

# Informationspapier Essstörungen

Häffner L & Erbas B

(2. überarbeitete u. ergänzte Auflage, Stand März 2022)



**Bayerische Akademie  
für Sucht- und  
Gesundheitsfragen**

**BAS Unternehmungsgesellschaft  
(haftungsbeschränkt)**

Landwehrstr. 60-62  
80336 München  
Tel.: 089.530 730-0  
Fax: 089.530 730-19  
E-Mail: [bas@bas-muenchen.de](mailto:bas@bas-muenchen.de)  
Web: [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de)

**Registergericht München:**  
HRB 181761

**Geschäftsführung:**  
Dr. med. Beate Erbas

**Bankverbindung:**  
Bank für Sozialwirtschaft AG  
IBAN:  
DE44 7002 0500 0008 8726 00  
BIC/Swift: BFSWDE33MUE

**Gesellschafter:**  
Bayerische Akademie für Suchtfragen  
in Forschung und Praxis BAS e.V.

## Inhaltsverzeichnis

1.	Essstörungen .....	2
1.1	Diagnostik im Wandel – vom ICD-10 zum ICD-11 .....	2
1.2	Avoidant-restrictive food intake disorder (ARFID) und Pica .....	4
2.	Anorexia nervosa (AN).....	4
2.1	Symptomatik und diagnostische Kriterien .....	4
2.2	Komorbidität .....	6
2.3	Prävalenz .....	6
2.4	Mortalität .....	6
2.5	Ätiologie und Risikofaktoren.....	6
2.6	Behandlung .....	7
3.	Bulimia nervosa (BN) .....	7
3.1	Symptomatik und diagnostische Kriterien .....	7
3.2	Komorbidität .....	8
3.3	Prävalenz .....	9
3.4	Ätiologie und Risikofaktoren.....	9
3.5	Behandlung .....	9
4.	Binge eating disorder (BED) .....	9
4.1	Symptomatik und diagnostische Kriterien .....	9
4.2	Komorbidität .....	10
4.3	Prävalenz .....	10
4.4	Ätiologie und Risikofaktoren.....	10
4.5	Behandlung .....	10
5.	Weiterführende Links .....	11
5.1	Allgemein.....	11
5.2	Selbsthilfe .....	11
5.3	Selbsttest.....	11
5.4	Bücher zum Thema .....	11
5.5	Präventionsmaterialien und Projekte .....	12
6.	Literaturverzeichnis.....	12

## 1. Essstörungen

Die globale Verbreitung von Essstörungen hat von 1990 bis 2016 um 65 % zugenommen (Erskine et al., 2016). Die Belastungen durch diese Krankheit sind so schwerwiegend, dass Personen mit Essstörungen im Vergleich zu gesunden Personen der gleichen Altersgruppe eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, sich zu suizidieren (Arcelus et al., 2011; Pisetsky et al., 2013). Es wird geschätzt, dass sich weltweit circa 3,3 Millionen Menschen aufgrund einer Essstörung suizidieren (van Hoeken & Hoek, 2020). 26 % der Patient\*innen<sup>1</sup> aus den USA begehen einen Suizidversuch (Deloitte Access Economics, 2020). Für junge Erwachsene in Deutschland sind die Mortalitätsraten für Essstörungen sogar höher als für Schizophrenie und Depression (Fichter & Quadflieg, 2016). Daraus lässt sich auch für Deutschland ein erhöhter Behandlungsbedarf ableiten. Derzeit stehen 149 Einrichtungen zur Verfügung, in denen Betroffene behandelt werden (Zipfel et al., 2019).

In einer deutschen Längsschnittstudie mit über 3000 Proband\*innen, ergab sich eine Lebenszeitprävalenz von 11,5 % für Frauen und von 1,8 % für Männer bezüglich gestörtem Essverhalten (Nagl et al., 2016). Der Übergang von subklinisch gestörtem Essverhalten zu einer pathologischen Essstörung ist oftmals fließend. Definiert sind Futter- und Essstörungen als anormales Ess- und Futterverhalten, das nicht besser durch andere gesundheitsbezogene Faktoren erklärt werden kann, nicht entwicklungsgerecht ist oder kulturell sanktioniert wird. Die deutschen Bezeichnungen für Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) als Magersucht und Ess-Brech-Sucht legen eine Nähe zu Abhängigkeitserkrankungen nahe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2012). Auch wenn die Symptomatik und Funktionalität von Essstörungen Überschneidungen mit Suchterkrankungen aufweisen, zählen sie nicht zu diesen.

### 1.1 Diagnostik im Wandel – vom ICD-10 zum ICD-11

Auf welche Hinweise sollten Mitarbeitende des Gesundheitssystems achten, wenn Betroffene Kontakt aufnehmen? Anzeichen einer Essstörung können ein niedriges Körpergewicht mit starkem Gewichtsverlust sein, aber auch eine überproportionale Gewichtszunahme. Daneben können eine Amenorrhoe, Infertilität, Veränderung der gastrointestinalen Motilität, Zahnschäden oder übermäßige Sorgen über das eigene Gewicht darauf hindeuten. Besondere Aufmerksamkeit gilt Patient\*innen, die in der Mode- oder Ernährungsbranche tätig sind sowie Leistungssportler\*innen einer Sportart, bei der bestimmte Gewichtsgrenzen eingehalten werden sollen (z.B. Tanzen, Boxen) (Arcelus et al., 2014)

Um eine gesicherte Diagnose stellen zu können, ist neben dem klinischen Eindruck, der Einsatz von Interviews und Fragebögen indiziert. Als klassifikatorische Diagnoseinstrumente eignen sich unter anderem:

- *diagnostisches Interview bei psychischen Störungen* (DIPS; Margraf et al., 2021)
- *strukturiertes Interview für DSM-5* (SKID-5; Scholz & Wittchen, 2006)
- *Eating Disorder Examination* (EDE; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2016).

Um eine dimensionale Diagnostik vorzunehmen, können zum Beispiel folgende Instrumente angewandt werden:

- *Eating-Disorder Inventory* (EDI; Paul & Thiel, 2004)
- *strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Essstörungen zur Selbsteinschätzung* (SIAB-S; Fichter & Quadflieg, 1999)
- *Munich Eating and Feeding Disorder Questionnaire* (Munich ED-Quest; Fichter et al., 2015)

Mit Screening-Instrumenten, Interviews und Fragebögen soll nicht nur festgestellt werden, ob eine Essstörung gemäß dem internationalen Diagnosesystem ICD-10 vorliegt, sondern auch um welche Form von Essstörung es sich handelt. Mit dem Inkrafttreten der neuen Fassung des *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-11) am 01.01.2022 haben sich dabei weitreichende Veränderungen ergeben. Aktuell liegt noch keine deutsche Fassung der „11. Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ vor. In der folgenden Tabelle sind die noch aktuell gültigen Diagnoseziffern des ICD-10 für Essstörung der englischen Fassung des ICD-11 gegenübergestellt. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass das ICD-11 eine Verbesserung der diagnostischen Genauigkeit von Essstörungen mit sich bringt. Vor allem die neuen Diagnosen *Binge-eating disorder* (BED) und *Avoidant-restrictive food intake disorder* (ARFID) würden den Gebrauch residualer Kategorien reduzieren (Claudino et al., 2019; Nicholls & Arcelus, 2010).

<sup>1</sup> Im Text wird durchgehend die genderneutrale Form „Patient\*innen“ gewählt.

ICD-10 Essstörungen – <b>F50</b>	ICD-11 Feeding or eating disorders – <b>6B<sup>2</sup></b>
<p>Anorexia nervosa – <b>F50.0</b>            Restriktiver Typ, ohne Maßnahmen zur Gewichtsreduktion – <b>F50.00</b>            Aktiver / bulimischer Typ, mit Maßnahmen zur Gewichtsreduktion – <b>F50.01</b>            Sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa – <b>F50.08</b></p>	<p>Anorexia nervosa – <b>6B80</b>            With significantly low body weight – <b>6B80.0</b>            With dangerously low body weight – <b>6B80.1</b>            In recovery with normal body weight – <b>6B80.2</b>            Other specified Anorexia nervosa – <b>6B80.Y</b>            Anorexia nervosa, unspecified – <b>6B80.Z</b></p>
Atypische Anorexia nervosa – <b>F50.1</b>	-
Bulimia nervosa – <b>F50.2</b>	Bulimia nervosa – <b>6B81</b>
Atypische Bulimia nervosa – <b>F50.3</b>	-
Essattacken bei anderen psychischen Störungen – <b>F50.4</b>	Binge eating disorder – <b>6B82</b>
Erbrechen bei anderen psychischen Störungen – <b>F50.5</b>	-
-	Avoidant-restrictive food intake disorder – <b>6B83</b>
Sonstige Essstörungen – <b>F50.8</b>	Pica – <b>6B84</b>
-	Rumination-regurgitation disorder – <b>6B85</b>
-	Other specified feeding or eating disorders – <b>6B8Y</b>
Essstörungen, nicht näher bezeichnet – <b>F50.9</b>	Feeding or eating disorders, unspecified – <b>6B8Z</b>

Im Folgenden wird vor allem auf die häufigsten Formen von Essstörungen gemäß den noch gültigen ICD-10-Kriterien eingegangen: AN, BN sowie die BED. Über die ARFID und Pica gemäß ICD-11 soll nur ein kurzer Überblick gegeben werden. Auch wenn die ICD-11 am 01. Januar 2022 international in Kraft getreten ist, wurde bisher noch kein Datum veröffentlicht, an dem die deutsche Version des ICD-11 erscheinen wird. Bis zum Ende der Übergangszeit von 5 Jahren kann in Deutschland weiterhin amtlich gültig mit der ICD-10 klassifiziert werden (BfArM, 2022).

<sup>2</sup> World Health Organisation [WHO] (2022); Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] (2022)

## 1.2 Avoidant-restrictive food intake disorder (ARFID) und Pica

Unter ARFID versteht man ein Essverhalten, bei dem bestimmte Nahrungsmittel aufgrund ihres Geruchs, ihrer Form, Farbe oder Konsistenz vermieden werden (Attia & Walsh, 2018).

Dieses Essverhalten tritt bei 13 – 22 % der Kinder in der Zeitspanne von drei bis elf Jahren mindestens einmal auf. Die meisten Kinder entwickeln anschließend ein „normales“ Essverhalten, während 18 – 40 % ein vermeidend-restriktive Essverhalten beibehalten (Thomas et al., 2017). Wählerisches Essverhalten muss nicht zwingend mit psychologischen oder physiologischen Beeinträchtigungen einhergehen. Die Diagnose ARFID sollte dann gestellt werden, wenn eine signifikante Gewichtsabnahme mit einem signifikanten Ernährungsdefizit in Verbindung mit oraler Nahrungszufuhr und Sonderkost sowie begleitenden Gefühlen von Scham, Angst und Insuffizienz zu verzeichnen ist (Fisher et al., 2014).

Das Wort Pica stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Elster – ein Vogel, dem nachgesagt wird, alles Mögliche zu essen. Ähnlich verhält es sich mit den Betroffenen des Pica-Syndroms. Sie nehmen Dinge zu sich, die gemäß der allgemeingültigen gesellschaftlichen Norm als nicht zum Verzehr geeignet einzustufen sind. Dazu zählen zum Beispiel Pflanzenteile, Pappe, Seife, Sand, Münzen, Streichhölzer oder Erde. Historisch gesehen wurde dieses Essverhalten meist als Symptom anderer Störungen und nicht als eigenständiges Syndrom angesehen. Dies sollte sich nun mit der Erscheinung des ICD-11 ändern (Parry-Jones & Parry-Jones, 1992). Bei dem Pica-Syndrom handelt es sich um eine qualitative Essstörung, die erst dann erfüllt ist, wenn es zu Vergiftungen, Verletzungen des Verdauungstraktes oder Ähnlichem kommt (Ranit & Courtney, 2014; Young, 2012).

## 2. Anorexia nervosa (AN)

### 2.1 Symptomatik und diagnostische Kriterien

An AN erkrankte Personen erleben eine intensive Angst, zu dick zu sein oder zu werden, obwohl sie aufgrund eingeschränkter Nahrungszufuhr und -auswahl (z.B. Vermeidung von Fetten und Kohlehydraten) untergewichtig sind. Der Body-Maß-Index (BMI) liegt bei erkrankten Erwachsenen unterhalb von 17,5 kg/m<sup>2</sup>. Bei Kindern und Jugendlichen wird als Definitionskriterium das 10. Altersperzentil vorgeschlagen. Um das Untergewicht herbeizuführen und aufrecht zu erhalten, zeigen die Betroffenen unter anderem folgendes Anorexie-typisches Essverhalten: Essrituale wie langsames Essen, Kleinschneiden von Nahrung, Auslassen von Nachtisch oder ganzer Mahlzeiten, Kauen und Ausspucken von Nahrung, Abwiegen von Nahrungsmitteln, Kalorienzählen, Einsatz von Appetitzüglern wie Nikotin oder Kokain, teilweise sogenannte „subjektive Essanfälle“, überdurchschnittlicher Konsum von Flüssigkeit vor Mahlzeiten oder aber auch Flüssigkeitsrestriktion zur Herbeiführung von Mundtrockenheit, Speisen durch „Überwürzen“ ungenießbar machen, Selbstverletzungen im Mundraum zur Erschwerung der Nahrungsaufnahme, beengende Kleidung beim Essen tragen oder Essen in Gesellschaft vermeiden (Herpertz et al., 2020).

Neben einem restriktiven Essverhalten können zur Gewichtskontrolle auch selbstinduziertes Erbrechen und Verhaltensweisen, die Diarrhoe fördern (z.B. Laxanzien, Diuretika), durchgeführt werden. Alle diese Maßnahmen werden unter dem Begriff *Purging* subsumiert. Demzufolge wird bei dem Störungsbild AN zwischen einer aktiven Form (F50.00) und einer passiven Form (F50.01) des *Purging*-Typus unterschieden. Ferner kann eine exzessive sportliche Betätigung bis hin zu einer gezielten Exposition gegenüber Hitze oder Kälte beobachtet werden, um Kalorien zu verbrennen (Shroff et al., 2006). Patient\*innen mit Typ-I Diabetes reduzieren oder lassen Insulin-Spritzen weg, um bei einem hohen Blutzuckerspiegel die Aufnahme von Zucker in die Körperzellen zu verhindern (Herpertz et al., 2020).

Ein weiteres Symptom der AN ist die sogenannte Körperschemastörung. Darunter versteht man eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Aussehens und damit des objektiven Untergewichts. Damit in Verbindung steht das *checking behavior*. Dazu zählen eine regelmäßige Kontrolle des Körperumfangs, hochfrequentes Wiegen oder die Überprüfung der Figur im Spiegel (Herpertz et al., 2020).

In dem folgenden Übersichtskasten sind die offiziellen Diagnosekriterien gemäß ICD-10 abgebildet.

### Diagnostische Kriterien für Anorexia nervosa (F50.0) nach ICD-10

1. Die Patient\*innen weisen ein Körpergewicht auf, das mindestens 15 % unter dem erwarteten Körpergewicht liegt oder haben einen BMI von 17,5 kg / m<sup>2</sup> oder weniger [...].
2. Den Gewichtsverlust haben die Patient\*innen selbst herbeigeführt durch
  - a. Die Vermeidung von hochkalorischen Speisen und zusätzlich durch eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:
  - b. Selbst induziertes Erbrechen;
  - c. Selbst induziertes Abführen;
  - d. Exzessive körperliche Aktivitäten;
  - e. Einnahme von Appetitzüglern und/oder Diuretika.
3. Körperschemastörung [...].
4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse [...].
5. Wenn die Symptomatik von der Pubertät einsetzt, sind die pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt [...].

#### Spezifizierung des Typs

##### F50.00

Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.); auch als asketische oder passive oder restriktive Form der Anorexie bezeichnet.

##### F50.01

Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. u.U. in Verbindung mit Heißhungerattacken); auch als aktive oder bulimische Form der Anorexie bezeichnet.

### Diagnostische Kriterien für atypische Anorexia nervosa (F50.1) nach ICD-10

Das klinische Vollbild einer F50.0 ist nicht gegeben. Beispielsweise kann die krankhafte Furcht, zu dick zu werden, fehlen. Bei einer physischen Krankheit, die mit Gewichtsverlust einhergeht, darf diese Diagnose nicht vergeben werden.

(nach Dilling, Mombour, & Schmidt, 2015)

#### Ausgeschlossen werden müssen:

- Appetitverlust (R63.0)
- Psychogener Appetitverlust (F50.8)

Betroffene berichten über ein Gefühl von Euphorie und Kontrolle infolge des Gewichtsverlusts. Als unangenehme Gefühle werden häufig Depressivität und Gleichgültigkeit erlebt. Im Kontakt sind Patient\*innen oftmals gereizt, fallen durch rigides Denken und ein starkes Kontrollbedürfnis auf. Krankheitseinsicht ist in den meisten Fällen wenig oder überhaupt nicht vorhanden (Herpertz et al., 2020).

#### Körperliche Symptomatik

AN geht mit Untergewicht einher. Dieses lässt sich nach Schweregraden einteilen:

- Grad I mit BMI von 13,0 bis 15,99 kg / m<sup>2</sup>
- Grad II mit BMI von < 13,0 kg / m<sup>2</sup>

Patient\*innen mit Grad II weisen im Vergleich zu denen mit Grad I eine erhöhte Mortalität auf. Zu weiteren sichtbaren körperlichen Begleiterscheinungen zählen beispielsweise eine Lanugobehaarung (feine, flaumige Körperbehaarung), Akrozyanose, periphere Ödeme, Zahnschäden mit Erosionsmustern und Schwielen an den Händen (das sogenannte *Russell's Sign*) infolge von Erbrechen sowie Wachstumsstopp durch Mangelernährung.

Nicht augenscheinlich sind Symptome wie Obstipation, ein Ausbleiben der Menarche, Knochendichteminderung, ein veränderter Hormonspiegel, verminderte Nierenfunktion, Osteoporose, kardiovaskuläre Störungen (Arrhythmien, Pulsverlangsamung) und Hypotension. Eine Hypothermie von  $< 36,0^{\circ} \text{C}$  weisen 22 % der Patient\*innen auf (Herpertz et al., 2020).

## 2.2 Komorbidität

Begleitend werden vor allem Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen festgestellt (Milos, Spindler, & Buddeberg, 2003; O'Brien & Vincent, 2003). Die Lebenszeitprävalenz einer Depression bei Anorexie-Patient\*innen wird auf 40 % geschätzt (vgl. mit 15,9 % in der Bevölkerung). Zwei Drittel der Betroffenen erfüllen die Kriterien für mindestens eine Angststörung (Godart et al., 2002; Raney et al., 2008; Swinbourne et al., 2012).

Erhöhte Prävalenzen finden sich auch für Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit sowie ADHS (Baker et al., 2010; Bulik et al., 2004; Nazar et al., 2016; Root et al., 2010). Ob komorbide Störungen Folge oder ursächlich für AN sind, ist bis heute ungeklärt.

## 2.3 Prävalenz

Die Mehrzahl der Untersuchungen zu Prävalenzen bei AN deuten darauf hin, dass die Zahlen für Frauen höher sind als bei Männern. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass sich Männer weniger häufig in Therapie begeben und somit auch seltener beim Gesundheitssystem vorstellig werden als Frauen (Herpertz et al., 2020).

Die Lebenszeitprävalenz für Erwachsene wurde in einer Studie von Lindvall Dahlgren et al. (2017) in USA, Kanada, Australien und Europa für Frauen zwischen 1,7 % und 3,6 % und für Männer auf 0,2 % geschätzt. Es wird allerdings angenommen, dass die Dunkelziffer für männliche Betroffene höher ist und die Prävalenzen für Männer demnach unterschätzt werden.

In Deutschland beträgt die 12-Monats-Prävalenz für Erwachsene laut einer Studie von Jacobi et al. (2014) 1,1 % für Frauen und 0,3 % für Männer. Für 13- bis 17-jährige Mädchen beträgt sie 0,1 % und für 13- bis 17-jährige Jungen 0,2 % (Swanson et al., 2011).

## 2.4 Mortalität

Magersucht ist die psychische Erkrankung in jungen erwachsenen Jahren mit der allerhöchsten Mortalitätsrate (Fichter & Quadflieg, 2016). Die Mortalitätsraten für Magersucht liegen deutlich höher als für Schizophrenie oder Depression. BN und die BED haben eine deutlich geringere Mortalitätsrate als Magersucht (Herpertz et al., 2020).

## 2.5 Ätiologie und Risikofaktoren

Die Entstehung einer AN hat multifaktorielle Ursachen. Bestimmte genetische und soziokulturelle Aspekte sowie entwicklungspsychologische Faktoren stellen ätiologische Risikofaktoren dar (Treasure et al., 2015; Zipfel et al., 2015).

### Genetische und biologische Faktoren

- Gastrointestinale Probleme im Säuglings- und Kleinkindalter (Kotler et al., 2001; Marchi & Cohen, 1990; RåStam, 1992)
- ein 11-fach erhöhtes Erkrankungsrisiko für eine AN besteht für weibliche Verwandte ersten Grades (Jacobi et al., 2004)
- ein 10-fach erhöhtes Erkrankungsrisiko für eine AN besteht allgemein für Frauen im Vergleich zu Männern (Jacobi et al., 2004)

### Soziokulturelle Faktoren

Das von westlich geprägten Kulturen idealisierte Schlankeitsideal verbunden mit restriktiven Essverhalten birgt ein erhöhtes Risiko für die Erkrankung (Jacobi et al., 2004; Stice, 2002; Stice & Whitenton, 2002; Striegel-Moore & Bulik, 2007).

### Entwicklungspsychologische Faktoren

- Ein unsicherer Bindungstyp des Kindes (Jewell et al., 2016)
- Ein ängstlich-vemeidender oder zwanghafter Persönlichkeitsstil (Anderluh et al., 2003; Cassin & Ranson, 2005; Lilenfeld et al., 2006)
- Affektlabilität und negative Affektivität (vor allem Schwierigkeiten im Umgang mit Wut) (Bulik et al. 2006; Cervera et al., 2003; Seidel et al., 2016)

## 2.6 Behandlung

Die Behandlung von AN sollte interdisziplinär erfolgen. Hierbei sollten neben Psychotherapeut\*innen für Einzel- und Familiengespräche und Ärzt\*innen für das Monitoring der vielfältigen körperlichen Symptomatik (insbesondere internistische und neurologische Abklärung) idealerweise auch Sozialarbeiter\*innen, Ernährungsberater\*innen wie Körper- oder Kunsttherapeuten\*innen in die Therapie eingebunden werden.

Bereits vor der Behandlung können in Beratungsstellen niedrigschwellige Gesprächsangebote und eine Weitervermittlung an Therapieeinrichtungen erfolgen. Betroffene sollten sich sowohl auf lange Wartezeiten für einen Therapieplatz als auch bei einem voll ausgeprägten Störungsbild auf einen längeren Genesungsprozess einstellen (Herpertz et al., 2020). Durchschnittlich 20 % der Betroffenen weisen einen chronischen Verlauf auf, etwa 30 % leiden unter einem Wechsel aus Rückfällen und symptomfreien Phasen (Herpertz et al., 2011). Nach Angaben der Statista GmbH (Radtko, 2022) befanden sich in Deutschland im Jahr 2019 insgesamt 7.274 Patient\*innen aufgrund einer AN in stationärer Behandlung. Damit sind die diagnostizierten Fälle von 2009 bis 2019 um 30 % gestiegen. Diese Patient\*innen stellen nur einen geringen Anteil der Erkrankten dar. Denn einige Betroffene leiden unter einer ambivalenten Änderungsmotivation oder bleiben in der ärztlichen Versorgung unentdeckt (Wunderer et al., 2012).

Die Therapie der AN beinhaltet folgende grundlegende Ziele (Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2005):

- Somatische Rehabilitation (Wiederherstellung und Halten eines altersangemessenen Körpergewichts, Behandlung körperlicher Komplikationen)
- Normalisierung des Essverhaltens (Aufbau einer regelmäßigen Mahlzeitenstruktur mit ausgewogener Nahrungsauswahl)
- Individuelle psychotherapeutische Behandlung (Veränderung dysfunktionaler Gedanken, Verbesserung der Emotionsregulation sowie sozialer Kompetenzen, Selbstwertaufbau in Verbindung mit Selbstbehauptungstraining, Entwicklung einer Nähe-Distanz-Regulation)
- Einbeziehung der Familie (Bewältigung intrafamiliärer Konflikte)
- Rückfallprophylaxe

### Zwangsbehandlung

Bei akuter Selbstgefährdung der Patient\*innen aufgrund lebensbedrohlichen Untergewichts ist eine Zwangsbehandlung in Betracht zu ziehen. Kurzfristig scheint diese zu wirken, langfristige Folgen sind weitgehend unerforscht (Elzackers et al., 2014). In jedem Fall sollte ihr Einsatz sorgfältig geprüft werden und Alternativen zuvor ausgeschlossen worden sein.

Bei Einsichts- und Entscheidungsunfähigkeit sind in Deutschland die zivilrechtlichen Rahmenbedingungen einer Zwangsbehandlung unter den Voraussetzungen des § 1896 BGB im § 1906 BGB geregelt. Dies bedingt eine Betreuung durch ein Betreuungsgericht (Herpertz et al., 2011).

### Pharmakotherapie

Pharmakotherapie sollte im Zusammenhang mit AN nicht als alleinige Therapie verstanden werden, sondern in bestimmten Fällen zusätzlich zur psychotherapeutischen Behandlung angewandt werden. Es liegt keine Evidenz dafür vor, dass Antidepressiva oder Appetitstimulanzien zu einer Gewichtszunahme bei AN führen. Eine begrenzte Evidenz besteht für den *off-table-use* von Olanzapin hinsichtlich einer günstigen Beeinflussung von Zwangssymptomen und Bewegungsdrang (Voderholzer et al., 2020).

## 3. Bulimia nervosa (BN)

### 3.1 Symptomatik und diagnostische Kriterien

Im Gegensatz zu Patient\*innen mit einer AN lässt sich eine BN auf den ersten Blick oftmals nicht erkennen, da die Betroffenen häufig normalgewichtig sind. Unter- und Übergewicht sind im Rahmen dieses Störungsbildes aber ebenfalls möglich. Beide Störungsbilder sind von einer starken Angst vor Gewichtszunahme und einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen gekennzeichnet. Bei BN nehmen Patient\*innen in kurzer Zeit eine große Menge Nahrung zu sich und erleben währenddessen einen Kontrollverlust. Die genaue Kalorienzahl ist in den diagnostischen Kriterien nicht definiert, sie liegt meistens zwischen 3000 und 4500 kcal (Wolfe et al., 2009). Häufig werden diese Essanfälle geplant und heimlich durchgeführt, indem eine störfreie Umgebung vorbereitet sowie „verbotene“ und kalorienhaltige Lebensmittel eingekauft werden. Im Anschluss erfolgt kompensatorisches Verhalten

zur Gewichtskontrolle. Das kann ähnlich wie bei der AN aus selbst-induzierten Erbrechen, Bewegungsdrang, Abführmitteln und Fasten bestehen. Etwa ein Drittel der Patient\*innen hat in der Vorgeschichte Episoden einer AN. Auch im Verlauf einer BN kann es zu Phasen der AN kommen und umgekehrt (Herpertz et al., 2020). In dem folgenden Übersichtskasten sind die offiziellen Diagnosekriterien gemäß ICD-10 abgebildet.

#### **Diagnostische Kriterien für Bulimia nervosa (F50.2) nach ICD-10**

1. Die Patient\*innen beschäftigen sich durchgehend mit der Nahrungsaufnahme und verspüren eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln. Die Betroffenen erleben Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden (mindestens zweimal pro Woche innerhalb von drei Monaten).
2. Die Patient\*innen setzen gegenregulierende Maßnahmen ein, um eine Gewichtszunahme in Folge der Essanfälle zu verhindern:
  - a. selbstinduziertes Erbrechen
  - b. Missbrauch von Abführmitteln
  - c. zeitweilige Hungerperioden
  - d. Einnahme von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika
  - e. Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen
3. Eine der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten besteht in der krankhaften Furcht davor, dick zu werden; der Patient setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze [...]

#### **Diagnostische Kriterien für die atypische Bulimia nervosa (F50.3) nach ICD-10**

Hier werden einige Kriterien der F50.2 Diagnose nicht erfüllt.

Beispiele für fehlende Kriterien: Essanfälle und Gebrauch von Abführmitteln ohne signifikante Gewichtsschwankungen; krankhafte Furcht davor, zu dick zu werden

(nach Dilling, Mombour, & Schmidt, 2015)

#### Körperliche Symptomatik

Verbunden mit einer BN treten unter anderem kardiovaskuläre Komplikationen (Forney et al., 2016) sowie Magendilatationen mit der Gefahr einer Magenruptur aufgrund des häufigen Erbrechens. Des Weiteren wird eine Schädigung des Zahnschmelzes begünstigt, sodass die Betroffenen eine höhere Kariesprävalenz aufweisen (Milosevic & Slade, 1989; Ohrn et al., 1999; Ohrn & Angmar-Mansson, 2000). Das rezidivierende Erbrechen führt außerdem zu Schwielen an den Händen und einer Vergrößerung der Speicheldrüse. Nach längerer Abstinenz vom Erbrechen verschwindet die Schwellung der Ohrspeicheldrüse aber in der Regel wieder (Mignogna et al., 2004). Die aus dem *Purging* resultierenden Schwankungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts können ernsthafte medizinische Folgen wie ausgeprägte Ödembildungen haben (Ehrlich et al., 2006; Tey et al., 2005). Zudem können ein gastrointestinaler Reflux und Speiseröhrenentzündung, Durchfälle, chronische Verstopfung bis hin zur Darmlähmung, Tachykardien und Schwitzen sowie chronische Heiserkeit und Halsschmerzen auftreten.

#### **3.2 Komorbidität**

Komorbid leiden die meisten Patient\*innen mit BN an Angststörungen (v. a. die Spezifische und die Soziale Phobie), gefolgt von Affektiven Störungen (v. a. die Major Depression und postpartale Depression). Daneben zeigen sich hohe Prävalenzen für emotional-instabile, dependente, histrionische sowie ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen (Preti et al., 2009). Patient\*innen mit einer ADHS-Diagnose ebenso wie Diabetiker weisen ein erhöhtes Risiko auf, an einer BN zu erkranken (Nazar et al., 2016).



### 3.3 Prävalenz

Die Prävalenz von BN ist bei Adoleszenten niedriger als bei Erwachsenen, da das Ersterkrankungsalter zwischen 20 und 30 Jahren liegt (Nagl et al., 2016).

Die Lebenszeitprävalenz für Erwachsene wurde in einer Studie von Linvall Dahlgren et al. (2017) in USA, Kanada, Australien und Europa für Frauen auf 2,6 % geschätzt. Für Männer ließen sich keine Angaben machen.

Die 12-Monats-Prävalenz beträgt für Frauen in Deutschland 0,3 % und für Männer 0,1 % (Jacobi et al., 2014). Swanson et al. (2011) ermittelten eine 12-Monats-Prävalenz von 0,9 % für Mädchen und von 0,3 % für Jungen.

### 3.4 Ätiologie und Risikofaktoren

BN ist eine Erkrankung, die mit starken Scham- und Schuldgefühlen einhergeht (Berg et al., 2013). Sowohl für die Entstehung als auch für die Aufrechterhaltung der Störung sind die Überbewertung von Aussehen und Gewicht in Bezug auf den eigenen Selbstwert von Bedeutung (Stice, 2016). In einigen Studien zeigte sich, dass Adipositas in der Kindheit und familiäre Adipositas Prädiktoren für eine BN sein können (Fairburn et al., 1997, 1998, 1999; Hilbert et al. 2014; Sullivan et al., 1996). Ein Risikofaktor für Essanfälle stellen vor allem Nahrungsrestriktion, ein verinnerlichtes Schlankheitsideal sowie eine dysfunktionale Emotionsregulation bei interpersonellen oder alltäglichen Stressoren dar (Goldschmidt et al., 2014; Haedt-Matt & Keel, 2011; Holmes et al., 2014).

### 3.5 Behandlung

Nach Angaben der Statista GmbH (Radtke, 2022) befanden sich in Deutschland im Jahr 2019 insgesamt 1.677 Patient\*innen aufgrund einer BN in stationärer Behandlung. Die Therapie der BN beinhaltet ähnliche grundlegende Ziele wie die der AN (Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2005):

- Somatische Rehabilitation (Behandlung körperlicher Komplikationen)
- Normalisierung des Essverhaltens (Reduktion der Essanfälle sowie gegensteuernder Maßnahmen, Aufbau einer regelmäßigen Mahlzeitenstruktur mit ausgewogener Nahrungsauswahl)
- Individuelle psychotherapeutische Behandlung (Veränderung dysfunktionaler Gedanken, Verbesserung der Emotionsregulation sowie sozialer Kompetenzen, Selbstwertaufbau in Verbindung mit Selbstbehauptungstraining, Entwicklung einer Nähe-Distanz-Regulation, Impulsregulations-Training)
- Einbeziehung der Familie (Bewältigung intrafamiliärer Konflikte)
- Rückfallprophylaxe

#### Pharmakotherapie

In Deutschland ist ausschließlich der Wirkstoff Fluoxetin (Antidepressivum) in Kombination mit einer Psychotherapie zugelassen. Fluoxetin sollte dann für mindestens vier Wochen verabreicht werden, um einen Effekt zu erzielen. Die höchste Wirksamkeit wurde bisher mit einer Dosis von 60 mg/Tag erreicht. Bupropion ist bei der Behandlung von BN kontraindiziert, da bei einer Einnahme häufige Krampfanfälle festgestellt wurden (Horne et al., 1988).

## 4. Binge eating disorder (BED)

### 4.1 Symptomatik und diagnostische Kriterien

Ähnlich wie Bulimiker erleben von der BED Betroffene regelmäßige und nicht kontrollierbare Essanfälle. Im Unterschied zur BN werden bei der BED keine kompensatorischen Maßnahmen ausgeführt und Beginn sowie Ende eines Essanfalls sind nicht immer eindeutig definierbar. Die Betroffenen leiden vor allem unter Ekel- und Schamgefühlen aufgrund der häufig damit einhergehenden Adipositas. Auch bei diesem Störungsbild lässt sich analog zur Anorexia sowie BN eine Überbewertung von Figur und Gewicht auf das Selbstwertgefühl finden (Herpertz et al., 2020).

#### Körperliche Symptomatik

In Folge eines fehlenden Sättigungsgefühls kann es zu einer akuten Magendilatation oder einer Magenruptur kommen. Außerdem kann diese Erkrankung zu Herzkrankheiten, Gelenkabnutzungen, Stoffwechselstörungen, Schlafstörungen sowie einem erhöhten Krebsrisiko (u.a. für Dickdarm, Brust und Gebärmutterhals) führen (Herpertz et al., 2020).

## 4.2 Komorbidität

In Studien konnte der Zusammenhang zwischen Adipositas und einer BED nachgewiesen werden: Adipöse Patient\*innen, die eine Gewichtsreduktionsbehandlung durchführen, weisen schätzungsweise eine Prävalenz von 20 - 30 % für eine BED auf (de Zwaan et al., 2002; Treasure et al., 2010). Darüber hinaus deuten Studienergebnisse darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit, die Diagnose einer BED zu erfüllen, mit Zunahme des BMI steigt (Hay 1998; Telch et al., 1988).

Hierbei ist zu beachten, dass der Begriff Adipositas einen physischen Zustand, nämlich die übermäßige Ansammlung von Fett im Körper, beschreibt. Die Diagnose „adipös“ darf nicht einer Essstörungsdiagnose gleichgesetzt werden, da sie keine ätiologische Aussagekraft besitzt. Von einem Übergewicht spricht man ab einem BMI von 25 kg/m<sup>2</sup> bis 29,9 kg/m<sup>2</sup>, von Adipositas<sup>3</sup> ab einem BMI von  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

Neben einer hohen Komorbidität mit Adipositas weisen mehr als 70 % der Betroffenen mindestens eine psychische Störung auf (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Darunter sind vor allem affektive Störungen wie eine Major Depression sowie Angststörungen zu finden. Des Weiteren ist ein erhöhtes Risiko für Suizidalität gegeben (Welch et al., 2016).

## 4.3 Prävalenz

Ähnlich wie bei der BN nehmen auch bei der BED die Prävalenzraten mit steigendem Alter zu (Stice et al., 2009; Allen et al., 2013). Zudem kann die Symptomatik einer BED bei adipösen Patient\*innen vermehrt festgestellt werden (Davis, 2015). Im Gegensatz zu anderen Formen von Essstörung ist der Anteil an Männern bei dieser Erkrankung höher, so dass 30 - 40 % der Betroffenen Männer sind (Herpertz et al., 2020).

Die Lebenszeit-Prävalenz für Frauen betrug in einer Studie von Lindvall Dahlgren et al. (2017) 3,0 % bis 3,6 % und für Männer lag sie bei 2,1 %. Im Kindes- und Jugendalter ist von einer Lebenszeitprävalenz von 1,6 % auszugehen (Swanson et al., 2011).

In Deutschland beträgt die 12-Monats-Prävalenz für Frauen 1,6 % und für Männer 0,8 % (Herpertz et al., 2020). Für 13- bis 18-jährige Mädchen aus den USA wurde eine 12-Monats-Prävalenz von 1,4 % und für Jungen ein Wert von 0,4 % ermittelt (Swanson et al., 2011).

## 4.4 Ätiologie und Risikofaktoren

Analog zur AN und BN sind psychosoziale Aspekte (z.B. Vernachlässigung, Stress, Depressivität, Schüchternheit, Scheidung der Eltern, Umzug) und essstörungsspezifische Faktoren wie restriktives Essverhalten, ein ausgeprägtes Schlankeitsideal oder Unzufriedenheit mit dem Aussehen ein Risiko für die Entstehung der Störung (Hilbert et al., 2014). Da Patient\*innen von einer stark negativ gefärbten Stimmung unmittelbar vor Essanfällen berichten und diese im Anschluss als abgeschwächt erlebt wird, liegt die Vermutung einer verringerten Emotionsregulationsfähigkeit der Betroffenen nahe (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Hinweise für eine genetische Komponente der BED gibt das familiär gehäufte Auftreten dieser Erkrankung. Ein adipöser Zustand im Kindesalter scheint auch prädiktiv für eine BED zu sein (Fairburn et al., 1998; Hilbert et al., 2014).

Interessanterweise ist die BED in den USA unter Schwarzen und Weißen gleich häufig verbreitet. Dies lässt sich nicht auf die AN und BN übertragen. Weiße Frauen sind hiervon häufiger betroffen, obwohl schwarze Frauen dem gleichen medial kommunizierten Schlankeitsideal ausgesetzt sind. Welche protektiven Faktoren dabei aktiv sind, sollte näher erforscht werden (Striegel-Moore et al. 2003, 2005).

## 4.5 Behandlung

Bei der Behandlung der BED sollten folgende Ziele verfolgt werden:

- Somatische Rehabilitation (Behandlung körperlicher Komplikationen)
- Normalisierung des Essverhaltens (Reduktion der Essanfälle, Aufbau einer regelmäßigen Mahlzeitenstruktur mit ausgewogener Nahrungsauswahl)
- Individuelle psychotherapeutische Behandlung (Veränderung dysfunktionaler Gedanken, Verbesserung der Emotionsregulation sowie sozialer Kompetenzen, Selbstwertaufbau und Abbau der Scham, Entwicklung einer Nähe-Distanz-Regulation, Impulsregulations-Training)

<sup>3</sup> Adipositas Grad I ab einem BMI von  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>; Adipositas Grad II ab einem BMI von  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>; Adipositas Grad III ab einem BMI von  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>.

- Ggf. Behandlung der Adipositas (siehe S3-Leitlinie Diagnostik und Prävention der Adipositas; Berg et al., 2014)
- Rückfallprophylaxe

### Pharmakotherapie

Für die Behandlung einer BES ist in Deutschland kein Medikament offiziell zugelassen (Herpertz et al., 2020).

## 5. Weiterführende Links

### 5.1 Allgemein

#### Leitlinien für Beratung und ambulante Behandlung von Essstörungen (Reich et al., 2005)

Der Bundesfachverband Essstörungen führte eine Untersuchung zur Qualitätssicherung von Beratungs- und ambulanten Behandlungsangeboten von Essstörungen in seinen Mitglieds-einrichtungen durch, aus denen Leitlinien für die Beratung und ambulante Behandlung von Essstörungen abgeleitet wurden (vgl. <http://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/derverband/leitlinien.php>)

#### S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (Herpertz et al., 2018)

Die bis 30.05.2023 gültige AWMF S3-Leitlinie, die der Verbesserung der Diagnostik und Behandlung von Essstörungen auf Basis der bislang vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz und dem Konsens aller beteiligten Fachdisziplinen beruht, ist online erhältlich:

(<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html> ). Für 05/2023 ist die nächste Prüfung geplant.

### 5.2 Selbsthilfe

- Anonymes BZgA-Infotelefon zu Essstörungen: 0221 / 892031
- Beratungsstellen in der Nähe finden: [www.bundesfachverbandessstoerungen.de](http://www.bundesfachverbandessstoerungen.de); [www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de)
- Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V.: <https://www.dgess.de/wissen/links>
- Therapeutensuche: [www.kbv.de/html/arztsuche.php](http://www.kbv.de/html/arztsuche.php); [www.bptk.de/service/therapeutensuche.html](http://www.bptk.de/service/therapeutensuche.html); [www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhaussuche/](http://www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhaussuche/)
- Aktionskreis für Ess- und Magersucht Cinderella e.V. [www.cinderella-beratung.de](http://www.cinderella-beratung.de)
- <https://www.mog-bke.de/meine-sucht/essstoerung/>

### 5.3 Selbsttest

Bitte beachten Sie, dass keiner dieser Selbsttests eine fachliche Diagnose durch eine/n psychologische/n Psychotherapeut\*in oder eine/n Ärztin/Arzt ersetzen kann.

- <https://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/service/quick-check-essstoerungen.php>
- <https://www.anad.de/essstoerungen/selbsttest/>
- <https://www.therapie.de/psyche/info/test/sucht-tests/essstoerungen/#>
- <https://www.psychenet.de/de/selbsttests/essstoerungen.html>

### 5.4 Bücher zum Thema

- DHS, 2012, Essstörungen - Suchtmedizinische Reihe Band 3
- Wunderer Eva, 2021, Therapie-Tools Essstörungen
- Legenbauer Tanja & Vocks Silja, 2017, Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie
- Herpertz Stephan, de Zwaan Martina, Zipfel Stephan, 2015, Handbuch Essstörungen und Adipositas
- Hilbert Anja & Tuschen-Caffier, 2016, Binge-Eating-Störung

- Marrez Anne & Oda Maggie, 2015, Das kleine Übungsheft - Frieden schließen mit dem eigenen Körper
- Gerlinghoff Monika & Backmund Herbert, 2010, Essen will gelernt sein. Essstörungen erkennen und behandeln
- Biermann Brigitte, 2015, Engel haben keinen Hunger. Katrin L.: Die Geschichte einer Magersucht
- Jordan Andreas, 2013, Das Eismeer in mir. Gedanken von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen, Depressionen und Psychosen
- Lindner Lilly, 2017, Was fehlt, wenn ich verschwunden bin
- Tokio Marnelle, 2010, Nichts leichter als das
- Duve, Karen, 2004, Dies ist kein Liebeslied

## 5.5 Präventionsmaterialien und Projekte

- [www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de) Menü: Infomaterialien → Kategorie: Ernährung – Bewegung – Stressregulation
- <https://www.anad.de/wAssets/docs/literatur/essstoerungen-vorbeugen-informationen-und-uebungen-fuer-die-gruppenarbeit.pdf>
- <https://www.kkh.de/content/dam/kkh/dokumente/flyer-broschueren/maistep-schultraining-essstoerungspraevention.pdf>
- [https://www.uniklinikum-jena.de/mpsy\\_media/Downloads/Flyer/FlyerPriMa2013.pdf](https://www.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/Flyer/FlyerPriMa2013.pdf)

## 6. Literaturverzeichnis

- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., & Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(3), 720–732. <https://doi.org/10.1037/a0034004>
- Anderlueh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry, 160*(2), 242–247. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.242>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry, 68*(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Arcelus, J., Witcomb, G. L., & Mitchell, A. (2014). Prevalence of eating disorders amongst dancers: A systemic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review, 22*(2), 92–101. <https://doi.org/10.1002/erv.2271>
- Attia, E., & Walsh, T. B. (März, 2018). *Vermeidende/restriktive Essstörung (ARFID)*. *MSD Manual. Ausgabe für medizinische Fachkreise*. <https://www.msmanuals.com/de-de/profi/psychische-st%C3%B6rungen/essst%C3%B6rungen/vermeidende-restriktive-essst%C3%B6rung-arfid#>
- Baker, J. H., Mitchell, K. S., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2010). Eating disorder symptomatology and substance use disorders: Prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International Journal of Eating Disorders, 43*(7), 648–658. <https://doi.org/10.1002/eat.20856>
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Peterson, C. B., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Wonderlich, S. A. (2013). Facets of negative affect prior to and following binge-only, purge-only, and binge/purge events in women with bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 111–118. <https://doi.org/10.1037/a0029703>
- Berg, A., Bischoff, S. C., Colombo-Benkmann, M., Ellrott, T., Hauner, H., Heintze, C., Kanthak, U., Kunze, D., Stefan, N., Teufel, M., Wabitsch, M., & Wirth, A. (Hrsg.). (2014). *S3 Leitlinie Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur "Prävention und Therapie der Adipositas"*. Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG).
- Bulik, C., Klump, K., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, M., Halmi, K. A., Strober, M., Woodside, D. B., Crow, S., Mitchell, J. E., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G. B., Keel, P. K., Berrettini, W. H., & Kaye, W. (2004). Alcohol use disorder in eating disorders: A multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*(7), 1000–1006. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0718>

- Bulik, C., Sullivan, P., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305–312. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.3.305>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022). *ICD-10-GM Version 2022. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f50-f59.htm>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022). *11. Revision der ICD der WHO (ICD-11)*. [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html)
- Cassin, S., & Ranson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., & Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study: Neuroticism. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271–280. <https://doi.org/10.1002/eat.10147>
- Claudino, A. M., Pike, K. M., Hay, P., Keeley, J. W., Evans, S. C., Rebello, T. J., Bryant-Waugh, R., Dai, Y., Zhao, M., Matsumoto, C., Herscovici, C. R., Mellor-Marsa, B., Stona, A., Kogan, C. S., Andrews, H. F., Monteleone, P., Pilon, D. J., Thiels, C., Sharan, P., Al-Adawi, S. et al. (2019). The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: Results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC Medicine*, 17(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1327-4>
- Davis, C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS Spectrums*, 20(6), 522–529. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000462>
- Deloitte Access Economics (June, 2020). *The social and economic cost of eating disorders in the United States of America: A report for the strategic training initiative for the prevention of eating disorders and the academy for eating disorders*. <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>.
- de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Howell, L. M., Monson, N., Swan-Kremeier, L., Roerig, J. L., Kolotkin, R. L., & Crosby, R. D. (2002). Two measures of health-related quality of life in morbid obesity. *Obesity Research*, 10(11), 1143–1151. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.155>
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10., neu bearb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Ehrlich, S., Querfeld, U., & Pfeiffer, E. (2006). Refeeding oedema: An important complication in the treatment of anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(4), 241–243. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0528-5>
- Elzakkars, I. F. F. M., Danner, U. N., Hoek, H. W., Schmidt, U., & van Elburg, A. A. (2014). Compulsory treatment in anorexia nervosa: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 845–852. <https://doi.org/10.1002/eat.22330>
- Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Pike, K. M. (2016). The global burden of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 346–353. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000276>
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509–517. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830180015003>
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder – A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425–432 <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.425>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa – Three integrated casecontrol comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468–476. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.5.468>
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *The International journal of eating disorders*, 49(4), 391–401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (1999). *Strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Essstörungen nach DSM-IV und ICD-10 (SIAB)*. Hogrefe.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Gierk, B., Voderholzer, U., & Heuser, J. (2015). The Munich eating and feeding disorder questionnaire (Munich ED-Quest) DSM-5/ICD-10: Validity, reliability, sensitivity to change, and norms. *European Eating Disorders Review*, 23(3), 229–240. <https://doi.org/10.1002/erv.2348>
- Fisher M. M., Rosen D. S., Ornstein R. M., Mammel K. A., Katzman D. K., Rome E. S., Callahan S. T., Malizio J., Kearney S., Walsh B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food

- intake disorder in children and adolescents: A «new disorder» in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49–52. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013>
- Forney, K. J., Buchman-Schmitt, J. M., Keel, P. K., & Frank, G. K. (2016). The medical complications associated with purging. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 249–259. <https://doi.org/10.1002/eat.22504>
- Godart, N., Flament, M., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 253–270. <https://doi.org/10.1002/eat.1009>
- Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Loth, K. A., Bucchianeri, M. M., & Neumark-Sztainer, D. (2014). The course of binge eating from adolescence to young adulthood. *Health Psychology*, 33(5), 457–460. <https://doi.org/10.1037/a0033508>
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660–681. <https://doi.org/10.1037/a0023660>
- Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 371–382. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199805\)23:4<371::aid-eat4>3.0.co;2-f](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199805)23:4<371::aid-eat4>3.0.co;2-f)
- Herpertz S., Herpertz-Dahlmann B., Fichter M., Tuschen-Caffier B., & Zeeck A. (Hrsg.) (2011). *S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen*. Berlin/New York: Springer.
- Herpertz S., Herpertz-Dahlmann B., Fichter M., Tuschen-Caffier B., & Zeeck A. (Hrsg.) (2020). *S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen* (2., neu bearb. Aufl.). Berlin/New York: Springer.
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., & Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 500–506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2016). *Eating disorder examination-eating disorder examination-questionnaire. Deutschsprachige Übersetzung* (2. Aufl.). dgvt-Verlag.
- Holmes, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H., & Broadbent, J. (2014). Improving prediction of binge episodes by modelling chronicity of dietary restriction. *European Eating Disorders Review*, 22(6), 405–411. <https://doi.org/10.1002/erv.2315>
- Holtkamp, K., & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 102(1-2), 50-58.
- Horne, R. L., Ferguson, J. M., Pope, H. G., Jr., Hudson, J. I., Lineberry, C. G., Ascher, J., & Cato, A. (1988). Treatment of bulimia with bupropion: A multicenter controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49(7), 262–266.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19–65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Jacobi F., Höfler M., Strehle J., Mack S., Gerschler A., Scholl L., Busch M. A., Maske U., Hapke U., Gaebel W., Maier W., Wagner M., Zielasek J., & Wittchen H. U. (2014). Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77-87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2016). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 354–373. <https://doi.org/10.1002/eat.22473>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S., & Walsh, B. T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1434–1440. <https://doi.org/10.1097/00004583-200112000-00014>
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical psychology review*, 26(3), 299-320.
- Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of eating disorders*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>

- Marchi, M., & Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 112–117. <https://doi.org/10.1097/00004583-199001000-00017>
- Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A., & Schneider, S. (2017). *DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Bochum: Ruhr-Universität.
- Mignogna, M. D., Fedele, S., & Lo, R. L. (2004). Anorexia/bulimia-related sialadenosis of palatal minor salivary glands. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 33(7), 441–442. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2004.00208.x>
- Milos, G. F., Spindler, A. M., Buddeberg, C., & Cramer A. (2003). Axis I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(5), 276–285. <https://doi.org/10.1159/000071899>
- Milosevic, A., & Slade, P. D. (1989). The orodental status of anorexics and bulimics. *British Dental Journal*, 167(2), 66–70. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4806915>
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25 (8), 903–918. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0808-z>
- Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., & Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(2), 1045–1057. <https://doi.org/10.1002/eat.22643>
- Nicholls, D., & Arcelus, J. (2010). Making eating disorders classification work in ICD-11. *European Eating Disorders Review*, 18(4), S. 247–250. <https://doi.org/10.1002/erv.1035>
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology review*, 23(1), 57–74. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00201-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00201-5)
- Ohrn, R., & Angmar-Mansson, B. (2000). Oral status of 35 subjects with eating disorders – a 1-year study. *European Journal of Oral Sciences*, 108(4), 275–280. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0722.2000.108004275.x>
- Ohrn, R., Enzell, K., & Angmar-Mansson, B. (1999). Oral status of 81 subjects with eating disorders. *European Journal of Oral Sciences*, 107(3), 157–163. <https://doi.org/10.1046/j.0909-8836.1999.eos1070301.x>
- Parry-Jones, B., & Parry-Jones, W. (1992): Pica: Symptom or eating disorder? A historical assessment. *British Journal of Psychiatry*, 160, 341–354. <https://doi.org/10.1192/bjp.160.3.341>
- Paul, T., & Thiel, A. (2004). *Eating disorder inventory-2 (EDI-2). Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Pisetsky, E. M., Thornton, L. M., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2013). Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1042–1056. <https://doi.org/10.1037/a0034902>
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Morosini, P., & ESEMeD-WMH- Investigators (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
- Raney, T. J., Thornton, L. M., Berrettini, W., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., LaVia, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2008). Influence of overanxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 326–332. <https://doi.org/10.1002/eat.20508>
- Ranit, M., & Courtney, M. (2014). Pica: An age-old eating disorder that's often missed. *The Journal of Family Practice*, 63(7), E1–E4.
- Råstam, M. (1992). Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: Premorbid problems and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 819–829. <https://doi.org/10.1097/00004583-199209000-00007>
- Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Klump, K. L., La Via, M., Mitchell, J., Woodside, D. B., Rotondo, A., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 14–21. <https://doi.org/10.1002/eat.20670>
- Scholz, D., & Wittchen, H. U. (2006). *SKID Strukturiertes klinisches Interview nach DSM-IV*. Berlin/New York: Springer.

- Seidel, M., Petermann, J., Diestel, S., Ritschel, F., Boehm, I., King, J. A., Geisler, D., Bernardoni, F., Roessner, V., Goschke, T., & Ehrlich, S. (2016). A naturalistic examination of negative affect and disorder-related rumination in anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1207–1216. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0844-3>
- Shroff, H., Reba, L., Thornton, L. M., Tozzi, F., Klump, K. L., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., Crow, S., Fichter, M. M., Goldman, D., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Keel, P., La Via, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Treasure, J. et al. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 454–461. <https://doi.org/10.1002/eat.20247>
- Radtke, R. (24.01.2022). *Anzahl der in deutschen Krankenhäusern diagnostizierten Fälle von Anorexie und Bulimie in den Jahren 2000 bis 2019*. Statista GmbH. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/28909/umfrage/in-krankenhaeusern-diagnostizierte-faelle-von-anorexie-und-bulimie/>
- Stice, E. (2002). Sociocultural influences on body image and eating disturbance. In Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2<sup>th</sup> Vers.) (pp. 103-107). New York/London: The Guilford Press.
- Stice, E. (2016). Interactive and mediational etiologic models of eating disorder onset: Evidence from prospective studies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 359–381. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093317>
- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., & Jaconis, M. (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 587–597. <https://doi.org/10.1037/a0016481>
- Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669–678. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.38.5.669>
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181–198. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Kraemer, H. C., Taylor, C. B., Daniels, S., Crawford, P. B., & Schreiber, G. B. (2003). Eating disorders in white and black women. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1326–1331. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1326>
- Striegel-Moore, R. H., Fairburn, C. G., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F. A., & Kraemer, H. C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: A community-based case-control study. *Psychological Medicine*, 35(6), 907–917. <https://doi.org/10.1017/s0033291704003435>
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1996). Correlates of severity in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 239–251. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199611\)20:3<239::AID-EAT3>3.0.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199611)20:3<239::AID-EAT3>3.0.CO;2-P)
- Swanson S. A., Crow S. J., Le Grange D., Swendsen J., Merikangas K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives Of General Psychiatry*, 68(7), 714–23. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118–131. <https://doi.org/10.1177/0004867411432071>
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Rossiter, E. M. (1988). Binge eating increases with increasing adiposity. *International Journal of Eating Disorders*, 7(1), 115-119.
- Tey, H. L., Lim, S. C., & Snodgrass, A. M. (2005). Refeeding oedema in anorexia nervosa. *Singapore Medical Journal*, 46(6), 308–310.
- Thomas J. J., Lawson E. A., Micali N., Misra M., Deckersbach T., & Eddy K. T. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder: A three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 54. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>
- Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, U., Frank, G. K., Bulik, C. M., & Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 26(1), 15074. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>
- van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>



- Voderholzer, U., Haas, V., Correll, C. U., Körner, T. (2020). Medical management of eating disorders: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 542–553. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000653>
- Welch, E., Jangmo, A., Thornton, L. M., Norring, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Herman, B. K., Pawaskar, M., Larsson, H., & Bulik, C. M. (2016). Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: Clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry*, 16, 163. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0840-7>
- Wolfe, B. E., Baker, C. W., Smith, A. T., & Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 674–686. <https://doi.org/10.1002/eat.20728>
- World Health Organization (2022, 2nd Version). *ICD-11 Mortality and Morbidity Statistics. Feeding or eating disorders*. <https://icd.who.int/browse11/m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1412387537>
- Young, S., L. (2012). *Craving earth. Understanding Pica. The urge to eat, clay, starch, ice and chalk*. Columbia University Press.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)
- Zipfel, S., Resmark, G., Giel, K., Junne, F., Mayer, M., Herpertz, S., & Herpertz-Dahlmann, B. (10.01.2019). *Bundesweite Online-Erhebung adressatengerechter Angebote zur Aufklärung und Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Essstörungen (NEEDS – NEeds in Eating DisorderS)*. Tübingen: Medizinische Universitätsklinik.