

Behandlungsempfehlungen

Essstörungen

Empfehlungen des Experten-Netzwerks Essstörungen Schweiz (ENES) Zur Behandlung von Menschen mit Essstörungen

www.netzwerk-essstoerungen.ch

**Verfasst durch die Arbeitsgruppe des ENES „Behandlungsempfehlungen“,
März 2006**

Fr. Dr. med. Elisabeth Bandi-Ott, FMH Allgemeine Medizin, Psychosomatik APPM, Zürich
Fr. Dr. med. Renate Hürlimann, FMH Kinder- und Jugendmedizin, Dübendorf
Fr. Dr. med. Bettina Isenschmid, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik
APPM, Master of Medical Education, Bern
Fr. Dr. phil. | Dagmar-Tatjana Laub, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Bern
Dr. med. Christoph Rutishauser, FMH Kinder- und Jugendmedizin, Zürich
Dr. med. Roland Stettler, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Riehen
Fr. Dr. med. Dorothea Wehrli, FMH Allgemeine Medizin, Freiburg

Gegengelesen und genehmigt durch den Vorstand des ENES, April 2006

Fr. Dr. phil. Erika Toman, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Zürich (Präsidentin)
Dr. med. Georges Gabris, Psychiater FMH, Lausanne (Vize-Präsident)
Dr. med. Hanspeter Flury, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich
Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff, Chefarzt Psychiatrie und Psychotherapie, PUK Basel
Dr. med. Christoph Rutishauser, FMH Kinder- und Jugendmedizin, Leiter Jugendmedizin,
Kinderspital, Zürich

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung / Ziel der Empfehlungen	4
2. Klassifikation	4
2.1. Definition Anorexia nervosa	4
2.2. Definition Bulimia nervosa	5
2.3. Definition atypische Essstörungen (EDNOS) inkl. Binge-Eating Disorder	5
3. Epidemiologie / Prävalenz	5
4. Ätiologie / Pathogenese	5/6
5. Psychodynamik	6
6. Komplikationen	7
6.1. Anorexia nervosa	7
6.2. Bulimia nervosa	7
7. Komorbidität von Anorexie und Bulimie	7/8
8. Differentialdiagnose	8
8.1. Anorexia nervosa	8
8.1.1. Somatische Erkrankungen	8/9
8.1.2. Psychische Erkrankungen	9
8.2. Bulimia nervosa	9
8.2.1. Somatische Erkrankungen	9
8.2.2. Psychische Erkrankungen	9
9. Diagnostik Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	9
9.1. Anamnesi	9/10
9.2. Problemorientierte Anamnese	10
9.3. Persönliche Anamnese	10
9.4. Familienanamnese	10
9.5. Psychosoziale Anamnese	10/11
9.6. Psychologische Testdiagnostik	11
10. Somatische Abklärungen	11
10.1. Anorexia nervosa	11
10.1.1. Somatostatus	11
10.1.2. Laboruntersuchungen	11
10.1.3. Apparative Untersuchungen	12
10.2. Bulimia nervosa	12
10.2.1. Somatostatus	12
10.2.2. Laboruntersuchungen	12
10.2.3. Apparative Untersuchungen	12

11. Therapie	12
11.1. Allgemeines	12/13
11.2. Psychotherapie	13/14
11.3. Somatische Behandlung	15
11.3.1. Anorexia nervosa	15
11.3.1.1. Somatische Kontrollen	15/16
11.3.1.2. Ernährung / Nahrungsaufbau	16
11.3.1.3. Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente	16
11.3.1.4. Osteoporoseprophylaxe / -therapie	16
11.3.2. Bulimia nervosa	16/17
11.3.2.1. Somatische Kontrollen	17/18
11.3.2.2. Ernährung / Nahrungsaufbau	18
11.4. Psychopharmaka	18
11.4.1. Anorexia nervosa	18/19
11.4.2. Bulimia nervosa	19
12. Therapie-Setting	19
12.1. Ambulante Therapie	19
12.2. Stationäre Therapie	19
12.2.1. Somatische Indikationen zur stationären Therapie	19/20
12.2.1.1. Anorexia nervosa	20
12.2.1.2. Bulimia nervosa	20
12.2.2. Psychiatrische / psychosoziale Indikationen zur stationären Therapie bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	20
12.2.3. Konzept der stationären Behandlung	21
12.3. Teilstationäre Therapie	21/22
13. Verlauf und Prognose	22/23
14. Prävention	23/24/25
15. Weiterführende Auskünfte	25/26

Anhang

Anhang 1:	Literaturverzeichnis	26
Anhang 2:	Spezifische Psychotherapien bei Essstörungen	29
Anhang 3:	Ernährungsberatung bei Essstörungen	32
Anhang 4:	Zahnpflege- und Verhaltensempfehlungen für PatientInnen mit Essstörungen	34
Anhang 5:	Übernahme von Zahnbehandlungen als Folge von Essstörungen durch die Krankenkasse	35
Anhang 6:	Body Mass Index-Perzentilenkurven für Kinder und Jugendliche	36
Anhang 7:	Beispiel für Behandlungsvertrag mit essgestörter PatientIn	37

1. Einleitung / Ziel der Empfehlungen

Diese Empfehlungen zur Behandlung von Menschen mit Essstörungen sind in einer Arbeitsgruppe des *Experten-Netzwerks Essstörungen Schweiz (ENES)* entstanden (www.netzwerk-essstoerungen.ch). Absicht dieser Zusammenfassung ist, dass sich all jene, die in ihrer Arbeit mit Menschen mit Essstörungen konfrontiert sind, über den momentan anerkannten Standard der Behandlung von Essstörungen informieren können. Bei dieser oft schweren Erkrankung, die Seele und Körper gleichermaßen beeinträchtigt, ist es wichtig, dass möglichst frühzeitig sachgerechte Schritte zur Diagnose und Behandlung eingeleitet werden. So richten sich diese Empfehlungen an Fachpersonen wie AllgemeinpraktikerInnen, InternistInnen, FrauenärztInnen, KinderärztInnen, ärztliche und nicht ärztliche PsychotherapeutInnen, an Ausdrucks- und KreativtherapeutInnen, ZahnärztInnen, Ernährungsberaterinnen, Fachpflegepersonen in Spitälern sowie andere Interessierte. In kurzer und übersichtlicher Form wird der aktuelle Standard für die Diagnose und Therapie vorgestellt, um damit zur Optimierung der Behandlung von Essstörungen beizutragen.

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen zusammen, die sowohl im ambulanten wie auch im teilstationären oder stationären Bereich arbeiten. Zudem wurden im Rahmen der Literaturdurchsicht andere Empfehlungen berücksichtigt, insbesondere die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Working Group on Eating Disorders der American Psychiatric Association.

Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit der vorliegenden Empfehlungen, und die wissenschaftlichen Erkenntnisse über Essstörungen nehmen laufend zu. Die vorliegenden Empfehlungen entbinden deshalb Fachpersonen nicht von der laufenden Neuorientierung über den neusten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass aus diesen Behandlungsempfehlungen keinerlei Haftpflichtansprüche abgeleitet werden können.

2. Klassifikation

2.1. Definition Anorexia nervosa

- Untergewicht durch selbst verursachten Gewichtsverlust oder eine unzureichende altersentsprechende Gewichtszunahme mit einem Body-Mass-Index¹ von $< 17.5 \text{ kg/m}^2$, bei Kindern/Jugendlichen einem BMI < 10 . BMI-Perzentile entsprechend (siehe BMI-Perzentilenkurven im Anhang).
- Starke Ängste vor Gewichtszunahme oder davor dick zu werden, dies trotz bestehendem Untergewicht
- Störung der (eigenen) Körperwahrnehmung
- Endokrine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Mädchen und Frauen als sekundäre Amenorrhoe (Ausnahmen: prämenarchal, Hormonsubstitution) und bei Männern als Libido- und Potenzverlust.

¹ Body-Mass-Index (auch Quetelet-Index genannt) = Körpergröße in Kg Körpergewicht / (Körpergröße in Metern)² = kg/m^2 ; Beispiel: Gewicht 50 kg, Körpergröße 1.60 m $\rightarrow \text{BMI} = 50 \text{ kg} / (1.6)^2 = 19.5 \text{ kg/m}^2$

2.2. Definition Bulimia nervosa

- Wiederholte **Essattacken**, definiert als übermässige Nahrungsmenge aufgenommen innerhalb von 2 Std. mit **Kontrollverlust** über das Essverhalten, mindestens 2 mal pro Woche während mindestens 3 Monaten
- Wiederholtes selbstinduziertes **Erbrechen** und/oder **anderes kompensatorisches Verhalten** (Laxantien, Diuretika, Emetika, zwanghafte körperliche Aktivität oder Fasten) häufig im Anschluss an die Essattacke, um einen Gewichtsanstieg zu verhindern
- Übermässige Sorge um Körperform und Gewicht mit starkem Einfluss auf das Selbstwertgefühl.

2.3. Definition atypische Essstörungen (EDNOS) inkl. Binge-Eating-Disorder

Darunter fallen diejenigen Essstörungen, bei welchen nicht alle Kriterien für die Diagnose Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa erfüllt sind. Ein Beispiel für eine atypische Essstörung ist die Binge-Eating-Disorder, bei welcher zwar regelmässige Essattacken auftreten, jedoch das kompensatorische Verhalten (z.B. Erbrechen, Laxantienabusus, übermässige körperliche Aktivität) im Gegensatz zur Bulimia nervosa fehlt. Diese PatientInnen sind meist übergewichtig.

3. Epidemiologie / Prävalenz

Anorexia nervosa: ca. 1% der Mädchen im Jugendalter und der jungen Frauen; ca. 0.1% der Knaben im Jugendalter sowie der jungen Männer. Beginn der Anorexia nervosa schon präpubertär möglich (selten vor 10 Jahren), der Erkrankungsgipfel liegt bei 12-16 Jahren.

Bulimia nervosa: ca. 2-4% der weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen; ca. 0.5% der jungen Männer. Die Altersgruppe von 18-22 Jahren ist am häufigsten betroffen.

Binge Eating Disorder: ca. 5-10% der übergewichtigen Menschen, besonders bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter (bei übergewichtigen Erwachsenen mit Teilnahme an Programmen zur Gewichtsreduktion bis 25%).

4. Aetiologie / Pathogenese

Die Ursachen für das Auftreten von Essstörungen sind vielfältig und umfassen unter anderem:

- genetische Prädisposition (v.a. für Anorexie und Übergewicht)
- intrapsychische Faktoren (z.B. Angst vor dem Erwachsenwerden / Sexualität, reduziertes Selbstwertgefühl, Hang zu Perfektionismus, Kontrollbedürfnis, hohes Leistungsideal)
- familiäre Faktoren (z.B. Trennungs- / Verlust-Erlebnisse, intrafamiliäre konfliktverdrängende Beziehungsstrukturen)
- Gewalterlebnisse, sexuelle und andere Traumata
- soziokulturelle Einflüsse (z.B. Peers, Gesellschaftsnormen)

- Auslösende Faktoren (z.B. (Überforderungssituationen, Verlusterlebnisse, Hänseleien wegen initialem Übergewicht)

5. Psychodynamik

Anorektische PatientInnen zeigen entweder eher ein abweisendem Verhalten, das durch den hohen Kontroll- und Perfektionsanspruch, den sie an sich und die Umwelt richten, und durch die Betonung ihrer Autonomie erzeugt wird, oder aber ein stark angepasstes Verhalten, das die oben erwähnte Dynamik verbirgt. Die Kontaktnahme ist daher oft erschwert. Häufig äussert sich in diesem Symptom ein erster Autonomieschritt gegenüber der Familie, der in der Entwicklung auch positiv bewertet werden muss. Psychophysiologische Prozesse des Hungerns führen, zumindest anfangs, zu einem Wohlfühl und einer Steigerung des Selbstwerts, was eine tiefgreifende Krankheitseinsicht verhindert. Eltern werden meist hilflos und unsicher angesichts eines Kindes, das in allen Lebensbereichen kompetent und selbständig ist, ausser im Bereich der Nahrungsaufnahme. Ihre Anteilnahme, Unterstützung und Führung bei den Bewältigungsversuchen ist aber von zentraler Bedeutung.

Bei **bulimischen** PatientInnen findet man tendenziell eine freundliche und anpassungswillige Haltung, die zunehmend im Gegensatz zu mangelnden Therapiefortschritten steht. Ihr mit hoher Scham belegtes Symptom spielt sich in der Regel in aller Heimlichkeit ab und wird nicht ohne weiteres preisgegeben. Bei beiden PatientInnengruppen stehen dahinter ein grosser Mangel an Selbstwert, viel Scham und Insuffizienzgefühle, die es zu verstecken gilt. Darüber zu sprechen, löst grosse Angst aus.

Die zunächst angegebene **Motivation**, an der Essproblematik etwas ändern zu wollen, erweist sich daher oft als brüchig. Eine Therapie wird häufig wegen des Drucks von aussen oder aus psychosozialer Not angefangen. Die massiven Ängste, unter anderem vor der Gewichtszunahme, führen jedoch oft zu Widerständen, wirklich etwas ändern zu wollen. Diese Ambivalenz der Motivation ist dem Krankheitsbild inhärent. Die **körperlichen Prozesse** der Mangelernährung führen zu psychischen Folgeerscheinungen, die *Folge* und *nicht Ursache* der Erkrankung sind: Dauerndes Denken an das Essen, Unruhe und Angetriebensein oder auch Adynamie, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, reduzierte Problemlösungsfähigkeit, Depressivität.

Gegenüber dieser schwerwiegenden Störung, die lebenswichtige körperliche Funktionen gefährdet, befindet sich **der / die Behandelnde** häufig in einer ohnmächtigen Position. Macht/Ohnmacht, oft auch Ekel und Unverständnis, und abwehrende Gegenaggression können sich im Umgang mit PatientInnen mit Ess-Störungen ausbilden. Wird die bulimische Symptomatik seitens der Betroffenen mitgeteilt, ist dies jedoch als ein Vertrauensbeweis zu werten.

6. Komplikationen

6.1. Anorexia nervosa

- Metabolisch, z.B. Dehydratation, Hypoglykämie

- Elektrolytstörungen während Nahrungsaufbau (Refeeding-Syndrom) sowie bei Erbrechen: Hypokaliämie, Hypophosphatämie, Hypomagnesiämie, Hypocalcämie
- Kardiovaskulär, z.B. arterielle Hypotonie, orthostatische Hypotension, Bradykardie, Arrhythmie (z.B. wegen QT-Verlängerung), plötzlicher Herztod
- Hypercholesterinämie (nicht behandlungsbedürftig!)
- Gastroenterologisch, z.B. Obstipation, Abdominalschmerzen, verzögerte Magenentleerung, Atrophie der Darmmucosa mit Malabsorption
- Neurologisch, z.B. ZNS-Atrophie, periphere Neuritis, Konvulsionen
- Endokrinologisch, z.B. ↓ Schilddrüsenhormone, ↑ Cortisol, ↓ Gonadotropine & ↓ Oestrogene & ↓ Testosteron → verzögerte Pubertätsentwicklung, ↓ Sekretion von antidiuretischem Hormon
- Hämatologisch, z.B. Anämie, Leukopenie, Thrombozytopenie, B12- und Fe-Mangel (80% sind Vegetarierinnen)
- Muskulo-skeletär, z.B. Osteopenie, Stressfrakturen, Muskelschwäche
- Renal, z.B. ↓ glomeruläre Filtration, Proteinurie, Nephropathie, Hämaturie
- Gynäkologisch: atrophe Vaginitis, Fertilitätsstörung
- Bei anorektischen PatientInnen mit bulimischen Symptomen: siehe auch Komplikationen unter Bulimia nervosa

6.2. Bulimia nervosa

- Metabolisch, z.B. Elektrolytstörungen (Hypokaliämie, Hypomagnesiämie, Hypocalcämie, Hypophosphatämie), Dehydratation, chronisch metabolische Azidose (Laxantienabusus) oder chronisch metabolische Alkalose (Erbrechen)
- Gastrointestinal, z.B. Obstipation, Oesophagitis, Mallory-Weiss-Syndrom, Magen-/Duodenalulcera, Magendilatation, Parotisschwellung, Zahnschmelzdefekte (siehe Anhang 4 & 5)
- Kardial, z.B. Ödeme, Hypovolämie, Arrhythmie (Hypokaliämie), Kardiomyopathie (Ipecac-Abusus)
- Endokrinologisch, z.B. Zyklusstörungen
- Nephrologisch: hypokaliämische Nephropathie

7. Komorbidität von Anorexie und Bulimie

Der Begriff Komorbidität bezeichnet das Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch unterschiedlichen Krankheiten bei der gleichen PatientIn. Diese Krankheiten müssen nicht unbedingt in einem ursächlichen Zusammenhang zueinander stehen. Sowohl bei Anorexie als auch bei Bulimie sind solche komorbiden Störungen häufig vorhanden und müssen beachtet werden, da sie oftmals den Behandlungsplan entscheidend mit beeinflussen.

Depressive Verstimmungen kommen in 50-75% aller PatientInnen mit Anorexie und Bulimie vor. Auch die manisch-depressive Erkrankung (bipolare affektive Störung) wurde in 5-10% der Fälle von Essstörungen beschrieben. Eine Reihe von PatientInnen mit einer Anorexia nervosa zeigen zwanghafte Züge beziehungsweise Zwangssymptome. Sie sind bei vielen PatientInnen schon vor der Entstehung der Essstörung vorhanden. Im Verlauf der Anorexie sind zwanghafte Verhaltensweisen bei 25% zu beo-

bachten. Diese beziehen sich oft auf die Beschäftigung mit Ernährung, Essen, Gewicht und sportlichen Übungen. Nach Erreichen eines Normalgewichts persistieren oftmals Zwangssymptome. Seltener finden sich Zwangssymptome bei PatientInnen mit einer Bulimie. Auch Angststörungen treten bei Essstörungen häufig auf. Besonders hervorzuheben ist hier die Soziale Phobie, die bei der Bulimie oft schon im Vorfeld besteht.

Eine erhebliche Anzahl von PatientInnen mit Bulimie scheint eine Neigung zum Missbrauch von Alkohol und anderen Substanzen zu haben (30-37%). Auch 12-18% aller Anorexie-PatientInnen leiden an einer Abhängigkeitsproblematik, die wesentlich häufiger in der Untergruppe von Anorektikerinnen vom Purging-Typ mit aktiven Massnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. in Verbindung mit Heisshungerattacken) zu finden sind.

Die Kombination einer Essstörung mit einer Persönlichkeitsstörung kommt oft vor (42-75%). Insbesondere wurden Verbindungen zwischen Bulimie und Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen gefunden. Bei der Anorexie finden sich häufig Formen einer ängstlich-vermeidenden sowie einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Bei essgestörten PatientInnen mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung finden sich auch überdurchschnittlich oft Depressionen und Suchtprobleme.

Wie bei anderen psychiatrischen Krankheiten wird der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und der Entwicklung einer Essstörung kontrovers diskutiert. In einer kürzlich publizierten Metaanalyse konnte jedoch ein kleiner, signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. In jedem Falle soll diesem Thema im Umgang mit essgestörten Patientinnen umsichtig begegnet werden.

Zuletzt sei auch darauf hingewiesen, dass bulimische Essstörungen gehäuft im Zusammenhang mit einem Diabetes mellitus Typ I oder anderen, eine Diät erfordernenden Stoffwechselstörungen auftreten.

8. Differentialdiagnose

8.1. Anorexia nervosa

8.1.1. Somatische Erkrankungen

- Chronische Infekte, z.B. Tuberkulose, HIV
- Gastrointestinale Krankheiten, z.B. Zöliakie (Sprue), Morbus Crohn, Colon irritabile, Lactoseintoleranz
- Endokrine Krankheiten, z.B. Diabetes mellitus, Diabetes insipidus, Hyperthyreose, Panhypopituitarismus
- Malignome
- Neuromuskuläre Krankheiten

8.1.2. Psychische Erkrankungen

- Schwere Verlusterlebnisse/Trauerreaktion
- Depression
- Zwangsstörung
- Angststörung
- Schizophrenie
- Substanzen-/Medikamentenmissbrauch

Beachte: Die unter 2.1. beschriebene typische Störung der Körperwahrnehmung ist bei den differenti-aldiagnostisch oben genannten somatischen wie auch psychiatrischen Störungen nicht (oder viel schwächer) vorhanden. Die ausführliche Anamnese-Erhebung ist deshalb von zentraler diagnostischer Bedeutung.

8.2. Bulimia nervosa

8.2.1. Somatische Erkrankungen

Bei eindeutig selbst-induziertem Erbrechen sind in der Regel keine somatischen Erkrankungen in Betracht zu ziehen, sonst:

- Gastrointestinale Erkrankungen, z.B. Gastritis, Ulkus, Magenkarzinom, Pylorospasmus
- Zentrale Erkrankungen, z.B. erhöhter Hirndruck (z.B. Hirntumor, Schädelhirntrauma)
- Metabolische Erkrankungen, z.B. Schwangerschaft, diabetisches Koma, hepatisches Koma, Urämie, Morbus Addison, Hyperparathyreoidismus, Phäochromozytom
- Andere, z.B. Medikamentennebenwirkungen, Drogen, Herzinsuffizienz, Schwermetallvergiftung

8.2.1. Psychische Erkrankungen

Bei selbst-induziertem Erbrechen:

- Anorexia nervosa mit bulimischem Verhalten
- Angst- und Zwangsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Minderintelligenz

9. Diagnostik Anorexia nervosa / Bulimia nervosa

9.1. Anamnese

Die Anamneseerhebung erfolgt in der Regel mit der PatientIn allein, allenfalls ergänzt durch fremdnamnestische Angaben. Auch Jugendliche sollen die Möglichkeit zum Gespräch mit der Fachperson allein erhalten, auch wenn je nach Setting Teile der Konsultation mit den Eltern gemeinsam abgehalten werden.

9.2. Problemorientierte Anamnese

Siehe Leitsymptome, zusätzlich:

- Maximales je erreichtes Gewicht, minimales Gewicht, Wunschgewicht;
- Gewichtsveränderung: Ausmass, Zeitraum

- Längenwachstum (-stillstand)
- Nahrungsaufnahme letzte 24 Std.
- Ess- / Trinkgewohnheiten: Anzahl und Menge der Mahlzeiten, Nahrungsmittelauswahl (auch verbotene Nahrungsmittel); Trinkmenge und Auswahl der Getränke (z.B. nur Wasser)
- Nahrungszubereitung (z.B. kochen ohne Fett, ungekochte Nahrungsmittel)
- Mahlzeiteneinnahme allein oder mit den Familienangehörigen
- Essanfälle: wie laufen diese ab? Auslöser? Wie wird die Nahrung beschafft? Wie finanziert? Nahrungsmittelvorräte zuhause?
- Körperliche Aktivität, oft zwanghaft übersteigert
- Andere Arten der Gewichtsreduktion (z.B. Laxantien- und / oder Diuretika-Abusus)
- Purging-Verhalten, wie: Einläufe, Rumination
- Gynäkologische Anamnese: Menarche, Zyklusdauer, Dauer der Oligo-/ Amenorrhoe, sexuelle Aktivität, Antikonzeption, Hormonsubstitution
- Medikamenteneinnahme

9.3. Persönliche Anamnese

- Allgemeine Anamnese
- Ernährungsanamnese vor Krankheitsausbruch
- Körperliche Beschwerden: in letzter Zeit ↑Kopfschmerzen, ↑ Uebelkeit und/oder Erbrechen, ↑ Müdigkeit, Blutiges Erbrechen, Veränderung der Stuhlfrequenz /-qualität

9.4. Familienanamnese

- Familienkonstellation, Familieninteraktion
- chronische Krankheiten in der Familie
- Psychische Auffälligkeiten in der Familie, insbesondere Essstörungssymptome (vor allem bei der Mutter oder Schwestern), Über- oder Untergewicht, affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen

9.5. Psychosoziale Anamnese

- Fragen nach dem Zuhause, Schule / Beruf, Partnerschaft, Freizeitaktivitäten, soziale Kontakte, Zukunftswünsche und -perspektiven
- Selbstbild, Selbstwertgefühl, Arbeitshaltung (perfektionistisch)
- Drogen-/Medikamentenmissbrauch
- Depression/Suizidalität,
- Ängste, Zwänge

Gewisse Fragen wie die folgenden sollen nur durch eine Fachperson mit der nötigen Kompetenz angesprochen werden, um eine allfällige Re-Traumatisierung zu verhindern: körperlicher Missbrauch und/oder sexuelle Ausbeutung / emotionale Vernachlässigung, seelische / körperliche Grenzverletzungen.

9.6. Psychologische Testdiagnostik:

In speziellen Situationen kann eine zusätzliche psychologische Testdiagnostik sinnvoll sein, z.B.:

- Spezifische Hilfsmittel für Diagnostik / Verlauf: z.B. Eating Attitudes Test, Eating Disorder Inventory
- Allgemeine Testdiagnostik bei spezifischer Fragestellung: z.B. Leistungstests, Persönlichkeitstests

10. Somatische Abklärungen

10.1. Anorexia nervosa

10.1.1. Somatostatus:

- Gewicht, Länge, Body-Mass-Index. Bei Kindern und Jugendlichen sind die entsprechenden Perzentilenwerte der Wachstumskurven sowie der BMI-Perzentilenkurven unbedingt zu berücksichtigen (wenn möglich alte Masse beschaffen vom Kinderarzt z.B. für Verlauf und Abschätzen /Ableiten /Begründen des wünschbaren Zielgewichtes)
- Ausführlicher allgemeininternistischer Status
- Blutdruckmessung / Herzfrequenz: Schellong-Test (allenfalls abgekürzt: BD /Hf nach 5 Min. Liegen → aufstehen → BD /Hf nach 2 Min. Stehen)
- Bei Jugendlichen / jungen Erwachsenen pubertäre Entwicklung nach Tanner je nach Fragestellung (obligat bei prämenarchalen Mädchen und Knaben)
- Gynäkologische Untersuchung bei spezifischer Fragestellung
- Mundhöhle (Zahnschmelzdefekte enorale Seite, Schleimhautverletzungen)
- Wenn aus differentialdiagnostischen Gründen eine neurologische Untersuchung indiziert ist, dann inkl. Fundoskopie und Gesichtsfeld

10.1.2. Laboruntersuchungen:

- Immer empfohlen: Blutbild, Blutzucker, Elektrolyte (inkl. Calcium, Magnesium, Phosphor), Ferritin, Kreatinin, Transaminasen, alpha-Amylase, Testosteron (männl. Patienten), Urinstatus
- Bei sekundärer Amenorrhoe je nach Fragestellung: Gestagentest, Estradiol (nicht aussagekräftig bei Hormonsubstitution / oraler Kontrazeption), LH, FSH, Prolaktin
- Weitere Laboruntersuchungen (inklusive CRP, Blutsenkungsreaktion, *handdifferenziertes* Blutbild, TSH, fT4, fT3 etc.) spezifisch je nach Klinik und Differentialdiagnosen!

10.1.3. Apparative Untersuchungen:

- Immer empfohlen: EKG; bei männlichen Patienten Schädel-MRI /(-CT) zum Ausschluss eines Hirntumors (da Anamnese häufig bei männlichen Patienten weniger eindeutig und deshalb differentialdiagnostisch weitergehende Abklärung indiziert)
- fakultativ: DEXA-Knochendichtemessung bei sekundärer Amenorrhoe von 12 Monaten Dauer (da keine KK-Pflichtleistung, vorher Kostengutsprache bei KK einholen), bei weiblichen PatientInnen (wenn atypische Anamnese) Schädel-MRI /(-CT)
- Weitere Untersuchungen spezifisch je nach Klinik und Differentialdiagnosen!

10.2. Bulimia nervosa

10.2.1. Somatostatus:

- Gewicht, Länge, Body-Mass-Index. Bei Kindern und Jugendlichen sind die entsprechenden Perzentilenwerte der Wachstumskurven sowie der BMI-Perzentilenkurven unbedingt zu berücksichtigen (wenn möglich alte Masse beschaffen vom Kinderarzt z.B. für Verlauf und Abschätzen /Ableiten /Begründen des wünschbaren Zielgewichtes)
- Ausführlicher allgemeininternistischer Status
- Blutdruckmessung / Herzfrequenz: ev. inkl. Schellong-Test (allenfalls abgekürzt: BD /Hf nach 5 Min. Liegen → aufstehen → BD /Hf nach 2 Min. Stehen)
- Bei Jugendlichen / jungen Erwachsenen pubertäre Entwicklung nach Tanner je nach Fragestellung (obligat bei prämenarchalen Mädchen und Knaben)
- Gynäkologische Untersuchung bei spezifischer Fragestellung
- Mundhöhle (Zahnschmelzdefekte enorale Seite, Schleimhautverletzungen)
- Wenn aus differentialdiagnostischen Gründen eine neurologische Untersuchung indiziert ist, dann inkl. Fundoskopie und Gesichtsfeld

10.2.2. Laboruntersuchungen:

- Immer empfohlen: Elektrolyte (inkl. Calcium, Magnesium, Phosphor), Kreatinin, Blutzucker
- Bei sekundärer Amenorrhoe je nach Fragestellung: Gestagentest, Estradiol (nicht aussagekräftig bei oraler Hormonsubstitution / Kontrazeption), FSH, LH, Prolaktin
- Weitere Laboruntersuchungen spezifisch je nach Klinik und Differentialdiagnosen!

10.2.3. Apparative Untersuchungen:

- Bei Elektrolytstörungen: EKG
- Weitere Untersuchungen je nach Klinik (z.B. unklares Erbrechen) und Differentialdiagnosen!

11. Therapie

11.1. Allgemeines

Eine Essstörung ist eine **sehr ernstzunehmende psychosomatische Erkrankung**, die unbedingt einer Behandlung bedarf, wenn möglich durch Fachpersonen oder Institutionen, die eine entsprechende Erfahrung in der Therapie von Essstörungen haben. Da die somatische und psychische Ebene gegenseitig abhängig sind, ist es von Vorteil, den gesamten Abschnitt Therapie zu lesen, um die spezifische Dynamik richtig einschätzen zu können.

Im folgenden stellen wir zuerst die allgemeinen Empfehlungen und die spezifischen Charakteristiken einer Behandlung bei PatientInnen mit einer Essstörung vor. Dann folgen die Kriterien für die psychotherapeutische und die somatische Behandlung und die unterschiedlichen Indikationen für ambulante und stationäre Therapien.

- Es ist notwendig, PatientInnen mit einer Essstörung **so frühzeitig wie möglich** zu behandeln, da die Dauer der Erkrankung ein prognostisch negativer Faktor ist.
- **Triage:** in den meisten Städten gibt es geeignete Abklärungsstellen oder Spezialsprechstunden, wo man sich über therapeutische Möglichkeiten im Umkreis der Betroffenen informieren lassen kann (siehe: www.netzwerk-essstoerungen.ch).
- Jede/r Betroffene ist **somatisch** abzuklären und zu begleiten.
- Das **Essverhalten** muss bei Anorexia nervosa schrittweise aufgebaut werden (siehe 11.3.2.2). Bei Bulimia nervosa sind regelmässige Mahlzeiten sowie eine ausgewogene Ernährung raschmöglichst einzuführen.
- Die **Angst vor der Gewichtszunahme** und die **realen Schwierigkeiten**, wenn der Organismus wieder regelmässig ernährt wird, sind nicht zu unterschätzen (es stellen sich Verstopfung, Blähungen und schlecht ertragenes Völlegefühl ein);
- Es gibt bei länger dauernder Unter- und Fehlernährung somatische Beeinträchtigungen, die das **psychische Funktionsniveau der Betroffenen senken**: Energiemangel, Einengung des Denkens auf Inhalte rund um die Nahrungsaufnahme, Verlangsamung, Überforderung, Unruhe, Depersonalisationserlebnisse etc. (reversible Schäden, die Folge und nicht Ursache des gestörten Essverhaltens sind);
- Reintegration in die **Schule / Arbeitswelt** (Relativierung des Leistungsanspruches)
- **Aufhebung der Isolation** von Gleichaltrigen, Teilnahme an altersentsprechenden Aktivitäten (unter Einbeziehung der Behandlung sozialphobischer Symptome, z.B. durch soziales Kompetenztraining).
- Bei nicht mehr therapiefähigen PatientInnen ist ev. eine Betreuung mit dem Ziel der Stabilisierung oder Verbesserung der Lebensqualität in Betracht zu ziehen.

11.2. Psychotherapie

- Die immer zu Grunde liegenden psychischen Probleme müssen in einer **Psychotherapie** behandelt werden.
- Schwierigkeiten trotz vorhandener Therapiebereitschaft: Selbst eine gute **Motivation** zeichnet sich durch eine hohe Ambivalenz aus. Die grosse Angst, an Gewicht zuzunehmen, hohe Autonomiebedürfnisse und tiefe Scham erschweren den therapeutischen Zugang. Andererseits kann das Bestreben, sozial angepasst zu handeln, dazu führen, dass eine Bereitschaft signalisiert wird, die nicht vorhanden ist (scheinbar „gute Patientin“). Diese ambivalente Gefühlslage ist eine spezifische Bedingung und nicht gleichzusetzen mit nicht vorhandener Motivation.
- Anorektische Mädchen und junge Frauen sind oft stolz auf ihre Hungerleistung und daher nicht immer **krankheitseinsichtig**. Das **Symptom** ist bei der Bulimie sehr **schambesetzt**, so dass das Ausmass in der Regel verheimlicht wird;
- Die **psychotherapeutische Beziehung** wird gleichzeitig durch Vermeidung von Abhängigkeit und grosser Bedürftigkeit geprägt sein. Bei jüngeren PatientInnen ist die altersbedingte Autonomieentwicklung der Adoleszenz zu berücksichtigen

- Oft sind **mehrere Anläufe** erforderlich, bis sich eine psychotherapeutische Beziehung auf die Dauer einstellt. So sind in den Krankheitsanamnesen oft mehrere abgebrochene ambulante Psychotherapien oder Klinikaufenthalte zu finden.
- **Doppeldiagnosen:**
 - bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Impuls-Kontrollstörungen) gilt in der Regel, dass schwere Selbstverletzungen prioritär behandelt werden;
 - bei primären Substanzabhängigkeiten sind diese zuerst zu behandeln.
- Bei **kritischem Untergewicht** und bei Stoffwechselentgleisungen empfehlen sich stützende Gespräche. Bevor mit einer Psychotherapie im engeren Sinne begonnen werden kann, sind ein Ausgleich der akuten Hungersituation und der metabolischen Dysbalance und eine erste Gewichtszunahme erforderlich
- Es kann je nach PatientIn und therapeutischer Arbeitsweise hilfreich sein, einen **Therapievertrag** abzuschliessen, in welchem folgende Punkte geregelt sind: Häufigkeit und Ort der Gewichtskontrollen, Zielgewicht-Bandbreite (minimal und maximal erwünschtes Gewicht), minimale wöchentliche Gewichtszunahme, Führen eines Essprotokolls, Ausmass von körperlichen und insbesondere sportlichen Aktivitäten, Kriterien für Abbruch der ambulanten Psychotherapie bzw. Notwendigkeit einer stationären Therapie.
- Bei jüngeren oder noch zu Hause lebenden PatientInnen ist in jedem Falle eine **Familientherapie** indiziert.
- Es fehlt bis heute die Evidenz dafür, welche **therapeutischen Methoden** am wirksamsten ist, so dass je nach TherapeutIn unterschiedliche psychotherapeutische Methoden eingesetzt werden. Oft werden die klassischen psychotherapeutischen Ansätze ergänzt durch **andere therapeutische Verfahren** wie Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie (körperorientierte Psychotherapien), Kreative Therapien (Tanz-, Musik- und Kunsttherapie, Psychodrama), Ergotherapie, Massage- und Physiotherapie. Für Hinweise auf verschiedene **Therapieschulen**: siehe Anhang 2.
- Ernährung / Nahrungsaufbau:
 - für Anorexia nervosa siehe 11.3.1.2. sowie Anhang 3.
 - für Bulimia nervosa: siehe 11.3.2.2. sowie Anhang 3.

11.3. Somatische Behandlung

11.3.1. Anorexia nervosa

11.3.1.1. Somatische Kontrollen

Die somatische Behandlung ist integrativer Bestandteil jeder Behandlung von PatientInnen mit Anorexia nervosa. Das Ausmass und die Frequenz somatischer Kontrollen hängen vom Schweregrad ab. Dabei ist zu beachten, dass häufig aufgrund relativer anamnestischer Beschwerdefreiheit im somatischen Bereich der Schweregrad von nicht spezialisierten ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen unterschätzt wird.

Initial indizierte somatischen Abklärungen: siehe Abschnitt 10.1.

Folgende körperlichen Untersuchungen sind grundsätzlich für die Verlaufsbeurteilung wichtig:

- regelmässige Gewichtskontrollen (unter gleich bleibenden Bedingungen wie Gewichtsmessung in Unterwäsche bei entleerter Blase; wenn möglich immer in der gleichen Tageshälfte, um tageszeitliche Schwankungen zu vermeiden)
- bei Jugendlichen Messung der Körpergrösse alle 3 Monate
- Herzfrequenz und Blutdruck inkl. Schellong-Test, welcher abgekürzt durchgeführt werden kann: Messung beider Parameter nach 5 Minuten Liegen, dann aufstehen lassen und erneute Messung nach 2 Minuten Stehen (die orthostatische Hypotension ist ein sensitiver Parameter für die Beurteilung der Untergewicht-bedingten Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System)
- Elektrolytbestimmungen (Na, K, Ca, Mg, Phosphor):
 - während Nahrungsaufbau: mindestens 1x wöchentlich, bei raschem Nahrungsaufbau mehrmals wöchentlich wegen der Gefahr des Refeeding-Syndroms (= Elektrolytstörungen während Nahrungsaufbau wegen vermehrter Insulin-Ausschüttung und Volumenkorrektur mit Notwendigkeit zur Elektrolyt-Substitution)
 - bei rezidivierendem Erbrechen: Häufigkeit der Elektrolytbestimmungen (v.a. Kalium) abhängig vom Ausmass des Erbrechens, bei mehrmaligem Erbrechen pro Tag in den ersten paar Wochen Kontrollen mehrmals wöchentlich empfohlen (in diesem Fall sowie bei starken Elektrolyt-schwankungen unter Umständen Indikation zur stationären Therapie, siehe Abschnitt 11.3.)
- Weitere somatische Verlaufskontrollen je nach klinischem Verlauf bzw. spezifischer Fragestellung.
- Falls nach Erreichen eines geschätzten minimalen Normalgewichts (BMI ≥ 18.5 kg/m² für Erwachsene bzw. BMI \geq (10. -) 25. BMI-Perzentile bei Jugendlichen) die Menstruationsblutungen bei Frauen und Mädchen (sofern postmenarchal) nicht innerhalb von 3-6 Monaten wieder einsetzen: Gestagentest und ev. Kontrolle von Estradiol, FSH, LH, Prolaktin. Zu beachten: Allenfalls ist trotz Erreichen des geschätzten minimalen Normalgewichts ein weiterer schrittweiser Gewichtsanstieg nötig, um eine Normalisierung der hormonellen Funktionen zu erreichen. Zudem Schwangerschaftstest in Betracht ziehen!
- Je nach somatischem und psychischem Verlauf allfälliges Turn- und Sportverbot regelmässig überprüfen. Es wird empfohlen, sportliche Aktivitäten schrittweise wieder einführen (Kreislauftraining, Muskelaufbau, Osteoporoseprophylaxe!).

11.3.1.2. Ernährung / Nahrungsaufbau

Die Ernährung ist ein zentraler Bestandteil der Behandlung von PatientInnen mit Anorexia nervosa. Je nach fachlicher Kompetenz der somatisch und psychiatrisch involvierten Fachpersonen sowie der örtlichen Verfügbarkeit sollten diplomierte ErnährungsberaterInnen *mit Erfahrung in der Behandlung von Essstörungen* beigezogen werden.

Das Führen eines Ess- / Trinkprotokolls ist ein wichtiges Instrument in der Ernährungsberatung. Es dient nicht nur der initialen Standortbestimmung, sondern ist auch für die Verlaufsbeurteilung des Essverhaltens wichtig. Da das Ess- / Trinkprotokoll auch in der Psychotherapie ein wichtiges Arbeitsinstrument ist, sollte sein Einsatz zwischen den verschiedenen in der Betreuung involvierten Fachpersonen abgesprochen werden.

Für detaillierte Empfehlungen, insbesondere auch den Nahrungsaufbau bei anorektischen PatientInnen, wird auf den **Anhang 3** verwiesen.

11.3.1.3. Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente

Die Empfehlungen für Supplementation von Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen sind einheitlich. In klinischen Studien fand bei den Spurenelementen vor allem Zink Interesse. Die bisher publizierten Studien zur Wirksamkeit von Zink-Supplementation bei Anorexia nervosa wurden jedoch unterschiedlich interpretiert.

Generell ist einer ausgewogenen Ernährung Priorität einzuräumen. Bei spezifischen Mangelzuständen (z.B. Vit-B12, Folsäure, Eisen, Kalium) wird eine entsprechende Supplementation empfohlen. Calcium- und Vitamin-D-Supplementation wird hingegen allgemein empfohlen (Kombinationspräparat enthaltend 1000 mg Calcium und 800 E Vit D einmal täglich). Falls ein Multivitaminprodukt inkl. Mineralstoffen und Spurenelementen eingesetzt wird (kontrovers), so ersetzt dieses *nicht* eine ausgewogene Ernährung!

11.3.1.4. Osteoporose-Prophylaxe / -Therapie

Eine schwerwiegende Konsequenz und Komplikation der Anorexia nervosa ist die Osteopenie bzw. Osteoporose mit erhöhtem Frakturrisiko. Die Knochendichte wird für klinische Fragestellungen normalerweise mittels DEXA-Osteodensitometrie (unter Berücksichtigung der Altersnormwerte bei Jugendlichen!) gemessen.

Der Oestrogenmangel scheint nicht allein verantwortlich für die Verminderung der Knochendichte zu sein. Daneben spielen ebenfalls die genetische Disposition zur Osteoporose, die verminderte Muskelmasse und -aktivität, Hypercortisolismus, IGF1-Mangel und die verminderte Calcium- und Vitamin D-Zufuhr eine Rolle. Die lediglich bei starker kardiovaskulärer Beeinträchtigung (z.B. echokardiographisch dokumentierte Herzinsuffizienz) initial allenfalls indizierte Bettruhe ist wegen der Osteoporoseförderung durch körperliche Inaktivität zeitlich auf ein Minimum zu limitieren (wenige Tage). Von einer strikten Bettruhe zum Erreichen der Gewichtszunahme soll generell abgesehen werden.

Das wichtigste Element der Osteoporoseprophylaxe- und therapie ist zweifellos die Normalisierung der Körpergewichts (i.d.R. BMI \geq 18.5 kg/m² für Erwachsene bzw. BMI \geq (10. -) 25. BMI-Perzentile bei Jugendlichen). Zusätzlich wird eine Calcium- und Vitamin D-Supplementation empfohlen (siehe oben).

Es gibt bisher keine klare Evidenz für positive Effekte einer Hormonsubstitution auf die Frakturraten bzw. Osteoporose bei Anorexia nervosa. Weitere prospektive Studien sind abzuwarten. Die Hormonsubstitution soll im Einzelfall je nach Dauer der sekundären Amenorrhoe (z.B. länger als 12 Monate), hormonellen Abklärungen (siehe Abschnitt 11.2.1.1.), Alter der PatientIn (Vorsicht Hormonsubstitution mit hochdosiertem Oestrogengehalt bei jüngeren Jugendlichen wegen möglichem vorzeitigem Wachstumsabschluss) und Resultat der DEXA-Osteodensitometrie diskutiert werden.

Bei sexuell aktiven Jugendlichen / Frauen soll zur hormonellen Antikonzeption vorzugsweise eine Mikropille mit genügend Oestrogenanteil, minimal 30 ug Ethinylestradiol, gewählt werden.

Bei der präpubertären Anorexia nervosa mit zu erwartender Verzögerung des Pubertätseintritts sowie der Anorexia nervosa mit Pubertas tarda (primäre Amenorrhoe im Alter von 15-16 Jahren) empfiehlt sich der Beizug einer FachärztIn für pädiatrische Endokrinologie und/oder Gynäkologie zur Abklärung der neuroendokrinen Achse. Eine medikamentöse Einleitung der Pubertät ist sehr sorgfältig zu evaluieren, da das Erreichen eines gesunden Gewichts der beste Garant für die Auslösung der Pubertät bietet und zudem die medikamentöse Einleitung der Pubertät negative Auswirkungen auf die Körpergrösse im Erwachsenenalter haben kann.

11.3.2. Bulimia nervosa

11.3.2.1. Somatische Kontrollen

Die somatische Behandlung ist integrativer Bestandteil jeder Behandlung von PatientInnen mit Bulimia nervosa. Dabei sind nicht nur die somatischen Komplikationen der Essattacken bzw. des selbst-induzierten Erbrechens zu berücksichtigen, sondern auch die körperlichen Folgeerscheinungen bei oft beträchtlichen Gewichtsschwankungen innert kurzer Zeit. Das Ausmass und die Frequenz somatischer Kontrollen hängen vom Schweregrad de Erbrechens und der Gewichtsschwankungen ab.

Initial indizierte somatischen Abklärungen: siehe Abschnitt 10.2.

Folgende körperlichen Untersuchungen sind grundsätzlich für die Verlaufsbeurteilung wichtig:

- regelmässige Gewichtskontrollen (wenn möglich immer in der gleichen Tageshälfte, um tageszeitliche Schwankungen zu vermeiden);
- bei Jugendlichen Messung der Körpergrösse alle 3 Monate
- Herzfrequenz und Blutdruck; bei Schwindel und / oder starken Gewichtsschwankungen auch Schellong-Test, welcher abgekürzt durchgeführt werden kann: Messung beider Parameter nach 5 Minuten Liegen, dann aufstehen lassen und erneute Messung nach 2 Minuten Stehen (die orthostatische Hypotension ist ein sensitiver Parameter für die Beurteilung der Untergewichtbedingten Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System).
- Elektrolytbestimmungen
 - Wichtig vor allem die Bestimmung von Kalium (Hypokaliämie wegen Erbrechen) sowie Natrium (bei V.a. Polydipsie).
 - Häufigkeit der Elektrolytbestimmungen abhängig vom Ausmass des Erbrechens, bei mehrmaligem Erbrechen pro Tag sind in den ersten paar Wochen Kontrollen mehrmals wöchentlich empfohlen (in diesem Fall sowie bei starken Elektrolytschwankungen Überdenken der Indikation zur stationären Therapie, siehe Abschnitt 11.3.2)
- Weitere somatische Verlaufskontrollen je nach klinischem Verlauf bzw. spezifischer Fragestellung.
- Je nach somatischem Verlauf allfälliges Turn- und Sportverbot regelmässig überprüfen.

11.3.2.2. Ernährung / Nahrungsaufbau

Die Ernährung ist ein zentraler Bestandteil der Behandlung von PatientInnen mit Bulimia nervosa. Je nach fachlicher Kompetenz der somatisch und psychiatrisch involvierten Fachpersonen sowie der örtlichen Verfügbarkeit sollten diplomierte ErnährungsberaterInnen *mit Erfahrung in der Behandlung von Essstörungen* beigezogen werden.

Das Führen eines Ess- / Trinkprotokolls ist ein wichtiges Instrument in der Ernährungsberatung. Es dient nicht nur der initialen Standortbestimmung, sondern ist auch für die Verlaufsbeurteilung des Essverhaltens wichtig. Da das Ess- / Trinkprotokoll auch in der Psychotherapie ein wichtiges Arbeitsinstrument ist, sollte sein Einsatz zwischen den verschiedenen in der Betreuung involvierten Fachpersonen abgesprochen werden. Weiteres siehe **Anhang 3**.

11.4. Psychopharmaka

11.4.1. Anorexia nervosa

Die Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Anorexia nervosa ist nicht eindeutig, so dass ihr Einsatz individuell beurteilt werden muss.

Antidepressiva werden vor allem in Erwägung gezogen bei anamnestisch der Anorexie vorausgegangener und persistierender Depression sowie anhaltend depressiver Verstimmung trotz ausreichender Gewichtszunahme. Es werden heute vor allem Antidepressiva vom SSRI-Typ (selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitor) eingesetzt. Aus klinischen Studien ergeben sich bisher keine eindeutigen Hinweise, dass die Gabe dieser Medikamente bei Untergewicht (weniger als 10. BMI-Perzentile) den Heilungsverlauf beschleunigt oder verbessert. Es besteht eine gewisse Evidenz für eine geringgradige Wirksamkeit von SSRI (v.a. Fluoxetin wurde untersucht) in der Rückfallprophylaxe nach Erreichen eines minimalen gesunden Gewichts.

Bei ausgeprägter Zwangssymptomatik werden ebenfalls SSRI-Antidepressiva empfohlen. Klinische Studien vermochten die Wirksamkeit jedoch wiederum nicht klar zu belegen.

Bei extremer Gewichtsphobie, Körperschemastörungen und/oder selbstverletzendem Verhalten können auch atypische Neuroleptika in Erwägung gezogen werden in Erwägung gezogen werden. Auch hierzu ist die Evidenz für die Wirksamkeit in klinischen Studien noch nicht eindeutig nachgewiesen worden.

11.4.2. Bulimia nervosa

Im Gegensatz zur Anorexia nervosa konnte für die Bulimia nervosa eine Wirksamkeit der psychopharmakologischen Therapie mit Antidepressiva vom SSRI-Typ (selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitor) nachgewiesen werden. Vor allem die Wirksamkeit von Fluoxetin wurde in klinischen Studien dokumentiert. Es sind in der Regel höhere Dosen notwendig als für die Behandlung einer isolierten Depression (Erwachsene: z.B. Fluoxetin 60 mg/Tag, einschleichende Dosierung). Auch für die Rückfallprophylaxe wurde eine geringgradige Wirksamkeit von SSRI dokumentiert.

Die übrige medikamentöse Therapie richtet sich nach allfällig pathologischen Laborparameter und der klinischen Pathologie, z.B. Substitution der Elektrolyte (insbesondere Kalium, oft in sehr hohen Dosen).

12. Therapie-Setting

Die **Indikationen** zur ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlung hängen ab vom Schweregrad der somatischen und psychosozialen Beeinträchtigung, und nicht zuletzt auch von der Verfügbarkeit eines qualifizierten Therapie-Angebotes.

12.1. Die ambulante Therapie

Je nach Schweregrad der Erkrankung sowie therapeutischem Konzept der betreuenden Fachperson wird in der ambulanten Therapie zumeist eine interdisziplinäre Betreuung empfohlen, bei welcher die psychischen wie körperlichen Aspekte der Essstörungen gleichermaßen berücksichtigt werden. In der Regel sind verschiedene Disziplinen beteiligt. Kernpunkt der interdisziplinären Betreuung sind der regelmässige Informationsaustausch sowie die Konsens-Findung über das weitere therapeutische Vorgehen zwischen den verschiedenen betreuenden Fachpersonen.

12.2. Die stationäre Therapie

12.2.1. Somatische Indikationen zur stationären Therapie

12.2.1.1. Anorexia nervosa

- Kardial: Bradykardie $< 40-45$, arterielle Hypotonie ($BD \leq 80-85$ mmHg systolisch, Achtung: prärenale Niereninsuffizienz), orthostatische Hypotension (Vergleich liegend – stehend: Pulsanstieg $> 25-30/\text{Min}$ und/oder $BD \downarrow > 10-15$ mmHg), Arrhythmien, verlängerte QTc-Zeit, Kardiomyopathie
- Schwere Elektrolytstörungen
- Dehydratation
- Hypothermie < 36.0 Grad Celsius
- Körperliche Schwäche, Schwindel, Konvulsionen
- Verstärkte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite
- Starker Gewichtsabfall: Gewicht $< 75\%$ des Durchschnittsgewicht für Alter, Geschlecht und Grösse)
- Rascher Gewichtsabfall ($> 10\%$ in einem Monat)
- Fehlendes Ansprechen der ambulanten Therapie
- Andere medizinische / psychosoziale Notsituationen

12.2.1.2 Bulimia nervosa

- wie Anorexia nervosa, speziell Elektrolytstörungen, Dehydratation, körperliche Schwäche, Arrhythmien, andere medizinische Notsituationen
- Unkontrollierbare Essattacken bzw. unkontrollierbares selbstinduziertes Erbrechen
- Oesophagitis, Hämatemesis, Magenruptur

12.2.2 Psychiatrische / psychosoziale Indikationen zur stationären Therapie bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

- Suizidalität
- Fehlendes Ansprechen in der ambulanten Psychotherapie
- Zusammenbruch des psychosozialen Umfelds: hohe soziale Isolierung, Abbruch von Schule und Ausbildung, Verlust der Arbeitsstelle, Überlastung des Umfelds (Eltern, PartnerInnen)
- Verschlechterung des psychischen Allgemeinzustandes:
 - depressive Verstimmungen
 - zwangshafte Verhaltensweisen
 - überflutende Ängste
 - Ausufern der Symptomatik (stundenlanges Essen und Erbrechen)
 - Starke Depersonalisationserlebnisse (Fremdheitsgefühle gegenüber dem eigenen Spiegelbild oder gegenüber der eigenen Körperteile)
 - starke Schlaflosigkeit;
- Auftreten von selbstverletzendem Verhalten oder Substanzenabhängigkeit;
- subjektives Gefühl der/s Pat., es nicht mehr zu schaffen.

Wichtig: die somatische Stabilisierung ist prioritär zu behandeln.

12.2.3. Konzept der stationären Behandlung

Ist die Indikation für eine stationäre Therapie gegeben, so ist für den Therapieerfolg die Auswahl der am besten geeigneten Institution von zentraler Bedeutung. Die stationäre Therapie sollte wenn möglich in einer Klinik mit spezialisierten Fachpersonen erfolgen (siehe www.netzwerk-essstoerungen.ch). Je nach Hospitalisationsgrund wird die Wahl für eine stationäre Therapie und / oder eine somatische Krisenintervention auf eine akutmedizinische Klinik mit einer dafür spezialisierten Abteilung oder eine psychiatrische Klinik fallen (je nach Institution kann eine enge Vernetzung zwischen dem akutmedizinischen und dem psychiatrischen Team bestehen). Je nach Klinikprogramm wird eine wöchentliche Gewichtszunahme zwischen 0.5. und 1.5 kg angestrebt (siehe Nahrungsaufbau Anhang 3). Bettruhe über mehrere Tage soll vermieden werden (Gefahr der zusätzlichen Osteoporose-Entwicklung!), ausser wenn die Bettruhe infolge somatischer Komplikationen indiziert ist. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den verschiedenen Fachpersonen wird gefördert durch regelmässig abzuhaltenden Informationsaustausch des Teams sowie Konsens-Entscheidungen betreffend das weitere Vorgehen, wo immer dies möglich ist.

Auf Therapiestationen (vollstationär oder teilstationär) wird ein intensives psychotherapeutisches Programm angeboten, wie es für die Betroffenen angemessen ist. In der Regel ist das Programm multimodal konzipiert und besteht aus verschiedenen Elementen wie: Einzelpsychotherapie und Familiengesprächen, Gruppentherapien wie Körper-, Kunst oder Musiktherapien, sowie Milieuthérapie (Aufenthalt in der Gruppe der MitpatientInnen, Mitarbeit im „Haushalt“) und symptom-spezifische Gruppen, in diesem Fall für PatientInnen mit einer Essstörung. Auf der Verhaltensebene wird an der Nahrungsaufnahme

gearbeitet (Zusammenstellen der Mahlzeiten, kochen, essen, etc.), die dahinterliegende psychologische Problematik behandelt und die psychosoziale Situation bearbeitet: Kontakt mit dem familiären Umfeld, Organisation von Schule oder Beruf. Oft ist nach langer sozialer Isolation der Kontakt mit den MitpatientInnen besonders wichtig und hilfreich.

Die Dauer der stationären Therapie ist abhängig vom Therapieverlauf. Der Zeitpunkt der Entlassung soll in der Regel nicht ausschliesslich von einem je nach therapeutischem Konzept allenfalls festgelegten Austrittsgewicht (möglichst BMI >18.5 bzw. bei Jugendlichen >10. BMI-Perzentile) abhängig gemacht werden, sondern auch das Essverhalten, die emotionale Stabilität und das Wiedererlangen der sozialen Kompetenzen der PatientIn als Austrittskriterien berücksichtigen. Vor Austritt soll eine Gewichtsstabilisierung erfolgt sein. Nach einer stationären Therapie ist eine ambulante Behandlung durch eine oder mehrere Fachpersonen mit hoher fachlicher Kompetenz unerlässlich.

12.3. Die teilstationäre Therapie

An manchen Orten kann die Möglichkeit, eine Psychotherapie in einem teilstationären Programm zu machen, wahrgenommen werden. Dafür sind folgende Voraussetzungen notwendig:

1. Grundsätzlich gelten die Indikationen wie für die stationäre Therapie, mit Ausnahme folgender **Kontraindikationen**: akute Suizidalität, vorherrschende Suchtmittelabhängigkeit oder psychotische Symptomatik, kritische körperliche Verfassung.
2. Der/die PatientIn muss gruppen- und vertragsfähig sein, sowie über eine minimale soziale Einbindung verfügen (zum Übernachten, bei Krisen).
3. Die somatische Situation muss einigermaßen stabilisiert sein, da die tagklinische Behandlung anstrengend ist und bei einem zu geringen Gewicht die Therapiefähigkeit in Frage steht. Es ist jedoch nicht sinnvoll, eine rigide Gewichtslimite zu setzen; vielmehr ausschlaggebend ist das Gewicht im Zusammenspiel mit der Motivation, der psychosozialen Situation (Stabilität und Rückhalt im Umfeld) und des Allgemeinzustandes (kann bei gleichem BMI sehr unterschiedlich sein). Die Spanne des Mindestgewichts bewegt sich bei Erwachsenen in der Regel zwischen einem BMI von 14 – 16 kg/m².
4. Eine gewisse Fähigkeit zur Selbstkontrolle ist notwendig, da sich die/der PatientIn abends und am Wochenende bei sich zu Hause aufhält (die betrifft vor allem exzessives Erbrechen oder Sporttreiben).

13. Verlauf und Prognose

Die **Anorexia nervosa** beginnt typischerweise im mittleren Teenageralter. Oft steht am Anfang eine Essrestriktion im Rahmen einer Diät, die zunehmend ausser Kontrolle gerät. In einigen Fällen ist der Verlauf kurz und selbstlimitierend oder bedarf nur einer beschränkten therapeutischen Intervention. Bei Anderen zieht sich die Störung über Jahre und erfordert ein breites Spektrum an Behandlungsbemühungen. Insgesamt zeichnete sich in den letzten Jahren ein günstigerer Heilungserfolg zumindest bei jüngeren Patientinnen ab. In ca. 25% der PatientInnen wird der Verlauf jedoch chronisch mit persistierender somatischer und psychischer Beeinträchtigung und zeigt trotz weitergehender Therapie kaum

positive Veränderungen. Auch bei günstigem Verlauf verbleiben oft Residualsymptome wie übermäßige Beschäftigung mit Körperbild, Gewicht und Essverhalten. Häufig gibt es auch einen Wechsel vom restriktiven Essverhalten zu Fressattacken. In bis zur Hälfte der Fälle wird auch ein Übergang in eine Bulimia nervosa beschrieben. Als günstige Prognosefaktoren erwiesen sich ein frühes Erkrankungsalter sowie eine kurze Krankheitsdauer vor Therapiebeginn. Ungünstig sind eine lange Vorgeschichte ohne Behandlung, ein ausgeprägter Gewichtsverlust vor der Behandlung sowie bestehende Fress-Brechattacken. Erfreulicherweise konnte die Mortalitätsrate in den letzten Jahren gesenkt werden (mittlere Mortalitätsrate ca 5%). Die meisten Todesfälle sind direkte Folge medizinischer Komplikationen oder geschehen durch Suizid. Die Morbidität hinsichtlich weiterer psychiatrischer Krankheiten ist hoch (vergl. Kapitel Komorbidität).

Von vollständiger Genesung wird bei Anorexia nervosa gesprochen bei Wiedererlangen eines ausgewogenen und unbeschwerten Essverhaltens und dem Erreichen eines gesunden Gewichtsbereichs mit Wiedereinsetzen von regelmässigen und spontanen Menstruationsblutungen (in der Regel korrelierend mit einem BMI 18.5 bzw. bei Jugendlichen \geq (10. -) 25. BMI-Perzentile). Von Teilgenesung wird gesprochen, wenn ein normales Körpergewicht sowie normale Körperfunktionen erreicht werden, das Essverhalten, Zwangsgedanken ums Essen / Körper sowie Gewichtshobie jedoch persistieren.

Das Erstmanifestationsalter der **Bulimia nervosa** ist im Vergleich zur Anorexie höher. Die Behandlung findet meist erst nach längerem Krankheitsverlauf in der zweiten oder dritten Lebensdekade statt. Der Krankheitsbeginn ist oft mit dem der Anorexie vergleichbar. In ca. 25% werden vorübergehend auch die diagnostischen Kriterien der Anorexie erfüllt. Katamnesestudien, die einen Zeitraum von 5-10 Jahren übersehen, finden Remissionsraten von 30-60%. Chronische Verläufe finden sich bei ca. einem Drittel der Patientinnen. Auch leiden viele über lange Jahre an Residualsymptomen im Sinne einer atypischen Essstörung. Als prognostisch ungünstiger Faktor gilt eine längere Krankheitsdauer vor Behandlungsbeginn. Das Alter zu Beginn der Erkrankung scheint hingegen kein signifikanter Faktor zu sein. Kindliche Adipositas, ein niedriges Selbstwertgefühl, Schwere der Essstörung zu Beginn der Therapie sowie komorbide Störungen werden in Bezug auf Prognose widersprüchlich beurteilt. Die dokumentierte Mortalität ist deutlich niedriger als bei der Anorexie (0.5-1%), es muss jedoch wegen des meist normalen Gewichts mit einer erhöhten Dunkelziffer gerechnet werden..

Über den **Verlauf atypischer Essstörungen**, die nicht alle diagnostischen Kriterien für eine Anorexie oder Bulimie erfüllen ist wenig bekannt. Aufgrund bisheriger Daten kann angenommen werden, dass auch hier langwierige Verläufe die Regel sind. Bei ca. der Hälfte dieser Patienten wird ein Übergang in eine Anorexie und Bulimie erfolgen.

Patientinnen mit Essstörungen wechseln nicht selten zwischen den diagnostischen Kategorien (Anorexie, Bulimie, atypische Essstörung) und Gewichtsbereichen hin und her. Auch die vergleichbare Psychopathologie weist darauf hin, dass gemeinsame Mechanismen zur Erhaltung der Essstörung über die Zeit beitragen. Es zeichnet sich immer klarer ab, dass nicht die einzelnen Essstörungen, sondern

vielmehr die Gruppe der essgestörten Patientinnen insgesamt eine einheitliche diagnostische Kategorie darstellen.

14. Prävention

Die langfristigen direkten und indirekten Kosten die in der Schweiz auf Mangel- und Fehlernährung zurückgeführt werden können belaufen sich auf mehrere Milliarden. Alleine im Gesundheitswesen stehen über 30 Prozent der Kosten in direktem oder indirektem Zusammenhang mit ernährungsabhängige Erkrankungen wie Essstörungen, Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes, Herz/Kreislaufkrankheiten, und Krebs. In Deutschland werden mittlerweile die direkten und indirekten Kosten, die allein durch ernährungsabhängige Erkrankungen verursacht werden, auf weit über 50 Mrd. € geschätzt

Diese gesundheitsökonomischen Überlegungen sowie die zunehmenden Inzidenzraten und die nach wie vor hohen Chronifizierungs- und Rückfallraten bei Essstörungen machen deutlich, dass vorbeugenden Massnahmen von entscheidender Bedeutung sind. Je früher eine Essstörung erkannt und/oder behandelt werden kann, desto grösser ist die Chance einer weitgehenden Wiederherstellung des gesunden Zustandes oder eines frühzeitigen Ausstiegs aus dem Teufelskreis des gestörten Essverhaltens. Dabei sind spezifische und strukturierte Interventionsansätze, die evaluiert sind, jedoch noch selten. Zwei grundlegende Zielrichtungen sind zu verfolgen:

- Verringerung der ungünstigen sozialen Einflüsse: gesetzgeberische Initiativen gegen Werbung mit überschlanke Körperideal, öffentliche und private Kritik gegenüber Diäten.
- Stärkung der Resilienz bei Risikogruppen: Identitätsbildung und –festigung, Erhöhung der Selbstakzeptanz und des Selbstwertes, auch unabhängig vom körperlichen Erscheinungsbild, sowie der Entscheidungs- und Konfliktfähigkeit bei Jugendlichen. Integration dieser Themen im schulischen Unterricht und in der Jugendarbeit

Wichtig ist dabei die Erreichung der Jugendlichen über spezifische Mediatoren wie Lehrkräfte, Jugendarbeiterinnen, Eltern, Pfarrer, Trainerinnen, Sozialpädagogen usw. Diese Fachkräfte fühlen sich jedoch im Umgang mit Gefährdeten und Betroffenen primär häufig überfordert und sind auf konkrete und praxisnahe Unterstützung, die weit über die blosse Informationsweitergabe hinaus gehen muss, angewiesen.

Eine reine Aufklärung über die Gefahren von Essstörungen ist ungenügend, bloße Abschreckung könnte den Reiz an der Gefahr noch erhöhen. Um Essstörungen zu verhindern oder den Verlauf abzukürzen ist es daher wichtig:

- Kinder und Jugendliche zu stärken und ihnen ein Gefühl für ihre eigenen Fähigkeiten und Talente zu geben;
- ihnen ein positives Gefühl für ihren Körper zu vermitteln;
- ihnen zu helfen, ein natürliches Gefühl für Hunger und Sättigung zu entwickeln;

- das herrschende Schönheitsideal zu hinterfragen und Mädchen und Jungen ein kritisches Medienbewusstsein zu vermitteln.
- Aufklärungsarbeit zu leisten über die Sinnlosigkeit von Diäten und die Auswirkungen auf den Körper.

Präventive Aktivitäten sollten sich nicht nur an Schüler und Schülerinnen richten, auch die folgenden Zielgruppen können und sollen miteinbezogen werden:

Eltern:

Eine Teilursache für Essstörungen liegen häufig in der Familiendynamik. Ausserdem tragen die Angehörigen viel an Leidensdruck im Laufe der Erkrankung mit. Eine Aufklärung von Eltern ist daher besonders wichtig.

Lehrer/innen und Erzieher/innen:

Essstörungen bleiben oft lange unerkannt. Gerade pädagogische Fachkräfte sollten aber in der Lage sein, Essstörungen frühzeitig zu erkennen und adäquat zu handeln.

Trainer/innen:

Trainer/innen im Bereich Sport und Tanz sind oftmals an der Entstehung von Essstörungen beteiligt, da sie Jugendliche zum Abnehmen anhalten. Gerade diese Gruppe von Lehrkräften sollte also gut informiert und um einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Thema bemüht sein.

Mediziner/innen:

Viele Essgestörte suchen Ärzte auf ohne den tatsächlichen Grund ihrer Beschwerden zu nennen. Das macht ein frühzeitiges Erkennen von Essstörungen sehr schwer. Besonders Mediziner/innen sollten also gut informiert und sensibel im Umgang mit Essstörungen sein.

Die primäre Prävention, welche einerseits früh (Kindergarten, Grundschule) einsetzen müsste und vor allem das Bewältigungsverhalten ansprechen würde, ist nach wie vor ein sehr schwieriges und bisher in seiner Wirksamkeit noch unbestätigtes Unterfangen. Die sekundäre und die tertiäre Prävention hingegen zeigen gute Resultate. Durch verbessertes Wissen über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten haben unbehandelte Essstörungen deutlich ab, die Behandlungserfolge zugenommen.

15. Weiterführende Auskünfte

Für allfällige weitere Auskünfte zur Behandlung von Essstörungen wenden Sie sich bitte an:

kontakt@netzwerk-essstorungen.ch

ANHANG

Anhang 1: Literaturverzeichnis

Anhang 2: Spezifische Psychotherapien bei Essstörungen

Anhang 3: Ernährungsberatung bei Essstörungen

Anhang 4: Zahnpflege- und Verhaltensempfehlungen für PatientInnen mit Essstörungen

Anhang 5: Übernahme von Zahnbehandlungen als Folge von Essstörungen durch die Krankenkasse

Anhang 6: Body Mass Index-Perzentilenkurven für Kinder und Jugendliche

Anhang 7: Beispiel für Behandlungsvertrag mit essgestörter PatientIn

Anhang 1:**Literaturverzeichnis****A) Fachliteratur:**

- BACALTCHUK J, HAY P, MARI JJ: Antidepressants versus placebo for the treatment of bulimia nervosa: a systematic review. *Austr New Zealand J Psychiatry* 2000; 34:310 –317.
- BACALTCHUK J, TREFIGLIO RP DE OLIVEIRA IR, LIMA MS, MARI JJ: Antidepressants versus psychotherapy for bulimia nervosa: a systematic review. *J Clin Pharma Therapeutics* 1999; 24:23-31.
- BACALTCHUK J, TREFIGLIO R.P, DE OLIVEIRA HAY, P, LIMA M.S, MARI J.J.: Combination of antidepressants and psychological treatments for bulimia nervosa: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2000 ; 101 :256-267.
- BECKER AE, GRINSPOON SK, KLIBANSKI A, HERZOG DB: Eating Disorders. *New Engl J Med* 1999; 340:1092-97.
- EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, LE GRANGE, D, DODGE, E: Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1025-30.
- FAIRBURN CG, HARRISON PJ : Eating Disorders. *The Lancet* 2003 ; 361 :407-16.
- FICHTER M KRÜGER R, RIEF W, HOLLAND R DÖHNE J.: Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: effects on eating-specific psychopathology. *J Clin Psychopharmacol* 1996 ; 16 :9-18.
- FISHER M, GOLDEN NH, KATZMAN DK, KREIPE RE, REES J, SCHEBENDACH J, SIGMAN G, AMMERMAN S, HOBERMAN HM: Eating disorders in Adolescents: A background paper. *J Adolesc Health* 1995; 16:420-437.
- GOLDEN NH et al.: The effect of estrogen-Progestin treatment on bone mineral density in anorexia nervosa. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15:135-143.
- HAY PJ, BACALTCHUK J Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, Oxford: update software (2001).
- KAYE WH, NAGATA T, WELTZIN TE, HSU L.K., SOKOL, M.S, MCCONAHA C, PLOTNICOV K.H. WEISE J, DEEP D.: Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001; 49:644-652.
- KEY J D, KEY L L: Calcium needs of adolescents. *Current Opinion in Pediatrics* 1994, 6:379-382.
- KLIBANSKI A, BILLER BMK, SCHOENFELD DA, HERZOG DB, SAXE VC: The effects of estrogen administration on trabecular bone loss in young women with anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1995; 80:898-904.
- LAESSLE RG, BEUMONT PJ, BUTOW P, LENNERTS W, O'CONNOR M, PIRKE KM, TOUYZ SW, WAADT S: A comparison of nutritional management with stress management in the treatment of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991; 159:250-361.
- LENNKH C, DE ZWAAN M, BAILER U, STRNAD A, NAGY C, EL GIAMAL N, VYTISKA E, KASPER S: Osteoporose bei Anorexia nervosa: neue Aspekte der Pathogenese und Therapie. *Nervenarzt* 1999; 70:823-29.
- MEHLER C, WEWETZER C, SCHULZE U, WARNKE, A., THEISEN, F, DITTMANN, RW: Olanzapine in children and adolescents with chronic anorexia nervosa. A study of five cases. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10:151-157.
- MILOS G, SPINDLER A, SCHNYDER U, MARTZ J, WIJBRAND HOEK H, WILLI J: Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *Int J Eat Disord* 2004; 35:250-258.
- MITCHELL JE, PETERSON CB, MYERS T, WONDERLICH, S: Combining pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of patients with eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24:315-323.

- MUISE AM, STEIN DG, ARBESS G: Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *J Adolesc Health* 2003; 33:427-435.
- OLMSTEDT MP, DAVIS R, GARNER DM, EAGLE M, ROCKERT W, IRVINE MJ.: Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1991; 29:71-83.
- Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157: supplement.
- ROBIN AL, SIEGEL PT, MOYE AW, GILROY M, BAKER DENNIS A, SIKAND A: A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:1482-1489.
- ROBINSON E, BACHRACH LK, KATZMAN DK: Use of hormone replacement therapy to reduce the risk of osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 2000 May; 26(5): 343-8.
- ROME E, AMMERMAN S: Medical complications of eating disorders: an update. *J Adolesc Health* 2003; 33:418-26.
- ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF PSYCHIATRISTS CLINICAL PRACTICE GUIDELINES TEAM FOR ANOREXIA NERVOSA: Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Australian and New Zealand J Psychiatry* 2004; 38:659-670.
- RUSSELL GFM, SZMUKLER GI, DARE, C, EISLER, I.: An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:1047-1056.
- STROBER M, PATAKI C, FREEMAN, R, DEANTONIO, M: No effect of adjunctive fluoxetine on eating behavior or weight phobia during the inpatient treatment of anorexia nervosa: an historical case-control study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1999; 9 :195-201.
- STROBER M: Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2004; 36:245-55.
- STROBER M, FREEMAN R, MORRELL W: The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997; 22:339-60.

Online:

- AWMF Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychologie, Auflage 2003: www.uni-duesseldorf.de/AWMF/
- National Institute for Clinical Excellence: Clinical guideline 9 – Eating Disorders, January 2004: www.nice.org.uk
- American Psychiatric Association: Clinical Guideline - Eating Disorders, January 2000: www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm

Bücher:

- FAIRBURN CH G, BROWNELL KD (Hrsg.): Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook. The Guilford Press, New York-London (2001)
- GERLINGHOFF M, BACKMUND H, MAI N: Magersucht und Bulimie Verstehen und bewältigen. Beltz Verlag, Weinheim 2000. ISBN 3-407-22804-X.
- GERLINGHOFF M, BACKMUND H: Essen will gelernt sein. Ess-Störungen erkennen und behandeln. Beltz Verlag, Weinheim 2000. ISBN 3-407-22810-4.
- JACOBI C, THIEL A, PAUL T: Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Beltz Verlag, Weinheim 2000. ISBN 3-621-27443-X.
- PIRAN, NIVA, LEVINE, MICHAEL P. UND STEINER-ADAIR, CATHERINE (HRSG.): Preventing Eating Disorders. A Handbook of Interventions and Special Challenges. Philadelphia, 1999.

- REICH G, CIERPKA M: Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis, störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme Verlag, 2. Ed. 2001. ISBN 3-13-108782-X.
- SELVINI P M, CIRILLO S, SELVINI M, SORRENTINO A M: Anorexie und Bulimie. Neue familien-therapeutische Perspektiven. Klett-Cotta Verlag, 1999. ISBN 3-608-91981-3.
- SCHEUTZEL P, MEERMANN R: Anorexie und Bulimie aus zahnärztlicher Sicht. Urban & Fischer Verlag 1994. ISBN 3-541-17401-3.
- TREASURE J, SCHMIDT U, FURTH E: The Handbook of Eating Disorders. John Wiley & Sons, 2003. ISBN 0470862505.
- VANDEREYCKEN W, VAN DETH R, MEERMANN R: Wundermädchen, Hungerkünstler, Mager-sucht. Eine Kulturgeschichte der Ess-Störungen. Beltz-TB 147, 2003. ISBN 3 40722147 9.
- WEBER G, STIERLIN H: In Liebe entzweit – Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtsfamilie, Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg, 2003. ISBN 3 89670 200 9.

B) Literatur für Betroffene und Familienangehörige

- GORIS E: Und die Seele wird nie satt. Ein Ratgeber zur Überwindung von Ess-Störungen bei Kin-dern und Jugendlichen. Heyne Verlag, München 2001. ISBN-Nr. 3-453-18879-9.
- ISENSCHMID B, STEINER S, RYTZ T : Magersucht und Bulimie-Informationen und Tipps für Ju-gendliche. Schulverlag blmv, Bern, 2002. 3-292-00262-1.
- ISENSCHMID B, STEINER S, RYTZ T : Magersucht und Bulimie-Informationen und Tipps für El-tern. Schulverlag blmv, Bern, 2002. 3-292-00261-3.
- ISENSCHMID B, STEINER S, RYTZ T : Magersucht und Bulimie-Informationen und Tipps für Lehrpersonen. Schulverlag blmv, Bern, 2002. 3-292-00260-5.
- MEIER I: Wenn Essen zum Zwang wird. Frey Verlag, Zürich 2003. ISBN-Nr. 3-85569-276-9.
- PERROUD A.: Tout savoir sur l'anorexie et la boulimie à l'usage des parents qui veulent mieux comprendre et aider leur enfant. Verlag Favre, 2. Ed. 2002, ISBN 2-8289-0565-9.
- PERROUD A: Faire face à l'anorexie. Une démarche efficace pour guérir. Editions Retz 2003.
- PERROUD A: Faire face à la boulimie. Une démarche efficace pour guérir. Editions Retz 2001.
- SCHIMPF M: Selbstheilung bei Ess-Störungen. Für jugendliche Betroffene. Ein Arbeitshandbuch. Borgmann Verlag, Dortmund 1999. ISBN 3-456-83495-0.
- SCHMIDT U, TREASURE J: Die Bulimie besiegen - Ein Selbsthilfe-Programm. Beltz Verlag, Weinheim 2001. ISBN 3-407-22823-6.
- SHANKLAND R: L'anorexie, sortir du tunnel. Collection hydrogène, 2003. ISBN 2-7324-2956-2.
- SHANKLAND R: La boulimie, sortir de l'engrenage. Collection hydrogène, 2004. ISBN 2-7324-3074-9.
- TREASURE J: Gemeinsam die Magersucht besiegen. Ein Leitfadens für Betroffene, Freunde und Angehörige. Beltz Verlag, Weinheim, 2001. ISBN 3-407-22828-7.
- VANDEREYCKEN W, MEERMANN R: Magersucht und Bulimie. Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Angehörigen. Huber Verlag, Bern 2000. ISBN 3-456-83495-0.
- WARDETZKI B: Iss doch endlich mal normal. Hilfen für Angehörige essgestörter Mädchen und Frauen. Kösel Verlag, München 1996. ISBN 3-466-30406-7.

Anhang 2:

Spezifische Psychotherapien bei Essstörungen

Heute wird in der Regel nicht mehr eine einzige therapeutische Richtung in der Behandlung von Essstörungen verfolgt, sondern es sind neben den verschiedenen Verfahren auch verschiedene Disziplinen beteiligt wie: Innere Medizin (körperliche Abklärungen), Psychiatrie/ Psychotherapie, Zahnmedizin, Ernährungsberatung, Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie (körperorientierte Psychotherapien), Kreative Therapien (Tanz-, Musik- und Kunsttherapie, Psychodrama), Ergotherapie, Massage- und Physiotherapie. In den meisten Fällen empfiehlt sich eine Kombination dieser Verfahren. Die meisten kontrollierten Studien überprüften bisher die Effektivität kognitiv-behavioraler Psychotherapie (CBT) nach Behandlungsabschluss im Vergleich zu Patienten auf einer Warteliste, in einigen Studien auch im Vergleich zu anderen Therapieformen. Zur Beurteilung der Effektivität wurde die Reduktion der bulimischen Symptomatik (Heißhungerattacken und "Purging-Verhalten") herangezogen. Sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting erwies sich die CBT als wirksam. Obwohl nur in wenigen Studien überprüft, waren auch andere Psychotherapieformen (vor allem interpersonale Psychotherapie) effizient. Die systemische, also familienorientierte Intervention ist nachgewiesenermaßen bei betroffenen Kindern und Jugendlichen massgebend erfolgreich.

Die im Folgenden beschriebenen Psychotherapierichtungen werden sowohl ambulant als auch stationär, dazu sowohl im Einzelkontakt wie auch in der Gruppentherapie angewandt.

Tiefenpsychologische Verfahren

Zu den tiefenpsychologischen Psychotherapiemethoden zählen die Psychoanalyse verschiedener Schulen sowie im erweiterten Sinne das Katathyme Bilderleben, Gestaltpsychologie und Psychodrama.

In der Psychoanalyse ist das Verstehen der seelischen Vorgänge zentral. Es werden Gefühle bewusst gemacht, mit Begriffen verbunden und in den lebensgeschichtlichen Kontext sowie den der aktuellen Gegenwart integriert. Bearbeitet werden auch Beziehungserfahrungen und aktuelle Beziehungsschwierigkeiten, wie sie sich oft in der therapeutischen Beziehung wiederholen. Damit werden Ängste verringert, Belastungen verarbeitet und Möglichkeiten für neues Verhalten eröffnet.

Psychodynamisch orientierte Therapien bearbeiten bevorzugt Störungen des Selbstwertgefühls, Traumata in der Anamnese, akute oder chronische Konflikte, Reifungskrisen, sowie auch der Essstörung komorbide psychiatrische Störung (z.B. ausgeprägte Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung).

Systemische Therapie

Diese Therapieform betrachtet die PatientIn stets als Teil eines erkrankten sozialen Systems, meistens der Kernfamilie. Die Erkrankte wird dabei als „SymptomträgerIn“ bezeichnet, welche den systemischen Konflikt zum Ausdruck bringt. Deshalb muss die Behandlung stets die anderen Familienmitglieder miteinbeziehen und die Funktion der Erkrankung innerhalb der Familie klar identifiziert und aufgedeckt werden. Bei kindlichen und adolescenten PatientInnen ist somit die Elternberatung und/oder Familien-

therapie, je nach Alter und Kontext, angezeigt. Ziel ist die Steigerung der elterlichen Kompetenz im Umgang mit krankheitsspezifischen Alltagssituationen (Essensverweigerung, Diät, Erbrechen, körperliche Hyperaktivität etc.), um eine Gewichtszunahme einzuleiten und/oder mittelfristig das erreichte Gewicht zu halten. Darüber hinaus soll eine Verbesserung der familiären Konfliktfähigkeit erreicht werden. Bei chronifizierten Störungen i.d.R. mit Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sind spezifische Therapiekonzepte u.U. im stationären Rahmen indiziert.

Personenzentrierte Gesprächstherapie

In diesem Verfahren steht die betroffene Person ganz im Zentrum. Der Therapeut/ die Therapeutin unterstützt sie in erster Linie mit seiner/ ihrer unvoreingenommenen und wohlwollenden (empathischen) Zuwendung im Gespräch. Dadurch erfahren die PatientInnen eine Aufwertung ihrer meist beeinträchtigten Selbstachtung. Die Therapie befasst sich i.d.R. mit praktischen Alltags- und Beziehungsfragen.

Kognitive Verhaltenstherapie/ Interpersonelle Therapie

In dieser neueren Therapieform geht es darum, das als problematisch identifizierte Verhalten in kleinen Schritten zu verändern. Dazu müssen verhaltenssteuernde Gedanken und Gefühle zunächst identifiziert und dann durch die praktische Erprobung des erwünschten Verhaltens verändert werden. Zentral dabei ist, dass die Therapieziele realistisch und überblickbar formuliert werden, die einzelnen Schritte sind dabei immer auf die individuellen Möglichkeiten auszurichten. Misserfolge sollen möglichst vermieden werden, damit der bereits bestehende Teufelskreis aus Misserfolg – Selbstentwertung – Bewältigung mit dem gestörten Verhalten usw. nicht weiter gefestigt, sondern nach und nach vom erwünschten Verhalten abgelöst wird. Zentrale Behandlungsbereiche sind die Gewichtsphobie, Gewicht und Figur betreffende dysfunktionale Gedanken, Störung des Selbstwertgefühls, depressive Einbrüche bei Gewichtsschwankungen, dichotomes Denken. Wichtigste Methoden sind das Gespräch und die Verhaltensexposition (Ausüben des neuen Verhaltens in einer herausfordernden Situation; bei ausgeprägten sozialphobischen Symptomen Exposition mit Reaktionsverhinderung sowie soziales Kompetenztraining bevorzugt in der Gruppe. Der interpersonelle Behandlungsanteil versucht insbesondere, die Beziehungsfähigkeit des Patienten zu verbessern.

Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie (körperorientierte Psychotherapie)

Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapien (verschiedene Formen der körperorientierten Psychotherapie) behandeln emotionale und zwischenmenschliche Probleme auf einer körperlichen Ebene. Indem die Betroffenen ihre Bedürfnisse erkennen lernen und sich erlauben, diese wieder zuzulassen - z.B. sich hinzulegen, wenn sie müde sind; zu essen, wenn sie Hunger haben - wird die Fürsorge für sich gestärkt. Wenn der Körper nach und nach differenziert wahrgenommen wird, mal als genussvoll, mal als unangenehm, mal voller Erinnerungen, mal unmittelbar im Hier und Jetzt, gelingt es den Betroffenen eher, den Körper nicht als Quelle des Problems zu erkennen. Dadurch machen sie ihren

Selbstwert nicht mehr ausschliesslich abhängig von Gewicht und Figur und können sich ihren emotionalen Vorgängen und dem Aufbau erfüllender Beziehungen widmen.

Kreative Therapien

Zu den kreativen Therapien werden die Tanz-, Musik-, und Kunsttherapie gezählt. Zusätzlich existieren Mischformen, bei denen beispielsweise kreatives Schreiben (Tagebuch, Erfahrungsberichte der eigenen Erkrankung) oder Theater (Rollenspiele, Psychodrama) einbezogen werden. Eine kreative Therapie hilft Betroffenen, bewussten und unbewussten Konflikten eine Form zu geben. Modelliert eine magersüchtige Frau beispielsweise ihren Körper, kann sie an der Figur erkennen, wie sie sich selbst fühlt und sieht. Viele Betroffene berichten über diffuse Gefühle, die sie nicht in Worte fassen können. Über ein Bild, eine Körperhaltung oder Töne auf einem Instrument sind diese Gefühle oft leichter auszudrücken.

Anhang 3:

Ernährungsberatung bei Essstörungen

A) Nahrungsaufbau bei Anorexia nervosa

Ziel: Verbesserung der körperlichen Funktionen durch Gewichtszunahme (Nahrung ist für anorektische PatientInnen die beste „Medizin“!):

- schrittweises Wieder-Erlernen der Übernahme von Verantwortung für die Nahrungsaufnahme
- 3 Hauptmahlzeiten und 2-3 Zwischenmahlzeiten gleich von Beginn weg (die Energiezufuhr kann über 6 Mahlzeiten besser verteilt werden)

Steigerung der Energiezufuhr:

- Beginn der Menge der Energiezufuhr abhängig vom bisherigen Essverhalten der PatientIn sowie dem Therapie-Setting (ambulant oder stationär): unter stationären Bedingungen Beginn mit 30-40 kcal/ kg KG (ca.1000 – 1500 kcal), ambulant eher weniger.
- langsame Steigerung auf bis zu 70- 100 kcal/kg KG , während Gewichtszunahme (ca. +150 kcal/d)
- Ca. 40 – 60 kcal/ kg KG, um erreichtes Gewicht zu halten
- Ausgewogene Ernährung fördern, keine Kompromisse (auch keine Light-Produkte)
- Zielgewicht als Bandbereich festlegen. Bei Unterschreitung sowie nicht bulimie-bedingter Überschreitung des erwünschten Gewichtsbereichs Anpassungen der Energiezufuhr vornehmen.

Folgende Schwerpunkte beachten:

- Calciumreiche Nahrungsmittel wie Milch, Milchprodukte (siehe auch Abschnitt 11.3.1.2.)
- biologisch hochwertige Proteinkombinationen (z.B: Gerichte mit Kartoffel-Ei oder Getreide-Hülsenfrüchte- Kombinationen)
- gesunde Fette, Fett in normalen Mengen
- falls vegetarische Ernährung (ovo-lacto-vegetabile = mit Milch, Milchprodukten und Ei)
- initial je nach Laborresultaten Supplemente (K, Mg, Vit.B12, Eisen, Phosphat)

Bei Problemen mit der festen Nahrung:

- Mahlzeiten mit hochkalorischen medizinischen Trink- oder Sondennahrungen ergänzen oder ersetzen (z.B. 300 kcal pro Drink à 200 ml).

Anmerkung: Die Uebernahme Kosten für ambulant verordnete medizinische Trinklösungen ist keine Pflichtleistung der Krankenkassen, kann jedoch beim Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) beantragt werden (Formular anfordern unter: SVK, Muttenstrasse 3, Postfach, 4502 Solothurn).

- In schweren Fällen kann bei stationärer Therapie die Ernährung über eine Nasen-Magen-Sonde indiziert sein.
- Eine parenterale Ernährung ist auch bei stationärer Therapie wegen der möglichen Komplikationen nicht indiziert.

B) Ernährung bei Bulimia nervosa

Ein Ess- / Brechprotokoll ist als wichtiges Therapie-Instrument einzusetzen: verhaltenstherapeutische Modifikationen können aufgrund der Besprechung des Protokolls vorgenommen werden (z.B. Einhalten regelmässiger Mahlzeiten, Vermeiden von ernährungsbedingten Triggern, Änderung von triggern- den Umgebungsfaktoren). Zu beachten: Ess- / Brechprotokolle sind ein wichtiges Arbeits-Instrument in der Psychotherapie bei bulimischen PatientInnen, deshalb vorgängige Absprache mit der Fachperson für Psychotherapie, wer mit der PatientIn ein Essprotokoll führt und bespricht.

Regelmässige Mahlzeiten sind von zentraler Bedeutung, da Essattacken häufig im Zusammenhang mit Diät oder ausgelassenen Mahlzeiten stehen: nach Nahrungskarenz kommt es in diesen Fällen zur unkontrollierten kompensatorischen Nahrungsaufnahme (Essattacke).

Anhang 4:**Zahnpflege- und Verhaltensempfehlungen für PatientInnen mit Essstörungen****Universität Zürich**

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie

Merkblatt für Zahnpflege- und Verhaltensempfehlungen für Patienten mit Essstörungen

• Nicht unmittelbar nach dem Erbrechen die Zähne bürsten (ca. 1½ Std. warten), da der durch den sauren Mageninhalt angeätzte Zahnschmelz dadurch teilweise abgetragen werden kann. Stattdessen sollte mit klarem Wasser oder mit einer neutralen fluoridhaltigen Mundspülung (z.B. Act, Binaca, Candida Rot, Emofluor) gespült werden. Die Neutralisation der Mundhöhle kann auch durch Kauen von zuckerfreiem Kaugummi (am besten der neutralisierende Kaugummi V6) erreicht werden. Bei häufigem Erbrechen sind Antacida-Tabletten (z.B. Alucol oder Rennie) empfehlenswert. Sie sollen nicht geschluckt, sondern nach dem Erbrechen gelutscht werden, damit sie ihre Wirkung im Mund entfalten.

Der optimale Schutz der Zähne kann mit einer sog. „Medikamententrägerschiene“ erreicht werden. Diese wird individuell nach Abformung der Kiefer angefertigt und soll vor dem Erbrechen - möglichst mit einem neutralen Fluoridgegel (z.B. Binaca-Gel) oder mit einem flüssigen Antacida-Produkt (z.B. Riopan-Gel) versehen eingesetzt werden.

• Beim Zähnebürsten die "Schrubbertechnik" (horizontale Bewegungen) meiden, stattdessen die Bürste vertikal bewegen (von rot nach weiss). Möglichst wenig Druck aufwenden (Bürste eventuell ohne Daumen halten). Gewisse elektrische Zahnbürste erleichtern das Einhalten dieser Technik. Wir empfehlen die Produkte "Sonicare" (Philips) und „Sonicmax“ (Waterpik), da es sich dabei um Schallzahnbürsten mit wischender Bewegung handelt. Bei Handzahnbürsten sind weiche Produkte (z.B. Gaba Meridol-Bürste oder Trisa Ultra Super Sensitive) zu bevorzugen.

• Die angewandte Zahnpaste sollte möglichst wenig abrasiv sein. Gels (durchsichtige Zahnpasten) und "weissmachende" Pasten sind daher zu meiden.
Empfehlung: Candida Parodin, Candida Sensitive, Elmex Rot, Elmex Sensitive PLUS, Emofluor, Mentadent C Active.

• Zur Remineralisierung der Zähne im Zwischenraumbereich regelmässig (ein- bis zweimal wöchentlich) Fluorid-Gel (z.B. Binaca-Gel) mittels Zahnseide oder Interdentalbürstchen einbringen. Zur Reinigung der Zahnzwischenräume keine Zahnpaste verwenden! Anschliessend nicht spülen.

• Denken Sie daran, dass auch Säuren in Nahrungs- und Genussmitteln Ihren Zähnen schaden können (z.B. Fruchtsäfte, Soft Drinks, saure Früchte, Essig, saure Bonbons). Vermeiden Sie deren übermässigen Konsum.

• Regelmässige Besuche bei Ihrem Zahnarzt helfen - wo notwendig - zusätzliche professionelle Vorbeugungsmassnahmen zu ergreifen, um weitere Zahnschäden zu vermeiden.

Obgenannte Empfehlungen für den Schweizer Markt erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sind jeweils in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt!

Dr. C. Imfeld
Prof. Dr. T. Imfeld

Zürich, Dezember 2004 CI/TI/sa

Copyright: Klinik PPK, ZZMK, Uni ZH

Anhang 5:**Übernahme von Zahnbehandlungen als Folge von Essstörungen durch die Krankenkasse**Grundlagen

Im KVG Art 31 sowie in dem von den Zahnärzten verwendeten SSO-Atlas Art. 18c wird klar festgehalten, dass die Therapie von Zahnschäden, die durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt und zur Behandlung des Leidens notwendig sind, zur Pflichtleistung der Krankenkasse gehört. Unter diese Kategorie fallen auch explizit Essstörungen (Anorexie und Bulimie).

Laut dem Urteil des eidgenössischen Versicherungsgerichtes K 4/98 vom 19.10.98 sind nicht nur Behandlungen, welche die Folgen einer Essstörung nach Heilung betreffen, eine Pflichtleistung, sondern auch Massnahmen, die der Behandlung von Zahnschmerzen dienen, die Kaufunktion erhalten oder die eine massive Verschlimmerung verhindern helfen.

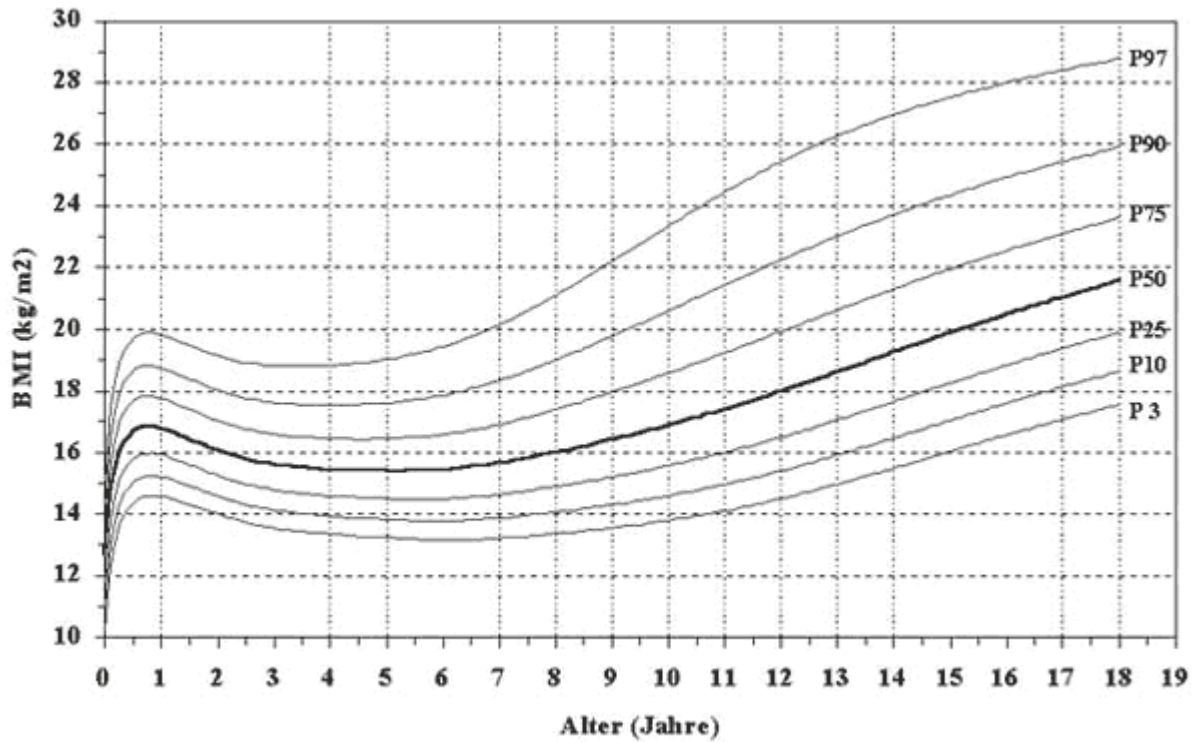
Entscheidend ist nach Sicht des eidgenössischen Versicherungsgerichtes, dass die erforderlichen zahnärztlichen Massnahmen klar Folge der schweren Allgemeinerkrankung sind.

Vorgehen

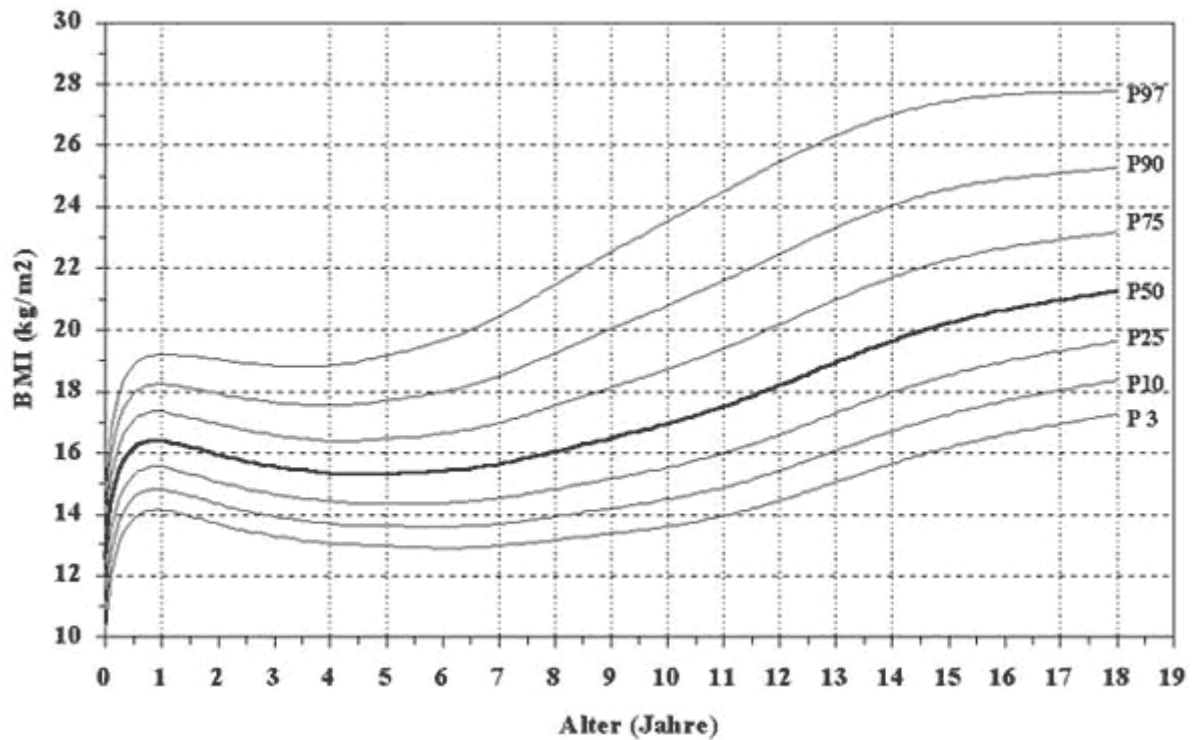
Es braucht ein ärztliches Attest zuhanden des Vertrauensarztes mit Gesuch um Kostenübernahme und der Bitte, im Falle einer Ablehnung der PatientIn eine rekursfähige Verfügung zuzustellen.

Anhang 6: Body Mass Index-Perzentilenkurven für Kinder und Jugendliche

Perzentile für den Body Mass Index von *Jungen* im Alter von 0 bis 18 Jahren nach Kromeyer-Hauschild, Uni Jena, 02/2001



Perzentile für den Body Mass Index von *Mädchen* im Alter von 0 bis 18 Jahren nach Kromeyer-Hauschild, Uni Jena, 02/2001



Anhang 7: Beispiel eines Behandlungsvertrags mit essgestörter PatientIn

Therapievertrag zwischen und Dr. med.

.....befindet sich in Behandlung wegen einer
Essstörung /Anorexie.

Folgende Punkte werden vereinbart:

Bedingungen für eine ambulante Therapie:

Gewichtslimite: für eine ambulante Therapie ist ein Mindest-
Gewicht vonkg / BMI..... erforderlich.
Wird dieses Gewicht bei 2 Wägungen unter-
schritten, erfolgt erstens eine Zusatztherapie
mit Fresubin o.ä. und/oder eine Hospitalisation.

Therapie: In der Regel eine (zwei) Stunden Therapie pro Woche.

Sport: Bis zu einem Mindestgewicht von.../BMI besteht ein
Sportverbot (Information der Sportlehrer).

Information: Bei Bedarf werden Lehrer/Lehrmeister/Eltern etc
informiert.

Datum und Unterschrift:
Patientin Aertzin/Therapeutin