

# Handbuch Präventive Psychiatrie

Forschung - Lehre - Versorgung

Bearbeitet von  
Joachim Klosterkötter, Wolfgang Maier

1 2017. Buch. 496 S. Hardcover  
ISBN 978 3 7945 3050 2  
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie,  
Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

## 6 Prävention von Essstörungen

Martina de Zwaan und Beate Herpertz-Dahlmann

### 6.1 Bedeutung der Störungsgruppe – Aufriss des Problems

#### 6.1.1 Klassifikation

Bis 1980 gab es im Bereich der Essstörungen nur die Diagnose »Anorexia nervosa« (AN). Sie wurde erst im DSM-III (ab 1980) durch die Diagnose »Bulimia« (später Bulimia nervosa, BN) erweitert. Im DSM-IV wurde die Diagnose »Binge-Eating-Störung« (BES) als ein Beispiel für eine nicht näher bezeichnete (NNB) Essstörung ergänzt, und es wurden Forschungskriterien in den Anhang des DSM-IV gestellt (APA 2000). Im DSM-5 (APA 2013) ist die BES nun als separate Essstörung aufgenommen worden, die Kriterien der AN und BN haben sich nur unwesentlich geändert (de Zwaan u. Herzog 2011). Die meisten Modifikationen im DSM-5 beziehen sich auf die diagnostischen Kriterien der AN, wobei nur wenige grundlegende Änderungen durchgeführt worden sind, sondern vor allem die Wortwahl neu überdacht wurde. Ziel war es, die Kriterien beschreibend, nicht wertend und frei von ätiologischen Überlegungen zu gestalten.

Obwohl die Anzahl der Störungsbilder ausgeweitet wurde, erfüllen die meisten Patientinnen<sup>1</sup> mit gestörtem Essverhalten, die sich in spezialisierten Einrichtungen vor-

stellen, nicht die Kriterien für eine der o. g. klassischen Essstörungen. Bis zu 50 % fallen in die Restkategorie der nicht näher bezeichneten (NNB) oder der atypischen Essstörungen. Viele Patientinnen leiden unter einer klinisch relevanten Essstörung, ohne jemals die Diagnosekriterien für AN oder BN zu erfüllen. Damit zeigt sich, dass die klinischen Variationen gestörten Essverhaltens größer zu sein scheinen als sie durch die Klassifikationssysteme momentan abgedeckt werden. Eine erwartete Konsequenz der Revisionen im DSM-5 war, dass der Anteil der Patientinnen, die in diese Restkategorie fallen, abnimmt. Erste Untersuchungen, die eine Gruppe von essgestörten Patientinnen nach DSM-IV und DSM-5 diagnostiziert haben, konnten das bestätigen, jedoch war der Effekt geringer als erwartet (Keel et al. 2011).

Die BES unterscheidet sich klinisch deutlich von der AN und BN. Die Betroffenen befinden sich in der Regel in einem mittleren Altersbereich, Männer und Frauen sind nahezu gleich häufig betroffen, und es besteht vielfach eine Komorbidität mit Übergewicht und Adipositas. Im Gegensatz zur AN und BN ist den Betroffenen die Problematik oft nicht bewusst, und sie suchen primär Hilfe zur Gewichtsreduktion.

#### Anorexia nervosa

Wesentliche Veränderungen im DSM-5 betreffen für die AN die Abschaffung von Formulierungen, die den Patientinnen absichtliches oder willkürliches Verhalten unterstellen, da u. a. gezeigt werden konnte,

<sup>1</sup> Es wird durchgehend die weibliche Form verwendet, da Essstörungen bei Mädchen und Frauen deutlich häufiger auftreten. Es sind jedoch grundsätzlich beide Geschlechter gemeint.

dass sowohl die Betroffenen als auch ihre Familien unter Stigmatisierung leiden (Maier et al. 2014). Bei den diagnostischen Kriterien der AN wurde etwa auf Worte wie »Refusal« (»Weigerung«) oder »Denial« (»Leugnen«) verzichtet. Die »Weigerung, ein normales Körpergewicht zu halten« wurde durch »Einschränkung der Nahrungsaufnahme« ersetzt und das »Leugnen des Schweregrades« durch »Nicht-Erkennen (»Lack of Recognition«) des Schweregrades«.

Da einige Betroffene die starke Angst vor Gewichtszunahme (Gewichtshobie) bestreiten, wurde ein zusätzliches Kriterium eingeführt, das auf Verhalten abzielt, welches mit einer Gewichtszunahme interferiert. Auch hier wurde der Begriff »interferieren« dem Begriff »verhindern« vorgezogen, um den Betroffenen keine bestimmte Motivation zu unterstellen. Insbesondere bei Kindern und frühadoleszenten Jugendlichen lässt sich vielfach weder eine Gewichtshobie noch eine Körperschemastörung diagnostizieren (Föcker et al. 2013). Auf das diagnostische Kriterium der Amenorrhö wurde ganz verzichtet, da das Ausbleiben der Menstruation vorrangig eine organische Folge der AN darstellt. Zudem kann das Ausbleiben der Menstruation vor der Menarche, nach der Menopause und bei Einnahme von Kontrazeptiva nicht beurteilt werden.

Im DSM-IV wird zwischen dem restriktiven und dem bulimischen Typus der AN unterschieden. Während der restriktive Typus eine Gewichtsabnahme vornehmlich durch Fasten oder exzessive körperliche Aktivität bewirkt, treten beim bulimischen Typus Essanfälle und/oder zusätzliche Methoden der Gewichtsregulation (z. B. Erbrechen, Laxanzienabusus oder Missbrauch anderer Medikamente) auf. Generell nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil der bulimischen Formen der AN zu. Patientinnen mit dem bulimischen Subtyp der AN haben zudem ein

höheres Ausmaß an Psychopathologie und eine schlechtere Prognose ihrer Essstörung. Da jedoch Wechsel zwischen den Subtypen nicht selten auftreten, empfiehlt das DSM-5, den Subtypus jeweils nur für eine begrenzte Zeitspanne von drei Monaten zu beurteilen.

Ein definiertes Gewicht für die Diagnose einer AN, wie im ICD-10 (BMI 17,5 kg/m<sup>2</sup>), hat es im DSM-System nie gegeben. Das DSM-5 folgt diesem Vorgehen. Auch der Begriff Untergewicht (»Underweight«) findet im DSM-5 keine Verwendung mehr, sondern wurde durch »Significantly Low Weight« ersetzt. Das DSM-5 sieht vor, die Unangemessenheit des Gewichts von Alter, Geschlecht, bisheriger Entwicklung und körperlicher Gesundheit abhängig zu machen und die klinische Beurteilung bei der Entscheidung für oder gegen die Diagnose einer AN einem definierten Gewichtskriterium vorzuziehen. Im Begleittext des DSM-5 wird, um die Entscheidung zu erleichtern, z. B. ein BMI von unter 18,5 kg/m<sup>2</sup> bei Erwachsenen oder ein BMI unterhalb der zehnten Perzentile bei Kindern und Adoleszenten angegeben.

### Bulimia nervosa

Die im DSM-5 beschriebenen Änderungen der diagnostischen Kriterien der BN sind vergleichsweise gering. Bei der BN wurde die für die Diagnose notwendige Frequenz der Essanfälle von zweimal auf einmal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten reduziert. Patientinnen mit einer geringeren Frequenz der Essanfälle und der kompensatorischen Maßnahmen unterscheiden sich nämlich in ihren klinischen Charakteristika nicht von Patientinnen, die das zurzeit gültige, höhere Frequenzkriterium erfüllen.

Bei der BN wird im DSM-IV zwischen dem Purging-Typus (mit kompensatorischen Maßnahmen wie Erbrechen, Laxanzien- oder Diuretikaabusus) und dem Nicht-purging-

Typus (mit Fasten oder exzessiver sportlicher Betätigung als alleinige kompensatorische Maßnahmen) differenziert. Da es in der Literatur sehr wenig Information zum Nicht-purging-Typus gibt, verbindliche Definitionen von »Fasten« und »exzessiver sportlicher Betätigung« bisher nicht existieren und eine große Überlappung des Nicht-purging-Typus mit der Binge-Eating-Störung besteht, wurde diese Typisierung im DSM-5 aufgegeben.

### Binge-Eating-Störung

Im DSM-5 ist die BES als eigenständige Essstörung aufgenommen worden. Die Validität der Störung konnte ausreichend nachgewiesen werden. Die BES ist von anderen Essstörungen und von »reiner« Adipositas gut abgrenzbar.

Die Forschungskriterien des DSM-IV wurden im DSM-5 weitgehend übernommen; nur das Frequenzkriterium wurde von zwei Tagen pro Woche über einen Zeitraum von sechs Monaten auf einen Tag pro Woche über drei Monate reduziert und somit dem Frequenzkriterium der BN angepasst. Ähnlich wie bei der BN scheinen sich Patientinnen mit einer geringeren Frequenz der Essanfälle in ihren klinischen Charakteristika nicht von jenen Patientinnen zu unterscheiden, die die jetzigen Frequenzkriterien erfüllen.

### Nicht näher bezeichnete Essstörungen

Für die Restkategorie der NNB Essstörungen benennt das DSM-5 spezielle Störungsbilder, formuliert die Kriterien aber nicht im Detail, um zusätzliche Forschung auch bezüglich der diagnostischen Kriterien zu stimulieren. Hierzu zählen:

- Atypische AN (z. B. Gewicht im Normbereich)
- Subsyndromale BN (z. B. geringere Frequenz und Dauer)

- Subsyndromale BES (z. B. geringere Frequenz und Dauer)
- Purging Disorder (regelmäßiges Auftreten von kompensatorischen Maßnahmen nach normalen Mahlzeiten und Snacks im Sinne von selbst-induziertem Erbrechen oder der Einnahme von Laxanzien, Diuretika und anderer Medikamente mit dem Ziel, Gewicht und Figur zu beeinflussen; jedoch kein Auftreten von Essanfällen oder von Kontrollverlust)
- Night Eating Syndrom (Essen nach nächtlichem Erwachen oder exzessive Nahrungsaufnahme nach dem Abendessen)

## 6.1.2 Epidemiologie

### Prävalenz

Die Prävalenz ist das wichtigste Maß für die Planung von Behandlungseinrichtungen, da sie den Bedarf am besten abbildet. Die Lebenszeitprävalenz bei Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung liegt für die AN bei Frauen bei 0,9 % und bei Männern bei 0,3 %. Die entsprechenden Prävalenzahlen für die BN liegen zwischen 0,9 % und 1,5 % bei Frauen und 0,1 % bis 0,5 % bei Männern. Die BES gilt als häufigste Essstörung mit einer Lebenszeitprävalenz von 1,9 % bis 3,5 % bei Frauen und 0,3 % bis 2 % bei Männern in der Allgemeinbevölkerung (Smink et al. 2012). Während bei der AN und BN überwiegend junge Frauen betroffen sind, scheint die BES im mittleren Altersbereich bei Männern und Frauen nahezu gleich häufig vorzukommen (► Tab. 6-1).

Störungen im Essverhalten, die nicht den diagnostischen Kriterien für eine Essstörung entsprechen, sind in der Allgemeinbevölkerung weitaus häufiger (Hilbert et al. 2012). Von 2 520 Deutschen im Alter von 14 bis 95 Jahren lagen 3,9 % oberhalb eines Gesamtwerts von 2,3 Punkten auf dem Eating Disor-

Tab. 6-1 Lebenszeitprävalenzdaten aus USA und sechs europäischen Ländern, zweistufige Erhebung (Smink et al. 2012)

	Frauen	Männer
<b>Anorexia nervosa</b>	0,9 %	0,3 %
<b>Bulimia nervosa</b>	0,9 %-1,5 %	0,1 %-0,5 %
<b>Binge-Eating-Störung</b>	1,9 %-3,5 %*	0,3 %-2,0 %*

\* in USA Dauer der BES 3 statt 6 Monate

ders Examination Fragebogen (EDE-Q), was auf eine Störung des Essverhaltens hindeutet. Die Wahrscheinlichkeit, diesen Wert zu erreichen, war bei Frauen fünfmal höher als bei Männern. Frauen unter 35 Jahren hatten ein höheres Risiko als Frauen aller anderen Altersgruppen. Adipöse Frauen und adipöse Männer hatten ein deutlich höheres Risiko (10-fach und 19-fach) für eine Störung des Essverhaltens als normalgewichtige Frauen und Männer. Kein Zusammenhang fand sich mit soziodemografischen Merkmalen wie Schulbildung oder Haushaltseinkommen. Selbstberichtete objektive Essanfälle in einer Frequenz von vier oder mehr innerhalb des letzten Monats fanden sich bei 1,4 % der Frauen und 0,9 % der Männer.

Bei Kindern und Jugendlichen konnte die KIGGS-Studie zeigen, dass 21,9 % der 11- bis 17-Jährigen Symptome einer Essstörung aufwiesen. Es kam ein aus fünf Fragen bestehendes Selbsterhebungsinstrument zum Einsatz (SCOFF). Bei zwei positiv beantworteten Fragen kann auf eine Essstörung geschlossen werden. Bei diesem Vorgehen beträgt die Sensitivität 100 %, bei 12,5 % sind falsch positive Ergebnisse zu erwarten (Hölling u. Schlack 2007). Symptome einer Essstörung waren mit einer schlechteren Lebensqualität assoziiert (Herpertz-Dahlmann et al. 2009). Eine neue Studie, die auf einer Folgerhebung an der gleichen Stichprobe

beruht, konnte aufzeigen, dass ein gestörtes Essverhalten in der Adoleszenz ein gestörtes Essverhalten im jungen Erwachsenenalter mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussagt. Darüber hinaus zeigte sich selbst bei Berücksichtigung des primären individuellen und elterlichen BMIs ein signifikanter Zusammenhang mit späterem Übergewicht und Depression (Herpertz-Dahlmann et al. 2015). Diese Befunde zeigen die Notwendigkeit einer frühen Prävention auf.

### Inzidenz der AN und BN

Bei der Inzidenz handelt es sich um die Neuerkrankungen pro 100 000 Personen pro Jahr. Sie kann Hinweise auf die Ätiologie geben. Entsprechende Daten liegen seit den späten 80er-Jahren für England vor (Micali et al. 2013). Die jährlichen Inzidenzraten wurden einer Datenbank für Allgemeinmediziner entnommen, in der etwa 280 Allgemeinmediziner und 5 % der englischen Bevölkerung erfasst sind. Die ermittelten Zahlen geben nicht die wahre Inzidenz in der Bevölkerung wieder, erlauben aber eine Einschätzung von Neuerkrankungen über einen längeren Zeitverlauf mit derselben Methodik.

Die jährliche Inzidenzrate für alle Essstörungen hat zwischen 2000 und 2009 in der Altersgruppe zwischen 10 und 49 Jahren von 32,3 (95 % CI 31,7–32,9) auf 37,2 (95 % CI

36,6–37,9) pro 100 000 Personen zugenommen. Bei Frauen nahm die Inzidenz von 51,8 (95 % CI 50,6–52,9) pro 100 000 Personen in 2000 auf 62,6 (95 % CI 61,4–63,8) in 2009 zu. Die Inzidenz der AN und BN war recht stabil. Es kam vorwiegend zu einer Zunahme der Inzidenz bei den nicht näher bezeichneten (NNB) Essstörungen, die auch die häufigsten Essstörungen in der Primärversorgung darstellen. Allgemein ist die Inzidenz bei Mädchen zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr am höchsten (2 von 1 000) und zeigt eine noch steigende Tendenz (Micali et al. 2013).

### Mortalität der Essstörungen

Die Mortalität, ausgedrückt als standardisierte Mortalitätsrate (SMR), ist bei allen Essstörungen erhöht. Dies trifft vor allem für die Anorexia nervosa zu (Arcelus et al. 2011), die mit 5,86 eine der höchsten standardisierten Mortalitätsraten aller psychischen Störungen aufweist, höher als bei Depression oder Schizophrenie und vergleichbar mit Suchterkrankungen. Die SMR ist auch nach 20-jähriger Beobachtungszeit noch erhöht. Suizide machen 20 % der Todesfälle aus. Als Prädiktoren für die Mortalität gelten höheres Alter bei Erstvorstellung, Alkoholabusus und andere komorbide psychische Störungen sowie geringerer BMI bei Erstvorstellung. Jüngerer Alter (mit Ausnahme der kindlichen AN) und ein höheres Gewicht bei Entlassung gelten als protektive Faktoren. Die BES hat mit 2,29 die zweithöchste SMR aller Essstörungen, was wahrscheinlich auf die Assoziation mit Übergewicht und Adipositas zurückzuführen ist.

### 6.1.3 Psychosoziale Belastung

Im Erwachsenenalter ist – auch nach Genesung von der Essstörung – die Rate an weiteren psychischen Erkrankungen deutlich

erhöht. In einer schwedischen Untersuchung an einer Feldstichprobe von magersüchtigen Jugendlichen erfüllten ca. 40 % der ehemaligen Betroffenen 18 Jahre nach der Erstuntersuchung die DSM-IV-Kriterien für eine psychische Störung. Aufgrund von psychischen Störungen oder fortbestehenden Essstörung waren 25 % der nachuntersuchten Individuen arbeitslos im Vergleich zu 2 % der primär gesunden Kontrollgruppe (Wentz et al. 2009). Die häufigsten Störungen bei ehemaligen essgestörten Patientinnen waren affektive, Angst- und Zwangserkrankungen sowie Sucht- und Persönlichkeitsstörungen. Die Lebensqualität wird von essgestörten Patientinnen als deutlich eingeschränkt erlebt (Allen et al. 2013). Hinzu kommen Erfahrungen von Stigmatisierung (z. B. Maier et al. 2014).

Die Belastung der Angehörigen ist ebenfalls beträchtlich. In einer Untersuchung von Angehörigen erwachsener anorektischer Patientinnen berichtete fast die Hälfte der Mütter, dass sie vor der stationären Aufnahme mehr als 21 h/Woche persönlichen Kontakt (»Face to Face«) mit ihrer/ihrem betroffenen Tochter/Sohn hatten (Raenker et al. 2013).

### 6.1.4 Gesundheitsökonomie

Stuhldreher et al. (2012) haben in einer Überblicksarbeit »Cost of illness«- (n=5) und »Cost effectiveness«-Studien bei Essstörungen zusammengefasst. Die meisten Studien fokussieren auf AN und BN. Die jährlichen Kosten pro Patient wurden auf 1 288 bis 8 042 \$-PPP (»Purchasing Power Parities«, Kaufkraftparität) geschätzt. Studien, die diese mit anderen psychischen Störungen verglichen haben, kommen zu dem Schluss, dass AN und BN mit höheren Kosten verbunden sind als Zwangsstörungen und mit vergleichbaren Kosten wie bei Depression und Schizophrenie.