

## KLINISCHE LEITLINIE

# Diagnostik und Therapie der Essstörungen

Stephan Herpertz, Ulrich Hagenah, Silja Vocks, Jörn von Wietersheim,  
Ulrich Cuntz, Almut Zeeck

## ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund:** Essstörungen sind klinisch und gesellschaftlich sehr bedeutsam. An der Anorexia und Bulimia nervosa erkranken fast ausschließlich junge Menschen mit schwerwiegenden Auswirkungen für die körperliche und seelische Gesundheit. Durch den Erkrankungsgipfel in der späten Adoleszenz beziehungsweise im jungen Erwachsenenalter bleiben beide Krankheiten nicht ohne Folgen für den schulischen beziehungsweise beruflichen Werdegang. Die Entwicklung einer wissenschaftlichen S3-Leitlinie verfolgt das Ziel, die Behandlung der Essstörungen zu optimieren, zugleich aber auch Impulse für die Forschung zu geben.

**Methode:** Neben einer synoptischen Zusammenfassung der internationalen und nationalen Leitlinien zu den drei Essstörungsentitäten wurden systematische Literaturrecherchen durchgeführt und – zumindest im Hinblick auf die Bulimia nervosa und die Binge-Eating-Störung – Metaanalysen erstellt. Im Rahmen von 15 Konsensuskonferenzen wurden 44 evidenzbasierte Empfehlungen ausgesprochen.

**Ergebnisse:** Die Diagnosestellung richtet sich im Hinblick auf die Anorexia und Bulimia nervosa nach der ICD-10 (International Classification of Diseases), im Hinblick auf die Binge-Eating-Störung nach dem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Den Schwerpunkt der Behandlung aller drei Formen von Essstörungen bildet die Psychotherapie, wobei die kognitive Verhaltenstherapie über die größte Evidenz verfügt. Als flankierende Maßnahme kann einzig bei der Bulimia nervosa die Medikation von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) empfohlen werden. Eine evidenzbasierte Indikation zur Pharmakotherapie der Anorexia nervosa und Binge-Eating-Störung existiert nicht. Während die Bulimia nervosa und die Binge-Eating-Störung mit leichter und mittelgradiger Ausprägung und geringer psychischer Komorbidität gut ambulant behandelt werden können, ist bei dem Vollbild der Anorexia nervosa in der Regel eine stationäre Behandlung angezeigt.

**Schlussfolgerungen:** Die Leitlinie umfasst evidenz- und konsensusbasierte Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Ihre weitreichende Implementierung ist Garant für eine Optimierung der Versorgung essgestörter Patientinnen und Patienten.

### ► Zitierweise

Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, Jörn von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A: Clinical practice guideline: The diagnosis and treatment of eating disorders. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(40): 678–85. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0678

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum Bochum, Ruhr-Universität Bochum: Prof. Dr. med. Herpertz

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum RWTH Aachen: Dr. med. Hagenah

Fakultät für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum: PD Dr. rer. nat. Dipl. Psych. Vocks

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Ulm: Prof. Dr. phil. Dipl. Psych. von Wietersheim

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee: PD Dr. med. Dipl.-Psych. Cuntz

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg: Prof. Dr. med. Zeeck

Leitsymptom der Anorexia nervosa (AN) ist die selbstinduzierte Mangelernährung mit einem Gewichtsverlust bis hin zur Kachexie. Entsprechend der diagnostischen Kriterien ist das Körpergewicht dabei so niedrig, dass eine gesundheitliche Beeinträchtigung zu befürchten ist. Bei Erwachsenen wird diese Gefahr bei Unterschreiten eines Body-Mass-Index (BMI) von 17,5 kg/m<sup>2</sup> gesehen, bei Kindern und Jugendlichen entspricht dies einem Unterschreiten der zehnten BMI-Altersperzentile. Da Kinder gegenüber Erwachsenen oder Jugendlichen eine bedeutend geringere Fettmasse haben, sind die somatischen Folgen des Hungerns bei der früh im Leben auftretenden AN gravierender und wirken sich zum Beispiel negativ aus auf die Knochendichte, das Längenwachstum und die Hirnreifung. Die AN wird häufig begleitet von anderen psychischen Erkrankungen wie beispielsweise einer Depression, Angst- oder Zwangsstörung. Die mittlere Häufigkeit der AN bei jungen Frauen im Alter von 14–20 Jahren schwankt zwischen 0,2 und 0,8 % (1) (eKasten 1).

Die 10-Jahres-Letalität liegt in dieser Gruppe bei circa 5 %. Dies ist deutlich mehr als das zehnfache der Letalität infolge anderer Ursachen in dieser Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung (1, 2). Katamnestiche Beobachtungen zeigen, dass etwa 40 % der Patientinnen mit AN einen guten Heilungserfolg aufweisen, jeweils 25 bis 30 % hingegen einen mittelmäßigen oder schlechten (3).

Die Bezeichnung Bulimia nervosa (BN) steht für den unwiderstehlichen Drang nach häufig hochkalorischer Nahrung. Phasen der übermäßigen unkontrollierten Nahrungsaufnahme wechseln mit rigorosem Fasten, Erbrechen, Laxanzien- und/oder Diuretikaabusus. Mit 2 % ist die Prävalenz der BN deutlich höher als die der AN. Beide Essstörungen betreffen in der großen Mehrzahl Frauen, Männer sind nur in 5–10 % der Fälle betroffen (1) (eKasten 2).

Nach US-amerikanischen Studien sind etwa 50 % der Patientinnen mit BN nach mehr als 5 Jahren symptomfrei, etwa 20 % erfüllen weiterhin alle Kriterien der Störung (4).

Die Diagnose Binge-Eating-Störung (BES) wurde 1994 von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (5) in die vierte Revision des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) aufgenommen, in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) kann sie nur unter der Kategorie „nicht näher bezeichnete

Essstörungen“ (F50.9) verschlüsselt werden. Der Verlauf der BES ist im Vergleich zur AN und BN weniger erforscht, die Prognose stellt sich jedoch günstiger dar. Im Rahmen von ambulanten Psychotherapien schwanken die Remissionsraten zwischen 50 und 80 % (5–7) (*eKasten 3*).

Die Prävalenz der BES schwankt in der Allgemeinbevölkerung zwischen 0,7 % (8) und 4,3 % (9) Frauen sind etwa 1,5-mal häufiger betroffen als Männer (10).

Die Essstörungen AN und BN sind gesellschaftlich sehr relevant, da fast ausschließlich junge Menschen erkranken – mit schwerwiegenden Auswirkungen für die körperliche und seelische Gesundheit. Insgesamt verursachen Essstörungen enorme direkte und Folgekosten. Pro Patientin und Jahr ist für die AN und BN mit Kosten in Höhe von 5 300 beziehungsweise 1 300 EUR zu rechnen. Haas et al. (11) kalkulierten durchschnittlich 4 647 EUR an stationären Kosten pro Patientin. Krauth et al. (12) errechneten Gesamtkosten von 12 800 EUR für eine Patientin mit AN. Diese liegen damit weit über den durchschnittlichen Kosten für stationäre Patienten mit anderen Krankheiten. Kostenanalysen zur BES liegen nach Wissen der Autoren bisher nicht vor.

## Methoden

Initiator der S3-Leitlinie war die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) in Kooperation insbesondere mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), unterstützt durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (*Kasten 1*). Entsprechend der Vorgaben der AWMF wurden auf insgesamt 15 Expertentreffen und vier moderierten Treffen 44 sogenannte Statements und Empfehlungen konsentiert. Es wurde der Versuch unternommen, internationale Leitlinien zu integrieren, wobei besonders die britischen Leitlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (13) und die Leitlinien der American Psychiatric Association (14) wichtige Quellen darstellten. Darüber hinaus wurden systematische Literaturrecherchen und Metaanalysen (15, 16) erstellt, um eine aktuellere Studienlage zu berücksichtigen, insbesondere aber auch, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Empfehlungen der angloamerikanischen Leitlinien nicht immer dem deutschen Gesundheitssystem entsprechen. Die *Grafik* zeigt exemplarisch die Literaturrecherche zu Behandlungsstudien der AN.

## Diagnostik

Die Verdachtsdiagnose der AN bei einer jungen Frau ist nicht zuletzt wegen des Untergewichts im Ver-

### KASTEN 1

#### Leitliniengruppe

##### Verantwortlich für die S3-Leitlinie

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

##### Koordination und Sprecher

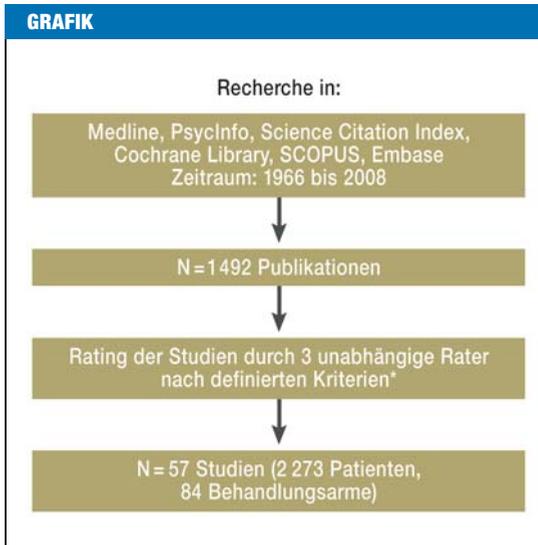
Prof. Dr. med. Stephan Herpertz, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum Bochum, Ruhr-Universität Bochum

##### Mitglieder der Arbeitsgruppe

PD Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz (Priem am Chiemsee)  
 Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred M. Fichter (Priem am Chiemsee)  
 PD Dr. med. Hans-Christoph Friedrich, Heidelberg  
 Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Gaby Groß, Tübingen  
 Dr. med. Ulrich Hagenah, Aachen  
 Dr. phil. Dipl.-Psych. Armin Hartmann, Freiburg  
 Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen  
 Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog, Heidelberg  
 PD Dr. med. Kristian Holtkamp, Bad Neuenahr  
 PD Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Burkard Jäger, Hannover  
 Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Corinna Jacobi, Dresden  
 Prof. Dr. med. Annette Kersting, Leipzig  
 Prof. Dr. rer. soc. Dipl.-Psych. Reinhard Pietrowsky, Düsseldorf  
 Dr. phil. Dipl.-Psych. Stephan Jeff Rustenbach, Hamburg  
 PD Dr. Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Harriet Salbach-Andrae, Berlin  
 Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger, Lübeck  
 Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Brunna Tuschen-Caffier, Freiburg  
 PD Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Silja Vocks, Bochum  
 Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Jörn von Wietersheim, Ulm  
 Prof. Dr. med. Almut Zeeck, Freiburg  
 Prof. Dr. med. Stephan Zipfel, Tübingen  
 Prof. Dr. med. Martina de Zwaan, Erlangen

gleich zur BN oder BES ungleich leichter zu stellen. Wegweisend bei der BN ist das weibliche Geschlecht, der Manifestationsgipfel im Alter von 18 Jahren, Gewichtsschwankungen und insbesondere eine emotionale und mentale Fixierung auf die Themen Körpergewicht, Nahrungsaufnahme und körperliche Aktivität. Die BES bekommt im Gegensatz zu der AN und BN in der Regel erst im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas einen Krankheitswert, insbesondere, wenn die Essstörung subjektiv wie objektiv als kontraproduktiv gegenüber dem Wunsch nach Gewichtsverlust erlebt wird. Die Diagnose einer behandlungsrelevanten Essstörung sollte bei positivem Screening entsprechend der Kriterien des ICD-10 (2) beziehungsweise DSM-IV (4) gestellt werden (*Kasten 2*).

Neben der Bestimmung der Körpergröße und des Körpergewichts eignen sich die Screeningfragen, die in *Kasten 3* zusammengestellt sind.



**Literaturrecherche nach Therapiestudien zu Anorexia nervosa**

\* Auswertungskriterien:

- Diagnose: Die Diagnose einer Anorexia nervosa musste nach einem definierten Diagnosesystem gestellt worden sein (ICD-9/10, DSM-II, DSM-III-R oder DSM IV oder Morgan-/Russell-Criteria).
- Psychotherapeutische Behandlung: Die Studie musste mindestens einen psychotherapeutischen Behandlungsarm enthalten (Psychotherapeutische Interventionen durften auch „Counselling“ umfassen. Alle Settings – ambulant, tagesklinisch, stationär – und ihre Kombinationen wurden berücksichtigt.).
- Messwiederholung: Die Studie musste über mindestens zwei Beobachtungszeitpunkte berichten (Prä-Post- oder Prä-Follow-up). Einer dieser Messzeitpunkte musste den Status vor Behandlungsbeginn beschreiben.
- Gewichtsdaten: Es mussten Gewichtsdaten berichtet werden wie beispielsweise Body-Mass-Index, % ABW (= „average body weight“), % MMPW (= „mean matched population weight“).
- Stichprobenumfang: Die Stichprobengröße der gesamten Studie musste gleich oder größer der Anzahl der Studienarme x 10 sein (zum Beispiel 11 + 9 = 20; > = 10 x 2).
- Keine gemischten Stichproben: Die Studienarme durften keinesfalls Patientinnen mit Bulimia nervosa und Anorexia nervosa mischen. Patienten mit bulimischer Anorexie und restriktiver Anorexie durften gemischt werden, aber das Gewichtskriterium (< 17,5 BMI oder < 85 % MMPW bei Aufnahme) musste erfüllt werden.
- Beobachtungszeit: Die mittlere Beobachtungszeit, das heißt der Zeitraum zwischen T1 und T2, musste geringer als 3,5 Jahre sein.

Wegen der drohenden Chronifizierung der Essstörungen mit ihren körperlichen und psychischen Komplikationen steht die Behandlungsmotivation im Vordergrund der ersten Gespräche. Dazu gehören eine ausführliche und sachliche Information über die Essstörung, einschließlich ihrer Risiken, ohne Ängstigung der Patientin. Insbesondere bei Patientinnen mit AN müssen kognitive Beeinträchtigungen aufgrund der Kachexie beachtet werden. Die Information über das Krankheitsbild sollte Ursachen und Verlauf sowie die möglichen Komplikationen und Komorbiditäten der Essstörung beinhalten. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist auch bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen be-

sonders bedeutsam. Die Einbeziehung der Eltern beziehungsweise der Sorgeberechtigten in den therapeutischen Prozess ist essenziell. Es sollte eine tragfähige therapeutische Beziehung sowohl mit dem Kind/Jugendlichen als auch mit den Eltern und gegebenenfalls mit weiteren Bezugspersonen aufgebaut werden.

**Anorexia nervosa**

Studien zur Behandlung der AN zeigen nur eine mäßige bis geringe Evidenz, unter anderem wegen geringer Fallzahlen, fehlender valider Kontrollbedingungen, der Anwendung von multimodalen Therapieansätzen mit fehlenden Aussagen zu einzelnen Behandlungselementen. In einer Metaanalyse findet man große Effektstärken (> 1) (17) im Hinblick auf die Gewichtszunahme sowohl im ambulanten (260 g/Woche) als auch im stationären Setting (530 g/Woche) (16). Kontrollierte Studien liegen unter anderem zur kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), zur interpersonellen Psychotherapie (IPT), zur psychodynamischen Therapie (PT) und zur Familientherapie vor. Die Studien erlauben jedoch keine Aussage darüber, welche Therapiemethode zu bevorzugen ist (Evidenzstärke [ES] Ib). Eine störungsspezifische, auf die AN ausgerichtete Psychotherapie ist aber einem unspezifischen Vorgehen vorzuziehen (ES II, Empfehlungsgrad [EG] B) (Tabelle).

Die Behandlung einer AN ist auch bei günstigem Verlauf ein langwieriger, über Monate verlaufender Prozess und erfordert in der Regel einen Gesamtbehandlungsplan mit stationärem, teilstationärem und ambulantem Setting (ES IV, EG klinischer Konsensuspunkt [KKP]). Allerdings liegen keine gesicherten empirischen Daten vor, die eine evidenzbasierte Entscheidung für ein bestimmtes Setting ermöglichen (16). In der Regel ist bei dem Vollbild einer AN mit ausgeprägtem Untergewicht initial eine stationäre Behandlung indiziert (EG KKP).

Ziel der Behandlung der AN ist eine Normalisierung des Körpergewichts, des Essverhaltens und die Bewältigung der mit der AN verbundenen psychischen Probleme. Klar strukturierten symptomorientierten Behandlungsbausteinen kommt vor allem zu Beginn der Behandlung eine große Bedeutung zu (EG KKP), ebenso ernährungstherapeutischen Überlegungen.

Um eine ausreichende Gewichtszunahme zu erreichen, ist über die Erfordernisse des Arbeitsumsatzes hinaus eine erheblich gesteigerte Energiezufuhr notwendig, wobei sich die Nahrungsmengen am Körpergewicht orientieren. In der Anfangsphase der Therapie kann eine deutliche Ödemneigung im Rahmen eines Pseudo-Bartter-Syndroms bestehen, was zu einer Gewichtszunahme ohne substanzielle Änderung der Körpermasse führt. Patientinnen mit AN stehen einer Veränderung ihres Gewichts und des Essverhaltens in der Regel ambivalent gegenüber. Motivationsarbeit ist deshalb eine zentrale Aufgabe der Behandler und sollte über den gesamten Behandlungsprozess im Auge behalten werden (ES III, EG B).

**KASTEN 2**

**Verdachtskriterien einer Essstörung**

- niedriges Körpergewicht
- Amenorrhö oder Infertilität
- Zahnschäden, insbesondere bei jungen Patientinnen
- Sorgen über das Körpergewicht trotz Normalgewicht
- erfolglose Gewichtsreduktionsmaßnahmen bei Übergewicht und Adipositas
- gastrointestinale Störungen, die nicht eindeutig einer anderen medizinischen Ursache zugeordnet werden können
- Kinder mit Wachstumsverzögerung
- Kinder, deren Eltern sich besorgt zeigen über ihr Gewicht und Essverhalten

**KASTEN 3**

**Screeningfragen**

- „Sind Sie mit Ihrem Essverhalten zufrieden?“
- „Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Gewichts oder Ihrer Ernährung?“
- „Beeinflusst Ihr Gewicht Ihr Selbstwertgefühl?“
- „Machen Sie sich Gedanken wegen Ihrer Figur?“
- „Essen Sie heimlich?“
- „Übergeben Sie sich, wenn Sie sich unangenehm voll fühlen?“
- „Machen Sie sich Sorgen, weil Sie manchmal mit dem Essen nicht aufhören können?“

**TABELLE**

**Evidenzstärke und Empfehlungsgrade**

Evidenzstärke = ES	
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 zum Beispiel Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten
Empfehlungsgrade = EG	
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 auf 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

Da das niedrige Körpergewicht häufig zu lebensbedrohlichen Zuständen führt, können bei geringer Krankheitseinsicht in seltenen Fällen Zwangsmaßnahmen notwendig sein. Zwangsmaßnahmen werden von den Betroffenen als äußerst belastend erlebt und sollten deswegen soweit wie möglich durch intensive Motivationsförderung und Therapie umgangen werden. Falls sie dennoch notwendig sind, sollten sie nur abgestuft erfolgen (Einrichtung einer Betreuung, Zwangseinspeisung, Zwangsernährung) (EG KKP).

Kinder und zumindest auch jüngere Jugendliche können darüber hinaus entwicklungsbedingt noch

nicht über ausreichende Fähigkeiten zur Einsicht in die Tragweite der Erkrankung und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen verfügen, hier kommt in der Regel den Personensorgeberechtigten/Eltern eine vorrangige Bedeutung für das Zustandekommen und die Durchführung der Behandlung zu. Sie sollten deshalb ausführlich über das Krankheitsbild und die notwendigen Therapiemaßnahmen informiert werden (EG KKP).

Psychopharmaka haben sich in der Behandlung der AN als unwirksam erwiesen (ES Ib). Bei einem ständigen Gedankenkreisen um Essen und Ängsten

**KASTEN 4**

**Empfehlungen zur Behandlung der Anorexia nervosa**

- Die Behandlung sollte störungsorientiert sein und die körperlichen Aspekte der Erkrankung berücksichtigen (klinischer Konsensuspunkt [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).
- Bei der Behandlung sollte berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wenn nicht Jahren umfasst (KKP).
- Eine unter Zwang durchgeführte Behandlung der Anorexia nervosa sollte nur nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen inklusive der Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen erfolgen (KKP).
- Bei jungen Patientinnen (Kindern, Adoleszenten), die noch in der Herkunftsfamilie wohnen, sollten die Sorgeberechtigten beziehungsweise nahe Angehörige in die Behandlung einbezogen werden (Empfehlungsgrad B).
- Bei stationärer Behandlung ist eine weitgehende Gewichtsrestitution anzustreben (Empfehlungsgrad B).
- Im stationären Rahmen sollte eine Gewichtszunahme von 500 g bis maximal 1 000 g pro Woche angestrebt werden, im ambulanten Rahmen sollte das Ziel eine Zunahme von 200 bis 500 g pro Woche sein. Die Patientinnen sollten regelmäßig morgens ungefähr um die gleiche Zeit in leichter Bekleidung gewogen werden (KKP).
- Um im Rahmen der Behandlung der Anorexia nervosa angemessen Nahrung zuzuführen, ist für den therapeutischen Alltag die Orientierung am Körpergewicht am besten geeignet (KKP).

**KASTEN 5**

**Diagnostische Überlegungen zu Patientinnen mit Bulimia nervosa**

- familiäre Vorgeschichte von Essstörungen und essensbezogene Verhaltensweisen in der Familie
- biografische Vorgeschichte von emotionaler Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung, Selbstwertprobleme und Probleme der Impulskontrolle, Diätverhalten und exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Körper (klinischer Konsensuspunkt)
- komorbide psychische Störungen, insbesondere Angststörungen (vor allem soziale Phobie), Depressionen, Substanzmissbrauch beziehungsweise -abhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen der Cluster B oder C

wegen des Gewichts sowie ansonsten nicht zu beherrschender körperlicher Hyperaktivität kann der Einsatz niedrig dosierter Neuroleptika, wie zum Beispiel Olanzapin, im Einzelfall als Off-label-Medikation jedoch gerechtfertigt sein (ES II, EG B). Dabei sollte man Pharmaka mit niedriger extrapyramidaler Nebenwirkung den Vorzug geben. Antidepressiva können den Therapieverlauf der AN nicht verbessern (ES Ia, EG A). Sie werden gelegentlich zur Behandlung komorbider depressiver Symptome eingesetzt (Kasten 4).

**Bulimia nervosa**

Die Bulimia nervosa ist häufig von zum Teil schwerwiegenden psychischen Störungen wie etwa Depressionen, Ängsten und Persönlichkeitsstörungen begleitet, die oftmals eigenständigen Krankheitswert haben und in der Therapieplanung berücksichtigt werden müssen (18). Die Symptombelastung ist bei komorbiden Patientinnen höher, das psychosoziale Funktionsniveau stärker beeinträchtigt. Bei der Diagnostik der BN ist die Erhebung von Daten aus den Lebensbereichen wichtig, die in *Kasten 5* genannt werden.

Psychotherapeutische Verfahren weisen eine gute Wirksamkeit auf und sind die Behandlungsmethode der ersten Wahl (ES Ia, EG A). Sie erzielen im Hinblick auf die Kernsymptomatik, das heißt, Kontrollverlust bei der Nahrungsaufnahme und Erbrechen als häufigste gegenregulatorische Maßnahme, mittlere bis große Effekte (Reduktion um durchschnittlich 70 %; Cohens d = 0,78 beziehungsweise 67 %; Cohens d = 0,94; post-Effektstärken).

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) für BN (KVT-BN) stellt die meist beforschte Psychotherapiemethode mit der höchsten Evidenz dar, von daher sollte sie Patientinnen mit BN als Therapie der ersten Wahl angeboten werden (ES Ia, EG B).

Die interpersonelle Psychotherapie (IPT) zeigt eine vergleichbare Wirksamkeit wie die KVT (ES Ib, EG B), allerdings ist sie in Deutschland im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht zugelassen.

Andere Psychotherapieverfahren kommen infrage, wenn die KVT nicht zur Verfügung steht, diese sich im Einzelfall als nicht wirksam erweist oder nicht

## KASTEN 6

**Empfehlungen zur Behandlung der Bulimia nervosa**

- Die Psychotherapie ist Therapie der Wahl bei der Bulimia nervosa (BN).
- Die Behandlung sollte störungsorientiert erfolgen (klinischer Konsensuspunkt [KKP]).
- Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) gilt bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als Therapie der Wahl.
- Die Therapiedauer sollte mindestens 25 Sitzungen mit einer Frequenz von mindestens einer Therapiestunde pro Woche (KKP) umfassen.
- Bei bulimischen Patientinnen mit Komorbiditäten, wie zum Beispiel einer Borderline-Symptomatik, sollte die Therapie um störungsorientierte therapeutische Elemente ergänzt werden (KKP).
- Bei Kindern und Jugendlichen mit BN sollten die Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden (KKP).
- Für einige Patientinnen mit BN kann die Teilnahme an einem evidenzbasierten Selbsthilfeprogramm, das unter Anleitung erfolgt (angeleitete Selbsthilfe) und auf Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie beruht, eine ausreichende Therapie darstellen (B, Evidenzgrad Ia)
- Die Gabe von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) ist die medikamentöse Therapie der Wahl. Nur Fluoxetin ist in Deutschland in Kombination mit einer Psychotherapie bei Erwachsenen mit BN zugelassen (B, Evidenzgrad Ia).

gewünscht wird (ES II, EG B). Als Alternative kann eine psychodynamische Therapie (PT) empfohlen werden (ES II, EG 0).

Auch in unkomplizierten Fällen von BN sollte die Therapiedauer mindestens 25 Sitzungen betragen mit einer Frequenz von einer Therapiestunde pro Woche (EG KKP). Bei komplexeren Verläufen und/oder ausgeprägter psychischer Komorbidität sind deutlich längere Behandlungen notwendig (EG KKP). Selbstbehandlungsansätze werden bereits seit längerer Zeit als Alternative zu bestehenden psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlungsansätzen unter anderem auch im Rahmen von „Stepped-care-Modellen“ diskutiert. Der überwiegende Teil basiert auf Therapiemanualen, die wesentliche Elemente der KVT enthalten. Die Effekte der Selbsthilfverfahren sind geringer als die der psychotherapeutischen Verfahren, dennoch sind sie klar nachweisbar (Essanfälle: Reduktion um 57 %; Cohens  $d = 0,68$ ; Erbrechen: 50 %; Cohens  $d = 0,21$ ). Für einige Patientinnen kann die Teilnahme an einer angeleiteten Selbsthilfe eine ausreichende Therapie sein.

## KASTEN 7

**Indikationskriterien für eine stationäre Therapie der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung**

- unzureichende Veränderung in ambulanter Behandlung
- Scheitern einer ambulanten oder tagesklinischen Behandlung
- Fehlen ausreichender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort der Patientin
- ausgeprägte psychische und körperliche Komorbidität (zum Beispiel Selbstverletzungen, Diabetes mellitus Typ I), die eine engmaschige ärztliche Kontrolle notwendig macht
- Krankheitsschwere (zum Beispiel geringe Motivation, ausgeprägte Habituation 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)

Im Rahmen der Pharmakotherapie der BN stellen selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bezogen auf Symptomreduktion, Nebenwirkungsprofil und Akzeptanz die medikamentöse Therapie der ersten Wahl dar (ES Ia, EG B). Allerdings ist die Wirksamkeit von SSRI auf die Kernsymptomatik der BN relativ schwach (Essanfall: Cohens  $d = 0,22$ ; Erbrechen: Cohens  $d = 0,18$ ). In Deutschland ist einzig der Wirkstoff Fluoxetin in Kombination mit einer Psychotherapie für die Behandlung der BN und nur bei Erwachsenen zugelassen (ES Ia, EG B). Die wirksame Dosis von Fluoxetin bei der BN liegt bei 60 mg/die (ES Ib, EG B). Ein Behandlungsversuch sollte mit einer Mindestdauer von vier Wochen unternommen werden. Bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen (EG KKP) (Kasten 6).

**Binge-Eating-Störung**

Das Anliegen der meisten Patientinnen mit BES zielt in der Regel auf eine Behandlung der zumeist gleichzeitig vorliegenden Adipositas ab, also auf eine Gewichtsreduktion. Dieser Wunsch ist bei der Behandlung beziehungsweise Behandlungsplanung der BES zu bedenken und mit den Patientinnen kritisch zu thematisieren. Die unterschiedlichen Aspekte der Therapieziele sind in eKasten 4 dargestellt.

Psychotherapiestudien zur BES basieren vornehmlich auf der KVT, in geringerem Umfang auch

auf der IPT. Während insbesondere die auf die BES-adaptierte KVT (KVT-BES) im Hinblick auf die Symptomatik, das heißt, auf die Essanfallshäufigkeit beziehungsweise Tage mit Essanfällen, hoch wirksam ist ( $d = 0,82-1,04$ ; ES 1a, EG A), lassen sich nur geringe Effekte bezüglich einer Gewichtsreduktion nachweisen. Neuere Studien konnten auch die Wirksamkeit der IPT belegen (ES 1b) (19). Interventionen auf der Basis von angeleiteten Selbsthilfemanualen entsprechen weitestgehend denen der KVT-BES. Die Interventionen sind hinsichtlich der Reduktion der Essanfallshäufigkeit als hoch wirksam einzustufen ( $d = 0,84$ ) (ES 1b, EG B). In Bezug auf eine Gewichtsreduktion lassen sich hier ebenfalls keine Effekte nachweisen. Einschränkend ist jedoch herauszustellen, dass die Anzahl der Studien zur Selbsthilfe bisher gering ist.

In Deutschland ist kein Medikament für die Behandlung der Binge-Eating-Störung offiziell zugelassen (Off-Label-Use). Patientinnen mit BES zeigen unter der Medikation von Antidepressiva (trizyklische Antidepressiva, selektive SSRI, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) sowie Antikonvulsiva (Topiramat und Zonisamid) gegenüber der Gabe eines Placebo höhere Remissionsraten der Essanfallshäufigkeit ( $d = 0,52$ ) (ES 1a, EG B), auch bessert sich die komorbide depressive Symptomatik (20, 21). Bei bestimmten Medikamenten kann eine Gewichtsreduktion in einigen Studien beobachtet werden, allerdings ist die Abbruchrate sehr hoch (20, 21).

Eine ergänzende Medikation neben der KVT bringt keine zusätzlichen Effekte im Hinblick auf die Essstörungssymptomatik, geringe Effekte allerdings für den Gewichtsverlust. Die KVT-BES scheint der reinen Pharmakotherapie (Fluoxetin, Fluvoxamin) überlegen zu sein (21, 22). Adipöse Patientinnen mit BES scheinen von Gewichtsreduktionsprogrammen ähnlich zu profitieren wie adipöse Patientinnen ohne BES (ES 1b) (23). 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 (5, 23, 24) (ES 1b–IIb). Obwohl neuere Studien keinen Zusammenhang zwischen kalorienrestriktiver Ernährung (hypokalorische Diät) und Exzeration der BES-Symptomatik nachweisen konnten (ES 1Ia, IIb) (25) ist zumindest die Frage abzuklären, ob der BES regelhaft ein Diätverhalten vorausgeht. Ähnlich wie bei der BN erscheint ein solches restriktives Essverhalten, das auf eine Gewichtsabnahme abzielt, zeitgleich mit der Behandlung der BES nicht sinnvoll. Die Kriterien für eine stationäre Therapie der BN und BES sind in *Kasten 7* aufgeführt.

Die S3-Leitlinie ist abrufbar auf der Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html).

#### Danksagung

Die Autorinnen und Autoren dieses Beitrags bedanken sich bei folgenden Personen für ihr großes Engagement, die Mitorganisation der Expertentreffen, die Moderation und die Diskussionsbeiträge, die zum Gelingen dieser Leitlinien beigetragen haben: Prof. Dr. med. Ina Kopp (AWMF), Moderation der Konsenstreffen zur S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“; Dipl.-Päd. Kristiane Göpel, Tübingen (VAKJP); Dipl.-Psych. Timo Harfst, Berlin (BPTK); Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Claus-Dieter Munz, Stuttgart (DGPT); Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Günter Reich, Göttingen (DGPT); Dr. med. Ingo Spitzczok von Brinsinski, Viersen (BKJPP); Dr. med. Wally Wunsch-Leiteritz, Bad Bevensen (BFE).

#### Interessenkonflikt

Prof. Herpertz hat Vortragshonorare erhalten von den Firmen Lilly, Lundbeck und Pfizer.

Dr. Hagenah erhielt Vortragshonorare von den Firmen AstraZeneca und Medice.

PD Dr. Vocks, Prof. von Wietersheim, PD Dr. Cuntz und Prof. Zeeck erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Manuskriptdaten

eingereicht: 31. 5. 2011, revidierte Fassung angenommen: 6. 6. 2011

#### LITERATUR

- Fichter MM: Epidemiologie der Essstörungen. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S: Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer-Verlag 2008, 38–41.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (eds.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10, Kap. V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (4<sup>th</sup> ed.). Bern: Huber.
- Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W: Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 2000; 26: 721–2.
- Keel PK, Mitchell JE, Miller, KB, Davis TL, Crow SJ: Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 63–9.
- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
- de Zwaan M, Mitchell JE, Mussell MP, Raymond NC, Seim HC, Specker SM, Crosby RD: Short-term cognitive behavioral treatment does not improve long-term outcome of a comprehensive very-low-calorie diet program in obese women with binge eating disorder. *Behavior Therapy* 2005; 36: 89–99.
- Peterson CB, Mitchell, JE, Engbloom S, Nugent S, Mussell MP, Crow S J, Thuras P: Self-help versus therapist-led group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder at follow-up. *International Journal of Eating Disorders* 2001; 30: 363–74.
- Basdevant A, Pouillon M, Lahlou N, Le Barzic M, Brillant M, Guy-Grand B: Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. *Int J Eat Disord*. 1995; 18: 309–15.
- Spitzer RL, Yanowski SZ, Wadden T, Wing R: Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* 1993; 13: 137–45.
- de Zwaan M: Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25 Suppl 1: 51–5.
- Haas L, Stargardt T, Schreyoegg J, Schlösser R, Danzer G, Klapp BF: Inpatient costs and predictors of costs in the psychosomatic treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2011 (in press).
- Krauth C, Buser K, Vogel H: How high are the costs of eating disorders – anorexia nervosa and bulimia nervosa – for German society? *Eur J Health Econ* 2002; 3: 244–50.
- National Institute of Clinical Excellence: Eating Disorders. National Clinical Practice Guideline No CG6. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists 2004.

14. American Psychiatric Association (APA): Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, revised. New York, American Psychiatric Association 2006.
15. Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S: Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 205–17.
16. Hartmann A, Weber S, Herpertz S, Zeeck A: Psychological Treatment for Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis of Standardized Mean Change Psychother Psychosom 2011; 80: 216–26.
17. Becker BJ: Synthesizing standardized mean change measures. *Br J Math Stat Psychol* 1988; 41: 257–78.
18. Thompson-Brenner H, Eddy K, Franko D, Dorer D, Vashchenko M, Herzog D: Personality pathology and substance abuse in eating disorders: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders* 2008; 41: 203–8.
19. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW: Psychological treatments for Binge Eating Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2010; 67: 94–101.
20. Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL, Appolinário JC: Antidepressants in short-term treatment of binge eating disorder: systematic review and meta-analysis. *Eat Behav* 2008; 9: 129–36.
21. Grilo CM, Masheb RM, Wilson, GT: Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 301–9.
22. Ricca V, Mannucci E, Mezzani B, Moretti S, Di Bernardo M, Bertelli M: Fluoxetine and fluvoxamine combined with individual cognitive-behaviour therapy in binge eating disorder: a one-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 298–306.
23. Wonderlich SA, de Zwaan M, Mitchell JE, Peterson C, Crow S: Psychological and dietary treatments of binge eating disorder: conceptual implications. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 58–73.
24. Wadden TA, Foster GD, Sarwer DB, Anderson DA, Gladis M, Sanderson RS: Dieting and the development of eating disorders in obese women: results of a randomized controlled trial. *Am J of Clin Nutr* 2004; 80: 560–8.
25. Munsch S, Biedert E, Meyer A, Michael T, Schlup B, Tuch A. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 2007; 40(2): 102–13.

#### Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Stephan Herpertz  
 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
 LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum  
 Alexandrinenstraße 1–3, 44791 Bochum  
 stephan.herpertz@ruhr-uni-bochum.de

#### SUMMARY

##### Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders

**Background:** Eating disorders are of major significance both in clinical medicine and in society at large. Anorexia and bulimia nervosa almost exclusively afflict young persons, severely impairing their physical and mental health. The peak ages for these diseases are in late adolescence and young adulthood; patients therefore suffer setbacks both in school and/or in their occupational careers. This scientifically based S3 guideline was developed with the intention of improving the treatment of eating disorders and motivating future research in this area.

**Methods:** The existing national and international guidelines on the three types of eating disorders were synoptically compared, the literature on the subject was systematically searched, and meta-analyses on bulimia nervosa and binge-eating disorder were carried out. 15 consensus conferences were held, as a result of which 44 evidence-based recommendations were issued.

**Results:** Anorexia and bulimia nervosa are diagnosed according to the ICD-10 criteria (International Classification of Diseases), binge-eating disorder according to those of the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Psychotherapy is the mainstay of treatment for all three disorders, and cognitive behavioral therapy is the form of psychotherapy best supported by the available evidence. The administration of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) can be recommended as a flanking measure in the treatment of bulimia nervosa only. The evidence does not support any type of pharmacotherapy for anorexia nervosa or binge-eating disorder. Bulimia nervosa and binge-eating disorder can usually be treated on an outpatient basis, as long as they are no more than moderately severe; full-fledged anorexia nervosa is generally an indication for in-hospital treatment.

**Conclusion:** This guideline contains evidence- and consensus-based recommendations for the diagnosis and treatment of eating disorders. If strictly implemented, it should result in improved care for the affected patients.

#### Zitierweise

Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, Jörn von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A: Clinical practice guideline: The diagnosis and treatment of eating disorders. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(40): 678–85.  
 DOI: 10.3238/arztebl.2011.0678



The English version of this article is available online:  
[www.aerzteblatt-international.de](http://www.aerzteblatt-international.de)

eKästen:  
[www.aerzteblatt.de/11m0678](http://www.aerzteblatt.de/11m0678)

## KLINISCHE LEITLINIE

# Diagnostik und Therapie der Essstörungen

Stephan Herpertz, Ulrich Hagenah, Silja Vocks, Jörn von Wietersheim,  
Ulrich Cuntz, Almut Zeeck

## eKASTEN 1

## ICD-10-Diagnosekriterien für Anorexia nervosa (F 50.0) (2)

- tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem zu erwartenden Gewicht oder Body-Mass-Index von 17,5 oder weniger (bei Erwachsenen)
- der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von hochkalorischer Nahrung und zusätzlich mindestens eine der folgenden Möglichkeiten:
  - selbstinduziertes Erbrechen
  - selbstinduziertes Abführen
  - übertriebene körperliche Aktivität
  - Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika
- Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung
- endokrine Störungen, bei Frauen manifestiert als Amenorrhö, bei Männern als Libido- und Potenzverlust
- bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklung gestört (Wachstumsstopp, fehlende Brustentwicklung)

## eKASTEN 2

## ICD-10-Diagnosekriterien für Bulimia nervosa (F 50.2) (2)

- andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln
- Essattacken, bei denen in kurzer Zeit sehr große Mengen an Nahrung konsumiert werden
- Versuch, dem dickmachenden Effekt von Nahrungsmitteln durch verschiedene ausgleichende Verhaltensweisen entgegenzusteuern wie etwa durch:
  - selbst herbeigeführtes Erbrechen
  - Missbrauch von Abführmitteln
  - zeitweilige Hungerperioden
  - Einnahme von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika
  - Vernachlässigung der Insulinbehandlung bei Diabetes
- krankhafte Furcht, dick zu werden und eine scharf definierte Gewichtsgrenze, die weit unter dem prä-morbiden medizinisch als „gesund“ betrachtet wird
- häufige Vorgeschichte einer Episode mit Anorexia nervosa mit einem Intervall von einigen Monaten bis mehreren Jahren; diese Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhö

## eKASTEN 3

**Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung (7)**

- wiederholte Episoden von Essanfällen; eine Episode von Essanfällen ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:
  - Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (zum Beispiel in einem 2-h-Intervall), die definitiv größer ist, als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden
  - Ein Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen während der Episode (zum Beispiel ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wieviel man isst).
- Die Episoden von Essanfällen treten gemeinsam mit mindestens 3 der folgenden Symptome auf:
  - wesentlich schneller essen als normal
  - essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
  - essen großer Nahrungsmengen, obwohl man sich nicht hungrig fühlt
  - alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
  - Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Depressivität oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen
- es besteht ein deutliches Leiden wegen der Essanfälle
- die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche während mindestens 6 Monaten auf
- die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf

## eKASTEN 4

**Behandlungsziel bei der Binge-Eating-Störung**

- Behandlung der Symptome der Binge-Eating-Störung (BES) (Essanfälle, gegebenenfalls Übergewicht/Adipositas, essstörungsspezifische Psychopathologie)
- Behandlung weiterer gegebenenfalls vorliegender psychischer Beschwerden (zum Beispiel Selbstwert- und Schamproblematik, Affektregulation)
- Behandlung komorbider psychischer Störungen (zum Beispiel Depression, soziale Angst)
- Prävention beziehungsweise Rückfallprophylaxe (Vermittlung von Meta-Wissen)