

# ÄRZTLICHE PRAXIS

Auch im Internet unter:  
[www.aerztlichepraxis.de](http://www.aerztlichepraxis.de)

in Zusammenarbeit  
mit der Bayerischen  
Landesärztekammer und  
MEDICA Deutsche Gesellschaft  
zur Förderung der  
Medizinischen Diagnostik e. V.

## Zertifizierte Fortbildung

### Ess-Störungen

#### Häufigkeit von Ess-Störungen

Die Prävalenzrate der Magersucht (Anorexia nervosa) beträgt bei 15- bis 30-jährigen Frauen zwischen 0,5 und 1 Prozent. In Risikogruppen (etwa Fotomodelle, Turnerinnen, Tänzerinnen und Ausdauersportlerinnen) liegt die Prävalenz jedoch wesentlich höher. Der erste Erkrankungsgipfel findet sich bei 14, der zweite bei 18 Jahren. An einer Fress-Brechsucht (Bulimia nervosa) leidet ein Prozent der jungen Frauen. Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 18. und dem 20. Lebensjahr.

Die angegebenen Altersgipfel dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch 30- bis 60-jährige Frauen unter chronischen oder neu aufgetretenen Ess-Störungen leiden können. Das Verhältnis von Männern zu Frauen bei den genannten Formen der Ess-Störungen



**Egal wie eng sie den Gürtel auch schnallen können – Magersüchtige finden sich immer noch viel zu dick.**

beträgt 10 bis 20:1. Die häufigste Ess-Störung in der erwachsenen Bevölkerung ist mit einer Prävalenzrate von ein bis vier Prozent die Fress-

Sucht (Binge Eating Störung). Anders als Anorexie und Bulimie betrifft die Fress-Sucht Männer und Frauen etwa gleich häufig. Auf dieses Krankheitsbild wird in dieser Übersicht nicht eingegangen.

#### Diagnostische Kriterien

Die Diagnosekriterien der Anorexia nervosa gemäß ICD-10 umfassen niedrigen Body-Mass-Index (BMI), selbst herbeigeführten Gewichtsverlust, Störung des Körperschemas sowie endokrine Störungen (siehe auch Kasten 1).

In den Kriterien des DSM-IV (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) werden bei der Anorexia nervosa unterschieden:

- restriktiver Typus: Keine regelmäßigen Fressanfälle und kein Purging-Verhalten.



**Dr. med. Winfried Häuser (links),**  
Ärztlicher Leiter  
Funktionsbereich  
Psychosomatik der  
Medizinischen Klinik I  
am Klinikum  
Saarbrücken;  
**Dr. med. Annette Kölsch,**  
Oberärztin der  
Frauenklinik am Klinikum  
Saarbrücken.



... online punkten!

### STADA CME-Fortbildung

- + Im Internet Zertifizierungspunkte sammeln
- + Immer aktuelle CME-Fortbildungsmodule.

[www.stada.de/cme](http://www.stada.de/cme)

**STADA**  
Apotheken  
Alles Gute für  
die Gesundheitsbranche

- Binge Eating/Purging-Typus: Regelmäßige Fressanfälle und Purging-Verhalten.

Unter Purging versteht man selbstinduziertes Erbrechen und Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Appetitzüglern, Schilddrüsenhormonen oder Klistieren. Ziel dieser Maßnahmen ist es, Gewicht zu verlieren beziehungsweise Gewichtszunahme – etwa nach Fressattacken – zu vermeiden. Bei Komorbidität mit Typ-1-Diabetes führen Betroffene den Gewichtsverlust bisweilen auch durch Reduzieren oder Auslassen der Insulinzufuhr (Kalorienverlust durch Glukosurie) herbei (so genanntes Insulin-Purging).



**Essgestörte Frauen tragen ein erhöhtes Risiko für Zyklusstörungen, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie Osteoporose.**

Je nach BMI und psychischer Komorbidität werden bei der Anorexia nervosa folgende Schweregrade unterschieden:

- leichtgradige Anorexie: BMI 16 bis 17,5 kg/m<sup>2</sup>, geringe psychische Komorbidität;
- mittelschwere Anorexie: BMI 14 bis 16 kg/m<sup>2</sup>, mäßige psychische Komorbidität;
- schwere Anorexie: BMI < 14 kg/m<sup>2</sup>, schwere psychische Komorbidität.

Die ICD-10-Kriterien der Bulimia nervosa umfassen die ins Krankhafte gesteigerte Angst dick zu werden, andauernde Beschäftigung mit dem Essen, Fressattacken sowie Purging-Verhalten (siehe auch Kasten 2).

Das DSM-IV nennt für die Bulimia nervosa neben der andauernden übertriebenen Beschäftigung mit der Figur und dem Gewicht folgende Diagnosekriterien:

- Fressanfälle (anfallsartiges hastiges Verschlingen großer Nahrungsmengen), die über einen Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal wöchentlich auftreten.
- Kontrollverlust (Betroffene haben das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können).
- Kompensationsverhalten, um Gewichtszunahme zu vermeiden (Er-

#### Kasten 1: Diagnosekriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10

- Körpergewicht mindestens 15 Prozent unter dem Normalgewicht oder BMI < 17,5 kg/m<sup>2</sup>.
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch das Vermeiden hochkalorischer Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten: selbst induziertes Erbrechen, selbst induziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.
- Körperschema-Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als tief verwurzelte überwertige Idee.
- Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse: bei Frauen Amenorrhö, bei Männern Libido- und Potenzverlust. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.

brechen, Diäten, übertriebener Sport, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Klistieren et cetera).

Zudem unterscheidet das DSM-IV bei der Bulimia nervosa folgende Subtypen:

- Purging-Typus: induziert regelmäßig selbst Erbrechen oder missbraucht gewichtsmindernde Substanzen wie Laxanzien.
- Nicht-Purging-Typus: anderes unangemessenes Kompensationsverhalten wie Fasten oder übermäßige körperliche Aktivität.

Der Schweregrad der Erkrankung lässt sich unterteilen in:

- leichtgradige Bulimie: zwei bis drei bulimische Phasen pro Woche ohne weitergehende psychische Auffälligkeiten.
- mittelgradige Bulimie: tägliche bulimische Phasen mit phasenhaft starker Depressivität und Suizidalität.
- schwergradige Bulimie: täglich mehrfaches bulimisches Verhalten, ständiger Missbrauch von Medikamenten, Drogen oder Alkohol, erhebliche Suizidalität.

Abortive Verlaufsformen von so genannter atypischer Anorexia oder Bulimia nervosa sind in der primärärztlichen Versorgung häufiger anzutreffen als „klassische“ Störungen. Letztere erfüllen sämtliche genannten Kriterien, atypische Ess-Störungen zeigen zwar das typische klinische Bild, aber nicht alle ICD-10-Kriterien.

## Klinisches Erscheinungsbild

Folgende allgemeine körperliche Beschwerden und Befunde können vorliegen, ohne dass Betroffene von sich aus eine Ess-Störung angeben:

- Gewichtsabnahme, körperliche Schwäche;
- vermehrte Kälteempfindlichkeit;
- Konzentrationsstörungen;
- Haarausfall, brüchige Nägel;
- dyspeptische Beschwerden (postprandiale Oberbauchschmerzen, Völlegefühl, Übelkeit);
- Osteoporose;
- schlecht eingestellter Diabetes mellitus Typ 1.

Folgende gynäkologische Beschwerden und Zeichen sind bei essgestörten Frauen häufiger als bei nicht-essgestörten:

- fehlende Menarche, Zyklusstörungen, sekundäre Amenorrhö;
- Infertilität;
- Schwangerschaft trotz Einnahme von Ovulationshemmern;
- mangelnde Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, ausgeprägte Hyperemesis gravidarum;
- Früh- und Fehlgeburten;
- niedriges Geburtsgewicht;
- postpartale Depression.

### • Zyklusstörungen

Anovulatorische Zyklen, Oligo- und Amenorrhö kommen bei der Bulimia nervosa häufig vor; bei der Magersucht ist primäre oder sekundäre Amenorrhö eines der vier Diagnosekriterien gemäß ICD-10.

Ursachen der Amenorrhö sind ein niedriges Körpergewicht, ein geringer Körperfettanteil sowie die verminderte Frequenz und Amplitude der im Hypothalamus freigesetzten Pulse an Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH). Durch

#### Kasten 2: Diagnosekriterien der Bulimia nervosa nach ICD-10

- andauernde Beschäftigung mit dem Essen;
- Heißhungerattacken, bei denen große Mengen Nahrungsmittel in sehr kurzer Zeit konsumiert werden;
- Versuche, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch Purging-Verhalten entgegenzuwirken;
- krankhafte Furcht davor, dick zu werden;
- häufig Anorexia nervosa in der Vorgeschichte.

die enge räumliche Verbindung zum limbischen System inhibieren das dort freigesetzte Dopamin, Serotonin und die endogenen Opioide das GnRH-Sekretionsmuster. Die geringe Ausschüttung von GnRH führt zu erniedrigtem Basalwert und verminderter pulsatiler Sekretion von luteinisierendem Hormon (LH) und Follikel-stimulierendem Hormon (FSH). Daher sind auch die Östrogen- und die Progesteronspiegel erniedrigt und zyklische Schwankungen nicht nachweisbar. Das Hormonprofil entspricht dem der frühen Pubertät.

Trotz normalen Gewichts treten Zyklusstörungen bei zirka 50 Prozent der Bulimikerinnen auf. Zwei Pathomechanismen liegen zugrunde: – Verminderung der LH-Basalwerte sowie der Frequenz und Amplitude der LH-Pulse mit ausbleibendem präovulatorischem Östrogenanstieg; daraus resultieren verlängerte Follikelphasen mit anovulatorischen Zyklen und das klinische Bild einer Oligo- oder Amenorrhö.

– Verkürzte Lutealphase mit erniedrigten Spiegeln für LH und Progesteron und regelmäßigen Zyklen.

Weil durch das selbstinduzierte Erbrechen die Resorption oraler Kontrazeptiva vermindert und die Aktivität der Cytochrom-P450-Enzyme gesteigert ist, finden sich bei Bulimikerinnen erhöhte Raten an unerwünschten Schwangerschaften und Abtreibungen.

#### • Fertilität

Eine frühere Bulimia nervosa hat keinen Einfluss auf die Fruchtbarkeit der Frau, wohl aber eine frühere Anorexia nervosa. Aktuell vorliegende Ess-Störungen beeinträchtigen die Fertilität.

#### • Schwangerschaft

Bulimische Symptome schwächen sich während einer Schwangerschaft oft ab; nach der Geburt kommt es jedoch meist zu einem Rezidiv oder gar zu einer Zunahme der Fress-Brechanfälle.

Die Symptome einer Magersucht können in der Schwangerschaft zunehmen. In den seltenen Fällen der Symptombesserung rezidiviert die Anorexie bei fast allen Patientinnen innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt.

Die Rate der Fehlgeburten ist bei symptomatischen schwangeren Patientinnen mit Anorexie und Bulimie im Vergleich zu Kontrollgruppen verdoppelt. Erhöht ist auch die Quote für Geburtskomplikationen wie Asphyxie, Mekoniumaspiration mit eventuell konsekutiver Aspirationspneumonie, Hypoglykämie oder Hypokalzämie. Auch Probleme beim Stillen und postpartale Depressionen kommen gehäuft vor.

Das Geburtsgewicht der Kinder essgestörter Patientinnen ist bei

Krankheitsbeginn auftreten kann. Das Ausmaß der Osteopenie hängt wesentlich vom Alter der Patientin bei Beginn der Ess-Störung ab und davon, wie lange die Krankheit und insbesondere die oft begleitende Amenorrhö (Östrogenmangel) schon dauert.

Eine bereits eingetretene Minderung der Knochendichte ist auch Jahre nach Erreichen des Normalgewichts nicht mehr voll reversibel; es bleibt somit lebenslang ein hohes Osteoporose- (bis zu 40 Prozent der Patientinnen) und Frakturrisiko (bis zu siebenmal höher als bei nichtessgestörten Frauen) bestehen. Gleichzeitig Tabakrauchen, welches von Essgestörten auch zur Appetit-Reduktion eingesetzt wird, erhöht das Osteoporoserisiko zusätzlich.

Weitere ätiologisch relevante Faktoren sind reduzierte Zufuhr von Kalzium und Vitamin D sowie Hyperkortisolismus. Manifestiert sich die Ess-Störung vor dem pubertären Wachstumsschub, kann es neben dem verzögerten Eintritt in die Pubertät auch zu einem Stillstand des Längenwachstums kommen.

#### • Fazit

Die durch die Essstörung induzierten endokrinologischen

Veränderungen und Mangelerscheinungen können zu teilweise hoch auffälligen klinischen und Laborbefunden sowie körperlichen Folgeerkrankungen führen (siehe auch Tabelle IV).

## Verlauf

Ess-Störungen chronifizieren häufig und haben eine beträchtliche Letalität. In vielen Fällen ist eine mehrjährige Behandlung notwendig. Hat die Therapie Erfolg, bilden sich die Symptome bei 50 bis 60 Prozent der Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa vollständig zurück – die Frauen können als geheilt gelten. Bei rund 35 Prozent der Anorektikerinnen persistiert die Ess-Störung vollständig oder mit



**Wegen des konsekutiven Östrogenmangels sind Anorektikerinnen schon in jungen Jahren von Osteoporose bedroht.**

Früh- wie auch Termingeburten erniedrigt; dies gilt auch für Patientinnen, bei denen zum Zeitpunkt der Geburt die Kriterien einer Magersucht nicht mehr erfüllt sind. Kleinere Studien weisen darauf hin, dass essgestörte Mütter im Laufe der Säuglings- und Kleinkindpflege die Essensbedürfnisse ihrer Kinder unterschätzen und dass bei diesen vermehrt Verhaltensauffälligkeiten auftreten.

#### • Osteoporose

Die in der zweiten Lebensdekade erreichte maximale Knochendichte bestimmt wesentlich das Risiko, im späteren Leben an Osteoporose zu erkranken. Bei über 50 Prozent der Anorektikerinnen besteht eine Osteopenie, die schon kurz nach



**Ungenügend oder nicht behandelte Ess-Störungen sind mit hoher Letalität behaftet.**



Tabelle: Befunde und Folgekrankheiten bei Anorexia und Bulimia nervosa	
<b>Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt</b>	Hypokaliämie, Hypochlorämie, Hypokalzämie, Hypomagnesiämie, metabolische Alkalose
<b>Herz-/Kreislaufsystem</b>	Sinusbradykardie, Sinusarrhythmie, wechselnder Vorhofrhythmus, (supra-)ventrikuläre Extrasystolen, unspezifische Myokardschädigungszeichen (EKG), reduzierte linksventrikuläre Masse (2-D-Echokardiographie), sympathikotone Hypotonie, Hypothermie
<b>Stoffwechsel</b>	infantiles Sekretionsmuster von LH und FSH mit Östradiolniedrigung, Hyperkortisolismus, TSH-Erniedrigung, Low-T3-Syndrom, Hypercholesterinämie, pathologische Glukosetoleranz, Hypoglykämie, sekundärer Hyperaldosteronismus (Pseudo-Bartter-Syndrom)
<b>Magen-/Darmtrakt</b>	Zahnschäden, Parotisschwellung, Refluxösophagitis, Boerhaave-Syndrom, Mallory-Weiss-Syndrom, Kardia-Insuffizienz, Magenentleerungsstörung, funktionelle Dyspepsie, irritables Darmsyndrom, Obstipation, akute Pankreatitis, Darmulzera, Ileus durch Ballaststoffbezoare, Hämorrhoiden, Rektumprolaps
<b>Knochen</b>	Osteoporose, Osteomalazie, hypertrophe Osteoarthropathie
<b>Nieren</b>	kaliopenische Nephropathie, terminale Niereninsuffizienz
<b>Blut</b>	Anämie, Leukopenie, Thrombopenie
<b>Nervensystem</b>	Pseudoatrophia cerebri, periphere Neuropathie
<b>Haut</b>	trockene Haut, Haarausfall, Lanugobehaarung, Petechien, Ödeme, Akrozyanose
<b>Sonstiges</b>	Erniedrigung von Eisen, Ferritin, Vitamin A, B <sub>12</sub> , D, Folsäure, Albumin und Gesamteiweiß



**Auch Frauen in der Menopause können unter (abortiven) Ess-Störungen leiden.**

Teilsymptomen über Jahrzehnte. Bei der Bulimia nervosa besteht ebenfalls bei etwa 35 Prozent der Betroffenen die Symptomatik fort und/oder es treten Symptome anderer psychischer Störungen (Substanzabhängigkeit, Depressionen, Angststörungen) auf.

Die Letalität magersüchtiger Patientinnen, die stationär behandelt werden mussten, beträgt nach 20 Jahren 20 Prozent; die Frauen sterben meist an körperlichen Komplikationen. Die Letalität der Bulimie liegt nach zehn bis 15 Jahren bei zwei bis vier Prozent. Häufigste Todesursache ist der Suizid. Negative prognostische Faktoren sind

- früher Symptombeginn,
- verzögert einsetzende Therapie sowie
- körperliche (zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 1, Morbus Crohn) und seelische Begleiterkrankungen.

Ärzte sollten auch bei Patientinnen zwischen 40 und 60 Jahren mit Osteoporose beziehungsweise erheblichen seelischen Problemen in der Meno- und Postmenopause an die Möglichkeit einer früheren oder noch aktuellen (abortiven) Ess-Störung denken. Ehemals oder noch essgestörte erwachsene Frauen können erhebliche Probleme haben, altersphysiologische Veränderungen ihres Körpers zu akzeptieren, und setzen dann auch in diesem Lebensabschnitt restriktive und purgative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion ein.

## Ursachen

Die Entstehung von Ess-Störungen wird durch das Zusammenwirken biologischer, soziokultureller und seelischer Faktoren in Prädisposition, Auslösung und Chronifizierung erklärt. Die Bedeutung einzelner Faktoren ist für jede Essgestörte individuell zu ermitteln.

- Prädisponierende Faktoren sind: aktuelles Schlankheitsideal westlicher Industrienationen; labiles Selbstwertgefühl; bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (Perfektionismus und Introvertiertheit bei Anorexie, mangelnde Frustrationstoleranz bei Bulimie)

- Als auslösende Faktoren gelten: Crash-Diäten und Fasten; Anstieg der prozentualen Körperfettmasse um fast 50 Prozent mit gluteofemoralem Verteilungsmuster in der Pubertät; Kränkungs- und Verlust-erlebnisse; intrapsychische und zwischenmenschliche (Paar-, Familien-) Konflikte

- Chronifizierende Faktoren sind: sekundäre untergewichtsbedingte seelische Veränderungen (Verstärkung depressiven, ängstlichen und zwanghaften Verhaltens); Provokation von Heißhungerattacken durch Fasten/Nahrungsrestriktion; Destabilisierung der psychophysischen Regulation der Nahrungsaufnahme durch winzige beziehungsweise riesige Nahrungsmengen und Einnahme von Appetitzüglern; intrapsychische und zwischenmenschliche (Paar-, Familien-)Konflikte; psychi-

sche Komorbiditäten (depressive, Angst- und Zwangserkrankungen, Substanzabhängigkeit).

## Behandlung

Die Therapie von Ess-Störungen verfolgt folgende Ziele:

- Akzeptanz einer ausgewogenen und kalorisch ausreichenden Ernährung.
- Erreichen eines Gewichts, bei dem die Menstruation bei der Patientin wieder spontan eintritt (bei Anorexia nervosa).
- Beheben oder zumindest Bessern körperlicher Komplikationen.
- Verändern dysfunktionaler Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen, die mit der Ess-Störung assoziiert sind.
- Stabilisieren des Selbstwerts.
- Verbessern der Affektregulation mit Entwicklung von Strategien zur angemessenen Konfliktbewältigung.
- Behandeln assoziierter seelischer Störungen und intrafamiliärer Konflikte.

Um diese Ziele zu erreichen, ist es in der Regel erforderlich, Ernährungstherapie mit Psychotherapie (Einzel-, Paar-, Familientherapie) und der medizinischen Behandlung somatischer Komplikationen zu kombinieren. Psychodynamische und kognitiv-behaviorale Einzeltherapie haben sich als erfolgreich erwiesen. Bei Kindern und Jugendlichen sollten die Eltern in die Therapie einbezogen werden (systemische Familientherapie).

Bei der Bulimia nervosa lässt sich eine hohe Fress-Brechhäufigkeit durch Gabe von Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI) oder Spironolacton reduzieren. Alleinige medikamentöse Therapie ist aber nicht ausreichend, da die Symptome nach Absetzen der Medikation wieder auftreten. Psychopharmaka haben sich bei Anorexia nervosa nicht beziehungsweise nur in Einzelfällen als wirksam erwiesen, etwa bei psychischer Komorbidität in Form von Angst- oder Zwangsstörungen.

Je nach Schwere der Ess-Störung und bisherigem Behandlungsverlauf stehen folgende Therapiesettings zur Verfügung:

- manualgestützte Selbsthilfe;
- hausärztliche und/oder gynäkologische psychosomatische Grundversorgung;
- niedrigfrequente ambulante Beratung (online, spezialisierte Beratungsstellen);
- ambulante Psychotherapie;
- tagesklinische Behandlung;
- internistisch-psychosomatische beziehungsweise psychiatrische Behandlung in einem Akutkrankenhaus bei stationär behandlungsbedürftigen körperlichen und/oder psychiatrischen Komplikationen;
- längerfristige stationäre Psychotherapie in spezialisierten psychosomatischen Rehabilitationskliniken oder Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an Akutkrankenhäusern oder psychosomatischen Fachkliniken.

Auch wenn solche Formen der Kooperation vom EBM 2000 Plus nicht ausreichend honoriert werden, sollten Hausärzte, Frauenärzte und Psychotherapeuten regelmäßig telefonisch oder per Befundberichten Informationen über essgestörte Patienten austauschen. Vorher gilt es selbstverständlich, hierfür das Einverständnis der Betroffenen einzuholen und dies auch schriftlich zu dokumentieren.

## Aufgaben der primär versorgenden Ärzte

• **Erstdiagnose/Früherkennung**  
Hausärzten kommt – ebenso wie niedergelassenen Gynäkologen – eine wichtige Rolle in der Früherkennung von Ess-

Störungen zu.

Ein entsprechendes Screening ist obligat bei Patientinnen mit Amenorrhö, Zyklusstörungen, unerfülltem Kinderwunsch, aber auch bei Leistungssportlerinnen sowie nach der Geburt eines so genannten SGA-Kindes

(Small for Gestational Age). Auch wenn eine Patientin es ablehnt, sich wiegen zu lassen oder ihr Gewicht anzugeben, kann dies auf eine Ess-Störung hinweisen.

Als Screening haben sich folgende Fragen bewährt:

- Sind Sie zufrieden mit Ihrer Figur und Ihrem Gewicht?
- Machen Sie sich Sorgen um Ihre Figur?
- Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Monaten verändert?
- Kümmern Sie sich sehr um Ernährungsfragen?
- Berechnen Sie oft Kalorien?
- Lassen Sie Mahlzeiten ausfallen?

Werden diese Fragen positiv beantwortet, sollte man spezifischer nachhaken:

- Haben Sie Angst davor, zu dick zu sein oder zu werden?
- Fasten Sie gelegentlich?
- Wie oft wiegen Sie sich in der Woche?
- Essen Sie heimlich?

– Wie viele Stunden pro Woche treiben Sie Sport zur Gewichtskontrolle?

– Haben Sie schon einmal in kurzer Zeit wie unter Zwang sehr viel gegessen?

– Versuchen Sie, Ihr Gewicht durch Erbrechen oder Medikamente zu regulieren?

– Wurde bei Ihnen schon einmal eine Ess-Störung vermutet oder diagnostiziert?

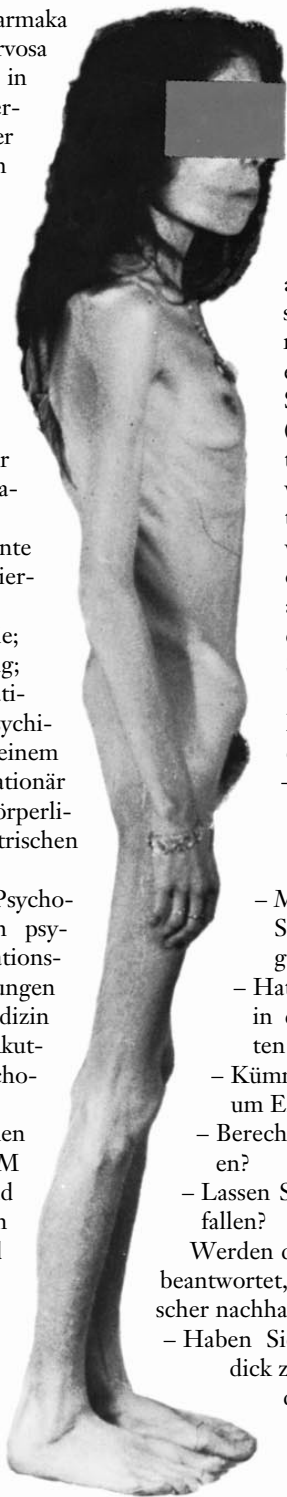
### • **Einsichtvermittlung, Motivation zur Psychotherapie**

Betroffene sollte man einfühlsam, aber auch unmissverständlich darüber aufklären, dass sie an einer Ess-Störung leiden und dass diese psychotherapeutisch und medizinisch behandelt werden muss. Gemäß dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung sind bei Essgestörten folgende Stadien der Behandlungsbereitschaft zu unterscheiden:

- mangelndes Problembewusstsein und fehlende Änderungsbereitschaft;
- vorhandenes Problembewusstsein ohne aktuelle Änderungsbereitschaft;
- vorhandenes Problembewusstsein mit aktueller Änderungsbereitschaft.

Patientinnen ohne Änderungsbereitschaft sollte man Möglichkeiten aufzeigen, wo sie sich über Ess-Störungen informieren können, etwa in Büchern, bei Selbsthilfegruppen oder im Internet. Einige von medizinischen Institutionen betriebene Internetseiten bieten die Möglichkeit der Onlineberatung sowie von passwortgeschützten Chatrooms, wo sich Betroffene austauschen können. Eine Informationsplattform mit diesem Service hat beispielsweise die Universität Leipzig eingerichtet (<http://ab-server.de>). Die Anonymität des World Wide Web kann gerade bei Ess-Störungen bei den Betroffenen ein Problembewusstsein schaffen.

Weiterhin sind essgestörte Patientinnen darauf hinzuweisen, dass die sinnvollste Therapie ihrer medizinischen (zum Beispiel Osteoporose) oder gynäkologischen Probleme (etwa Zyklusstörung oder Infertilität) in der Normalisierung des Gewichts und Essverhaltens besteht. Die Bereitschaft, die Situation zu



**Nur noch Haut und Knochen – derart extreme Anorexie ist lebensbedrohlich!**



**Primäre und wirksame Behandlungsmethode bei Ess-Störungen ist die Psychotherapie.**

ändern, lässt sich bei Essgestörten anfänglich eher durch den Verweis auf die Behandelbarkeit aktueller medizinischer Probleme erreichen als durch Hinweise auf bestehende seelische oder zwischenmenschliche Konflikte oder auf mögliche Spätfolgen.

Sind Betroffene zunächst nicht krankheitseinsichtig und änderungsbereit, sollte man bei späteren Kontakten prüfen, ob sich diese Situation zwischenzeitlich zum Besseren gewandt hat.

Patientinnen mit aktueller Änderungsbereitschaft sollte man an ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten verweisen, die in der Behandlung von Essgestörten erfahren sind. Zur Überbrückung der oft mehrmonatigen Wartezeiten auf einen Therapieplatz haben sich auch Onlineberatung und Chatrooms bewährt.

Patientinnen mit schweren Essstörungen beziehungsweise ambulant therapierefraktärem Verlauf sind auf die Möglichkeit einer stationären Behandlung hinzuweisen. Auf dem bereits erwähnten Internetportal der Universität Leipzig (<http://ab-server.de>) finden Ärzte wie Betroffene auch Adressen von Spezialkliniken.

Bei akuter Eigengefährdung (zum Beispiel Suizidalität) oder potenziell lebensbedrohlichen somatischen Komplikationen (etwa beginnendes Nierenversagen, Herzfrequenz < 40/min, Körpertemperatur < 35 Grad Celsius) ist die stationäre Einweisung – auch gegen den Willen der Patientin – möglich.

#### • Medizinische Behandlung

Eisen- und Kaliumchlorid-Defizite lassen sich durch orale Substitution ausgleichen. Zur besseren Aufnahme als auch zur Vermeidung mangelnder Resorption im Fall selbstinduzierten Erbrechens sollten die Medikamente im Abstand von zwei Stunden zu den Mahlzeiten einge-

nommen werden. Zur Frage, ob Neuralrohrdefekte bei Kindern von Essgestörten häufiger vorkommen beziehungsweise ob Folsäure- und Vitamin-B<sub>12</sub>-Substitution bei essgestörten Schwangeren die Häufigkeit von Neuralrohrdefekten reduzieren kann, sind den Autoren keine Studien bekannt.

Bei nachgewiesener Osteopenie/Osteoporose ist die Normalisierung von Essverhalten und Körpergewicht die wirkungsvollste Therapiemaßnahme. Ein Nutzen der in der Behandlung der postmenopausalen Osteoporose wirksamen Medikamente ist bei Patientinnen mit Essstörungen nicht gesichert. Eine Hormonbehandlung zur Osteoporose-Prophylaxe wird derzeit generell nicht empfohlen. Die Supplementation von Vitamin D (400 bis 600 I. E. pro Tag) und Kalzium (1 bis 1,5 g pro Tag) zur Osteoporose-Prophylaxe bei Essstörungen wird empfohlen, ohne dass die Wirksamkeit nachgewiesen ist. Studien mit Bisphosphonaten, selektiven Östrogenrezeptor-Modulatoren, Parathormon oder Strontiumralenat bei Patientinnen mit Essstörungen und Osteopenie oder Osteoporose wurden nach Wissen der Autoren bisher nicht publiziert.

Auch im Fall von Zyklusstörungen in Folge von Essstörungen ist das Normalisieren von Gewicht und Essverhalten die sinnvollste und wirksamste Maßnahme. Nutzen und Risiken einer hormonellen Substitution sind für jede Patientin individuell abzuwägen. Grundsätzlich indiziert sind hormonale Kontrazeptiva bei sexuell aktiven Frauen, die sich vor ungewollten Schwangerschaften schützen wollen.

Pubertierende Essgestörte fürchten jedoch eine östrogenbedingte Gewichtszunahme, und präpubertierende Patientinnen akzeptieren sekundäre weibliche Geschlechtsmerkmale beziehungsweise Menstruationsblutungen häufig nicht. Deshalb

werden verordnete Hormonpräparate oft nicht oder unregelmäßig eingenommen.

Essgestörte Frauen müssen gezielt darüber aufgeklärt werden, dass sie trotz etwaiger Zyklusstörungen schwanger werden können. Bei Antikonzeptionswunsch und häufigem Purging-Verhalten bieten transdermale Systeme theoretisch eine höhere Sicherheit als orale Ovulationshemmer.

Will eine essgestörte Frau schwanger werden, muss sie wegen der erhöhten Komplikationsraten für Mutter und Kind auf den Nutzen einer Therapie vor der Konzeption hingewiesen werden. Eine In-vitro-Fertilisation (IvF) sollte bei aktueller Ess-Störung nur stattfinden, wenn eine Psychotherapie durchgeführt wird und der Therapeut ausreichende psychische Stabilität für die IvF und eine positive Behandlungsprognose bescheinigt.

Nicht zuletzt sind Essgestörte davor zu warnen, nach selbsterbeigeführtem Erbrechen die Zähne zu putzen; dies kann die Säure-induzierten Schäden am Zahnschmelz verstärken. Rauchende Patientinnen mit Ess-Störungen sollte man auf die zusätzlichen negativen Effekte des Tabakrauchens auf Knochen-dichte, Fertilität und Schwangerschaftsverlauf hinweisen, zum Aufhören motivieren und gegebenenfalls bei der Nikotinentwöhnung unterstützen. Broschüren zum Thema „Rauchen/Rauchstopp“ sind beispielsweise kostenlos über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu beziehen ([www.bzga.de](http://www.bzga.de)).

#### Erklärung

Die Autoren erklären, dass beim Verfassen dieser Zertifizierten Fortbildung keine Interessenskonflikte im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors bestanden.

#### Teilnahmebedingungen

Mit der Teilnahme an dieser Fortbildungsreihe können Sie Punkte für Ihr Fortbildungszertifikat erwerben. Füllen Sie dazu den nebenstehenden Antwortbogen aus und senden Sie ihn an ÄRZTLICHE PRAXIS zurück. Sie erhalten von uns in den nächsten Wochen eine Bescheinigung über Ihre Teilnahme. Für

sieben, acht oder neun richtig beantwortete Fragen gibt es **einen Punkt**, für zehn richtig beantwortete Fragen gibt es **zwei Punkte**. Diese Punkte werden angerechnet, sobald Sie bei Ihrer Landesärztekammer das Fortbildungszertifikat beantragen. Nähere Informationen erteilt Ihre zuständige Ärztekammer.

Unter [www.aerztlichepraxis.de](http://www.aerztlichepraxis.de) können Sie auch im Internet an der Fortbildung teilnehmen.

**Datenschutz:** Ihre Namens- und Adressangaben dienen ausschließlich dem Versand der Bestätigungen und werden nicht an Dritte weitergegeben.

# Der Fragenkatalog zu Ess-Störungen

(Nur eine Antwort ist jeweils richtig beziehungsweise falsch)

**1 Welche Aussage zu Ess-Störungen ist falsch?**

- Die Anorexie betrifft Frauen häufiger als Männer.
- Ausdauersportlerinnen zählen zu den Risikogruppen.
- An Bulimie leidet rund ein Prozent der jungen Frauen.
- Nach der Menopause kommen Ess-Störungen nicht mehr vor.
- Der Erkrankungsgipfel bei Bulimie liegt bei 18 bis 20 Jahren.

**2 Welcher klinische Befund ist kein diagnostisches ICD-10-Kriterium der Anorexia nervosa?**

- BMI < 17,5 kg/m<sup>2</sup>
- Angst, zu dick zu werden
- Amenorrhö
- Hemmung pubertärer Entwicklungsschritte
- fehlende Krankheitseinsicht

**3 Welcher Befund gilt nicht als möglicher Hinweis auf eine Ess-Störung?**

- sekundäre Amenorrhö
- Oligomenorrhö
- Menorrhagien
- Infertilität
- ungewollte Schwangerschaft unter Ovulationshemmern

**4 Welche Aussage ist falsch?**

- Unter „Insulin-Purging“ versteht man die Applikation überhöhter Insulindosen.
- Essgestörte Patientinnen haben oft ein labiles Selbstwertgefühl.
- Fasten und Diäten können Ess-Störungen auslösen.
- Zur Gewichtsreduktion missbrauchen manche Essgestörte auch Schilddrüsenhormone.
- In der Primärversorgung sehen die Ärzte oft abortiv verlaufende Ess-Störungen.

**5 Welche Aussage ist falsch?**

- Auch Frauen in der Menopause können unter Ess-Störungen leiden.
- Die Letalität der Bulimie beträgt nach zehn bis 15 Jahren zwei bis vier Prozent.
- Die häufigste Todesursache bei Bulimikerinnen ist der Selbstmord.
- Die Latenz zwischen Symptom- und Psychotherapiebeginn hat keinen Einfluss auf die Prognose.
- Bei mindestens der Hälfte der Essgestörten bilden sich die Symptome im Laufe mehrjähriger Therapie vollständig zurück.

**6 Welche Frage ist zum Screening auf Ess-Störungen nicht geeignet?**

- Sind Sie zufrieden mit Ihrer Figur und Ihrem Gewicht?
- Kümmern Sie sich sehr um Ernährungsfragen?
- Sind Sie in der letzten Zeit häufig niedergeschlagen?
- Lassen Sie gelegentlich Mahlzeiten ausfallen?
- Berechnen Sie oft Kalorien?

**7 Was gehört nicht zur Primärversorgung von Essgestörten?**

- Stellen der Diagnose.
- Über die Notwendigkeit einer Psychotherapie aufklären.
- Vermitteln von Informationshilfen über Ess-Störungen.
- Verhaltensmedizinische Ernährungstherapie.
- Stationäre Einweisung bei lebensbedrohlichen Komplikationen.

**8 Welche Schwangerschaftskomplikation ist bei Essgestörten nicht häufiger als bei Frauen ohne Ess-Störung?**

- Mekoniumaspiration
- Fehlbildungen beim Neugeborenen
- vorzeitige Wehen
- niedriges Geburtsgewicht
- postpartale Depression

**9 Welche Aussage ist falsch?**

- Selbstinduziertes Erbrechen reduziert den Konzeptionsschutz durch orale Ovulationshemmer.
- Bei Kinderwunsch ist eine vorherige Therapie der Essstörung empfehlenswert.
- Orale Eisen- und Kaliumchlorid-Präparate sollten getrennt von Mahlzeiten eingenommen werden.
- Nach selbstinduziertem Erbrechen sollten sofort die Zähne geputzt werden.
- Eine Östrogentherapie zur Osteoporose-Prophylaxe ist nicht sinnvoll.

**10 Welche Aussage zur Osteoporose bei Ess-Störungen ist richtig?**

- Tabakrauchen erhöht das Osteoporose-Risiko zusätzlich.
- Nach Erreichen des Normalgewichts ist das Osteoporose-Risiko für das restliche Leben nicht erhöht.
- Kalzium- und Vitamin-D-Supplementation verhindern eine Osteoporose bei Anorexie sicher.
- Die Wirksamkeit selektiver Östrogenrezeptor-Modulatoren bei Anorexie-assoziiierter Osteoporose ist nachgewiesen.
- Zur Osteopenie kommt es erst, wenn eine Ess-Störung mehrere Jahre besteht.



Ihre Zertifizierungsurkunde gibt's in Sekundenschnelle, wenn Sie den Test online machen und bestehen: [www.aerztlichepraxis.de](http://www.aerztlichepraxis.de)

## Impressum

ÄRZTLICHE PRAXIS - Fortbildung - Verlagsbeilage zur Nr. 48 vom 1. April 2005

**Verlag:**  
Reed Business Information GmbH  
Gabrielenstraße 9  
80636 München  
**Geschäftsführer:**  
Jan van Betten (Vors.)  
Peter Brunner (Medizin)  
**Chefredakteur:**  
Karl-Heinz Patzer (verantw.)  
**Redaktion:**  
Dr. med. Brigitte Schneider  
**Layout:**  
Ernst Seyfert  
**Druck:**  
Augsburger Druck- und Verlagshaus  
**Bei Rückfragen:**  
Fr. Helms (Sekretariat)  
Tel: 0 89- 89 81 74 04

**FAX: (0 89) 8 98 17-4 19**

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Name .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort (oder Stempel) .....

E-Mail-Adresse .....

Ort, Datum .....

Unterschrift .....

Ihr Praxisstempel:



# Tiiiiiiiiief!



Tiefpreisgarantie

## Omeprazol STADA®

- Alle Wirkstärken: 10 mg; 20 mg; 40 mg
- Vollsortiment

Schärfster Preis. STADA-Qualität.

**STADA**  
Arzneimittel

*Alles Gute für  
die Gesundheit.*