Blinde Flecken beim Thema Essstörungen

ICD-11

- **ICD-11: Fütter- und Essstörungen (6B8)**

- 6B80 Anorexia nervosa
- 6B81 Bulimia nervosa
- 6B82 Binge-Eating-Störung
- 6B83 Vermeidende/restriktive Ernährungsstörung (ARFID)
- 6B84 Pica
- 6B85 Ruminationsstörung
- 6B8Y Sonstige spezifizierte Fütter- oder Essstörung
- 6B8Z Nicht näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung

Epidemiologischer Überblick

Störung	Typisches Erkrankungsalter	Geschlechterverteilung	Besonderheiten
AN	Adoleszenz	überwiegend weiblich	hohe Mortalität
BN	Jugend/frühes Erwachsenenalter	überwiegend weiblich	häufig lange unerkannt
BED	breites Altersspektrum	geringerer Geschlechterunterschied	häufigste Essstörung
ARFID	Kindheit/Jugend	ausgeglichener	zunehmende Bedeutung

Anorexia nervosa

- **Definition und klinische Relevanz**
- Schwere psychische Erkrankung mit erheblicher somatischer und psychosozialer Morbidität
- Charakterisiert durch selbst herbeigeführten Gewichtsverlust, restriktives Essverhalten und ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme
- Häufige psychiatrische Komorbiditäten
- Erkrankungsbeginn überwiegend in Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter
- Höchste Letalität aller Essstörungen
- Persistenz bis ins höhere Erwachsenenalter möglich

Anorexia nervosa

- Lebenszeitprävalenz

Gruppe	Prävalenz
Frauen	0,8-6,3 %
Männer	0,1-0,3 %

- **Altersgipfel**
- Höchste Erkrankungshäufigkeit zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr
- Zunehmende Diagnosen bei unter 15-Jährigen
- **Aktuelle Entwicklungen**
- Frühere Reviews: weitgehend stabile Inzidenz
- Neuere Evidenz: Anstieg essgestörten Verhaltens seit der COVID-19-Pandemie
- Mögliche Einflussfaktoren:
    - soziale Isolation
    - erhöhte Mediennutzung
    - erschwerter Zugang zu Hilfsangeboten
    - Wegfall sozialer Schutzfaktoren

Anorexia nervosa

Soziokulturelle Faktoren	**Individuelle Faktoren**	**Psychiatrische Risikofaktoren**
Schlankheitsideal	**Perfektionismus**	**Angststörungen**
geschlechtsspezifische Körpernormen	**niedriges Selbstwertgefühl**	**Depressionen**
Social Media	**emotionale Dysregulation**	**PTBS**
erhöhte Bildschirmzeit	**Neurotizismus**	**ADHS**
gesellschaftlicher Leistungsdruck	**rigides Denken**	**Autismusspektrumstörungen**
	Ekelsensitivität	
	Zwanghaftigkeit	
	Impulsivität	
	Biologische und genetische Faktoren	
	familiäre Belastung	
	genetische Vulnerabilität	
	Veränderungen neuronaler Netzwerke für	
	Belohnungsverarbeitung	
	Appetitregulation	
	Emotionsregulation	

Diagnostik der Anorexie

- **Klinische Kennzeichen**
- **Kernsymptome**
- Restriktion der Energieaufnahme
- deutliches Untergewicht
- intensive Angst vor Gewichtszunahme
- Körperschemastörung
- **Subtypen**
- **Restriktiver Typ**
- Gewichtsverlust primär durch verminderte Nahrungsaufnahme
- **Binge-Eating/Purging-Typ**
- Erbrechen
- Laxanzienabusus
- weitere gegenregulatorische Maßnahmen
- **Weitere klinisch relevante Symptome**
- zwanghaftes Bewegungsverhalten
- exzessives Gehen
- übermäßiges Joggen
- zwanghafte Gymnastik

ICD-11 und Differentialdiagnostik

- **ICD-11 (6B80)**
- **Wichtige Neuerungen gegenüber ICD-10**
- weniger starre Gewichtskriterien
- stärkere Berücksichtigung funktioneller Beeinträchtigungen
- bessere Erfassung atypischer Verläufe
- niedrigere Diagnoseschwelle

Differentialdiagnostik

- **Amenorrhö**
- Keine Voraussetzung mehr für die Diagnose.
- Vorteile:
- Diagnostik bei Männern erleichtert
- Diagnostik bei präpubertären Kindern erleichtert
- Diagnostik bei hormoneller Kontrazeption erleichtert
- **Atypische Anorexie**
- Nicht alle Kriterien einer klassischen AN erfüllt
- Vergleichbare psychische Belastung
- Vergleichbare Komorbiditätsraten

Differentialdiagnose ARFID

- **Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder**

AN	ARFID
Angst vor Gewichtszunahme	keine Angst vor Gewichtszunahme
Körperschemastörung	keine Körperschemastörung
Gewichts- und Figurzentrierung	andere Motive für Nahrungsvermeidung

Langzeitverlauf Anorexie

Outcome	Anteil
Vollständige Genesung	45 %
Besserung	24 %
Chronischer Verlauf	23 %

Anorexia nervosa

- **Klinische Belastung**
- 32 % benötigen im Verlauf eine Hospitalisierung
- **Mortalität**
- Mortalitätsrate: 0,7 %
- **Prognose**
- Kinder und Jugendliche zeigen konsistent bessere Outcomes als Erwachsene

Anorexia nervosa nach bariatrischer Chirurgie

- Nach Magenbypass- oder Schlauchmagenoperationen wird eine starke Gewichtsabnahme häufig als Behandlungserfolg bewertet. Dadurch können anorektische Entwicklungen zunächst übersehen werden.
- **Besonderheiten:**
- Entwicklung einer ausgeprägten Angst vor Gewichtszunahme
- zunehmende Restriktion der Nahrungsaufnahme
- Einsatz typischer anorektischer Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle
- negatives Körperbild trotz Gewichtsverlust
- erschwerte Diagnosestellung, da der Gewichtsverlust zunächst erwünscht erscheint
- **Fazit:** Eine engmaschige psychosomatische Nachsorge nach bariatrischen Eingriffen ist wichtig.

Anorexia nervosa bei Jungen und Männern

- **Blinder Fleck:** Anorexie wird häufig als Erkrankung von Mädchen und Frauen angesehen.
- **Besonderheiten:**
- spätere Diagnosestellung als bei Frauen
- häufiges Streben nach einem athletischen oder muskulösen Körperideal
- restriktive Ernährung wird oft als Fitness- oder Gesundheitsverhalten interpretiert
- exzessives Training kann Krankheitssymptom sein
- Depressionen und Angststörungen treten ähnlich häufig auf wie bei Frauen
- Nicht jede Anorexie zeigt sich durch den Wunsch, möglichst dünn zu sein. Bei Männern kann der Wunsch nach einem muskulösen Körper im Vordergrund stehen.

Therapie der Anorexia nervosa

- **Behandlungsziele**
- **1. Symptomorientierte Behandlung**
- Wiederherstellung eines angemessenen Körpergewichts
- Normalisierung des Essverhaltens
- Normalisierung des Bewegungsverhaltens
- Behandlung somatischer Folgen
- Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten
- **2. Bearbeitung zugrunde liegender Problembereiche**
- Selbstwertproblematik
- Emotionsregulationsdefizite
- interpersonelle Schwierigkeiten
- Rückfallprävention

Behandlung

- **Settings**
- ambulant
- tagesklinisch
- stationär
- abhängig von Schweregrad und medizinischer Gefährdung

- **Quellen:** Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (APA, 2023); S3-Leitlinie D. Diagnostik und Therapie der Essstörungen; Der Nervenarzt 2025.

Evidenzbasierte Psychotherapie der Anorexie

Verfahren	Zielgruppe	Evidenz
Familienbasierte Therapie (FBT)	Kinder und Jugendliche	höchste Evidenz
Kognitive Verhaltenstherapie (CBT-E/KVT)	Jugendliche & Erwachsene	Leitlinienempfehlung
MANTRA	Erwachsene	Leitlinienempfehlung
Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)	Erwachsene	Leitlinienempfehlung
Fokale psychodynamische Therapie (FPT)	Erwachsene	Leitlinienempfehlung



Innovative Therapieansätze

- **Psychotherapeutische Weiterentwicklungen**
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)
- Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)
- emotionsfokussierte Ansätze
- achtsamkeitsbasierte Verfahren
- **Technologiegestützte Interventionen**
- Telemedizin
- virtuelle Familienbasierte Therapie
- videobasiertes Mahlzeiten-Coaching
- Smartphone-gestützte Nachsorgeprogramme

Aktuelle Entwicklungen in Deutschland

- **Home Treatment**
- Behandlung im häuslichen Umfeld
- Ergänzung bzw. Alternative zur stationären Therapie
- **Virtual Reality**
- Exposition gegenüber gesundem Körpergewicht
- Verbesserung der Körperbildakzeptanz
- **Mehrfamilientherapie (MFT)**
- Einbezug mehrerer Familien
- positive Effekte auf Gewichtsentwicklung und Familienfunktion



Welche Essstörung kommt am häufigsten vor?

Binge-Eating-Störung

Binge-Eating-Störung (BES)

- Die Binge-Eating-Störung (BES) wurde **2013** erstmalig in das Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM-5) aufgenommen und findet sich mittlerweile auch als **neue Diagnose** in der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11 (ICD-11). Die BES ist durch **wiederkehrende Essanfälle mit Kontrollverlust** gekennzeichnet, wobei **keine regelmäßigen gegensteuernden Maßnahmen** nach den Essanfällen ergriffen werden. Sie ist die häufigste Essstörung in der Allgemeinbevölkerung.
- ICD-11- und DSM-5-Klassifikation stimmen in den Kernaussagen grundsätzlich überein. Die ICD-11-Kriterien sind jedoch weitaus breiter formuliert bezüglich der Häufigkeit der Essanfälle und sehen den subjektiven Kontrollverlust im Vordergrund der Psychopathologie, wohingegen die Nahrungsmenge im Rahmen eines Essanfalls im Vergleich zur DSM-5-Auffassung in den Hintergrund tritt. Die DSM-5-Klassifikation spezifiziert weitere Charakteristika von Essanfällen, die auch wichtig sind, um vermehrtes Essen im Rahmen anderer gesellschaftlicher Bezüge (etwa bei Festlichkeiten) von pathologischem Essverhalten abzugrenzen. Beispielsweise essen viele Betroffene im Rahmen eines Essanfalls alleine aus Scham über ihr Essverhalten.

Differentialdiagnostik des Binge Eatings

- Im Zusammenhang mit den relativ breit formulierten Diagnosekriterien der BES in der ICD-11, die den subjektiven Kontrollverlust in den Vordergrund stellen, wurde auf die schwierige diagnostische Abgrenzung eines Essanfalls von anderen maladaptiven Essmustern hingewiesen. Essmuster wie z. B. das sogenannte „**Grazing**“, bei dem kleine Nahrungsmengen über einen längeren Zeitraum aufgenommen werden, treten insbesondere bei Menschen mit Übergewicht und Adipositas häufig. Da es keine Standards zur Erfassung von erlebtem Kontrollverlust gibt, kann es zu Über- oder auch Unterdiagnostik kommen.
- Die BES ist im Spektrum der psychischen Störungen insbesondere von der Essstörung **Bulimia nervosa** zu unterscheiden. Essanfälle mit Kontrollverlust treten bei beiden Essstörungen auf, allerdings werden bei der BES im Gegensatz zur Bulimia nervosa keine regelmäßigen kompensatorischen Maßnahmen im Anschluss an die Essanfälle ergriffen, wie beispielsweise selbstinduziertes Erbrechen oder exzessives Sporttreiben.
- Insbesondere im Rahmen von affektiven Störungen, Substanzgebrauchsstörungen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung kann es ebenfalls zu vermehrter Nahrungsaufnahme und impulsivem Essen kommen. Differenzialdiagnostisch sind außerdem neurologische, endokrine und genetische Erkrankungen in Betracht zu ziehen, die für impulsives Essverhalten verantwortlich sein können.

Epidemiologie des Binge Eatings

- Aktuelle bevölkerungsbasierte epidemiologische Daten berichten eine **Lebenszeitprävalenz der BES von bis zu 6,1 % bei Jugendlichen und von bis zu 1,8 % für erwachsene Frauen** sowie bis zu **0,7 % für erwachsene Männer**. Die Prävalenz von BES, Essanfällen oder subklinischen Formen von BES ist deutlich höher in klinischen Stichproben, die Therapieangebote zur Gewichtsreduktion aufsuchen, inklusive adipositaschirurgischer Maßnahmen.

Komorbiditäten

- Sowohl **körperliche** als auch **psychische Komorbiditäten** sind bei der BES häufig. So erfüllten in einer bevölkerungsrepräsentativen Studie in den USA 94 % der Betroffenen mit BES mindestens noch eine weitere psychische Diagnose. (affektive Störungen, gefolgt von Traumafolgestörungen und anderen Angststörungen, Impulskontrollstörungen, substanzassoziierte Erkrankungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung).
- Die BES ist sehr häufig mit *Übergewicht*, *Adipositas* und dem *metabolischen Syndrom* vergesellschaftet. In diesem Zusammenhang treten als häufige somatische Komorbiditäten *Bluthochdruck* und *Diabetes mellitus* auf. Menschen mit BES berichten darüber hinaus häufig *gastrointestinale Beschwerden, muskuloskelettale Symptome*, und sie haben ein höheres Risiko für eine Reihe von *Tumorerkrankungen*, wobei unklar bleibt, welche Rolle spezifisch Essanfälle für das erhöhte Tumorrisiko spielen in Abgrenzung zur Adipositas.

- Quelle: Der Nervenarzt 3/2025

Entstehungsfaktoren und Aufrechterhaltung

- Ein umfassendes Ätiologiemodell der BES fehlt bislang. Forschung zu Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktoren der BES ist aktuell vor allem von neurobiologischen Ansätzen geprägt.
- Wie bei anderen psychischen Störungen auch, besteht eine genetische Disposition für BES, die unter anderem in einer familiären Häufung deutlich wird. Genetische Befunde weisen darauf hin, dass BES mit einer Reihe Marker assoziiert ist, die auch für Adipositas eine Rolle spielen und für die Gewichtsregulation wichtig sind.
- Neurobiologische Evidenz legt nahe, dass für die Entstehung und Aufrechterhaltung der BES Dysregulationen in den Bereichen Emotionsregulation, Belohnungsverarbeitung und Impulskontrolle mit verantwortlich sind. Von BES Betroffene berichten generell mehr negative Emotionen und nutzen eher dysfunktionale Emotionsregulationsstrategien.
- Menschen mit BES reagieren sensitiver auf Nahrungsreize und empfinden diese als stark belohnend und suchen sie dementsprechend auch verstärkt auf.
- All diese Befunde spiegeln sich auch auf neurobiologischer Ebene wider. Funktionelle Bildgebungsstudien belegen, dass Betroffene mit BES eine veränderte Aktivierung verschiedener Hirnareale zeigen, und zwar insbesondere in Bereichen, die für die Steuerung des Energiehaushaltes zuständig sind (Hypothalamus), für die Belohnungsverarbeitung (u. a. Amygdala, ventrales Striatum, orbitofrontaler Kortex) und für die Hemmkontrolle (u. a. präfrontaler Kortex. Negative Stimmung wiederum kann präfrontale Bereiche inhibieren, wodurch subkortikale Aktivierungen wie beispielsweise im mesolimbischen System eher in Verhalten umgesetzt werden können.
- Ein komplexes biopsychosoziales Entstehungsmodell psychischer Erkrankungen geht davon aus, dass die oben dargestellten (neuro)biologischen ätiologischen Faktoren ergänzt werden um weitere psychische und soziale Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktoren. Die Forschung zu Risikofaktoren der BES gibt hier erste Hinweise, beispielsweise zur Rolle von Missbrauchs- und Gewalterfahrungen, Armut und Nahrungsunsicherheit, aber auch einem Nahrungsmittelüberangebot und einem überhöhten Schlankheitsideal in der Entstehung von BES.

Therapie des Binge Eatings

- Da die BES sehr häufig mit erhöhtem Körpergewicht und Adipositas einhergeht, ist zunächst eine Abwägung und Festlegung zentraler Therapieziele wesentlich. Einige Menschen mit BES suchen primär Hilfe auf, weil sie Gewicht reduzieren möchten. Gleichzeitig empfehlen aktuelle Behandlungsleitlinien eine Normalisierung des Essverhaltens vor einer gewichtsorientierten Therapie zu priorisieren. Rationale hierfür ist unter anderem die Sorge, dass eine restriktive Ernährung im Rahmen konservativer Gewichtsreduktion Essanfälle eher begünstigen kann.
- Internationale Behandlungsleitlinien empfehlen Psychotherapie als Behandlungsansatz der ersten Wahl bei BES, in der Regel im ambulanten Setting. Die weitreichendste Evidenz für die Wirksamkeit bei BES besteht derzeit für die kognitive Verhaltenstherapie], aber auch für die interpersonelle Psychotherapie und die dialektisch-behaviorale Psychotherapie liegen mittlerweile belastbare Wirksamkeitsnachweise bei der BES vor.
- Im Bereich der Pharmakotherapie ist in Europa derzeit kein Medikament für die BES zugelassen, während das Stimulans Lisdexamfetamin in den USA für BES die Zulassung erhalten hat.
- Im Zuge des Einsatzes neuer Stoffklassen wie GLP-1(„glucagon-like peptide-1“)-Analoga für die erfolgreiche Gewichtsreduktion könnte es auch zu neuen Entwicklungen bei der Therapie der BES kommen. Erste Studienergebnisse deuten darauf hin, dass GLP-1-Analoga sich positiv auswirken können auf die Häufigkeit von Essanfällen, dem Verlangen nach Essen und auf psychische Komorbiditäten. Randomisiert-kontrollierte Studien zur Wirksamkeit bei BES stehen aber noch aus.
- Im Einklang mit aktuellen Befunden zur Neurobiologie der BES wird darüber hinaus an innovativen Therapieansätzen gearbeitet, hauptsächlich im Bereich der Psychotherapie, neurokognitiver Trainingsansätze und der Neuromodulation.

Fazit

- Die Binge-Eating-Störung (BES) ist die häufigste Essstörung in der Allgemeinbevölkerung.
- Sie geht häufig mit Übergewicht und Adipositas einher.
- Die Binge-Eating-Störung bleibt häufig unentdeckt, Betroffene sind unterversorgt und stigmatisiert. Daher ist ein aktives Erfragen des Essverhaltens und Abklären einer möglichen Essstörung besonders wichtig.
- In der Gesprächsführung sollte eine wertfreie und motivierende Haltung eingenommen werden.
- Hinweise auf erlebten Kontrollverlust beim Essen sind Gefühle, nicht kontrollieren zu können, was oder wieviel man ist, das Essen nicht unterbrechen oder stoppen zu können, ein intensives Verlangen nach Essen („craving“) sowie Automatismen bei Essanfällen, denen die betroffene Person nichts aktiv entgegensetzt.
- Eine BES-Diagnose beeinflusst die Therapiewahl und Prognose sowohl der Essstörung als auch einer potenziell komorbiden Adipositas.
- Psychotherapie ist der Behandlungsansatz der ersten Wahl bei BES.
- Therapieziele bezüglich des Essverhaltens und einer möglichen Gewichtsreduktion sollten frühzeitig gemeinsam festgelegt werden.

Was gibt es sonst noch.....?

Night-Eating-Syndrom

- Während beim Binge-Eating die Menge zählt, geht es beim Night-Eating-Syndrom um den Zeitpunkt.

- **Definition**: Mindestens 25 % der Kalorienaufnahme nach dem Abendessen.

- **Symptome**:

Nächtliches Aufstehen zum Essen

Appetitlosigkeit am Morgen

Schlafstörungen

Depressive Verstimmungen

Night-Eating-Syndrom

- **Therapie**:

Verhaltenstherapie

Schlafhygiene

Ggf. Sertralin (abendliche Gabe!)

- **Fallbeispiel**:

Ein 42-jähriger Mann steht nachts mehrfach auf, um zu essen. Morgens hat er keinen Hunger, tagsüber ist er müde und gereizt.

Grazing / Snacking

- Grazing ist wie ein ständiger Tropfen auf den Stein – kleine Mengen, die sich summieren und große Wirkung entfalten.
- **Definition**: Ständiges Snacken kleiner Mengen über den Tag verteilt, oft ohne Hunger.
- Besonders häufig nach bariatrischen Operationen.
- **Folgen**: Gewichtszunahme, Rückfallrisiko nach OP

Grazing / Snacking

- **Therapie**:

Verhaltenstherapie

Selbstbeobachtung

Psychoedukation

- **Fallbeispiel**:

Ein Mann nach Magenbypass nimmt wieder zu – nicht durch große Mahlzeiten, sondern durch ständiges Snacken.

Quellenangaben

- APA (2023). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- AWMF (2020). S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen.
- Nervenarzt (2025);96(3).

Hilfe bei Essstörungen in Gütersloh

Stationäre Angebote

LWL-Klinikum Gütersloh

Klinik für Psychosomatik

📞 05241/5022383

🕑 Mo–Fr 8-13 Uhr, Terminvereinbarung Vorgespräch

🌐 lwl-klinikum-guetersloh.de



Klinik am Korso

Fachklinik für Essstörungen

📞 0573/11810

🕑 Terminvereinbarung Infogespräch

🌐 johanniter.de/johanniter-kliniken/klinik-am-korso/

Infos zu Hilfen im Kreis

- Im Juni 2010 wurde im Kreis Gütersloh das Netzwerk Ess-Störungen gegründet. Die BIGS war als Gründungsmitglied dabei.
Ziel des Arbeitskreises ist es, die Kooperation zwischen den Einrichtungen der Region und die Transparenz über bestehende Hilfen zu verbessern.

- Vom Netzwerk wurde eine Broschüre auf den Weg gebracht, die neben Informationen zum Thema Ess-Störungen konkrete Hilfsangebote im Kreis und in der Umgebung aufzeigt. Die Broschüre stellt die entsprechenden Informationen für Betroffene und Angehörige als auch Fachleute und Multiplikatoren zur Verfügung.




Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!