

3

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

ESS- STÖRUNGEN

Suchtmedizinische Reihe
Band 3

Herausgegeben von der
Deutschen Hauptstelle für
Suchtfragen e.V.



Die Erkenntnisse der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten therapeutischen Angaben (insbesondere hinsichtlich Indikation, Dosierung und unerwünschten Wirkungen) dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann von den Autoren jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.

Geschützte Warennamen werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

ESSSTÖRUNGEN

Suchtmedizinische Reihe
Band 3

Verantwortlich für den Inhalt:

PD Dr. med. Dipl. Psych. Ulrich Cuntz
Prof. Dr. med. Martina de Zwaan
Prof. Dr. rer. nat. Silja Vocks
Sigrid Borse

Vorwort

Mit dem Band „Essstörungen“ der Suchtmedizinischen Reihe wendet sich die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen insbesondere an diejenigen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die in ihrem Alltag mit Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten in Kontakt geraten, bei denen eine Essstörung vorliegt oder vermutet wird, und die sich vertiefend mit den spezifischen Problematiken der verschiedenen Störungen, ihren gesundheitlichen Folgen sowie den Behandlungsmöglichkeiten beschäftigen wollen. Die Bände dieser Reihe richten sich an Ärztinnen und Ärzte, vornehmlich der allgemeinmedizinischen Versorgung, sowie an psychosoziale Berufsgruppen in der psychotherapeutischen Versorgung und in der Sozialarbeit. Die Einzelausgaben der Reihe enthalten einen umfassenden Wissensgrundstock, der als Kompendium oder zum Nachschlagen genutzt werden kann. Darüber hinaus stehen die DHS und die Autorinnen und Autoren für Nachfragen zur Verfügung.

Die Essstörungen wurden über lange Zeit vom Volksmund als „Magersucht“ und „Fettsucht“ bezeichnet. Dies legte fälschlicherweise eine Zuordnung zu den Abhängigkeitserkrankungen nahe. Essstörungen werden jedoch weder in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) noch im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) zu diesen Krankheitsbildern gerechnet, sondern stellen eine eigene Kategorie dar. Sie gehören, wie die „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ und die „Störungen der Impulskontrolle“ („zu diesen wird auch das „Pathologische Glücksspielen“ gezählt,) zum Oberbegriff „Psychische Störungen“.

Bei den Essstörungen handelt es sich, ähnlich wie bei den Abhängigkeitserkrankungen, um multifaktoriell bedingte Störungsbilder. Sie zeigen sich auf verschiedene Art und Weise. Am bekanntesten sind die Anorexie und die Bulimie. Jedoch machen sie den geringeren Teil der Essstörungen aus. Sie finden sich hauptsächlich bei Mädchen und jungen Frauen. Binge-Eating-Störungen sind wesentlich weiter verbreitet, insbesondere unter weiblichen, aber zunehmend auch männlichen Adipositaspatienten.

Da Essstörungen meist schon im Jugendalter auftreten, belasten sie nicht nur die Betroffenen, sondern die ganze Familie. Eltern fühlen sich häufig hilflos ange-

sichts der Erkrankung ihres Kindes. Beachtet werden sollte allerdings, dass nicht jedes auffällige Essverhalten eine Störung sein muss. Da die Übergänge zwischen einem, meist zeitweilig, auffälligen Essverhalten und einer Störung jedoch fließend sein können, ist es besonders wichtig, diese Problematik frühzeitig abzuklären und die richtigen Hilfestellungen zu geben. Daher steht nicht mehr allein die ausgeprägte Essstörung im Vordergrund der Interventionen, sondern immer häufiger auch Früherkennung und Frühintervention. Eine strukturierte Kooperation aller in der Versorgung tätigen Berufsgruppen und Institutionen trägt dazu bei, Betroffene bereits frühzeitig zu erreichen, Wartezeiten zwischen den unterschiedlichen Maßnahmen zu verringern und den Behandlungsprozess zu optimieren.

Zu Beginn des neuen Jahrtausends begann die DHS mit der Publikation der Suchtmedizinischen Reihe und erschloss damit praxisrelevante Informations- und Datenquellen für die in diesem Fachgebiet Tätigen. In der Zwischenzeit haben sich Medizin und Hilfesysteme weiterentwickelt, so dass eine Neufassung der Titel „Alkoholabhängigkeit“, „Tabakabhängigkeit“, „Drogenabhängigkeit“ und „Essstörungen“ erforderlich wurde. Vervollständigt wird die Reihe nun durch die bislang fehlenden Bände „Medikamentenabhängigkeit“ und „Pathologisches Glücksspielen“.

Die DHS dankt den Autorinnen und Autoren herzlichst für ihre engagierte Arbeit. Sie haben in kompakter Form praxisnahe und aktuelle Informationen aus unterschiedlichen Disziplinen für die Beratung und Behandlung zusammengestellt.

Dr. Heribert Fleischmann
Vorstandsvorsitzender der DHS
Frühjahr 2013

Inhalt

	Vorwort	2
1	Einleitung	6
2	Arten der Essstörungen	8
2.1	Anorexia nervosa (AN)	8
2.2	Bulimia nervosa (BN)	11
2.3	Binge-Eating-Störung (BES)	15
2.4	Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen	17
2.5	Ursachen der Essstörungen	19
2.6	Psychische Komorbidität	19
2.7	Differentialdiagnostik	20
3	Epidemiologie	22
3.1	Körpergewicht und körperliche Gesundheit	22
3.2	Prävalenz und Inzidenz der Essstörungen	25
3.3	Genetik	28
3.4	Risikogruppen	28
3.5	Mortalität	29
4	Körperliche Komplikationen und Folgeschäden	30
5	Besondere Indikationsgruppen	36
5.1	Kinder und Jugendliche	36
5.2	Essstörungen und Schwangerschaft	37
5.3	Essstörungen bei Männern	39

6	Diabetes mellitus	40
7	Behandlung (Techniken, Bausteine der Behandlung)	42
7.1	Motivation zur Behandlung	42
7.2	Medikamentöse Behandlung	43
7.3	Psychotherapeutische Behandlung	44
8	Behandlungsangebote (Versorgungsstruktur)	50
9	Beratung (Funktion, Schnittstellen)	52
10	Selbsthilfe	56
11	Anhang	57
11.1	Literatur – Quellen - Empfehlungen	57
11.2	Beratungsstellen	60
11.3	Internetadressen	61
11.4	Landesstellen gegen die Suchtgefahren	62
	Die DHS	64
	Die BZgA	66
	Impressum	68

1 Einleitung

Das öffentliche Interesse am Thema Essstörungen ist ungebrochen. Dies mag auch daran liegen, dass die Nahrungsaufnahme, das Essen, einerseits zu den Grundbedürfnissen der Menschen gehört, andererseits aber auch im Falle einer Essstörung schwerwiegende gesundheitliche, teils sogar tödliche, Folgen hat. In den westlichen Gesellschaften werden Menschen zunehmend nach ihrer äußeren Erscheinung bewertet. Das Selbstwertgefühl der von Essstörungen Betroffenen orientiert sich vornehmlich an einem möglichst attraktiven Körper. Jede Abweichung des Körpergewichts nach oben ist geeignet, tiefe Selbstzweifel auszulösen. Die Tatsache, dass Essstörungen vorrangig Frauen betreffen, führt zu einer kritischen Betrachtung der Rollenvorstellungen, mit denen Frauen konfrontiert werden.

Zum Verständnis ihrer Genese gehört jedoch auch, dass das gesellschaftliche Ideal hier in einem klaren Gegensatz zu den zentralen biologisch determinierten Bedürfnissen des Organismus steht. Die Nahrungsaufnahme dient im Hinblick auf den Körper in allererster Linie der Aufrechterhaltung einer ausreichenden Energieversorgung des Organismus. Essstörungen stehen damit in einem Konfliktfeld zwischen gesellschaftlich überformten individuellen Motiven und den grundlegenden biologischen Bedürfnissen des Organismus.

Essstörungen treten in verschiedenen Erscheinungsformen auf. Die Anorexia nervosa (AN) ist in der Regel durch ein gesundheitsbedrohliches Untergewicht gekennzeichnet. Bei der Bulimia nervosa (BN) wechseln sich häufige Essanfälle mit gegenregulierendem Verhalten ab, wie z.B. Erbrechen. Und bei der Binge-Eating-Störung (BES) gehen Essanfälle mit einem Kontrollverlust einher. Zu unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen, wie bei der Bulimia nervosa kommt es nicht. Darüber hinaus gibt es eine größere Gruppe von „nicht näher bezeichneten Essstörungen“, die der Einordnung von Essstörungen dient, die den Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht entsprechen und die, wie auch die anderen Essstörungen, zu einer Störung der normalen Regulation des Essverhaltens durch Hunger und Sättigung führen. Wie die besser definierten Essstörungen AN und BN sowie die BES verursachen auch diese Formen von gestörtem Essverhalten erhebliches individuelles Leiden.

Essstörungen können mit normalem Gewicht, mit Untergewicht oder auch,

wie besonders die Binge-Eating-Störung, mit Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) verbunden sein. Charakteristisch für Essstörungen ist vor allem eine instabile Gewichtskurve mit erheblichen Gewichtsschwankungen über die Zeit. Die Adipositas selbst jedoch ist keine Essstörung, auch wenn, in nicht wenigen Fällen, gestörtes Essverhalten der Entwicklung des Übergewichts Vorschub leistet. Diese Broschüre gibt zunächst einen Überblick über die verschiedenen Essstörungen, ihre Definitionen und die Zusammenhänge mit anderen psychischen Erkrankungen. Essstörungen beeinträchtigen in besonderem Maße den Organismus, insofern ist die Thematisierung der körperlichen Folgeerkrankungen der nächste wichtige Aspekt. Daran anschließend werden spezielle Problembereiche wie Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen, bei Männern und während der Schwangerschaft behandelt. Ein weiteres Kapitel befasst sich mit dem Aspekt von Diabetes mellitus und Essstörungen. Die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung von Essstörungen erläutert das darauf folgende Kapitel. Schließlich wird die besondere Struktur des Versorgungsnetzes in Deutschland dargestellt. Hierzu gehören auch die Themen Beratung und Selbsthilfe.

Die Feststellungen und Empfehlungen, die in dieser Broschüre erfolgen, orientieren sich an den deutschen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Linkadresse und Literaturhinweis zu den S3-Therapieleitlinien sind im Anhang zu finden.

Um den Lesefluss zu begünstigen, wurde im Text meist nur die weibliche Form („Patientinnen“) angeführt, denn besonders bei AN und BN ist der Großteil der Betroffenen weiblich. Diese Sprachregelung soll der Vereinfachung dienen, nicht aber die männlichen Betroffenen diskriminieren.

2 Arten der Essstörungen

2.1 Anorexia nervosa (AN)

Als Anorexia nervosa (AN) wird eine Erkrankung bezeichnet, bei der durch restriktives Essverhalten und andere Verhaltensweisen ein beträchtlicher Gewichtsverlust selbst herbeigeführt wird und Untergewicht entsteht oder aufrechterhalten bleibt. Das Körpergewicht liegt bei erwachsenen Erkrankten unterhalb von $17,5 \text{ kg/m}^2$ (Body-Mass-Index, BMI). Bei Kindern und Jugendlichen wird als Definitionskriterium hier ein Unterschreiten der 10. Altersperzentile vorgeschlagen.

Betroffene zeigen trotz bestehenden Untergewichts eine deutliche Angst, zu dick zu sein und/oder ein ausgeprägtes Streben nach „Schlankheit“. Um das Körpergewicht niedrig zu halten oder zu reduzieren, wird die Nahrungsmenge bzw. Nahrungsauswahl eingeschränkt (Vermeidung von Fetten bzw. Kohlenhydraten). Viele Patientinnen entwickeln Essrituale, die am häufigsten in langsamem Essen, dem Kleinschneiden von Nahrung und einer festgelegten, hochselektiven Zusammenstellung der Nahrungsmittel bestehen. Da Hungern nicht leicht auszuhalten ist, kommt es bei einem Teil der Betroffenen, insbesondere bei längerer Krankheitsdauer, zu Essanfällen. Um das niedrige Gewicht dennoch zu halten, können selbstinduziertes Erbrechen oder der Missbrauch von Abführmitteln (Laxanzien), Entwässerungstabletten (Diuretika) oder anderen Medikamenten hinzukommen. Bei der AN unterscheidet man daher zwischen einem restriktiven Typus und einer Form, die mit Essattacken und/oder eingreifenden Maßnahmen zur Gewichtsreduktion einhergeht (Purging-Verhalten: Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) und als bulimischer Typus bezeichnet wird. Darüber hinaus lässt sich bei fast allen Patientinnen ein gesteigerter Bewegungsdrang bis hin zu exzessiver körperlicher Betätigung beobachten. Auf die Essproblematik angesprochen, reagieren Betroffene häufig aggressiv und abwehrend oder bagatellisieren das Problem.

Auf der psychischen Ebene herrscht zu Beginn nicht selten ein positives Gefühl von Leichtigkeit, Kontrolle und Euphorie vor, das mit fortschreitendem Gewichtsverlust in Gleichgültigkeit, Reizbarkeit und eine depressive Stimmungslage übergehen kann. Das Körpererleben ist verändert. Symptomatisch ist eine Körperschemastörung, also eine verzerrte Körperwahrnehmung und das hartnäckige

Verkennen des objektiven Untergewichts. Während die Betroffenen andere Menschen realistisch wahrnehmen können, erleben sie den eigenen Körper unabhängig vom Ausmaß des Untergewichts häufig als unförmig und „fett“ – vor allem sind Bauch, Hüften und Oberschenkel betroffen. Im Rahmen der gestörten Körperwahrnehmung kommt es häufig zum „Body Checking Verhalten“, einem Verhalten, das oft erst auf Nachfrage berichtet wird. Dabei werden mit den Händen oder dem Maßband Körperproportionen kontrolliert (z.B. Bauchumfang, Umfang von Extremitäten). Außerdem überprüfen die Erkrankten häufig zur eigenen Rückversicherung, ob ihre Knochen auch noch tastbar sind. In diesem Zusammenhang ist auch ein übermäßig häufiges Wiegen zu beobachten; die eigene Stimmung ist dann vom jeweiligen Gewicht abhängig. Nicht selten beginnt die Störung mit einer harmlos erscheinenden Diät. Auslöser können ein erster Auslandsaufenthalt, ein erstes Verliebtsein oder der Beginn zunehmender körperlicher Veränderungen in der Pubertät sein. Es kann positiv verstärkend wirken, wenn andere auf eine Gewichtsabnahme mit anerkennender Rückmeldung und vermehrter Aufmerksamkeit reagieren. Bei chronischem Verlauf kann die AN zu einem Teil der Identität werden, der nur noch schwer aufzugeben ist.

Die Befürchtung, die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme komplett zu verlieren und die Angst zuzunehmen sind groß. Es entsteht eine regelrechte Gewichtsphobie: Das Körpergewicht rückt in den Mittelpunkt des gesamten Fühlens, Denkens und Handelns. Es stellt sich das Gefühl ein, dass eine (erneute) Gewichtszunahme unbedingt vermieden werden muss. Eine Kontrolle des Gewichts wird oft gleichgesetzt mit dem Gefühl, das eigene Leben unter Kontrolle zu haben. Das nach außen sichtbare Untergewicht löst bei Eltern und anderen Bezugspersonen besorgte Reaktionen aus. Die Gefährdung, die das Untergewicht mit sich bringt, wird von den Betroffenen selber jedoch meist negiert, so dass es in Familien häufig zu ausgeprägten Spannungen kommt.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Familie in ein Dilemma geraten kann: Sowohl einfühlsames und liebevolles Verhalten als auch ablehnendes und kontrollierendes Verhalten können in gleicher Weise die Symptomatik aufrechterhalten oder sogar verstärken. Angehörige und Partner stehen einer Essstörung häufig hilflos und verzweifelt gegenüber. Die tiefe Verunsicherung ist oft kein guter Ratgeber bei dem Versuch, „richtig“ und hilfreich zu agieren. Sie führt nicht selten zu heftigen Schuldgefühlen und/oder einer aggressiven, vorwurfsvollen Einstellung zur Erkrankten. Dadurch sind die Eltern „mattgesetzt“; sie sollten selbst Hilfeangebote annehmen. Insgesamt entsteht ein sich selbst aufrechterhaltender Kreislauf, die Krankheit verselbstständigt sich.

Die Betroffenen ziehen sich aus weiten Teilen des gesellschaftlichen Lebens zurück, da die meisten Formen geselligen Beisammenseins auch in irgendeiner Weise mit Essen verbunden sind. Auffällig ist, dass Menschen mit Anorexia nervosa sich gerne mit Nahrungszubereitung befassen, Rezepte sammeln, Kochbücher lesen und für andere üppige Mahlzeiten zubereiten.

Patientinnen mit Anorexie haben meist eine trockene Haut, brüchige Nägel, Haarverlust und eine so genannte Lanugobehaarung, also einen oft deutlich sichtbaren Haarflaum auf Gesicht und Rücken. Im Extremfall können Liegegeschwüre und periphere Ödeme auftreten. Die Patientinnen zeigen blaue Finger und Zehen (Acrozyanose), eine verringerte Körpertemperatur und ständiges Kältegefühl. Puls und Blutdruck sind ebenfalls herabgesetzt. Es kommt zu Schlafstörungen.

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa

ICD-10: F50.0 Internationale Klassifikation der Krankheiten (WHO 1993)	DSM-IV: 307.1 Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association 1994)
1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI von 17,5 kg/m ² oder weniger. Bei Patientinnen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.	A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten; Gewicht mindestens 15 % unter dem zu erwartenden Gewicht.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen, sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen: <ul style="list-style-type: none"> • selbstinduziertes Erbrechen • selbstinduziertes Abführen • übertriebene körperliche Aktivität • Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika 	B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.	C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.

<p>4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust manifestiert. Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.</p>	<p>D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen.</p>
<p>5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät Verzögerung bzw. Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte.</p>	
<p>Spezifizierung des Typs:</p> <p>Restriktive Form (F50.00): Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.)</p> <p>Bulimische Form (F50.01): Anorexie mit aktiven Maßnahmen der Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. in Verbindung mit Heißhungerattacken)</p>	<p>Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen Essanfälle gehabt oder hat kein Purging-Verhalten gezeigt</p> <p>„Binge-Eating/Purging“-Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig Essanfälle und hat Purging-Verhalten gezeigt (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren)</p>

Tab. 2.1: (nach Dilling, Mombour, Schmidt, 2000; nach Saß, 1998; Ergänzung Spezifizierung: Jacobi, Paul, Thiel, 2004)

2.2 Bulimia nervosa (BN)

Während bei der Anorexie mit wenigen Blicken das Hauptsymptom Untergewicht erkennbar ist, erscheinen Patientinnen mit Bulimia nervosa (BN) zunächst unauffällig, da sie in der Regel normalgewichtig sind. Bei der BN kommt es zu typischen Essanfällen mit Kontrollverlust. Dabei werden große Mengen an Nahrungsmitteln hastig verschlungen, ohne dass ein Aufhören möglich zu sein scheint. Der Essattacke folgt ein kompensatorisches Verhalten, das es der Betroffenen ermöglicht, ihr Gewicht zu halten, statt zuzunehmen. Das selbst herbeigeführte Erbrechen erfolgt meist kurz nach der Nahrungsaufnahme. Bei Maximalausprägungen der Symptomatik kann die gesamte Tageszeit aus Zyklen von Essen und Erbrechen bestehen.

Dazu kommen häufige Diäten, Fasten, Meiden hochkalorischer Lebensmittel, Missbrauch von Medikamenten (Laxanzien, Diuretika, Appetitzügler, Schilddrüsenhormone) und exzessive sportliche Betätigung von mehreren Stunden täglich mit dem expliziten Ziel, das Gewicht zu regulieren. Die Patientinnen unterscheiden zwischen „verbotenen“ Nahrungsmitteln, die überwiegend sehr kalorienreich sind, und „erlaubten“ Nahrungsmitteln mit weniger Gehalt an Kalorien und Fett. Bei Essanfällen werden Nahrungsmittel konsumiert, die leicht verfügbar, schnell zu essen, kalorienreich und eigentlich „verboten“ sind. Die Essanfälle finden meistens im Geheimen statt. Die Nahrung wird kaum gekaut, auf den Geschmack wird weniger geachtet als darauf, dass das Verschlungene später auch wieder herausgewürgt werden kann. Es wird so lange gegessen, bis ein unangenehmes Völlegefühl entsteht, die Nahrungsmittel ausgehen oder es zu Störungen von außen kommt. Bei diesen Anfällen können 3.000 bis 5.000 kcal und mehr verzehrt werden. Oftmals werden Essanfälle bereits im Voraus geplant, und es wird gezielt dafür eingekauft.

Obwohl es meist im Normalbereich liegt, sind die Betroffenen mit ihrem Gewicht und ihrer Figur unzufrieden und haben Angst vor einer Gewichtszunahme. Die Patientinnen verzichten daher phasenweise ganz auf Nahrungsaufnahme, hungern also, oder sie sind in ihrem Essverhalten sehr restriktiv. Sie essen unregelmäßig, öfters werden Diäten durchgeführt und Mahlzeiten ausgelassen. Der daraus resultierende ständige Hungerzustand, aber auch der dauernde Wunsch nach Kontrolle der Nahrungsaufnahme – auch wenn die Kontrolle nicht gelingt –, begünstigt Essanfälle. Die Bulimia nervosa wird somit im Sinne eines psychosomatischen Teufelskreises aufrechterhalten. Diäten und Fasten führen zu einem körperlichen und psychischen Mangelzustand, der nicht unbegrenzt ausgehalten werden kann und typischerweise in einen Essanfall mündet. Um zu verhindern, dass die exzessive Energieaufnahme eine Gewichtszunahme verursacht, werden gegensteuernde Maßnahmen ergriffen. Damit werden zugleich die Schuldgefühle und Ängste wegen des verbotenen Essens neutralisiert. Erbrechen erfolgt über selbstinduziertes Auslösen des Würgereflexes; in manchen Fällen gelingt es auch spontan. Um erbrechen zu können, werden zuvor große Mengen an Flüssigkeit getrunken. Der Druck, aufgenommene Nahrung zu erbrechen, kann so stark sein, dass soziale Aktivitäten vermieden werden.

Durch den großen Nahrungsmittelverbrauch kann Bulimia nervosa zu erheblichen finanziellen Problemen führen. Daraus können sich weitere soziale Folgen und Probleme entwickeln. Zur Nahrungsbeschaffung greifen die Betroffenen zu Mitteln wie Anbetteln von Bekannten, Stehlen von Nahrungsmitteln oder Einkauf von Nahrungsmitteln bis zur Verschuldung. Am Ende steht nicht selten ein signifikanter sozialer Abstieg.

Ähnlich wie bei der AN besteht eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme und eine Körperschemastörung. Die Vorstellung zuzunehmen, ist für viele Betroffene unerträglich. Etwa ein Drittel der Patientinnen hat in der Vorgeschichte Episoden einer AN, und auch im Verlauf der BN kommt es gelegentlich zu Episoden einer AN. Bulimia nervosa ist mit starken Schamgefühlen verbunden und wird deshalb oft vor der Umwelt verheimlicht. Im Umfeld bleibt die Essstörung zum Teil jahrelang unerkannt. Bei vielen Patientinnen ist das Selbstwertgefühl gering ausgeprägt; ihr Selbstwert hängt entscheidend von Gewicht und Figur ab (etwa: „Nur wenn ich schlank bin, bin ich etwas wert“). Bei vielen Patientinnen geht die negative Selbstbewertung über essensbezogene Themen hinaus und wird als Teil der eigenen Identität erlebt. Die Gedanken kreisen daher häufig um Essen, Figur und Aussehen. Dabei setzen die Patientinnen sich selber eine sehr niedrige Gewichtsschwelle. Sie liegt unter dem als gesund angesehenen Gewicht mit dem Ziel, möglichst dünn und attraktiv zu sein.

Bei einigen Patientinnen steht die Unfähigkeit im Vordergrund, mit emotionalen Zuständen bzw. Affekten umzugehen. Eine Verminderung der rigiden Diätregeln wird bei diesen Patientinnen nicht ausreichen, um Essanfälle zu reduzieren. Neben Essanfällen zeigen diese Patientinnen häufig selbstverletzendes Verhalten oder Substanzmissbrauch, zum Teil auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Therapie sollte dann an die speziellen Bedürfnisse dieser impulsiven Patientinnengruppe angepasst werden. Es müssen Techniken zur Affektregulation vermittelt werden.

Patientinnen mit BN haben in der Regel Normalgewicht und können ihre Störung leicht verheimlichen. Auf eine BN können folgende sichtbare Zeichen hinweisen: eine schmerzlose Vergrößerung der Speicheldrüsen, die den Patientinnen ein „mumpsartiges“ Aussehen verleiht („Blasengel-Gesicht“) und nicht selten zu einer Erhöhung der Speichel-Amylase im Blut führt; Schmelzdefekte an den Zähnen, erhöhte Temperaturempfindlichkeit der Zähne und Kariesbildung, bedingt durch den Kontakt mit saurem Mageninhalt; Verletzungen und Narbenbildungen an Handrücken und Fingerknochen („Russell's Sign“), verursacht durch den Versuch, mit Hilfe des Fingers im Hals einen Würgereflex auszulösen.

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa

ICD-10: F50.2 Internationale Klassifikation der Krankheiten (WHO 1993)	DSM-IV: 307.51 Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association 1994)
1. Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.	A. Wiederkehrende Essanfälle, gekennzeichnet durch folgende Merkmale: 1. Verzehr einer Nahrungsmenge innerhalb eines begrenzten Zeitraums (bis zu 2 Stunden), die erheblich größer ist, als die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden. 2. Gefühl des Kontrollverlustes während des Essanfalles.
2. Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene kompensatorische Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn Bulimia nervosa bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer bewussten Dosisreduktion der Insulinbehandlung kommen.	B. Wiederkehrendes, unangemessenes Kompensationsverhalten, um eine Gewichtszunahme zu verhindern, wie selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Klistieren oder anderer Medikation, Fasten oder exzessive sportliche Betätigung.
3. Krankhafte Furcht, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht.	C. Essanfälle und unangemessene Kompensationsmechanismen treten über drei Monate im Schnitt mindestens zweimal wöchentlich auf.
4. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.	D. Figur und Körpergewicht haben übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
	E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Rahmen einer Anorexia nervosa auf

Tab. 2.2: (nach: Dilling, Mombour, Schmidt, 2000; nach: Saß, 1998; Ergänzung Spezifizierung: Jacobi, Paul, Thiel, 2004)

2.3 Binge-Eating-Störung (BES)

Die Binge-Eating-Störung (BES) stellt die bei weitem häufigste Essstörung in der Allgemeinbevölkerung dar. Bereits 1959 beschrieb Albert J. Stunkard eine Untergruppe übergewichtiger Patientinnen, die durch wiederholte Episoden von Essanfällen ohne gegenregulatorische Maßnahmen gekennzeichnet waren. Als Binge-Eating-Störung werden heute Syndrome klassifiziert, bei denen regelmäßige Essanfälle entsprechend der bei der BN beschriebenen Kriterien auftreten, die nicht mit angemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einhergehen. Im Unterschied zur BN fällt es bei der BES allerdings zum Teil 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. Die Essanfälle können sich auch als kontinuierliche, über den Tag verteilte Nahrungsaufnahme („grazing“, „nibbling“) ohne feste Mahlzeiten manifestieren. Als Zeichen von beeinträchtigter Kontrolle gelten beispielsweise folgende Verhaltensweisen: schneller zu essen als normalerweise; zu essen, bis sich ein unangenehmes Völlegefühl einstellt; große Mengen zu essen, ohne hungrig zu sein; allein zu essen sowie Gefühle von Ekel, Traurigkeit oder Schuld nach dem Essen. Frauen mit einer BES sind vergleichbar unzufrieden mit ihrem Körper und ihrem Gewicht wie Frauen mit einer BN. Außerdem ist auch bei ihnen das Selbstwertgefühl nachweisbar niedriger.

Die BES unterscheidet sich klinisch deutlich von einer AN oder BN. Die Betroffenen sind in der Regel deutlich älter; gehäuft tritt die BES im mittleren Lebensalter (40 bis 65 Jahre) auf. Männer und Frauen sind davon betroffen, und es besteht eine Komorbidität mit Übergewicht und Adipositas. Im Gegensatz zu AN und BN ist den Betroffenen die Problematik oft nicht bewusst – sie suchen primär Hilfe zur Gewichtsreduktion. Der Leidensdruck von Patientinnen und Patienten mit einer Binge-Eating-Störung resultiert zunächst einmal weniger aus der Symptomatik der Essstörung, sondern vielmehr aus der in der Regel mit ihr einhergehenden Adipositas. Den Kontrollverlust bei der Nahrungsaufnahme erleben die Betroffenen als Scheitern jeglicher Diätanstrengung, und das verstärkt ihren Leidensdruck erheblich. Ähnlich wie bei der BN wird jeder Essanfall schuldhaft erlebt; in der Folge verringern sich dadurch nicht selten Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl noch weiter.

Patientinnen und Patienten mit BES sind häufig adipös (BMI > 30 kg/m²). Leider bestätigt sich die Annahme nicht, dass es zur Gewichtsabnahme kommt, wenn sich Besserungen bei den psychischen Symptomen und der Essstörungssymptomatik einstellen. Ein Sistieren der BES zieht mittel- und langfristig keine Gewichtsreduktion nach sich, so dass wahrscheinlich andere Faktoren, wie zum

Beispiel hyperkalorische Ernährung – auch zwischen den Episoden von Essanfällen –, das Körpergewicht entscheidend beeinflussen. Übergewichtige Frauen mit BES zeigen im Vergleich zu übergewichtigen Frauen ohne BES einen früheren Beginn des Übergewichts, ein höheres Gewicht und häufigere Gewichtsschwankungen, größere Unzufriedenheit mit Gewicht und Körperform, ein geringeres Selbstwertgefühl und eine höhere psychiatrische Komorbidität. In der Überbewertung von Gewicht und Figur und dem übertriebenen Einfluss von Gewicht und Figur auf die Selbstbewertung und das Selbstwertgefühl ähneln sie Betroffenen mit BN.

Forschungskriterien der Binge-Eating-Störung

<p>DSM-IV: 307.50 Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association 1994)</p>
<p>A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Eine Episode von Essanfällen ist durch beide der folgenden Kriterien charakterisiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. in einem zweistündigen Zeitraum), die definitiv größer ist als meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden. (2) Das Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).
<p>B. Die Episoden von Essanfällen treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) wesentlich schneller essen als normal, (2) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, (3) große Nahrungsmengen essen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt, (4) alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst, (5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen
<p>C. Es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle.</p>
<p>D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindesten 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.</p>
<p>E. Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z. B. Purging-Verhalten, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.</p>

Tab. 2.3: (nach: Dilling, Mombour, Schmidt, 2000; nach: Saß, 1998; Ergänzung Spezifizierung: Jacobi, Paul, Thiel, 2004)

2.4 Atypische und nicht näher bezeichnete Essstörungen

Viele der Patientinnen, die sich heute zur ambulanten Behandlung vorstellen, erfüllen die Kriterien einer klassischen Essstörung nicht vollständig. Sie weisen dennoch eine deutliche Fixierung auf Körper und Gewicht auf und haben oft langjährig Schwierigkeiten im Umgang mit Essen und Nahrungsmitteln. Ihr Leidensdruck ist meist groß und diffus. Hierzu gehören beispielsweise betroffene Frauen mit anorektischer Symptomatik, die aber weiterhin eine regelmäßige Monatsblutung haben, oder Betroffene mit Normalgewicht, die aber bereits erheblich an Gewicht verloren haben und sonst alle Kriterien einer AN erfüllen. Mittlerweile gibt es ausreichend Hinweise darauf, dass sich bei Patientinnen mit einer solchen atypischen Form einer AN oder BN beziehungsweise Patientinnen mit dem Vollbild der jeweiligen Störung weder das Ausmaß der essstörungsspezifischen oder allgemeinen Psychopathologie, noch der Verlauf oder die Prognose der Erkrankung unterscheiden. Daraus ergibt sich die Frage, ob die diagnostischen Kriterien für AN und BN zu eng gefasst wurden. Dies hat zu Diskussionen um eine Überarbeitung der Diagnosekriterien geführt. In der neuen Auflage des amerikanischen Klassifikationssystems, dem DSM-5, wird als mögliche Lösung daher eine Lockerung der Kriterien empfohlen werden.

ICD und DSM klassifizieren diese „atypischen“ Essstörungen unterschiedlich:

Diagnostische Kriterien sonstiger Essstörungen

ICD-10:	DSM-IV:
<p>F 50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen Übermäßiges Essen, das als Reaktion auf belastende Ereignisse zu »reaktivem Übergewicht« geführt hat.</p>	<p>307.50 Nicht-näher-bezeichnete Essstörung Die Kategorie Nicht-näher-bezeichnete Essstörung dient der Einordnung von Essstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen. Beispiele sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa erfüllt, außer dass die Frau regelmäßig Menstruationen hat (F 50.1). 2. Sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich (F 50.1).
<p>F 50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen Außer dem selbstinduzierten Erbrechen bei der Bulimia nervosa kann wiederholtes Erbrechen bei folgenden Störungen auftreten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dissoziative Störungen 2. Hypochondrische Störungen; Erbrechen kann eines von mehreren körperlichen Symptomen sein 3. In der Schwangerschaft können emotionale Faktoren zu wiederholter Übelkeit und Erbrechen führen. 	

Diagnostische Kriterien sonstiger Essstörungen

<p>F 50.8 Andere Essstörungen Dazugehörige Begriffe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Psychogener Appetitverlust ▶ nicht organische Pica bei Erwachsenen ▶ Fasten bei Übergewicht 	<p>3. Sämtliche Kriterien der Bulimia nervosa sind erfüllt, jedoch sind die »Fressattacken« und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten (F 50.3).</p> <p>4. Die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungsmengen (z. B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Verzehr von zwei Keksen) (F 50.3).</p> <p>5. Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie herunterzuschlucken (F 50.8)</p> <p>6. »Binge-Eating-Störung«: Wiederholte Episoden von »Fressattacken« ohne die für Bulimia nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen (F 50.9).</p>
<p>F 50.9 Nicht-näher-bezeichnete Essstörung</p>	
<p>F 50.1 Atypische Anorexia nervosa Bei ansonsten typischem klinischen Bild fehlen ein oder mehrere Kernmerkmale der Anorexie, z. B. Amenorrhoe oder Gewichtsverlust.</p>	
<p>F 50.3 Atypische Bulimia nervosa Bei ansonsten typischem klinischen Bild fehlen ein oder mehrere Kernmerkmale der Bulimie.</p>	

Tab. 2.4: (Dilling, Mombour, Schmidt 2000; Saß 1998)

Daneben wurden neue Syndrome beschrieben, wie das Kauen-Ausspucken-Syndrom („chewing and spitting“), bei dem die Nahrung nur gekaut und wieder ausgespuckt, also nicht geschluckt und erbrochen wird.

Darüber hinaus wurde die diagnostische Bezeichnung Purging Disorder vorgeschlagen für Patientinnen mit einer bulimischen Symptomatik, die bereits kleine Mahlzeiten als zu groß empfinden und kompensatorische Maßnahmen anwenden, aber keine objektiv großen Essanfälle mit Kontrollverlust angeben, wie sie für die diagnostischen Kriterien einer BN gefordert werden.

Unter der Bezeichnung Night-Eating-Syndrom (NES) werden von verschiedenen Autoren (erstmalig Stunkard, 1959) Fälle beschrieben, in denen sich die Nahrungsaufnahme stark in die Abend- und Nachtstunden verschiebt. Dabei erfolgen zum einen 25 % der täglichen Kalorienaufnahme nach dem Abendessen, zum anderen liegt nächtliches Erwachen mit Nahrungsaufnahme vor. Dieses Essverhalten tritt in engem Zusammenhang mit psychischem Stress auf; häufig werden morgendliche Appetitlosigkeit, Schlafstörungen und eine depressive Stimmungslage, vor allem abends, beklagt. Trotz langer Forschungstradition gibt es bis jetzt keine verbindliche Definition.

Der Begriff Orthorexia nervosa wird verwendet für eine ausgeprägte Fixierung auf die Auswahl von „gesunder“ und die Vermeidung von „ungesunder“ Nahrung. Ob es sich dabei um eine Essstörung oder lediglich um einen „aufwendigen“ Lebensstil handelt, hängt vom Ausmaß des Leidensdruckes ab, das dieses Verhalten verursacht. Der Begriff Orthorexie findet häufig Erwähnung in der Laienpresse, es gibt dazu aber kaum wissenschaftliche Literatur. Jedenfalls sollte bei orthorektischem Verhalten differenzialdiagnostisch abgeklärt werden, ob eine schwere Essstörung zugrunde liegt.

2.5 Ursachen der Essstörungen

Bei Essstörungen handelt es sich um multifaktoriell bedingte Störungsbilder. Es gibt keine einzelne Ursache für Essstörungen. Immer müssen verschiedene Risikofaktoren zusammentreffen, damit die Erkrankung ausbricht. Im klinischen Alltag müssen einseitige Erklärungsmodelle und Schuldzuweisungen (z. B. „die Eltern sind schuld“) unbedingt vermieden werden. Die Erkrankungen werden von genetischen, neurobiologischen Faktoren sowie von individuell-psychologischen und soziokulturellen Einflüssen bestimmt. Auf ungünstige Umfeldfaktoren und Bedingungen in der Familie und/oder in der Peer Group reagieren Mädchen und junge Frauen empfindlich und bilden ein nur mangelhaftes Selbstwertgefühl aus. Unter dem Druck des gesellschaftlichen Schönheitsideals versuchen sie ihr defizitäres Selbstwertgefühl durch Schlankheit zu kompensieren; sie beginnen, ihre Nahrungsaufnahme deutlich einzuschränken. Vor dem Hintergrund einer genetischen Disposition ist solch restriktives Essverhalten eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung einer Essstörung – das innere Verlangen, schlank oder im Fall einer BES weniger übergewichtig sein zu wollen, gilt als wesentlicher auslösender Faktor. Dagegen tragen negative Affekte sehr viel stärker zur Aufrechterhaltung der Erkrankung bei. Soziale Unterstützung wird als protektiver Faktor angesehen.

2.6 Psychische Komorbidität

Essstörungen treten häufig zusammen mit anderen psychischen Störungen auf, wobei sich immer die Frage nach dem Zusammenhang zwischen den Störungen stellt (z. B. Folge der Mangelernährung, serotonerge Dysfunktion). Die häufigsten komorbiden Störungen sind:

- ▶ affektive Störungen
- ▶ Angststörungen (insbesondere Zwangsstörungen)
- ▶ Substanzmissbrauch und -abhängigkeit und
- ▶ bestimmte Persönlichkeitsstörungen.

Mädchen und junge Frauen mit AN werden häufig als zwanghaft, erfolgsorientiert und perfektionistisch beschrieben. Bereits im Kindesalter zeigen spätere Patientinnen mit AN häufig Auffälligkeiten wie Trennungsangst und perfektionistisch-zwanghaftes Verhalten. Meist waren sie „Musterkinder“, die alles konnten und perfekt machten.

Sie glänz(t)en durch gute Leistungen in der Schule. Komorbid treten bei diesen Patientinnen neben affektiven Störungen häufig Zwangsstörungen, zwanghafte oder vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen auf. Nicht selten bessern sich diese Symptome bei Gewichtszunahme.

Auch Betroffene mit BN berichten sehr oft über depressive Symptome. Das Risiko, einmal im Leben an einer Depression zu erkranken, beträgt bei Betroffenen mit BN immerhin bis zu 75 %. Zusätzlich finden sich hier häufig Substanzabhängigkeit und -missbrauch, impulsive Verhaltensweisen und eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Emotional instabiles Verhalten als ein typisches Symptom der BPS geht der Entwicklung einer BN häufig zeitlich voraus. Dazu gehört meist autoaggressives Verhalten wie Sich-Schneiden mit Rasierklingen oder anderen Gegenständen. Die Behandlung einer Abhängigkeitserkrankung oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hat Vorrang vor der Behandlung der BN.

Auch bei der Binge-Eating-Störung wird häufig eine Komorbidität mit anderen psychischen Störungen beobachtet. Es handelt sich vor allem um affektive Störungen, die bei klinischen Gruppen Übergewichtiger mit BES mit einer Prävalenz von 30 bis 90 % gefunden werden können, aber auch um Angststörungen und Substanzmissbrauch. Konsistent höhere Prävalenzraten, insbesondere für Persönlichkeitsstörungen, werden ebenfalls berichtet.

2.7 Differentialdiagnostik

Die Diagnose einer Essstörung ist nur selten eine Ausschlussdiagnose. Anorexie ist in der westlichen Welt die häufigste Ursache von ausgeprägtem Untergewicht in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. Eine Schwierigkeit besteht darin, eine AN mit leichtgradigem Untergewicht abzugrenzen gegen konstitutionelle Formen von Untergewicht. Bei konstitutionellem Untergewicht fehlen die psychologischen Merkmale einer Essstörung; die endokrinologischen Funktionen sind unauffällig, insbesondere besteht keine Amenorrhoe. Gewichtsverlust ist in der Medizin immer ein ernstzunehmendes Symptom, das häufig auf schwerwiegende körperliche Erkrankungen hinweist. Insofern sollten Essstörungen immer auch medizinisch abgeklärt werden. Dies gilt umso mehr, als Erkrankungen, die die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen, sekundär auch zu Essstörungen führen können.

Ein besonderes Augenmerk muss dabei der glutensensitiven Enteropathie gelten, die auch als Zöliakie (bei Kindern und Jugendlichen) oder als Sprue bezeichnet wird. Bei der Zöliakie liegt eine Unverträglichkeit des Weizenklebers Gluten vor, der dann zu einer Zottenatrophie im Dünndarm führt. Verbunden mit der Zottenatrophie werden Nahrungsbestandteile nicht mehr ausreichend aufgenommen, und es kommt zu Mangelernährung und Vitaminmangelzuständen. Die Zöliakie führt damit nicht nur zu Gewichtsverlust und verzögertem Längenwachstum, sondern auch häufig zu gestörtem Essverhalten. Eine mit Bauchbeschwerden verbundene Gewichtsabnahme im jugendlichen Alter kann auch ein Symptom einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung sein. Insbesondere der Morbus Crohn ist in seiner Symptomatik nicht immer leicht zu erkennen, die Diagnostik ist aufwendig, so dass Verwechslungen mit Essstörungen nicht selten sind.

Darüber hinaus sollte an endokrine Erkrankungen gedacht werden, etwa eine Überfunktion der Schilddrüse oder eingeschränkte Cortisolproduktion.

3 Epidemiologie

3.1 Körpergewicht und körperliche Gesundheit

Essstörungen haben einen unmittelbaren Einfluss auf den Ernährungszustand des Körpers. Als Maß für den Ernährungszustand in einer Dimension von Unter- zu Überernährung gilt der Fettanteil des Körpers, der bei Frauen mittleren Alters etwa zwischen 20 und 30 %, bei Männern zwischen 15 und 25 % liegen sollte. Man nimmt an, dass der höhere Fettanteil und damit der höhere Energievorrat bei Frauen im Laufe der Evolution zur Sicherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit entstanden ist. Den Fettanteil des Körpers exakt zu bestimmen, erfordert einen recht hohen apparativen Aufwand, der für Routinebestimmungen nicht geeignet ist. Um mit einfachen Methoden den Ernährungszustand schätzen zu können, wurde von dem belgischen Physiker Adolphe Quételet bereits im 19. Jahrhundert der BMI vorgeschlagen. Für die Ermittlung des BMI wird zwar die Körpergröße berücksichtigt; der errechnete Wert gilt aber dann unabhängig von der individuellen Körpergröße. Beim BMI wird das Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch die erste Potenz der Körpergröße in Metern. Erst mit den epidemiologischen Untersuchungen am Ende des letzten Jahrtausends wurde die Bedeutung dieses Indexes wirklich erkannt. Es konnte gezeigt werden, dass dieser Index gut korreliert mit dem Risiko, das mit Über- und Untergewicht verbunden und dabei, wie gefordert, weitgehend unabhängig von der jeweiligen Körpergröße ist.

Um festzulegen, welche BMI-Werte normal und gesund sind, ist eine Erhebung der Werte über den Bevölkerungsdurchschnitt offenkundig ungeeignet. Dies würde dazu führen, dass bei der gegenwärtigen Adipositas-Epidemie der „normale“ BMI viel zu hoch angegeben würde, während in Populationen mit schlechter Ernährungslage das Gegenteil der Fall wäre. Um zu bestimmen, welche BMI-Werte mit guter körperlicher Gesundheit verbunden sind, sind prospektive Studien mit sehr großen Fallzahlen erforderlich. Solche Studien in ausreichender Qualität wurden in Europa noch nicht durchgeführt, so dass sich Empfehlungen aus drei großen Studien aus den USA ableiten: die Nurses Health Study (Manson et al., 1995), die National Cancer Study (Calle et. a. 1999; Berrington de et al., 2010) und die NHANES-Studie (Gillum, Mussolino, Madans, 2001).

Die größte dieser Studien war und ist die Kohorte der National Cancer Study, die insgesamt mehr als eine Million Erwachsene über insgesamt 14 Jahre verfolgt. In

diesem langen Zeitraum verstarben mehr als 200.000 Teilnehmer der Studie, so dass hier eine sehr gute Datenbasis für die Untersuchung des Zusammenhangs von Körpergröße, Körpergewicht und Mortalität gegeben war. Das relative Risiko von 1 bedeutet, dass die Mortalität genauso groß ist wie die des Durchschnitts der Gesamtbevölkerung. Bei einem relativen Risiko von 2 wäre dagegen das Sterblichkeitsrisiko doppelt so hoch wie in der Restbevölkerung. Im Bereich eines BMI von 20,5 bis 25 bei Frauen und von 22 bis 26,5 bei Männern ergab sich keine signifikante Abweichung von diesem relativen Mortalitätsrisiko von 1. Oberhalb dieser BMI-Werte steigt das Risiko kontinuierlich an, so dass bei einem BMI von 40 das relative Risiko für Frauen auf das Doppelte, das relative Risiko für Männer auf das Dreifache gegenüber der Normalbevölkerung erhöht ist. In dieser Studie zeigte sich jedoch auch, was in kleineren Studien bislang nicht zu belegen war, dass nämlich unterhalb der angegebenen BMI-Werte die Mortalität sehr rasch und deutlich ansteigt, so dass bereits bei einem BMI von weniger als 18,5 das Mortalitätsrisiko nahezu verdoppelt ist. Aus solchen Studien leitet die WHO eine Bestimmung des Normalgewichts auf Werte zwischen 18,5 und 25 BMI-Punkten ab. Da bereits unterhalb eines BMI von 20 das Mortalitätsrisiko deutlich von 1 nach oben abweicht, ist die Untergrenze von 18,5 dementsprechend im Vergleich zur Obergrenze großzügig gewählt. In der National Cancer Study mit mehr als 1 Million Teilnehmern bislang größten Kohortenstudie aus den USA traten im Beobachtungszeitraum von 10 Jahren insgesamt

Relatives Sterblichkeitsrisiko für Frauen aus der National Cancer Study

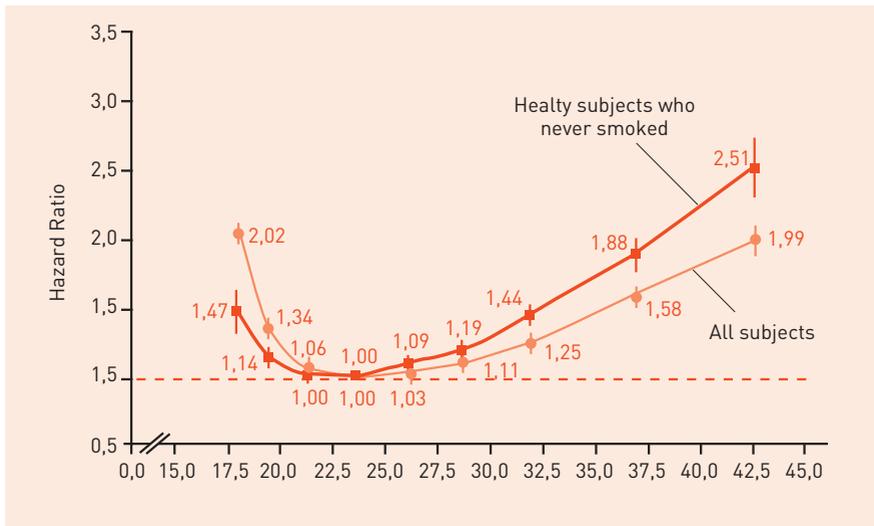


Abb. 3.1: A White Woman (Berrington de et al. 2010)

160.000 Todesfälle auf, die eine sehr gute Datenbasis zur Berechnung des relativen Risikos sind. Das relative Risiko von 1 entspricht dem des Durchschnitts der Gesamtstichprobe. Bei einem relativen Risiko von 2 wäre dagegen das Sterblichkeitsrisiko doppelt so hoch wie in der Restbevölkerung.

Relatives Sterblichkeitsrisiko für Männer aus der National Cancer Study

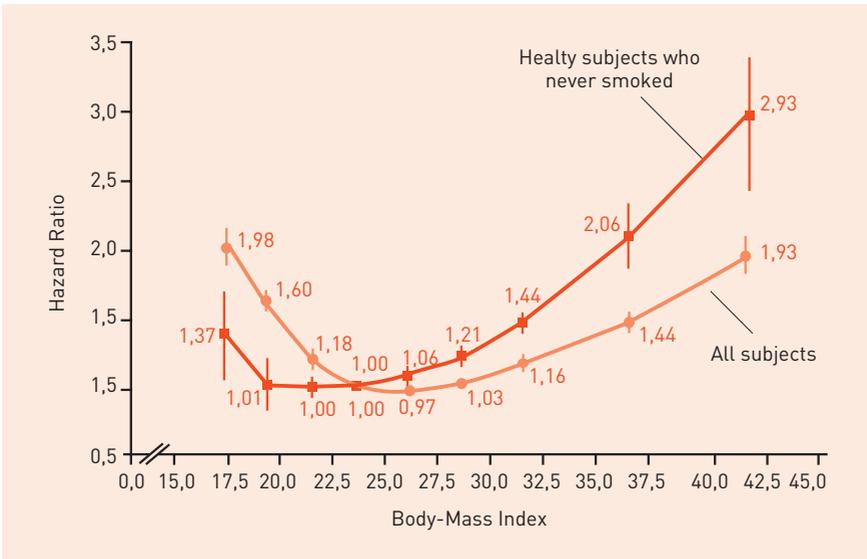


Abb. 3.2: A White Man. (Berrington de et al., 2010)

Es ist allgemein bekannt, dass sich in den letzten Jahrzehnten in den entwickelten Industrienationen eine nach Ländern unterschiedlich ausgeprägte Epidemie von Adipositas entwickelt hat. Die besten Daten für Deutschland stammen dabei vom Mikrozensus 2009 (erhältlich über das Statistische Bundesamt Wiesbaden). Die Fragen zur Gesundheit wurden dabei an 1 % der Bevölkerung gestellt, die Beantwortung war freiwillig. Nach dieser Studie haben nur 40 % der Männer einen BMI, der unterhalb von 25 liegt – 60 % der Männer sind damit entweder übergewichtig oder gar adipös nach WHO-Kriterien. Bei den Frauen waren mehr als 40 % entweder übergewichtig oder adipös, wobei sich die Prozentsätze bei der Adipositas mit etwa einem Sechstel der Bevölkerung bei beiden Geschlechtern nur gering unterschieden. Der Mikrozensus 2009 liefert auch Angaben zum Untergewicht. Bei Männern wiesen 0,7 % einen BMI unterhalb von 18,5 auf. Bemerkenswert ist, dass in der Altersgruppe zwischen 20 und 24 Jahren 9 % der Frauen als untergewichtig

zu klassifizieren sind, bei den 18- und 19-Jährigen liegt die Quote sogar bei 13 %. Sie weisen damit einen BMI auf, der mit einem deutlich erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden ist. Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden erhebt in vierjährigen Abständen Fragen zu Gesundheit, zu denen dann auch Körpergewicht und Körpergröße gehören. Die Fragen zur Gesundheit wurden 2009 an 1 % der Bevölkerung (340.000 Haushalte mit rund 700.000 Personen) gerichtet. Diese Daten sind die gegenwärtig besten Daten in Deutschland zum Körpergewicht der deutschen Bevölkerung.

Körpermaße der deutschen Bevölkerung

		BMI			
		unter 18,5	18,5 - 25	25 - 30	30 und mehr
Männer	Alter 18 bis 40 Jahre	1,5	55,9	33,5	9,1
	alle Altersgruppen	0,7	39,2	44,4	15,7
Frauen	Alter 18 bis 40 Jahre	6,6	69,0	17,5	6,9
	alle Altersgruppen	3,4	53,7	29,1	13,8
Zusammen	Alter 18 bis 40 Jahre	3,9	62,2	25,8	8,1
	alle Altersgruppen	2,1	46,5	36,7	14,7

Tab. 3.1: [Statistisches Bundesamt, 2010]

3.2 Prävalenz und Inzidenz der Essstörung

Die Zahlen reichen jedoch nicht aus, um echte epidemiologische Häufigkeitsangaben zu den Essstörungen zu machen. Die Prävalenz einer Erkrankung gibt an, wie viele Menschen einer bestimmten Population an einer bestimmten Krankheit erkrankt sind. Hierbei unterscheidet man die Lebenszeitprävalenz (das Auftreten einer Erkrankung innerhalb der gesamten Lebensspanne) von der Punktprävalenz (das Auftreten dieser Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt). Die Inzidenz dagegen gibt an, wie viele Neuerkrankte in einem bestimmten Zeitraum in einer gegebenen Population aufgetreten sind.

Um diese Kennzahlen für die Essstörungen zu bestimmen, wurden unterschiedliche Wege beschritten. Über verschiedene Untersuchungen wurde versucht, an

repräsentativen Bevölkerungsstichproben oder in Risikogruppen (z. B. in Schulen) die Prävalenzraten mit Hilfe von Fragebögen zu bestimmen. Ein generelles Problem bei diesem Vorgehen ist, dass Essstörungen häufig schamhaft verschwiegen werden und bei dieser Form der Erfassung in ihrer wahren Häufigkeit unterschätzt werden können. Zudem ergibt sich das Problem, dass die Prävalenzraten insgesamt nicht sehr hoch sind, so dass bei nicht vollständiger Erfassung der Stichprobe rasch erhebliche Fehler auftreten können. Ein anderer Zugang besteht darin, die neu auftretenden und behandelten Fälle innerhalb eines Gesundheitssystems zu erheben und sie in Beziehung zu setzen zur Größe der versorgten Population. Solche Erhebungsmethoden sind naturgemäß abhängig von den jeweils untersuchten Gesundheitssystemen. Sie sind um so vollständiger,

Wiegen, messen, rechnen

Den BMI zu ermitteln, ist diejenige Methode zur Bestimmung des Ernährungszustands, die sich in der jüngeren Vergangenheit in Expertenkreisen durchgesetzt hat. Dieses Messsystem ist besonders für den Arzt in Klinik und Praxis hilfreich. Viele „Normalbürger“ jedoch ziehen nach wie vor den Kontrollblick auf die Waage vor – und manche/r sucht für das „richtige“ Gewicht nach Definitionen, die ohne mathematische Formeln auskommen und die persönliche Befindlichkeit einbeziehen. Das wären dann zum Beispiel Set-Point-, Individual- oder Wohlfühlgewicht. Diese individuellen Orientierungshilfen sind für Fachleute natürlich wenig brauchbar, aber für viele Laien ist der BMI einfach zu abstrakt. Er ist auch nur ein grobes Maß, das vor allem für Erwachsene mittleren Alters gilt. Außerdem berücksichtigt er nicht das Verhältnis von Körperfett- und Muskelmasse. Bei Übergewichtigen spielt ohnehin weniger die Menge des Körperfetts als seine Verteilung die entscheidende Rolle. So haben doch sonst Schlanke mit viel Bauchfett ein ähnliches Gesundheitsrisiko wie sehr Dicke. Speziell für die Bemessung von Gesundheitsrisiken setzen sich langsam weitere bzw. andere Instrumente als der BMI durch. Neuere Maßstäbe sind etwa Werte, die man erhält, wenn man Taillenumfang durch Körpergröße teilt (WHtR, waist-to-height-ratio) oder Hüft- und Taillenumfang ins Verhältnis setzt (WHR, waist-to-hip ratio). Der beim WHtR ermittelte Quotient aus Taillenumfang und Körpergröße (jeweils in Zentimetern) gilt als kritisch, wenn er bei Menschen unter 40 Jahren höher als 0,5 liegt. Für den WHR wird der Taillenumfang durch den Hüftumfang geteilt; bei Männern sollte der Wert kleiner als 1 sein, bei Frauen unter 0,85 liegen.

je eindeutiger die Behandlungswege im jeweiligen Gesundheitssystem definiert sind. Die Gesundheitssysteme der Schweiz und Englands erlauben einen Überblick über die neu auftretenden Fälle von Essstörungen in einem bestimmten Gebiet, da dort, anders als in Deutschland, die Gesundheitsversorgung gebündelt und zentralisiert ist. Die Zahlen aus diesen beiden Ländern sind dennoch nicht vollständig vergleichbar, geben aber in etwa einen Überblick über den zeitlichen Verlauf des Auftretens von AN und BN.

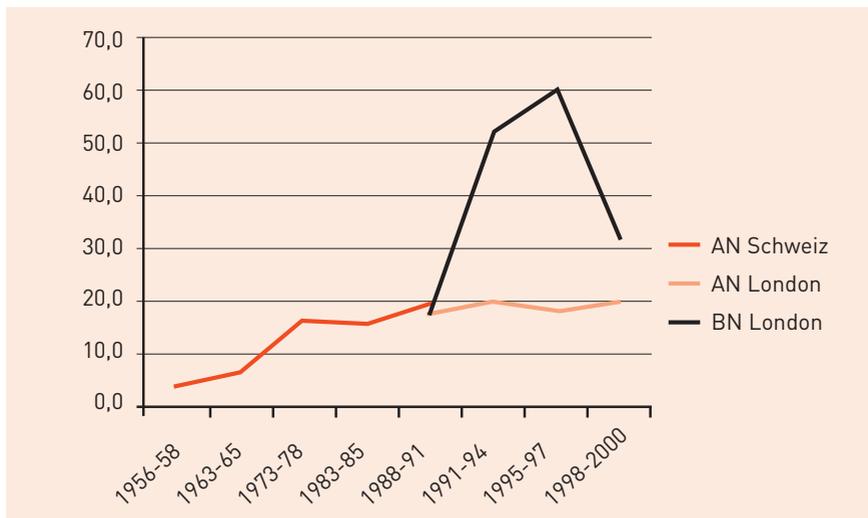


Abb 3.3: Inzidenz der AN und BN in der Schweiz und in England (Currin, L. et al., 2005; Milos, G. et al., 2004)

Für die AN ergibt sich so eine Prävalenzrate, die unter 1 % der Bevölkerung liegt. Für das Risikoalter bei Frauen zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr findet sich in den Studien eine durchschnittliche Punktprävalenz von etwa 0,5 %, mit durchaus deutlichen Streuungen zwischen den Studien. Konstantes und über die Jahre stabiles Ergebnis aller Studien ist, dass die Prävalenz bei Frauen mehr als zehnmal so hoch wie bei Männern ist. Dies gilt auch für die BN. Bei der BN ist die Punktprävalenz mit ca. 1 % und die Lebenszeitprävalenz mit ca. 1,5 % deutlich höher als bei der AN.

Wenn auch die Binge-Eating-Störung insgesamt bei Frauen häufiger ist als bei Männern, so scheint hier doch die Prävalenz nur etwa doppelt so hoch zu sein. Die Binge-Eating-Störung ist, wie erwähnt, typischerweise mit Übergewicht und Adipositas assoziiert. Bei Stichproben von Jugendlichen mit Adipositas ist die Häufigkeit der Binge-Eating-Störung wesentlich höher. In einer Studie von Ackard

aus dem Jahr 2007 fanden sich Essanfälle mit Kontrollverlust bei einem Drittel der männlichen und bei mehr als der Hälfte der weiblichen Betroffenen, die untersucht wurden (Ackard, Fulkerson, Neumark-Sztainer, 2007).

Mehr als die Hälfte aller Essstörungen sind nicht diesen drei definierten Diagnosegruppen zuzuordnen, sondern gehören zu den nicht näher bezeichneten Essstörungen. Es liegt nahe, dass in Anbetracht der fehlenden, allgemein anerkannten Diagnosekriterien die Häufigkeitsangaben in den Studien sehr stark schwanken. Auch hier sind Prävalenz und Inzidenz bei den untersuchten weiblichen Personen wesentlich höher. Je nach Untersuchung und verwandten Diagnosekriterien schwanken die Prävalenzraten zwischen 2 und 20 % bei weiblichen Risikogruppen.

3.3 Genetik

Der nach wie vor beste Weg, die Vererbbarkeit von Erkrankungen zu bestimmen, sind Studien an eineiigen Zwillingen, die über identisches Erbgut verfügen. Solche Studien zeigen übereinstimmend einen hohen Grad der Heritabilität, der auf 40 bis 70 % geschätzt wird. Ein interessantes Nebenergebnis dieser Zwillingsstudien ist die erhöhte Prävalenz der AN bei eineiigen Zwillingen, die als solche kein Effekt der Genetik, sondern auf die besonderen Erziehungsbedingungen bei Zwillingen zurückzuführen sein dürfte. Die Suche nach einzelnen Genen, die für die Essstörung verantwortlich sind, blieb bis jetzt ohne sichere replizierte Ergebnisse. Verschiedene Studien belegen, dass in den USA das Risiko, an einer AN zu erkranken, für farbige Frauen signifikant niedriger ist als für weiße Frauen. Die Binge-Eating-Störung scheint dagegen bei diesen beiden Bevölkerungsgruppen der USA etwa gleich verteilt zu sein.

In den industrialisierten Staaten Südostasiens scheinen Essstörungen etwa so häufig zu sein wie in den westlichen Industrienationen. Dagegen zeigen die bisher in Entwicklungsländern durchgeführten Studien eine sehr viel geringere Prävalenz von Essstörungen. Auf der Karibikinsel Curaçao fand der holländische Forscher Hans Wijbrand Hoek eine insgesamt geringe Prävalenz von Essstörungen, wobei kein einziger Fall einer AN bei dem recht großen Anteil an Farbigen in der Bevölkerung gefunden werden konnte (Hoek et al., 2005).

3.4 Risikogruppen

AN und BN finden sich vor allem bei jüngeren Frauen. Ein besonders hohes Risiko gilt dabei für alle Gruppen, in denen Druck erzeugt wird, ein möglichst niedriges Körpergewicht einzuhalten, also beispielsweise im Sport, vor allem in ästhetischen und Ausdauer-Sportarten wie der Rhythmischen Sportgymnastik, im

Eiskunstlauf, beim Kunstturnen oder Synchronschwimmen. Zu den Gruppen mit dem höchsten Risiko gehören neben Hochleistungssporttreibenden zum Beispiel Balletttänzerinnen, Jockeys, aber auch Models. Sportarten, die ein besonders niedriges Gewicht erfordern, wie etwa Hochsprung oder Stabhochsprung, erhöhen auch bei Männern das Risiko, an einer Essstörung zu erkranken.

Hochrisikogruppen für die Binge-Eating-Störung finden sich vorwiegend bei übergewichtigen und adipösen Gruppen.

3.5 Mortalität

Bei epidemiologischen Untersuchungen richtet sich der Fokus auch verstärkt auf das Sterblichkeitsrisiko, das mit den jeweiligen Erkrankungen verbunden ist. Bei der Binge-Eating-Störung ist die erhöhte Mortalität mit dem jeweiligen Übergewicht assoziiert. Wie die großen Kohortenstudien (s.o.) in den USA belegen, steigt das Mortalitätsrisiko auch sehr rasch assoziiert mit Untergewicht an. Birmingham errechnete für eine Gruppe von kanadischen Patientinnen mit AN ein relatives Mortalitätsrisiko von 10,5. Damit liegt das Sterblichkeitsrisiko bei der AN sogar noch wesentlich höher als das Risiko, das mit extremer Adipositas assoziiert ist. Von allen psychischen Erkrankungen weist die AN das höchste Sterblichkeitsrisiko auf. Etwa jede zehnte an Anorexie Erkrankte stirbt früher oder später an dieser Krankheit. Das durch die Essstörung entstehende Sterblichkeitsrisiko bei der Binge-Eating-Störung und bei der Bulimia nervosa dürfte deutlich niedriger sein (Birmingham et al., 2005)

4 Körperliche Komplikationen und Folgeschäden

Mehr als andere psychische Störungen verändern, beeinträchtigen und schädigen Essstörungen körperliche Funktionen. Die veränderte und beeinträchtigte Funktionsfähigkeit des Körpers greift ihrerseits in die Pathodynamik der Essstörungen ein und wird zum aufrechterhaltenden Faktor, so dass es eine Voraussetzung erfolgreicher Therapie ist, die körperliche Integrität wiederherzustellen. Essstörungen können dabei über die Essanfälle, das Purging-Verhalten, die Gewichtsschwankungen und in ganz besonderem Maße durch das Untergewicht den Körper schädigen.

Endokrine Funktionen sind in vielerlei Hinsicht im Sinne von Anpassungsmechanismen auf wechselnde Ernährungsbedingungen oder Unterernährung verändert. Die AN ist gekennzeichnet durch die Störung der Hypophysen-Gonaden-Achse und das damit verbundene Ausbleiben der Regelblutung. Weniger ausgeprägt, aber dennoch nachweisbar ist dieser Regelkreis auch bei der BN gestört. Wir beschränken uns in der folgenden Darstellung auf die für die Praxis relevanten Aspekte der endokrinen Störungen.

Die Hauptwirkungen der Schilddrüsenhormone sind folgende:

- ▶ die Erhöhung des Grundumsatzes und damit die Steigerung des Sauerstoff- und Energiebedarfs des Organismus
- ▶ die Steigerung des Eiweißstoffwechsels mit vermehrtem Abbau und Aufbau von Proteinen
- ▶ die Vermehrung der Glucose-Bereitstellung und der Gluconeogenese
- ▶ die Steigerung des Fettabbaus und die Aktivierung des Herz-Kreislauf-Systems mit Steigerung von Herzfrequenz- und Blutdruckamplitude

Die verminderte Ausschüttung von Schilddrüsenhormonen ist wegen des Energiemangels bei vielen Essstörungen als Anpassungsvorgang sehr sinnvoll. Besonders betroffen ist dabei das Triothyronin, das in der Regel stärker verringert ist als das

Thyroxin. Die Schilddrüsenfunktion wird geregelt durch das in der Hypophyse freigesetzte Thyreoidea-stimulierende Hormon (TSH). In den meisten Fällen ist das TSH nicht erhöht – dies ist Ausdruck einer im Sinne des Organismus adaptiv verringerten Schilddrüsenhormon-Produktion. Erhöhte TSH-Werte werden von Ärzten gemeinhin als Ausdruck einer Schilddrüsenunterfunktion gedeutet. Bei AN sollte jedoch die Gabe von Thyroxin zur Substitution äußerst restriktiv gehandhabt werden, da die oben genannten metabolischen Effekte der Schilddrüsenhormone bei Untergewicht als ungünstig gewertet werden müssen. Bradykardie, Obstipation und Adynamie sind wohl auch Folgen des Untergewichts und werden oft vor-schnell als Symptome einer behandlungsbedürftigen Hypothyreose gedeutet.

Charakteristisch für Essstörungen sind eine Störung der Wahrnehmung und der nahrungsregulierenden Wirkung von Hunger und Sättigung. Weniger beachtet wird, dass oft auch eine Störung der Durstwahrnehmung vorliegt. Häufig kommt es zu Polydipsie (übermäßiges Trinken) oder Oligodipsie (zu geringe Flüssigkeitsaufnahme). Empfindlich gestört wird der Wasser- und Elektrolythaushalt aber auch durch Erbrechen, Einnahme von Laxanzien oder Diuretika. Die Nierenfunktion wird darüber hinaus durch den interkurrenten oder dauerhaften Mangel an energiereichen Substraten gefährdet. Die volle Funktionsfähigkeit der Niere erfordert stets einen erheblichen Anteil an der im Körper verfügbaren Energie.

Unmittelbar bedrohlich ist häufig der erhebliche Verlust an Kalium, der durch Erbrechen, Laxanzien oder Diuretika induziert sein kann. Beim Erbrechen entsteht neben der Hypokaliämie auch eine Hypochlorämie, da mit der Magenflüssigkeit auch erhebliche Mengen an Chlorid verloren gehen. Bei der Hypokaliämie ist weniger der Gesamtverlust an Körperkalium gefährlich als die Geschwindigkeit des Verlustes. Die Bedrohlichkeit der Hypokaliämie wird im Wesentlichen vermittelt durch die Gefahr von Herzrhythmusstörungen. Sie beruhen auf der Erhöhung der Kaliumspannung, also der Relation von intrazellulär hoher und extrazellulär niedriger Kaliumkonzentration. Schnelle Kaliumverluste führen zu einer raschen Verringerung des extrazellulären Kaliums und damit zu einer deutlichen Erhöhung der Kaliumspannung. Abgeschätzt werden kann die Höhe der Kaliumspannung aufgrund der EKG-Veränderungen im Ruhe-EKG. Bei der Substitution des Kaliums ist daran zu denken, auch das Chlorid zu substituieren.

Chronische Hypokaliämie, die bei den Essstörungen häufig in Verbindung mit Volumenmangel und Energiemangel auftritt, ist Bedingung für die Entwicklung der so genannten hypokaliämischen Nephropathie. Diese Erkrankung ist gekennzeichnet durch eine tubulointerstitielle Fibrose, deren klinische Anzeichen Polyurie, metabolische Alkalose, Proteinurie und konsekutiv fortschreitende Einschränkung der Nierenfunktion sind. Das Auftreten einer terminalen Nieren-

insuffizienz im Rahmen von Essstörungen ist keine Seltenheit. Die Nierenfunktion muss bei Essstörungen immer besonders überwacht werden. Dabei ist zu beachten, dass die üblicherweise zur Beurteilung der Nierenfunktion herangezogenen Kreatininwerte in Anbetracht der geringen Muskelmasse falsch niedrig sein können.

Auch aufwändigere Methoden der Bestimmung der Nierenfunktionsfähigkeit wie die Kreatinin-Clearance oder die Bestimmung des Serumcystatins überschätzen häufig noch die tatsächlich bereits bedrohlich niedrige glomeruläre Filtrationsrate und damit den bereits eingetretenen Verlust an Funktionsfähigkeit der Niere.

Eine Absenkung des Serumnatriums entsteht häufig durch zu viel Trinken. Gelegentlich tritt im Rahmen einer Essstörung jedoch auch eine vermehrte Sekretion des antidiuretischen Hormons (ADH) auf, die ihrerseits zu Hyponatriämie und dann auch zur Ödembildung beitragen kann. Das Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH) kann auch durch Psychopharmaka induziert sein und muss in die differentialdiagnostischen Erwägungen mit einbezogen werden.

Ein in der Therapie von Essstörungen nahezu alltägliches Phänomen ist die ausgeprägte Ödembildung bei Beginn der Normalisierung der Nahrungsaufnahme. Pathophysiologisch sind hier verschiedene Mechanismen verantwortlich. Quantitativ entscheidend dürfte die Überaktivierung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Mechanismus sein. Die mit der vermehrten Wassereinlagerung verbundene Gewichtssteigerung verunsichert die Betroffenen häufig sehr stark, da das Gewicht in wenigen Tagen um mehrere Kilogramm steigen kann. Deswegen müssen die Patientinnen über diesen Mechanismus informiert werden. In vielen Fällen erkennen sie selbst die vermehrte Wassereinlagerung an der deutlichen Ödembildung an den unteren Extremitäten.

Besonders wenn eine langjährige Essstörung mit Untergewicht verbunden ist, gehört zu den häufigsten und schwerwiegendsten Komplikationen das Auftreten einer Osteopenie (verminderte Knochendichte) oder einer Osteoporose (Reduktion der Knochendichte um mehr als 2 Standardabweichungen). Die Verringerung der Knochendichte ist besonders ausgeprägt bei Patientinnen, die zusätzlich zum Untergewicht ein Purging-Verhalten aufweisen. Bei Leistungssportlern kann es durch die Erkrankung und die erhebliche körperliche Beanspruchung bereits frühzeitig zu pathologischen Frakturen und Stressfrakturen kommen. Alle Patientinnen mit AN weisen nach langjährigem Verlauf ein erhöhtes Frakturrisiko auf.

Die deletäre Wirkung der AN auf den Knochenaufbau ist damit zu erklären, dass die Phase nach der Pubertät bis ins frühe Erwachsenenalter der Zeitraum ist, in dem nach Abschluss des Längenwachstums die Knochenstruktur durch Calcifizie-

rung gehärtet wird. Mangel- und Fehlernährung, verbunden mit den endokrinen Veränderungen, wie sie die AN begleiten, führen zu einer deutlichen Verminderung des Knochenaufbaus in dieser empfindlichen Phase.

Alle vorliegenden Studien ergeben, dass das Körpergewicht die wichtigste Determinante für die Normalisierung der Knochendichte ist. Bis heute liegen keine Daten vor, die die Wirksamkeit von Pharmaka zur Behandlung der Osteopenie und Osteoporose belegen. Dies gilt auch für die häufig angewandte Östrogen- und Gestagensubstitution bei Patientinnen mit Amenorrhoe. Auch randomisierte Studien konnten nicht zeigen, dass die Gabe von Bisphosphonaten effektiv ist. Insofern bleibt die Gewichtsnormalisierung die bislang beste und einzige Option zur Behandlung der Begleit-Osteopenie.

Für die erhöhte Mortalität bei Unterernährung bzw. AN werden in vielen Studien neben Infektionskrankheiten und der erhöhten Suizidrate vorwiegend kardiovaskuläre Todesursachen verantwortlich gemacht. In der Tat ist die Herz-Kreislauf-Regulation in Folge der Unterernährung und der AN erheblich verändert. Auffallend ist die ausgeprägte Bradykardie-Neigung, die im Gegensatz zur Bradykardie bei Hochleistungssportlern mit einer reduzierten körperlichen Belastbarkeit verbunden ist. Das Elektrokardiogramm zeigt entsprechend der verminderten Leistungsbeanspruchung des großen Kreislaufs eine Verschiebung der Herzachse nach rechts. Die Bradykardie kann so ausgeprägt sein, dass sich AV-Ersatzrhythmen finden, die jedoch bei Frequenzbeschleunigung rasch in den Sinusrhythmus umschlagen. Dies sind reine Adaptationsmechanismen, die keiner weiteren medikamentösen oder apparativen Interventionen bedürfen, sofern die Bradykardie und die Ersatzrhythmen nicht mit Symptomen wie Schwindel oder Synkopen verbunden sind.

In Verbindung mit der Bradykardie-Neigung wurde bisher ein mit dem Untergewicht einhergehendes Risiko von Herzrhythmusstörungen angenommen, das mit einer Verlängerung des QT-Intervalls erklärt wurde. Bis jetzt konnte jedoch weder belegt werden, dass bei der Anorexie tatsächlich eine Verlängerung der korrigierten QT-Zeiten vorliegt, noch dass bei Patientinnen mit Untergewicht vermehrt Herzrhythmusstörungen vorkommen. Mit einer rasch einsetzenden Hypokaliämie (s.o.) ist jedoch zweifellos ein Risiko für Herzrhythmusstörungen verbunden. Dies lässt sich in etwa abschätzen an entsprechenden Veränderungen im EKG mit ST-Streckenabsenkungen und einer U-Welle.

Morphologisch ist das Herz bei AN deutlich verkleinert, was wohl den verminderten Leistungsanforderungen entspricht. Gehäuft tritt dabei ein Mitralklappenprolaps mit Mitralsuffizienz auf, der in der Regel jedoch klinisch nicht ins Gewicht fällt. Bei hochgradiger Anorexie lässt sich häufig ein Perikarderguss beobach-

ten, der ebenso in der Regel klinisch unauffällig ist, jedoch als Indikator für einen insgesamt bedrohlich schlechten körperlichen Zustand angesehen werden kann.

Der Metabolismus von Patientinnen mit Untergewicht ist auf Katabolismus und Energiebereitstellung ausgerichtet. Dies wird erreicht durch eine Aktivierung der HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) und auch durch eine vermehrte Ausschüttung von Katecholaminen, die ihrerseits zu einer erheblichen Vasokonstriktion beitragen. Daraus resultieren die charakteristisch kalten und häufig zyanotischen Hände und Füße bei Patientinnen mit AN. Gelegentlich ist die Vasokonstriktion so ausgeprägt, dass es zu Nekrosen an Fingern und Zehen kommen kann.

Eine ständige Begleiterscheinung von Untergewicht und Essstörungen sind gastrointestinale Symptome, die sehr ausgeprägt sein können. Dazu gehören insbesondere Schmerzen im oberen Epigastrium, Blähungen, das Gefühl des aufgetriebenen Leibes, diffuse Bauchschmerzen und Verstopfung. Wegen dieser Symptome suchen die Patientinnen häufig unabhängig von ihrer Essstörung einen Arzt auf und werden von diesem nicht selten auch ohne Berücksichtigung der vorliegenden Essstörung behandelt. Werden dann diätetische Einschränkungen als Therapie empfohlen oder gewählt, ist dies häufig nicht mit der Behandlung der Essstörung in Einklang zu bringen. Nicht selten werden „Nahrungsmittelallergien“ für die Bauchbeschwerden verantwortlich gemacht. Den Patientinnen wird geraten, Getreideprodukte, Milch oder tierisches Eiweiß zu meiden, was letztlich dazu beiträgt, die Essstörung und damit auch die gastrointestinalen Symptome aufrechtzuerhalten. Das Purging-Verhalten selbst führt häufig zu Refluxbeschwerden durch die Säurebelastung der unteren Speiseröhre. Gelegentlich ist hier die Behandlung mit säurehemmenden Medikamenten sinnvoll.

Bei rezidivierendem Erbrechen wird der Zahnschmelz durch die Säureeinwirkung auf die Zähne geschädigt. Die typischen Erosionen des Zahnschmelzes bei Essstörungen haben eine weiche, glasige Oberfläche. Der fortschreitende Verlust an Zahnhartsubstanz kann dazu beitragen, dass die Ränder von Restaurationen über das Zahnniveau erhaben werden. Die Patientinnen neigen dazu, sich nach dem Erbrechen die Zähne zu putzen. Dadurch wird die durch die Säure erweichte Zahnoberfläche verstärkt abgetragen und damit der Verlust an Zahnhartsubstanz beschleunigt. Durch verminderten Speichelfluss und übermäßige Aufnahme von Kohlenhydraten während der Essanfälle kommt es bei den Betroffenen darüber hinaus verstärkt zu Kariesbefall.

Der beste präventive Schutz vor fortschreitenden Zahnerosionen sind die Vermeidung erosiver Noxen, wie etwa säurehaltige Getränke und Speisen, und das Einstellen des Erbrechens. Die Patientinnen sollten darauf hingewiesen werden, dass es kontraproduktiv ist, die Zähne nach dem Erbrechen zu putzen. Sinnvoll wäre es

dagegen, die Zähne mit säureneutralisierenden Substanzen zu spülen. Geeignet dafür sind Natriumbicarbonat, Backpulver oder Antacida.

Übersicht über häufige körperliche Begleiterscheinungen von Essstörungen und deren Behandlung

Folgeerscheinung	medizinisches Management
Osteopenie, Osteoporose	Gewichtszunahme, Substitution von Vitamin d und Calcium, insbesondere bei sekundärem Hyperparathyreoidismus; Biphosphonate, Fluorid und Sexualhormone nicht gesichert
Wachstumsverzögerung	frühzeitige Therapie im Kindes- und Jugendalter; Gabe von Wachstumshormon ohne Wirkung
Leukopenie, Knochenmarksdepression	keine spezifische Therapie; Gefährdung durch Infektionserkrankungen
Niereninsuffizienz	cave Creatininserumspiegel wegen reduzierter Muskelmasse falsch niedrig
Hypokaliämie	Kalium- und Chloridsubstitution
Pseudo-Bartter-Syndrom	Diuretika mit kaliumsparenden Diuretika (Spironolactone) nur bei hochgradiger Ödembildung
Rhabdomyolyse	Vermeidung forcierter parenteraler Ernährung, Phosphatsubstitution
Hypothyreose	niedrig dosierte Substitution mit Thyroxin wegen des damit zunehmenden Katabolismus nur bei deutlich erhöhtem TSH
funktionelle gastrointestinale Beschwerden	symptomatische Therapie häufig nur von begrenzter Wirkung; Besserung im Laufe der Normalisierung von Essverhalten und Gewicht

Tab. 4.1

5 Besondere Indikationsgruppen

5.1 Kinder und Jugendliche

Essstörungen nehmen bei Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen üblicherweise andere Formen an als im Erwachsenenalter. Die AN wird in Einzelfällen bereits bei Kindern unter 10 Jahren beobachtet. Tritt die kindliche AN vor dem Eintritt der Pubertät oder vor dem Eintritt der Menarche ein, kann dies zu einem Stillstand oder einer erheblichen Verzögerung der pubertären Entwicklung und des Körperwachstums führen. Bei einem solchen frühen Erkrankungsbeginn spielt Purging-Verhalten in der Regel keine Rolle. Die Gewichtsabnahme – oder die ausbleibende Gewichtszunahme – wird vielmehr über stark restriktives Essverhalten, gelegentlich auch über körperliche Überaktivität erreicht. Binge-Purging-Verhalten im engeren Sinn ist in dieser Altersgruppe seltener; wenn es auftritt, ist es besonders schwerwiegend. Da Heranwachsende gegenüber Erwachsenen eine deutlich

BMI Perzentilen für Mädchen (nach WHO)

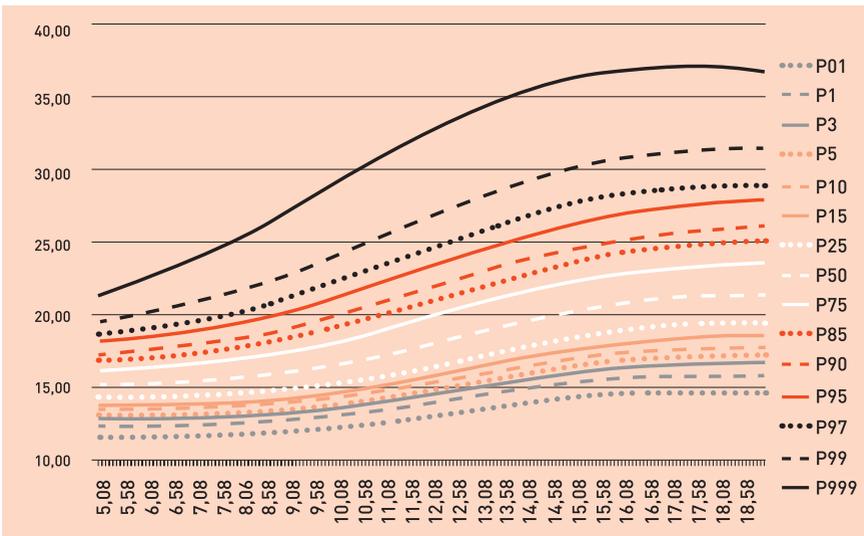


Abb. 5.1: (nach WHO, 2012)

geringere Fettmasse aufweisen, sind die gesundheitlichen Folgen des Hungerns bei Kindern und Jugendlichen noch gravierender.

Um das Gewicht beurteilen zu können, müssen die Altersperzentilen herangezogen werden. Die Beurteilung anhand der üblichen BMI-Grenzen würde zu einer erheblichen Fehlbeurteilung der Ernährungssituation führen.

BMI Perzentilen für Jungen (nach WHO)

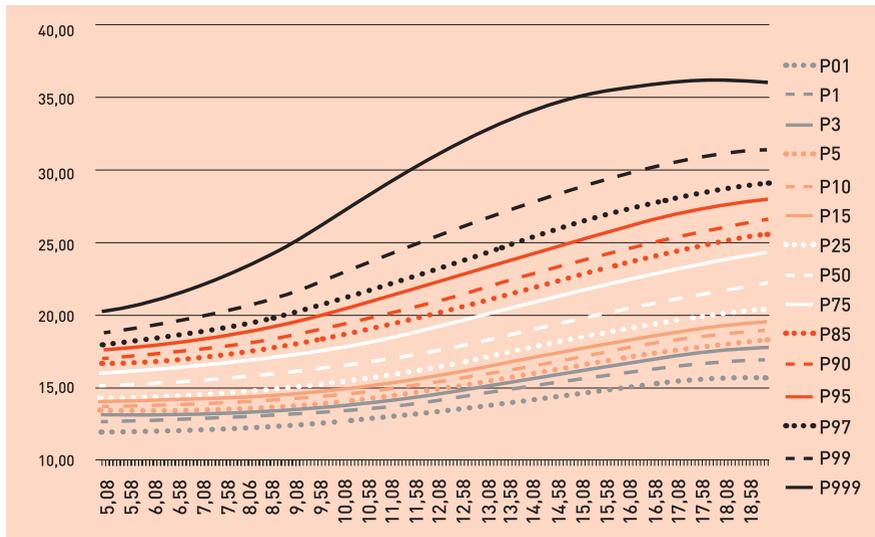


Abb. 5.2: (nach WHO, 2012)

Bei Kindern und Jugendlichen spielt die Einbeziehung der Familie in die Therapie eine besonders große Rolle. Familientherapeutische Ansätze haben sich in kontrollierten Studien als effektiv erwiesen. Wenn teilstationäre oder stationäre Maßnahmen in diesem Alter erforderlich sind, sollten in jedem Fall auch die Angehörigen einbezogen werden.

5.2 Essstörungen und Schwangerschaft

Während der Akutphase einer Essstörung kommt es wegen der hormonellen Veränderungen oft zu Zyklusstörungen. So besteht bei Frauen mit AN infolge des starken Untergewichts eine Amenorrhoe (Ausbleiben der Menstruation über mindestens drei Zyklen). Dies ist gemäß ICD-10 und DSM-IV-TR auch ein Diagnosekriterium für die AN. Obwohl Frauen mit BN in der Regel nicht untergewichtig sind, kann es auch hier zu Zyklusstörungen kommen, z. B. in Form einer Oligomenorrhoe (zu seltene Monatsblutung mit einem Zyklusintervall von mehr als 35 Tagen).

Frauen mit AN sind meist sexuell inaktiv. Dies ist bei Frauen mit BN oft nicht der Fall; hier besteht jedoch ein erhöhtes Risiko für ungewollte Schwangerschaften, da die Betroffenen wegen gegebenenfalls vorliegenden Zyklusanomalien fälschlicherweise davon ausgehen, unfruchtbar zu sein. Die oben genannten Zyklusstörungen können dazu führen, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Empfängnis sinkt und das Risiko einer Fehlgeburt steigt. Sofern Frauen mit Essstörungen jedoch wieder ein adäquates Essverhalten annehmen und ein normales Körpergewicht erreichen, tritt in der Mehrzahl der Fälle die Regelblutung wieder ein bzw. normalisiert sich, und eine natürliche Empfängnis ist meist möglich, in den meisten Fällen gefolgt von einer unauffälligen Schwangerschaft und Geburt.

Die Befundlage zur Beeinflussung der Essstörungssymptomatik durch eine Schwangerschaft ist uneinheitlich; auch scheint diese individuell deutlich zu variieren. Einigen Frauen gelingt es, während der Schwangerschaft die Essstörungssymptomatik zu reduzieren, da sie sich im Interesse des ungeborenen Kindes um eine gesunde Ernährungsweise bemühen. Hierbei kann die Schwangerschaft sowohl als „Legitimation“ für eine regelmäßige und erhöhte Kalorienzufuhr als auch für die eintretende Gewichtszunahme dienen. Umgekehrt kann es während einer Schwangerschaft aber auch zu einer verstärkten Ausprägung der Essstörungssymptomatik kommen. Dies kann zusammenhängen mit einer Veränderung des Appetits, aber auch mit der Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, besonders an Bauch und Brüsten. Wegen ihrer Körperbildstörung können die Betroffenen die Gewichtszunahme als besonders belastend empfinden und dysfunktionale Versuche der Gewichtskontrolle verstärken (z.B. Restriktion der Kalorienzufuhr, selbstinduziertes Erbrechen, Laxanzien- und Diuretika-Abusus).

Bei Fortbestehen oder einer Zunahme der Essstörungssymptomatik während der Schwangerschaft steigt das Risiko für verschiedene Komplikationen, insbesondere dann, wenn die Essstörung nicht erkannt wird. So kann eine persistierende Essstörungssymptomatik generell das Risiko für Fehl- und Totgeburten sowie Frühgeburten erhöhen. Es besteht auch ein Zusammenhang zwischen einer zu geringen Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft und einem zu niedrigen Geburtsgewicht des Kindes; letzteres kann mit Fehlbildungen und Entwicklungsschwierigkeiten beim Kind assoziiert sein. Umgekehrt kann es durch Essanfälle aber auch zu einer exzessiven Gewichtssteigerung bei der Schwangeren kommen. Diese wiederum erhöht das Risiko für Folgekomplikationen wie beispielsweise eine Hypertonie.

Ein weiteres mögliches höheres Risiko bei Frauen mit einer Essstörung liegt in persistierendem, nicht-selbstinduziertem Erbrechen während der Schwangerschaft, was unterschiedliche medizinische Komplikationen wie Stoffwechsel- und Elektrolytstörungen sowie Dehydratation nach sich ziehen kann. Liegt eine Essstörung vor, kann sich auch die Wahrscheinlichkeit für eine Kaiserschnittentbindung erhöhen. Nach der Entbindung scheint ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Stillproblemen (u.a. durch eine zu geringe Milchbildung) und die Entwicklung einer postpartalen Depression bei der Mutter zu bestehen. Da die Befundlage jedoch nicht einheitlich ist, sind die dargestellten Befunde mit Vorsicht zu interpretieren.

5.3 Essstörungen bei Männern

Essstörungen treten bei Jungen und Männern deutlich seltener auf als bei Mädchen und Frauen. Studien zufolge sind rund 10 % der an Anorexia und Bulimia nervosa Erkrankten männlich. Bei der Binge-Eating-Störung hingegen ist von einem deutlich höheren Anteil auszugehen; in ungefähr einem Drittel der Fälle sind Männer betroffen. Zu beachten ist allerdings, dass möglicherweise die Prävalenzraten bei Männern unterschätzt werden, da Essstörungen gemeinhin als „Frauenkrankheiten“ angesehen werden. Daher werden Essstörungen bei Männern häufiger verkannt. Hinzu kommt, dass bei Männern die Hemmschwelle, eine adäquate Behandlung zu suchen, auch relativ hoch ist.

Abgesehen davon, dass Essstörungen bei den beiden Geschlechtern unterschiedlich häufig auftreten, scheinen sich Männer und Frauen in den klinischen Charakteristika, dem Ausprägungsgrad und dem Verlauf der Essstörung kaum zu unterscheiden. Lediglich der Missbrauch von Laxanzien ist bei Männern mit Essstörungen seltener zu beobachten als bei Frauen. Auch scheint die Komorbidität für psychische Erkrankungen und die Häufigkeit von Suizidversuchen bei Männern höher zu sein. Ein weiterer Geschlechtsunterschied liegt in der sexuellen Orientierung, wobei unter den männlichen Betroffenen von Essstörungen Homo- und Bisexualität häufiger anzutreffen sind als bei Frauen.

6 Diabetes mellitus

Mit einer Punktprävalenz von deutlich weniger als 1 % ist Diabetes mellitus bei Frauen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren vergleichsweise selten, und insgesamt sogar seltener als die AN. Die klinische Häufigkeit des gemeinsamen Auftretens von AN und Diabetes mellitus ist dennoch relativ hoch. Belegen lässt sich in einer Metaanalyse zur Komorbidität eine Erhöhung der Prävalenz von BN bei jungen Diabetikerinnen; nicht sicher belegen lässt sich dies für die AN. Hier zeigt sich jedoch, dass der Diabetes mellitus in der Regel vor der AN auftritt. Die mit der Behandlung des Diabetes mellitus verbundenen Regeln für die Ernährung und die Maßgaben für das Körpergewicht scheinen zum Auftreten einer AN zu prädisponieren. Die Mortalität ist bei gemeinsamem Auftreten von Diabetes mellitus und AN um das etwa Fünffache höher als es für die AN alleine schon ist.

Die Behandlungsindikation ist bei dieser Komorbidität besonders hoch. Dabei wird die Behandlung in der Regel schwieriger, da die Patientinnen über die Nahrungsrrestriktion hinaus ihr Gewicht auch durch das sogenannte Insulin-Purging beeinflussen können. Durch Auslassen oder Verringern von Insulingaben werden erhebliche Teile der aufgenommenen Glucose über die Nieren wieder ausgeschieden. Die daraus entstehende Hyperglykämie birgt aber auch ein extrem hohes Gesundheitsrisiko. Essstörungen erschweren allgemein die Einstellung des Diabetes. Das in Essanfällen Aufgenommene kann kaum ausreichend mit Insulin abgedeckt werden. Das Purging-Verhalten bewirkt nämlich, dass vollkommen unklar bleibt, welche Nahrungsmengen tatsächlich aufgenommen wurden und mit Insulin abgedeckt werden müssen. Schlechte Diabetes-Einstellungen bei jungen Diabetikerinnen legen damit auch immer den Verdacht einer Essstörung nahe.

Schon subklinische Formen von Essstörungen beeinträchtigen das Ziel einer euglykämischen Einstellung des Diabetes mellitus ganz erheblich, da die damit verbundenen Unregelmäßigkeiten in der Nahrungsaufnahme kaum durch gezielte Insulingaben kompensiert werden können. Zudem bringt die Insulingabe selbst bei Diabetikerinnen mit latenter Essstörung eine psychische Begleitproblematik mit sich: Insulin steigert den Appetit und hebt tendenziell das Körpergewicht an, was bei diesen Patientinnen eine latente Angst vor Insulingaben erzeugt. Für diabetologisch tätige Ärztinnen und Ärzte ist damit der Umgang mit dem Thema

Essstörungen ein wichtiger Bestandteil ihrer Praxis. Zur Begleitung von jungen Diabetikerinnen gehört es auch, Themen wie Nahrungsaufnahme, Zufriedenheit mit Figur und Gewicht und die Selbstwertproblematik anzusprechen. Ernährungspläne sollten flexibel sein, da restriktive Regeln für die Nahrungsaufnahme Essstörungen bzw. ihre Entstehung fördern können. Durch die mittlerweile durchgängig geübte Praxis der intensivierten Insulintherapie lässt sich grundsätzlich auch bei Patientinnen mit Essstörungen eine gute Diabetes-Einstellung mit einem stabilen Essverhalten vereinbaren.

7 Behandlung (Technik, Bausteine der Behandlung)

7.1 Motivation zur Behandlung

Obwohl Betroffene mit AN und BN oft unter den Folgen ihrer Essstörung leiden, besteht häufig eine Ambivalenz, wenn es darum geht, die dysfunktionalen Strategien zur Gewichtsregulation aufzugeben. Während die meisten Betroffenen hoch motiviert sind, im Bereich der Essanfälle etwas zu ändern, ist die Bereitschaft zum Abbau des restriktiven Essverhaltens und der einen Essanfall kompensierenden Strategien (z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Laxanzien-Abusus) nicht selten begrenzt. Gründe hierfür dürften in der massiven Angst der Betroffenen vor einer Gewichtszunahme liegen und in der Befürchtung, ihres schützenden Dünnsseins beraubt zu werden.

Auch die Bereitschaft, mit der Essstörung einhergehende Gedanken und Gefühle offen zum Ausdruck zu bringen, ist zu Beginn der Behandlung – und zum Teil auch im gesamten Therapieprozess – ambivalent oder sogar gering ausgeprägt. So kann es beispielsweise einer Patientin mit AN schwerfallen, ihren Stolz über ihr niedriges Körpergewicht zu thematisieren. Auch erleben Patientinnen im Verlauf ihrer häufig chronischen Erkrankung erfolglose Behandlungen nicht selten als Bestätigung ihrer negativen Sicht der eigenen Person, wozu etwa Gefühle geringer Selbstwirksamkeit, Hoffnungslosigkeit und Selbstwertprobleme gehören können. Bei Patientinnen mit AN lassen sich nicht selten Überzeugungen mit identitätsstiftendem Charakter beobachten, zum Beispiel: „Wenn ich dem Essen widerstehe, bin ich stark und kann stolz auf mich sein.“ Schamgefühle hindern nicht selten Patientinnen mit BN oder BES daran, über die Essstörungssymptomatik, deren Ausmaß und die damit verbundenen seelischen Probleme offen zu sprechen.

Besteht aber eine Ambivalenz in Bezug auf die Überwindung der Essstörung, hat dies zur Folge, dass viele Betroffene nicht oder erst relativ spät in eine adäquate Behandlung gelangen oder aber diese nicht aus eigenem Antrieb heraus suchen. Vielmehr ergreifen Angehörige oder der Hausarzt/die Hausärztin die Initiative. Ist die Änderungsmotivation gering und wird dennoch eine Therapie begonnen, kann dies zu einem schlechteren Ergebnis der Therapie, zum Teil sogar zum Abbruch der Behandlung führen. Darauf deuten Studien hin.

Die genannten Befunde lassen auf die Relevanz von Therapiebausteinen zur Erhöhung der Änderungsmotivation speziell bei Menschen mit Essstörungen schließen. Solche Therapiebausteine entstammen ursprünglich zumeist dem Suchtbereich (basierend auf dem „Motivational Interviewing“) und wurden in der jüngeren Vergangenheit auf den Bereich der Essstörungen übertragen. Sie umfassen beispielsweise psychoedukative Elemente zu körperlichen und psychosozialen Folgen von Essstörungen, außerdem Interventionen, mit deren Hilfe die kurz- und langfristigen positiven und negativen Folgen einer Essstörung gegeneinander abgewogen werden sollen.

Die negativen Konsequenzen der Essstörung müssen gemeinsam mit der Patientin herausgearbeitet, die positiven, aufrechterhaltenden Elemente neu bewertet werden. Unterstützend können die Vor- und Nachteile der Essstörung notiert werden („Spaltentechnik“) bzw. Briefe an die Anorexie als Freundin und als Feindin verfasst werden. Gerade bei so Ich-nahen Störungen ist die kontinuierliche Motivationsarbeit einer der wesentlichsten Bestandteile während der gesamten Therapie. Erste Untersuchungen liefern Hinweise auf die Wirksamkeit solcher Strategien zur Steigerung der Änderungsmotivation bei den unterschiedlichen Essstörungsformen.

In der Gesprächsführung fordert der Umgang mit Menschen, die an einer Essstörung leiden, Klarheit, Struktur, Offenheit, Transparenz und Berechenbarkeit. Die Ärztin bzw. der Arzt, die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut müssen die Ich-Nähe von Gewicht und Selbstkontrolle akzeptieren und anerkennen, dass Veränderung schwer ist. Es sollte vermieden werden, dass die Verleugnung der Störung überinterpretiert wird und sich ein Machtkampf entwickelt. Was sich als wenig hilfreich im Umgang mit Betroffenen erwiesen hat: zu argumentieren, zu dozieren, zu überreden, Ratschläge zu geben, ohne vorher das Einverständnis eingeholt zu haben, anzuordnen, zu warnen, zu drohen, zu moralisieren, zu kritisieren, zu predigen oder zu verurteilen.

7.2 Medikamentöse Behandlung

Medikamente spielen in der Therapie der Essstörungen eine untergeordnete Rolle.

Es ist kein Medikament für die Behandlung der Anorexia nervosa zugelassen. Bei erheblich auf Gewichtsängste und Essen eingeschränktem Denken und bei nicht zu beherrschender Hyperaktivität kann im Einzelfall der Versuch eines Einsatzes niedrig dosierter Neuroleptika (z.B. Olanzapin) gerechtfertigt sein. Die Behandlungsindikation beschränkt sich auf die Dauer der Symptomatik (keine Dauertherapie!) und gilt nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes.

Wenn bei der Bulimia nervosa eine Pharmakotherapie angeboten wird, dann sollte

Fluoxetin eingesetzt werden. Nur dieser Wirkstoff ist in Deutschland in Kombination mit Psychotherapie für die Indikation der Bulimia nervosa, und nur für die Behandlung von Erwachsenen, zugelassen. Bezogen auf Symptomreduktion, Nebenwirkungsprofil und Akzeptanz ist das Antidepressivum Fluoxetin die medikamentöse Therapie erster Wahl in der Behandlung der BN. Ein Behandlungsversuch sollte mit einer Mindestdauer von vier Wochen und einer Dosis von bis zu 60 mg/Tag unternommen werden. Gegenwärtig wird diskutiert, ob diese hohen Dosen von Fluoxetin wie bei Citalopram nicht mit einem höheren Risiko von Herzrhythmusstörungen verbunden sind. Die Kontrolle der QT-Zeit Therapie mit hohen Dosen von Fluoxetin muss deswegen auf jeden Fall erfolgen. Bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen.

Auch bei der Binge-Eating-Störung sind bestimmte Antidepressiva wirksam; allerdings ist derzeit kein Medikament zur Behandlung der BES zugelassen. Antidepressiva können jedoch im Rahmen eines Therapieversuchs eingesetzt werden, wenn eine Psychotherapie nicht möglich ist. Dabei muss die Patientin über den Umstand des Off-Label-Einsatzes aufgeklärt werden. Langzeiteffekte von Psychopharmaka bei BES sind nicht ausreichend erforscht; eine langfristige Verordnung von Psychopharmaka zur Behandlung der BES kann daher nicht empfohlen werden. AWMF-Leitlinien, 2012

7.3 Psychotherapeutische Behandlung

Die Behandlung von Essstörungen ist im Wesentlichen psychotherapeutisch. Sie erfordert besondere Kenntnisse und sollte die spezifischen Elemente von Essstörungen wie Körperbild, Mahlzeitenstruktur, Nahrungsaufnahme und Selbstwertgefühl berücksichtigen. Da in der Therapie auch medizinische und ernährungsphysiologische Aspekte eine Rolle spielen, sind kombinierte Therapieangebote ideal, die die medizinische Versorgung über eine erfahrene Hausärztin/einen erfahrenen Hausarzt und eine erfahrene Ernährungsberatung beinhalten. Patientinnen mit Essstörungen sollten in Zentren behandelt werden, die spezifische Kompetenzen in der Behandlung von Essstörungen haben. Aufnahmen von Essstörungspatientinnen auf allgemeinen psychiatrischen oder psychosomatischen Stationen ohne störungsspezifisches Therapiekonzept sollten vermieden werden.

Jede Behandlung sollte sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Aspekte in sich vereinen. Jede Psychotherapie sollte immer von regelmäßigen Kontrollen des physischen Zustandes der Patientinnen begleitet werden. Generell sind die Chancen auf Besserung aussichtsreicher, wenn die Therapie frühzeitig beginnt. Aber auch nach chronischem Verlauf kann eine Heilung noch möglich sein.

Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass bei einer Anorexie die Wiederherstellung eines angemessenen Körpergewichts und die regelmäßige Nahrungsaufnahme Voraussetzungen für die Bearbeitung auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen der Erkrankung sind und somit erste Therapieziele bei AN darstellen sollten. Weitere Ziele der Behandlung sind die Arbeit an den Schwierigkeiten auf emotionaler, kognitiver und zwischenmenschlicher Ebene, die dem Störungsbild zugrunde liegen, und eine Förderung der sozialen Integration. Letztere ist oft mit einem „Nachholen“ verpasster Entwicklungsschritte verbunden.

Bei Patientinnen mit AN ist als erster Schritt häufig eine stationäre Behandlung notwendig, um die erforderliche Gewichtszunahme unterstützen zu können. Eine stationäre Aufnahme sollte auf jeden Fall erfolgen, wenn der BMI unter 13 kg/m^2 liegt oder die Gewichtsabnahme sehr rasch fortschreitet. Empfohlen wird heute eine wöchentliche Gewichtszunahme-Rate von 500 bis 1.500 Gramm in einem stationären Behandlungssetting bzw. von 250 bis 1.000 Gramm in einem ambulanten Setting. Die selbständige Aufnahme normaler Nahrungsmittel ist jeder Art von künstlicher Ernährung vorzuziehen. Die Minimalanforderung an die Patientin ist, dass sie diesem Vorgehen zustimmt – am besten mit einem Therapievertrag.

Noch vor der stationären Aufnahme wird die Patientin mit allen Einzelheiten der stationären Therapie vertraut gemacht, da eine weitgehende Transparenz des Behandlungsprogramms die beste Grundlage eines Therapiebündnisses ist. Der überindividuell formulierte Therapievertrag stellt nicht nur für die Patientinnen, sondern auch für das Behandlungsteam die notwendige Transparenz her und versteht sich als Leitfaden der Behandlung. Es hat sich als günstig erwiesen, einen schriftlichen Therapievertrag abzuschließen. In seltenen Fällen, z. B. bei lebensbedrohlichem Untergewicht, kann eine Unterbringung erforderlich werden. Je näher das Entlassungsgewicht an den normalen Gewichtsbereich herankommt und je besser das Gewicht unmittelbar nach Entlassung stabilisiert werden kann, desto besser scheint die Langzeitprognose zu sein. Eine alleinige „Wiederauffütterung“ allerdings gilt keinesfalls als ausreichende Therapie der AN, sondern ist nur ein Teil des „Behandlungspakets“.

Die Behandlung einer AN ist auch bei günstigem Verlauf ein langwieriger, über Monate verlaufender Prozess. Sie erfordert in der Regel einen Gesamtbehandlungsplan mit stationärem, teilstationärem und ambulatem Setting. Im Verlauf der Behandlung rücken andere Themen stärker in den Vordergrund, beispielsweise eine Selbstwertproblematik, die Ablösung aus dem Elternhaus, die Frage der weiblichen Identität, interpersonelle Schwierigkeiten und Zeichen einer perfektionistischen, leistungsorientierten Persönlichkeit. Allein schon durch die Gewichtszunahme kommt es zu einer Zunahme der Emotionalität. Untergewicht führt zu einer Abnah-

me der erlebten Gefühle. Das erneute Aufkeimen von Gefühlen wie Wut, Angst, aber auch von sexuellen Empfindungen, ist für viele Patientinnen beängstigend.

Entsprechend der individuellen Bedingungs- und Verhaltensanalyse werden weitere therapeutische Schritte notwendig sein, die über die Gewichtszunahme hinausgehen. Diese Therapiestrategien werden parallel zu einem Gewichtsrestitutionsprogramm begonnen und müssen zu Beginn die mit dem Untergewicht einhergehende kognitive Beeinträchtigung berücksichtigen, die ein reflektierendes Denken erschwert. Insgesamt hat sich der so genannte metakognitive Ansatz bewährt, der eine Differenzierung vornimmt zwischen: „Ich bin anorektisch“ und: „Ich habe eine Essstörung, und dieser Teil von mir denkt so“. Das Ziel ist eine Distanzierung vom Symptom, in tiefenpsychologischer Terminologie eine „therapeutische Ich-Spaltung“. Therapieelemente, die sich auf die Förderung der Wahrnehmung und Erfahrung körperlicher Vorgänge beziehen, nehmen in heutigen Behandlungsansätzen ebenfalls einen wichtigen Platz ein.

Ausgeprägte Körperschemastörungen können mit Konfrontationstechniken bearbeitet werden (z. B. Videokonfrontation). Diese Technik beruht auf den verhaltenstherapeutischen Methoden der Reizkonfrontation und Habituation. Wie bei allen Konfrontationsverfahren müssen die Patientinnen jedoch sorgfältig vorbereitet werden, und die Konfrontation ist sorgsam durchzuführen (keine Überraschungen!). Andere Möglichkeiten, eine Veränderung des Körperbildes zu erreichen, sind die Anfertigung von Körperumrisszeichnungen oder die Spiegelübung. 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. Letztlich hängt die Wahl der Therapie auch von den individuellen Gegebenheiten ab.

Patientinnen mit BN können meist ambulant behandelt werden. Die kognitive Verhaltenstherapie für BN (KVT-BN) stellt die meist beforschte Psychotherapiemethode mit der höchsten Evidenz dar. Deshalb sollte sie Patientinnen mit BN als Therapie der ersten Wahl angeboten werden. Die interpersonelle Psychotherapie zeigt eine vergleichbare Wirksamkeit wie die kognitive Verhaltenstherapie, allerdings ist sie in Deutschland im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht zugelassen. Auch in unkomplizierten Fällen von BN sollte die Therapiedauer mindestens 25 Sitzungen betragen, mit einer Frequenz von einer Therapiestunde pro Woche. Bei komplexerem Verlauf sind länger andauernde Behandlungen mit höherer wöchentlicher Therapiefrequenz indiziert.

Es gilt heute als gesichert, dass es einen Zusammenhang zwischen Diäten und dem Auftreten von Essanfällen gibt. Auch bei der Mehrzahl von Mädchen mit BN

treten Essanfälle in der Folge von Diäten auf. Gezugeltes oder restriktives Essverhalten wird als Auslöser für die Entwicklung von Essanfällen bei BN gesehen. Die Therapie sollte daher eine ausreichende und regelmäßige Nahrungsaufnahme in den Mittelpunkt stellen und vom chronisch restriktiven Essverhalten weggefuhren. Vor allem Patientinnen mit prämorbidem Übergewicht befürchten, durch regelmäßige Nahrungszufuhr zuzunehmen. Auch wenn eine Gewichtszunahme nicht vollkommen ausgeschlossen werden kann, kommt es doch in der Regel eher zu einer Abnahme der Essanfälle als zu einer Zunahme des Gewichtes. So genannte „verbotene“ Nahrungsmittel werden nach und nach in den Ernährungsplan eingebaut.

Vor allem zu Beginn einer ambulanten Therapie kann einschleichend mit einem „strukturierten Esstag“ pro Woche begonnen werden. Die Patientinnen erleben zwar die Essanfälle meist als Ich-fremd, nicht aber den Wunsch nach Gewichtsreduktion oder -kontrolle. Dithalten und der Abbau von Essanfällen sind jedoch nicht miteinander vereinbar. Auch die Bearbeitung von Problemereichen, die mit der Essstörung in Zusammenhang stehen, wird an der Notwendigkeit der Veränderung des restriktiven Essverhaltens nichts ändern. Mit Hilfe verhaltenstherapeutischer Techniken (Selbstbeobachtung, Aufbau eines regelmäßigen Essverhaltens, Stimuluskontrolltechniken) sollen die Patientinnen wieder Kontrolle über ihr Essen erreichen. Ernährungsprotokolle werden eingesetzt; es werden, wie erwähnt, strukturierte Esstage eingeführt und bisher vermiedene Nahrungsmittel in den Speiseplan aufgenommen. Mit Hilfe von Verhaltensanalysen werden Auslöser für Nahrungsrestriktion, Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen herausgearbeitet und alternative Bewältigungsstrategien zur Verhinderung dysfunktionalen Essverhaltens gesucht.

► Das Ernährungsprotokoll (Seite 49)

Meistens kommen Ernährungsprotokolle mit Spaltentechnik zum Einsatz. Die Selbstaufzeichnung soll möglichst zeitnah zum Problemverhalten durchgeführt werden, da sich sonst die Erinnerung verzerren kann. So wird deutlich, wie häufig das Problemverhalten tatsächlich vorkommt; es kommt zum Erkenntnisgewinn. Das Protokollieren zeigt auf, welche Umstände zum Essen führen, welche Zusammenhänge zwischen Umwelt, innerer Befindlichkeit und Essverhalten bestehen. Anhand der Essprotokolle können auch kleine Änderungen während des Therapieverlaufs sichtbar gemacht werden. Natürlich kann die Konfrontation und ständige Beschäftigung mit dem Problemverhalten unangenehm und das Darlegen des

vollen Ausmaßes der Essstörung vor der Therapeutin schambesetzt sein.

Damit zusammenhängend soll die Überbewertung von Figur und Gewicht für die Selbsteinschätzung hinterfragt werden. Mit der Körperbildstörung ist bei Patientinnen mit BN ein zentraler Faktor der Aufrechterhaltung gegeben. Es besteht die Möglichkeit, die oben genannten Spiegel- bzw. Videokonfrontationen durchzuführen, bei denen die Patientinnen aufgefordert werden, eine objektive Beschreibung ihres Körpers vorzunehmen und sowohl positive als auch negative Aspekte zu berücksichtigen.

Bei Menschen mit Binge-Eating-Störung scheint der Zusammenhang zwischen restriktivem Essverhalten und Essanfällen geringer ausgeprägt zu sein als bei solchen mit BN. Bei der Hälfte der Betroffenen mit BES treten die ersten Essanfälle unabhängig von Diäten auf, oft bereits in der Pubertät. Bei der BES dürften Essanfälle häufig als Folge einer Enthemmung des Essverhaltens, etwa durch negative emotionale Zustände, ausgelöst werden und der Affektregulation dienen. Es wird daher empfohlen, in der Therapie Strategien zu berücksichtigen, die die Fähigkeiten zur Affektregulation verbessern. Psychotherapiestudien zur BES basieren vornehmlich auf der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), in geringerem Umfang auch auf der interpersonellen Psychotherapie (IPT). Das Anliegen der meisten Patientinnen und Patienten mit BES ist die Behandlung der Adipositas – sie möchten abnehmen. Dieses Anliegen ist bei der Behandlung (bzw. Behandlungsplanung) der BES zu bedenken und mit den Patientinnen und Patienten zu thematisieren.

Psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung der BES zeigen nur geringe Effekte bei einer Gewichtsreduktion. Dass Programme aller Art zur Gewichtsreduktion langfristig gesehen kaum wirksam sind, sollte den Betroffenen deutlich gemacht werden, auch wenn sie etwas anderes erwarten und erhoffen. Das vielfach evaluierte „Anti-Diät-Konzept“, dessen Kern das Vermeiden restriktiven Essverhaltens ist, eignet sich auch besonders für adipöse Patientinnen und Patienten mit Binge-Eating-Störung, bei denen das gezügelte Essverhalten einen wichtigen Faktor in der Genese der Essstörung darstellen kann. Allerdings wird zu einem späteren Zeitpunkt die Indikation einer Maßnahme zur Gewichtsabnahme unter Abwägung medizinischer Aspekte und individueller Machbarkeit neu zu prüfen sein.

8 Behandlungsangebote (Versorgungsstruktur)

Die ambulante Versorgung in Deutschland bietet zwar ein flächendeckendes Angebot an Psychotherapie, ist jedoch wenig darauf eingerichtet, in Notfällen, wie sie Essstörungen häufig darstellen, ein zeitnahes und ausreichendes Therapieangebot zur Verfügung zu stellen. Die Verfügbarkeit kompetenter Therapieangebote, die in der Behandlung von Essstörungen erfahren sind, ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dies gilt in noch höherem Maße für teilstationäre, tagesklinische Behandlungsangebote. In einigen Regionen existieren mittlerweile auch therapeutische Wohngemeinschaften, die eine essstörungsspezifische Therapie mit der Möglichkeit verbinden, die Schule zu besuchen oder einen Beruf auszuüben. Solche therapeutischen Wohngemeinschaften sind überregional eingerichtet.

In Deutschland gibt es im internationalen Vergleich ein gutes Angebot an stationären Behandlungsplätzen. Auch hier sind Einrichtungen zu bevorzugen, die über Einheiten mit einer Spezialisierung auf Essstörungen verfügen. Eine stationäre Therapie spielt bei der Behandlung der AN eine größere Rolle als bei der Therapie der anderen Essstörungen. Stationäre Programme haben den Vorteil, dass körperlich stark gefährdete Personen überwacht werden können und eine professionelle Helferperson kontinuierlich anwesend ist. Angewandt werden sollten strukturierte Therapieprogramme, die eine Normalisierung des Essverhaltens mit Gewichtszunahme und eine Änderung der Einstellung zu Gewicht und Figur zum Ziel haben. Das Ausmaß an Struktur sollte angemessen sein; sehr rigide, unflexible und strafende Programme sollten generell vermieden werden.

Die Therapie von Essstörungen sollte einem Gesamtbehandlungsplan folgen. Das bedeutet, dass besonders in der Therapie von hochgradigen Essstörungen das gesamte Spektrum der therapeutischen Angebote genutzt werden muss. Dabei sollten die ambulanten, teilstationären oder stationären Phasen der Therapie jedoch nahtlos ineinandergreifen und einander ergänzen. In der gegenwärtigen Situation sind solche sektorenübergreifenden Therapiestrukturen jedoch nur mit hohem Aufwand und ausnahmsweise zu realisieren. Hier besteht ein eindeutiger Entwicklungsbedarf.

Bei vielen Patientinnen mit AN ist die Krankheitseinsicht begrenzt; die Bedrohlichkeit der Erkrankung wird verleugnet. In solchen Fällen kann es notwendig sein, die Therapie gegen den Willen der Patientin durchzuführen. Dies sollte mit sehr viel Augenmaß und abgestuft erfolgen, zumal die Betroffenen eine Zwangsernährung im engeren Sinne als traumatisierend empfinden. Es besteht die Möglichkeit der Einrichtung einer Betreuung, die den Patientinnen Therapieentscheidungen abnimmt, die für den Aufgabenbereich der Gesundheitsfürsorge wichtig sind. Dies kann durchaus auch von den Patientinnen als entlastend erlebt werden. Wenn die Nahrungsaufnahme oral nicht in ausreichendem Maße möglich ist, kann die Ernährung auch über eine nasogastrale Nasensonde oder – wenn dies über längere Zeit erforderlich ist – über eine perkutane Enterogastrostomie-Sonde erfolgen. Zwangsernährung im engeren Sinn wird nur in sehr seltenen, lebensbedrohlichen Fällen notwendig. Hierzu ist eine richterliche Anordnung nach dem Betreuungsrecht erforderlich.

9 Beratung (Funktion, Schnittstellen)

Beratungszentren sind für Betroffene und Angehörige bei Essstörungen oftmals die erste Anlaufstelle. Ambulante Beratung wird von spezialisierten Beratungseinrichtungen für Essstörungen, aber auch von Frauen-, Jugend- und Suchtberatungsstellen sowie von weiteren psychosozialen Beratungsstellen und Gesundheitsämtern angeboten. Grundvoraussetzung für qualifiziertes Angebot der Einrichtungen ist ein erfahrenes Fachpersonal, das über eine essstörungsspezifische Beratungskompetenz verfügt. Als Empfehlung für die Beratung bei Essstörungen dienen die Leitlinien der vom Bundesfachverband Essstörungen e.V. (BFE) in Auftrag gegebene Praxisstudie „Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen“ (Reich et al., 2005).

Die Beratungsangebote können von Betroffenen, Angehörigen, Freundinnen und Freunden sowie von Fachkräften genutzt werden. Die Beratungsgespräche sind meistens kostenfrei. In einigen Einrichtungen wird eine Gebühr für die Beratungsangebote erhoben. Ein Krankenschein ist nicht erforderlich.

In einem persönlichen Gespräch werden Informationen zum Krankheitsbild und über ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten vermittelt. Auf Wunsch kann die Anonymität gewahrt werden. Die Beraterinnen und Berater unterliegen der Schweigepflicht.

In den Beratungsgesprächen wird die aktuelle Problemlage der ratsuchenden Person geklärt und individuell ein konkretes Hilfeangebot entwickelt. Die Beratung hat zudem die Funktion, Betroffenen, die einer längerfristigen medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, motivierende Unterstützung bei der Entscheidung für eine Therapie zu bieten.

Essstörungen sind für Familien sehr belastend. So fühlen sich Eltern häufig hilflos angesichts der Erkrankung ihres Kindes. Eltern erhalten in der Beratung wichtige Hinweise und Hilfestellungen für den Umgang mit dem betroffenen Kind.

Durch spezifische Angebote wie Jugendsprechstunden werden gezielt junge Menschen angesprochen, die an Essstörungen erkrankt sind. Die niederschweligen Beratungsangebote werden besonders in Schulen und Jugendeinrichtungen publik gemacht.

Die Beratungszentren unterstützen bei der Suche nach geeigneten Behandlungseinrichtungen und vermitteln Adressen von Selbsthilfegruppen. Zugangswege zu notwendigen medizinischen und therapeutischen Maßnahmen werden transparent gemacht und Hilfestellungen bei der Klärung der Kostenübernahme für die geplante Behandlung vermittelt. Eine frühzeitige Beratung kann den Behandlungsprozess positiv beeinflussen und hilft Chronifizierungen vorzubeugen.

Beratungsstellen stehen während des gesamten Behandlungsverlaufs als Ansprechpartner zur Verfügung. Sie helfen, Wartezeiten zu überbrücken und beraten auch über weitere notwendige Therapiebausteine.

Neben der persönlichen Beratung bieten Beratungszentren auch Angebote zur Telefonberatung und zur internetbasierten Beratung in Form von Einzel- und moderierten Gruppenchats sowie per E-Mail an. Telefon- und Online-Beratung als niederschwellige anonyme Beratungsangebote bieten die Chance, die Betroffenen schon frühzeitig zu erreichen. Das Internet als anonymes Medium nutzen Menschen mit Essstörungen oftmals als Möglichkeit, zum ersten Mal offen über ihre Erkrankung zu sprechen. Von der internetbasierten Beratung profitieren vor allem junge Menschen; sie eröffnet ihnen Zugangswege zu weiterführenden Hilfseinrichtungen, beispielsweise Beratungsstellen und Fachkliniken.

Bei Internetseiten zu Essstörungen muss darauf geachtet werden, dass es sich um seriöse Angebote handelt. Ein großes Problem stellen die sogenannten „Pro Ana“- bzw. „Pro Mia“-Seiten dar, die Essstörungen als Lifestyle verherrlichen und die lebensbedrohlichen Folgen der Erkrankung bagatellisieren. Die Begriffe „Ana“ und „Mia“ sind abgeleitet von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Die Websites werden zumeist von Betroffenen betrieben, die selbst keine Therapie anstreben und andere erkrankte Jugendliche in der Aufrechterhaltung der Essstörung bestätigen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat unter dem Titel „Gegen Verherrlichung von Essstörungen im Internet“ einen Ratgeber für Eltern, Fachleute und Provider herausgegeben (BMFSFJ, www.bmfsfj.de). Der Ratgeber kann kostenlos auf den Internetseiten des BMFSFJ bestellt oder dort bzw. auch bei jugendschutz.net heruntergeladen werden. Auf jugendschutz.net stehen zudem weitere Informationen zum Thema zum kostenlosen Download zur Verfügung (www.jugendschutz.net).

Weitere Aufgabenschwerpunkte der Beratungszentren für Essstörungen bilden angeleitete Gruppen für Betroffene und Angehörige sowie Nachsorgeangebote, die sich einer stationären Behandlung anschließen. Darüber hinaus umfasst das Angebotsspektrum Fachberatung und Fortbildungsangebote für Mittlerkräfte aus psychosozialen und pädagogischen Arbeitsfeldern sowie Präventionsmaßnahmen für Schulen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit.

Das Hilfeangebot im Bereich der qualifizierten, spezifischen Beratung bei Essstörungen ist regional sehr unterschiedlich entwickelt. Ein bedarfsgerechter Ausbau, insbesondere von niederschweligen Beratungsangeboten für Jugendliche und junge Erwachsene, ist dringend erforderlich. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet auf ihrer Website eine qualitätsgesicherte bundesweite Suchfunktion für Beratungs- und Behandlungseinrichtungen im Bereich Essstörungen (www.bzga-essstoerungen.de).

Im Interesse eines effektiven und bedarfsgerechten Versorgungsangebotes bei Essstörungen ist eine strukturierte sektorenübergreifende Vernetzung von Angeboten zur Prävention, Beratung, Behandlung und Nachsorge dringend erforderlich. Eine strukturierte Kooperation aller in der Versorgung tätigen Berufsgruppen und Institutionen trägt dazu bei, Betroffene bereits frühzeitig zu erreichen, Wartezeiten zwischen den unterschiedlichen Maßnahmen zu verringern und den Behandlungsprozess zu optimieren.

Die BZgA hat zusammen mit dem Expertengremium der Initiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankeitswahn“ Empfehlungen für eine integrierte Versorgung von Menschen mit Essstörungen entwickelt. Die Empfehlungen beschreiben, wie ein umfassendes Versorgungsangebot gestaltet werden muss, um betroffenen und gefährdeten Menschen zielgerichtet und nachhaltig helfen zu können. Das Fachheft, Band 4, der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung „Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland“ (BZgA, 2011) kann übers Internet kostenlos bestellt bzw. heruntergeladen werden (<http://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/konzepte/>).

Aufgaben von Beratungsstellen

- ▶ Situationsabklärung (gesundheitliche und soziale Situation)
- ▶ Informationen zu Essstörungen
- ▶ Förderung der Behandlungsmotivation
- ▶ Informationen über weiterführende medizinische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten und stationären Bereich
- ▶ Hilfestellung und Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten ambulanten oder stationären Behandlungsplatz mit Klärung der Kostenübernahme
- ▶ Krisenintervention
- ▶ Nachsorge im Anschluss an einen Klinikaufenthalt
- ▶ Gruppenangebote für Betroffene und Angehörige
- ▶ Selbsthilfeangebote
- ▶ Angehörigenberatung
- ▶ Kooperation mit beteiligten medizinischen und psychotherapeutischen Praxen und Fachkliniken
- ▶ Fachberatung für Lehrkräfte sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- ▶ Präventionsangebote für Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen

10 Selbsthilfe

In der Therapieforschung wird, nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen, ein stufenweises Vorgehen in der Behandlung psychischer Störungen propagiert. Die erste Stufe stellen „niederschwellige“ Therapieansätze dar. In der Literatur werden hierfür Begriffe verwendet wie Selbsthilfe, Selbstbehandlung, Selbstveränderung oder Bibliotherapie (therapeutische Arbeit mit Literatur). Die Selbstbehandlung sollte mit unterstützender Anleitung durch professionelle Helferinnen und Helfer erfolgen. In den letzten Jahren werden zunehmend moderne Medien im Rahmen von Selbsthilfe-Ansätzen eingesetzt. Neue Kommunikationstechnologien wie Internet, SMS oder Computerprogramme einschließlich virtueller Realität (VR) haben zudem den Vorteil, dass sie interaktiv gestaltet werden können. Es besteht die Hoffnung, dass diese niederschweligen Angebote bestimmte Zielgruppen erreichen, um beispielsweise einer Chronifizierung oder schon dem Ausbruch einer Erkrankung bei Personen mit hohem Risiko entgegenwirken bzw. bei ersten Anzeichen einer Erkrankung gleich ansetzen zu können.

Die Zahl der Menschen mit Essstörungen übertrifft bei weitem die Zahl freier Therapieplätze. Selbsthilfe kann eingesetzt werden, um das Warten auf eine spezielle Behandlung zu verkürzen. Die Mehrheit der Betroffenen mit BN und BES nehmen zudem gar keine professionelle Hilfe in Anspruch, könnten aber durch unterschiedliche Selbsthilfe-Angebote erreicht werden. Ein weiterer Vorteil von Selbsthilfe ist ihre Verfügbarkeit zu jeder Zeit und an (fast) jedem Ort. Patientinnen, die nicht (gut) Deutsch sprechen, können Selbsthilfe-Materialien in anderen Sprachen nutzen.

Je motivierter die Patientin, je schwächer ausgeprägt die Essstörung, je weniger Komorbidität (einschließlich Persönlichkeitsstörungen) besteht und je besser das soziale Umfeld die Betroffene stützt, desto weniger therapeutische Zuwendung wird vermutlich erforderlich sein. Bei Patientinnen mit Anorexie wird ein alleiniger Selbsthilfe-Ansatz für eine endgültige Heilung mit großer Wahrscheinlichkeit nicht ausreichen. Ein Teil der Patientinnen mit BN und mit BES kann jedoch von Selbsthilfe-Ansätzen sehr gut profitieren. Wenn eine minimale Anleitung durch einen Therapeuten gegeben ist, scheint der Erfolg besser zu sein.

11 Anhang

11.1 Literatur - Quellen - Empfehlungen

- Ackard, D. M.; Fulkerson, J. A.; Neumark-Sztainer, D. (2007): Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. In: *International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 409-417.
- Bauer, Barbara G.; Anderson, Wayne P.; Hyatt, Robert W. (2002): *Bulimie. Behandlungsanleitung für Therapeuten und Betroffene*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Berrington de, G. A. et al. (2010): Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. In: *The New England Journal of Medicine*, 363(23), 2211-2219.
- Birmingham, C. L. et al. (2005): The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 143-146.
- Bruch, Hilde (1998): *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt: Fischer.
- Bruch, Hilde (2004): *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt: Fischer.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011): *Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland*. Köln. (Konzepte; 4)
- Calle, E. E. et al. (1999): Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. In: *The New England Journal of Medicine*, 341(15), 1097-1105.
- Cope hmidt, M.H. (Hrsg.) (2000): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 4., korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Huber.
- Fairburn, Christopher G. (2004): *Ess-Attacken stoppen: Ein Selbsthilfeprogramm*. Bern: Huber.
- Fichter, Manfred M. (2009): *Magersucht und Bulimie – Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde*. Basel: Karger.
- Gillum, R. F.; Mussolino, M. E.; Madans, J. H. (2001): Body fat distribution, obesity, overweight and stroke incidence in women and men--the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. In: *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25(5), 628-638.
- Gniech, Gista (2002): *Essen und Psyche. Über Hunger und Satttheit, Genuß und Kultur*. Heidelberg (u.a.): Springer.
- Habermas, Tilmann (1994): *Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Frankfurt: Fischer.
- Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina; Zipfel, Stephan (Hrsg.) (2008): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg (u.a.): Springer

- Herpertz, Stephan et al. (Hrsg.) (2011): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Heidelberg (u.a.): Springer.
- Hoek, H. W. et al. (2005): The incidence of anorexia nervosa on Curacao. In: *The American Journal of Psychiatry*, 162(4), 748-752.
- Jacobi, Corinna; Paul, Thomas; Thiel, Andreas (2004): Essstörungen. Göttingen (u.a.): Hogrefe.
- Langsdorff, Maja (2011): Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen. Bulimie – verstehen und heilen. Frankfurt: Fischer.
- Leibl, Carl; Leibl, Gisind (2012): Hilferuf Essstörung: Anorexie, Bulimie, Binge-eating und was sich dagegen tun lässt. Stuttgart: Kohlhammer.
- Manson, J. E. et al. (1995): Body weight and mortality among women. In: *The New England Journal of Medicine*, 333(11), 677-685.
- Milos, G. et al. (2004): Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland. 40 years of development. In: *International Journal of Eating Disorders*, 35(3), 250-258.
- Nielsen, S. et al (2002): Mortality in Current Type 1 Diabetes (T1DM) and Anorexia Nervosa. In: *Diabetes Care* 25:309 – 312.
- Orbach, Susie (1979): Antidiätbuch. Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Esssucht. München: Frauenoffensive.
- Orbach, Susie (1984): Antidiätbuch II. Eine praktische Anleitung zur Überwindung von Esssucht. München: Frauenoffensive.
- Quetelet, Adolphe (1870): *Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de l'homme*. Bruxelles: Muquardt.
- Reich, Günter; Cierpka, Manfred (Hrsg.) (2010): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme.
- Reich, Günter; Witte-Lakemann, G.; Killius, U. (2005): Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Saß, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael (Bearb.) (1998): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. 2., verbesserte Auflage. Göttingen (u.a.): Hogrefe.
- Schmidt, Ulrike; Treasure, Janet (2001): Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfeprogramm. Weinheim; Basel: Beltz.
- Schnebel, Andreas; Bröhm, Patricia (2000): Sprechstunde Bulimie. Essstörungen und ihre Ursachen. Wegweiser zur richtigen Therapie. Wieder mit Genuß essen lernen. München: Gräfe und Unzer.
- Statistische Bundesamt (2011): Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit. Körpermaße der Bevölkerung 2009. Wiesbaden.
- Stunkard, Albert J. (1959): Eating Patterns and Obesity. In: *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284-295
- Treasure, Janet (2001): Gemeinsam die Magersucht besiegen. Ein Leitfaden für Betroffene, Freunde und Angehörige. Weinheim; Basel: Beltz.

Vandereycken, Walter; van Deth, Ron; Meermann, Rolf (1996): Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Eine Kulturgeschichte der Eßstörungen. München: Dtv.

Wadden, Thomas A.; Stunkard, Albert J. (Hrsg.) (2002): Handbook of Obesity Treatment. New York: The Guilford Press.

WHO (2012): BMI-Perzentilen für Mädchen und Jungen (5-19 Jahre).

Internet: www.who.int/growthref/cht_bmifa_girls_z_5_19years.pdf und
www.who.int/growthref/cht_bmifa_boys_z_5_19years.pdf, Zugriff: 20.02.2012

Einzelne der hier aufgelisteten Bücher sind vergriffen. In Klammern ist das jeweils neueste Erscheinungsjahr angegeben.

11.2 Beratungsstellen

ANAD e. V., Therapeutische Wohngruppen bei Essstörungen

D-80336 München, Poccistr. 5,
Tel. +49 89 219973-0

Beratungsstelle für Essstörungen Cinderella e. V.

D-80339 München, Westendstr. 35,
Tel. +49 89 5021212

Dick & Dünn e. V. Beratungszentrum bei Ess-Störungen

D-10825 Berlin, Innsbrucker Str. 37,
Tel. +49 30 8544994

Dick & Dünn e. V., Fachberatung für Frauen mit Essstörungen

D-90402 Nürnberg, Kühnertsgasse 24,
Tel. +49 911 471711

Die Brücke e. V.

D-22767 Hamburg, Neue Große Bergstr. 231, Tel. +49 40 6683636

Fachambulanz für Essstörungen

D-80336 München, Landwehrstr. 16/IV
Tel. +49 89 23114970

Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen gGmbH

Hansaallee 18, D-60322 Frankfurt,
Tel. +49 69 550176

KABERA e. V., Beratung und Behandlung bei Essstörungen

D-34119 Kassel, Goethestr. 31,
Tel. +49 561 7013310

Kaskade, Beratung bei Essstörungen e. V.

D-37073 Göttingen, Kurze Str. 14,
Tel. +49 178 1988609

Netzwerk Essstörungen

A-6020 Innsbruck, Templstr. 22,
Tel. +43 512 576026

Waage e. V., Beratungsstelle für Frauen mit Essstörungen

D-22769 Hamburg, Eimsbütteler Str. 53, Tel. +49 40 4914941

Weitere Beratungsstellen finden Sie unter:

www.suchthilfeverzeichnis.de

Mit der Suchfunktion können Sie sich all jene Beratungsstellen anzeigen lassen, die (auch) auf Essstörungen spezialisiert sind.



11.3 Internetadressen

Für Fachleute:

www.dgess.de

Die Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V. will sowohl Wissenschaft und Forschung als auch deren Anwendung in Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Essstörungen fördern und vernetzen.

www.bundesfachverbandessstoerungen.de

Der Bundesfachverband Essstörungen e.V. vereint ambulante und stationäre Einrichtungen zur Beratung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen.

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

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen

Für Betroffene und Angehörige:

www.ab-server.de

Beratungs- und Informationsserver zu Essstörungen

www.binge-eating-online.de

Informationen zu Binge-Eating – von Betroffenen für Betroffene

www.bulimie-online.de

Informationen zu Bulimie - von Betroffenen für Betroffene

www.bzga-essstoerungen.de

Informationen zu Essstörungen für Betroffene, Angehörige und Fachleute

www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de

Onlineangebot des Aktionskreises Ess- und Magersucht e.V. München

www.dick-und-duenn-berlin.de

Online-Coaching für Betroffene
Online-Coaching für Eltern
angeleitete Online-Selbsthilfegruppen

www.EssFrust.de

Onlineberatung des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen

www.essprobleme.de

Onlineangebot für Betroffene mit Chat, Forum und vielen Infos

ess-stoerungen.net

Internetforum, 2001 vom „Mädchenhaus Heidelberg e.V.“ gegründet

www.hungrig-online.de

Kommunikationsangebot von Hungrig-Online e.V. zu Essstörungen

www.magersucht-online.de

Informationen zu Magersucht – von Betroffenen für Betroffene

www.nakos.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen

11.4 Landesstellen für Suchtfragen

Landesstelle für Suchtfragen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e. V.

70173 Stuttgart, Stauffenbergstr. 3
 Ansprechpartnerin: Eva Weiser
 Tel. +49 711 61967-31
 Fax +49 711 61967-68
 info@suchtfragen.de
 www.suchtfragen.de

Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe

80336 München, Lessingstr. 1
 Ansprechpartnerin: Cornelia Poth
 Tel. +49 89 536515
 Fax +49 89 5439303
 info@kbs-bayern.de
 www.kbs-bayern.de

Landesstelle Berlin für Suchtfragen e. V.

10585 Berlin, Gierkezeile 39
 Ansprechpartnerin: Angela Grube
 Tel. +49 30 3438916-0
 Fax +49 30 3438916-2
 buero@landesstelle-berlin.de
 www.landesstelle-berlin.de

Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

14467 Potsdam, Behlertstr. 3a, Haus H1
 Ansprechpartnerin: Andrea Hardeling
 Tel. +49 331 581380-0
 Fax +49 331 581380-25
 info@blsev.de
 www.blsev.de

Bremische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

28195 Bremen, Kolpingstr. 7
 Ansprechpartner: Johannes Dieckmann
 Tel. +49 421 200743-8
 Fax +49 421 200743-1
 j.dieckmann@brels.de
 www.brels.de

Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

20097 Hamburg, Repsoldstr. 4
 Ansprechpartnerin: Christiane Lieb
 Tel. +49 40 2849918-0
 Fax +49 40 2849918-19
 hls@sucht-hamburg.de
 www.sucht-hamburg.de

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

60325 Frankfurt a.M., Zimmerweg 10
 Ansprechpartner:
 Wolfgang Schmidt-Rosengarten
 Tel. +49 69 71376777
 Fax +49 69 71376778
 hls@hls-online.org
 www.hls-online.org

Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen e. V.

30177 Hannover, Podbielskistr. 162
 Ansprechpartner: Dr. Manfred Rabes
 Tel. +49 511 626266-0
 Fax +49 511 626266-22
 info@nls-online.de
 www.nls-online.de

Landesstelle Sucht NRW

c/o Landschaftsverband Rheinland
 Dezernat 8
 50663 Köln
 Ansprechpartnerin: Dorothee Mücken
 Tel. +49 221 809-7794
 Fax +49 221 809-6657
 kontakt@landesstellesucht-nrw.de
 www.landesstellesucht-nrw.de

Landesstelle für Suchtfragen Rheinland-Pfalz

67346 Speyer, Karmeliterstr. 20
 Ansprechpartner: Achim Hoffmann
 Tel. +49 6232 664-254
 Fax +49 6232 664-130
 achim.hoffmann@diakonie-pfalz.de
 www.sucht-rlp.de

Saarländische Landesstelle für Suchtfragen e. V., c/o Caritasverband Schaumberg-Blies e. V.

66538 Neunkirchen, Hüttenbergstr. 42
 Ansprechpartner: Dr. Horst Arend
 Tel. +49 6821 9209-13
 Fax +49 6821 9209-44
 h.arend@caritas-nk.de
 www.landesstelle-sucht-saarland.de

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V.

01099 Dresden, Glacisstr. 26
 Ansprechpartner: Dr. Olaf Rilke
 Tel. +49 351 8045506
 Fax +49 351 8045506
 info@slsev.de
 www.slsev.de

Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt

39112 Magdeburg, Halberstädter Str. 98
 Ansprechpartnerin: Helga Meeßen-Hühne
 Tel. +49 391 5433818
 Fax +49 391 5620256
 info@ls-suchtfragen-lsa.de
 www.ls-suchtfragen-lsa.de

Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e. V.

24119 Kronshagen, Schreberweg 5
 Ansprechpartnerin: Dr. Regina Kostrzewa
 Tel. +49 431 5403-340
 Fax +49 431 5403-355
 sucht@lssh.de
 www.lssh.de

Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e. V.

99096 Erfurt, Arnstädter Str. 50
 Ansprechpartnerin: Dörte Peter
 Tel. +49 361 7464585
 Fax +49 361 7464587
 info@tls-suchtfragen.de
 www.tls-suchthilfe.de

Die DHS

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. mit Sitz in Hamm ist der Zusammenschluss der in der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbände. Dazu gehören die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentlich-rechtliche Träger der Suchtkrankenhilfe und der Sucht-Selbsthilfe. Die DHS koordiniert und unterstützt die Arbeit der Mitgliedsverbände und fördert den Austausch mit der Wissenschaft.

Die Geschäftsstelle der DHS in Hamm gibt Auskunft und vermittelt Informationen an Hilfesuchende, Experten, Medien- und Pressefachleute sowie andere Interessierte.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

Postfach 1369, 59003 Hamm
Westenwall 4, 59065 Hamm

Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30

info@dhs.de
www.dhs.de

Die DHS im Internet (www.dhs.de)

Über die Internetseite der DHS sind alle wichtigen Daten, Fakten und Publikationen zu Suchtfragen verfügbar. Fachinformationen (Definitionen, Studien, Statistiken etc.) und Fachveröffentlichungen sind einzusehen und zu einem Großteil auch herunterzuladen. Gleichzeitig besteht ein Zugang zu allen Broschüren und Faltblättern.

www.suchthilfeverzeichnis.de

Die Einrichtungsdatei ermöglicht den schnellen Zugang zu Hilfeangeboten der Beratungs- und Behandlungsstellen und der Selbsthilfe in Deutschland.



DHS-Publikationen, Informationsmaterialien

Die DHS gibt zahlreiche Publikationen für Fachleute und Betroffene heraus. Viele dieser Materialien können auch in größerer Stückzahl über die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden:

www.dhs.de/infomaterial

Bibliothek der DHS

Die Bibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) ist eine öffentlich zugängliche wissenschaftliche Fachbibliothek. Der Bestand steht der interessierten Öffentlichkeit zur persönlichen und beruflichen Information, zum Studium und zur Weiterbildung zur Verfügung.

Der Bibliotheksbestand umfasst über 39.000 Titel und wächst kontinuierlich um ca. 1.000 Medieneinheiten pro Jahr. Er gliedert sich in zwei Bereiche:

- ▶ den „aktuellen“ Bestand (Erscheinungsjahr: ab 1950)
- ▶ das historische Archiv (Erscheinungsjahr: ab 1725)

Über die Internetseite www.dhs.de ist der gesamte Bestand der Bibliothek online recherchierbar.

Die BZgA

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Sie nimmt für den Bund Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahr. Als Fachbehörde für Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt sie Strategien und setzt diese in Kampagnen, Programmen und Projekten um.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149 – 161
50825 Köln
Tel. +49 221 89920
Fax +49 221 8992300
poststelle@bzga.de
www.bzga.de

BZgA-Infotelefon zur Suchtvorbeugung

Telefon: +49 221 892031

(Preis entsprechend der Preisliste ihres Telefonanbieters für Gespräche in das Kölner Ortsnetz)

Montag – Donnerstag von 10–22 Uhr und

Freitag – Sonntag von 10–18 Uhr

Das BZgA-Infotelefon beantwortet Fragen zur Suchtvorbeugung und Sucht. Bei Abhängigkeitsproblemen bietet das BZgA-Telefon eine erste persönliche Beratung mit dem Ziel, Ratsuchende an geeignete lokale Hilfe- und Beratungsangebote zu vermitteln.

Bundesweite Sucht & Drogen Hotline

Telefon: 01805 313031

(kostenpflichtig, 0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min.)

Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.)

Montag – Sonntag von 0–24 Uhr

Impressum



Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Herausgeber

© Deutsche Hauptstelle für
Suchtfragen e.V.
Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de
www.dhs.de

Redaktion

Dr. Raphael Gaßmann
Gabriele Bartsch
Maja Langsdorff
Christa Merfert-Diete
Alle Rechte vorbehalten

5. Auflage, 2015

Neubearbeitung

PD Dr. med. Dipl. Psych. Ulrich Cuntz,
Prien am Chiemsee
Prof. Dr. med. Martina de Zwaan,
Hannover
Sigrid Borse, Frankfurt
Prof. Dr. Silja Vocks, Osnabrück

Autorinnen der ersten Auflage (2004)

Prof. Dr. Alexa Franke, Evelyn Brunner

Gestaltung

Volt Communication GmbH, Münster

Druck

Kunst- und Werbedruck, Bad Oeynhausen

Auflage (Code)

5.50.08.15

ISBN 978-3-937587-02-8

Diese Broschüre wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Postfach 1369, 59003 Hamm (info@dhs.de) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 50819 Köln (order@bzga.de) kostenfrei abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin / den Empfänger oder Dritte bestimmt. Best.-Nr.: 33221203

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit





Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Westenwall 4 | 59065 Hamm
Tel. +49 2381 9015-0
info@dhs.de | www.dhs.de



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN 978-3-937587-02-8