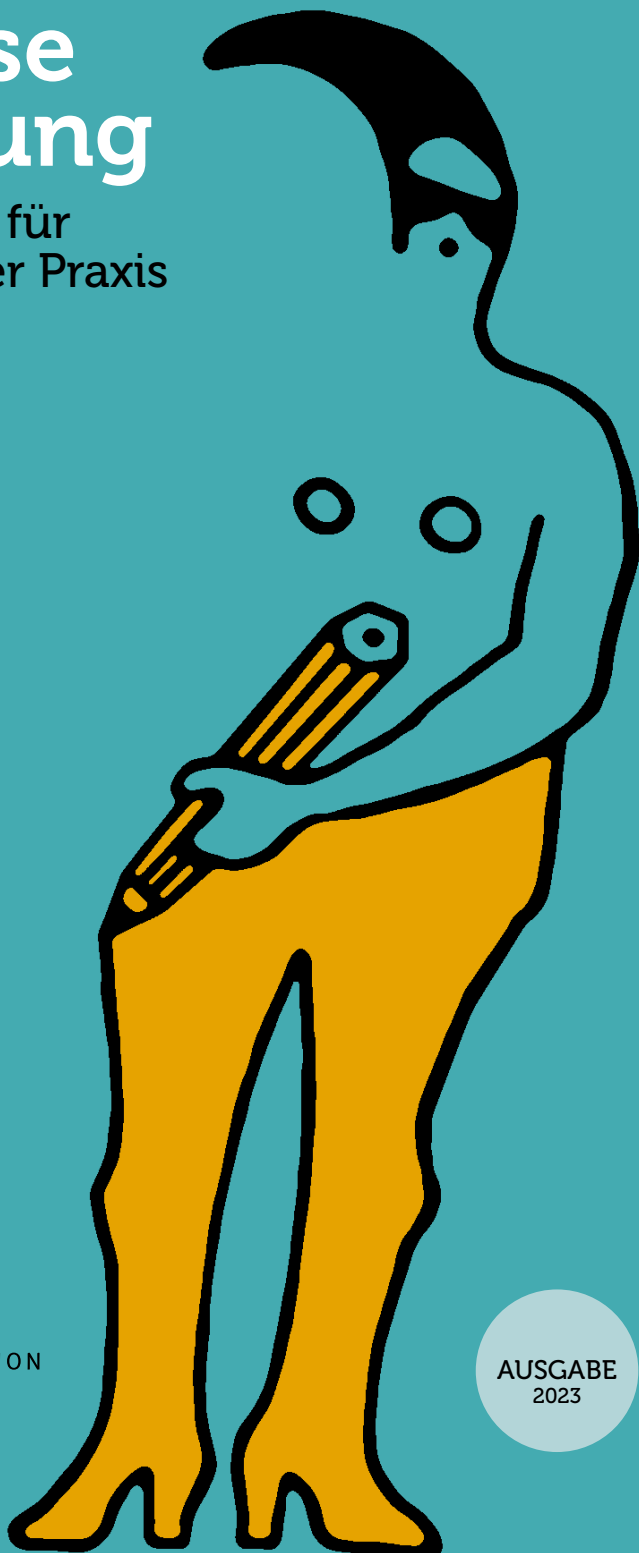


Diagnose Essstörung

Früherkennung für
Ärzt:innen in der Praxis



FORUM PRÄVENTION
Infes

AUSGABE
2023

Herausgegeben von
INFES – Fachstelle Essstörungen

Für den Text verantwortlich
Dr.in Raffaella Vanzetta (Psychotherapeutin)
Dr.in Rita Trovato (Diätologin)
Dr.in Maria Elena Azzaro (Diätologin)

Dank für die Zusammenarbeit an
Dr. Markus Markart und **Dr. Michael Zöbl** (Kinderärzte)
Dr. Salvatore Rampulla (Zahnarzt)
Dr.in Bianca Babich (Frauenärztin)
Dr.in Patrizia Zambai (praktische Ärztin)

Übersetzungen
Raffaella Vanzetta

Graphische Gestaltung
MAGUTDESIGN

Illustrationen
Roberto Maremmani

Druck
Litotipografia Alcione, Lavis (TN)

Ausgabe
Erste Ausgabe **November 2014**
Zweite Ausgabe **September 2023**

Wir danken dem *Wiener Programm für Frauengesundheit* zur freundlichen Überlassung der Nutzung von Inhalten der Broschüre „*Wann denken Sie an Essstörungen*“.

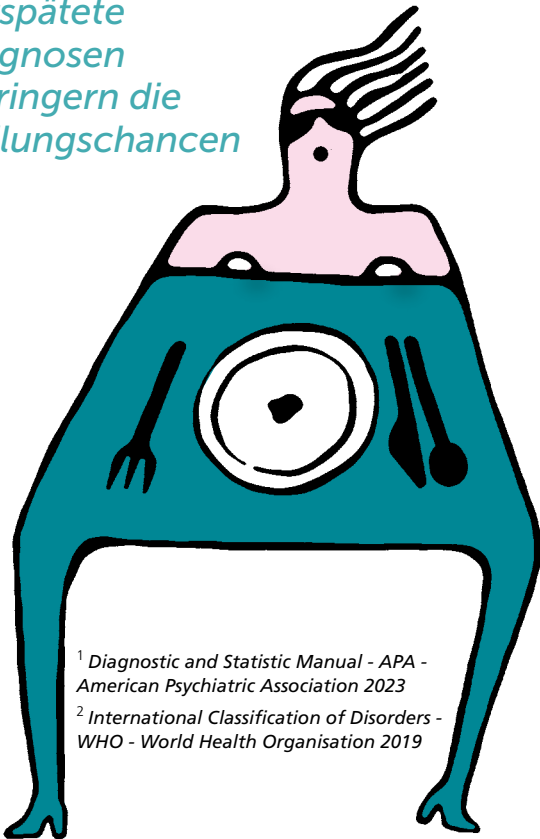
Vorwort

Esstörungen (ES) sind heute eine soziale Epidemie, vor allem bei Kindern und Jugendlichen. Da viele ihrer Symptome in unserer Gesellschaft unterstützt werden (z.B. strenges Diätverhalten oder exzessiv Sport betreiben) werden Essstörungen oft nicht erkannt, was eine angemessene Behandlung verzögert. Eine verspätete Diagnose verschlechtert die Heilungschancen erheblich. Merkmale einer Essstörung sind ein stark verändertes Essverhalten, eine übermäßige Beschäftigung mit Essen und körperlicher Fitness, eine veränderte Wahrnehmung

des Körperbildes und eine enge Korrelation zwischen all diesen Faktoren und dem Selbstwertgefühl. Es handelt sich um psychosomatische Störungen mit unter Umständen schwerwiegenden klinischen Komplikationen, die auf Unterernährung und unangemessenes Verhalten zur Gewichtskontrolle zurückzuführen sind. Zu den in den Diagnosehandbüchern (DSM-5-TR¹ und ICD-11²) klassifizierten Störungen gehören: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), Binge-Eating-Disorder (BED) und die vermeidende/restriktive Essstörung (ARFID). Weiters sind nicht näher bezeichnete Störungen erwähnt, zu denen partielle oder subklinische Syndrome gehören, bei denen einige, aber nicht alle für die Diagnose von Anorexie und Bulimie erforderlichen Symptome vorhanden sind.

An der Ätiopathogenese sind sowohl genetische als auch Umweltfaktoren beteiligt. Entstehung und Verlauf werden durch eine Vielzahl von Variablen bestimmt, von denen keine allein in der Lage ist, die Krankheit auszulösen. Bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (Perfektionismus, Bedürfnis nach Kontrolle über das eigene Gefühlsleben und über andere, übermäßige Sorge) begünstigen eine Anfälligkeit für ES. Die in unserer Gesellschaft

Verspätete Diagnosen verringern die Heilungschancen



¹ *Diagnostic and Statistic Manual - APA - American Psychiatric Association 2023*

² *International Classification of Disorders - WHO - World Health Organisation 2019*

vorherrschende Fettphobie und die vor allem über die sozialen Medien verbreitete Verherrlichung des schlanken und durchtrainierten Körpers als Quelle des persönlichen Erfolgs und der Zufriedenheit mit sich, bereiten den Nährboden für individuelles Unbehagen.

Nach Angaben des Nationalen Epidemiologischen Zentrums des Istituto Superiore di Sanità liegt die Prävalenz von AN und BN in Italien bei 0,2 % bis 0,8 % bzw. 1 % bis 5 % und entspricht damit der vieler anderer Länder. Leider beziehen sich die Daten auf Erhebungen vor dem Jahr 2020. Nach der Pandemie wurde auf europäischer Ebene ein starker Anstieg der ES, insbesondere in der Altersgruppe der 10- bis 13-Jährigen, und eine Zunahme der schweren Fälle festgestellt. Auch atypische Störungen haben zugenommen, wie die Orthorexie (die Besessenheit von gesundem Essen), die häufig auch bei Männern auftritt, und die ARFID (vermeidend-restriktive Essstörung), die häufig in pädiatrischem Alter auftritt und nicht mit dem selektiven Essen von Kindern, die gewöhnlich als "heikel" bezeichnet werden, zu verwechseln ist.

Bei ES gibt es eine klare Verteilung zugunsten des weiblichen Geschlechts (9/1). In der männlichen Bevölkerung drückt sich die Krankheit auf anderem Wege aus, wie z.B. über die bereits erwähnte

Orthorexie, oder über Bigorexie (Muskelbesessenheit), wobei letztere mit sehr ungesunden Ernährungsgewohnheiten und dem Missbrauch von Nahrungsergänzungsmitteln und eiweißreichen Präparaten verbunden ist.

Das Sterberisiko einer Person mit Anorexia Nervosa, ist fünf- bis zehnmal höher als bei Personen gleichen Alters und Geschlechts, Suizid macht etwa 20% aller Todesursachen bei Essstörungen aus.

In Südtirol zeigt die ASTAT-Jugendstudie (2021), dass zwar 89 % der jungen Frauen zwischen 14 und 25 Jahren normal oder untergewichtig sind, aber 24 % sich als zu dick betrachten. Normalgewichtige Jugendliche versuchen oft abzunehmen und dies kann bei prädisponierten Personen ein auslösender Faktor sein. Derzeit werden in Südtirol mehr als 600 Personen wegen ES behandelt, was einem Anstieg von 30 % seit 2020 entspricht. In der Altersgruppe der 11- bis 18-Jährigen betrug der Anstieg 53 %.

Laut internationalen Leitlinien, sieht der therapeutische Weg vor, dass die Patientin von einem multidisziplinären Team betreut wird, in dem mehrere Fachleute (Internist:in – Diätolog:in - Diätist:in – Psychotherapeut:in – Psychiater:in) kompetent und motiviert in einen gemeinsamen Behandlungspfad eingebunden sind.

Ärztinnen und Ärzte, besonders Allgemeinmediziner:innen, Gynäkolog:innen, Pädiater:innen und Zahnärzt:innen sind oftmals erste Anlaufstelle für die Betroffenen und haben somit eine bedeutende Funktion in der Früherkennung von Essstörungen. Früherkennung erhöht die Heilungschancen maßgeblich und verhindert eine Chronifizierung der Störung.

Es ist uns ein Anliegen, Ihnen mit dieser Broschüre Informationen zur Früherkennung von Essstörungen und dem oft schwierigen Umgang mit Betroffenen ohne Krankheitseinsicht zu geben. Ziel ist es, Patientinnen³ so bald als möglich zu einer Therapie zu verhelfen. Das Wissen über die Störung erzeugt eine motivierende Wirkung bei Patientinnen mit geringer Problemeinsicht.

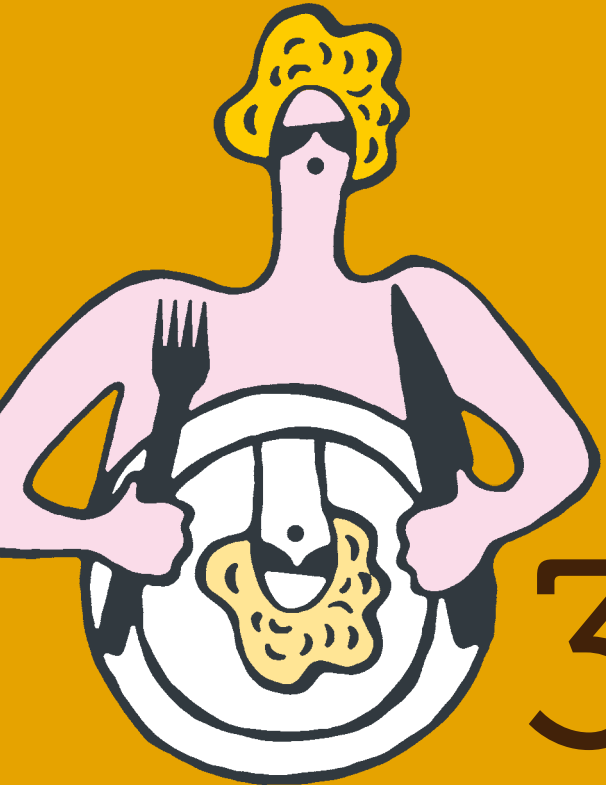


³ *Nachdem von Essstörungen vorwiegend Frauen und Mädchen betroffen sind, werden wir hier, bei der Beschreibung der Patientinnen, immer die weibliche Form benutzen.*

Diagnostik in Kürze nach DSM- 5-TR und ICD-11

Beim Untergewicht
werden 4 Schweregrade
unterschieden

Leicht	BMI >17 kg/m ²
Mäßig	BMI 16-16,9 kg/m ²
Schwer	BMI 15-15,9 kg/m ²
Sehr schwer	BMI < 15 kg/m ²



Anorexia nervosa

- > **Niedriges Körpergewicht**, (bei Kinder und Jugendlichen ein BMI unter der 10. Perzentile oder bei Erwachsenen ein BMI unter 17,5 kg/m²) selbst induziert.
- > **Weigerung**, das Körpergewicht über den Bereich des Untergewichtes bezogen auf Alter und Höhe, zu halten.
- > **Große Angst** vor Gewichtszunahme.
- > **Figur** und **Körpergewicht** haben übermäßigen Einfluss auf das Selbstwertgefühl.
- > **Körperschemastörung**.
- > Es werden zwei Subtypen unterschieden: der restriktiven Typus und jener mit kompensatorischen Verhalten wie Erbrechen, Gebrauch von Laxantien, exzessiver sportlicher Betätigung.

Bulimia nervosa

- > **Essattacken**: in kurzer Zeit werden große Nahrungsmengen mit dem Gefühl eines totalen Kontrollverlusts konsumiert.
- > **Unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen**, um Gewichtszunahme gegenzusteuern wie selbst induziertes Erbrechen, Laxantien, Diuretika, Einläufe, Fasten oder intensive sportliche Betätigung.
- > **Essanfälle** und **Kompensationsverhalten** treten mindestens zwei Mal pro Woche über drei Monate hinweg auf.
- > **Übertriebene Furcht** dick zu werden.
- > **Figur** und **Körpergewicht** haben übermäßigen Einfluss auf das Selbstwertgefühl.

Binge Eating Disorder

- > **Essattacken**: in kurzer Zeit werden große Nahrungsmengen mit dem Gefühl eines totalen Kontrollverlusts konsumiert.
- > **Essattacken** treten ohne kompensatorische Verhaltensweisen auf.
- > **Essanfälle** treten mindestens **zweimal pro Woche** über sechs Monate hinweg auf.
- > Nach den **Essattacken** kommt es zu großen **Scham-** und **Schuldgefühlen** und Ekel sich selbst gegenüber.

Vermeidend-restriktive Essstörung (ARFID)

- ARFID ist eine Essstörung, die durch eine **anhaltende Unfähigkeit** gekennzeichnet ist, einen angemessenen Nährstoff- und/oder Energiebedarf zu decken, was zu klinisch bedeutsamen Folgen führt. Zu diesen Folgen gehören:
- > **Erheblicher Gewichtsverlust** oder Unfähigkeit, die altersbedingte Gewichtszunahme zu erreichen
 - > **Erheblicher Nährstoffmangel**
 - > **Abhängigkeit** von **künstlicher Nahrungszufuhr** oder oralen **Nahrungsergänzungsmitteln** zur Aufrechterhaltung des Gewichts oder des Ernährungszustands
 - > Deutliche **Beeinträchtigung** der **psychosozialen Funktionsfähigkeit**

Body Mass Index (BMI)

Der **Bodymassindex** ist eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen in Relation zu seiner Körpergröße. Der BMI ist lediglich ein grober Richtwert, da er weder das Geschlecht, noch die individuelle Zusammensetzung der Körpermasse aus Fett- und Muskelgewebe eines Menschen berücksichtigt. Trotzdem gilt er als guter Indikator um festzustellen, ob eine Person normal-, unter- oder übergewichtig ist. Berechnet wird der BMI, indem das Körpergewicht in kg durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat dividiert wird.

Gewicht (kg)

Größe (m)²



unter 18,5
18,5 - 24,9
25,0 - 29,9
30,0 u. mehr

Risikofaktoren

Allgemeine Risikofaktoren

- > Weibliches Geschlecht
- > Adoleszenz und frühes Erwachsenenalter
- > Leben in einer westlichen Gesellschaft

Individuelle Risikofaktoren

Gegenwärtige Bedingungen im familiären Kontext

- > Essstörungen
- > Depression und Alkoholabhängigkeit
- > Häufige Diäten
- > Kritische Bemerkungen über Gewicht, Körper und Ernährung
- > Zwanghafte und perfektionistische Züge
- > Affektarmut und mangelnder Kontakt mit den Eltern
- > Leben in einem Umfeld, in dem Schlantheit verherrlicht wird (Sport, Tanz, Mode)
- > Übergewicht

Merkmale der Person

- > Übergewicht
- > Persönlichkeitszüge (Perfektionismus – geringer Selbstwert – Schwierigkeiten im Umgang mit den Emotionen)
- > Angststörungen

Prädisponierende Erfahrungen

- > Sexueller Missbrauch, traumatische Erfahrungen
- > Erfahrungen von Spott bezogen auf Gewicht und Körper
- > Arbeit oder Freizeitaktivitäten (Sport), welche die Schlantheit fördern

Auslösende Faktoren

- > Traumen
- > Bedeutende Lebenskrisen (Krankheiten, Trennungen, Übersiedlungen...)
- > Todesfälle

Krankheitserhaltende Faktoren

- > Überbewertung des Körpergewichts, der Körperform und der Ernährung

Untergewicht
Normalgewicht
Übergewicht
schweres Übergewicht

Klinische Hinweise

Merkmale und Symptome

Anorexia nervosa

Symptome

- > Amenorrhoe
- > Meteorismus
- > Hyperaktivität
- > Schlafstörungen
- > Ermüdung
- > Cephalgie
- > Übermäßiges Frieren
- > Obstipation
- > Ödeme

Merkmale

- > Untergewicht
- > Niedere Körpertemperatur
- > Niedriger Blutdruck
- > Inanition (Abmagerung)
- > Muskelhypotrophie
- > Trockene Haut
- > Carotenodermie
- > Haarausfall
- > Lanugobehaarung
- > Akrozyanose
- > Bradykardie
- > Mesosystolisches Geräusch (Mitralklappenprolaps)
- > Dyspepsie

Bulimia nervosa

Symptome

- > Unregelmäßiger Zyklus
- > Meteorismus
- > Ermüdung
- > Cephalgie
- > Anschwellungen der Hände und Füße
- > Depression
- > Obstipation

Merkmale

- > Wirken oft gesund
- > Hyperkeratotische Läsionen am Handrücken (Russelzeichen)
- > Anschwellungen der Speicheldrüsen
- > Zahnschmelzerosion
- > Ödeme

Binge Eating Disorder

Symptome

- > Fragen nach hypokalorischen Diäten
- > Unkontrollierbare Essanfälle
- > Meteorismus
- > Depression

Merkmale

- > Oft übergewichtig oder adipös

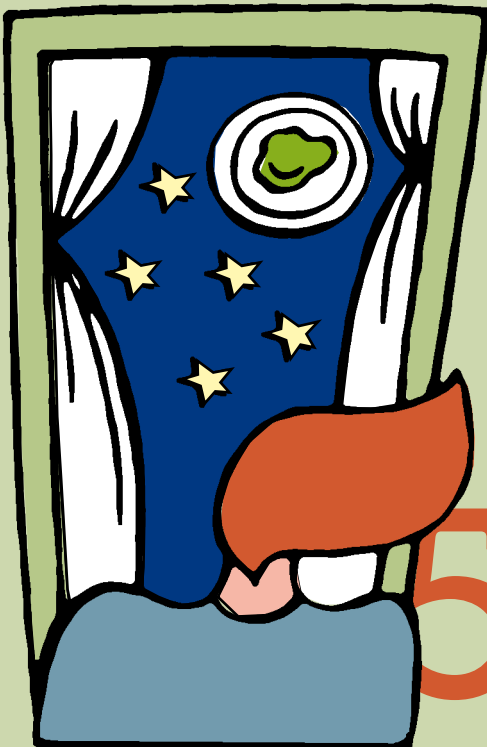
ARFID

Symptome

- > Erheblicher Gewichtsverlust
- > Unfähigkeit, den Nährstoffbedarf zu decken
- > Verlangsamtes Wachstum
- > Magenprobleme ohne erkennbaren Grund
- > Verzehr einer besonders geringen Auswahl an Lebensmitteln
- > Ablehnung bestimmter Nahrungsmittel aufgrund ihres Geschmacks, Geruchs oder ihrer Konsistenz
- > Mangelndes Interesse am Essen
- > Angst vor Verschlucken, Erstickern oder Erbrechen
- > Abwesenheit von Körperdysmorphie oder Wunsch, Gewicht zu verlieren

Anzeichen

- > Die körperlichen Folgen von ARFID ähneln denen der Anorexie, da beide Störungen mit schweren Ernährungsmängeln einhergehen.



Klinisch relevante Komplikationen

Elektrolytische

- > Dehydratation
- > Hypokaliämie
- > Hypochlorämie
- > Hypomagnesiämie
- > Hypocalcämie
- > Hypophosphatämie durch Ernährungsaufbau
- > Nierensteine
- > Chronisches Nierenversagen
- > Ödeme durch Absetzen von Abführmittel
- > Ödeme durch Ernährungsaufbau
- > Ödeme durch Hypoalbuminämie

Kardiovaskuläre

- > Orthostatische Hypotension
- > Bradykardie
- > Herzinsuffizienz
- > Arrhythmie
- > Mytralklappenprolaps
- > Veränderungen am EKG
- > Herzstillstand

Gastrointestinale

- > Anschwellung der Speicheldrüsen
- > Hyperamylasämie
- > Ösophagitis / Ösophagusperforation
- > Meteorismus
- > Obstipation
- > Melanosis Coli
- > Ileus aufgrund von Hypokaliämie

Endokrine

- > Wachstumsverzögerung
- > Pubertätsverzögerung
- > Amenorrhoe
- > Hyperkortisolismus
- > Veränderung der Schilddrüsenfunktionen

Metabolische

- > Osteoporose / Osteopenie
- > Mangel Spurenelemente (z.B: Zink)
- > Vitaminmangel
- > Hypercholesterinämie
- > Adipositas

Pulmonale

- > Pneumonie durch Aspiration
- > Pneumomediastinum

Dermatologische

- > Haarausfall
- > Lanugobehaarung
- > Trockene Haut, brüchige Nägel, dünnes Haar
- > Carotenodermie
- > Exkoration oder Hautverhornung am Handrücken

HämATOlogische/immunologische

- > Anämie
- > Leukopenie mit Lymphozytose
- > Thrombozytopenie
- > Veränderungen von CD4/CD8
- > Veränderungen in der Zellulären Immunantwort

Neurologische

- > Zerebrale Atrophie (Pseudoatrophie), Hirnatrophie
- > kognitive Defizite
- > Erweiterung der zerebralen Ventrikel





Indikation für eine Notaufnahme

Wenn möglich, wird versucht, Essstörungen ambulant zu behandeln, wobei die Angehörigen in angemessener Weise begleitet werden müssen. Bei schwerem Krankheitsbild wird eine stationäre Behandlung empfohlen, die in Südtirol bei Patient:innen unter 18 Jahren in der Pädiatrie und bei Patient:innen über 18 Jahren in der Psychiatrie erfolgt.

- > Starker Gewichtsverlust mit einem BMI von weniger als 15;
- > unaufhaltsamer und kontinuierlicher Gewichtsverlust von 1,5 bis 2,5 kg pro Woche über einen Zeitraum von mindestens einem Monat;
- > Unfähigkeit, sich selbständig zu ernähren;
- > Hypokaliämie, Hypophosphorämie oder symptomatische Hypoglykämie;
- > Dehydrierung;
- > Herzrhythmusstörungen oder Herzfrequenz <40/min;
- > Schwankende Häufigkeit des Menstruationszyklus (Amenorrhoe in schweren Fällen);
- > unzureichendes Ansprechen auf eine ambulante Behandlung;
- > soziale Isolation;
- > hohes Risiko für Selbstmord/Selbstverletzung/Substanzmissbrauch;
- > Notwendigkeit einer vorübergehenden Trennung von der Familie;

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine detaillierte Auflistung der zu prüfenden Parameter, die den Ärzt:innen Sicherheit bei der Entscheidung über das weitere Vorgehen geben soll.



Beurteilung des Risikos für medizinische Komplikationen

(gemäß „percorso lilla“
2020)

Bei Vorliegen eines hohen Risikos für medizinische Komplikationen ist eine Krankenhausaufnahme indiziert, bei sehr hohem Risiko hingegen ist gegebenenfalls auch eine Zwangsbehandlung in Erwägung zu ziehen.



Body-Mass-Index (BMI)

Erwachsene

- > BMI $< 13 \text{ kg/m}^2$ *hohes Risiko*
- > BMI $< 12 \text{ kg/m}^2$ *sehr hohes Risiko*

Kinder- und Jugendliche:

- > BMI < 1 . Perc. *hohes Risiko*

Kritischer Gewichtsverlust

- > Rascher Gewichtsverlust (-1kg pro Woche für mindestens 6 Wochen oder Verlust von $> 10\%$ des ursprünglichen Gewichtes in 2-3 Monaten)
- > Kontinuierlicher Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten

Erwachsene

- > Nüchtern für 5 oder mehr Tage
sehr hohes Risiko

Kinder- und Jugendliche

- > Extreme Nahrungsrestriktion für 2 oder mehr Tage
sehr hohes Risiko

Blutdruck

- > RR $< 90 \text{ mmHg}$ systolisch und $< 60 \text{ mmHg}$ diastolisch
hohes Risiko
- > RR $< 80 \text{ mmHg}$ systolisch und $< 50 \text{ mmHg}$ diastolisch
sehr hohes Risiko

Orthostatetest

- Innerhalb der ersten 3 Minuten nach Lagewechsel vom Liegen zum Stehen
- > Blutdruckabfall $\geq 10 \text{ mmHg}$ systolisch
hohes Risiko
 - > Blutdruckabfall $\geq 20 \text{ mmHg}$ systolisch od. $\geq 10 \text{ mmHg}$ diastolisch
sehr hohes Risiko

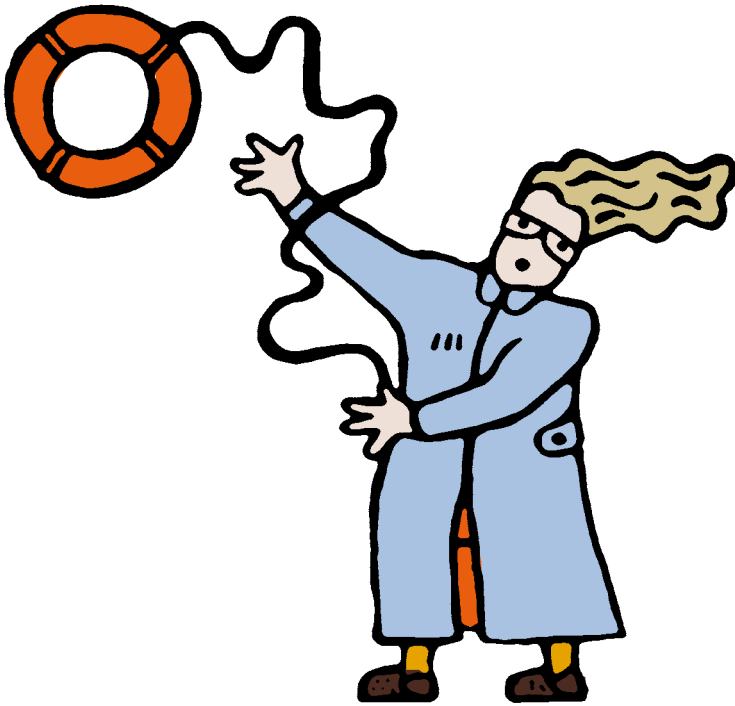
Herzfrequenz:

- > HF $> 110/\text{Min}$
hohes Risiko
- > HF $< 40/\text{Min}$ oder $> 120/\text{Min}$
sehr hohes Risiko

Orthostatetest

- > HF-Anstieg $\geq 10/\text{Min}$
hohes Risiko
- > HF-Anstieg $\geq 20/\text{Min}$
sehr hohes Risiko





EKG

50% der Todesfälle bei Anorexia nervosa: kardiale Ursache!!! (Torsades des pointes, plötzlicher Herztod)

Jede Arrhythmie inklusive QTc-Verlängerung, unspezifische ST-Veränderungen, T-Wellenveränderungen (Inversion, biphasisches T) ist ein Risikomarker.

> Arrhythmischer Puls und/oder $QTc > 450ms$
hohes Risiko

> $QTc \geq 470ms$ (männl.) bzw. $QTc \geq 480ms$ (weibl)

sehr hohes Risiko

> $QTc \geq 500ms$

extrem erhöhtes Risiko

Blutzucker

> BZ $< 60mg/dl$

hohes Risiko

> BZ $< 45mg/dl$

sehr hohes Risiko

Elektrolyte

hohes Risiko

> Natrium $< 130mmol/l$ oder $> 145mmol/l$

> Kalium $< 3,5mmol/l$

> Magnesium $< 0,7mmol/l$

> Phosphat $< 0,8mmol/l$

sehr hohes Risiko

> Natrium $< 125mmol/l$ oder $> 160mmol/l$

> Kalium $< 2,5mmol/l$

> Magnesium $< 0,5mmol/l$

> Phosphat $< 0,3mmol/l$

Harnstoff

> Harnstoff $> 42mg/dl$ *hohes Risiko*

> Harnstoff $> 60mg/dl$ *sehr hohes Risiko*

Leberenzyme

> Wenn mittelmäßig erhöht *hohes Risiko*

> AST und/oder ALT $> 500 U/l$ *sehr hohes Risiko*

Blutbild

> Neutrophile $< 1500/\mu l$ *hohes Risiko*

> Neutrophile $< 1000/\mu l$ *sehr hohes Risiko*

Albumin

> Albumin $< 3,5g/l$ *hohes Risiko*

> Albumin $< 3,0g/l$ *sehr hohes Risiko*



Früherkennung einer Essstörung

In Ihrer täglichen Praxis sind Sie sicherlich mit Patientinnen konfrontiert, die mit Symptomen an Sie herantreten, welche nicht sofort auf die Diagnose einer Essstörung hindeuten. Die klinische Einschätzung ist, neben einer sorgfältigen Beobachtung sowohl der Familiengeschichte als auch der individuellen Situation, grundlegend. Folgende Informationen können Sie durch Fragen an die Patientin ermitteln, um eine Diagnose zu erstellen:

> Hat die Patientin regelmäßig Ihre Menstruation?

> Denkt sie viel ans Essen und/oder an ihre Körperform?

> Wie oft wiegt sie sich?

> Ist sie zufrieden mit ihrem Gewicht und Ihrer Figur?

> Hält sie oft Diät?

> Kommt es vor, dass sie fastet oder Mahlzeiten auslässt?

> Hat sie häufig Gewichtsschwankungen?

> Wie viele Stunden pro Woche betreibt sie Sport?

> Gibt es Nahrungsmittel, die sie sich verbietet?

> Weiß sie, wie viele Kalorien sie täglich zu sich nimmt und wie viele sie zu sich nehmen möchte?

> Passierte es ihr, heimlich zu essen?

> Nimmt sie Abführmittel und/oder Entwässerungstabletten ein?

> Kommt es vor, dass sie in zwanghafter Art und Weise isst, und das Gefühl hat, nicht mehr aufhören zu können?

Beobachten Sie außerdem ...

- > ... die Patientin **verletzt sich selbst** (ritzen an den Armen, Haare ausreißen).
- > ... die Patientin hat **Verletzungen am Handrücken**, welche auf absichtliches Erbrechen hinweisen.
- > Fragen Sie die Eltern ob sie folgendes beobachtet haben:
Stimmungsschwankungen, sozialer Rückzug, Essattacken oder strenge Diäten (Auslassen von Mahlzeiten – reduzierte Portionen – Einteilung in gute und schlechte Lebensmittel – im Teller herumstochern – das Essen zerstückeln).

Wussten sie dass ...

- > Amenorrhoe ist ein sekundäres Symptom der Ernährungseinschränkung und des Gewichtsverlustes. Ziel der Therapie muss also eine Normalisierung des Gewichtes sein. Eine Verabreichung von Östrogenen (Antibaby Pille) leugnet den Zusammenhang der Amenorrhoe mit einer komplexeren Symptomatik und verhindert eine Einsicht der Krankheit.
- > Normalgewichtigen Menschen (BMI zwischen 18,5 und 24,9 kg/m²) ist dringend von einer Gewichtsreduktion abzuraten, denn eine Diät erhöht das Risiko, eine Essstörung zu entwickeln um das 8fache. Wenn normalgewichtige Personen abzunehmen versuchen, tun sie das meistens nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern nur aus ästhetischen.
- > Personen, die Laxantien benutzen, tun dies auf zwei Weisen:
 1. unregelmäßig um eingenommene Kalorien (nach einem objektiven oder subjektiven Essanfall) auszuscheiden. In diesem Fall ist der Laxantiengebrauch dem selbst induzierten Erbrechen gleichzusetzen;
 2. regelmäßig, um die Kalorienaufnahme zu reduzieren und den Effekt „flacher Bauch“ zu erreichen. Problematisch ist, dass man durch Laxantien keine Kalorien ausscheidet, sondern eher Wasser und Elektrolyte.

10

Tipps für den ersten Umgang mit Patientinnen mit Essstörungen

Personen, die an Essstörungen leiden, neigen dazu, das Problem zu verharmlosen oder zu leugnen.

Manchmal fehlt ihnen die Einsicht an einer Störung zu leiden, manchmal besteht eine großes Schamgefühl oder die Angst, auf das Symptom verzichten zu müssen (z.B. das Dünnsein oder die beruhigende Wirkung eines Essanfalles). Diese Patientinnen benötigen einen sensiblen und gleichzeitig bestimmenden Umgang. Es ist wichtig, ihnen das Gefühl der absoluten Autonomie zu geben, jede Entscheidung bleibt letztendlich bei



ihnen. Das, was Ärzte tun können ist, sie über die zum Teil schwerwiegenden Folgen ihres Essverhaltens zu informieren und sie zu einer bewussten Behandlung zu motivieren. Im Falle eines extremen Untergewichts ist es wichtig, dass sie über die Folgen eines eventuellen klinischen Notfalls informiert sind.

Auch diejenigen, die das Problem leugnen, haben ein Problembewusstsein. In der Regel sind die Patientinnen ambivalent und

nehmen, besonders vor Personen, die sie überreden wollen etwas zu verändern, eine leugnende Haltung ein.

Patientinnen mit Krankheitseinsicht: wenn sich eine Person an Sie wendet und Ihnen ausdrücklich von ihrer Essstörung berichtet, so hat sie bereits einen bewussten Weg eingeschlagen und ist bereit, Hilfe anzunehmen. Es ist hilfreich, klar und einfühlsam zu sein, ohne zu vergessen, dass das Eingestehen einer Essstörung für die Patientin schwierig und leidvoll ist.

Patientinnen ohne Krankheitseinsicht: wenn sich eine Person mit klaren körperlichen Symptomen an Sie wendet, die an eine Essstörung denken lassen, spricht die Patientin diese aber nicht von sich aus an, sprechen Sie Ihren Verdacht klar aus, besonders, wenn dieser durch Ihre diagnostischen Fragen bestätigt wird. Informieren Sie die Patientin über mögliche Folgen ihres Essverhaltens. Sollte die Patientin eine Therapie verweigern, ist es möglich, dass sie zumindest eine anonyme Beratung bei INFES in Anspruch nimmt.

Junge Patientinnen: Mädchen, die an Magersucht leiden, sind oft sehr aufgeweckte Mädchen, die in ihrer Autonomie anerkannt werden wollen, auch wenn sie noch sehr jung sind. Es ist wichtig, mit ihnen in Kontakt zu treten und nicht nur mit ihren Eltern. Es sollte keine Kommunikation oder therapeutische Entscheidung ohne das Wissen der Patientin getroffen werden, da dies ihre Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, stark beeinträchtigen könnte.

Patientinnen mit Akutgefährdung: wendet sich eine Patientin mit einem Krankheitsbild von schwerem Untergewicht und/oder in einem akut lebensbedrohlichen körperlichen Zustand an Sie, so ist es notwendig, sie über das Risiko, welches sie läuft, zu informieren und die Unterlagen für eine Krankenhauseinweisung vorzubereiten. Bei einem Body-Mass-Index kleiner als 14 ist der klinische Zustand meist lebensbedrohlich.

Einige praktische Hinweise

Die folgenden Hinweise gelten nur für Patientinnen, die keine medizinischen Komplikationen aufweisen

- > Patientinnen mit Essstörungen haben in der Regel schwerwiegende Probleme mit ihrem Körperbild und reagieren sehr empfindlich auf Äußerungen in Bezug auf ihren Körper. Ein respektvoller Umgang und eine einfühlsame Sprache sind daher die Grundlage, um ihre Krankheitseinsicht zu wecken, welche wiederum motivierend für eine Verhaltensänderung sein kann.
- > Sätze wie „sie sollten zunehmen / sie sollten abnehmen“ oder „sie sind zu dick / zu dünn“ werden als belastende Kritik empfunden. Formulierungen wie „ihr Gewicht ist weit unterhalb des Normalbereichs“ klingen neutraler und können eher angenommen werden.
- > Sätze wie „sie leiden an einer Essstörung“ wirken entlastender als „sie sind essgestört“ oder „sie haben eine Essstörung“.
- > Patientinnen, die an

Essstörungen leiden, sind oft überzeugt, an ihrem Verhalten schuld zu sein. Sie glauben, es liege nur an ihnen, etwas zu ändern und die Tatsache, dass sie es nicht schaffen, hinterlässt in ihnen ein Gefühl des Versagens und der Scham. Von einem Arzt zu hören, es handle sich um eine Krankheit, die wie jede andere Pathologie auch, eine Behandlung braucht, kann entlastend wirken.

- > Ärztliche Untersuchungen gestalten sich manchmal schwierig, da das Auskleiden vor anderen Personen (auch vor den eigenen Partnern) wegen der Ablehnung des eigenen Körpers extrem schambesetzt ist. Auch Ängste aufgrund körperlicher oder sexueller Gewalterfahrungen sollen nicht außer Acht gelassen werden. Diese Aspekte erfordern von den Ärzt/inn/en ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und setzen die ausdrückliche Zustimmung der Patientin für jede Untersuchung voraus.
- > Manchmal brauchen Patientinnen etwas Zeit, um sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden. Geben Sie der Patientin die Zeit zum Nachdenken und laden Sie sie zu einem Kontrolltermin in absehbarer Zeit ein.
- > Ist der Widerstand der Patientin gegenüber einer

Behandlung groß, können kleine Zwischenschritte verhandelt werden. Der Patientin noch einmal die Chance zu geben, es alleine zu probieren, hilft ihr manchmal, Vertrauen zu gewinnen und eine Behandlung zu akzeptieren. Zwischenschritte können z.B. eine leichte Gewichtszunahme oder eine Besserung körperlicher Symptome sein. Sollte diese nicht erreicht werden, machen Sie ihr verständlich, dass sie alleine nicht die Kraft für eine Veränderung hat und professionelle Unterstützung braucht.

- > Wenn die Patientin es ablehnt, sich für die therapeutische Behandlung an ein Ambulatorium zu wenden, kann eine Beratung bei INFES eine gute Zwischenlösung sein. Die Beraterinnen sind darauf geschult, Motivationsgespräche zu führen und können sich Zeit für mehrere Gespräche nehmen. Die Beratungen verlaufen dort kostenlos und anonym, so dass sich die Patientin zu nichts verpflichten muss. Die Mitarbeiterinnen sind gründlich über die Möglichkeiten der Behandlung in Südtirol und auch außerhalb Südtirol informiert. Dies kann dabei unterstützen, eine Entscheidung zu treffen.

Auf den Punkt gebracht

Hausärzt:innen, Gynäkolog:innen, Pädiater:innen, Zahnärzt:innen, kommen häufig mit Patientinnen in Kontakt, deren Symptome durch eine Essstörung entstanden sein könnten. Sie nehmen somit eine wichtige Funktion in der Diagnostik und gleichzeitig in einer möglichen Behandlung und Heilung ein.

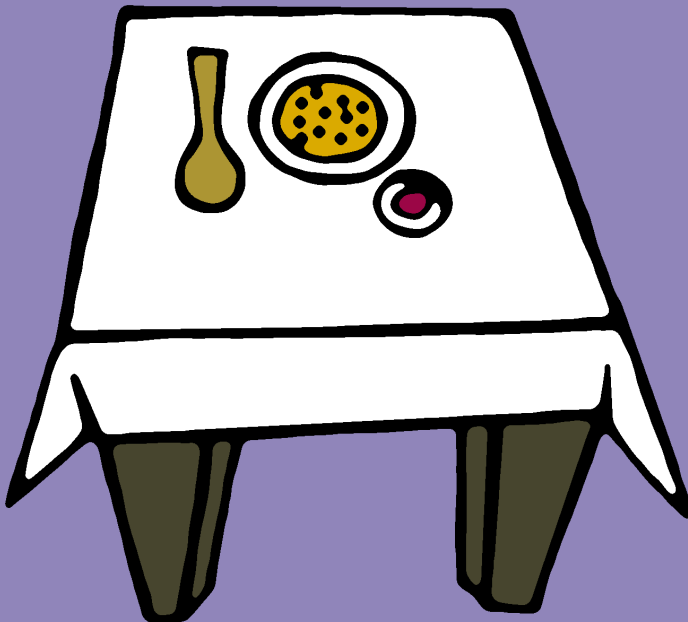
- > Die Früherkennung erhöht die Heilungschancen einer Essstörung wesentlich.
- > Die Behandlung der Essstörungen bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Ernährungstherapeut:innen. Die spezialisierten Ambulatorien garantieren diese Teamarbeit.
- > Die Patientinnen leugnen oft das Problem. Man kann sie zu einer Einsicht und somit zu einer Behandlung motivieren, dies braucht Geduld und Einfühlungsvermögen.
- > Um eine Patientin zur Behandlung zu motivieren ist es wichtig, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, bei dem sowohl ihr Leiden als auch ihre Autonomie respektiert werden. Wenn Sie eine Essstörung vermuten, dann

- nehmen Sie sich genügend Zeit für ein ausführliches Gespräch.
- > Wenn Sie einer Betroffenen ohne Krankheitseinsicht deren Diagnose mitteilen, sprechen Sie offen und sachlich, gleichzeitig aber mit sehr viel Respekt, wobei zu berücksichtigen ist, dass eine Essstörung mit viel Scham und Versagensgefühlen begleitet wird. Verleugnet die Patientin ihre Erkrankung, so vereinbaren Sie weitere medizinische Kontrollen und sprechen sie erneut an.
- > Bei extremem Untergewicht (einem Body-Mass-Index kleiner als 14) ist besondere Aufmerksamkeit notwendig und ein Krankenhausaufenthalt soll in Erwägung gezogen werden.



13

Wenden Sie sich an...



Essstörungen brauchen multidisziplinäre Behandlung

Aufgrund der vielfältigen Ursachen von Essstörungen ist die Behandlung multidisziplinär durch ein Miteinander von Medizin, Psychotherapie und Ernährungstherapie zu gestalten. Im Idealfall findet die Behandlung in einem eng vernetzten Team aus ambulanten und stationären Einrichtungen statt, sodass jederzeit optimal auf die betroffenen Frauen und Mädchen eingegangen werden kann.

In Südtirol wird dies durch die vier Ambulatorien / interdisziplinären Teams in den vier Bezirken gewährleistet, die bei Notaufnahmen für Minderjährige auf die pädiatrische Abteilung in Brixen, bei Notaufnahmen für Erwachsene auf die psychiatrische Abteilung in Bozen zurückgreifen. Minderjährige werden in Bozen (unter 14 Jahren) und Bruneck (unter 18 Jahren) ambulant von den Fachambulanzen für psychosoziale Gesundheit im Kindes- und Jugendalter betreut.

Seit 2022 gibt es in Bozen die therapeutische Einrichtung für ES Villa Eèa, dort werden 12 Patient:innen in der Tagesklinik und 8 in der Wohngemeinschaft behandelt. Für die Rehabilitation hat die Klinik in Bad Bachgart ein eigenes Programm für Essstörungen. Die Fachstelle für Essstörungen INFES bietet anonyme und kostenlose Beratungen für Betroffene aber auch für Angehörige und Freunde, Motivations- und Informationsgespräche für mögliche Therapien an. Zudem bietet die INFES gegen Bezahlung Gruppenangebote wie Psychosoziale Trainingsgruppe, Kunsttherapie u.a. Kurse, welche die Einzeltherapien unterstützen an.

14

Leitlinien:

Ministero della Salute

Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione "Percorso lilla in pronto soccorso". 2020

Ministero della Salute www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2961_allegato.pdf

Royal College of Psychiatrists

Medical emergencies in eating disorders (MEED): Guidance on recognition and management. CR233: 2022, update 2023

[www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr233-medical-emergencies-in-eating-disorders-\(meed\)-guidance.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr233-medical-emergencies-in-eating-disorders-(meed)-guidance.pdf)

American Psychiatric Association (APA)

Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. 4th edition 2023

<https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.books.9780890424865>

National Institute for Health and Care Excellence

Eating disorders: recognition and treatment NICE guideline 2017, update 2020 www.nice.org.uk/guidance/ng69

Istituto Superiore di Sanità

Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti.

A cura di De Virgilio G., Coclite D., Napoletano A., Barbina D., Dalla Ragione L., Spera G., Di Fiandra T. 2013

Gemeinsame S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ 2018 AWMF-Register-Nr. 051/026

Deutsche, Gesellschaft für Essstörungen (DGESS) et al

www.awmf.org

Adressen und nützliche Links

Beratungsstellen

INFES - Fachstelle für Essstörungen

Erstberatungen kostenlos und anonym
Auch für Angehörige, Freunde, Lehrpersonen etc.
Talfergasse 4
39100 Bozen
Telefonberatung: Tel. 0471.970039
E-mail Beratung: info@infes.it - www.infes.it

Ambulante Einrichtungen

Ambulatorium für Essstörungen Bozen geführt von Città Azzurra

Sparkassenstraße 8
39100 Bozen
Tel. 0471.300389
psycho@cittazzurra.it

Für Minderjährige unter 14 Jahren:

Fachambulanz für psychosoziale Gesundheit im Kindes- und Jugendalter Bozen

Josef Ressel Straße 2
39100 Bozen
Tel. 0471.435353 / 0471.435533

Ambulatorium für Essstörungen Meran

Krankenhaus Meran - Dienst für Diät
und Ernährung - 2. Stock trakt D
Rossinistraße 1
39012 Meran
Tel. 0473 251250 (9.00-11.00 Uhr)
diet.me@sabes.it

Ambulatorium für Essstörungen Brixen

In Zusammenarbeit mit

- > Psychologischer Dienst
- > Dienst für Diät und Ernährung
- > Ambulanz und Abteilung Pädiatrie
- > Ambulanz und Abteilung Medizin 1

Krankenhaus Brixen
Dantestraße 51
39042 Brixen
Tel. 0472.812711 (Medizin)
Tel. 0472.813250 (Diät und Ernährung)
Tel. 0472.813100 (Psychologischer Dienst)

Für Minderjährige unter 18 Jahren:

Tel. 0472.812670 (Pädiatrie)
diaet.bx@sabes.it
psychodienst.bx@sabes.it
paediatrie.bx@sabes.it

Ambulatorium für Essstörungen Bruneck

In Zusammenarbeit mit

- > Dienst für Diät und Ernährung
- > Zentrum für Psychische Gesundheit

Krankenhaus Bruneck
Spitalstraße 11
39031 Bruneck
Tel. 0474.581136 (Diät und Ernährung)
Tel. 0474.586340 (Zentrum Psychische Gesundheit)
diaet-bruneck@sabes.it
diaet-bruneck@sb-bruneck.it

Für Minderjährige unter 18 Jahren:

Fachambulanz für psychosoziale Gesundheit im Kindes- und Jugendalter Bruneck

Herzog Sigmund Straße 1
39031 Bruneck
Tel. 0474.370402
info@eos-fachambulanz.it
www.eos-jugend.it

Stationäre Behandlung

Für Minderjährige in Akutsituationen:

Abteilung für Pädiatrie
Krankenhaus Brixen
Dantestraße 51
39042 Brixen
Tel. 0472.812670

Für Erwachsene in Akutsituationen:

Abteilung Psychiatrie
Krankenhaus Bozen
Lorenz Böhler Straße 5 - Gebäude W, 1. Stock
Tel. 0471.439 801

Villa Eèa

Carduccistraße 19
39100 Bozen
Tel. 0471.1800826
villaeaa@cittazzurra.it

Therapiezentrum Bad Bachgart

Therapiezentrum für Abhängigkeiten und
psychosomatische Störungen
Bachgartstraße 5
39030 Rodeneck
Tel. 0472 887611
badbachgart@sabes.it



FORUM PRÄVENTION
Infes

Talfergasse 4
I - 39100 Bozen
Tel. 0471.970039
info@infes.it
www.infes.it

Wir danken für die Unterstützung:

