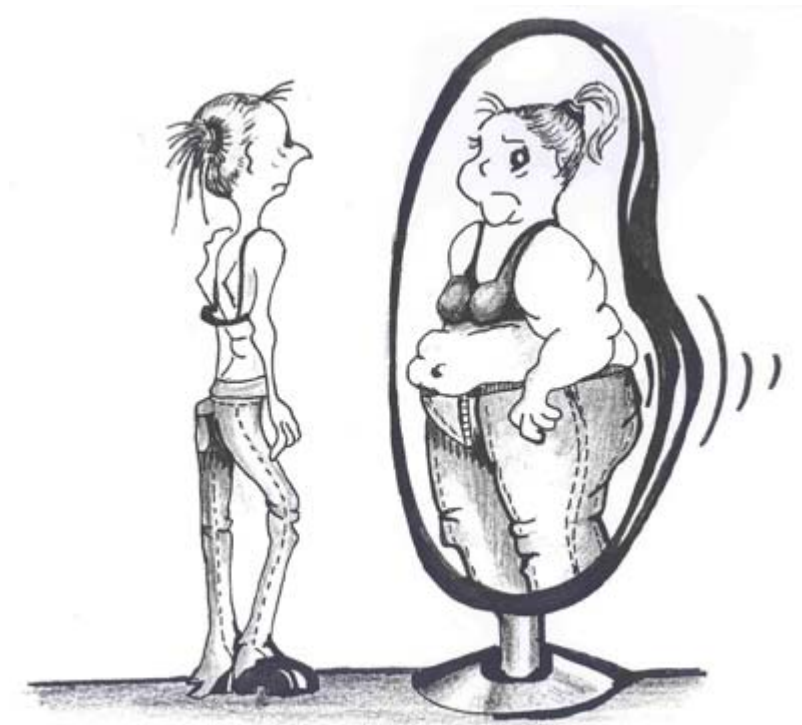


Infos für Ärztinnen und Ärzte

Dieses Kapitel enthält Auszüge aus der Broschüre „Essstörungen...Geht mich das was an?“ (Hrsg. Wuppertaler Forum Essstörungen, 2008) und Auszüge aus der Broschüre „Essstörungen“ (Hrsg. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Suchtmedizinische Reihe, Band 3, 2004).



(Bild-Quelle: www.kreis-borken.de/fileadmin/internet/images/fe53/Suchtvorbeugung/Spiegel.jpg)

Auch Sie als Ärztin/Arzt werden sicherlich im Praxisalltag das ein oder andere Mal Patienten/-innen antreffen, bei denen Sie eine Essstörung vermuten. Diese Info-Seite soll Sie darin unterstützen:

- Anzeichen einer Essstörung leichter und sicherer zu erkennen,
- Patientinnen auf das Essproblem sensibel anzusprechen,
- ihnen gezielte Fragen zu stellen und ihnen zuzuhören,
- sie zu weiterer Therapie zu motivieren,
- im Bedarfsfall weiterzuvermitteln an geeignete Hilfestellen,
- und bei Interesse sich selbst fortzubilden zum Thema Essstörungen.

Klicken Sie sich durch folgende Inhalte:

[Einleitung](#)

[Arten der Essstörung](#)

[Essstörungen bei Männern](#)

[Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen](#)

[Was Sie als Ärztin oder Arzt tun können](#)

[Mögliche Anzeichen einer Essstörung](#)

[Inhalte und Ziele des ärztlichen Gesprächs](#)

[Gezielte Fragen zur Einschätzung der Problematik](#)

[Übersicht über Dortmunder Hilfeangebote bei Essstörungen](#)

Einleitung

Laut einer Göttinger Studie von 2005 zur Qualitätssicherung in der Beratung und Therapie bei Essstörungen gehört diese PatientInnengruppe zu den schlecht versorgtesten im ambulanten Bereich. Die Ursache dafür mag sicherlich der besondere Charakter und Verlauf dieser Störung sein, der eine Kooperation mit ÄrztInnen der unterschiedlichsten Fachgruppen bei der Diagnostik und Koordination der weiteren Therapie besonders wichtig macht. In den wenigsten Fällen wird die Essstörung von den PatientInnen selbst als Grund für den Arztbesuch genannt. Oft sind es allgemeine Symptome wie Schwindel, Diarrhöe, Obstipation, Zyklusstörungen, Zahnschmerzen, Heiserkeit, etc., die diese PatientInnen beklagen. Häufig werden nur die Symptome behandelt - die Diagnose einer Essstörung wird nur in einer geringen Anzahl der Fälle gestellt. Auch gravierende Essstörungen können, trotz regelmäßiger Arztbesuche und mehrerer Krankenhausaufenthalte, ein Leben lang unbenannt bleiben. Fehlende Krankheitseinsicht, Verleugnung oder Scham auf Seiten der PatientInnen sowie mangelndes Bewusstsein aus ärztlicher Sicht führt zu einer enorm hohen Dunkelziffer. Dabei handelt es sich bei der Anorexia nervosa um ein lebensbedrohliches Krankheitsbild mit einer Letalität von 15%. Die frühzeitige Diagnostik und umfassende fachgruppenübergreifende Therapie ist hierbei für die weitere Prognose besonders wichtig.

Arten der Essstörung

Die Entstehungsgründe für Essstörungen sind sehr vielfältig und individuell unterschiedlich. Einige Faktoren z.B. sind geringes Selbstwertgefühl, Spannungen in der Familie oder im Freundeskreis, Frustrationen im Berufsleben, Gewalterfahrungen, Trennungserlebnisse, der Druck unter Gleichaltrigen oder das Erreichen eines durch die Werbung vermittelten Schönheitsideals. Essstörungen äußern sich durch ein gestörtes Verhältnis zum Essen und zum eigenen Körper. Wir unterscheiden unterschiedliche Formen der psychogenen Essstörungen, wobei Mischformen häufig und die Übergänge fließend sind:

- Latente Essstörung
- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Binge Eating

Schätzungsweise erkranken zurzeit pro Jahr auf 100.000 Deutsche 29 Frauen und ein Mann neu an einer Bulimie und 19 Frauen und zwei Männer neu an einer Anorexie. Psychogene Essstörungen sind sicher neben der Adipositas ernstzunehmende Erkrankungen, die nicht zuletzt durch die Folgeerkrankungen zu schweren somatischen und psychogenen Komplikationen bis hin zum Tod führen können. Allerdings ist die Diagnostik dieser Essstörungen bisweilen schwierig. Die Erkrankungen sind sehr schambesetzt; viele Betroffene tarnen sich durch eine perfekte Fassade oder verleugnen ihre Essstörungen.

Latente Essstörung – Oder ich will so bleiben wie ich bin

Latente Essstörungen sind charakterisiert durch starke Gewichtsschwankungen (z.B. Kleidergröße 38 bis 44 bei Frauen), bedingt durch den Wechsel zwischen übermäßigem Essen und Diät halten. Der Einsatz von Appetitzüglern, Abführmitteln, Verwendung von „Light - Produkten“ sowie das Kalorienzählen sind typisch für diese „versteckte“ Essstörung.

Das Vertrauen in die eigenen Bedürfnisse und Körpersignale geht verloren, so dass ein entspannter Genuss einer Mahlzeit nicht mehr möglich ist. Gefährlich ist diese unterschwellige Essstörung, da sie den Einstieg in andere Essstörungen, z.B. Bulimie oder Magersucht, begünstigt.

Anorexia nervosa - Dünn, dünner am dünnsten

Bereits jede(s) dritte Mädchen/ Frau zwischen 12 und 20 Jahren leidet an Frühformen einer Essstörung. Bei 14 % dieser Gruppe besteht ein sehr hohes Risiko für die Entwicklung einer Magersucht, so dass letztendlich ca. 1 bis 1,5 % der 15- bis 25-jährigen betroffen sind. Der Erkrankungsgipfel liegt bei 16 Jahren, mit einer Tendenz des Anstiegs bei Kindern. Zunehmend sind auch Jungen und Männer betroffen. In der Regel verstreicht ein Zeitraum von 5 bis 10 Jahren bis zur Diagnosestellung. Die Prognose ist umso schlechter je später die Erkrankung erkannt wird, so dass ca. 15 % der Fälle letal enden. Zentrales Leitmotiv der anorektischen PatientInnen ist der Wunsch nach extremer Schlankheit, verbunden mit dem Wunsch nach Selbstbestimmung. Die PatientInnen sind bestrebt, ihre Autonomie zu schützen. Betroffene Frauen können mit Hilfe der Krankheit Ängste vor Körperlichkeit und den Anforderungen, die als erwachsene Frau an sie gestellt werden, reduzieren. Magersüchtige sind von ihrem äußeren Erscheinungsbild auffallend dünn.

Ein selbst herbeigeführter Gewichtsverlust von ca. 20% in kurzer Zeit (ca. 3 bis 4 Monate), z.B. 12 kg bei einem Ausgangsgewicht von 60 kg und einer Größe von 170 cm, können auf diese Essstörung hindeuten. Charakteristisch sind eine streng kontrollierte und stark eingeschränkte Nahrungsaufnahme, übertriebene körperliche Aktivitäten, ständiges gedankliches Auseinandersetzen mit der Essenaufnahme und dem Körperbild, Körperschemastörungen (der eigene Körper wird trotz extremen Untergewichts als zu dick empfunden) und eine fehlende Krankheitseinsicht. Psychodynamisch werden die Betroffenen von einer extremen Angst vor einer Gewichtszunahme dominiert, so dass das Körpergewicht zum Mittelpunkt des gesamten Fühlens, Denkens und Handelns wird.

Bulimia nervosa - Mein zweites ich

Kennzeichnend für die Bulimia nervosa sind Heißhungeranfälle mit anschließenden gegenregulatorischen Maßnahmen wie Erbrechen, Diäten, Missbrauch von Laxantien, Appetitzüglern und Diuretika. Obwohl das Gewicht meist im Normbereich liegt, sind sie mit ihrer Figur unzufrieden und haben Angst vor einer Gewichtszunahme. Die Zahlen über die Erkrankungshäufigkeit schwanken. Ca. 0,5 bis 3% der 15- bis 35-jährigen sind betroffen. Der Erkrankungsgipfel liegt bei 23 Jahren. Auch hier sind mehr Frauen als Männer betroffen - mit einer sehr rasanten Zunahme bei Jungen und Männern. Typischerweise ist das Essverhalten in der Öffentlichkeit kontrolliert – die Fassade stimmt. Häufig werden Light- und fettarme Produkte für die „offiziellen“ Mahlzeiten ausgewählt, während für die Essanfälle große Mengen billiger, leicht verzehrbare, hochkalorischer „verbotener“ Lebensmittel gekauft werden. Die Nahrung wird in verbotene und erlaubte Produkte unterteilt. Die heimlichen Ess/Brechanfälle sind für die Betroffenen peinlich und schambesetzt. Selbstekel und das Gefühl, abnorm zu sein, führen häufig zu depressiven Verstimmungen. Soziale Isolation und Vernachlässigung von Interessen sind die Folge. Psychodynamisch ist die Bulimie der Versuch der Aufrechterhaltung der emotionalen Balance angesichts einer Vielzahl von Widersprüchen und Überforderungen, für die keine bedürfnisgerechten Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen.

Binge Eating - Satt sein – was ist das ?

„Binge“ heisst übersetzt Gelage, also große Mengen in kurzer Zeit verschlingen. Binge Eating ist eine psychogene Essstörung, die meist mit Übergewicht oder Adipositas verbunden ist. Das bedeutet aber nicht, dass Übergewichtige automatisch an Binge Eating leiden. Die Erkrankten können auch normalgewichtig sein. In den häufigen Heißhungeranfällen werden große Mengen an Lebensmitteln verzehrt. Es folgen allerdings keine selbstregulierenden Maßnahmen wie bei der Bulimie. Die Erkrankung ist durch ein gestörtes Hunger- und Sättigungsverhalten charakterisiert. Oft entsprechen Essanfälle Emotionsregulationsstrategien. Binge Eating ist unter den psychogenen Essstörungen das Krankheitsbild, das am wenigsten erforscht ist. Eine abschließende Definition der Diagnosekriterien steht noch aus.

Essstörungen bei Männern

Viele Männer sind für die Idealbilder in Werbung und Medien empfänglicher geworden, denn die Rolle des Mannes ist einem raschen Wandel unterworfen. Männer orientieren sich, wie Frauen, in zunehmendem Maße an Schönheitsidealen, sind dabei aber einem hohem Leistungsdruck im Beruf ausgesetzt. Vor allem in Großstädten steigt die Zahl der Single-Haushalte. Allein lebende Männer neigen dazu, sich einseitig und unregelmäßig zu ernähren. In der Risikogruppe der Jugendlichen und jungen Männer zwischen 10 und 25 Jahren haben Störungen des Essverhaltens stark zugenommen. Mehr und mehr Männer leiden unter Anorexie und Bulimie. Bei den Krankheitsbildern Binge Eating und Adipositas sind sie sogar ähnlich häufig betroffen wie Frauen. Essstörungen beginnen bei Männern später, durchschnittlich mit etwa 22 Jahren. Männer greifen offenbar seltener zu Appetitzüglern oder anderen Tabletten, dafür ist bei ihnen die Essstörung öfter mit einer Sucht gekoppelt, z. B. mit Alkoholismus, Spielsucht, Arbeits- oder Computersucht. Bulimische Männer waren häufig in ihrer Kindheit oder als Jugendliche übergewichtig. Wie auch bei den Frauen fungiert eine Diät oft als „Einstiegsdroge“ in die Essstörung.

Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Die Symptomatik der Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter entspricht im Wesentlichen der von jungen Erwachsenen. Im Vergleich zur Vielfalt der Gewichtsreduktionsmethoden bei älteren PatientInnen steht im Kindes- und frühen Jugendalter die Einschränkung der Nahrungszufuhr in Kombination mit körperlicher Hyperaktivität weitaus im Vordergrund. Ein großer Teil der jungen anorektischen PatientInnen leidet unter schweren depressiven Verstimmungen, die manchmal zur Fehldiagnose einer depressiven Erkrankung führen können. Nicht selten werden ausgeprägte Zwänge und Rituale beobachtet, die sich in der Regel auf die Essenssituation beziehen. Das klinische Erscheinungsbild der Bulimia nervosa im Jugendalter gleicht ebenfalls dem junger Frauen. Jugendliche mit Bulimie leiden häufig unter Störungen des Selbstwertgefühls. Im Vergleich zum Erwachsenen und Adoleszenten verfügt der kindliche Organismus über eine bedeutend geringere Fettmasse, so dass die somatischen Folgen des Hungers bei der kindlichen Anorexia nervosa in vielen Fällen gravierender sind. Ein Teil der kindlichen und jugendlichen PatientInnen stellt auch die Flüssigkeitszufuhr ein, woraus nicht selten Dehydrationszustände resultieren. Sowohl bei anorektischen als auch bulimischen PatientInnen ist auf Elektrolytstörungen zu achten. Neben medizinischen und psychologischen Aspekten umfasst die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen auch die Beratung und Therapie der Familie. Die Familie vermittelt Einstellungen zu Aussehen, Körperidealen, Geschlechtsidentität, sozialen Normen und besitzt Interaktionsabläufe, die Entwicklungsprozesse fördern bzw. hemmen können.

Was Sie als Ärztin oder Arzt tun können

Wahrnehmen

Essstörungen als schambesetzte Erkrankungen sind in den wenigsten Fällen das primäre Anliegen der Betroffenen, die Arztpraxen aufsuchen. Sie als ÄrztInnen sollen aus diesem Grunde ihre Sinne für die Symptomkomplexe, die auf eine Essstörung hindeuten können, schärfen und sich als kompetente Ansprechpartner für Betroffene präsentieren.

Mögliche Anzeichen einer Essstörung

Da die Übergänge Anorexia/Bulimia nervosa fließend sind, haben wir die möglichen Symptome zunächst zusammengefasst und weisen des Weiteren auf Besonderheiten der einzelnen Störungen hin. Binge Eating ist unter den psychogenen Essstörungen das am wenigsten erforschte Krankheitsbild. Die Diagnosekriterien stehen noch aus.

Auf allgemeinmedizinischem Gebiet:

- Hyperaktivität
- Schlafstörungen, Müdigkeit
- Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche
- Generalisierte Knochenschmerzen, Rückenschmerzen
- Kardiovaskuläre Veränderungen/Herzatrophy mit Bradykardie und Hypotonie, ggf. auch Tachykardie und Herzrhythmusstörungen, insbesondere Tachykardien und Schwitzen bei Appetitzüglern
- Hypothermie
- Acrozyanose
- Bradypnoe
- Schwindel und Ohnmachtsanfälle
- Nierenschäden mit Oligo- oder Polyurie bis hin zum Nierenversagen
- Dehydratation
- Hämatologische Unterfunktion mit Anämie und Leukopenie
- Anfälligkeit für Entzündungen durch immunologische Dysfunktion
- Gastrointestinale Veränderungen mit Übelkeit, Völlegefühl, Obstipation
- Elektrolytimbalancen mit Kribbeln und Taubheitsgefühlen in Händen und Füßen, Muskelschmerzen
- Periphere Ödeme

Besonderheiten bei Anorexia nervosa

- Gewichtsverlust von 20% innerhalb kurzer Zeit (ca. 3 bis 4 Monate)
- Kachexie
- Perfektionismus
- Fehlende Krankheitseinsicht

Besonderheiten bei Bulimia nervosa

- Akute Magendilatation mit Gefahr der Magenruptur
- Gastrointestinaler Reflux und Oesophagitis

Auf dermatologischem Gebiet

- Trockene atrophische Haut, rissige Nägel
- Haarausfall
- Lanugobehaarung
- Brüchige Finger- und Zehennägel
- Trommelschlägelfinger
- Oberflächliche Narben an Handrücken bei Erbrechen

Auf endokrinologischem und gynäkologischem Gebiet

- Erhöhter Adrenalin Spiegel
- Änderung des peripheren Schilddrüsenhormonmetabolismus
- Erhöhte Wachstums- und Cortisolspiegel
- Zyklusstörungen bis hin zur primären oder sekundären Amenorrhoe

Auf zahnärztlichem Gebiet

- Zahnschmelzerosionen durch häufiges Erbrechen – manchmal weisen die Schneidezähne der Front – und Eckzähne im Unterkiefer typische Mulden auf

Auf HNO-ärztlichem Gebiet

- Durch häufiges Erbrechen schmerzlose Ohrspeicheldrüsenanschwellung und auch chronische Heiserkeit und Halsschmerzen

Auf nervenärztlichem Gebiet

- Adynamie
- Lethargie
- Tetanien
- Cerebrale Krampfanfälle

Inhalte und Ziele des ärztlichen Gesprächs

Sie als Ärztin bzw. Arzt sind – unabhängig von ihrer fachlichen Spezialisierung – häufig erste Anlaufstelle für Menschen mit Essstörungen. Neben den im eigentlichen Sinne medizinischen Aufgaben fällt ihnen damit eine wichtige Funktion für den gesamten weiteren Behandlungsverlauf und die Motivation der Patientinnen zu.

Patientinnen mit Essstörungen präsentieren sich häufig mit der Doppelbotschaft: »Hilf' mir und lass' mich alles selber machen.« Diesem Paradox können sich Ärztin und Arzt nur entziehen, wenn sie ein **klares Hilfeangebot** machen, das vor allem folgende Anteile umfasst:

- Kontrolle der Körperfunktionen
- sachliche Informationen über den körperlichen Zustand und mögliche Begleit- und Folgeschäden
- gegebenenfalls Medikation
- Motivation zu weiterer Therapie.

Erfahrungsgemäß ist es sehr schwer, sich nicht in die Dynamik der Störung verstricken zu lassen. Ziemlich sichere Anzeichen dafür, dass dies bereits geschieht, sind:

- Gefahr „mitzuerleugnen“
- Wut auf die Patientin (weil sie sich bockig, selbstschädigend, uneinsichtig verhält)
- Schuldgefühle und Selbstvorwürfe (weil man es nicht schafft, sie zu Einsicht und Verhaltensänderung zu bringen)
- Das Eingehen von »Bündnissen« mit Bezugspersonen (Eltern, Lehrer, Partner) unter Umgehung der Patientin.

Ärztin und Arzt sollten sich immer wieder klarmachen, dass gerade die medizinische Behandlung mit ihrer starken Zentrierung auf den Körper und mit ihrer kontrollierenden Funktion neuralgische Themen der essgestörten Patientin aktiviert, ihr Angst macht. Da sie diese Angst abwehren muss, reagiert sie mit Störrischsein, Lügen, Täuschen, Verleugnen, Bagatellisieren und ähnlichen Verhaltensweisen. **Sie will Sie damit nicht ärgern!** – Ihr fehlt aber das geeignete Verhaltensrepertoire.

Ärztin und Arzt sollten sich auch immer wieder vergegenwärtigen, dass essgestörte Patientinnen zu einer vordergründigen Anpasstheit neigen. Emotionale Appelle können unmittelbar von Versprechungen der Patientin belohnt werden und damit beide Seiten kurzfristig entlasten. Längerfristig führen sie allerdings leicht zu einer Enttäuschung und damit zu einer Verstrickung in die Dynamik der Störung. Nicht nur im eigenen Interesse, sondern auch als Hilfestellung für die Patientin sollte versucht werden, möglichst **klare Behandlungsziele** zu formulieren. Patientinnen mit Essstörungen neigen zu Schwarz-Weiß-Zeichnungen und binden damit sich und die Behandelnden in therapeutische Alles-oder-Nichts-Vorstellungen ein. Hier gilt es gegenzusteuern, insbesondere dadurch, dass keine absoluten Behandlungsziele (Gesundheit, Normalgewicht) formuliert werden, sondern **erreichbare Zwischenziele: Verbesserung des Kaliumspiegels, Gewichtsstabilität über einen begrenzten Zeitraum, Abbau von Hypermotorik bzw. Aufbau gezielter motorischer Aktivitäten usw.** Die Teilziele müssen im Verlauf der Behandlung ständig überprüft und gegebenenfalls verändert werden.

Die multifaktorielle Genese von Essstörungen erfordert einen entsprechend multidimensionalen Ansatz der Behandlung mit 2 Schwerpunkten: **medizinische Behandlung und Psychotherapie**. Alleinige Ernährungsberatungen über Gewichtszunahmen bzw. – abnahmen sind nicht ausreichend. Ob eine ambulante oder stationäre Behandlung erfolgt, muss im Einzelfall geklärt werden. Medizinische und psychotherapeutische Behandlung sollten grundsätzlich nicht in Personalunion erfolgen. Die kontrollierende ärztliche Funktion widerspricht den psychotherapeutischen Erfordernissen essgestörter Patientinnen. Befindet sich die Patientin in psychotherapeutischer Behandlung, so ist der Stellenwert der medizinischen Behandlung von vornherein eindeutig, was in der Regel mit sich bringt, dass die

Beziehungsdynamik entschärft ist. Lehnt die Patientin jedoch eine psychotherapeutische Behandlung ab, so sollten die Ärztin oder der Arzt den Kontakt nicht abbrechen, sondern die Chance nutzen, die Patientin langfristig zu einer Therapie motivieren zu können.

Gezielte Fragen zur Einschätzung der Problematik

In allen Fällen sollte versucht werden, ein ausführliches Gespräch zu führen. Ärztin oder Arzt sollten sich die Zeit für das Gespräch mit der Patientin nehmen und zunächst zusammen mit ihr versuchen, einen Einblick in die Schwere und Chronifizierung der Störung zu erhalten.

Folgende Fragen können bei der Einschätzung der Problematik helfen:

- Wann haben die Probleme mit dem Essen angefangen?
- Welche Nahrungsmittel vermeidet die Patientin, lässt sie Mahlzeiten ausfallen, wie viele Kalorien gesteht sie sich pro Tag zu?
- Macht die Patientin Diäten?
- Kommt es zu Heißhungeranfällen? Wenn ja: Wie häufig sind sie in den letzten drei Monaten aufgetreten?
Hat sich diese Frequenz im Gesamtverlauf der Erkrankung verändert? Wie lange dauern die Essanfälle durchschnittlich? Was wird gegessen und getrunken? Wodurch werden sie beendet (Erbrechen, Schlaf)?
- Erbricht die Patientin oder nimmt sie Laxantien, Diuretika, Appetitzügler, Schilddrüsenpräparate?
Wenn ja: wie viele wöchentlich?
- Wie viele Stunden pro Woche macht sie Sport? Welcher Art sind die Körperübungen?
- Kommt es zu häufigen Gewichtsschwankungen?
- Trinkt sie Alkohol (wie viel, was, wann, wie häufig)?
- Verletzt sich die Patientin selbst (wie, womit, wann, wie häufig)?
- Hat die Patientin schon einmal Dinge entwendet oder tut sie dies regelmäßig (was, wo, wann)?
- Gibt es etwas, das die Patientin als Ursache oder Auslöser identifizieren kann?
- War die Symptomatik immer die gleiche oder hat sie sich verändert?
- Wie ist die Stimmungslage?
- Bestehen Hinweise auf Suizidalität?

Einige Betroffene sind sich trotz massiven Leidensdrucks der Schwere ihrer Erkrankung nicht bewusst. Ein weiteres Gesprächsziel ist, **über geeignete Maßnahmen und Institutionen aufzuklären**, wobei Ärztin oder Arzt der Patientin möglichst Adressen von in Frage kommenden Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten oder von Kliniken nennen sollten. Da die Ausdauer und Motivation der Patientinnen oft trotz aktuell hohen Leidensdrucks sehr kurzlebig sind, ist es hilfreich, wenn von der Praxis aus direkt eine Verbindung hergestellt werden kann.

Übersicht über Dortmunder Hilfeangebote bei Essstörungen

Eine gute Übersicht über Dortmunder Hilfeangebote im Bereich Essstörungen finden Sie unter den entsprechenden Rubriken „Hilfeangebote für Jugendliche und junge Erwachsene“ und „Hilfeangebote für Erwachsene“ auf dieser Seite.

Zum Mitgeben für die Patientin eignet sich der Wegweiser Essstörungen, den Sie sich ebenfalls auf dieser Seite unter der Rubrik „Wegweiser Essstörungen (Flyer)“ als download ausdrucken können.