

Leitlinien-Info

ESSSTÖRUNGEN

Inhaltsverzeichnis

Editorial.....	3
S3-Leitlinie Essstörungen.....	4
Wie verlässlich sind die Empfehlungen?	4
Empfehlungen und Evidenzgrade	4
Wo ist die vollständige Leitlinie zu finden?	5
Für wen ist die Leitlinie gedacht?	5
Um welche einzelnen Störungen geht es?	5
Diagnostik	6
Früherkennung	7
Diagnosestellung	7
Fragebögen	7
Komorbidität	7
Behandlungsform	7
Behandlungssetting	7
Ambulant oder stationär?	7
Einbezug von Angehörigen	7
Angeleitete Selbsthilfe	7
Behandlungsbeginn.....	8
Medizinische Abklärung.....	8
Therapiemotivation	8
Behandlungsempfehlungen	8
Anorexia nervosa.....	8
Bulimia nervosa.....	9
Binge-Eating-Störung (BES).....	10
Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen.....	10
Informationen für Patient*innen	11

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

diese Ausgabe der Leitlinien-Info informiert Sie über die Diagnostik und Therapie von Essstörungen. Grundlage sind die Empfehlungen der entsprechenden S3-Leitlinie von 2018.

Essstörungen zählen mit einer Lebenszeitprävalenz von ein bis drei Prozent zu den selteneren psychischen Störungen, wobei von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen wird. Sie treten meist im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter auf und gehen nicht selten mit anderen psychischen und körperlichen Begleiterkrankungen einher. Die direkten und indirekten Kosten von Essstörungen sind in der Regel hoch, zum Beispiel aufgrund wiederholter stationärer Behandlungen, körperlicher Folgeschäden oder einem Verlust an Lebensjahren. Nur rund ein Viertel der Menschen mit einer diagnostizierten Essstörung wird in Deutschland ambulant psychotherapeutisch behandelt, zudem oft erst dann, wenn die Krankheit schon viele Jahre besteht. Vor allem zu Therapiebeginn stehen viele Patient*innen einer Veränderung ihres Gewichts oder Essverhaltens ambivalent gegenüber. Aus all diesen Gründen gelten Essstörungen als schwierig zu behandelnde psychische Erkrankung.

Dabei lassen sich Essstörungen bei Erwachsenen wie auch bei Kindern und Jugendlichen erfolgreich mit einer Psychotherapie behandeln. Wichtig dabei ist, dass die Therapie möglichst früh durchgeführt wird, Angehörige in die Behandlung einbezogen werden und beteiligte Behandler*innen (zum Beispiel Psychotherapeut*innen,

Hausarzt*innen, Ernährungs- und Körpertherapeut*innen) miteinander vernetzt sind. Um Rückfällen vorzubeugen, ist es wesentlich, nach einer stationären Behandlung die Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz möglichst kurz zu halten und nach Abschluss einer ambulanten Therapie Nachsorge-Termine zu ermöglichen.

Diese Leitlinien-Info möchte Psychotherapeut*innen dabei helfen, die aktuellen diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen bei den verschiedenen Formen von Essstörungen zu überblicken. Hierfür wurden die Empfehlungen praxisorientiert aufbereitet und in der Regel nicht wortwörtlich wiedergegeben. Bei Interesse oder bei genauerem Informationsbedarf können sie im Originaltext nachgelesen werden. Dafür wird im Text auf die entsprechenden Stellen verwiesen. Ausführliche Informationen zur Klassifikation von Leitlinien und ihrer Verlässlichkeit finden sich in unserer Leitlinien-Info „Grundlagen und Überblick“. In dieser Broschüre wird hierauf nur kurz eingegangen.

Mit den besten Grüßen



Ihr Dietrich Munz

Informationen für Patient*innen

Eine sorgfältige Information und Aufklärung der Patient*in ist ein zentraler Bestandteil der berufrechtlichen und gesetzlichen Pflichten von Psychotherapeut*innen. Auch bei Leitlinien ist die Patienteninformation in der Regel ein wichtiger Bestandteil. Wir haben deshalb als letztes Kapitel der Broschüre „Informationen für Patient*innen“ auf Seite 11 zusammengestellt. Diese können Patient*innen und Angehörigen ergänzend zur mündlichen Aufklärung ausgehändigt werden.

S3-Leitlinie Essstörungen

Diese Leitlinien-Info der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) fasst die Inhalte der „S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ (Stand: 31. Mai 2018) zusammen. Die Leitlinie umfasst Empfehlungen für die Versorgung von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen. Gesonderte Empfehlungen für einzelne Altersgruppen werden an entsprechender Stelle kenntlich gemacht.

Wie verlässlich sind die Empfehlungen?

Leitlinien sprechen Empfehlungen mit unterschiedlich hoher Verlässlichkeit aus. Wie verlässlich eine Empfehlung ist, erkennt man an sogenannten Evidenzgraden. Ein Evidenzgrad ist umso höher, je besser die empirische Evidenz für das jeweilige diagnostische oder therapeutische Vorgehen ist. Es werden folgende Empfehlungen in Abhängigkeit ihrer Evidenzgrade unterschieden:

Empfehlungen und Evidenzgrad

- A „Soll“-Empfehlung:**
Es liegt mindestens eine randomisiert-kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz vor, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzgrad Ia und Ib).
- B „Sollte“-Empfehlung:**
Es liegen gut durchgeführte klinische Studien vor, aber keine randomisierten klinischen Studien mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzgrad II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
- O „Kann“-Empfehlung:**
Es liegen Berichte oder Meinungen von Expert*innen oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzgrad IV) vor oder es handelt sich um eine Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare Erkenntnisse aus klinischen Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
- KKP „Klinischer Konsenspunkt“:**
Es handelt sich um einen Standard der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt worden ist. Die Empfehlung beruht auf dem Konsens und der klinischen Erfahrung der Mitglieder des Gremiums, das die Leitlinie erstellt hat, und wird als „Soll“- , „Sollte“- oder „Kann“-Empfehlung ausgesprochen. Sie gilt als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“).

In dieser Leitlinien-Info wird die Verlässlichkeit einer Empfehlung am Ende eines Satzes in eckiger Klammer angegeben. In der Klammer ist auch aufgeführt, auf welcher Seite die Originalempfehlung in der Leitlinie zu finden ist.

Zum Beispiel: „Um einer Chronifizierung vorzubeugen, sollte Patient*innen mit einer Essstörung möglichst früh eine Behandlung angeboten werden. [KKP, S. 168, 233].“



Wo ist die vollständige Leitlinie zu finden?

Die vollständige S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ und der zugehörige Methodenreport sind abrufbar unter:

www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html

Aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse müssen Leitlinien immer wieder überarbeitet werden, in der Regel alle fünf Jahre. Die gegenwärtige Leitlinie (Stand: 31. Mai 2018) soll bis 30. Mai 2023 vom zuständigen Leitliniengremium aktualisiert werden.

Für wen ist die Leitlinie gedacht?

Die S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ richtet sich an alle Berufsgruppen, die Menschen mit Essstörungen behandeln und versorgen. Dazu gehören Psychotherapeut*innen, Fachärzt*innen, Hausärzt*innen, Gesundheitsberufe und das Pflegepersonal in Krankenhäusern.

Um welche einzelnen Störungen geht es?

Die Leitlinie enthält Empfehlungen für die häufigsten Essstörungen bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen und zwar:

- Anorexia nervosa (Anorexie),
- Bulimia nervosa (Bulimie),
- Binge-Eating-Störung (BES),
- Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen.



Diagnostik

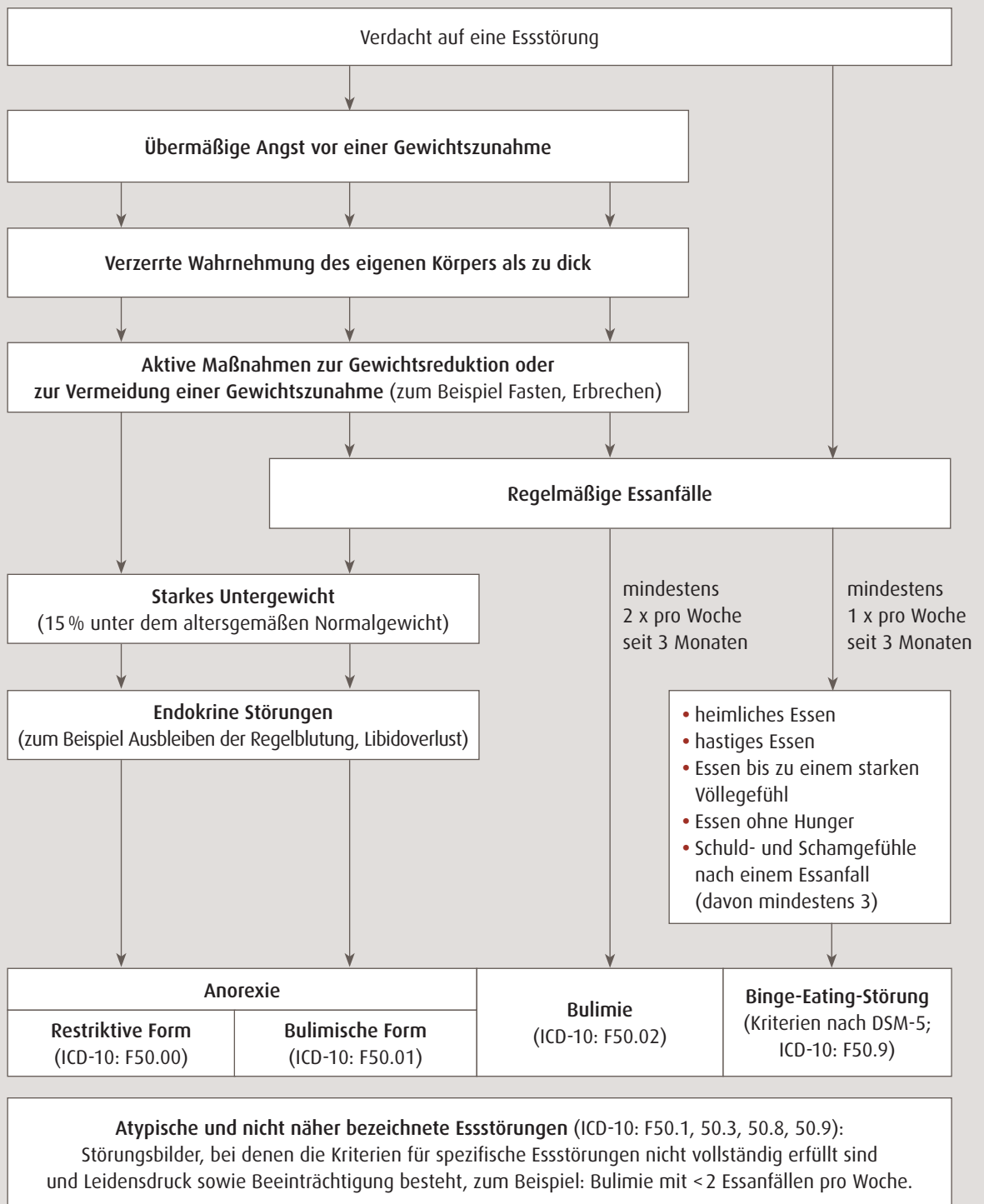


Abbildung 1; Quelle: BPTK, 2021

Abbildung 1 gibt eine Übersicht über die Diagnosekriterien von Essstörungen und deren Kodierung nach ICD-10. Die Kriterien der Binge-Eating-Störung sind bislang nur im DSM-5 definiert. Bis zur Einführung des ICD-11, in dem die Binge-Eating-Störung mit ähnlichen Kriterien als Diagnose enthalten sein wird, wird sie im ICD-10 diagnostisch mit der Restkategorie der nicht näher bezeichneten Essstörung (F50.9) kodiert.

Früherkennung

Essstörungen treten erstmalig meist im Jugendalter auf. Sie sind in diesem Alter jedoch selten der Grund, warum Patient*innen Hilfe suchen. Deshalb empfiehlt die Leitlinie Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die mit Jugendlichen im Alter ab zwölf Jahren in Kontakt kommen, gezielt nach deren Essverhalten und Gewichtsverlauf zu fragen [KKP, S. 17].

Diagnosestellung

Beim Verdacht auf eine Essstörung sollten Symptome systematisch gemäß ICD oder DSM klassifiziert werden, möglichst mithilfe validierter diagnostischer Interviews (zum Beispiel DIPS, SKID). Bei einer differenzialdiagnostischen Abklärung sollte stets eine Psychotherapeut*in hinzugezogen werden [KKP, S. 19 - 20, 275].

Fragebögen

Es gibt im deutschsprachigen Raum einige validierte Fragebögen, die Essstörungssymptome mittels Selbstbericht abfragen. Diese Skalen bieten sich insbesondere an, um im Behandlungsverlauf einzuschätzen, wie eine Patient*in auf die Therapie anspricht, zum Beispiel:

Essstörungsübergreifende Fragebögen:

- Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q),
- Eating Disorder Inventory (EDI-2),
- Fragebogen zum Essverhalten (FEV),
- für Kinder und Jugendliche: Eating Disorders in Youth-Questionnaire (EDY-Q).

Essstörungsspezifische Fragebögen:

- strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen zur Selbsteinschätzung (SIAB-S)
- für Kinder und Jugendliche: Anorectic Behavior Observation Scale (ABOS) – Fremdeinschätzung durch Eltern oder andere Bezugspersonen

Komorbidität

Komorbidite Störungen sollten in der Diagnostik systematisch erfasst und bei deren Vorliegen die Behandlung um störungsspezifische therapeutische Elemente ergänzt werden [KKP, S. 168, 233, 235].

Behandlungsform

Bei allen Essstörungen ist eine Psychotherapie die Behandlungsmethode der ersten Wahl [B, S. 169; A, S. 234, 262]. Bei einigen Störungsbildern ist die Evidenz für einzelne Psychotherapieverfahren gegenüber anderen erhöht, sodass diese dann bevorzugt angewendet werden sollten (siehe Abschnitt „[Behandlungsempfehlungen](#)“ auf Seite 8).

Eine pharmakologische Behandlung soll nicht als alleinige Behandlung angeboten werden [A, S. 234]. In Ein-

zelfällen kann beim Vorliegen bestimmter Indikationskriterien eine medikamentöse Behandlung erwogen werden (siehe Abschnitt „[Behandlungsempfehlungen](#)“ auf Seite 8).

Eine Ernährungsberatung soll nicht als alleinige Behandlung angeboten werden [B, S. 169], wird bei einzelnen Störungsbildern und im Einzelfall aber als Teil der Gesamtbehandlung empfohlen (siehe Abschnitt „[Behandlungsempfehlungen](#)“ auf Seite 8).

Behandlungssetting

Ambulant oder stationär?

Grundsätzlich können alle Essstörungen ambulant, teilstationär sowie stationär behandelt werden [KKP, S. 168, 233, 263]. Die Wahl des Settings hängt vom Schweregrad der Erkrankung sowie der Notwendigkeit einer multiprofessionellen sowie medizinischen Behandlung ab (siehe Abschnitt „[Behandlungsempfehlungen](#)“ auf Seite 8).

Einbezug von Angehörigen

Sofern keine triftigen Gründe dagegensprechen, sollten

bei Kindern und Jugendlichen enge Bezugspersonen von Beginn an in die Behandlung einbezogen werden [KKP, S. 60, 263].

Angeleitete Selbsthilfe

Therapeutisch angeleitete, zunehmend internetbasierte Selbsthilfe-Programme können dabei helfen, Essstörungssymptome zu reduzieren und Rückfälle zu vermeiden. Die Evidenz hierfür unterscheidet sich zwischen den einzelnen Essstörungen (siehe Abschnitt „[Behandlungsempfehlungen](#)“ auf Seite 8).

Behandlungsbeginn

Um einer Chronifizierung vorzubeugen, sollte Patient*innen mit einer Essstörung möglichst früh eine Behandlung angeboten und nicht abwartend beobachtet werden [KKP, S. 168, 233].

Medizinische Abklärung

Aufgrund möglicher somatischer Folgen einer Essstörung sollte mindestens zu Beginn der Behandlung und je nach körperlicher Verfassung auch im Verlauf eine medizinische Abklärung und Behandlung durch eine Ärzt*in erfolgen [KKP, S. 168, 281 - 282, 285, 287, 290].

Behandlungsempfehlungen

Das therapeutische Vorgehen unterscheidet sich bei verschiedenen Essstörungen zum Teil deutlich. Deshalb werden im Folgenden die jeweiligen Behandlungsempfehlungen voneinander getrennt beschrieben.

Anorexia nervosa

Ein Hauptziel in der Behandlung einer Anorexie ist es, ein Normalgewicht zu erreichen. Jugendliche sollen die 25. BMI-Perzentile, Erwachsene einen BMI $\geq 18,5$ kg/m² erreichen [KKP, S. 168].

Alle beteiligten Einrichtungen und Behandler*innen (zum Beispiel Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen, Kliniken, Beratungsstellen) sollten engmaschig miteinander kommunizieren und kooperieren [KKP, S. 168].

Ambulante Behandlung

Die Anorexie sollte ambulant mittels einer evidenzbasierten Psychotherapie behandelt werden. Bei Kindern und Jugendlichen wird familienbasierte Therapie, bei Erwachsenen kognitive Verhaltenstherapie in einer für Essstörungen erweiterten Form (Cognitive-Behavioral Therapy – Enhanced, CBT-E) oder fokale psychodynamische Therapie (FPT) empfohlen. Für Erwachsene besteht zudem Evidenz für die in Deutschland nicht anerkannten Therapiemethoden Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment (MANTRA) und Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) [B, S. 169].

Ziele in der ambulanten Psychotherapie sollten sein: wöchentliche Gewichtszunahme von 200 bis 500 Gramm (flexibel handhabbar), Normalisierung des Essverhaltens, Arbeit an den mit der Anorexie verbundenen psychischen und psychosozialen Problemen [KKP, S. 169].

Therapiemotivation

Personen mit Essstörungen sind oft ambivalent, was eine Veränderung ihres Essverhaltens und Gewichts angeht. Insbesondere zu Therapiebeginn, aber auch im Therapieverlauf ist es deshalb empfehlenswert, Techniken der motivierenden Gesprächsführung einzusetzen [B, S. 60; A, S. 168; KKP, S. 233].

Mit der Patient*in sollten folgende Punkte zu Therapiebeginn besprochen werden: Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei einer Gewichtsabnahme, Kontakt mit ärztlichen Mitbehandler*innen, Umgang mit der Familie [KKP, S. 169]. Wenn möglich sollen auch Eltern oder andere Sorgeberechtigte* in die Behandlung einbezogen werden [A, S. 168].

Rückfallprophylaxe: Im Anschluss an die ambulante Psychotherapie sollten innerhalb eines Jahres regelmäßig Folgetermine bei der behandelnden Psychotherapeut*in oder betreuenden Ärzt*in erfolgen [KKP, S. 169].

Wann stationär?

Eine Anorexie sollte stationär behandelt werden bei [KKP, S. 169 - 170]:

- extremem Untergewicht (BMI < 15 kg/m² oder bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der 3. Altersperzentile),
- anhaltendem Gewichtsverlust ($> 20\%$ über sechs Monate),
- unzureichender Gewichtszunahme über drei Monate trotz ambulanter oder teilstationärer Behandlung,
- körperlicher Gefährdung,
- Suizidalität,
- hoher psychischer Komorbidität,
- mangelnder Krankheitseinsicht,
- Schwierigkeiten in der ambulanten Behandlung (zum Beispiel ungenügende Anleitung bei der Mahlzeitenstruktur, Verbergen gewichtsreduzierender Maßnahmen),
- Gefährdung des Gesundungsprozesses durch das soziale Umfeld der Patient*in.

Eine teilstationäre Behandlung ist in folgenden Fällen ratsam [KKP, S. 169]:

- nach einer stationären Behandlung muss der Übergang in den ambulanten Sektor vorbereitet werden;
- eine ambulante Therapie erweist sich bei einer nur mäßig untergewichtigen Patient*in (BMI > 15 kg/m² beziehungsweise > 3. BMI-Altersperzentile bei Kindern und Jugendlichen) als unzureichend;
- bei einer Patient*in mit wiederholten stationären Aufnahmen soll die soziale Eingliederung und Tagesstrukturierung verbessert werden.

Stationäre Behandlung

Eine stationäre Behandlung einer Anorexie sollte in Einrichtungen erfolgen, die ein spezialisiertes, multimodales Behandlungsprogramm anwenden [A, S. 170]. Dazu gehört: störungsorientierte Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting, Ernährungsmanagement, Interventionen zur Änderung des Gewichts, Ess- und gegebenenfalls Bewegungsverhaltens (unter anderem durch Essbegleitung, Zielvereinbarungen für die wöchentliche Gewichtszunahme), störungsorientierte Körper- und gegebenenfalls Sporttherapie [KKP, S. 170].

Während der stationären Behandlung soll eine Gewichtszunahme von 500 bis 1.000 Gramm pro Woche angestrebt werden. Patient*innen sollten 1 bis 3x/Woche morgens nüchtern in leichter Bekleidung gewogen werden [KKP, S. 170]. Das Zielgewicht sollte am Ende der stationären Behandlung für einige Zeit gehalten werden, um danach Rückfälle zu vermeiden [B, S. 170].

Der Übergang in das ambulante Setting wird durch poststationäre ambulante Gruppen oder internetgestützte Therapie erleichtert [B, S. 171]. Nach der stationären Behandlung soll eine ambulante Psychotherapie durchgeführt werden [A, S. 171].

Eine Zwangsbehandlung sollte nur bei akuter Selbstgefährdung oder nach Ausschöpfen aller anderen Behandlungsmaßnahmen erfolgen [KKP, S. 168].

Pharmakologische Behandlung

Für die Behandlung der Anorexie ist in Deutschland bislang kein Medikament zugelassen. Neuroleptika und Antidepressiva sollen nicht zur Gewichtszunahme eingesetzt werden [A, S. 171]. Nur wenn das Denken der Patient*in extrem auf Essen und Gewicht eingeengt ist oder ihr Bewegungsdrang nicht begrenzt ist, können als Off-Label-Use Neuroleptika (vor allem Olanzapin) niedrigdosiert verabreicht werden [0, S. 171].

Bulimia nervosa

Ambulante Behandlung

Die Behandlung einer Bulimie sollte nach Möglichkeit ambulant [B, S. 233] mittels einer evidenzbasierten Psychotherapie erfolgen [A, S. 234].

Als Therapieverfahren mit der höchsten Evidenz wird die kognitive Verhaltenstherapie (inklusive ihrer Weiterentwicklungen wie der Dialektisch-Behavioralen Therapie) zur Behandlung empfohlen [B, S. 234]. Sofern sich eine Verhaltenstherapie als nicht ausreichend wirksam erweist, sollte alternativ eine interpersonelle Psychotherapie (in Deutschland nicht als Richtlinien-Psychotherapie zugelassen) [B, S. 234] oder kann eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen werden [0, S. 234]. Bei Kindern und Jugendlichen kann auch eine familienbasierte Therapie angeboten werden [0, S. 234].

Therapeutisch angeleitete Selbsthilfe-Programme, die sich auf Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie stützen, haben sich in einigen Studien als wirksam erwiesen und können im Einzelfall erwogen werden [0, S. 234].

Wann stationär?

Eine teilstationäre oder stationäre Behandlung einer Bulimie ist ratsam bei [KKP, S. 233 - 234]:

- schwerer bulimischer Symptomatik,
- psychischer oder physischer Komorbidität, die eine stationäre Behandlung erfordert (zum Beispiel Drogenabhängigkeit, unzureichend eingestellter Diabetes mellitus),
- Schwangerschaftskomplikationen aufgrund der Essstörung,
- sich als unzureichend erweisender ambulanter Behandlung,
- Gefährdung des Gesundheitsprozesses durch das soziale Umfeld der Patient*in.

Pharmakologische Behandlung

Fluoxetin ist als einziges Medikament in Deutschland zur Behandlung der Bulimie zugelassen. Es sollte ausschließlich bei Erwachsenen und in Kombination mit einer Psychotherapie eingesetzt werden. Als Tagesdosis werden 60 Milligramm empfohlen [B, S. 234]. Die Einnahmedauer sollte mindestens vier Wochen betragen [KKP, S. 234].

Kontraindiziert ist die Behandlung mit Bupropion [B, S. 234]. In einer älteren Studie führte das Medikament überzufällig häufig zu Krampfanfällen.

Binge-Eating-Störung (BES)

Ambulante Behandlung

Die Behandlung einer BES soll mittels einer Psychotherapie erfolgen, wobei die kognitive Verhaltenstherapie aufgrund ihrer Evidenz die erste Wahl darstellt [A, S. 263]. Alternativ sollte interpersonelle Therapie angeboten werden [B, S. 263].

Darüber hinaus gibt es begrenzte Evidenz für die Wirksamkeit humanistischer [0, S. 263] oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie [0, S. 263]. Nur das letzte Verfahren ist in Deutschland als Richtlinien-Psychotherapie zugelassen.

Therapeutisch angeleitete Selbsthilfe-Programme, die sich auf Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie stützen, haben sich bei der Behandlung als wirksam erwiesen und sollten Patient*innen empfohlen werden [B, S. 263].

Gewichtsreduktionstherapie

Zur Gewichtsreduktion haben sich bei Patient*innen mit BES und komorbider Adipositas multimodale Gewichtsreduktionsprogramme, die auf eine Änderung der Ernährung, Bewegung sowie des Verhaltens abzielen, als kurzfristig wirksam erwiesen [0, S. 263].

Pharmakologische Behandlung

Für die Behandlung der BES ist in Deutschland bislang kein Medikament zugelassen. Wenn eine Psychotherapie ohne Wirkung bleibt oder von der Patient*in abgelehnt wird, kann eine Medikation mit zentralnervös wirkenden Stimulantien (vor allem Lisdexamfetamin), tetrazyklischen Antidepressiva oder Antikonvulsiva unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen für einen begrenzten Zeitraum erwogen werden [0, S. 263].

Kombinationsbehandlung

Eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie, Gewichtsreduktionstherapie und/oder pharmakologischer Behandlung ist gegenüber einer Monotherapie nicht überlegen. Sie sollte im Einzelfall nur dann erwogen werden, wenn eine Monotherapie nicht ausreicht [0, S. 263].

Wann stationär?

Eine teilstationäre oder stationäre Behandlung einer BES ist ratsam bei [KKP, S. 263]:

- schwerer Symptomatik,
- psychischer oder physischer Komorbidität, die eine stationäre Behandlung erfordert (zum Beispiel schwere Depression oder Adipositas),

- patientenbezogenen Faktoren, die eine ambulante Therapie verhindern (zum Beispiel ein sehr hohes Körpergewicht),
- sich als unzureichend erweisender ambulanter Behandlung,
- Gefährdung des Gesundungsprozesses durch das soziale Umfeld der Patient*in.

Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen

Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen machen rund 40 Prozent aller Essstörungen aus. Bei diesen Störungsbildern liegen ein problematisches Essverhalten sowie Leidensdruck und Beeinträchtigung vor, die Kriterien für eine klassische Essstörung sind jedoch nicht vollständig erfüllt. Da Störungen dieser Mischkategorie noch vergleichsweise wenig erforscht sind, werden in den Leitlinien hierfür nur wenige Behandlungsempfehlungen ausgesprochen.

Behandlung atypischer und subsyndromaler Essstörungen

Bei Patient*innen, die klinisch relevante Symptome einer klassischen Essstörung aufzeigen, aber das Vollbild nicht erfüllen, sollte je nach dominierendem Symptombild analog der Behandlung einer Anorexie, Bulimie oder BES vorgegangen werden (siehe entsprechende Absätze im Abschnitt Behandlungsempfehlungen) [KKP, S. 275, 282].

Internetbasierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme haben sich in einigen Studien als wirksam dafür erwiesen, subsyndromale Essörungssymptome zu reduzieren und der Ausbildung des Vollbilds einer Essstörung vorzubeugen [0, S. 275].



Informationen für Patient*innen

Was sind Essstörungen?

Essstörungen sind seltene, aber meist schwere psychische Erkrankungen. Das Leben einer Patient*in wird stark durch die Gedanken an Essen und Gewicht bestimmt. An Essstörungen erkranken ganz überwiegend Frauen. Die drei häufigsten Essstörungen sind:

Magersucht (Anorexie): Bei dieser Erkrankung besteht starkes, manchmal lebensbedrohliches Untergewicht. Die Patient*in nimmt dauerhaft zu wenig Nahrung zu sich, betreibt sehr viel Sport oder nimmt Appetitzügler ein. Ihr Körpergewicht liegt mindestens 15 Prozent unter dem je nach Alter geltenden normalen Gewicht. Der Body-Mass-Index (BMI) beträgt bei einer ausgewachsenen Person weniger als 17,5 kg/m². Die Patient*innen haben trotz ihres Untergewichts starke Angst davor, zuzunehmen oder zu dick zu sein.

Ess-Brech-Sucht (Bulimie): Auch hier haben Patient*innen starke Angst davor zuzunehmen. Anders als bei der Magersucht sind sie aber meist nicht untergewichtig, sondern in der Regel normgewichtig. Sie haben regelmäßige Heißhungeranfälle, bei denen sie in meist kurzer Zeit große Mengen essen. Um die Kalorienzufuhr rückgängig zu machen, erbrechen sie jedoch das Gegessene, nehmen Abführ- oder Entwässerungsmittel ein oder treiben stark Sport. Zwischen den Essanfällen halten Patient*innen meist strenge Diät.

Unkontrolliertes Essen (Binge-Eating-Störung): Auch diese Patient*innen verlieren regelmäßig (mindestens 1x pro Woche) die Kontrolle über ihr Essverhalten und essen zu einer Gelegenheit deutlich mehr als die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum. Anders als bei der Ess-Brech-Sucht versuchen sie aber nicht jedes Mal, die Kalorienzufuhr durch Erbrechen, Fasten oder körperliche Aktivität auszugleichen. Erkrankte sind dadurch oft übergewichtig.

Die verschiedenen Essstörungen können ineinander übergehen oder sich abwechseln. Oft entwickelt sich aus einer Magersucht eine Ess-Brech-Sucht. Menschen mit Essstörungen leiden häufig auch an Depressionen, Angststörungen oder sind alkohol-, drogen- oder medikamentensüchtig.

Behandlung

Bei allen drei Essstörungen ist eine Psychotherapie die Behandlungsmethode der ersten Wahl. Dabei sollte bei magersüchtigen Patient*innen im Jugendalter die Familie aktiv in die Behandlung einbezogen werden. Ist das Gewicht der Patient*in sehr niedrig, muss sie meist im Krankenhaus behandelt werden. Das wichtigste Therapieziel ist dann zunächst, Gewicht zuzunehmen und zu halten. In der begleitenden Psychotherapie wird daran gearbeitet, wieder normal zu essen, verzerrte Schlankheitsideale zu ändern und ein realistisches Bild des eigenen Körpers und Gewichts zu entwickeln. Vor allem magersüchtige Patient*innen glauben, viel zu dick zu sein, obwohl sie erhebliches Untergewicht haben („Körperschemastörung“). Außerdem wird das Selbstwertgefühl der Patient*in gestärkt sowie mit ihr trainiert, mit anderen Menschen besser zurechtzukommen.

Essstörungen können in vielen Fällen wirksam behandelt werden. Der Erfolg einer Behandlung hängt stark davon ab, wie schwer die Erkrankung ist und wie lange sie schon dauert. Es ist deshalb ratsam, sich möglichst frühzeitig Hilfe zu holen, wenn man bemerkt, dass Essen und Gewicht immer mehr das eigene Leben bestimmen.



Beratungsangebote und weitere Informationen

Wenn Sie den Verdacht haben, an einer Essstörung zu leiden, können Sie sich an eine Psychotherapeut*in, Ärzt*in oder eine Beratungsstelle für Essstörungen wenden.

Weitere Informationen finden Sie hier:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.bzga-essstoerungen.de
Telefonische Beratung: **0221 89 20 31**
- Bundesfachverband Essstörungen e.V.:
Regionale Einrichtungen zur Beratung und Behandlung von Patient*innen mit Essstörungen:
www.bundesfachverbandessstoerungen.de/der-verband/mitgliederverzeichnis.php
- Selbsthilfegruppen für Menschen mit Essstörungen:
www.nakos.de
- Patientenleitlinie Essstörungen:
www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html

Impressum

Herausgeber

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030.278 785 – 0
Fax: 030.278 785 – 44
info@bptk.de
www.bptk.de

Satz und Layout:

PROFORMA GmbH & Co. KG
1. Auflage, November 2021

www.bptk.de