....	10
7.2.2	Psychotherapeutische Verfahren.....	10
7.2.3	Pharmakotherapie.....	10
7.2.4	Zwangsbehandlung.....	10
7.3	Qualitätssicherung in der Beratung und Therapie.....	11
7.3.1	Leitlinien für Beratung und ambulante Behandlung von Essstörungen (Reich et al., 2005) 11	
7.3.2	S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen (Herpertz et al., 2011).....	11
7.3.3	Bundesweite Beratungs- und Behandlungsangebote im Bereich Essstörungen.....	11
8	Selbsthilfe.....	11
9	Literatur.....	11

1 Hintergrund

Essstörungen sind kein neues Phänomen. Schon im antiken Rom gab es Berichte über Gelage mit künstlich herbeigeführtem Erbrechen. Im Mittelalter kamen Hungerkünstler oder Wundermädchen auf, die durch ihr langes Fasten berühmt wurden. 1873 wurde die Magersucht erstmalig von dem französischen Arzt Ernest-Charles Lasègue beschrieben.

Bei Essstörungen handelt es sich um lebensbedrohliche psychosomatische Erkrankungen, die nicht zu den Suchterkrankungen zählen, aber einen deutlichen Suchtcharakter aufweisen (Wunderer et al., 2013). In Deutschland legen allerdings die Bezeichnungen Magersucht und Ess-Brech-Sucht eine Ähnlichkeit zu Abhängigkeitserkrankungen nahe. Da sich, wie aus den Statistiken der Suchthilfe hervorgeht, auch Menschen mit einer Essstörung an das Suchthilfesystem wenden, ist es in diesem Bereich von hoher Bedeutung, ein Bewusstsein für die Erkrankung zu schaffen sowie Kenntnisse zur Diagnostik, Komorbidität und zum Gefährdungspotenzial zu vermitteln.

Essstörungen können mit normalem Gewicht, Untergewicht oder mit Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) einhergehen. Sie treten in verschiedenen Erscheinungsformen auf, die häufig fließend ineinander übergehen.

Die *Anorexia nervosa (AN)* ist in der Regel durch ein gesundheitsbedrohliches Untergewicht gekennzeichnet, während sich bei der *Bulimia nervosa (BN)* häufige Essanfälle mit gegenregulierendem Verhalten, wie z.B. Erbrechen, abwechseln. Darüber hinaus gibt es weitere sogenannten *nicht näher bezeichnete Essstörungen (Essstörungen NNB)*, unter die bis zum Erscheinen der fünften Revision des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) auch die *Binge-Eating-Störung (BES)* subsummiert wurde. Hier gehen Essanfälle mit einem Kontrollverlust einher, ohne dass es zu unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen kommt.

Das DSM-5 hat für den Bereich Essstörungen einige wesentliche Änderungen eingeführt. Im DSM-5 werden erstmalig Fütter- und Essstörungen in einer Kategorie zusammengefasst. Zu den klassischen Essstörungen zählt neben Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) nun auch die Binge-Eating-Störung (BES) als eigenständige Diagnose. Die Kriterien für AN sind zum Teil wesentlich verändert worden, während bei der BN nur wenige Anpassungen vorgenommen wurden. Die Kriterien der BES unterscheiden sich nur marginal von den Forschungskriterien im DSM-IV. Unter einer neuen Kategorie *Other Specified Feeding or Eating Disorder* wurden einzelne Subdiagnosen für AN, BN und BES gefasst und spezifische Kriterien genannt. Die Restkategorie *Nicht näher bezeichnete Fütter- oder Essstörungen* wurde umbenannt in *Unspecified Feeding or Eating Disorder* (Knoll et al, 2014).

In Abgrenzung dazu gilt eine einfache *Adipositas* nicht als Essstörung, auch wenn gestörtes Essverhalten der Entwicklung des Übergewichts Vorschub leistet. Im ICD-10 wird sie als medizinischer Krankheitsfaktor geführt, da es bislang keinen Nachweis gibt, dass Adipositas regelmäßig mit einem psychologischen oder einem Verhaltenssyndrom einhergeht.

2 Krankheitsbild und Diagnostik

2.1 Anorexia nervosa (AN)

Die am längsten bekannte und am besten untersuchte Form der Essstörung ist die Anorexia nervosa (AN). Als Prototyp berühmter (historischer) Persönlichkeiten mit einer AN gilt bis heute Franz Kafka, der in seiner Erzählung *Der Hungerkünstler* (1924) das Erleben autobiographisch beschreibt.

Bei der AN beziehungsweise Magersucht wird durch ein restriktives Essverhalten und andere Verhaltensweisen ein beträchtlicher Gewichtsverlust selbst herbeigeführt. Untergewicht entsteht oder wird beibehalten. Das Körpergewicht liegt bei erkrankten Erwachsenen unterhalb von $17,5 \text{ kg/m}^2$ (Body-Maß-Index, BMI). Bei Kindern und Jugendlichen wird als Definitionskriterium der 10. Altersperzentil vorgeschlagen. Betroffene zeigen trotz eines bestehenden Untergewichts eine deutliche Angst vor Gewichtszunahme. Um das Körpergewicht niedrig zu halten oder zu reduzieren, wird die Nahrungsmenge bzw. -auswahl eingeschränkt. Häufig entstehen Essrituale wie z.B. langsames Essen. Bei einem Teil der Betroffenen kommt es – insbesondere bei längerer Krankheitsdauer – zu Essanfällen. Zur Gewichtskontrolle können selbstinduziertes Erbrechen, der Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder andere Medikamente hinzukommen. Unterschieden wird demzufolge zwischen einem restriktiven und einem bulimischen Typus mit sog. Purging-Verhalten

(Erbrechen, Missbrauch von Medikamenten etc.). Ferner wird bei fast allen Patientinnen¹ ein gesteigerter Bewegungsdrang bis hin zu exzessiver körperlicher Betätigung beobachtet. Symptomatisch sind eine gestörte Wahrnehmung der eigenen Figur (Körperschemastörung) und das unbeirrbar Verkennen des objektiv bestehenden Untergewichts. Bei Frauen, bei denen die Periode bereits eingesetzt hatte, bleibt zudem die Menstruation aus.

Diagnostische Kriterien für Anorexia nervosa (F50.0); Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F50.00); Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F50.01) nach ICD-10

- A. Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme. Dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15% unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht.
- B. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von „fettmachenden“ Speisen.
- C. Selbstwahrnehmung als „zu fett“ verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
- D. Umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden; sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interessensverlust an Sexualität und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen dar, die eine Hormonsubstitution erhalten (meist als kontrazeptive Medikation).
- E. Die Kriterien A. und B. für Bulimia nervosa (F50.2) werden nicht erfüllt.

Spezifizierung des Typs

Restriktive Form (F50.00)

Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.); auch als asketische oder passive Form der Anorexie bezeichnet.

Bulimische Form der Anorexie (F50.01)

Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. u.U. in Verbindung mit Heißhungerattacken); auch als aktive Form der Anorexie bezeichnet.

(nach Dilling & Freyberger, 2011)

Ausschluss:

- Appetitverlust (R63.0)
- Psychogener Appetitverlust (F50.8)
- Atypische Anorexia nervosa (F50.1)

Im Rahmen der Differentialdiagnose müssen zunächst andere möglichen Ursachen für den Gewichtsverlust ausgeschlossen werden, insbesondere bei atypischen Symptomen. Als andere Ursachen kommen medizinische Krankheitsfaktoren, z.B. gastrointestinale Erkrankungen, Hirntumore, verborgene Malignitäten oder AIDS, in Frage. Auch bei anderen psychischen Erkrankungen kann es zu einem erheblichen Gewichtsverlust kommen, etwa bei einer Major Depression. Im Gegensatz zur AN wird die Gewichtsabnahme aber weder gezielt angestrebt noch ist eine Zunahme mit erheblichen Ängsten besetzt.

In einigen Teilbereichen weist eine Anorexia nervosa Überschneidungen mit den Kriterien der Sozialen Phobie, der Zwangsstörung oder der Körperdysmorphen Störung auf. Wenn sich die sozialen Ängste nicht allein auf das Essverhalten beschränken, kann eine zusätzliche Diagnose der Sozialen Phobie in Betracht gezogen werden. Analog dazu sollte die Diagnose der Zwangsstörung angedacht werden, wenn es sich um nicht nahrungsbezogene Zwangshandlungen bzw. -gedanken handelt. Ebenso sollte die Diagnose der Körperdysmorphen Störung nur vergeben werden, wenn sich die Störung nicht auf Figur und Körperumfang bezieht.

¹ Zur Begünstigung des Leseflusses wird im Text nur die weibliche Form angeführt, weil von Essstörungen zu einem überwiegenden Anteil Frauen betroffen sind. Diese Sprachregelung soll der Vereinfachung dienen, wenngleich es auch männliche Betroffene gibt.

2.2 Bulimia nervosa (BN)

1979 beschrieb Gerald Russell in Psychological Medicine erstmals das klinische Bild einer Bulimia nervosa. Bereits 1980 wurde die Störung in das DSM-III-R mit aufgenommen.

Im Gegensatz zu Patientinnen mit einer AN erscheinen die von Bulimia nervosa beziehungsweise einer Ess-Brech-Sucht Betroffenen zunächst unauffällig, da sie in der Regel normalgewichtig sind. Unter- oder Übergewicht sind aber auch möglich.

Bei einer BN kommt es zu typischen Essanfällen mit Kontrollverlust. Es werden große Mengen an Nahrungsmitteln hastig konsumiert, ohne dass eine Unterbrechung möglich zu sein scheint. Bei diesen Anfällen können 3.000-5.000 kcal oder mehr verzehrt werden. Der Essattacke folgt ein kompensatorisches Verhalten zur Gewichtskontrolle. Das selbst induzierte Erbrechen, das meist im Geheimen stattfindet, erfolgt in der Regel kurz nach der Nahrungsaufnahme. Die Betroffenen geraten in einen Teufelskreis aus Diäten, Fasten, Essanfällen und gegensteuernden Maßnahmen wie Erbrechen, Missbrauch von Medikamenten oder einer exzessiven sportlichen Betätigung. Wenngleich meist im Normalbereich liegend, sind die Betroffenen mit ihrem Körperbild unzufrieden und haben eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme. Etwa ein Drittel der Patientinnen hat in der Vorgeschichte Episoden einer AN. Auch im Verlauf von der BN kann es gelegentlich zu Phasen der AN kommen. Neben Essanfällen zeigen Betroffene häufig selbstverletzendes Verhalten oder Substanzmissbrauch, teilweise auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

BN ist eine oftmals vor der Umgebung verheimlichte Erkrankung, die mit starken Schamgefühlen einhergeht. Das bei vielen Betroffenen gering ausgeprägte Selbstwertgefühl hängt zudem entscheidend von Figur und Gewicht ab.

Diagnostische Kriterien für Bulimia nervosa (F50.2) nach ICD-10

- A. Häufige Episoden von Fressattacken/Esstaukel (in einem Zeitraum von drei Monaten zumindest zweimal pro Woche) bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
- B. Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen (craving).
- C. Die Patientinnen versuchen, der Gewichtszunahme durch die Nahrung mit einer oder mehreren der folgenden Verhaltensweisen entgegenzusteuern:
 - 1. Selbstinduziertes Erbrechen,
 - 2. Missbrauch von Abführmitteln,
 - 3. zeitweilige Hungerperioden,
 - 4. Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
- D. Selbstwahrnehmung als „zu fett“, mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden (was meist zu Untergewicht führt).

(nach Dilling & Freyberger, 2011)

Ein gestörtes Essverhalten kann auch bei bestimmten neurologischen oder medizinischen Krankheitsfaktoren auftreten. In diesem Fall fehlen jedoch die für BN charakteristischen psychologischen Merkmale, wie die übermäßige Besorgtheit bezüglich der Figur und des Körpergewichts.

2.3 Binge-Eating-Störung (BES)

Der Begriff der Binge-Eating-Störung (BES) wurde bereits 1959 von Albert J. Stunkard eingeführt.

Da eine Reihe von Untersuchungen dafür spricht, die BES als gleichrangig zur AN und BN zu betrachten, hat sie im aktuellen DSM-5 als eigenständige Diagnose Eingang gefunden.

Als BES werden Syndrome bezeichnet, bei denen die Betroffenen unter regelmäßigen, nicht kontrollierbaren Essanfällen leiden, die nicht mit unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einhergehen. Dabei werden diese Essanfälle analog zu denen der Ess-Brech-Sucht definiert. BES-Betroffene unterscheiden sich aber insofern von Bulimikerinnen, als Beginn und Ende

der Essanfälle nicht immer klar zu definieren sind und ihnen die Problematik oft nicht bewusst ist, sodass sie primär Hilfe zur Gewichtsreduktion suchen. Demzufolge resultiert der Leidensdruck zunächst weniger aus der Symptomatik der Essstörung, sondern vielmehr aus der in der Regel mit ihr einhergehenden *Adipositas* (BMI > 30 kg/m²). In der Überbewertung von Gewicht und Figur und einem übergroßen Einfluss von Gewicht und Körperschema auf die Selbstbewertung und das Selbstwertgefühl ähneln sie BN-Betroffenen.

Diagnostische Kriterien für Binge-Eating-Störung (F50.8) nach DSM-5

- A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Ein Essanfall ist durch die folgenden beiden Merkmale gekennzeichnet:
1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
 2. Das Gefühl, während der Periode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
- B. Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
1. Wesentlich schneller essen als normal.
 2. Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl.
 3. Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt.
 4. Alleine essen aus Scham über die Menge, die man isst.
 5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- C. Es besteht deutlicher Leidensdruck wegen der Essanfälle.
- D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf.
- E. Die Essanfälle treten nicht gemeinsam mit wiederholten unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen wie bei der *Bulimia nervosa* und nicht ausschließlich im Verlauf einer *Bulimia nervosa* oder *Anorexia nervosa* auf.

(nach Falkei & Wittchen, 2015)

Im Rahmen der Diagnostik nach DSM-5 kann zusätzlich bestimmt werden, ob es sich um eine teil- oder vollremittierte Störung handelt, und die Ausprägung des Schweregrades über die Häufigkeit der Essanfälle festgelegt werden.

Ausschluss:

- *Bulimia nervosa*
- *Adipositas*
- Bipolare und depressive Störungen
- Borderline-Persönlichkeitsstörung

2.4 Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen (Essstörungen NNB)

Hierunter fällt dem ICD-10 zufolge eine sehr heterogene Gruppe an essgestörten Patientinnen, welche die Kriterien einer klassischen Essstörung nicht vollständig erfüllen, aber dennoch eine deutliche Fixierung auf das Gewicht und die Figur sowie langjährig bestehende Schwierigkeiten im Umgang mit dem Essen haben. So finden sich hier die nicht voll ausgeprägten Varianten von AN (F50.1 *atypische Anorexia nervosa*) und BN (F50.3 *atypische Bulimia nervosa*) ebenso wie *Essattacken bei anderen psychischen Störungen* (F50.4; übermäßiges Essen, das als Reaktion auf belastende Ereignisse zu „reaktivem Übergewicht“ führt) oder *Erbrechen bei anderen psychischen Störungen* (F50.5; wiederholtes Erbrechen bei dissoziativen Störungen, hypochondrischen Störungen oder in der Schwangerschaft, ausgelöst durch emotionale Faktoren). Ferner gibt es noch die Gruppe *Andere Essstörungen* (F50.8; nicht organische Pica bei Erwachsenen, psychogener Appetitverlust) und *nicht näher bezeichnete Essstörung* (F50.9).

3 Komorbidität

Essstörungen treten häufig mit weiteren psychischen Erkrankungen auf, wobei sich immer die Frage nach dem Zusammenhang zwischen den komorbiden Störungen stellt. Meist handelt es sich dabei um

- Depressionen, z.T. mit Suizidgedanken/-versuchen,
- Angststörungen (insbesondere Zwangsstörungen),
- Substanzmissbrauch und -abhängigkeit,
- bestimmte Persönlichkeitsstörungen (v.a. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, auch zwanghafte oder vermeidend-unsichere Persönlichkeitsstörungen) und
- autoaggressives Verhalten.

4 Folgen

Bei allen Formen der Essstörung kann es neben den psychischen Beeinträchtigungen zu gravierenden körperlichen Folgen kommen.

4.1 Anorexia nervosa (AN)

Bei AN tritt definitionsgemäß eine Amenorrhoe auf. Daneben kommt es häufig zu Verstopfung, Bauchschmerzen und Kälteunverträglichkeit. Als häufigster körperlicher Befund finden sich Auszehrung, Hypotension, Hypothermie (Unterkühlung), Hauttrockenheit, Lanugobehaarung (feine, flaumige Körperbehaarung), Bradykardie sowie periphere Ödeme. Durch die Mangelernährung kann es außerdem zu normochromer, normozytäre Anämie, verschlechterter Nierenfunktion verbunden mit chronischer Dehydrierung und Hyperglykämie, kardiovaskulären Störungen (extrem niedriger Blutdruck, Arrhythmien), Zahnproblemen und Osteoporose kommen.

4.2 Bulimia nervosa (BN)

Bei BN führt das häufige Erbrechen zu erheblichem und dauerhaftem Zahnschmelzabbau. Die Zähne wirken ungepflegt und die Häufigkeit von Löchern in den Zähnen ist erhöht. Durch das mechanische Auslösen des Erbrechens entstehen häufig auch Narben oder Schwielen an den Händen. Bei manchen Betroffenen sind die Speicheldrüsen, insbesondere die Ohrspeicheldrüsen, erheblich vergrößert. Die aus dem Purgieren resultierenden Schwankungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts können ernsthafte medizinische Folgen haben. Außerdem können Risse der Speiseröhre oder des Magen-Darm-Traktes sowie Herzarrhythmien auftreten. Weitere Folgen können sein: akute Magendilatation mit der Gefahr der Magenruptur, gastrintestinaler Reflux und Oesophagitis (Speiseröhrenentzündung), Durchfälle, chronische Verstopfung bis hin zur Darmlähmung, Tachykardien und Schwitzen sowie chronische Heiserkeit und Halsschmerzen.

4.3 Binge-Eating-Störung (BES)

Bei BES verlieren die Betroffenen jegliches Gefühl für Hunger. Als Folge der Essanfälle kann es zu akuter Magendilatation mit der Gefahr der Magenruptur kommen. Die Störung kann ferner zu starkem Übergewicht mit allen seinen Nebenwirkungen führen. Als Folgeerkrankungen können außerdem verschiedene Herzkrankheiten, Gelenkabnutzungen, Stoffwechselstörungen, Schlafstörungen, ein erhöhtes Krebsrisiko (u.a. für Dickdarm, Brust und Gebärmutterhals) sowie psychische Belastungen auftreten.

5 Epidemiologie

5.1 Verbreitung von Übergewicht und Adipositas

Die Zunahme von Übergewicht und Adipositas ist ein weltweites Gesundheitsproblem. Deutschland zählt zu den Ländern mit Übergewichts- und Adipositasraten auf hohem Niveau.

Übergewicht und Adipositas werden zumeist anhand des Body-Mass-Index (BMI) erhoben und wie folgt klassifiziert: Übergewicht ab 25 kg/m^2 , Präadipositas von 25 bis 30 kg/m^2 und Adipositas ab 30 kg/m^2 .

Adipositas kann Folgen für das soziale Leben, die Bewegungsfreiheit und die Lebensqualität haben und steht mit einer Vielzahl Beschwerden und Erkrankungen in Zusammenhang (z.B. Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislauf-Krankheiten, spezifische Krebsarten).

In der Folge haben Adipöse eine geringere Lebenserwartung als Normalgewichtige. Die gesundheitlichen Risiken von Präadipositas hingegen sind weniger gut belegt (Berrington de Gonzalez et al., 2010).

5.1.1 Kinder und Jugendliche

In einer ersten bundesweit repräsentativen Querschnittsuntersuchung des Robert Koch-Instituts (RKI), dem *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)* wurde von 2003 bis 2006 bei insgesamt 17.641 Mädchen und Jungen zwischen 0 und 17 Jahren neben relevanten Körpermaßen auch das gesundheitsbezogene Verhalten (Ernährung, sportliche Aktivität, Medienkonsum) erhoben.

Nach Mensink et al. (2011) zählen zu den zentralen Ergebnissen:

- Prävalenz von Übergewicht bei 3- bis 17-Jährigen: 15 % (Zunahme um 50% seit den 1990er Jahren).
- 6% der 15% Übergewichtigen sind adipös (Zunahme um 100 % seit den 1990er Jahren).
- Übergewicht findet sich gehäuft bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Bildungsniveau.
- Übergewicht der Eltern als wichtigster Einflussfaktor auf Adipositas bei Kindern und Jugendlichen.
- Weitere unabhängige positive Zusammenhänge von Adipositas und niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund (nur bei 3- bis 13-Jährigen), hoher Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (nur bei normalgewichtigen Müttern), Rauchen in der Schwangerschaft, hohem Geburtsgewicht, geringer Schlafdauer (nur bei 3- bis 10-Jährigen) sowie hohem Medienkonsum.
- Erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei adipösen Jugendlichen.
- Kinder und Jugendliche konsumieren zu viele gesüßte Erfrischungsgetränke und Süßigkeiten und zu wenig Obst und Gemüse.
- Geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Übergewichtigen im Vergleich zu Normalgewichtigen.

5.1.2 Erwachsene

Die von 2008 bis 2011 durchgeführte erste Welle der repräsentativen Studie des RKI zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) untersuchte insgesamt 7.116 18- bis 79-Jährige körperlich und befragte sie zu gesundheitsrelevanten Themen. Mensink et al. (2013) verglichen die Ergebnisse mit denen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 (BGS98) und des Nationalen Untersuchungssurveys 1990/92. Den Daten des DEGS1 zufolge sind 67,1 % der Männer und 53,0 % der Frauen übergewichtig. Während sich diese Zahlen im Vergleich zum BGS98 nicht verändert haben, ist die Adipositasprävalenz – insbesondere bei Männern – bedeutend gestiegen. Dem DGS98 zufolge waren 18,9 % der Männer und 22,5 % der Frauen adipös, in DEGS1 sind es bereits 23,3 % der Männer und 23,9 % der Frauen. Dabei zeigt sich eine deutliche Zunahme der Adipositas-Betroffenen insbesondere bei jungen Erwachsenen, die zur beobachteten hohen Adipositasprävalenz im KiGGS passt. Demzufolge sollten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen insbesondere jüngere Altersgruppen ins Auge fassen.

Den ersten Ergebnissen aus DEGS1 sollen differenziertere Auswertungen folgen.

5.2 Verbreitung von Essstörungen

Die tatsächliche Verbreitung von Essstörungen lässt sich aus verschiedenen Gründen (hohe Dunkelziffer, insbesondere bei BN, Mangel an Erhebungen an repräsentativen nicht-klinischen Stichproben, Unschärfen bei der Definition der diagnostischen Kriterien) nicht leicht ermitteln. Zudem basieren die meisten Studien auf retrospektiven Angaben und sind untereinander schwer vergleichbar.

Nach der repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) von Jacobi et al. (2014) leiden 1,5 % der Frauen und 0,5 % der Männer (12-Monats-Prävalenz) unter einer drei Hauptformen von Essstörungen (AN, BN oder BES).

Essstörungen zählen im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen. Zur Epidemiologie von Essstörungen im Kindesalter existieren jedoch nur wenige Daten.

In der KiGGS-Studie zeigten nach Hölling & Schlack (2007) insgesamt 21,9 % der befragten Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 11-17 Jahren Symptome von Essstörungen. Mädchen sind mit 28,9 % signifikant häufiger betroffen als Jungen (15,2 %), insbesondere im Alter von 14 bis 17 Jahren. Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status zeigen mit 27,6 % fast doppelt so häufig Symptome wie solche aus Familien mit hohem Status (15,6 %). Ferner weisen Migranten (30,3 %) gegenüber Nicht-Migranten eine höhere Quote auf (20,2 %). Einschränkend muss beachtet werden, dass in der KiGGS-Studie nur Anzeichen für gestörtes Essverhalten im Jugendalter mittels eines Screening-Instruments zur Identifizierung von Verdachtsfällen auf Essstörungen (SCOFF-Fragebogen) und keine klinischen Diagnosen erfasst wurden, sodass die Häufigkeit von Essstörungen überschätzt sein dürfte.

Differenziert man nach den drei Hauptformen, wurden in Studien folgende Prävalenzen ermittelt:

5.2.1 Anorexia nervosa (AN)

12-Monats-Prävalenz

- Erwachsene (Deutschland): 1,1 % der Frauen, 0,3 % der Männer (Jacobi et al., 2013)
- Kinder, 13- bis 18-jährig (USA): 0,1 % der Mädchen, 0,2 % der Jungen (Swanson et al., 2011)

Lebenszeitprävalenz

- 0,5-1,0 % der Frauen; sind ca. 10-mal häufiger betroffen als Männer; Annahme einer deutlich höheren Dunkelziffer bei männlichen Betroffenen und demzufolge einer Unterschätzung der Prävalenz bei Männern (DHS, 2013)

5.2.2 Bulimia nervosa (BN)

12-Monats-Prävalenz

- Erwachsene (Deutschland): 0,3 % der Frauen, 0,1 % der Männer (Jacobi et al., 2014)
- Kinder, 13- bis 18-jährig (USA): 0,9 % der Mädchen, 0,3 % der Jungen (Swanson et al., 2011)

Lebenszeitprävalenz

- 1,0-1,5 % der Frauen; Frauen sind ca. 10-mal häufiger betroffen als Männer (DHS, 2013)

5.2.3 Binge-Eating-Störung (BES)

12-Monats-Prävalenz

- Erwachsene (Deutschland): 0,1 % der Frauen, 0,1 % der Männer (Jacobi et al., 2014)
- Kinder, 13- bis 18-jährig (USA): 1,4 % der Mädchen, 0,4 % der Jungen (Swanson et al., 2011)

5.2.4 Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen (Essstörungen NNB)

Bei Erfassung von nicht näher bezeichneten/atypischen Essstörungen schränken unterschiedliche Definitionen die Vergleichbarkeit der Studien ein. Es lässt sich aber festhalten, dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer, der Geschlechtsunterschied im Vergleich zu anderen Essstörungskategorien jedoch nicht so groß ist (DHS, 2013).

5.3 Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2014) befanden sich in Deutschland im Jahr 2012 11.491 Patientinnen und Patienten in vollstationärer Behandlung wegen Essstörungen. Zwischen den Jahren 2000 und 2012 sind die in deutschen Krankenhäusern diagnostizierten Fälle von Anorexia nervosa von 5.363 auf 6.995 (+30,4%) gestiegen, während im selben Zeitraum die diagnostizierten Fälle von Bulimia nervosa von 2.726 auf 2.332 (-14,5%) gesunken sind.

5.4 Essstörungsbedingte Todesfälle

Zwischen 1998 und 2012 starben in Deutschland pro Jahr zwischen 33 und 100 Menschen an Essstörungen, ca. 90 % davon waren Frauen (Statistisches Bundesamt, 2014).

6 Ätiologie und Risikofaktoren

Die Entwicklung von Essstörungen wie der AN und BN sind multifaktoriell bedingt, d.h., dass biologische, persönlichkeitsbedingte, soziokulturelle und familiäre Faktoren zusammenwirken (Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2005).

Genetische Faktoren: Systematischen Familienstudien zufolge ist die Prävalenz von Essstörungen bei Familienmitgliedern von anorektischen und bulimischen Patientinnen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe 7- bis 12-fach erhöht.

Biologische Faktoren: Zahlreiche Studien belegen die pathophysiologische Relevanz neuro-endokrinologischer, neurochemischer und metabolischer Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer AN. Bei der BN liegt die Annahme zugrunde, dass gezügeltes Essverhalten und Fasten die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Essattacken erhöhen und zur Aufrechterhaltung biologischer und psychischer Störungen führen.

Temperaments- und Persönlichkeitsfaktoren: Insbesondere AN-Betroffene zeichnen sich in ihrer Persönlichkeitsstruktur durch Merkmale wie Beharrlichkeit, Perfektionismus, Introvertiertheit und ein ausgeprägtes Harmoniebedürfnis aus. Patientinnen mit einer BN scheinen weniger ausdauernd und kontrolliert, frustationstoleranter und extrovertierter zu sein als solche mit einer AN.

Familiäre Faktoren: Auch erziehungsbedingten Faktoren wird bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen eine Rolle zugeschrieben. Wichtig erscheint hierbei die wechselseitige Interaktion zwischen den Eigenschaften des Kindes und dem Erziehungsverhalten der Eltern. Mangelnde Autonomie, ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Harmonie sowie soziale Ängstlichkeit seitens des Kindes fördern möglicherweise einen behütenden Erziehungsstil auf Seiten der Eltern und umgekehrt.

Soziokulturelle Faktoren: Für den Einfluss soziokultureller Faktoren sprechen folgende Aspekte: die hohe Prävalenz von Essstörungen in den westlichen Ländern gegenüber anderen Kulturkreisen, die Zunahme an Essstörungen in den letzten Jahrzehnten sowie die höhere Prävalenz in Mittel- und Oberschichten sowie bei Risikogruppen (Sportler, Models). Ferner können u.a. auch kulturelle Einflüsse eine Erklärung für die Häufung von Essstörungen bei Mädchen und Frauen liefern, da Frauen dem Druck des Schlankheitsideals mehr als ihre männlichen Kollegen unterliegen.

7 Versorgung – Beratung und Therapie

7.1 Beratungsangebote

Beratungsstellen sind für Betroffene und Angehörige bei Essstörungen meist die erste Anlaufstelle. Ambulante Beratung wird nicht nur von speziellen Einrichtungen für Essstörungen, sondern auch von Frauen-, Jugend- und Suchtberatungsstellen, weiteren psychosozialen Beratungsstellen und Gesundheitsämtern angeboten, die über Fachpersonal mit essstörungsspezifischer Beratungskompetenz verfügen. Es werden in erster Linie Informationen zum Krankheitsbild, über ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten und Selbsthilfeangebote vermittelt. Bei Betroffenen, die Bedarf an einer längerfristigen medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung haben, hat die Beratung zudem die Funktion, die Motivation zur Inanspruchnahme einer Therapie zu stärken. Das Beratungsangebot reicht von der persönlichen Beratung bis hin zu niederschweligen, da anonymen, Telefon- und internetbasierten Beratungsangeboten in Form von Chats oder via E-Mail (DHS, 2013).

7.2 Behandlungsangebote

Ein nur geringer Teil der an einer Essstörung Erkrankten sucht und erhält adäquate Hilfe. Ein Grund für die mangelnde Inanspruchnahme ist in der unzureichenden und schwankenden Änderungsmotivation vieler Betroffener zu suchen, ein anderer darin, dass Essstörungen in der ärztlichen Versorgung häufig unentdeckt bleiben (Wunderer et al., 2012). Ferner kann sowohl die ambulante als auch die stationäre Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen mit längeren Wartezeiten verbunden sein (Herpertz et al., 2011).

Bei Behandlungsbeginn ist aufgrund der schwerwiegenden körperlichen Auswirkungen, die Essstörungen mit sich bringen können, eine neurologische und internistische Abklärung dringend zu empfehlen.

7.2.1 Säulen und Ziele der Therapie von Essstörungen

Die Therapie von Essstörungen beinhaltet drei grundlegende Ansatzpunkte:

- Somatische Rehabilitation
- Individuelle psychotherapeutische Behandlung
- Einbeziehung der Familie (insbesondere bei jugendlichen AN-Betroffenen)

Zu den grundlegenden Zielen, die im Rahmen der Behandlung von Essstörungen verfolgt werden, zählen (Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2005):

- Behandlung körperlicher Komplikationen
- Gewichtsrehabilitation
- Normalisierung des Essverhaltens
- Veränderung dysfunktionaler Gedanken
- Verbesserung von Defiziten in der Affektregulation
- Verbesserung von begleitenden psychischen Problemen
- Einbeziehung der Familie zur Bewältigung intrafamiliärer Konflikte

7.2.2 Psychotherapeutische Verfahren

Unter den psychotherapeutischen Verfahren findet insbesondere die als effektiv nachgewiesene kognitiv behaviorale Therapie Anwendung (Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2005). Zu den ergänzenden und die Psychotherapie begleitenden Angeboten zählen z.B. Psychoedukation, Ernährungsmanagement, Selbstsicherheitstrainings sowie Elemente aus körperorientierten Verfahren und Entspannungstechniken.

Die psychotherapeutische Behandlung von Essstörungen stellt für das Hilfesystem insofern eine Herausforderung dar, als diese durch eine hohe Tendenz der Aufrechterhaltung der Psychopathologie und des gestörten Essverhaltens gekennzeichnet sind. Hinzu kommt die im Rahmen einer Behandlung häufig mangelnde Motivation der Betroffenen, welche die therapeutische Arbeit zusätzlich erschwert (Pauli, 2013). So besteht die Erkrankung meist über mehrere Jahre. Bei der insbesondere vital bedrohlichen AN kommt es in ungefähr 50 % der Fälle zu Heilungen, in ca. 20 % zu einem chronischen Verlauf. Bei etwa 30 % wechseln Rückfälle und symptomfreie Phasen ab. Besonders zu beachten ist das deutlich erhöhte Sterberisiko (Herpertz et al., 2011).

7.2.3 Pharmakotherapie

Für die AN ist keine wirksame Pharmakotherapie bekannt. Es liegt keine Evidenz dafür vor, dass Neuroleptika, Antidepressiva oder Appetitstimulanzien zu einer Gewichtszunahme bei AN führen. Eine begrenzte Evidenz besteht für den Einsatz von Olanzapin hinsichtlich einer günstigen Beeinflussung von Zwangssymptomen und Gedankenkreisen (Herpertz et al., 2011).

Bei BN kann eine begleitende Behandlung mit Antidepressiva (in Deutschland: Fluoxetin) hilfreich sein, da zum einen häufig eine komorbide Depression vorliegt und andererseits Evidenz dafür besteht, dass Antidepressiva positive Auswirkungen auf die bulimische Essstörungssymptomatik haben und dies unabhängig von einem antidepressiven Effekt (Herpertz et al., 2011).

Für die Behandlung einer BES ist in Deutschland kein Medikament offiziell zugelassen (Herpertz et al., 2011).

7.2.4 Zwangsbehandlung

Für den Fall einer Einsichts- und/oder Entscheidungsunfähigkeit der Patientin ist bei akuter körperlicher oder psychischen Gefährdung auch eine Zwangsbehandlung in Erwägung zu ziehen (weiterführende Informationen vgl. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen von Herpertz et al., 2011).

7.3 Qualitätssicherung in der Beratung und Therapie

7.3.1 Leitlinien für Beratung und ambulante Behandlung von Essstörungen (Reich et al., 2005)

Der Bundesfachverband Essstörungen führte eine Untersuchung zur Qualitätssicherung von Beratungs- und ambulanten Behandlungsangeboten von Essstörungen in seinen Mitgliedseinrichtungen durch, aus denen Leitlinien für die Beratung und ambulante Behandlung von Essstörungen abgeleitet wurden (vgl. <http://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/derverband/leitlinien.php>)

7.3.2 S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (Herpertz et al., 2011)

Die bis 31.12.2015 gültige AWMF S3-Leitlinie, die der Verbesserung und Diagnostik und Behandlung von Essstörungen auf Basis der bislang vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz und dem Konsens aller beteiligten Fachdisziplinen beruht, ist online erhältlich (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html>). Für 12/2015 ist die nächste Prüfung geplant.

7.3.3 Bundesweite Beratungs- und Behandlungsangebote im Bereich Essstörungen

Eine qualitätsgesicherte bundesweite Suchfunktion bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter:
http://www.bzga-essstoerungen.de/index.php?id=144&no_cache=1

8 Selbsthilfe

Da die Anzahl der von Essstörungen Betroffenen die Zahl freier Therapieansätze übertrifft, kommt der Selbsthilfe als niederschwelliger Therapieansatz eine große Bedeutung zu. Im Rahmen der Selbsthilfe-Ansätze werden zunehmend moderne Medien wie Internet, SMS oder Computerprogramme eingesetzt, die eine interaktive Gestaltung erlauben. Ziel ist es, über niederschwellige Angebote bestimmte Zielgruppen zu erreichen, um einer Chronifizierung oder dem Ausbruch einer Erkrankung bei Risikogruppen vorzubeugen bzw. frühzeitig intervenieren zu können.

Selbsthilfeangebote können zum einen in Anspruch genommen werden, um das Warten auf ein spezielles Behandlungsangebot zu verkürzen. Zum anderen könnten Betroffene von BN und BES, die keine professionelle Hilfe nutzen und damit die Mehrheit stellen, durch unterschiedliche Selbsthilfe-Angebote erreicht werden.

Ein Teil der Patientinnen mit BN und einer BES kann von Selbsthilfeangeboten profitieren. Gleichzeitig ist jedoch davon auszugehen, dass ein alleiniger Selbsthilfeansatz für Patientinnen mit einer ausgeprägten AN mit großer Wahrscheinlichkeit auf dem Weg zur Heilung keine ausreichende Hilfestellung bieten kann.

9 Literatur

Bellach, B-M (1999). Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. Gesundheitsweisen 61, Sonderheft 2 S55-S56. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Berrington de Gonzales, A et al. (2010). Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. In: The New England Journal of Medicine, 363(23), 2211-2219.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe, Band 3, 1. Auflage 2013.

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5 (2015). Deutsche Ausgabe herausgegeben von P Falkei und H-U Wittchen (Originalausgabe: American Psychiatric Association APA: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5). Göttingen: Hogrefe.

Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg) (2011). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen der WHO. Bern: Huber.

Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Fichter M, Tuschen-Caffier B, Zeeck A (Hrsg) (2011). S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Berlin/New York: Springer.

Informationspapier Essstörungen

© Melanie Arnold

09.04.2015/ 12
www.bas-muenchen.de



Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B (2005). Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt, 102, 1-2, 50-57.

Hölling H, Schlack R (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 794-799.

Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt, 85(1), 77-87.

Knoll S, Föcker M, Hebebrand J (2014). Essstörungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Bern: Huber, 42 (5), 361-368.

Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger N, Lampert T, Ziese C, Scheidt-Nave (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6: 786-794.

Mensink GBM, Schlack R, Kurth, B-M, Hölling H (2011). Welche Ansatzpunkte zur Adipositasprävention bietet die KiGGS-Kohorte? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54:209-294.

Pauli D (2013) Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und andere Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Übersicht und Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung. Swiss Archives of Neurology and Psychiatry, 164(2):59-69.

Reich G, Witte-Lakemann G, Kilius U (2005). Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen. Eine Praxisstudie. Abschlussbericht. Göttingen: Hogrefe.

Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Arch Gen Psychiatry. 68(7):714–23.

Statistisches Bundesamt (2014). Anzahl der in deutschen Krankenhäusern diagnostizierten Fälle von Anorexie und Bulimie in den Jahren 2000 bis 2012:
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/28909/umfrage/in-krankenhaeusern-diagnostizierte-faelle-von-anorexie-und-bulimie>

Statistisches Bundesamt (2014). Todesfälle aufgrund von Essstörungen in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2012:
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/28905/umfrage/todesfaelle-durch-essstoerungen/>

Wunderer E, Borse S, Schnebel A (2012). Essstörungen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 12, 144-151.

Wunderer E, Borse S, Schnebel A (2013). Essstörungen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 13, 135-142.