

# Bulimia nervosa

**Simone Munsch**  
**Felicitas Forrer**

Leitfaden  
Kinder- und Jugend-  
psychotherapie

 **hogrefe**

## **Bulimia nervosa**

## **Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Band 36**

Bulimia nervosa

Prof. Dr. Simone Munsch, Dr. Felicitas Forrer

Die Reihe wird herausgegeben von:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Charlotte Hanisch, Prof. Dr. Nina Heinrichs,  
Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann, Prof. Dr. Paul Plener

Die Reihe wurde begründet von:

Manfred Döpfner, Gerd Lehmkuhl, Franz Petermann

**Simone Munsch  
Felicitas Forrer**

# **Bulimia nervosa**

**Prof. Dr. phil. Simone Munsch**, geb. 1970. Seit 2011 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Departement für Psychologie der Universität Freiburg (Schweiz) und dort auch Leiterin der Psychotherapeutischen Praxisstelle; zudem Ko-Direktorin der Weiterbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie mit dem Schwerpunkt Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene an den Universitäten Zürich und Freiburg.

**Dr. rer. nat. Felicitas Forrer**, geb. 1990. Seit 2021 Ko-Leitung und Psychotherapeutin an der Psychotherapeutischen Praxisstelle am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg (Schweiz); Dozentin in der postgradualen Weiterbildung sowie Lehrtätigkeit an der Universität Freiburg.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten. All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
info@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Satz: Sina-Franziska Mollenhauer, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
Format: PDF

1. Auflage 2026

© 2026 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2819-2; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2819-3)

ISBN 978-3-8017-2819-9

<https://doi.org/10.1026/02819-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Durch den Erwerb erhalten Sie ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das Sie zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere dürfen Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernt werden.

Das E-Book darf anderen Personen nicht – auch nicht auszugsweise – zugänglich gemacht werden, insbesondere sind Weiterleitung, Verleih und Vermietung nicht gestattet.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

# Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Die Bulimia nervosa (BN) ist eine Essstörung, die durch wiederkehrende Episoden von Essanfällen gekennzeichnet ist, gefolgt von kompensatorischen Verhaltensweisen wie selbst herbeigeführtem Erbrechen, übermäßigem Sport, exzessivem Fasten oder dem Missbrauch von Abführmitteln. Die BN entwickelt sich meistens in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. Mädchen und Frauen sind dabei häufiger betroffen als Jungen und Männer, wobei die Dunkelziffer aufgrund einer reduzierten Inanspruchnahme von bestehenden Behandlungsangeboten bei Jungen und Männern hoch sein dürfte. Die BN geht mit erheblichen Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit und einer erhöhten komorbiden Psychopathologie einher. Sie gehört, zusammen mit anderen Essstörungen, zu den psychischen Störungen mit den schwerwiegendsten somatischen Begleiterscheinungen, verläuft häufig chronisch oder wiederkehrend und weist eine besonders hohe Mortalitätsrate auf.

Die BN ist eine schwerwiegende Erkrankung, die möglichst rasch behandelt werden muss, um einer Chronifizierung entgegenzuwirken. Die Psychotherapie gilt dabei als Behandlungsverfahren der ersten Wahl, wobei die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und ihre Weiterentwicklungen die aktuell meistbeforschten Psychotherapieverfahren mit dem höchsten Evidenzgrad darstellen (AWMF, 2018). Unter Berücksichtigung der aktuellen S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, 2018), internationaler Standards zur Behandlung der BN und unserer alltäglichen Erfahrungen in der Behandlung der BN soll dieser Leitfaden Psychotherapeut:innen in ihrer diagnostischen und therapeutischen Tätigkeit mit Patient:innen mit BN unterstützen.

Der Leitfaden ist in drei Kapitel gegliedert:

- 1** Das erste Kapitel des Buches beschreibt zusammenfassend den aktuellen Stand der Forschung in Bezug auf die Symptomatik, Klassifikation, Epidemiologie, Komorbidität, Pathogenese, Verlauf und Therapie.
- 2** Im zweiten Kapitel werden die Leitlinien zur Diagnostik, Verlaufskontrolle, Behandlungsplanung und Therapie erläutert und deren Umsetzung in die therapeutische Praxis illustriert.
- 3** Das dritte Kapitel beinhaltet Materialien zur Diagnostik und Therapie für den Praxisalltag.

Der Leitfaden zur BN wird durch den *Ratgeber Bulimie* ergänzt (Munsch & Forrer, 2026), der Informationen für Betroffene, Eltern, Erzieher:innen, Lehrpersonen und weitere Bezugspersonen beinhaltet. Der Ratgeber informiert über mögliche Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten der BN. Er bietet konkrete Ratschläge und Anleitungen zur Selbsthilfe im alltäglichen Umgang mit der Symptomatik und enthält Materialien, die die Jugendlichen im Alltag unterstützen sollen.

Freiburg, Januar 2026

*Simone Munsch und Felicitas Forrer*



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Stand der Forschung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Symptomatik .....	1
1.2	Klassifikation .....	4
1.3	Differenzialdiagnostik .....	7
1.4	Epidemiologie .....	8
1.4.1	Prävalenz und Verlauf .....	8
1.4.2	Komorbiditäten, psychische und körperliche Korrelate .....	9
1.5	Multifaktorielle Ätiologie und Aufrechterhaltung .....	11
1.5.1	Vorbestehende Faktoren .....	11
1.5.2	Auslösende und aufrechterhaltende Faktoren .....	13
1.6	Behandlung .....	16
1.6.1	Behandlungsempfehlungen .....	16
1.6.2	Evidenzbasierte psychotherapeutische Behandlungen .....	18
1.6.3	Psychopharmakologie .....	22
1.6.4	Wirksamkeit der Psycho- und Pharmakotherapie .....	22
<b>2</b>	<b>Leitlinien</b> .....	<b>27</b>
2.1	Leitlinien zur Früherkennung, Diagnostik und Verlaufskontrolle .....	27
2.1.1	Früherkennung der BN .....	28
2.1.2	Exploration der bulimischen Symptomatik mit den Jugendlichen .....	29
2.1.3	Exploration der bulimischen Symptomatik mit den Eltern bzw. wichtigen Bezugspersonen und Verhaltensbeobachtung der familiären Interaktion .....	35
2.1.4	Exploration aufrechterhaltender Faktoren: Depressivität, Ängstlichkeit, Impulsivität sowie Emotionsregulationsschwierigkeiten und Ressourcen .....	39
2.1.5	Exploration des Kontextes: Soziale Medien und Gleichaltrige .....	42
2.1.6	Psychodiagnostische Verfahren, Verlaufskontrolle und somatischen Diagnostik .....	44
2.2	Leitlinie zur Indikation und Behandlungsplanung .....	45
2.3	Leitlinien zur Therapie .....	50
2.3.1	Vorbereitung (Phase 1) .....	51
2.3.2	Symptomreduktion, Abbau von Hilflosigkeit und Exposition (Phase 2) .....	65
2.3.3	Affekt- und Emotionsregulation (Phase 3) .....	76
2.3.4	Körperakzeptanz (Phase 4) .....	81
2.3.5	Abschluss der aktiven Behandlung (Phase 5) sowie Stabilisierung und Rückfallprophylaxe .....	85
<b>3</b>	<b>Materialien</b> .....	<b>88</b>
M01	Erfassung des Pubertätsstatus bei weiblichen Jugendlichen in Anlehnung an die Tanner-Stadien .....	89

VIII **Inhaltsverzeichnis**

M02	Fragebogen zur aussehensbezogenen Zurückweisungs- empfindlichkeit .....	90
M03	Fragen zur Nutzung von sozialen Medien .....	92
M04	Weekly Binges Questionnaire .....	93
M05	Zielerreichungsskala – Goal Attainment Scale (GAS) .....	96
M06	Allgemeines Störungsmodell .....	97
M07	Individuelles Störungsmodell .....	98
M08	Selbstbeobachtungsprotokoll .....	99
M09	Mahlzeitenplan .....	100
M10	ABC-Modell .....	101
M11	Notfallkärtchen .....	103
M12	Protokoll: Exposition und Reaktionsverhinderung .....	104
<b>4</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>105</b>

# 1 Stand der Forschung

## 1.1 Symptomatik

### Fallbeispiel: Flurina, 16 Jahre

„Ich habe die Essanfälle meistens am späteren Nachmittag, wenn ich müde von der Schule nach Hause komme und meine Eltern nicht zu Hause sind. Ich gehe als Erstes in die Küche und esse alles kreuz und quer, was ich gerade im Kühlschrank und in den Schränken finde. Es fühlt sich an, als ob ich ferngesteuert wäre. Ich höre meistens erst mit Essen auf, wenn mir übel ist und ich mich schäme, weil ich alles in mich hineingestopft habe. Ich habe große Angst davor, zuzunehmen, und möchte das Essen nur noch loswerden. So gehe ich nach den meisten Essanfällen rasch auf die Toilette, stecke mir den Finger in den Hals und erbreche, bis ich alles los bin. Das hilft für einen kurzen Moment, die Angst vor einer Gewichtszunahme zu lindern. Nur wenige Minuten später bin ich jedoch extrem enttäuscht von mir und hasse mich dafür, dass ich so etwas Einfaches und Natürliches wie Essen nicht im Griff habe. Wenn alles vorbei ist, versuche ich, die Spuren des Essanfalls zu verwischen. Die geplünderten Lebensmittelvorräte fallen meinen Eltern trotzdem auf, was manchmal zu Streit führt. Ich schwöre mir nach jedem Essanfall, es am nächsten Tag besser zu machen und werde so immer wieder aufs Neue enttäuscht.“

Wie die Patientin beschreibt, ist das Hauptmerkmal der Bulimia nervosa (BN) das Auftreten von regelmäßigen Essanfällen („binge eating“), die mit einem subjektiven Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten einhergehen und nach denen es regelmäßig zu Kompensationsverhalten kommt (z. B. Erbrechen, Fasten, exzessives Sporttreiben; APA, 2013), um einer befürchteten Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Während eines Essanfalls werden innerhalb eines bestimmten Zeitraums (z. B. innerhalb einer Zeitspanne von zwei Stunden) objektiv große Nahrungsmengen von mehreren hundert bis mehreren tausend Kalorien verzerrt (objektive Essanfälle). Dabei werden oft hochkalorische, schnell verfügbare Nahrungsmittel eingenommen, die keiner Zubereitung bedürfen (z. B. Süßigkeiten oder Chips) und deren Konsum im Rahmen regulärer Mahlzeiten vermieden wird. Es liegt keine Definition einer Gesamtkalorienzahl vor, die eine Nahrungsmenge im Rahmen eines Essanfalls als objektiv groß klassifiziert. Gemäß DSM-5 muss die Nahrungsmenge erheblich größer sein als die Menge, die die meisten Personen in einem vergleichbaren Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden (APA, 2013). Entsprechend ist der Kontext, in dem das Essen stattfindet, für die Beurteilung zu berücksichtigen, ob es sich um einen Essanfall handelt (z. B. Festmahl vs. reguläre Mahlzeit; AWMF, 2018). Das Gefühl des Kontrollverlusts über das eigene Essverhalten während eines Essanfalls äußert sich darin, dass diese Nahrungsmittel ungeplant, schnell, wahllos und durcheinandergeschluckt werden, wobei ein Essanfall häufig erst dann beendet wird, wenn sich ein deutlich unangenehmes Völlegefühl bis hin zur Übelkeit einstellt (APA, 2013; AWMF, 2018). Manche Betroffenen berichten, dass sie bei unerwartetem Kontakt (Besuch, Eintreffen der Familie oder eines Mitbewohners in einer WG) den Essanfall unterbrechen und später fortsetzen können. Auslöser solcher Essanfälle sind individuell. Häu-

fig handelt es sich jedoch um restriktives Essverhalten zwischen den Essanfällen oder aversive affektive Zustände, wie sie z. B. durch interpersonale Konflikte entstehen, die einen Anstieg des Verlangens nach Essen bzw. „Craving“ auslösen, welches stetig zunimmt, bis es zum Essanfall kommt.

Neben objektiven Essanfällen berichten viele Jugendliche mit BN zusätzlich von subjektiven Essanfällen, bei denen es zum subjektiven Kontrollverlust über kleinere (nicht objektiv große) Nahrungsmengen kommt. Das Gefühl des Kontrollverlusts ergibt sich vor allem aufgrund der ungeplanten und unerwünschten Nahrungsaufnahme von Lebensmitteln, die sich die betroffenen Jugendlichen sonst verbieten. Die Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Essanfällen ist im Kindes- und Jugendalter aufgrund des individuellen Energiebedarfs in Abhängigkeit von der Wachstumsphase und der im Vergleich zu Erwachsenen eingeschränkteren Möglichkeit, Nahrungsmittel in größerem Ausmaß zu beschaffen, häufig schwierig (Tanofsky-Kraff et al., 2011).

Bei Kindern und Jugendlichen<sup>1</sup> hat sich deswegen das Konzept des „loss of control eating“ (LOC; Essen mit Kontrollverlust) etabliert (Tanofsky-Kraff, Schvey & Grilo, 2020), welches das Erleben eines Kontrollverlusts über die Nahrungsaufnahme, unabhängig von der Größe der gegessenen Nahrungsmenge, beschreibt und objektive sowie subjektive Essanfälle miteinschließt.

Das Erleben von Essanfällen ist für betroffene Jugendliche besonders schambelegt. Aus diesem Grund erfolgen Essanfälle meistens heimlich, in Abwesenheit anderer Personen. Die Jugendlichen versuchen, die Spuren eines Essanfalls zu verwischen, indem sie z. B. Überreste oder Abfälle heimlich entsorgen oder Nahrungsmittel nachkaufen. Jugendliche, deren Zugang zu Nahrungsmitteln eingeschränkt ist, horten manchmal Nahrungsmittel (z. B. im Zimmer), um diese später während eines Essanfalls zu verzehren. Auch wenn Essanfälle häufig erst dann geschehen, wenn die Jugendlichen allein sind, kann der Kontrollverlust bereits während des Einkaufens einsetzen, indem die Jugendlichen von Laden zu Laden gehen, sich Essen kaufen und die gekauften Nahrungsmittel fortlaufend konsumieren. Manche Jugendliche kaufen zudem geplant für Essanfälle ein, um später einen Essanfall zu haben (AWMF, 2018).

Ein weiteres Kernmerkmal der BN stellt das negative Körperbild unabhängig vom Gewicht dar. Dieses äußert sich durch eine starke Unzufriedenheit mit dem Körper und Sorgen um die Figur bzw. einer andauernden Angst vor einer möglichen Gewichtszunahme. Damit einhergehend kommt es zur starken kognitiv-emotionalen Fokussierung auf Figur und Gewicht, die einen übermäßigen Einfluss auf den Selbstwert und das Selbstbild der Jugendlichen haben. Eng verbunden mit den Körperbildsorgen sind ruminierende Gedanken und Sorgen bezüglich der Nahrungsaufnahme, wie beispielsweise Kalorienzählen oder die Angst, vor anderen zu essen. Zwischen den Essanfällen kommt es bei vielen Jugendlichen zu einem stark restriktiven Essverhalten. Betroffene Jugendliche versuchen, die Nahrungs-

---

1 Einfachheitshalber werden von jetzt an Kinder und junge Erwachsene unter dem Begriff Jugendliche subsummiert, außer der Inhalt bezieht sich explizit auf Kinder oder (junge) Erwachsene.

menge im Rahmen der regulären Nahrungsaufnahme einzuschränken und hochkalorische, kohlenhydrat- oder fettreiche Nahrungsmittel von ihrer Ernährung auszuschließen, indem sie strenge Diätregeln befolgen aufgrund der Angst, dass deren Konsum zur Gewichtszunahme oder zum Kontrollverlust über das Essverhalten führen könnte (Schwarze Liste von verbotenen Nahrungsmitteln; AWMF, 2018; Sattler, Eickmeyer & Eisenkolb, 2020). Infolge der sich abwechselnden Phasen von Essanfällen und restriktivem Essverhalten bzw. Fasten kann es zu Gewichtsschwankungen kommen (Laessle, 2018). Das Gewicht von Jugendlichen mit BN liegt jedoch typischerweise im Bereich des Normalgewichts, wobei Studien bei Erwachsenen darauf hinweisen, dass Betroffene zunehmend an Übergewicht und Adipositas leiden (Bagaric, Touyz, Heriseanu, Conti & Hay, 2020; Srivastava et al., 2023).

Anhaltende Figur- und Gewichtssorgen begünstigen die Anwendung von Kompensationsmaßnahmen. Hierbei handelt es sich um zielorientierte Verhaltensweisen, um die aufgenommenen Kalorien aus dem Körper zu entfernen und einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Kompensationsmaßnahmen werden bei der BN regelmäßig nach Essanfällen angewendet, können zusätzlich aber auch nach regulären Mahlzeiten auftreten.

Am häufigsten wird als Kompensationsmaßnahme das absichtliche Auslösen des Würgereflex bzw. Erbrechens angewendet (durch mechanische Reizung, Substanzen, die den Brechreiz fördern, wie z. B. Salzlösungen oder automatisiert). Weitere Methoden zur Kompensation der bei Essanfällen zugeführten Nahrungsmittelmenge sind der missbräuchliche Gebrauch von Laxanzien (Abführmittel) und Diuretika (Förderung der Harnentleerung) sowie exzessives Fasten und Sporttreiben. Exzessives Sporttreiben im Rahmen der BN besteht in einem zwanghaften Bewegungsverhalten, das hauptsächlich der Gewichtsregulation dient, wobei ein Auslassen einer Sporteinheit mit hoher Anspannung, negativen Gefühlen und Gewichts- und Figursorgen verbunden ist. Der Drang, exzessiv und rigide Sport zu treiben, führt zur Vernachlässigung anderer Lebensbereiche, wie z. B. sozialer Beziehungen, und kann zu Gesundheitsbeeinträchtigungen führen. Seltene und meist in Kombination mit anderen Verhaltensweisen eingesetzte Kompensationsmaßnahmen zur Gewichtsregulation umfassen z. B. den Missbrauch von Schilddrüsenhormonen oder Klistieren (Einläufe), das Kauen und Ausspucken von Nahrungsmitteln oder Saunabesuche (AWMF, 2018; APA, 2013). Bei komorbidem Diabetes mellitus kann es zudem vorkommen, dass Jugendliche ihr Gewicht durch die Reduktion oder den vollständigen Verzicht des Insulins regulieren (AWMF, 2018; Pinhas-Hamiel, Hamiel & Levy-Shraga, 2015; Pinhas-Hamiel & Levy-Shraga, 2013). Wenden Jugendliche unterschiedliche Kompensationsmethoden an, so ist dies gehäuft mit einer schwergradigeren psychischen Beeinträchtigung und Essstörungspathologie assoziiert (Dakanalis et al., 2018; Stiles-Shields, Labuschagne, Goldschmidt, Doyle & le Grange, 2012; Wilkinson et al., 2024).

Das Kompensationsverhalten führt zu einer kurzfristigen Reduktion der Angst vor einer Gewichtszunahme, langfristig jedoch wird dadurch die bulimische Symptomatik aufrechterhalten bzw. verstärkt (negative Verstärkung). Als Folge der

Essanfälle und des Kompensationsverhaltens stellen sich Gefühle der Scham, Schuld und Niedergeschlagenheit ein, die wiederum einen nächsten Essanfall begünstigen.

## 1.2 Klassifikation

Die Diagnosekriterien der BN gemäß den aktuellen Klassifikationssystemen DSM-5 bzw. DSM-5-TR und ICD-10 bzw. ICD-11 (APA, 2013, 2025; WHO, 2019, 2021) werden auch für Jugendliche herangezogen. Die Kriterien für die Vergabe einer BN nach ICD-11 entsprechen weitgehend denen des DSM-5 (vgl. Tabelle 1). Gemäß beiden Diagnosesystemen müssen drei Kernkriterien erfüllt sein: (1) Wiederkehrende Episoden von Essanfällen, die (2) begleitet werden von wiederholtem unangemessenem Kompensationsverhalten zur Verhinderung einer Gewichtszunahme und (3) ein übermäßiger Einfluss von Figur und Gewicht auf die Selbstbewertung. Während in beiden Klassifikationssystemen von einem übermäßigen Einfluss des Körperbildes auf die Selbstbewertung ausgegangen wird, werden in der ICD-11 Verhaltensweisen, die mit einer exzessiven Beschäftigung mit dem Körperbild und dem Gewicht einhergehen, genauer beschrieben. Ein Hauptunterschied zwischen dem DSM-5 und der ICD-11 besteht zudem darin, dass die Diagnose der BN in der ICD-11 auch auf Basis *subjektiver Essanfälle* vergeben werden kann. Essanfälle werden definiert als ein bestimmter Zeitraum, in dem die betroffene Person einen subjektiven Kontrollverlust über das Essen erlebt, deutlich mehr *oder* anders isst als gewöhnlich, und sich nicht in der Lage fühlt, mit dem Essen aufzuhören oder die Art oder Menge der verzehrten Lebensmittel einzugrenzen, unabhängig von der tatsächlich konsumierten Nahrungsmittelmenge. Dies schließt zukünftig Jugendliche mit ein, die einen Kontrollverlust über kleinere Nahrungsmengen erleben (LOC) und bei denen die Bestimmung einer objektiv großen Nahrungsmenge aufgrund des variierenden Energiebedarfs in Abhängigkeit von der Entwicklungsphase schwierig ist (Tanofsky-Kraff et al., 2020).

Unterschiede zwischen den Klassifikationssystemen ergeben sich zudem in Bezug auf das Häufigkeitskriterium: Die Diagnose der BN kann laut DSM-5 gestellt werden, wenn die Essanfälle und unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche seit mindestens drei Monaten auftreten. In der ICD-11 kann die Diagnose der BN bereits vergeben werden, wenn die Essanfälle und die Kompensationsmaßnahmen seit mindestens einem Monat im Durchschnitt einmal pro Woche vorliegen.

Im DSM-5 kann zusätzlich der Schweregrad der BN über die Häufigkeit der Kompensationsmaßnahmen pro Woche bestimmt werden. Folgende Schweregrade werden dabei unterschieden:

- leicht: Durchschnittlich 1 bis 3 Episoden unangemessener kompensatorischer Maßnahmen pro Woche,
- mittel: Durchschnittlich 4 bis 7 Episoden unangemessener kompensatorischer Maßnahmen pro Woche,

**Tabelle 1:** Diagnosekriterien der BN nach DSM-5-TR (APA, 2025) und ICD-11

<b>DSM-5-TR<sup>2</sup></b>	<b>ICD-11 (6B81; ICD-10: F50.2)<sup>3</sup></b>
<p>A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Ein Essanfall ist durch die folgenden beiden Merkmale gekennzeichnet:</p> <p>a. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.</p> <p>b. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).</p> <p>B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder anderen Medikamenten, Fasten oder übermäßige körperliche Bewegung.</p> <p>C. Die Essanfälle und die unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf.</p> <p>D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.</p> <p>E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.</p>	<p>1. Häufig, wiederholte Episoden von Essanfällen (z. B. einmal pro Woche oder mehr über einen Zeitraum von mindestens einem Monat), während denen Betroffene einen subjektiven Verlust der Kontrolle über das Essen erleben. Dieser Kontrollverlust kann sich wie folgt zeigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Betroffene nehmen mehr oder andere Nahrung auf als üblich, ohne jedoch ein Hungergefühl zu verspüren,</li> <li>– Betroffene essen schneller als üblich,</li> <li>– Betroffene fühlen sich nicht in der Lage, mit dem Essen aufzuhören,</li> <li>– Betroffene fühlen sich nicht in der Lage, die Art oder Menge der gegessenen Lebensmittel einzuschränken,</li> <li>– Betroffene essen aus Scham und Schuld bevorzugt allein,</li> <li>– Betroffene verzehren Lebensmittel, die nicht Teil ihrer gewöhnlichen Ernährung sind.</li> </ul> <p>2. Auf die Essanfälle folgen unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen, die darauf abzielen, eine Gewichtszunahme zu verhindern (z. B. einmal pro Woche oder mehr über einen Zeitraum von mindestens einem Monat). Solche Verhaltensweisen beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– selbstinduziertes Erbrechen (typischerweise innerhalb einer Stunde nach einem Essanfall),</li> <li>– Fasten,</li> <li>– Verwendung von Diuretika,</li> <li>– Verwendung von Insulindosen bei Personen mit Diabetes,</li> <li>– exzessive körperliche Übungen zur Erhöhung des Energieverbrauchs.</li> </ul>

**2** Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2025, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten.

**3** vorläufige Übersetzung der englischsprachigen Fassung der ICD-11-Kriterien siehe [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)