

Leitlinien: Essstörungen im ambulanten Behandlungssetting

noch unveröffentlicht!

**Dr. Dipl.-Psych. Doris Weipert, PP+KJP
Forum für Ess-Störungen
Wiesbaden**

Qualitätszirkel Essstörungen Rhein-Nahe 23.02.2011

Die deutschen Leitlinien

➤ An der Entwicklung beteiligte Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (DPGs)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM).

➤ Beteiligte am Konsensusverfahren

- Bundesfachverband Essstörungen
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Div. Fachgruppen der Niedergelassenen

➤ Mitglieder der Leitliniengruppe

- Prof. Dr. med. Stephan Herpertz (Koordinator) (Ruhr- Universität Bochum)
- PD Dr. med. Dipl.- Psych. Ulrich Cuntz (Prien am Chiemsee)
- Prof. Dr. med. Dipl.- Psych. Manfred M. Fichter (Prien am Chiemsee)
- PD Dr. med. Hans- Christoph Friedrich (Universitätsklinik Heidelberg)
- Dr. Dipl.- Psych. Gaby Groß (Universitätsklinikum Tübingen)
- Dr. med. Ulrich Hagenah (Universitätsklinikum RWTH Aachen)
- Dr. Dipl.- Psych. Armin Hartmann (Universitätsklinikum Freiburg)
- Prof. Dr. med. Beate Herpertz- Dahlmann (Universitätsklinikum RWTH Aachen)
- PD Dr. Dipl.- Psych. Burkard Jäger (Zentrum Psychologische Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie)
- Prof. Dr. Dipl.- Psych. Corinna Jacobi (Technische Universität Dresden)
- Prof. Dr. med. Annette Kersting (Universitätsklinikum Leipzig)
- Prof. Dr. Dipl.- Psych. Reinhard Pietrowsky (Heinrich- Heine- Universität Düsseldorf)
- Dr. Dipl.- Psych. Stephan Jeff Rustenbach (Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf)
- PD Dr. Dipl.- Psych. Harriet Salbach- Andrae (Charité, Berlin)
- Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger (Campus Lübeck)
- Prof. Dr. Dipl. Psych. Brunna Tuschen- Caffier (Universität Freiburg)
- PD Dr. Dipl. Psych. Silja Vocks (Ruhr- Universität Bochum)
- Prof. Dr. Dipl. Psych. Jörn von Wietersheim (Universitätsklinikum Ulm)
- Prof. Dr. med. Almut Zeeck (Universität Freiburg)
- Prof. Dr. med. Stephan Zipfel (Universitätsklinikum Tübingen)
- Prof. Dr. med. Martina de Zwaan (Universitätsklinikum Erlangen)

Was sind Behandlungsleitlinien?

.....systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben und den Behandlern und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Versorgung erleichtern. Sie sollen unterstützenden Charakter haben, indem sie vor allem Diagnostik- und Behandlungsabläufe strukturieren und Behandlungsziele formulieren.

nach K. Lohr, IOM, 1990; WHO 1998; Europarat 2001



Prinzipien der Leitlinienerstellung

Leitlinien sollen folgende Fragen beantworten: (Bsp.)

- Was ist notwendig ?
- Was ist in Einzelfällen nützlich ?
- Was ist überflüssig / obsolet ?
- Was muss stationär behandelt werden ?
- Was kann ambulant behandelt werden ?

S3 (Entwicklungsstufe 3) ist die höchste Stufe der Leitlinienentwicklung, das heißt, es gehen systematische in Studien gewonnene Erkenntnisse und strukturierte Konsensusfindung in die Erarbeitung mit ein.

Leitlinien geben den Stand des Wissens (Ergebnisse von kontrollierten klinischen Studien und Wissen von Experten) über effektive und angemessene Patientenversorgung zum Zeitpunkt der -Drucklegung–wieder. Allerdings: Psychotherapie ist als wichtigste Behandlungsstrategie aller drei Essstörungen individuumzentriert, von daher individuelle Lebensgeschichte von herausragender Bedeutung, deshalb weit reichende Standardisierung der Behandlung von vornherein begrenzt.

Vorsicht/Kritik:

- sehr abhängig vom Forschungsstand
- dieser ist abhängig von der Hochschultradition und „Beforschbarkeit“
- Dominanz der „randomized controlled trials“ (RCTs)
- Problem der Übertragbarkeit (= „externe Validität“)
- 90% der Leitlinien kann nicht evidenzbasiert werden
- unklare rechtliche Situation bei Nichtbefolgen (Situation der Behandler verschlechtert sich?)
- ... als Grundlage der Kostenkalkulation ?

Die Deutschen Leitlinien: **Inhaltsverzeichnis**

- I Epidemiologie der Essstörungen
- II Diagnostik von Essstörungen
- III Die therapeutische Beziehung zu Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer Essstörung
- IV Methodisches Vorgehen
- V Anorexia nervosa
- VI Bulimia nervosa
- VII Binge Eating Störung
- VIII Nicht näher bezeichnete Essstörungen, subsyndromale Essstörungen
- VIII Körperliche Folgeerkrankungen von Essstörungen

Evidenzebenen

- Ia Evidenz aus mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (RCT)
- Ib Evidenz aus 1 randomisierten kontrollierten Studie
- IIa Evidenz aus einer methodisch guten kontrollierten Studie ohne Randomisierung
- IIb Evidenz aus einer guten deskriptiven Studie
- III Evidenz aus guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien
- IV Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder klinischen Erfahrungen anerkannter Autoritäten

Grade der Empfehlungen

- A** „**Soll**“-**Empfehlung**: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
- B** „**Sollte**“-**Empfehlung**: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
- 0** „**Kann**“-**Empfehlung**: Berichte von Expertengruppen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
- KKP*** „**Klinischer Konsenspunkt**“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“)
im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

* Klinische Konsenspunkte (KKP) wurden abweichend vom üblichen NVL-Verfahren eingeführt, um den besonderen Bedingungen der gemeinsamen Erstellung von S3-Leitlinie und Nationaler VersorgungsLeitlinie Rechnung zu tragen.

Therapiemotivation

- Ambivalente Änderungsmotivation
- Reaktanz gegenüber den Veränderungsversuchen durch PT
- Fremdbestimmte Behandlungsinitiative (Eltern, Partner, Arzt)
- ES als Identitätsquelle (besondere Leistung)
- Scham- und Schuldgefühle der Betroffenen hindern den offenen Umgang mit der Symptomatik
- Männer mit ES: „weibliches“ Krankheitsbild
- Gestaltung der therapeutischen Beziehung besonders wichtig!!

Therapeutische Beziehung

- Wenn nicht unmittelbare Interventionsnotwendigkeit besteht, hat der Aufbau einer **vertrauensvollen therapeutischen Beziehung erste Priorität.**
(bei Kindern einschl. der Eltern)
- **Erstes Therapieziel sollte die Klärung und ggf. der Aufbau einer Behandlungsmotivation sein.**
- **Der Behandlungsplan sollte mit der Patientin aufgestellt werden, ohne deren Mitarbeit und Kooperation kein Fortschritt zu erwarten ist.**
- Wenn möglich: **Gelassenheit ggb. der Symptomatik ist nützlich !**
- Wegen häufiger Wartezeit: besondere Bedeutung der Führung des Hausarztes.
- **„Es alleine schaffen wollen“** – nach Möglichkeit bestätigen, aber durch hausärztliche **Kontrolltermine** unterstützen.

Zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Aus der Sicht der Verhaltenstherapie, z.B.

- Beziehungsstärkung durch „Entpathologisierung“ von Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen
- Vermittlung eines Krankheitsmodells, möglichst mit direktem Bezug zur geplanten Therapie
- Bedeutung eigener Ideen zur Veränderung der Symptomatik herausstellen.
- Differenzierte Aufwands-Ertrags-Rechnung !
- Strategien zur Vermeidung von Reaktanz anwenden

Zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung

Aus der Sicht der Tiefenpsychologie, z.B.

- Reflektion der Therapeut-Patient-Beziehung vor dem Hintergrund der besonders floriden Elternübertragung
- „korrigierende Erfahrungen“ – vor allem zur Selbstwertregulation ermöglichen.
- „Vertragsverstöße“ vor dem Hintergrund einer möglichen Wiederholung reflektieren und bearbeiten.
Vertragsänderungen → Infragestellung des Arbeitsbündnisses durch Patient und Verunsicherung des Therapeuten

Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Behandlung der Betroffenen

- Fremdanamnestiche Informationen
- Dysfunktionale Interaktionsmuster im familiären Kontext
- Effektive Kooperation durch Angehörige im Einzelfall, Empfehlungen für den Umgang mit der Betroffenen
- Aufklärung über Ursachen, aufrechterhaltende Bedingungen, Folgen, Prognose, Behandlungsplan

Diagnostik

- Körperliche Untersuchung (BMI, Blutanalyse, Ultraschall)
- Spezifisches Verhalten in Bezug auf Essen und Wiegen erurieren
- Gegenregulation (Erbrechen, Laxantien, Sport, Medikamente)
- Allgemein: SKID (Achse I,II,III, IV und V) oder IDCL
- Spezifisch: EDE (Eating Disorder Examination, Fairburn & Cooper)
SIAB (Strukturiertes Interview ..., Fichter & Quadflieg)
EDI (Eating Disorder Inventory, Garner)
FEV (Fragebogen zum Essverhalten, Pudiel & Westenh.)

➤ **Kap. V Anorexia nervosa**

Empfehlungen: Therapie

Die Behandlung sollte störungsorientiert sein und die körperlichen Aspekte der Erkrankung berücksichtigen (KKP).

- Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten in Einrichtungen oder bei Therapeuten erfolgen, die Expertise in der Therapie mit Essstörungen haben und störungsspezifische Therapieelemente bereithalten (KKP).
- *Patientinnen mit AN sollte frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden (A).*

- *Bei der Behandlung sollte berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wenn nicht Jahren umfasst (KKP).*
- Es sollte eine Kontinuität in der Behandlung angestrebt werden (KKP).
- Die beteiligten Stellen der Versorgung (niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzte) sollten sich um eine engmaschige Absprache und Kommunikation bemühen (KKP).
- *Wegen eines erhöhten Risikos für Rückfälle erfordern Übergänge zwischen Settings (vor allem in weniger intensive Settings: stationär → ambulant) besondere Aufmerksamkeit und Vernetzung der Therapeuten, um die therapeutische Kontinuität zu erhalten (B).*

Behandlungsvoraussetzungen

- *Patientinnen mit AN stehen einer Veränderung ihres Gewichtes und Essverhaltens in der Regel hochambivalent gegenüber. Das Arbeiten an der Motivation und Ambivalenz ist daher eine zentrale Aufgabe der Behandler und sollte über den gesamten Behandlungsprozess im Auge behalten werden(B).*
- Bei Kindern und Jugendlichen sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige ausführlich über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert und in die Behandlung mit einbezogen werden (A).
- *Patientinnen mit AN sollten in Abhängigkeit von der körperlichen Situation aktiv und regelmäßig zu Verlaufsuntersuchungen einbestellt werden (KKP).*

Ambulante Behandlung

- Das ambulante Behandlungsverfahren erster Wahl bei Patientinnen mit AN sollte eine evidenzbasierte Psychotherapie sein (B).
- *Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit der Patientin (und ggfs. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt, Umgang mit der Familie (KKP).*
- *Vorrangiges Ziel der ambulanten Therapie von Patientinnen mit AN ist die Normalisierung von Essverhalten und Gewicht und Arbeit an den damit verbundenen psychischen Symptomen und Schwierigkeiten (KKP).*
- *Die Wirksamkeit einer ambulanten Psychotherapie sollte kontinuierlich anhand eines Gewichtsmonitoring erfolgen (KKP).*

- Sind an der Therapie der AN mehrere Behandler beteiligt (wie z.B., Hausarzt, Psychotherapeut, Sozialarbeiter, Ernährungsberater, Familientherapeut), sollten diese sich regelmäßig untereinander absprechen (KKP).
- Bei einer Verschlechterung oder stagnierender Entwicklung im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie sollten intensivere Behandlungsangebote gemacht werden. Dies kann eine Kombination von Behandlungsmethoden im ambulanten Rahmen sein oder aber ein tagesklinischer oder stationärer Behandlungsabschnitt (O).
- ***Auch wenn viele jugendliche Patientinnen mit AN eine hohe Leistungsbereitschaft und gute Schulleistungen zeigen, müssen aufgrund der eingeschränkten Ernährungssituation Eingrenzungen des Sportunterrichts und des Schulbesuchs erwogen werden (KKP).***
- ***Nach Abschluss einer ambulanten Psychotherapie sollten in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Folgetermine angeboten werden, die die Rezidivprophylaxe und die Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses zum Ziel haben (KKP).***

Wenn ambulante Interventionen nicht ausreichen: a. tagesklinische Behandlung

- Patientinnen mit AN sollten nur in Tageskliniken behandelt werden, welche spezifische Konzepte für anorektische Patientinnen anbieten (B).
- Bei folgenden Gruppen kann an eine tagesklinische Behandlung gedacht werden:
 - Bei chronischen Verläufen mit wiederholten stationären Aufenthalten in der Vorgeschichte, wenn das Ziel in einer Verbesserung der sozialen Einbindung und der Tagesstrukturierung besteht.
 - **Bei gut motivierten Patientinnen ohne Komorbidität und nur mäßigem Untergewicht, bei denen sich eine ambulante Therapie als nicht ausreichend erweist (Intensivierung ambulanter Therapie).**
 - Bei Patientinnen, bei denen im Anschluss an eine stationäre Behandlung der Übergang in die ambulante Situation vorbereitet werden soll (·Transfer—der erreichten Veränderungen in die Alltagssituation; ·Step- down—Approach)
 - Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die Familie engmaschig in den Behandlungsprozess mit eingebunden werden kann (KKP).

b. stationäre Behandlung

- **Folgende Kriterien sprechen für eine stationäre Behandlung:**
 - rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20 % über sechs Monate)
 - **gravierendes Untergewicht (BMI < 15 kg/m² bzw. bei Kindern und Jugendlichen < 3. Alters-PZ)**
 - gescheiterte ambulante Behandlung
 - **anhaltender Gewichtsverlust oder unzureichende Gewichtszunahme über drei Monate (bei Kindern und Jugendlichen früher) trotz ambulanter oder tagesklinischer Behandlung**
 - soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung)
 - ausgeprägte psychische Komorbidität
 - schwere bulimische Symptomatik (z. B. Laxanzien- /Diuretikaabusus, schwere Essanfälle mit Erbrechen) oder exzessiver Bewegungsdrang, die ambulant nicht beherrscht werden können
 - körperliche Gefährdung oder Komplikationen (siehe Kapitel 1.2.2 -Krankheitsverlauf-)
 - geringe Krankheitseinsicht
 - **Überforderung im ambulanten Setting, da dieses zu wenig strukturierte Vorgaben (Mahlzeitenstruktur, Essensmengen, Rückmeldungen zum Essverhalten, , Motivationsbildung) bieten kann (KKP).**

Die stationäre Behandlung sollte an Einrichtungen erfolgen, welche ein spezialisiertes, multimodales Behandlungsprogramm anbieten können (O).

Weitere sinnvolle Vernetzungen der Versorgung im ambulanten Setting:

Beratungsstellen

- Beratungsstellen haben als niederschwellige Anlaufstellen für essgestörte Patientinnen eine wichtige Schnittstellenfunktion. Sie sollten diese in enger Kooperation mit Psychotherapeuten, Ärzten und Kliniken in eine geeignete Behandlung weitervermitteln (KKP).

Wohngruppen

- Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sollte die Vermittlung in eine therapeutische Wohngruppe erwogen werden, wenn sich eine Stabilisierung in der häuslichen Situation nicht erreichen lässt (KKP).

SGB VIII § 35 a und § 41 (Eingliederungshilfe für psych. Behinderung)

- Eine Wohngruppe sollte auch in Erwägung gezogen werden, wenn eine chronifizierte Essstörung vorliegt, welche zu einer ausgeprägten sozialen Isolation geführt hat und oder bei welcher Probleme in der Bewältigung des Alltags bestehen (KKP).

Ernährungsberatung

zur Unterstützung der psychoth. Behandlung

- Patientinnen sollten im Hinblick auf eine angemessene Nahrungsmenge und –zusammensetzung beraten werden (KKP)
- Das Hinzuziehen einer Ernährungsberaterin / eines Ernährungsberaters sollte bei einer ambulanten Behandlung erwogen werden. Voraussetzung sind auf Seiten der Ernährungsberatung Expertise im Umgang mit essgestörten Patientinnen und eine engmaschige Abstimmung mit dem behandelnden Psychotherapeuten (KKP).
- Gewichtsverträge, Zielvereinbarungen mit Berücksichtigung des Alters
- Studienergebnisse zur **Gewichtsveränderung bei Anorexie:**
+216g/Woche ambulant, +680g/Woche stationär

„Zwangmaßnahmen“ (Fremdkontrolle)

Abwägen von drohenden Gesundheitsschäden

- Einrichtung einer Betreuung für Gesundheitsfürsorge
(Vormundschaftsgericht, Gesundheitsamt)
- weitere psychosoziale Dienste
- Klinikeinweisung durch andere Personen, wenn eigene Entscheidungsfähigkeit durch akuten Zustand eingeschränkt ist (BGB & 1906, PsychKG)
- Eine unter Zwang durchgeführte Behandlung der AN soll nur nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen ***inklusive der Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen erfolgen*** (KKP).

Klinische Empfehlungen: Ambulante Therapie der AN

- ***Patientinnen mit AN sollte eine spezialisierte Therapie bei mit Essstörungen erfahrenen Behandlern angeboten werden (B)***. Bei der Wahl des Verfahrens sollte die Präferenz der Patientin und ihr Alter berücksichtigt werden (KKP).
- Bei jungen Patientinnen (Kindern, Adoleszenten), die noch in der Herkunftsfamilie wohnen, sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige in die Behandlung einbezogen werden (B).
- ***Ernährungsberatung sollte nicht als alleinige Behandlung angeboten werden;*** dies gilt auch für Interventionen im Anschluss an eine stationäre Behandlung (B).
- ***Im ambulanten Setting sollte eine Gewichtszunahme von 200-500 g/Woche angestrebt werden***. Eine flexible Handhabung ist dabei möglich (KKP).
- ***Das Wiegen kann entweder durch den Psychotherapeuten selber oder in enger Absprache durch einen mitbehandelnden Arzt bzw. das Ambulanz- oder Praxispersonal übernommen werden (KKP)***.

Pharmakotherapie: Neuroleptika

- Neuroleptika sind zur Erreichung einer Gewichtszunahme bei AN nicht geeignet (B)
- ***Bei erheblich auf Gewichtsängste und Essen eingeschränktem Denken und bei nicht zu beherrschender Hyperaktivität kann der Versuch eines Einsatzes niedrig dosierter Neuroleptika (Olanzapin- Zyprexa) im Einzelfall gerechtfertigt sein.***

Dabei sollte Pharmaka mit geringer extrapyramidaler Beeinträchtigung der Vorzug gegeben werden. Die Behandlungsindikation beschränkt sich auf die Dauer der o.g. Symptomatik (keine Dauertherapie) und gilt nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes (B).

Antidepressiva

- ***Antidepressiva sind für das Erreichen einer Gewichtszunahme bei AN nicht zu empfehlen.***
- Dies gilt sowohl für die initiale Therapie als auch für die Rückfallprophylaxe (A).
- Wenn Antidepressiva in der Therapie der AN (z.B. zur Behandlung einer Depression) eingesetzt werden, sollte eine erhöhte Achtsamkeit auf möglichen Nebenwirkungen liegen (z.B. kardiale Nebenwirkungen und SIADH) (O).

Vitaminbehandlung

- *Aus den Befunden lässt sich keine generelle Empfehlung zur Vitaminsubstitution ableiten.*

Eine unzureichende Vitaminzufuhr kann durch eine ausgewogene und ausreichende Kost in der Regel ausgeglichen werden. Bei klinischen Zeichen von Vitaminmangelzuständen (insbesondere von Thiamin [B1], Riboflavin [B2], Niacin [B3], und Folsäure [B9]) kann eine Vitaminsubstitution sinnvoll sein (O).

Cholesterin – Empfehlung

- *Hypercholesterinämie ist eine häufige Begleiterscheinung der AN. Die Cholesterinwerte normalisieren sich nach Gewichtszunahme.*
- *Es ist keine spezifische diätetische oder medikamentöse Therapie indiziert (O).*

Trinknahrung

- Um eine ausreichende Nahrungszufuhr zu gewähren, kann insbesondere zu Beginn der Therapie zur Ergänzung (oder notfalls auch zum Ersatz) einer noch nicht ausreichenden normalen Ernährung Flüssigkost zum Einsatz kommen. Dabei sollten Produkte eingesetzt werden, die zur vollständigen Ernährung geeignet sind, das heißt, die alle Bestandteile einer normalen Ernährung in ausgewogener Menge enthalten (O).
- ***Bei hochgradiger AN sind in der Phase der ersten nutritiven Erholung regelmäßige Kontrollen des Phosphat-Serumspiegels erforderlich.***
Gegebenenfalls sollte eine orale Substitution erfolgen. Bei symptomatischen Patientinnen mit Hypophosphatämie ist eine parenterale Substitution notwendig (B).

Anorexie vom Purging Type (mit selbstinduzierten Erbrechen):

- *Patientinnen mit selbstinduziertem Erbrechen sollten zahnärztlich untersucht werden. Ferner sind sie über das Risiko der Zahnschädigung sowie über präventive Maßnahmen zum Schutz der Zähne zu informieren (KKP).*
- Bei häufigem Erbrechen ist auf eine regelmäßige Kontrolle des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes zu achten (KKP).
- Bei Elektrolytveränderungen sollte primär versucht werden, das Erbrechen zu reduzieren, sodass eine längerfristige Elektrolytsubstitution Einzelfällen vorbehalten bleibt (KKP).

FAZIT: Patienten mit AN sollen in spezialisierten Einrichtungen und störungsspezifisch behandelt werden.

Kapitel VI: Bulimia nervosa

Empfehlungen zur Diagnostik

Bei Patientinnen mit BN sollten komorbide psychische Störungen, insbesondere Angststörungen (vor allem soziale Phobie), Depressionen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen der Cluster B oder C gezielt erfragt werden.

Bei diagnostischen Unsicherheiten ist die Vorstellung in einer Spezialambulanz zu erwägen (KKP).

Bei der Diagnostik sollten Daten aus folgenden Lebensbereichen erhoben werden: Familiäre Vorgeschichte von Essstörungen und essensbezogene Verhaltensweisen in der Familie, biographische Vorgeschichte von emotionaler Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung, Selbstwertprobleme und Probleme der Impulskontrolle, Diätverhalten und exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Körper (KKP)

Empfehlungen zur Behandlung

- *Patientinnen mit Bulimia nervosa sollten vorwiegend ambulant behandelt werden., frühzeitige Intervention verhindert Chronifizierung*

Bei Vorliegen bestimmter Indikationskriterien ist eine stationäre oder tagesklinische Behandlung indiziert (B).

- Die behandelnde Institution sollte spezifische Expertise in der Behandlung von Essstörungen haben (KKP).
- Die Behandlung sollte **störungsorientiert** erfolgen (KKP).
- Für eine tagesklinische Behandlung spricht das Training im Umfeld der Patientin,

für eine vollstationäre Behandlung spricht das Herausnehmen der Patientin aus einem unter Umständen problematischen Umfeld und die Notwendigkeit der ganztägigen ärztlichen Betreuung (KKP).

Als Kriterien für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung gelten (KKP)

- ***psychische bzw. physische Komorbidität, die eine Indikation für eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung darstellt (z.B. Suizidalität, schwere Selbstverletzung, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit)***
- ***hoher Krankheitsschweregrad der Essstörung (erheblich entgleistes Essverhalten)***
- ***Versagen oder fehlende Möglichkeiten für eine ambulante Therapie***
- ***therapieverhindernde Umstände im Umfeld der Patienten/des Patienten.***

- *Stationäre bzw. teilstationäre (z. B. Tagesklinik) Behandlungen sollten in Einrichtungen erfolgen, die Erfahrungen in der Therapie mit BN haben und entsprechende essstörungsspezifische Therapieprogramme vorhalten (KKP).*
- Für einige Patientinnen mit BN kann die Teilnahme an einem evidenzbasierten **Selbsthilfeprogramm**, das mit Anleitung erfolgt (·angeleitete Selbsthilfe→) und auf Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie beruht, eine ausreichende Therapie darstellen (B, Evidenzgrad Ia).
- Erwachsene und Jugendliche mit BN soll als Behandlungsverfahren 1. Wahl eine Psychotherapie angeboten werden (A, Evidenzgrad Ia).
- Psychotherapeutische Behandlungen sind wirksamer als alleinige Pharmakotherapie (A, Evidenzgrad Ia).
- Die KVT stellt das meist beforschte Psychotherapieverfahren mit der höchsten Evidenz dar, daher sollte sie Patientinnen mit BN als Therapie der 1. Wahl angeboten werden (B, Evidenzgrad Ia). Dabei sollten auch Techniken der Exposition und Reaktionsverhinderung (ERV) eingesetzt werden (B, Evidenzgrad Ia).

Andere Psychotherapieverfahren sind verfügbar und kommen beispielsweise in Frage, wenn KVT nicht zur Verfügung steht, sich im Einzelfall als nicht wirksam erweist oder nicht gewollt wird (B, Evidenzgrad II).

Als Alternative zu KVT sollte IPT (B, Evidenzgrad Ib) empfohlen werden, diese ist allerdings in Deutschland im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht zugelassen. Alternativ kann auch Psychodynamische Therapie empfohlen werden (0, Evidenzgrad II).

Auch in unkomplizierten Fällen von BN sollte die Therapiedauer mindestens 25 Sitzungen betragen

mit einer Frequenz von mindestens einer Therapiestunde pro Woche (KKP). Bei komplexerem Verlauf oder bei Vorliegen von psychischer und somatischer Komorbidität sind definitiv länger andauernde Behandlungen auch mit einer höheren wöchentlichen Sitzungsfrequenz erforderlich (KKP).

Pharmakotherapie

Wenn eine Pharmakotherapie angeboten wird, dann sollte Fluoxetin eingesetzt werden (B, Evidenzgrad Ia).

Nur dieser Wirkstoff ist in Deutschland in Kombination mit Psychotherapie für die Indikation der Bulimie und nur für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen.

SSRI stellen bezogen auf Symptomreduktion, Nebenwirkungsprofil und Akzeptanz die medikamentöse Therapie der ersten Wahl in der Behandlung der BN dar (B, Evidenzgrad Ia).

Die wirksame Dosis von Fluoxetin bei der Bulimie liegt bei 60 mg/die (B, Evidenzgrad Ib). Ein Behandlungsversuch sollte mit einer Mindestdauer von vier Wochen unternommen werden. Bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen (KKP).

Kapitel VII: Binge-Eating-Störung

Empfehlungen

- ***Im Rahmen der Diagnostik von Übergewicht und Adipositas sollten Essanfälle als wichtiges Symptom einer BES erfragt werden (KKP).***
- Bei Hinweisen auf eine BES sollte eine erweiterte Diagnostik zur Sicherung der Diagnose (Diagnosekriterien nach DSM-IV) durchgeführt werden.
- ***Als Therapie der 1. Wahl zur Behandlung der Essstörung soll Pat. mit BES eine Psychotherapie angeboten werden (A).***
- ***Die KVT verfügt über die sichersten Wirksamkeitsbelege bei erwachsenen Patienten mit BES, daher sollte sie diesen Patienten als Therapie angeboten werden (A).***
- Auch besteht Evidenz, dass die IPT ebenfalls wirksam ist (B). Daher kann IPT alternativ empfohlen werden. Die IPT ist allerdings entsprechend der Richtlinienpsychotherapie in Deutschland kein anerkanntes Psychotherapieverfahren.

- ***Es besteht auch begrenzte Evidenz, dass die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ebenfalls wirksam ist, daher kann sie Patienten mit BES ebenfalls empfohlen werden (0).***
- Für angeleitete, manualisierte Selbsthilfe mit Behandlungselementen der KVT liegen Wirksamkeitsbelege vor, daher kann diese Patienten mit BES empfohlen werden (B).
- ***SSRI und SSNI sind bei BES wirksam;***
allerdings ist derzeit kein Medikament zur Behandlung der BES zugelassen. Sie können jedoch im Rahmen eines Therapieversuchs eingesetzt werden, wenn eine Psychotherapie nicht möglich ist (B). Dabei muss der Patient über den Umstand des Off-Label-Uses aufgeklärt werden.
- Langzeiteffekte von Psychopharmaka bei BES sind nicht ausreichend erforscht; eine langfristige Verordnung von Psychopharmaka zur Behandlung der BES kann daher nicht empfohlen werden (0).

Folgende Kriterien sprechen für eine stationäre Behandlung:

- ausgeprägte somatische Komorbidität
- ausgeprägte psychische Komorbidität
- hohe Krankheitsschwere
- therapieverhindernde Faktoren des Patienten (z. B. ein Körpergewicht, das eine ambulante Behandlung nicht zulässt)
- gescheiterte ambulante Behandlung
- fehlende ambulante Behandlungsmöglichkeit in Wohnortnähe des Patienten

- ***Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie)***
- ***soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung).***

**Vielen Dank für Ihre/Eure
Aufmerksamkeit !**

www.awmf.org/Leitlinien/detail/II/051-126.html

2011 veröffentlicht