

© iStock

16. HQ – Keine Angst vor der Anorexie – hausärztliche Sorgen und Chancen

Prof. Dr. med. Jörg Schelling

Anruf von langjähriger Patientin

„Danke für den Rückruf!
Meine Tochter / mein Sohn ist ja zum Studium nach Erlangen gegangen. Jetzt ist sie wieder hier und sie hat so stark abgenommen. Sie kennen Sie doch noch aus der Schulzeit, da war sie ja immer bei Ihnen. Dürfen wir einen Termin bei Ihnen machen, damit Sie sich das einmal ansehen. Wir vertrauen Ihnen!“

Offene Sprechstunde

„Ich habe Ihnen eine junge Frau / einen jungen Mann in die Sprechstunde eingetragen. Die / der sieht furchtbar aus. Nur Haut und Knochen. Sie / er ist auch fast umgefallen am Tresen.“

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (2005), 186, 132–135

Time trends in eating disorder incidence

LAURA CURRIN, ULRIKE SCHMIDT, JANET TREASURE and HERSHEL JICK

Results In 2000 primary care incidence rates were 4.7 and 6.6 per 100 000 population for anorexia and bulimia nervosa, respectively. The incidence of anorexia nervosa remained remarkably consistent over the period studied. Overall there was an increase in the incidence of bulimia, but rates declined after a peak in 1996.

Prospektive Untersuchung in Holland mit 150000 Pat. (Van Son 2006)

- Inzidenz von Anorexie ca. 7 pro 100.000 Pat.
- Inzidenz von Bulimie ca. 6 pro 100.000 Pat.

Befragung von 1000 Hausärzten in England (Currin 2006)

- 50% gaben an, keine neuen Patienten mit Essstörung pro Jahr in der Praxis zu haben
- 50 % gaben an, im Durchschnitt zwei neue Pat. pro Jahr zu sehen

Befragung von 600 Hausärzten in Ohio (Bursten 1996)

- 1/3 nie Diagnose Bulimie gestellt
- 2/3 gaben an, keine Pat. mit Bulimie in Behandlung zu haben

Herausforderungen für Hausärztinnen und Hausärzte

Bespielhafte Aussagen:

- „Keine Zeit“
- „Nicht trauen, etwas anzusprechen“
- „Wenn dann, wie ansprechen?“
- „Keine Mittel zur Verfügung“
- „Nicht wissen, wohin mit den Patienten“

„Dilemma“

Herausforderungen für Hausärztinnen und Hausärzte

- Erkennen schwer - Beratungsanlässe sind oftmals andere Symptome (z.B. Verstopfung, Amenorrhoe)
- Motivation und / oder Leidensdruck bei Pat. nur bedingt gegeben – anders als gewohnt
- Manche Fälle und/ oder Symptome sind temporär - Abwarten?
- Pat. kommen immer wieder zu uns zurück (die übrig gebliebenen)

S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen

Version:	2.2
Stand:	31.05.2018
Gültig bis:	30.05.2023 (in Überarbeitung)
Aktueller Hinweis:	17.01.2024: Patientenleitlinie ausgetauscht; seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet; 25.02.2021: Kurzinformation des äzq eingestellt; 21.07.2020: englische Fassung eingestellt

...grundsätzlich gibt eine Weiterentwicklung der Leitlinie. Die einzelnen Kapitel werden überarbeitet und literaturmäßig aktualisiert. Als „neue“ Themen bezüglich Anorexie wurden genannt:

Chronische Anorexie, Atypische Anorexie und Palliativsituation.

Leitlinie - Allgemein

- Patientinnen mit **Esstörungen sollen frühzeitig Hilfe erfahren**. Dazu ist es erforderlich, dass die Störungen nicht erst dann identifiziert werden, wenn die Patientinnen selbst oder nahestehende Personen mit einem Veränderungswunsch aktiv werden oder offensichtliche Folgeschäden aufgetreten sind.
- Patientinnen mit Esstörungen haben zu Beginn ihrer Erkrankung häufig keine Kontakte zu Ärztinnen für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, aber **Kontakte zu Facharztgruppen im Bereich Allgemeinmedizin**, Zahnmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Kinder- und Jugendmedizin.
- Deshalb ist die **Wachsamkeit aller dieser Berufsgruppen** im Gesundheitswesen wichtig.

Leitlinie - Allgemein

Jede Ärztin oder Psychologin sollte bei entsprechenden Hinweisen an die Möglichkeit einer Essstörung denken, Körpergröße und Körpergewicht bestimmen und Screening-Fragen zur Identifikation von Verdachtsfällen stellen.

Besondere Aufmerksamkeit sollte hierbei folgenden Personengruppen zukommen:

- **Patientinnen mit niedrigem Körpergewicht oder starkem Gewichtsverlust**
- **Patientinnen mit Amenorrhö oder Infertilität**
- **Patientinnen mit Zahnschäden**

Leitlinie - Allgemein

- Patientinnen, die mit Sorgen über ihr Gewicht in die Sprechstunde kommen, aber normalgewichtig sind
- Patientinnen mit gastrointestinalen Störungen, die nicht eindeutig einer anderen medizinischen Ursache zugeordnet werden können
- **Patientinnen, die im Unterhaltungsbereich, in der Mode- oder Ernährungsbranche arbeiten**
- **Leistungssportlerinnen**
- Kinder und Jugendliche, deren Eltern sich besorgt zeigen über ihr Gewicht und Essverhalten.

Leitlinie - Allgemein

- Eine Selbstbewertung als „zu dick“ ist auch bei gesunden Frauen und Männern sowie Mädchen und Jungen in der westlichen Welt häufig (Cooper et al. 2007).
- Der Aspekt des Unangemessenen oder Pathologischen ergibt sich nicht allein aus dem Vorhandensein dieser Selbstbewertung, sondern daraus, dass

...derartige Gedanken wesentlichen Raum einnehmen

(z. B. in Form von zeitintensiven Sorgenprozessen),

....die Betroffenen **keine kritische Distanz** dazu einnehmen können (kognitive Fusion),

....diese Gedanken das **Selbstwertgefühl der Betroffenen erheblich vermindern** oder

....dass hierdurch **dysfunktionales Verhalten** (z. B. Erbrechen) ausgelöst wird.

Leitlinie - Symptome

- Checking Behavior, d. h. hochfrequentes Wiegen, um Veränderungen des Körpergewichts engmaschig zu kontrollieren,
- Hochfrequente Kontrolle des Umfangs von Körperteilen durch Maßbänder, von Hautfaltendicken oder Überprüfung des eigenen Aussehens im Spiegel, u. a. mit dem Ziel, die Motivation für Nahrungsrestriktion aufrecht zu erhalten.
- Vermeiden von hochkalorischen, fetthaltigen oder kohlenhydrathaltigen Nahrungsmitteln Auslassen von Mahlzeitbestandteilen wie Nachtisch oder einer ganzen Mahlzeit
- Kauen und Ausspucken von Nahrung
- Bilanzieren von Mahlzeiten durch den Erwerb von Kalorienwissen und Kalorienzählen und Abwiegen aller Nahrungsmittel
- Vermeiden von Nahrungsmitteln, deren Kaloriengehalt nicht eindeutig bestimmbar ist, wie von gekochten komplexen Speisen
- Verwenden von Süßstoffen, Fettersatzstoffen und Light-Produkten
Verwenden von pharmakologischen Appetitzüglern, Nikotin, Kokain oder anderer Stimulantien zur Appetitkontrolle

Leitlinie - Symptome

- Verändern des Mahlzeitenrhythmus, beispielsweise durch Beschränkung der Zufuhr auf eine einzige Mahlzeit pro Tag oder durch eine selbstauferlegte Struktur mit einer Vielzahl von Kleinstmahlzeiten
- Exzessiver Konsum von Flüssigkeiten vor den Mahlzeiten, um die Nahrungsaufnahme zu begrenzen
- Auswahl und Zufuhr von unattraktiven oder z. B. durch Versalzen oder scharfe Gewürze ungenießbar gemachten Nahrungsmitteln
- Nutzen von Ekelkonditionierungen, um die Zufuhr von attraktiven Nahrungsmitteln zu blockieren (z. B. die Vorstellung, dass Schokolade durch Mäusekot verunreinigt ist).
- Nicht in Gemeinschaft essen, um eine Ablenkung beim Essen oder andere soziale Einflüsse zu vermeiden
- Nutzen von einengenden Bauchgürteln, beengender Kleidung oder Muskelanspannung, um beim Essen ein frühzeitiges Völlegefühl zu erzeugen
- Nutzen von Zungenpiercings oder Selbstverletzungen im Mundraum, um die Nahrungsaufnahme zu erschweren.

Leitlinie - Diagnose

- Kriterien einer Essstörung nach einem operationalisierten Diagnosesystem der jeweils aktuellen Fassung des ICD oder DSM
- **Die weiterführende Diagnostik sollte strukturierte klinische Interviews oder Checklisten vorsehen**
- Bei der differenzialdiagnostischen Abklärung sollte frühzeitig eine Mitbeurteilung durch eine Psychotherapeutin, Psychologische Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin vorgenommen werden.

Tab. 4.1 Kriterien der AN nach ICD-10, ICD-11 (Vorschlag) und DSM-5

ICD-10 (1993)	Vorschlag ICD-11 (2018)	DSM-5 (2013)
<p>F 50.0</p> <ul style="list-style-type: none"> - Körpergewicht mind. 15 % unter dem erwarteten Gewicht oder Body-Mass-Index $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$ - Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: <ul style="list-style-type: none"> - Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder - selbstinduziertes Erbrechen - selbstinduziertes Abführen - übertriebene körperl. Aktivität - Gebrauch von Appetitzüglern, Diuretika u. a. - Körperschemastörung; überwertige Idee, zu dick zu sein/zu werden, es wird eine sehr niedrige Gewichtsschwelle festgelegt - endokrine Störung (Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse), findet Ausdruck z. B. in Amenorrhoe; bei Beginn vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert, z. B. Wachstumsstopp, primäre Amenorrhoe <p>F 50.00 (AN ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme): kein Erbrechen, kein Abführmittel- oder Diuretikamissbrauch</p> <p>F50.01 (AN mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme): selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmisbrauch o. ä., evtl. treten auch Essanfälle auf</p>	<p>6B10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untergewicht (BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ oder $< 5.$ Altersperzentile), welches nicht auf eine andere Erkrankung oder die Nicht-Verfügbarkeit von Nahrung zurückzuführen ist - Durchgehendes Muster an Verhaltensweisen, die die Wiederherstellung eines normalen Körpergewichts verhindern (restriktives Essverhalten, selbst-induziertes Erbrechen, Abführmittelmisbrauch, exzessives Sporttreiben), welches typischerweise von einer Angst vor Gewichtszunahme begleitet ist - Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur bzw. des Körpergewichts oder übertriebener Einfluss des Körpergewichts und der Figur auf die Selbstbewertung <p>6B10.1 AN mit signifikant niedrigem Körpergewicht: - BMI zwischen $18,5$ und $14,0 \text{ kg/m}^2$ (zwischen 5. und 3. Perzentile bei Kindern und Jugendlichen) - 6B10.11: restriktiver Typ - 6B10.12; binge-purging Typ</p> <p>6B10.2 AN mit gefährlich niedrigem Körpergewicht: - BMI $< 14,0 \text{ kg/m}^2$ (Altersperzentile bei Kindern und Jugendlichen $< 3.$ Perzentile) - 6B10.21: restriktiver Typ - 6B10.22; binge-purging Typ</p>	<p>307.1</p> <p>(A) Eingeschränkte Energieaufnahme, welche zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt (Gewicht, das unterhalb des Minimums des normalen Gewichts oder bei Kindern und Jugendlichen, unterhalb des minimal zu erwartenden Gewichts liegt)</p> <p>(B) Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme und davor, dick zu werden oder dauerhaftes Verhalten, welches einer Gewichtszunahme entgegen wirkt, trotz signifikant niedrigen Gewichts</p> <p>(C) Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichts</p> <p>Restriktiver Typ: Während der letzten 3 Monate keine wiederkehrenden Essanfälle oder kein „Purging“-Verhalten</p> <p>Binge-Eating/Purging-Typ: Während der letzten 3 Monate wiederkehrende Essanfälle oder „Purging-Verhalten“</p> <p>Teilremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien erfüllt waren, wird Kriterium A seit einem längeren Zeitraum nicht erfüllt, während Kriterium B oder C weiterhin erfüllt sind.</p> <p>Vollremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien erfüllt waren, wird keines der Kriterien seit einem längeren Zeitraum erfüllt</p>

Leitlinie - Diagnose

- **Größe, Gewicht**
- **Puls, Blutdruck**
- **Bei Kindern und Jugendlichen: Pubertätsstatus (nach Tanner)**
- **Internistische Untersuchung: Auskultation Thorax, Palpation Abdomen Erhebung des Gefäßstatus**
- **Inspektion Mundhöhle, Speicheldrüsen**
- **Inspektion Hautoberfläche**
- **Ultraschall Abdomen**
- **Elektrokardiogramm, evtl. Echokardiographie**
- **Neurologische Untersuchung**

Leitlinie - Labor

- Differenzialblutbild
- BSG, C-reaktives Protein
- Glukose
- Elektrolyte (Natrium, Kalium, Kalzium, Magnesium, Phosphat)
- Nierenstatus (Kreatinin)
- Leberstatus (z. B. ALT, AST, AP, CK, GGT, Gesamt- und direktes Bilirubin, TPZ und PTT)
- Amylase, Lipase
- Urinstatus
- TSH



Bei ausgewählten Patienten sollte auch die Bestimmung von Eisen, Ferritin, Vitamin A, Vitamin E, Vitamin B12, Vitamin D, Folsäure, β -Carotin, Zink, Kupfer, Selen sowie ein immunchemisches oder chromatografisches Drogen-Screening erwogen werden.

Leitlinie – Befunde

- Gehäuft **Mitralklappenprolaps**.
- **Perikardergüsse**, allerdings meist ohne hämodynamische Relevanz, finden sich sowohl bei Erwachsenen als auch Jugendlichen häufig (Oflaz et al. 2013).
- Veränderungen der gastrointestinalen Motilität.
- Symptome einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung und Zöliakie
- Häufig ist eine **Akrozyanose**.
- Mundhöhle, Speicheldrüsen Insbesondere Patientinnen, die erbrechen, weisen häufiger Zahnschäden mit charakteristischen Mustern von Erosionen, **Veränderungen der Mundschleimhaut und Vergrößerung der Ohrspeicheldrüsen und Zungengrundspeicheldrüsen** auf.

Leitlinie – Befunde

- **Haarverlust, Akne, Störungen der Hautpigmentierung,** Gelbfärbung der Haut bei Hyperkarotinämie, Petechien, neurodermitische Veränderungen, Intertrigo, generalisierter Juckreiz, Hautinfektionen und Striae distensae
- Bei untergewichtigen Patientinnen besteht häufig Lanugo-Behaarung.
- Patientinnen, die Erbrechen induzieren, können **Schwielen am Handrücken der dominanten Hand aufweisen** (Russell's Sign).
- Häufig werden die Hautveränderungen als „Allergien“ gedeutet.
- Die Knochendichte ist bei AN frühzeitig erheblich vermindert. **Eine routinemäßige Untersuchung der Knochendichte kann nicht empfohlen werden**, da sich hieraus keine spezifischen weiteren diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen ergeben. Die Indikation ergibt sich aus Spontanfrakturen.

Leitlinie – Laborbefunde (Hormone)

- Es bestehen regelmäßig verminderte Konzentrationen von Trijodthyronin („low-T3-Syndrom“). Die Empfehlung, ausschließlich TSH zu bestimmen, richtet sich auf die Notwendigkeit, nicht direkt mit einer Essstörung in Beziehung stehende Schilddrüsenerkrankungen auszuschließen (z. B. Hashimoto-Thyreoiditis). **Eine routinemäßige Bestimmung von T3 kann nicht empfohlen werden.**
- Die Sekretion des Stresshormons Cortisol ist regelmäßig und bei anderen Formen von Essstörungen in Einzelfällen gesteigert. **Eine routinemäßige Bestimmung kann nicht empfohlen werden.**
- Es finden sich regelmäßig verminderte Konzentrationen von Östradiol, Progesteron und Luteinisierungshormon (LH). Auch die anderen Formen von Essstörungen weisen häufig Störungen der Sexualhormonsekretion auf. **Eine routinemäßige Bestimmung von Sexualhormonen kann nicht empfohlen werden.**

Leitlinie – Differentialdiagnosen

- Anorexie ist die häufigste Ursache von ausgeprägtem Untergewicht in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter in der westlichen Gesellschaft.
- Bei **konstitutionellem Untergewicht** fehlen die psychologischen Merkmale einer Essstörung, die endokrinologischen Funktionen sind unauffällig, es besteht insbesondere keine Amenorrhoe.

Bei untergewichtigen Patientinnen sind differenzialdiagnostisch zu erwägen:

1. Tumorerkrankungen (Gehirn, Magen, Pankreas, Lunge, Lymphome, Leukämie), Endokrine Erkrankungen (Diabetes, Hyperthyreose, Nebenniereninsuffizienz)
2. Gastrointestinale Erkrankungen (Zöliakie, zystische Fibrose, Oesophagusstenose, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa)
3. Infektiöse Erkrankungen (Tuberkulose, Parasitosen, systemische Pilzerkrankungen, HIV)
4. Andere psychische Störungen (Depression, Angst- und Zwangsstörungen, Somatoforme Störungen, Schizophrenie, Autismus-Spektrum-Störungen)
5. Drogen und Substanzmissbrauch (Polytoxikomanie, Heroin, Kokain, Amphetamine)

Leitlinie – BMI

- Bei einem **BMI von unter 15 kg/m² bei Erwachsenen** sollte eine störungsorientierte **stationäre Behandlung** mit krankenhaustypischen Heilmethoden erwogen werden.
- Wichtig ist eine **Gewichtserfassung** mit geeichtem Instrumentarium vorzugsweise **durch den betreuenden Arzt oder Psychologen selbst**.

Die Patientin sollte in Unterbekleidung ohne Schuhe gewogen und gemessen werden.

Die Delegation dieser Leistung an Hilfspersonen oder Übernahme der Angaben der Patientin selbst ist mit **einem signifikanten Fehlbewertungsrisiko verbunden** (beispielsweise Unterschätzung des Risikos durch Untergewicht aufgrund einer fehlerhaft niedrigen Größenangabe oder Wägung nach Konsum größerer Flüssigkeitsmengen).

Leitlinie – Therapie

- Patientinnen mit der Diagnose einer Essstörung **sind zum Zeitpunkt der Suche nach einer psychotherapeutischen Behandlung oder Erstvorstellung zumeist ambivalent** hinsichtlich der Veränderung ihrer Essprobleme (z. B. Normalisierung ihres Essverhaltens vs. restriktives Essverhalten, um das Körpergewicht niedrig zu halten; weitere Ausführungen s.u.).
- **Auch die Bereitschaft, mit der Essstörung einhergehende Gedanken und Gefühle offen zum Ausdruck zu bringen, ist zu Beginn der Behandlung – und zum Teil auch im gesamten Therapieprozess – ambivalent oder sogar gering ausgeprägt** (z. B. kann es einer Patientin mit AN schwerfallen, ihren Stolz über ihr niedriges Körpergewicht zu thematisieren).
- Auch erleben Patientinnen im Verlauf ihrer häufig chronischen Erkrankung **erfolgreiche Behandlungen klinischen Erfahrungen zufolge nicht selten als Bestätigung ihrer negativen Sicht der eigenen Person** (z. B. Gefühle geringer Selbstwirksamkeit, Hoffnungslosigkeit, Selbstwertprobleme).
- Bei Patientinnen lassen sich nicht selten Überzeugungen mit identitätsstiftendem Charakter beobachten (z. B.: „Wenn ich dem Essen widerstehe, bin ich stark und kann stolz auf mich sein.“).
- Für **Männer mit Essstörungen kann die Therapiemotivation ferner dadurch erschwert sein, dass sie vermeintlich unter einer „weiblichen“ Störung leiden.**

Leitlinie – Therapie

- Vor dem Hintergrund der häufig ambivalenten Therapiemotivation dieser Patientinnen ist insbesondere zu Beginn der Behandlung eine **empathische, wertungsfreie, nicht vorwurfsvolle Haltung gegenüber den Schilderungen ihrer Probleme** angezeigt.
- Soweit die körperliche und/oder psychische Situation der Patientinnen kein unmittelbares Eingreifen notwendig macht sollte die **Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses** im Vordergrund stehen
- Wegen der drohenden Chronifizierung der Essstörungen mit ihren körperlichen und psychischen Komplikationen steht die Behandlungsmotivation im Vordergrund der ersten Gespräche.

Leitlinie – Therapie

Tab. 3.1 Beispiele für Aspekte der Gesprächsführung im Rahmen der Strategie „Entpathologisierung“ (zitiert aus Tuschen-Caffier et al. 2005, S. 88-89)

Art des Problems	Beispiele für Entpathologisierung
erfolglose Versuche bei der Gewichtsreduktion Adipositas	Hinweis auf genetische Aspekte, die es schwerer machen, ein bestimmtes Gewicht zu erzielen oder zu halten.
Diäten als Auslöser für Bulimia Nervosa	Diät halten ist in unserer Gesellschaft weit verbreitet, in den Medien werden ständig neue Diäten angepriesen.
mangelnde Bereitschaft, bei Anorexia Nervosa über das Essproblem zu reden	Hinweis, dass das Verhalten sehr nachvollziehbar und verständlich ist, wenn man von den Eltern (dem Arzt etc.) geschickt wird. Verbalisation von Gedanken und Gefühlen, die der Therapeut z. B. hätte, wenn er in der Lage der Patientin bzw. des Patienten wäre (z. B. Wut auf die Eltern, Skepsis, ob der Therapeut insgeheim ein „Komplize“ der Eltern ist).
Essanfälle bei Bulimia nervosa	Hinweis, dass der Körper ganz normal reagiert: Zwischenzeitlich erhält er zu wenig Nahrung und ist mangelernährt, dann holt er sich, was er braucht.
Stress als Auslöser für Essanfälle bei der „Binge-Eating“-Störung	Essen ist zunächst ein „guter“ Problemlöser; man wird müde, man lenkt sich von unangenehmen Gefühlen ab, Essen schmeckt gut.

Der Abdruck der Tabelle erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe-Verlags

Leitlinie – Therapie

- Eine Essstörung **birgt immer auch interpersonelle Probleme** (Auswirkungen auf Familienangehörige, Partner und Freunde).
- Häufig ist von **dysfunktionalen Interaktionsmustern zwischen der Patientin und den anderen Mitgliedern der (Herkunfts-) Familie** auszugehen.
- **Angehörige und Partner stehen einer Essstörung häufig hilflos und verzweifelt** gegenüber. Diese Hilflosigkeit ist oft kein guter Ratgeber bei dem Versuch, sich „richtig“ und hilfreich zu verhalten und führt nicht selten zu heftigen Schuldgefühlen und/oder aggressiven, vorwurfsvollen Einstellungen gegenüber der Patientin.
- Der Einbezug von Angehörigen in die Therapie sollte ungeachtet der therapeutischen Ausrichtung unter Berücksichtigung des Alters der Patientin, ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen (Familie, Partnerschaft) und des Gefährdungsgrades der Essstörung frühzeitig erwogen werden.

Leitlinie – Therapie

- Bei der Therapie sind fast immer mehrere Behandler beteiligt: Neben Psychotherapeuten (Einzel- und Familiengespräche) ein **Haus- bzw. Facharzt**, sowie ggfs. Sozialarbeiter, Ernährungsberater und Spezialtherapeuten (z. B. Körpertherapeuten).
- Es ist – vor allem im ambulanten Bereich und über Sektorengrenzen hinweg – eine **engmaschige Abstimmung** unter diesen Behandlern notwendig, **welche aufgrund der Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems in Deutschland jedoch oft nur unzureichend erfolgt.**
- Eine Kontinuität in der Behandlung (möglichst wenige Wechsel bei den zuständigen Ansprechpartnern) sollte angestrebt werden.
- Haus- und Fachärzten kommt eine wichtige Rolle bei der Ersterkennung und der begleitenden körperlichen Betreuung zu. Sie sollten Betroffene dazu motivieren, eine fachpsychotherapeutische Behandlung aufzunehmen.

Leitlinie – Therapie

- **Psychotherapie ist das Behandlungsverfahren der ersten Wahl**
- Es liegt moderate Evidenz dafür vor, dass die folgenden spezifischen Psychotherapieverfahren wirksam sind beim Erwachsenen:
erweiterte kognitive-behaviorale Therapie (CBT-E), fokale psychodynamische Therapie (FPT), Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment (MANTRA) sowie Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)

Leitlinie – Therapieziel

- Ein gesundes Gewicht bei Erwachsenen sollte in einem Bereich über dem von der WHO als **Mindestgewicht festgelegten BMI von 18,5 kg/m²** liegen.
- Der Wiedereintritt der Menstruation kann dabei nur als grobes Maß der körperlichen Erholung gewertet werden.
- Das „**Refeeding-Syndrom**“ **stellt eine schwerwiegende metabolische Entgleisung dar**, die tödlich enden kann (Mehanna et al. 2008).
Kennzeichen dieses Syndroms, welches überwiegend in ersten Behandlungswochen auftritt sind Flüssigkeitsverschiebungen und Elektrolytschwankungen, die als Folge der endokrinen und metabolischen Veränderung mit Beginn der Wiederernährung eintreten können (Mehanna et al. 2008).
- Die vielfältigen resultierenden klinischen Folgen reichen von schweren Organfunktionsstörungen über Rhabdomyolyse bis hin zu Krampfanfällen, Delirium, Koma und Tod.

Leitlinie – Medikation

- Die Evidenz zur Pharmakotherapie ist insgesamt sowohl für Antidepressiva, als auch für Antipsychotika unbefriedigend.

Leitlinie – Medikation

- Olanzapin wird als das Antipsychotikum mit der vermutlich deutlichsten Wirkung beschrieben, wobei eine Wirkung auf die Kernsymptome bislang nicht sicher gezeigt werden konnte.
- Olanzapin scheint aber eine Wirkung auf assoziierte Symptome wie z. B. Zwänge zu haben.

Leitlinie – Medikation

- Auch wenn die Studienlage bei Antidepressiva etwas besser ist als bei den Antipsychotika, reicht sie nicht aus, um Empfehlungen für eine Therapie mit dieser Medikamentenklasse abzuleiten.
- Die in einer beträchtlichen Reihe von Fallstudien nahegelegte Wirksamkeit von Antidepressiva dürfte **eher auf die regelmäßig ebenfalls erfolgten Begleitbehandlungen** zurückzuführen sein, als auf die verwendeten Antidepressiva selbst.
- In Anbetracht des unregelmäßigen Essverhaltens und des rezidivierenden Erbrechens ist die orale Zufuhr erschwert.
- **Kardiale Nebenwirkungen sind aufgrund der ohnehin bestehenden kardialen Besonderheiten bedrohlicher. Elektrolytstörungen sind häufiger.**

Leitlinie – Zusammenfassung

- Bei der Anorexie kommt es durch Einschränkung oder unzureichende Steigerung der Energieaufnahme (bei Wachstum/intensivem Sport) zur Entstehung oder **Aufrechterhaltung eines Untergewichts**.
- Das Körpergewicht liegt unter dem für Geschlecht, Größe und Alter zu erwartenden Gewicht.
- Betroffene haben trotz ihres Untergewichts Angst davor, zu dick zu sein und/oder zu dick zu werden.
- Das Selbstwörterleben ist bei den meisten Patientinnen in hohem Maße von Figur und Körpergewicht abhängig,
- Die Nahrungszufuhr wird – in der Regel durch eine Beschränkung der Nahrungsmenge oder eine selektive Nahrungsauswahl (Vermeidung von Fetten bzw. Kohlehydraten) – eingeschränkt. Hinzukommen können exzessive sportliche Betätigung, selbstinduziertes Erbrechen oder ein Missbrauch von Abführmitteln, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika.
- Im Verlauf der Erkrankung treten bei einem Teil der Patientinnen Essanfälle auf, welche in den meisten Fällen mit „Purging-Verhalten“ einhergehen (selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln etc.).

Aufgaben für Hausärztinnen und Hausärzte

- Somatische Abklärung + Kontrolle
- Verlaufskontrollen (Gewicht, EKG, Labor,...)
- Koordination (Absprachen, Überweisungen zur Psychotherapie / Psychiatrie, Ernährungsberatung...)
- Sport-/Schulbefreiungen, AU-Bescheinigungen
- Umgang mit Laienvorstellungen/Agieren (Leptin, REHA)
- Aufbau Therapiemotivation
- Beziehung halten