

# Informationspapier Essstörungen (Suchtforum in Bayern 2015)

© Melanie Arnold

09.04.2015/ 1  
www.bas-muenchen.de



1	Hintergrund.....	2
2	Krankheitsbild und Diagnostik.....	2
2.1	Anorexia nervosa (AN).....	2
2.2	Bulimia nervosa (BN).....	2
2.3	Binge-Eating-Störung (BES).....	3
2.4	Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen (Essstörungen NNB).....	3
3	Komorbidität.....	3
4	Folgen.....	3
5	Epidemiologie.....	3
5.1	Verbreitung von Übergewicht und Adipositas.....	3
5.1.1	Kinder und Jugendliche.....	4
5.1.2	Erwachsene.....	4
5.2	Verbreitung von Essstörungen.....	4
5.2.1	Anorexia nervosa (AN).....	4
5.2.2	Bulimia nervosa (BN).....	5
5.2.3	Binge-Eating-Störung (BES).....	5
5.2.4	Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen (Essstörungen NNB).....	5
5.3	Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten.....	5
5.4	Essstörungsbedingte Todesfälle.....	5
6	Ätiologie und Risikofaktoren.....	5
7	Versorgung – Beratung und Therapie.....	6
7.1	Beratungsangebote.....	6
7.2	Behandlungsangebote.....	6
7.2.1	Säulen und Ziele der Therapie von Essstörungen.....	6
7.2.2	Psychotherapeutische Verfahren.....	6
7.2.3	Pharmakotherapie.....	6
7.2.4	Zwangsbehandlung.....	6
8	Selbsthilfe.....	6
9	Literatur.....	7

## 1 Hintergrund

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.

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.

In Abgrenzung dazu gilt eine einfache *Adipositas* nicht als Essstörung, auch wenn gestörtes Essverhalten der Entwicklung des Übergewichts Vorschub leistet. Im ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2011) 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)

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 Patientinnen<sup>1</sup> 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 bleibt zudem die Periode aus.

### 2.2 Bulimia nervosa (BN)

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-

<sup>1</sup> 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.

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.

## 2.3 Binge-Eating-Störung (BES)

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 BN 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/m<sup>2</sup>). 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. 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.

## 2.4 Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen (Essstörungen NNB)

Hierunter fällt eine sehr heterogene Gruppe an essgestörten Personen, die die Kriterien einer klassischen Essstörung nicht vollständig erfüllen, aber eine deutliche Fixierung auf das Gewicht und die Figur sowie langjährig bestehende Schwierigkeiten im Umgang mit dem Essen haben.

## 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, Angststörungen, Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, bestimmte Persönlichkeitsstörungen (v.a. Borderline-Persönlichkeitsstörungen) und autoaggressives Verhalten.

## 4 Folgen

Bei allen Essstörungsformen kann es neben psychischen Beeinträchtigungen zu einer Vielzahl gravierender körperlicher Folgen kommen; die wichtigsten werden nachfolgend genannt:

Bei AN tritt eine Amenorrhoe auf. Als häufigster körperlicher Befund finden sich Auszehrung, Hypotension, Hypothermie, Hauttrockenheit, Lanugobehaarung, Bradykardie sowie periphere Ödeme. Bei BN führt das Erbrechen zu erheblichem, dauerhaftem Zahnschmelzabbau. 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. Bei BES verliert der Betroffene jegliches Hungergefühl. Die Essanfälle können zu akuter Magendilatation mit Gefahr der Magenruptur, zu starkem Übergewicht und Folgeerkrankungen (z.B. Herzkrankheiten, Gelenkverschleiß, Stoffwechselstörungen) sowie psychischen Belastungen führen.

## 5 Epidemiologie

### 5.1 Verbreitung von Übergewicht und Adipositas

Die Zunahme von Übergewicht und Adipositas<sup>2</sup> ist ein weltweites Gesundheitsproblem. Deutschland zählt zu den Ländern mit Übergewichts- und Adipositasraten auf hohem Niveau. Adipositas kann Folgen für das soziale Leben, die Bewegungsfreiheit und die Lebensqualität haben und steht mit einer Vielzahl 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).

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

## 5.1.1 Kinder und Jugendliche

*Ergebnisse des KiGGS<sup>3</sup> (Erhebungszeitraum: 2003-2006) nach Mensink et al. (2011):*

- Prävalenz von Übergewicht bei 3- bis 17-Jährigen: 15 % (+ 50% seit den 1990er Jahren)
- 6% der 15% Übergewichtigen sind adipös (+ 100 % seit den 1990er Jahren)
- Übergewicht der Eltern als wichtigster Einflussfaktor auf Adipositas bei Kindern und Jugendlichen
- weitere unabhängige positive Zusammenhänge von Adipositas mit niedrigem Bildungsniveau 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
- Konsum von zu vielen gesüßten Erfrischungsgetränke/Süßigkeiten und zu wenig Obst/Gemüse
- geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Übergewichtigen im Vergleich zu Normalgewichtigen

## 5.1.2 Erwachsene

*Ergebnisse des DEGS1<sup>4</sup> (Erhebungszeitraum: 2008-2011) nach Mensink et al. (2013):*

- Übergewicht: 67,1 % der Männer, 53,0 % der Frauen; keine wesentliche Veränderung seit Ende der 1990er Jahre (vgl. BGS98<sup>5</sup>)
- Adipositas: 23,3 % der Männer, 23,9 % der Frauen; insbesondere bei Männern bedeutsamer Anstieg der Adipositas-Prävalenz seit Ende der 1990er Jahre (vgl. BGS98: 18,9 % der Männer, 22,5 % der Frauen); deutliche Zunahme der Adipositas-Betroffenen v.a. bei jungen Erwachsenen

## 5.2 Verbreitung von Essstörungen<sup>6</sup>

### Erwachsene:

- 12-Monats-Prävalenz für die drei Hauptformen von Essstörungen AN, BN oder BES (DEGS1; Jacobi et al., 2014): 1,5 % der Frauen, 0,5 % der Männer

### Kinder:

Essstörungen zählen im Kindes-/Jugendalter zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen<sup>7</sup>.

*Ergebnisse der KiGGS-Studie (Hölling & Schlack, 2007)<sup>8</sup>:*

- 11-17-Jährige insgesamt: 21,9 % zeigen Symptome von Essstörungen.
- Mädchen (28,9 %) sind signifikant häufiger betroffen als Jungen (15,2 %), v.a. im Alter von 14-17 Jahren.
- Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (27,6 %) sind fast doppelt so häufig betroffen wie solche aus Familien mit hohem Status (15,6 %).
- höhere Quote bei Migranten (30,3 %) gegenüber Nicht-Migranten (20,2 %)

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)

<sup>3</sup> Erhebung von Körpermaßen/gesundheitsbezogenen Verhaltensdaten von 17.641 0- bis 17-Jährigen in einer ersten bundesweit repräsentativen Querschnittsuntersuchung, dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), des Robert-Koch-Institut (RKI)

<sup>4</sup> Körperliche Untersuchung und Befragung zu gesundheitsrelevanten Themen von 7.118 18- bis 79-Jährigen in einer repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert-Koch-Institut (RKI)

<sup>5</sup> Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98), Bellach (1999)

<sup>6</sup> Die tatsächliche Verbreitung von Essstörungen lässt sich aus verschiedenen Gründen (hohe Dunkelziffer, 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.

<sup>7</sup> Zur Epidemiologie von Essstörungen im Kindesalter existieren nur wenige Daten.

<sup>8</sup> Einschränkung muss beachtet werden, dass in der KiGGS-Studie nur Anzeichen für gestörtes Essverhalten und keine klinischen Diagnosen erfasst wurden, sodass die Häufigkeit von Essstörungen überschätzt sein dürfte.

## 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)

Unterschiedliche Definitionen von Essstörungen NNB schränken die Vergleichbarkeit der Studien ein. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, wobei der Geschlechtsunterschied im Vergleich zu anderen Essstörungskategorien nicht so groß ist (DHS, 2013).

## 5.3 Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten<sup>9</sup>

- 2012: 11.491 Personen in vollstationärer Behandlung in deutschen Krankenhäusern wegen Essstörungen
- Entwicklung der in deutschen Krankenhäusern diagnostizierten Fälle von 2000 auf 2012:
  - Anorexia nervosa: Anstieg (+30,4%) von 5.363 (2000) auf 6.995 (2012) Fälle
  - Bulimia nervosa: Abnahme (-14,5%) von 2.726 (2000) auf 2.332 (2012) Fälle

## 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: Die Prävalenz von Essstörungen bei Familienmitgliedern von anorektischen und bulimischen Patientinnen ist im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe 7- bis 12-fach erhöht.

Biologische Faktoren: Die pathophysiologische Relevanz neuro-endokriner, neurochemischer und metabolischer Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer AN wurde belegt. 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 durch Merkmale wie Beharrlichkeit, Perfektionismus, Introvertiertheit und ein ausgeprägtes Harmoniebedürfnis aus. Bulimikerinnen hingegen scheinen weniger ausdauernd und kontrolliert, frustrationstoleranter und extrovertierter zu sein.

Familiäre Faktoren: Auch erziehungsbedingten Faktoren wird bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen eine Rolle zugeschrieben. Mangelnde Autonomie, ein ausgeprägtes Harmoniebedürfnis und soziale Ängstlichkeit seitens des Kindes fördern möglicherweise einen behütenden Erziehungsstil der Eltern und umgekehrt.

Soziokulturelle Faktoren: Für den soziokulturellen Einfluss sprechen die hohe Prävalenz von Essstörungen in den westlichen Ländern gegenüber anderen Kulturkreisen, die Zunahme in den letzten Jahrzehnten sowie die höhere Prävalenz in Mittel- und Oberschichten sowie bei Risikogruppen (Sportler, Models). Ferner können u.a. kulturelle Einflüsse eine Erklärung für die Häufung von Essstörungen beim weiblichen Geschlecht liefern, da es im Vergleich zum männlichen Geschlecht dem Druck des Schlankheitsideals mehr unterliegt.

<sup>9</sup> Statistisches Bundesamt (2014)

## 7 Versorgung – Beratung und Therapie

### 7.1 Beratungsangebote

Beratungsstellen sind für Betroffene und Angehörige bei Essstörungen meist die erste Anlaufstelle. Es werden Informationen zum Krankheitsbild, über ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten und Selbsthilfeangebote vermittelt. Das Portfolio reicht von persönlicher Beratung bis zu anonymen, niederschweligen Telefon- und internetbasierten Beratungsangeboten via Chat oder 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).

#### 7.2.1 Säulen und Ziele der Therapie von Essstörungen

Die Therapie von Essstörungen beinhaltet drei grundlegende Ansatzpunkte: (1) Somatische Rehabilitation, (2) individuelle psychotherapeutische Behandlung und (3) Einbeziehung der Familie.

Grundlegende Ziele einer Behandlung von Essstörungen (Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2005): Behandlung körperlicher Komplikationen, Gewichtsrehabilitation, Normalisierung des Essverhaltens, Veränderung dysfunktionaler Gedanken, Verbesserung von Defiziten der Affektregulation, Verbesserung von begleitenden psychischen Problemen und Einbeziehung der Familie zur Bewältigung intrafamiliärer Konflikte.

#### 7.2.2 Psychotherapeutische Verfahren

Es findet insbesondere die als effektiv nachgewiesene kognitiv behaviorale Therapie Anwendung (Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2005). Zu den ergänzenden, die Psychotherapie begleitenden Angeboten zählen z.B. Psychoedukation, Ernährungsmanagement, Selbstsicherheitstrainings und Entspannungstechniken. Die psychotherapeutische Behandlung von Essstörungen ist durch eine hohe Tendenz der Aufrechterhaltung der Psychopathologie und des gestörten Essverhaltens gekennzeichnet. Bei der 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. 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 von BES ist in Deutschland kein Medikament 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).

## 8 Selbsthilfe

Da die Anzahl der von Essstörungen Betroffenen die Zahl freier Therapieansätze übertrifft, kommt der Selbsthilfe als niederschwelliger Therapieansatz eine große Bedeutung zu. Ein Teil der Patientinnen mit BN und einer BES kann von Selbsthilfeangeboten profitieren. Gleichzeitig ist jedoch davon auszugehen, dass ein alleiniger Selbsthilfensatz 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.
- 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.
- 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.
- 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.