



AWMF-Register Nr.	051/026	Klasse:	S3
--------------------------	----------------	----------------	-----------

**DGPM, DKPM
DÄVT, DGKJP, DGPPN, DGPs, DGVM**

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert - Leitlinie wird zur Zeit überprüft

S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen

AWMF-Registernummer 051-026

Kurzfassung

Version 1.1.
06. Dezember 2011

"Gefördert durch das Bundesministerium für
Bildung und Forschung
(BMBF), Förderkennzeichen: 01GV0601"

Herausgeber der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“:

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin



Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM)



Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)



Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN)



Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)



Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)



Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)



Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)

Am Konsensprozess beteiligt und mitgetragen von:

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)

Bundesfachverband Essstörungen (BFE)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (DGESS)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland (VAKJP)

Verantwortlich für die S3-Leitlinie

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM)

Koordination und Sprecher

Prof. Dr. med. Stephan Herpertz – LWL-Universitätsklinikum Bochum, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Inhaltsverzeichnis

1. Übersicht: Ziele, Anwendungsbereich und Methoden	5
2. Diagnostik	5
2.1. Früherkennung	5
2.2. Diagnostik bei Verdacht auf eine Essstörung	6
2.3. Diagnostische Methoden	9
2.4. Medizinische Diagnostik	9
3. Gestaltung der therapeutischen Beziehung	10
4. Anorexia nervosa.....	12
4.1. Krankheitsbild	12
4.2. Behandlung.....	13
4.3. Behandlungsziele	13
4.4. Behandlungsvoraussetzungen	14
4.5. Behandlungssettings.....	14
4.5.1. Hausärztliche vs. fachpsychotherapeutische/-ärztliche Behandlung.....	14
4.5.2. Ambulante Behandlung.....	15
4.5.3. Tagesklinische Behandlung.....	16
4.5.4. Stationäre Behandlung	17
4.5.5. Beratungsstellen	18
4.5.6. Wohngruppen	19
4.5.7. Ernährungsberatung	19
4.6. Zwangsbehandlung.....	19
4.7. Pharmakotherapie.....	20
4.8. Ernährungsmanagement	21
4.9. Begleitsymptome und psychische Komorbidität.....	22
5. Bulimia nervosa.....	24
5.1. Krankheitsbild	24
5.2. Behandlungsziele	25
5.3. Behandlungssetting	25
5.4. Behandlung.....	26
5.4.1. Psychotherapie	26
5.4.2. Selbsthilfe.....	27
5.4.3. Pharmakotherapie.....	27
5.5. Kombinationsbehandlung.....	28
5.6. Besonderheiten der medikamentösen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	28
5.7. Begleitsymptome und psychische Komorbidität.....	28
6. Binge-Eating-Störung.....	28
6.1. Krankheitsbild	28
6.2. Binge-Eating-Störung und Adipositas	29
6.3. Behandlungsziele	29
6.4. Behandlung.....	30
6.5. Behandlungssettings.....	31
7. Körperliche Folgen von Essstörungen	31
7.1. Differenzialdiagnostik.....	31
7.2. Körperliche Begleitzustände	32
7.3. Körperliche Folgeerkrankungen.....	32
8. Anhang	34
8.1. Evidenz- und Empfehlungsgrade	34
8.2. Diagnostische Kriterien.....	36

1. Übersicht: Ziele, Anwendungsbereich und Methoden

Essstörungen sind zum Teil durch Nahrungsverweigerung, zum Teil aber auch durch eine übermäßige Nahrungsaufnahme gekennzeichnet. Wenngleich die Essstörungen Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) und Binge-Eating-Störung (BES) nicht ganz so häufig sind wie beispielsweise affektive Störungen, haben sie dennoch eine große klinische und gesellschaftliche Relevanz. Bei der AN und BN erkranken fast ausschließlich junge Menschen. Beide Erkrankungen haben häufig schwerwiegende Auswirkungen für die körperliche und seelische Gesundheit. Durch den Erkrankungsgipfel in der späten Adoleszenz bzw. im jungen Erwachsenenalter bleiben sie nicht ohne Folgen für den schulischen bzw. beruflichen Werdegang.

Essstörungen verursachen sehr hohe direkte und Folgekosten. Für die AN wird ein jährlicher Kostenaufwand (Behandlungskosten und Produktivitätsausfallkosten) in Höhe von 195 Millionen Euro, für die BN von 124 Millionen Euro veranschlagt. Die Essstörungen stellen somit sehr kostenintensive Krankheitsbilder dar.

In Anbetracht der Schwere der Störungen, der zum Teil ungünstigen Langzeitprognose sowie mit Blick auf das für die Betroffenen verbundene Leiden und die hohen Kosten für das Gesundheitssystem war die Erstellung von evidenzbasierten S3-Leitlinien auch in Deutschland schon seit vielen Jahren überfällig. Ziel dieser Leitlinien ist die Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Essstörungen auf der Basis der besten bislang vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz und dem Konsens aller beteiligten Fachdisziplinen.

Diese Leitlinie bezieht sich auf die Störungen des Abschnitts F50 der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10; WHO): die Anorexia nervosa (F50.0), die Bulimia nervosa (F50.2) sowie die Binge-Eating-Störung und atypische bzw. nicht näher bezeichnete Essstörungen (F50.1, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9) und die entsprechenden Kategorien des DSM-IV-TR 307.1 (Anorexia nervosa), 307.51 (Bulimia nervosa) und 307.50 (nicht näher bezeichnete Essstörungen; Binge-Eating-Störung).

Die Leitlinie basiert auf systematischen Literaturrecherchen und Meta-Analysen. Entsprechend den Vorgaben der AWMF wurden auf insgesamt 15 Expertentreffen und vier moderierten Gesamttreffen 44 Statements und Empfehlungen konsentiert. Es wurde der Versuch unternommen, internationale Leitlinien zu integrieren, wobei insbesondere die britischen Leitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (2004) und die Leitlinien der American Psychiatric Association (2006) wichtige Quellen darstellten.

An der AN und BN erkranken vorwiegend Frauen. Daher wurde entschieden, durchgehend die weibliche Personenbezeichnung zu verwenden.

2. Diagnostik

2.1. Früherkennung

Angesichts der schweren Folgeprobleme von Essstörungen und ihres häufig chronischen Verlaufs ist es sinnvoll, wenn die Patientinnen möglichst frühzeitig Hilfe erhalten. Patientinnen mit Essstörungen haben häufig initial kaum Kontakte zu Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztlichen bzw. Psychologischen

Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Andere Berufsgruppen des Gesundheitssystems, beispielsweise Ärzte für Allgemeinmedizin, Zahnärzte oder Gynäkologen, können daher wichtige Funktionen bei der Früherkennung von Essstörungen übernehmen.

So ist bei folgenden Risikogruppen in Erwägung zu ziehen, ob eine Essstörung vorliegen könnte:

- Junge Frauen mit niedrigem Körpergewicht
- Unter- bzw. normalgewichtige Patientinnen mit Gewichtssorgen
- Frauen mit Zyklusstörungen oder Amenorrhoe
- Patientinnen mit Hinweisen auf eine Mangelernährung
- Patientinnen mit gastrointestinalen Symptomen
- Patientinnen mit wiederholtem Erbrechen
- Kinder mit einer Wachstumsstörung

Bei Verdacht auf eine Essstörung können folgende Fragen für ein erstes Screening hilfreich sein:

- „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Essverhalten?“
- „Gibt es etwas, das Sie ändern wollen im Hinblick darauf, was und wieviel Sie essen?“
- „Beeinflusst Ihr Gewicht Ihr Selbstwertgefühl?“
- „Machen Sie sich Sorgen wegen Ihrer Figur?“
- „Essen Sie heimlich?“
- „Kommt es vor, dass Sie sich übergeben, wenn Sie sich unangenehm voll fühlen?“
- „Machen Sie sich Sorgen, weil Sie manchmal mit dem Essen nicht aufhören können?“

2.2. Diagnostik bei Verdacht auf eine Essstörung

Unter- oder Übergewicht. Eine Patientin sollte in Unterbekleidung und ohne Schuhe mit geeichtem Instrumentarium vorzugsweise durch den betreuenden Arzt oder Psychologen gewogen und gemessen werden. Die Auswertung und Bewertung der Messwerte ist anhand von geeigneten Formeln ($\text{BMI} = \text{kg}/\text{m}^2$), Normbereichen oder altersbezogenen Perzentilkurven vorzunehmen. Beachtet werden muss, dass Patientinnen deren Essstörung vor oder in der Adoleszenz beginnt in ihrem Längenwachstum zurückbleiben können. Neben dem aktuellen Gewicht ist der Gewichtsverlauf (z. B. Schnelligkeit der Gewichtsabnahme) von Bedeutung. Die Delegation des Messens und Wiegens an Hilfspersonen oder eine Übernahme der Angaben der Patientin selbst ist mit einem signifikanten Fehlbewertungsrisiko verbunden (beispielsweise aufgrund einer fehlerhaft niedrigen Größenangabe oder einer zu hohen Gewichtsangabe). Es kann ferner vorkommen, dass das Gewicht durch die Patientin z. B. durch den Konsum größerer Flüssigkeitsmengen vor dem Wiegen gezielt beeinflusst wird.

Als Bewertungsmaßstab zur Beurteilung des Körpergewichtes wird der Body-Mass-Index (BMI) verwendet. Er errechnet sich nach der Formel $\text{BMI} = \text{Körpergewicht (kg)}/\text{Körpergröße (m}^2)$. Eine Person mit 60 kg Körpergewicht und 1,70 m Körpergröße hat beispielsweise einen BMI von $20,8 \text{ kg}/\text{m}^2$. In der Literatur finden sich detaillierte Angaben zur Verteilung des BMI in verschiedenen Referenzpopulationen und Altersgruppen sowie zum Zusammenhang zwischen BMI und verschiedenen Gesundheitsrisiken. Für klinische Zwecke kann der BMI bei Erwachsenen beider Geschlechter unter Verwendung der folgenden Einteilung interpretiert werden:

- hochgradiges Untergewicht: BMI <16 kg/m²
- mäßiggradiges Untergewicht: BMI 16 bis 16,99 kg/m²
- leichtgradiges Untergewicht: BMI 17 bis 18,49 kg/m²
- Normalgewicht: BMI 18,50 bis 24,99 kg/m²
- Übergewicht: BMI 25 bis 29,99 kg/m²
- Adipositas Grad I: BMI 30 bis 34,99 kg/m²
- Adipositas Grad II: BMI 35 bis 39,99 kg/m²
- Adipositas Grad III: BMI ≥ 40 kg/m²

Unter klinischen Gesichtspunkten kann das hochgradige Untergewicht noch in zwei Stufen unterteilt werden: hochgradiges Untergewicht Grad I mit BMI 13,0 bis 15,99 und hochgradiges Untergewicht Grad II mit BMI < 13,0 kg/m². Das Rational hierfür ist die deutlich erhöhte Mortalität bei Patientinnen mit AN unterhalb eines BMI von 13,0 kg/m². Bei einem BMI von unter 15 kg/m² bei Erwachsenen sollte eine stationäre Behandlung erwogen werden (s.u.).

Bei der Verwendung des BMI zur Bewertung des Gesundheitsrisikos sind folgende Limitationen zu beachten: Der BMI hat keine sehr hohe Korrelation mit der Fettmasse und mit der Muskelmasse. Der wichtigste Moderator dieser Beziehung ist Sport. Menschen, die intensiv Kraft-Ausdauer-Leistung trainieren, können einen BMI > 25 kg/m² oder sogar > 30 kg/m² aufweisen, ohne ein vergrößertes Fettkompartiment zu haben. Umgekehrt können übergewichtige, körperlich inaktive Patienten eine geringere Muskelmasse haben als hyperaktive Patienten mit AN. Bei der Bewertung des mit einem erhöhten BMI verbundenen Gesundheitsrisikos ist zu beachten, dass die Fettverteilung zwischen dem viszeralen und subkutanen Kompartiment im BMI nicht abgebildet ist. So können bereits normalgewichtige Personen ein erhöhtes viszerales Fettkompartiment haben und übergewichtige Personen ein unauffälliges Fettkompartiment. Bei der Risikobewertung im untergewichtigen Bereich ist zu beachten, dass ein stabiles Untergewicht bezüglich kardiovaskulärer Risiken weniger riskant ist als ein schneller Gewichtsverlust in diesem Bereich. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass eine Zunahme des Wasserkompartiments, zum Beispiel bei Ödemen, das Risiko bei Untergewicht verschleiern kann.

Für Kinder und Adoleszente ist es sinnvoll, BMI-Perzentiltabellen zu verwenden, die in den meisten Lehrbüchern der Pädiatrie enthalten sind. Hilfreich sind dabei auch verschiedene Internet-Webseiten, die BMI-Rechner und Perzentiltabellen für Jugendliche anbieten. Als Richtwert für das anzustrebende Zielgewicht wird in der Regel die 25. Altersperzentile, nach Möglichkeit mindestens die 10. Altersperzentile genannt. Als Kriterium für Untergewicht wird ein Unterschreiten der 10. BMI-Perzentile, als extremes Untergewicht und Indikation für eine stationäre Behandlung das Unterschreiten der 3. BMI-Perzentile bei Kindern und Jugendlichen definiert. Bei der Definition von Übergewicht bzw. Adipositas empfiehlt die „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ (2009) die Verwendung des 90. bzw. des 97. Perzentils der oben vorgestellten Referenzdaten als Grenzwert. Die extreme Adipositas wird über einen BMI > 99.5. Perzentil definiert. Diese rein statistische Festlegung der Grenzwerte ermöglicht bei Verwendung der neuen Referenzstichprobe für deutsche Kinder und Jugendliche einen nahezu kontinuierlichen Übergang zu den o.g. festen Grenzwerten im Erwachsenenalter.

Körpergewicht und Selbstwertgefühl. Eine Selbstbewertung als „zu dick“ ist bei gesunden jungen Frauen in der westlichen Welt häufig. Der Aspekt des Unangemessenen oder Pathologischen ergibt sich nicht allein aus dem Vorhandensein dieser Selbstbewertung, sondern daraus, dass derartige Gedanken wesentlichen Raum einnehmen, die Betroffenen keine kritische Distanz dazu einnehmen können, diese Gedanken das Selbstwertgefühl der

Betroffenen erheblich vermindern oder dass hierdurch dysfunktionales Verhalten unterhalten wird.

Einschränkung der Kalorienzufuhr. Bei Patientinnen mit Essstörungen findet sich typischerweise eine Vielzahl von Verhaltensweisen, die dazu dienen, die Zufuhr von Kalorien einzuschränken wie beispielsweise hochfrequentes Wiegen, um Veränderungen des Körpergewichts engmaschig zu kontrollieren, Vermeiden von hochkalorischen, fetthaltigen oder kohlenhydrathaltigen Nahrungsmitteln, Auslassen von Mahlzeitbestandteilen wie Nachtisch oder einer ganzen Mahlzeit sowie Kauen und Ausspucken von Nahrungsmitteln.

Essanfälle. Der Begriff „Essanfall“ beschreibt eine Episode von Nahrungszufuhr, bei der die übliche Kontrolle verloren geht oder nicht ausgeübt wird. Werden dabei tatsächlich Nahrungsmengen zugeführt, die von ihrer Kalorienzahl den Rahmen einer normalen Mahlzeit deutlich übersteigen, spricht man von einem objektiven Essanfall (eine Ausnahme von dieser Regel stellen Mahlzeiten dar, die an Tagen mit intensiver körperlicher Arbeit oder sportlicher Betätigung erfolgen). Nahrungsmittelaufnahmen, die ungeplant oder unerwünscht sind, aber objektiv keine aus dem Rahmen fallenden Mengen darstellen, können subjektiv ebenfalls als Essanfälle wahrgenommen werden. Typischerweise werden bei Essanfällen Nahrungsmittel gegessen, die für die Betroffenen ansonsten „verboten“ sind. Bei einer langfristig bestehenden Essstörung werden Essanfälle häufig genau geplant, das heißt, es werden für einen Essanfall geeignete Nahrungsmittel eingekauft und es wird dafür gesorgt, dass niemand die Patientin während des Essanfalls stört.

Gegensteuerndes Verhalten. Hier handelt es sich um ein Spektrum zielorientierter Verhaltensweisen, um aufgenommene Energie oder Flüssigkeiten rasch wieder aus dem Organismus zu entfernen. Alle Maßnahmen, die Erbrechen oder den Stuhlgang fördern, werden als „Purging-Behavior“ zusammengefasst. Erbrechen kann dabei automatisiert erfolgen, nach mechanischer Reizung des Rachenraums oder unterstützt durch chemische Substanzen, die Erbrechen fördern, wie z. B. Radix Ipecacuanha oder Salzlösungen. Andere „gegensteuernde“ Verhaltensweisen sind exzessives Sporttreiben, das Einnehmen von Schilddrüsenhormonen (um den Grundumsatz zu erhöhen), die Exposition gegenüber Kälte und Hitze (z. B. Sauna) oder das Weglassen von Insulin bei Patienten mit Typ-1-Diabetes, um einen renalen Verlust von Glukose zu induzieren.

Beurteilung der Verhaltensweisen und Diagnosestellung

Einzelne Verhaltensweisen, die bei Essstörungen auftreten, werden auch bei gesunden Männern und Frauen insbesondere in der Adoleszenz beobachtet (z. B. Diätverhalten, selbstinduziertes Erbrechen, intensiver Sport zur Gewichtskontrolle). Die Bewertung von Verhaltensweisen als pathologisch kann dabei nicht ausschließlich auf Frequenzen oder Intensitäten gestützt werden. Vielmehr ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob sich aus dem spezifischen Verhalten eine relevante Beeinträchtigung oder Gefährdung der körperlichen Gesundheit, der psychosozialen Funktionsfähigkeit oder ein erheblicher subjektiver Leidensdruck ergibt. Bei begründetem Verdacht sollte formal überprüft werden, ob die Kriterien einer Essstörung nach einem operationalisierten Klassifikationssystem wie ICD-10 oder DSM-IV erfüllt werden. Die weiterführende Diagnostik sollte Checklisten oder strukturierte Interviews vorsehen (s. u.).

Um allen Frauen und Männern, die unter einer Essstörung leiden, adäquate Hilfe zukommen zu lassen, ist es wichtig, auch die diagnostischen Kategorien atypischer oder nicht näher bezeichneter (NNB) Essstörungen anzuwenden. Versorgungsepidemiologische Studien zeigen, dass die aktuellen DSM- und ICD-Hauptkategorien nur etwa 40 bis 60 % der Patientinnen mit einer klinisch bedeutsamen Essstörung erfassen.

2.3. Diagnostische Methoden

Klassifikatorische Diagnostik. Wie bei allen anderen psychischen Störungen ist es auch bei Essstörungen empfehlenswert, die Abklärung der Diagnosekriterien für die jeweilige Erkrankung und etwaiger komorbider psychischer Störungen anhand strukturierter diagnostischer Interviews (z. B. DIPS¹, Kinder-DIPS, Kiddie-Sads, SKID) oder Diagnose-Checklisten vorzunehmen.

Darüber hinaus bieten sich Interview-Leitfäden an, anhand derer neben den diagnostischen Kriterien auch für die Behandlung der Essstörungen relevante Informationen erfasst werden können (Eating Disorder Examination [EDE], Eating Disorder Examination für Kinder [ChEDE]; Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen [SIAB-EX]).

Fragebogenverfahren für klinische Essstörungen. Des Weiteren steht eine beträchtliche Anzahl an Fragebögen zur Erfassung der Essstörungssymptomatik zur Verfügung (siehe S3-Leitlinien, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html>). Beispielhaft wird hier das Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) als Fragebogenversion des strukturierten Experteninterviews Eating Disorder Examination EDE genannt. Das EDE-Q ist für Erwachsene und Jugendliche geeignet und ermöglicht eine Erfassung von Selbstbeurteilungen der spezifischen Essstörungspsychopathologie in der klinisch-psychologischen Praxis und Forschung. Das EDE-Q ist beschreibend oder als initiales Screeningverfahren in einem mehrstufigen diagnostischen Prozess einsetzbar. Im Vergleich zum EDE gilt die Verwendung des EDE-Q insbesondere dann als indiziert, wenn aus Gründen der Ökonomie ein strukturiertes Experteninterview wie das EDE nicht durchgeführt werden kann. Ein strukturiertes Experteninterview zur Diagnosestellung (EDE oder SIAB-EX) ist durch das EDE-Q jedoch nicht ersetzbar. Alternativ zum EDE-Q ist das SIAB zur Selbsteinschätzung einsetzbar; das Verfahren SIAB-S ist die Fragebogenversion des Inventars zur Expertenbeurteilung SIAB-EX und kann ebenso wie das EDE-Q als initiales Screeningverfahren verwendet werden.

2.4 Medizinische Diagnostik

Im allgemeinärztlichen Bereich sollte die medizinische Diagnostik als Minimum folgende Elemente enthalten:

- Körpergröße und Körpergewicht (Bewertung mit Hilfe des BMI oder mit Perzentilkurven bei Kindern und Jugendlichen)
- Blutdruck und Puls

Zur Abschätzung der vitalen Gefährdung durch Untergewicht und Folgen des Erbrechens können folgende Elemente hinzugezogen werden:

- Körpertemperatur
- Inspektion der Körperperipherie (Durchblutung, Ödeme)
- Auskultation des Herzens, Orthostasetest

¹ Zu Literaturangaben siehe Langfassung der Leitlinie.

- Blutbild
- Blutsenkung
- Harnstoff
- Elektrolyte
- Kreatinin
- Leberfunktionstest
- Blutglukose
- Urinstatus
- Elektrokardiogramm
(KKP)

Die medizinische Diagnostik dient vor allem der Gefahrenabwehr, indem Komplikationen der Essstörung erkannt werden, und in selteneren Fällen auch der differenzialdiagnostischen Abklärung.

3. Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Die Therapiemotivation der Patientinnen ist insbesondere zu Beginn der Behandlung häufig ambivalent. Daher ist eine empathische, wertungsfreie, nicht vorwurfsvolle Haltung von therapeutischer Seite angemessen. Soweit die körperliche und/oder psychische Situation der Patientinnen kein unmittelbares Eingreifen notwendig macht, sollten zunächst die Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses und die Behandlungsmotivation im Vordergrund stehen. Dazu gehört eine ausführliche und sachliche Information über die Essstörung einschließlich ihrer Risiken, jedoch ohne Ängstigung der Patientin. Insbesondere bei Patientinnen mit AN müssen kognitive Beeinträchtigungen aufgrund der Kachexie beachtet werden. Die Information über das Krankheitsbild sollte grundlegende Informationen über Symptomatik, Ursachen und Verlauf sowie die möglichen Komplikationen und Behandlungsmöglichkeiten beinhalten.

Ein gemeinsamer Behandlungsplan ist mit der Patientin anzustreben. Dabei ist es zielführend der Patientin zu vermitteln, dass sie die Therapieentscheidungen im Wesentlichen selber trifft und eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung ihre Veränderungsbereitschaft und Kooperation voraussetzt. Die Therapeuten sollten im Kontakt authentisch, verlässlich, interessiert und möglichst nicht belehrend oder sanktionierend sein.

Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist auch bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen von besonderer Bedeutung. Die Einbeziehung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen ist als essenziell anzusehen. Dies bedeutet, dass sowohl mit dem Kind / der Jugendlichen als auch mit den Eltern und gegebenenfalls weiteren Bezugspersonen eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden muss. Klinischen Erfahrungen zufolge kann es förderlich sein, wenn das Kind bzw. die Jugendliche wahrnimmt, dass die Beziehung zwischen Eltern/Sorgeberechtigten und Therapeuten positiv ist. Die Therapeuten sollten dabei darauf achten, allparteilich zu sein, d. h. weder als Verbündeter der Eltern gegen das Kind bzw. den Jugendlichen noch als Verbündeter des Kindes bzw. Jugendlichen gegen die Eltern / Sorgeberechtigten aufzutreten.

Kinder und Jugendliche mit Essstörungen werden oft auf Wunsch ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten zur Behandlung „geschickt“, sodass nicht unbedingt davon ausgegangen werden kann, dass sie zu einer Änderung ihrer Essstörung bereit sind. Nicht selten thematisieren Eltern bzw. Sorgeberechtigte in Anwesenheit ihres Kindes sehr ausführlich das inadäquate Essverhalten. Dies kann Scham- und Schuldgefühle seitens des Kindes / der Jugendlichen sowie einen zusätzlichen Widerstand gegen eine Behandlung auslösen und sollte von Seiten der Therapeuten begrenzt werden. Angehörige und Freunde versuchen darüber hinaus oft, den Kindern und Jugendlichen zu vermitteln wie gefährlich und unvernünftig ihr Essverhalten ist. Daher ist es wichtig, dass die an einer Essstörung leidenden Kinder und Jugendlichen in der Therapie erfahren, dass die Therapeuten ihr gestörtes Essverhalten im Sinne einer Entpathologisierung nachvollziehen können und nicht verurteilen. Bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist im Weiteren der Entwicklungsstand des Kindes / der Jugendlichen zu berücksichtigen.

In der Regel sollte die therapeutische Haltung eine gewisse Gelassenheit gegenüber der Symptomatik zum Ausdruck bringen, bei gleichzeitigem Ernstnehmen der Gefährdung durch die Erkrankung. Die Essstörung besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme einer Behandlung zumeist seit Monaten oder Jahren. Ausnahmen sind akute körperliche bzw. psychische Gefährdungssituationen, zum Beispiel bei Patientinnen mit AN. Bei unzureichender Einsichts- und/ oder Entscheidungsfähigkeit der Patientin müssen Therapeuten im Fall einer akuten körperlichen oder psychischen Gefährdung auch die Möglichkeit der Zwangsbehandlung in Erwägung ziehen (siehe dazu Kapitel „Anorexia nervosa“).

Sowohl die ambulante, als auch die stationäre Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen kann mit längeren Wartezeiten verbunden sein, die eine Interimsversorgung notwendig machen. In der Regel ist es der Hausarzt, auf den in dieser Zeit die Aufgabe zukommt, die Patientin durch die verschiedenen Versorgungsbereiche zu führen und eventuell nach Behandlungsalternativen zu suchen. Dabei sollten sich die hausärztlichen Bemühungen darauf richten, einer weiteren Gewichtsabnahme entgegenzuwirken. Viele Patientinnen wollen eine solche Zeit nutzen, es „doch alleine zu schaffen“. Ein derartiger Versuch kann – die somatische Stabilität vorausgesetzt – befürwortet werden, sollte aber realistischere durch verbindliche „Kontrolltermine“, zum Beispiel nach vier und acht Wochen, begleitet werden. Ein solches „offenes Vorgehen“, das die Kompetenzen der Patientin einbezieht, ist oftmals die Voraussetzung für den Aufbau einer tragfähigen Therapiemotivation.

Angehörige und Partner stehen einer Essstörung häufig hilflos und verzweifelt gegenüber. Diese Hilflosigkeit ist oft kein guter Ratgeber bei dem Versuch, sich „richtig“ und hilfreich zu verhalten und führt nicht selten zu heftigen Schuldgefühlen und/oder aggressiven, vorwurfsvollen Einstellungen gegenüber der essgestörten Patientin.

Das Einbeziehen von Angehörigen in die Therapie sollte ungeachtet der therapeutischen Ausrichtung unter Berücksichtigung des Alters der Patientin, ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen (Familie, Partnerschaft) und des Gefährdungsgrades der Essstörung frühzeitig erwogen werden. Die Einbeziehung von Angehörigen bietet zudem die Chance, fremdanamnestic Informationen zu erhalten. Bei Kindern und Jugendlichen gehört die Integration der Eltern in den therapeutischen Prozess zu den wesentlichen Pfeilern der Behandlung (s.o.).

Die Information von Angehörigen hat eine wichtige, insbesondere angstlindernde Funktion für die Behandlung. Schon im Vorfeld der Therapie benötigen Angehörige Informationen, um effektiv kooperieren zu können. Die Informationen sollten in der Regel im Beisein der Betroffenen gegeben werden und können beinhalten:

- die Ursachen von Essstörungen
- die aufrechterhaltenden Bedingungen
- die Prognose und den zu erwartenden Verlauf
- die körperlichen Risiken und möglichen Folgeschäden
- adäquate Behandlungsmöglichkeiten
- die individuelle Behandlungsplanung
- Methoden der Psychotherapie
- Risiken und mögliche Nebenwirkungen der Behandlung
- Empfehlungen für den Umgang mit der Patientin.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt vielfältige Informationen für Angehörige als Broschüren wie auch im Internet bereit (www.bzga-essstoerungen.de). Über Angehörigenthemen bei einer Vielzahl psychischer Erkrankungen informiert zum Beispiel der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK, <http://www.bapk.de>). Im Buchhandel sind Patientinnen- und auch Angehörigenratgeber erhältlich. In vielen großen Städten gibt es Kontakt-, Informations- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich, die Listen und Kontaktmöglichkeiten von Selbsthilfegruppen zur Verfügung stellen. Verschiedene Internet-Portale zu Essstörungen bieten sinnvolle Informationen (zum Beispiel www.hungrig-online.de, www.Magersucht.de; www.bzga-essstoerungen.de). Im Falle psychischer Belastung, Überforderung oder eigener psychischer Störungen kann auch für Angehörige eine professionelle Hilfe sinnvoll sein.

4. Anorexia nervosa

4.1. Krankheitsbild

Bei der AN kommt es durch restriktives Essverhalten und evtl. zusätzlich durch Verhaltensweisen wie selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch oder exzessives Sporttreiben zu einem selbstinduzierten Gewichtsverlust. Das Körpergewicht liegt mindestens 15 % unter dem für Geschlecht, Größe und Alter zu erwartenden Gewicht (bei Erwachsenen: Body-Mass-Index, BMI < 17,5 kg/m²), bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der 10. BMI-Altersperzentile. Trotz Untergewichts besteht eine Angst, zu dick zu sein und eine veränderte Körperwahrnehmung (Körperbildstörung). Zu den diagnostischen Kriterien siehe Anhang 8.2..

Die Nahrungsrestriktion hat Folgen auf der körperlichen und psychischen Ebene (siehe auch Kapitel 7). So kommt es u. a. zu einer Störung des endokrinen Systems, die sich bei Frauen in einem Sistieren der Monatsblutung zeigt. Bei Kindern kann es zu einer Verzögerung der Pubertät mit einem Ausbleiben der Menarche und einer Stagnation der körperlichen Entwicklung kommen. Auf der psychischen Ebene herrscht zu Beginn oft ein positives Gefühl von Leichtigkeit, Kontrolle und Euphorie vor, das später in Gleichgültigkeit, Reizbarkeit und eine depressive Stimmungslage übergehen kann.

Die AN beginnt am häufigsten in der Phase des Erwachsenwerdens (Pubertät, Adoleszenz), sehr selten vor Beginn der Pubertät (ca. ab dem 8. Lebensjahr). Das nach außen sichtbare Untergewicht führt zu besorgten Reaktionen der Eltern und anderer Bezugspersonen. Die Gefährdung, die das Untergewicht mit sich bringt, wird von den Betroffenen selber häufig negiert, was zu einer starken Belastung für Angehörige, Freunde und auch beteiligter Behandler (z.B. Hausärzte, Kinderärzte) führen kann.

Eine Komorbidität mit anderen Erkrankungen ist häufig, vor allem mit Depressionen, Angststörungen und Zwangserkrankungen.

Die Erkrankung verläuft in der Regel über mehrere Jahre. In ungefähr der Hälfte der Fälle kommt es zu Heilungen, in ca. 20% zu einem chronischen Verlauf. Das Sterberisiko ist deutlich erhöht.

4.2. Behandlung

Die AN ist ein sehr ernst zu nehmendes, zur Chronifizierung neigendes Krankheitsbild mit hoher Mortalitätsrate, dessen Therapie Behandlern vorbehalten bleiben sollte, welche über eine ausreichende Expertise in ihrer Behandlung verfügen. Da die AN in der Regel Interventionen auf verschiedenen Ebenen (somatisch, psychisch, familienbezogen) und über verschiedene Settings hinweg erfordert, ist ferner eine Abstimmung aller Beteiligten notwendig. Die S3-Leitlinien-Kommission hat im Konsens folgende Empfehlungen ausgesprochen, die hier und im Folgenden eingerahmt dargestellt sind:

Empfehlungen

- Die Behandlung sollte störungsorientiert sein und die körperlichen Aspekte der Erkrankung berücksichtigen (KKP).
- Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten in Einrichtungen oder bei Therapeuten erfolgen, die Expertise in der Therapie mit Essstörungen haben und störungsspezifische Therapieelemente bereithalten (KKP).
- Patientinnen mit AN soll frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden (A).
- Bei der Behandlung sollte berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wenn nicht Jahren umfasst (KKP).
- Es sollte eine Kontinuität in der Behandlung angestrebt werden (KKP).
- Die beteiligten Stellen der Versorgung (niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzte) sollten sich um eine engmaschige Absprache und Kommunikation bemühen (KKP).
- Wegen eines erhöhten Risikos für Rückfälle erfordern Übergänge zwischen Settings (vor allem in weniger intensive Settings: stationär → ambulant) besondere Aufmerksamkeit und Vernetzung der Therapeuten, um die therapeutische Kontinuität zu erhalten (B).

4.3 Behandlungsziele

Die Ziele in der Behandlung der AN sind:

- a.) eine Wiederherstellung und das Halten eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts
- b.) eine Normalisierung des Essverhaltens

- c.) die Behandlung körperlicher Folgen von Essverhalten und Untergewicht
- d.) die Beeinflussung der dem Störungsbild zugrunde liegenden Schwierigkeiten auf emotionaler, kognitiver und zwischenmenschlicher Ebene
- e.) eine Förderung der sozialen Integration, die oft mit einem „Nachholen“ verpasster Entwicklungsschritte verbunden ist.

4.4. Behandlungsvoraussetzungen

Das Vorgehen und die Zielsetzung der Behandlung sollten aufgrund der oft schwankenden Motivation und Ambivalenz offen mit der jeweiligen Patientin besprochen werden, möglichst im Einvernehmen zwischen Patientin und behandelnden Ärzten / Psychotherapeuten. In sehr seltenen Fällen kann aufgrund der Gefährdung eine Einweisung in eine Klinik gegen den Willen der Patientin erforderlich sein (siehe auch Abschnitt 4.6.).

Empfehlungen

- Patientinnen mit AN stehen einer Veränderung ihres Gewichtes und Essverhaltens in der Regel hochambivalent gegenüber. Das Arbeiten an der Motivation und Ambivalenz ist daher eine zentrale Aufgabe der Behandler und sollte über den gesamten Behandlungsprozess im Auge behalten werden (B).
- Bei Kindern und Jugendlichen sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige ausführlich über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert und in die Behandlung mit einbezogen werden (A).

4.5. Behandlungssettings

Bei der AN sind häufig neben einer ambulanten Betreuung häufig auch stationäre Behandlungsepisoden erforderlich. Meist sind mehrere Behandler beteiligt: Haus- oder Kinderarzt, ambulanter Psychotherapeut, Ernährungsberater, evtl. Gynäkologe und Familientherapeut. Aufgrund der starken Ambivalenz der Patientinnen hinsichtlich einer Änderung des Essverhaltens kann es ferner zu Behandlerwechseln kommen, sodass eine besondere Anforderung an die Abstimmung der Behandler untereinander besteht (siehe auch 4.2.).

4.5.1. Hausärztliche vs. fachpsychotherapeutische/-ärztliche Behandlung

Empfehlungen

- Haus- und Fachärzten kommt eine wichtige Rolle bei der Ersterkennung und der begleitenden körperlichen Betreuung der AN zu. Sie sollten Betroffene dazu motivieren, eine psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen, und diese von medizinischer Seite unterstützen (KKP).
- Zur Beurteilung des medizinischen Risikos bzw. körperlicher Komplikationen sollten neben der Gewichtsentwicklung weitere Untersuchungsparameter wie Laborwerte und physische Zeichen beachtet werden (siehe Abschnitt 7) (KKP).

- Patientinnen mit AN sollten in Abhängigkeit von der körperlichen Situation aktiv und regelmäßig zu Verlaufsuntersuchungen einbestellt werden (KKP).

4.5.2. Ambulante Behandlung

Es finden sich sehr wenige hochwertige Studien zur Behandlung der AN. Alle untersuchten Therapieansätze führen nur zu mäßigen Erfolgsraten. Bislang gibt es keinen Hinweis auf die Überlegenheit eines bestimmten Therapieverfahrens. In Deutschland stehen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie die kognitive Verhaltenstherapie sowie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zur Verfügung. Beide Verfahren sind ebenso wie familientherapeutische Interventionen (diese insbesondere bei Kindern und Jugendlichen) zu empfehlen, wenn sie spezifisch auf die Behandlung der AN ausgerichtet sind.

Das therapeutische Vorgehen bei AN muss immer verschiedene Problembereiche berücksichtigen: Essverhalten und Gewicht einschließlich der körperlichen Gefährdung, psychische Problembereiche (z.B. Selbstwerterleben, Leistungsorientierung), eine vorliegende psychische Komorbidität, zwischenmenschliche Schwierigkeiten und das soziale Umfeld (Familie, berufliche Entwicklung). Im ambulanten Setting ist eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 250 g pro Woche anzustreben.

Empfehlungen

- Das ambulante Behandlungsverfahren erster Wahl bei Patientinnen mit AN sollte eine evidenzbasierte Psychotherapie sein (B).
- Patientinnen mit AN sollte eine spezialisierte Therapie bei mit Essstörungen erfahrenen Behandlern angeboten werden (B). Bei der Wahl der Methode sollte die Präferenz der Patientin und ihr Alter berücksichtigt werden (KKP).
- Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit der Patientin (und ggfs. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt, Umgang mit der Familie (KKP).
- Vorrangiges Ziel der ambulanten Therapie von Patientinnen mit AN ist die Normalisierung von Essverhalten und Gewicht und eine Arbeit an den damit verbundenen psychischen Symptomen und Schwierigkeiten (KKP).
- Die Wirksamkeit einer ambulanten Psychotherapie sollte kontinuierlich anhand eines Gewichtsmonitorings erfolgen (KKP).
- Im ambulanten Setting sollte eine Gewichtszunahme von 200–500 g/Woche angestrebt werden. Eine flexible Handhabung ist dabei möglich (KKP).
- Das Wiegen kann entweder durch den Psychotherapeuten selber oder in enger Absprache von einem mitbehandelnden Arzt bzw. speziell geschultem Ambulanz- oder Praxispersonal übernommen werden (KKP).

- Sind an der Therapie der AN mehrere Behandler beteiligt (wie z.B. Hausarzt, Psychotherapeut, Sozialarbeiter, Ernährungsberater, Familientherapeut), sollten diese sich regelmäßig untereinander absprechen (KKP).
- Bei jungen Patientinnen (Kindern, Adoleszenten), die noch in der Herkunftsfamilie leben, sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige in die Behandlung einbezogen werden (B).
- Bei einer Verschlechterung oder stagnierender Entwicklung im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie sollten intensivere Behandlungsangebote gemacht werden. Dies kann eine Kombination von Behandlungsmethoden im ambulanten Setting sein oder aber ein tagesklinischer bzw. stationärer Behandlungsabschnitt (O).
- Auch wenn viele jugendliche Patientinnen mit AN eine hohe Leistungsbereitschaft und gute Schulleistungen zeigen, müssen aufgrund der eingeschränkten Ernährungssituation Eingrenzungen des Sportunterrichts und des Schulbesuchs erwogen werden (KKP).
- Nach Abschluss einer ambulanten Psychotherapie sollten in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Folgetermine angeboten werden, die die Rezidivprophylaxe und die Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses zum Ziel haben (KKP).

4.5.3 Tagesklinische Behandlung

Grundsätzlich ist eine tagesklinische Behandlung für eine ausgewählte Gruppe von Patientinnen mit AN wirksam, es liegen bislang jedoch nur sehr wenige Studien hierzu vor, sodass bei den Empfehlungen zur Indikationsstellung ein Expertenkonsensus gesucht wurde, der die Versorgungsstrukturen in Deutschland berücksichtigt.

Empfehlungen

- Patientinnen mit AN sollten nur in Tageskliniken behandelt werden, die spezifische Konzepte für anorektische Patientinnen anbieten (B)
- Bei folgenden Patientinnen kann an eine tagesklinische Behandlung indiziert sein:
 - Bei chronischen Verläufen mit wiederholten stationären Aufenthalten in der Vorgeschichte, wenn das Ziel in einer Verbesserung der sozialen Einbindung und der Tagesstrukturierung besteht.
 - Bei gut motivierten Patientinnen ohne Komorbidität und nur mäßigem Untergewicht, bei denen sich eine ambulante Therapie als nicht ausreichend erweist (Intensivierung der ambulanten Therapie).
 - Bei Patientinnen, bei denen im Anschluss an eine stationäre Behandlung der Übergang in ein ambulantes Behandlungssetting vorbereitet werden soll („Transfer“ der erreichten Veränderungen in die Alltagssituation; „Step-down-Approach“)
 - Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die Familie engmaschig in den Behandlungsprozess mit eingebunden werden kann (KKP).

4.5.4 Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlungsepisoden sind bei der AN häufig notwendig. Zentrales Ziel sollte eine Gewichtsrestitution sein. Eine Phase der Gewichtsstabilisierung vor Entlassung (Halten des Zielgewichtes über einen Zeitraum von 2-4 Wochen) hat sich bewährt und ist mit einer niedrigeren Rehospitalisierungsrate verbunden.

Empfehlungen

- Folgende Kriterien sprechen für eine stationäre Behandlung:
 - rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20 % über sechs Monate)
 - gravierendes Untergewicht (BMI < 15 kg/m² bzw. bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der 3. Altersperzentile)
 - fehlender Erfolg einer ambulanten Behandlung
 - anhaltender Gewichtsverlust oder unzureichende Gewichtszunahme über drei Monate (bei Kindern und Jugendlichen früher) trotz ambulanten oder tagesklinischer Behandlung
 - soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung)
 - ausgeprägte psychische Komorbidität
 - schwere bulimische Symptomatik (z.B. Laxanzien-/Diuretikaabusus, schwere Essanfälle mit Erbrechen) oder exzessiver Bewegungsdrang, die ambulant nicht beherrscht werden können
 - körperliche Gefährdung oder Komplikationen (siehe Kapitel 1.2.2 „Krankheitsverlauf“)
 - geringe Krankheitseinsicht
 - Überforderung im ambulanten Setting, da dieses zu wenig strukturierte Vorgaben (Mahlzeitenstruktur, Essensmengen, Rückmeldungen zum Essverhalten, Motivationsbildung) bieten kann.
 - Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie) (KKP).
- Die stationäre Behandlung sollte an Einrichtungen erfolgen, die ein auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiertes, multimodales Behandlungsprogramm anbieten können (O).
- Folgende Therapiekomponenten im Rahmen eines spezialisierten stationären Therapieprogramms sollen vorgehalten werden:
 - Einzel- und Gruppenpsychotherapiegespräche (mind. 50 Minuten pro Woche im Einzelsetting, mind. 200 Minuten pro Woche im Gruppensetting)
 - störungsspezifische Ernährungstherapie
 - Komplementäre Therapietechniken (Körpertherapie, Kreativtherapeutische Verfahren, Ergotherapie)
 - sozialtherapeutische Unterstützung
 - Einbeziehung der Familie, zumindest bei Kindern und Jugendlichen
 - regelmäßiges körperliches Monitoring
 - eine wöchentliche Visite
 - auf die körperliche Situation abgestimmte strukturierte Bewegungsangebote (KKP).
- Bei stationärer Behandlung ist eine weitgehende Gewichtsrestitution anzustreben (bei Erwachsenen: BMI zwischen 18 und 20 kg/m² bzw. 10. Altersperzentile bei Kindern und

Jugendlichen: die 25. BMI-Altersperzentile, mindestens aber die 10. BMI-Altersperzentile) (B).

- Bei sehr langen Behandlungsdauern sollte bedacht werden, dass eine zu lange Herausnahme aus der Alltagssituation zu nachteiligen Effekten führen kann. Intervallaufnahmen sind bei der Behandlungsplanung eine mögliche Alternative (KKP).
- Im stationären Rahmen sollte eine Gewichtszunahme von 500 g bis maximal 1000 g/Woche angestrebt werden (B).
- Es sollten klare Vereinbarungen („Verträge“) zwischen der Patientin und dem Behandlungsteam (hinsichtlich Zielgewicht und wöchentlicher Gewichtszunahme) getroffen werden (B).
- Patientinnen sollten regelmäßig (in der Regel 1-3 x/Woche) morgens ungefähr um die gleiche Zeit in leichter Bekleidung (Unterwäsche) gewogen werden (KKP).
- Die Behandlung soll vor allem zu Beginn einen starken Focus auf der Besserung der Symptome des gestörten Essverhaltens haben (z.B. strukturierter Essplan, Reduktion des restriktiven Essverhaltens und der selektiven Nahrungsauswahl, Aufhebung von Essritualen, regelmäßiges Wiegen mit Diskussion der Gewichtskurve) (KKP).
- Wenn eine ausreichende Ernährung einer Patientin nicht möglich ist, kann zusätzlich eine hochkalorische Substitutionsernährung angeboten werden (B).
- Vor Entlassung sollte eine intensive Vorbereitung auf den Übergang in die ambulante Situation erfolgen (eventuell durch eine tagesklinische Behandlung; zunehmende Eigenständigkeit bei der Einnahme und dem Planen von Mahlzeiten, etc.). Dazu gehören auch die Antizipation von Rückfällen und ein „Gesamtbehandlungsplan“, der das Angebot einer Wiederaufnahme mit einschließen kann. Bei Kindern und Jugendlichen sollte das z.B. auch den Besuch der Heimatschule (oder einer externen Schule) beinhalten (KKP).
- Eine Kontinuität des therapeutischen Prozesses ist anzustreben. Günstig sind Angebote der Kliniken, die den Übergang in die ambulante Situation erleichtern: z. B. poststationäre Gruppentherapie, internetbasierte Hilfe (O).
- Patientinnen und ggfs. Angehörige sollten über den Verlauf der Erkrankung und das Risiko von Rückfällen informiert werden (KKP).

4.5.5 Beratungsstellen

Empfehlungen

- Patientinnen, für die der Kontakt zu einem Psychotherapeuten oder einer Klinik einen zu großen Schritt darstellt, kann ein Gespräch in einer mit essgestörten Patientinnen erfahrenen Beratungsstelle empfohlen werden (O).

- Beratungsstellen haben als niederschwellige Anlaufstelle für essgestörte Patientinnen eine wichtige Schnittstellenfunktion. Sie sollten in enger Kooperation mit niedergelassenen Psychotherapeuten und Kliniken eine Weitervermittlung von Patientinnen planen (KKP).

4.5.6 Wohngruppen

Empfehlungen

- Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollte die Vermittlung in eine therapeutische Wohngruppe erwogen werden, wenn die Unterstützung in der häuslichen Situation nicht ausreichend oder nicht gesundheitsförderlich ist (KKP).
- Eine Wohngruppe sollte auch in Erwägung gezogen werden, wenn eine chronifizierte Essstörung vorliegt, die zu einer ausgeprägten sozialen Isolation geführt hat und oder bei der Probleme in der Bewältigung des Alltags bestehen (KKP).

4.5.7 Ernährungsberatung

Empfehlungen

- Patientinnen sollten im Hinblick auf eine angemessene Nahrungsmenge und -zusammensetzung beraten werden (KKP).
- Das Hinzuziehen einer Ernährungsberaterin/eines Ernährungsberaters sollte bei einer ambulanten Behandlung erwogen werden. Voraussetzung sind auf Seiten der Ernährungsberatung umfangreiche Erfahrungen im Umgang mit essgestörten Patientinnen und eine engmaschige Abstimmung mit dem behandelnden Psychotherapeuten (O).
- Ernährungsberatung sollte nicht als alleinige Behandlung angeboten werden; dies gilt auch für Interventionen im Anschluss an eine stationäre Behandlung (B).

4.6. Zwangsbehandlung

Die Einrichtung einer juristischen Betreuung stellt einen ersten Schritt der Fremdkontrolle dar, wenn das Gesundheitsrisiko hoch und die Krankheitseinsicht gering ist. Wenn die AN ein lebensbedrohliches Ausmaß erreicht hat, sollte in seltenen Fällen die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung im Rahmen einer Unterbringung zum Zwecke der Heilbehandlung erwogen werden (BGB § 1906 Abs 1). Sie ist zulässig, wenn die Betroffene einwilligungsunfähig, ihre Zwangsbehandlung im Rahmen einer Unterbringung erforderlich und im Hinblick auf drohende gewichtige Gesundheitsschäden verhältnismäßig ist. Da eine Zwangsbehandlung die vom Grundgesetz geschützte Freiheit und körperliche Unversehrtheit verletzt, muss das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen sorgfältig geprüft werden. Eine Zwangsernährung im engeren Sinne sollte die Ultima Ratio darstellen. Voraussetzung ist eine realitätsferne Einschätzung der lebensbedrohlichen Situation seitens der Patientin. In solchen Fällen ist die Zwangsernährung im Sinne einer Fürsorge für die Patientin zu betrachten. Zwangsernährung kann die Einnahme von normaler Kost oder Flüssigkost unter engmaschiger Supervision bedeuten. Nur wenn eine Patientin gar nicht zur

Nahrungsaufnahme motiviert werden kann, kommen Alternativen in Frage, z.B. die Ernährung über eine Magensonde.

Auch bei Kindern und Jugendlichen kann bei mangelnder Kooperation und drohender vitaler Gefährdung bzw. dauernder Gesundheitsschädigung in Einzelfällen eine Unterbringung mit freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1631b BGB notwendig werden. Diese muss durch die Personensorgeberechtigten (in der Regel die Eltern) beim zuständigen Familiengericht des Wohnorts beantragt werden. Sollten sich die Sorgeberechtigten – z. B. bei Trennung/Scheidung – in dieser Frage nicht einigen, ist eine familiengerichtliche Regelung nach § 1666 BGB (Übertragung der elterlichen Sorge für das Aufenthaltsbestimmungsrecht und die medizinische Sorge auf einen Elternteil) anzustreben. Stimmen trotz vitaler Gefährdung die Sorgeberechtigten einer notwendigen stationären Behandlung ihres Kindes nicht zu, besteht die Möglichkeit, über das zuständige Jugendamt des Wohnorts eine Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII einzuleiten, die bei vitaler Gefährdung auch gegen den Willen der Jugendlichen mit freiheitsentziehenden Mitteln durchgeführt werden kann. Das Jugendamt muss in solchen Fällen aber bis zum Ablauf des Folgetages eine familienrichterliche Klärung herbeiführen.

Empfehlung

- Eine unter Zwang durchgeführte Behandlung der AN soll nur nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen inklusive der Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen erfolgen (KKP).

4.7 Pharmakotherapie

Die Forschungsergebnisse zur Pharmakotherapie der AN sind nicht befriedigend. Es liegt keine Evidenz dafür vor, dass Neuroleptika, Antidepressiva oder Appetitstimulanzien zu einer Verbesserung der Gewichtszunahme bei AN führen. Es liegt begrenzte Evidenz dafür vor, dass Olanzapin Zwangssymptome und Gedankenkreisen günstig beeinflussen kann.

Empfehlungen

- Neuroleptika sind zur Erreichung einer Gewichtszunahme bei AN nicht geeignet (B).
- Bei erheblich auf Gewichtsängste und Essen eingeschränktem Denken und bei nicht zu beherrschender Hyperaktivität kann der Versuch eines Einsatzes niedrig dosierter Neuroleptika (Olanzapin) im Einzelfall gerechtfertigt sein. Dabei sollten Psychopharmaka mit geringer extrapyramidaler Beeinträchtigung der Vorzug gegeben werden. Die Behandlungsindikation beschränkt sich auf die Dauer der o.g. Symptomatik (keine Dauertherapie) und gilt nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes (B).
- Antidepressiva sind für die Erreichung einer Gewichtszunahme bei AN ebenfalls nicht zu empfehlen. Dies gilt sowohl für die initiale Therapie als auch für die Rückfallprophylaxe (A).
- Wenn Antidepressiva in der Therapie der AN (z.B. zur Behandlung einer Depression) eingesetzt werden, sollte eine erhöhte Achtsamkeit auf möglichen Nebenwirkungen liegen (z.B. kardiale Nebenwirkungen und SIADH) (O).

- Appetitstimulanzien können bei der Behandlung der AN nicht empfohlen werden (B).
- Lithiumgabe zur Therapie der AN kann nicht empfohlen werden (B).

4.8 Ernährungsmanagement

Empfehlungen

- Ein notwendiges Therapieziel bei AN ist die Normalisierung von Mahlzeitenstruktur und Zusammensetzung mit dem Ziel einer ausreichenden Gewichtszunahme (A).
- Ernährungstherapie und Ernährungsberatung ist als alleinige Therapie der AN jedoch nicht geeignet (s.o.) (B).

Energiebedarf

- Zur Orientierung in den ersten Behandlungstagen kann bei hochgradig untergewichtigen Patientinnen die initiale Nahrungszufuhr (für eine enterale Ernährung) mit ca. 30–40 kcal/kg (Körpergewicht) beziffert werden (O).
- Der Grundumsatz ist initial niedrig und steigt mit beginnender Gewichtszunahme deutlich an. Die bei normal- und übergewichtigen Menschen gewonnenen Formeln zur Berechnung des Grundumsatzes sind für die Anwendung bei der AN nicht geeignet (B).
- Um eine Gewichtszunahme von 100 g/Tag zu erreichen, müssen über die Erfordernisse des Arbeitsumsatzes hinaus zusätzlich etwa 800 bis 1200 kcal täglich aufgenommen werden (B).
- Um im Rahmen der Behandlung der AN angemessene Nahrung zuzuführen, ist für den therapeutischen Alltag die Orientierung am Körpergewicht am besten geeignet. Hierbei muss die überproportionale Wassereinlagerung am Anfang der Therapie in Rechnung gestellt werden (O).

Elektrolyte

- Bei der Behandlung der AN müssen die Serumkaliumwerte regelhaft kontrolliert werden. Bei erniedrigten Werten sollten im EKG die Hypokaliämiezeichen geprüft und Rhythmusstörungen ausgeschlossen werden. Die Hypokaliämie sollte durch exogene, möglichst orale Zufuhr von Kaliumchlorid bis zur Normokaliämie ausgeglichen werden (B).
- Hyponatriämie ist zumeist Zeichen einer Hyperhydratation bei Polydipsie. Der Ausgleich erfolgt über die Normalisierung der Wasseraufnahme bei normaler Natriumzufuhr über die Ernährung. Eine forcierte (enterale) Natriumzufuhr sollte dagegen unterbleiben (B).

Spurenelemente, Vitamine, Cholesterin

- Eisensubstitution ist nur in wenigen Ausnahmefällen bei nachgewiesener Eisenmangelanämie (niedriges Ferritin) sinnvoll (O).

- Eine Substitution von Zink bei der AN spielt in der klinischen Routine bis heute keine Rolle. Eine Bestimmung von Zink (und ggfs. eine Substitution) kann bei typischen Hautveränderungen als Hinweis auf Zinkmangel sinnvoll sein (O).
- Aus den Befunden lässt sich keine generelle Empfehlung zur Vitaminsubstitution ableiten. Eine unzureichende Vitaminzufuhr kann durch eine ausgewogene und ausreichende Kost in der Regel ausgeglichen werden. Bei klinischen Zeichen von Vitaminmangelzuständen (insbesondere von Thiamin [B1], Riboflavin [B2], Niacin [B3], und Folsäure [B9]) kann eine Vitaminsubstitution sinnvoll sein (O).
- Hypercholesterinämie ist eine häufige Begleiterscheinung der AN. Die Cholesterinwerte normalisieren sich nach Gewichtszunahme. Es ist keine spezifische diätetische oder medikamentöse Therapie indiziert (O).

Trinknahrung

- Um eine ausreichende Nahrungszufuhr zu gewähren, kann insbesondere zu Beginn der Therapie zur Ergänzung (oder notfalls auch zum Ersatz) einer noch nicht ausreichenden normalen Ernährung Flüssigkost zum Einsatz kommen. Dabei sollten Produkte eingesetzt werden, die zur vollständigen Ernährung geeignet sind, das heißt, die alle Bestandteile einer normalen Ernährung in ausgewogener Menge enthalten (O).

Sondenernährung

- Ernährung über gastral platzierte Sonden kann in kritischen Einzelfällen kurzfristig einen ausreichenden Ernährungszustand und eine angemessene Gewichtszunahme sicher gewährleisten. Längerdauernde Ernährung (über mehrere Monate) ist über nasogastrale Sonden nicht möglich. In extremen Einzelfällen kann trotz der damit verbundenen Risiken die Anlage einer PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie) notwendig sein (B).
- Bei hochgradiger AN sind in der Phase der ersten nutritiven Erholung regelmäßige Kontrollen des Phosphat-Serumspiegels erforderlich. Gegebenenfalls sollte eine orale Substitution erfolgen. Bei symptomatischer Hypophosphatämie und beginnender Rhabdomyolyse ist eine enterale oder parenterale Substitution unter Abwägung aller bestehenden Risiken zu erwägen (B).

Parenterale Ernährung

- Parenterale Ernährung sollte nur im äußersten Notfall zum Einsatz kommen. Sie ist keine geeignete Methode zur Erreichung einer Gewichtszunahme (B).

4.9. Begleitsymptome und psychische Komorbidität

Zu den Begleitsymptomen einer Essstörung, welche von einigen Patientinnen mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion eingesetzt werden, zählen beispielsweise selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienabusus und exzessive körperliche Aktivität. Diese Symptome

einschließlich ihrer körperlichen Folgen erfordern eine besondere Berücksichtigung in der Behandlung.

Empfehlungen

Purging-Verhalten

- Der Einsatz von gewichtsregulierenden Maßnahmen (Purging-Verhalten) oder auch das Vorliegen einer schweren psychischen Komorbidität sollte in der Therapie berücksichtigt werden. In Einzelfällen muss sich der aktuelle Fokus der Therapie nach der Symptomatik richten, die akut am bedrohlichsten ist (Suizidalität, autodestruktives Verhalten, Substanzabhängigkeit, massiver Laxanzienabusus) (KKP).
- Bei ausgeprägtem Purging-Verhalten sind ein engmaschiges körperliches und laborchemisches Monitoring sowie die Einbeziehung eines Arztes erforderlich (KKP).

Selbstinduziertes Erbrechen

- Patientinnen mit selbstinduziertem Erbrechen sollten zahnärztlich untersucht werden. Ferner sind sie über das Risiko der Zahnschädigung sowie über präventive Maßnahmen zum Schutz der Zähne zu informieren (KKP).
- Bei häufigem Erbrechen ist auf eine regelmäßige Kontrolle des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes zu achten (KKP).
- Bei Elektrolytveränderungen sollte primär versucht werden, das Erbrechen zu reduzieren, sodass eine längerfristige Elektrolytsubstitution Einzelfällen vorbehalten bleibt (KKP).

Laxantienabusus

- Auf einen möglichen Laxanzienabusus sollte besonders geachtet werden, da bei diesen Patientinnen häufiger somatische und psychische Komplikationen auftreten, die engmaschigere Kontrollen erfordern (KKP).
- Die Patientinnen sollten darauf hingewiesen werden, dass mit Laxanzien das Körpergewicht bzw. die Energieaufnahme nicht effektiv reduziert werden kann. Ferner sollten sie über mögliche Komplikationen einer längerfristigen Laxanzieinnahme aufgeklärt werden (KKP).
- Bei Patientinnen mit einem Missbrauch von Laxanzien bzw. zusätzlichem selbstinduziertem Erbrechen und/oder Diuretika-Abusus sollten regelmäßige Laborkontrollen der Elektrolyte sowie der Nierenfunktion erfolgen (KKP).
- Grundsätzlich ist nach Absetzen des Abführmittels auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme und Zufuhr von Ballaststoffen durch die Nahrung zu achten (KKP).

Exzessive körperliche Aktivität

- Die körperliche Aktivität ist auf einen dem Gewicht sowie der täglichen Energieaufnahme angemessenen Umfang zu reduzieren (O).

- Die Patientinnen sollten auf mögliche körperliche Komplikationen (z.B. Frakturen) bei exzessiver sportlicher Aktivität hingewiesen werden (KKP).
- In der stationären Behandlung der AN ist ein abgestuftes, supervidiertes und an das Gewicht der Patientin angepasstes Bewegungsprogramm zu empfehlen (O).
- Bei mangelnder Selbststeuerung hinsichtlich körperlicher Aktivität sind Maßnahmen im Sinne von vertraglichen Vereinbarungen angezeigt, die zwischen Therapeut und Patientin ausgehandelt werden sollten (O).

Es finden sich hohe Raten an psychischer Komorbidität, vor allem mit Depression (31-89%), Angsterkrankungen (60%) und Zwangserkrankungen (5-37%). Es zeigt sich ferner eine Assoziation mit vermeidenden, abhängigen und anankastischen Persönlichkeitszügen. Eine Therapie komorbider Störungen sollte sich an den für das jeweilige Störungsbild gültigen Behandlungsleitlinien orientieren, aber auch die Wechselwirkungen zwischen den Störungsbildern berücksichtigen. So können sich depressive und Zwangssymptome bei einer Normalisierung des Gewichtes und Essverhaltens bessern.

5. Bulimia nervosa

5.1. Krankheitsbild

Die BN ist erstmalig in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts als eigenständiges Krankheitsbild beschrieben worden. Die Hauptsymptomatik besteht aus Essanfällen, meist verbunden mit nachfolgendem Erbrechen. Die Patientinnen befürchten, durch die Essanfälle an Gewicht zuzunehmen und setzen deshalb selbst herbeigeführtes Erbrechen und andere Maßnahmen zur Gewichtsreduktion ein. Dazu gehören häufige Diäten, Fasten, Vermeidung hochkalorischer Lebensmittel, Missbrauch von Medikamenten (Laxantien, Diuretika, Appetitzügler, Schilddrüsenhormone) und übermäßige sportliche Betätigung. Essanfälle und gewichtsreduzierende Maßnahmen kommen oft mehrmals pro Woche vor (siehe Diagnosekriterien im Anhang: 8.2.)

Viele der Patientinnen weisen ein gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl und eine depressive Symptomatik auf. Das Selbstwertgefühl ist stark an das eigene Körperbild gebunden (z. B.: „Nur wenn ich schlank bin, bin ich etwas wert.“). Die Gedanken kreisen häufig um Figur und Aussehen. Das Essverhalten ist unregelmäßig, oft werden Diäten durchgeführt und Mahlzeiten ausgelassen. Die Vorstellung, zuzunehmen, ist für viele Patientinnen unerträglich. Die BN geht häufig mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen einher.

Bei Krankheitsentstehung können verschiedene Faktoren beteiligt sein. So scheinen genetische Faktoren, aber auch familiäre Einflüsse und die psychische Entwicklung der Patientin in Kindheit und Jugend bedeutsam zu sein. Eine besondere Rolle kommt dabei Selbstwertproblemen zu.

Empfehlung

- Bei der Diagnostik sollten Daten aus folgenden Lebens- und Erfahrungsbereichen erhoben werden: Familiäre Vorgeschichte von Essstörungen, essensbezogene Verhaltensweisen in der Familie, biografische Vorgeschichte von emotionaler Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung, Selbstwertentwicklung, Probleme mit der Impulskontrolle, Diätverhalten und exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Körper (KKP).

5.2. Behandlungsziele

Die Ziele der Behandlung der BN sind eine Normalisierung des Essverhaltens sowie eine Bewältigung der zugrunde liegenden oder zeitgleich existierenden psychischen Probleme. Dies schließt eine Behandlung von körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen mit ein.

5.3. Behandlungssetting

Die Mehrzahl der Patientinnen mit BN kann ambulant behandelt werden. Manchmal ist auch eine stationäre oder teilstationäre (tagesklinische) Behandlung notwendig.

Empfehlungen

- Hinsichtlich des Behandlungssettings gibt es empirische Hinweise für die Wirksamkeit von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung (KKP).
- Patientinnen mit BN sollten ambulant behandelt werden (B). Bei Vorliegen bestimmter Indikationskriterien (s.u.) oder fehlender Möglichkeit für eine zeitnahe ambulante Therapie ist jedoch eine stationäre oder teilstationäre Behandlung indiziert.
- Als Kriterien für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung gelten (KKP):
 - psychische bzw. physische Komorbidität, die eine Indikation für eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung darstellt (z.B. Suizidalität, schwere Selbstverletzung, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit)
 - hoher Krankheitsschweregrad der Essstörung (erheblich entgleistes Essverhalten)
 - Versagen oder fehlende Möglichkeiten für eine ambulante Therapie
 - therapieverhindernde Umstände im Umfeld der Patientin.
- Stationäre bzw. teilstationäre (z. B. Tagesklinik) Behandlungen sollten in Einrichtungen erfolgen, die Erfahrungen in der Therapie mit BN haben und entsprechende essstörungsspezifische Therapieprogramme vorhalten (KKP).
- Für eine tagesklinische Behandlung spricht das Training im Umfeld der Patientin, für eine vollstationäre Behandlung das Herausnehmen der Patientin aus einem unter Umständen

problematischen Umfeld und die Notwendigkeit der ganztägigen ärztlichen Betreuung (KKP).

5.4. Behandlung

5.4.1. Psychotherapie

Es gibt eine größere Anzahl an Studien, in denen die Wirksamkeit von (ambulanter) Psychotherapie bei BN untersucht wurde. Die meisten und stärksten Wirksamkeitsnachweise liegen für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) vor, aber auch andere Psychotherapieverfahren wie die interpersonale Therapie (IPT) und psychodynamische Therapien sind wirksam.

Die KVT bei BN beinhaltet in der Regel sowohl kognitive als auch behaviorale Techniken zur Veränderung des gestörten Essverhaltens (Essanfälle und kompensatorische Verhaltensweisen), zur Veränderung verzerrierter Einstellungen zu Figur und Gewicht und gegebenenfalls zur Veränderung von unzureichendem Selbstwertgefühl und übersteigertem Perfektionismus. Der Schwerpunkt der IPT liegt auf der Bearbeitung von Problemen in sozialen Rollen und interpersonellen Beziehungen, der der psychodynamischen Therapie in der Arbeit an zentralen Konflikten, dysfunktionalen Beziehungsmustern sowie strukturellen Beeinträchtigungen (z.B. im Selbstwörterleben, in der Affektregulation) und deren Zusammenhängen mit der Essstörungssymptomatik.

Empfehlungen

- Bei Vorliegen einer BN soll den Patientinnen frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden. Es sollte dabei berücksichtigt werden, dass einige Patientinnen mit BN einer Veränderung ihres Essverhaltens ambivalent gegenüberstehen und daher aktiv für eine Behandlung motiviert werden müssen (KKP).
- Erwachsene und Jugendliche mit BN soll als Behandlungsverfahren der ersten Wahl eine Psychotherapie angeboten werden (A).
- Die KVT stellt die am meisten beforschte Psychotherapiemethode mit der höchsten Evidenz dar, daher sollte sie Patientinnen mit BN als Therapie der ersten Wahl angeboten werden (B).
- Andere Psychotherapieverfahren sind verfügbar und kommen beispielsweise in Frage, wenn KVT nicht zur Verfügung steht, sich im Einzelfall als nicht wirksam erweist oder nicht gewollt wird (B). Als Alternative zu KVT sollte IPT (B) empfohlen werden, diese ist allerdings in Deutschland im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht zugelassen. Alternativ kann auch die psychodynamische Psychotherapie empfohlen werden (O).
- Auch in unkomplizierten Fällen von BN sollte die Therapiedauer mindestens 25 Sitzungen betragen mit einer Frequenz von mindestens einer Therapiestunde pro Woche (KKP). Bei komplexerem Verlauf oder bei Vorliegen von psychischer und somatischer Komorbidität sind definitiv längere Behandlungen auch mit einer höheren wöchentlichen Sitzungsfrequenz erforderlich (KKP).

- In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollte KVT als Methode der ersten Wahl angeboten werden, diese sollte dem individuellen Entwicklungsstand angepasst sein (KKP).
- Bei Kindern und Jugendlichen mit BN sollten die Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden (KKP).

5.4.2. Selbsthilfe

Ein Teil der Patientinnen mit BN profitiert von Selbsthilfemaßnahmen, insbesondere, wenn diese nach einem speziellen Manual durchgeführt und durch Therapeuten angeleitet werden.

Empfehlung

- Für einige Patientinnen mit BN kann die Teilnahme an einem evidenzbasierten Selbsthilfeprogramm, das unter Anleitung erfolgt („angeleitete Selbsthilfe“) und auf Elementen der KVT beruht, eine ausreichende Therapie darstellen (B).

5.4.3. Pharmakotherapie

Patientinnen mit BN können begleitend mit Antidepressiva behandelt werden. Einerseits liegt häufig eine komorbide Depression vor, andererseits gibt es Evidenz dafür, dass Antidepressiva positive Effekte auf die bulimische Essstörungssymptomatik zeigen, unabhängig von einem antidepressiven Effekt. In Deutschland ist ausschließlich der Wirkstoff Fluoxetin für die Behandlung der BN bei Patienten über 18 Jahren zugelassen, wobei die Therapie nur in Kombination mit einer Psychotherapie als sinnvoll ausgewiesen wird.

Empfehlung

- Psychotherapeutische Behandlungen sind wirksamer als alleinige Pharmakotherapie, daher ist die Psychotherapie die Behandlungsmethode der ersten Wahl (A).
- Wenn eine Pharmakotherapie angeboten wird, dann sollte Fluoxetin eingesetzt werden (B). Nur dieser Wirkstoff ist in Deutschland in Kombination mit Psychotherapie für die Indikation der BN und hier nur für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen.
- Unter den Antidepressiva stellen SSRIs bezogen auf Symptomreduktion, Nebenwirkungsprofil und Akzeptanz die medikamentöse Therapie der ersten Wahl in der Behandlung der BN dar, ihnen sollte daher der Vorzug gegeben werden (B).
- Die wirksame Dosis von Fluoxetin bei der BN liegt mit 60 mg/die im Vergleich zur antidepressiven Medikation höher (B).
- Ein Behandlungsversuch sollte mit einer Mindestdauer von vier Wochen unternommen werden. Bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen (KKP).

5.5. Kombinationsbehandlung

Mehrere Untersuchungen gingen der Frage nach, inwieweit eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie mit Antidepressiva der jeweiligen Monotherapie vorzuziehen ist. Im Durchschnitt ist die Wirksamkeit von Kombinationsbehandlungen aber einer Monotherapie mit Psychotherapie nicht überlegen.

5.6. Besonderheiten der medikamentösen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Kontrollierte Studien zur pharmakologischen Behandlung der BN bei Kindern und Jugendlichen fehlen derzeit. Daher ist die pharmakologische Behandlung der BN im Jugendalter durch eine fehlende Zulassung entsprechender Substanzen erschwert. Fluoxetin ist – in Kombination mit einer gleichzeitigen psychotherapeutischen Behandlung – aber zur Behandlung einer mittel- oder schwergradigen Depression bei Kindern und Jugendlichen ab acht Jahren zugelassen, Fluvoxamin zur Behandlung von Zwangsstörungen in der gleichen Altersgruppe.

5.7. Begleitsymptome und psychische Komorbidität

Ein hoher Prozentsatz von Patientinnen mit BN leidet unter komorbiden psychischen Störungen, am häufigsten unter einer depressiven Störung. Eine medikamentöse Behandlung der depressiven Störung sollte erwogen werden. Ferner sollten die Leitlinien zur Behandlung affektiver Störungen berücksichtigt werden. Eine komorbide Persönlichkeitsstörung, insbesondere eine komorbide Borderline-Persönlichkeitsstörung, kann eine an der Persönlichkeitsstörung orientierte Psychotherapie erforderlich machen (siehe S2-Leitlinien, Persönlichkeitsstörungen, AWMF 2008). Auch die komorbide Diagnose einer aktuellen Suchterkrankung muss im Vorgehen Berücksichtigung finden und kann z.B. zu längeren stationären Behandlungsaufenthalten führen.

Empfehlung

- Bei bulimischen Patientinnen mit psychischer Komorbidität, zum Beispiel einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, sollte die Therapie um Behandlungselemente, die auf die Behandlung der komorbiden Störung ausgerichtet sind, erweitert werden (KKP).

6. Binge-Eating-Störung

6.1. Krankheitsbild

Menschen mit der Diagnose einer „Binge-Eating-Störung“ (BES oder BED = Binge Eating Disorder; diagnostische Kriterien siehe Anhang 8.2., Tabelle 4) leiden unter regelmäßig auftretenden Essanfällen („Fressattacken“), bei denen sie große Nahrungsmengen verzehren und das Gefühl haben, die Kontrolle über ihr Essverhalten zu verlieren. Ähnlich wie bei der Essstörung BN ist ein Essanfall nach der aktuellen Fassung des DSM (DSM-IV-TR) dadurch charakterisiert, dass die Betroffenen in einem begrenzten Zeitraum (z.B. zwei Stunden) deutlich mehr essen als die meisten Menschen unter vergleichbaren Umständen zu sich

nehmen würden. Im Unterschied zur BN fällt es den Patientinnen mit einer BES allerdings häufig schwer, Beginn und Ende der Essanfälle klar zu definieren: So berichten einige der Betroffenen, dass sie über mehrere Stunden unkontrolliert essen und nicht klar angeben können, wann ein Essanfall angefangen bzw. aufgehört hat. Im Unterschied zur BN ergreifen Patientinnen nach einem Essanfall nicht regelmäßig gegenregulatorische Maßnahmen (z. B. Erbrechen, Laxanzienabusus, Fasten, exzessiver Sport etc.), um eine Gewichtszunahme zu verhindern.

Die Essanfälle treten bei der BES vor dem Hintergrund „chaotischer“ Essgewohnheiten und einer Tendenz zum Überessen auf. Des Weiteren kommen die Essanfälle häufig im Zusammenhang mit emotionalen Reizen, zum Beispiel in negativer Stimmungslage, vor, wenngleich es auch Patientinnen gibt, bei denen die Essanfälle scheinbar nicht im Zusammenhang mit affektiven Problemen bzw. emotionalen Reizen stehen. Ein weiteres Diagnosekriterium für die BES ist ein deutlicher Leidensdruck.

6.2. Binge-Eating-Störung und Adipositas

Adipositas ist ein Zustand, der durch eine übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper gekennzeichnet ist; er sagt nichts über die Ätiologie, etwa im Sinne einer Essstörung, aus. Innerhalb des Gesamtkollektivs der Menschen mit Adipositas ist insbesondere in der klinischen Praxis eine Subgruppe von Menschen auszumachen, bei der seelische Probleme zu einer Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens führen, deren Folge eine anhaltende positive Energiebilanz mit Übergewicht und Adipositas ist.

Patientinnen mit BES sind häufig adipös ($\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$). Die Entwicklung der mit einer BES assoziierten Adipositas ist häufig verbunden mit frühzeitigen Diäten und erfolglosen Versuchen der Gewichtsreduktion und beginnt anamnestisch früher als bei nicht-essgestörten Menschen mit Adipositas. Weitere Unterschiede bestehen im Hinblick auf die Nahrungs- bzw. Energieaufnahme, die bei adipösen Menschen mit BES auch an Tagen ohne Essanfälle größer ist als bei Menschen ohne BES. Die Annahme, dass eine Besserung psychischer Symptome wie auch der Essstörungssymptomatik eine Gewichtsabnahme nach sich zieht, bestätigte sich nicht. Ein Sistieren der BES zieht mittel- und langfristig nicht unbedingt eine Gewichtsreduktion nach sich, sodass wahrscheinlich andere Faktoren, wie zum Beispiel ein hyperkalorisches Ernährungsverhalten auch zwischen den Episoden von Essanfällen, das Körpergewicht entscheidend beeinflussen.

6.3. Behandlungsziele

Das Behandlungsanliegen der meisten Patientinnen mit BES zielt in der Regel auf eine Behandlung der zumeist gleichzeitig vorliegenden Adipositas ab, also auf eine Gewichtsreduktion. Dieses Anliegen ist bei der Behandlung (bzw. Behandlungsplanung) der BES zu bedenken und mit den Patientinnen zu besprechen. Die Behandlungsziele beinhalten unterschiedliche Aspekte:

- Behandlung der Symptome (Essanfälle, Übergewicht/Adipositas, essstörungsspezifische Psychopathologie)
- Behandlung weiterer psychischer Beschwerden (z.B. Selbstwert- und Schamproblematik, Affektregulation)
- Behandlung komorbider psychischer Störungen (z.B. Depression, soziale Angst)
- Prävention bzw. Rückfallprophylaxe

Selbstverständlich schließen sich die genannten Behandlungsziele gegenseitig nicht aus, noch sind sie voneinander unabhängig.

6.4. Behandlung

Empfehlungen

- Im Rahmen der Diagnostik von Übergewicht und Adipositas sollten Essanfälle als wichtiges Symptom einer BES erfragt werden (KKP).
- Als Therapie der ersten Wahl zur Behandlung der BES gilt die Psychotherapie (A).
- Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) verfügt über die sichersten Wirksamkeitsbelege bei erwachsenen Patientinnen mit BES, daher sollte sie diesen Patientinnen als Therapie der Wahl angeboten werden (A).
- Es besteht begrenzte Evidenz, dass die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wirksam ist, daher kann sie Patientinnen mit BES ebenfalls empfohlen werden (O).
- Für angeleitete, manualisierte Selbsthilfe mit Behandlungselementen der KVT liegen Wirksamkeitsbelege vor, so dass diese Behandlungsmethode Patientinnen mit BES bei Fehlen einer schweren Symptomatik und zusätzlich vorliegender anderer psychischer Störungen empfohlen werden kann (B).

In Deutschland ist kein Medikament für die Behandlung der BES offiziell zugelassen (Off-Label-Use). Eine ergänzende Medikation neben der KVT erbringt keine zusätzlichen Effekte im Hinblick auf die Essstörungssymptomatik, geringe Effekte allerdings für den Gewichtsverlust.

Empfehlungen

- Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNI) sind bei BES wirksam; allerdings ist derzeit kein Medikament zur Behandlung der BES zugelassen. (B)
- Langzeiteffekte von Psychopharmaka bei BES sind nicht ausreichend erforscht; eine langfristige Verordnung von Psychopharmaka zur Behandlung der BES kann daher nicht empfohlen werden. (O)

Adipöse Patientinnen mit BES scheinen von Gewichtsreduktionsprogrammen ähnlich zu profitieren wie adipöse Patientinnen ohne BES. Die auf die Behandlung der BES ausgerichtete KVT zeigt im Vergleich zu gängigen, konservativen Gewichtsreduktionsmaßnahmen, die in der Regel auch verhaltenstherapeutische Behandlungselemente beinhalten, keine zusätzlichen Gewichtseffekte. Obwohl neuere Studien keinen Zusammenhang zwischen kalorienrestriktiver Ernährung (hypokalorische Diät) und Ausbruch der BES-Symptomatik nachweisen konnten, erscheint, ähnlich wie bei der BN ein solches restriktives Essverhalten, das auf eine Gewichtsabnahme abzielt, zeitgleich mit der Behandlung der BES nicht sinnvoll zu sein.

6.5. Behandlungssettings

Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendmediziner sind häufig die erste Kontaktstelle für Patientinnen mit BES. Dabei ist es in der Regel das Übergewicht (bzw. die Adipositas), das die Patientinnen zum Arzt führt. Im deutschen Versorgungssystem bestehen im ambulanten und (teil-)stationären Bereich Behandlungsmöglichkeiten für die Therapie der BES. Die BES sollte zunächst ambulant behandelt werden. Allerdings gelten auch für Patientinnen mit BES die allgemeinen Indikationskriterien für eine stationäre Psychotherapie. Diese ist in den Fällen indiziert, in denen aufgrund des Ausmaßes komorbider psychischer wie somatischer Adipositas-assoziiierter Störungen eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht oder im stationären Setting spezifischere Behandlungsangebote zur Verfügung stehen als in der ambulanten Therapie (z.B. Gruppentherapie zur Behandlung sozialer Ängste oder einer Persönlichkeitsstörung, körperbezogene Interventionen). Die Behandlung der BES kann sowohl als Einzel-, als auch als Gruppenbehandlung erfolgen. Eine Gruppentherapie kann insbesondere dann sinnvoll sein, wenn Patientinnen mehr soziale und emotionale Kompetenzen erwerben sollen. Dies gilt auch für stationäre oder tagesklinische Behandlungen, bei welchen Erfahrungen in der Interaktion mit Mitpatienten eine bedeutsame Behandlungskomponente darstellen. Hier werden in der Regel Einzel- und Gruppentherapie kombiniert. Eine Gruppentherapie kann ferner die Möglichkeit bieten, soziale Unterstützung und Gemeinsamkeit zu erleben.

Empfehlung

Indikationskriterien für eine stationäre Therapie der BES (KKP):

- unzureichende Veränderung in ambulanter Behandlung
- Scheitern einer ambulanten oder tagesklinischen Behandlung
- Fehlen ausreichender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort der Patientin
- ausgeprägte psychische und körperliche Komorbidität (z.B. Selbstverletzungen, Diabetes mellitus Typ I), die eine engmaschige ärztliche Kontrolle notwendig macht
- Krankheitsschwere (z.B. geringe Motivation, ausgeprägte Chronifizierung der Symptomatik, sehr chaotisches Essverhalten)
- erhebliche Konflikte im sozialen und familiären Umfeld
- Suizidalität
- Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie)

7. Körperliche Folgen von Essstörungen

7.1. Differenzialdiagnostik

Gewichtsverlust ist in der Medizin immer ein ernst zu nehmender Hinweis auf eine meist schwerwiegende körperliche Erkrankung. Alle Erkrankungen, die mit einer Gewichtsabnahme verbunden sind, gehören in das differentialdiagnostische Spektrum der AN. Folgende Erkrankungen sind dabei wegen möglicher Probleme bei der Diagnosestellung besonders zu beachten und auszuschließen:

- glutensensitive Enteropathie
- Morbus Crohn

- primärer oder sekundärer Hypocortisolismus
- Panhypopituitarismus
- Hyperthyreose

7.2. Körperliche Begleitzustände

Bei adoleszenten und jungen Frauen mit Typ 1 Diabetes mellitus ist im Vergleich zu stoffwechselgesunden Frauen das Risiko erhöht, eine Essstörung zu entwickeln. Bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus wird durch komorbide Essstörungen die Diabeteseinstellung schwieriger. Andererseits wird die Therapie von Essstörungen durch ihre Abhängigkeit von den Insulingaben erschwert. Da Insulin die Gewichtszunahme und den Appetit fördert, entsteht bei vielen Patientinnen eine Angst vor Insulingaben und der Gefahr, dass sehr hohe Blutzuckerwerte in Kauf genommen werden. Die Morbidität und die Mortalität ist bei der Kombination dieser beiden Krankheiten erhöht.

Zu beachten ist ferner, dass Schwangerschaften bei floriden Essstörungen komplikationsträchtig sind. Die Neugeborenen weisen ein niedrigeres Geburtsgewicht auf und die Rate von Schwangerschaftskomplikationen ist sowohl bei der BN als auch bei der AN erheblich erhöht.

7.3. Körperliche Folgeerkrankungen

Die Vielzahl körperlicher Komplikationen, die die Essstörungen begleiten machen ein regelmäßiges Monitoring der Laborwerte notwendig. Deren Interpretation erfordert allerdings das Wissen über charakteristische, pathologische Veränderungen der Routinelaborwerte, die im Rahmen von Essstörungen auftreten können.

Diese sind:

- Leukopenie
- Hypercortisolismus
- Hypothyreose (low T3-Syndrom)
- Hypercholesterinämie mit vorwiegender Erhöhung der LDL-Fraktion
- Gestörte Glucosetoleranz
- Hyperamylasämie

Rezidivierendes Erbrechen und eine begleitende Störung der Wasseraufnahme (Polydipsie oder Oligodipsie) führen zu:

- Elektrolytstörungen: Hyokaliämie, Hyponatriämie; Hypochlorämie
- Metabolische Alkalose

In Folge der Störungen im Wasserhaushalt und der Elektrolythomöostase können gravierende Folgen für den Organismus wie Herzrhythmusstörungen oder eine pontine Myelinolyse entstehen. Durch Hypokaliämie und Hypovolämie ist die Nierenfunktion beeinträchtigt gelegentlich bis hin zum Nierenversagen. Im Rahmen der Normalisierung des Essverhaltens entwickelt sich sehr häufig ein Pseudo-Bartter-Syndrom mit Zunahme des Extrazellulärvolumens und Ödembildung.

Elektrolytverschiebungen und Phosphatmangel können im Rahmen der Wiederauffütterung zu einer bedrohlichen Rhabdomyolyse führen.

Typische kardiale Begleitsymptome sind:

- Sinusbradykardie
- AV-Ersatzrhythmen
- Rechtstyp im EKG
- Mitralklappenprolaps
- Pericarderguss

Eine der häufigen und schwerwiegenden medizinischen Komplikationen bei Patientinnen mit einem langjährigen Verlauf einer AN oder der Subgruppe besonders untergewichtiger Patientinnen mit einer BN, ist das Auftreten einer Osteopenie (verminderte Knochendichte) oder Osteoporose (Reduktion der Knochendichte um mehr als zwei Standardabweichungen). Die häufigste Schädigung der Zähne bei der AN und der BN entsteht durch Säureeinwirkung auf die Zähne. Durch die Regurgitation von Mageninhalt beim Erbrechen wird der kritische pH-Wert von 5,5 unterschritten und führt hierdurch zur Schädigung des Zahnschmelzes.

8. Anhang

8.1. Evidenz- und Empfehlungsgrade

S3-Leitlinien der AWMF und NVL (Nationale Versorgungsleitlinien) haben das Ziel, ihre Behandlungsempfehlungen an der best verfügbaren Evidenz sowie dem Konsens der bei der Erstellung beteiligten Experten auszurichten. Die vorliegende Evidenz wird nach dem in Tabelle 1 dargestellten Schema klassifiziert.

Der Evidenzgrad – d.h. wie viele qualitativ hochwertige Studien zu einer Fragestellung vorliegen – beeinflusst wiederum die Stärke der Behandlungsempfehlung (siehe Tabelle 2). Es wird zwischen „soll“(A), „sollte“ (B) und „kann“ (O) Empfehlungen sowie „klinischen Konsenspunkten“ unterschieden. In die Graduierung der Empfehlungen fließt dabei mit ein, wie relevant und umsetzbar ein untersuchtes Verfahren für den klinischen Alltag und die dort vorzufindenden Patientengruppen und Therapeuten ist („up-„ oder „down-grading“ des Evidenzgrades).

Ein Vergleich der Bezeichnungen der Empfehlungsgrade mit denen der englischen NICE-guideline findet sich in Tabelle 3.

Tabelle 1: Evidenzgrade

Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs).
Ib	Evidenz aus mindestens einer randomisiert kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs.
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung.
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie.
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien.
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten.

Tabelle 2: Grade der Empfehlung

A	„Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
B	„Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
O	„Kann“-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder

	Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP	„Klinischer Konsenspunkt“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Tabelle 3: Überleitung der Evidenzgrade der S3-Leitlinie in Empfehlungsgrade und Symbolik der NVL

Evidenzgrad (analog zu NICE)	Vereinfachte Definition der Quellen	Empfehlungsgrad	Beschreibung
I	Metaanalysen; hochwertige randomisierte kontrollierte Studien	A	starke Empfehlung
II oder III	kontrollierte Studien ohne Randomisierung; Beobachtungsstudien	B	Empfehlung
IV	Expertenmeinung	O	Empfehlung offen
–	klinischer Konsenspunkt*	KKP	gute klinische Praxis

8.2. Diagnostische Kriterien

Tabelle 1: Kriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV-TR

Anorexia nervosa	
ICD-10 (1993)	DSM-IV-TR (2000)
<p>F 50.0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Körpergewicht mind. 15 % unter dem erwarteten Gewicht oder Body-Mass-Index $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$ • Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: <ul style="list-style-type: none"> – Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder – selbstinduziertes Erbrechen – selbstinduziertes Abführen – übertriebene körperl. Aktivität – Gebrauch von Appetitzüglern, Diuretika u. a. • Körperschemastörung; überwertige Idee, zu dick zu sein/zu werden, es wird eine sehr niedrige Gewichtsschwelle festgelegt • endokrine Störung (Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse), findet Ausdruck z. B. in Amenorrhoe • bei Beginn vor der Pubertät ist Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert, z. B. Wachstumsstopp, primäre Amenorrhoe <p>F 50.00 (AN ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme)</p> <ul style="list-style-type: none"> • kein Erbrechen, kein Abführmittel- oder Diuretikamissbrauch <p>F 50.01 (AN mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme)</p> <ul style="list-style-type: none"> • selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch o. Ä., evtl. treten auch Essanfälle auf 	<p>307.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichtes zu halten; dauerhafter Gewichtsverlust, Gewicht $< 85 \%$ des zu erwartenden Gewichtes • ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme und davor, dick zu werden (trotz Untergewichts) • Körperwahrnehmungsstörung, Überbewertung von Gewicht und Figur, Leugnen des Schweregrades des Untergewichtes • Amenorrhoe <p>restriktiver Typus: keine Essanfälle, kein Erbrechen, kein Laxanzien- oder Diuretikamissbrauch</p> <p>Binge-Purging-Typus: regelmäßig Essanfälle und „purging“-Verhalten (Laxanzien o. Ä.)</p>

Tabelle 2: Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV-TR

Bulimia nervosa	
ICD-10 (1993)	DSM-IV-TR (2000)
<p>F 50.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden. • Die Patientin versucht, dem dick machenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenhormonpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen. • Krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht; häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer AN nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhoe. 	<p>307.51</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiederholte Episoden von „Fressattacken“. Eine „Fressattacken“-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale: <ul style="list-style-type: none"> - Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von zwei Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. - Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben). • Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung. • Die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor. • Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung. • Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Tabelle 4: Forschungskriterien für die BES entsprechend den Kriterien des DSM-IV-TR (APA, 2000)

Wiederholte Episoden von Essanfällen, die folgenden Kriterien entsprechen:

- Die Betroffenen essen in einer begrenzten Zeit (z. B. innerhalb von zwei Stunden) eine größere Nahrungsmenge, als die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden.
- Während eines Essanfalls besteht ein Gefühl von Kontrollverlust über das Essen (z. B. das Gefühl, dass man nicht aufhören kann zu essen, oder dass man nicht steuern kann, was und wie viel man isst).

Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:

- 1.) wesentlich schneller essen als normalerweise
 - 2.) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
 - 3.) wegen der Menge, die man isst, nicht in Gesellschaft anderer essen
 - 4.) essen großer Nahrungsmengen, ohne hungrig zu sein
 - 5.) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Depressivität, Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- Deutliches Leiden wegen der Essanfälle.
 - Die Essanfälle treten durchschnittlich an mindestens zwei Tagen in der Woche in einem Zeitraum von sechs Monaten auf.
 - Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von kompensatorischen Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle einher (z. B. Erbrechen, Diuretika etc.), und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer AN oder BN auf.

Erstellungsdatum: 12/2011

Nächste Überprüfung geplant: 12/2015

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

© Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online