

Übersicht Essstörungen

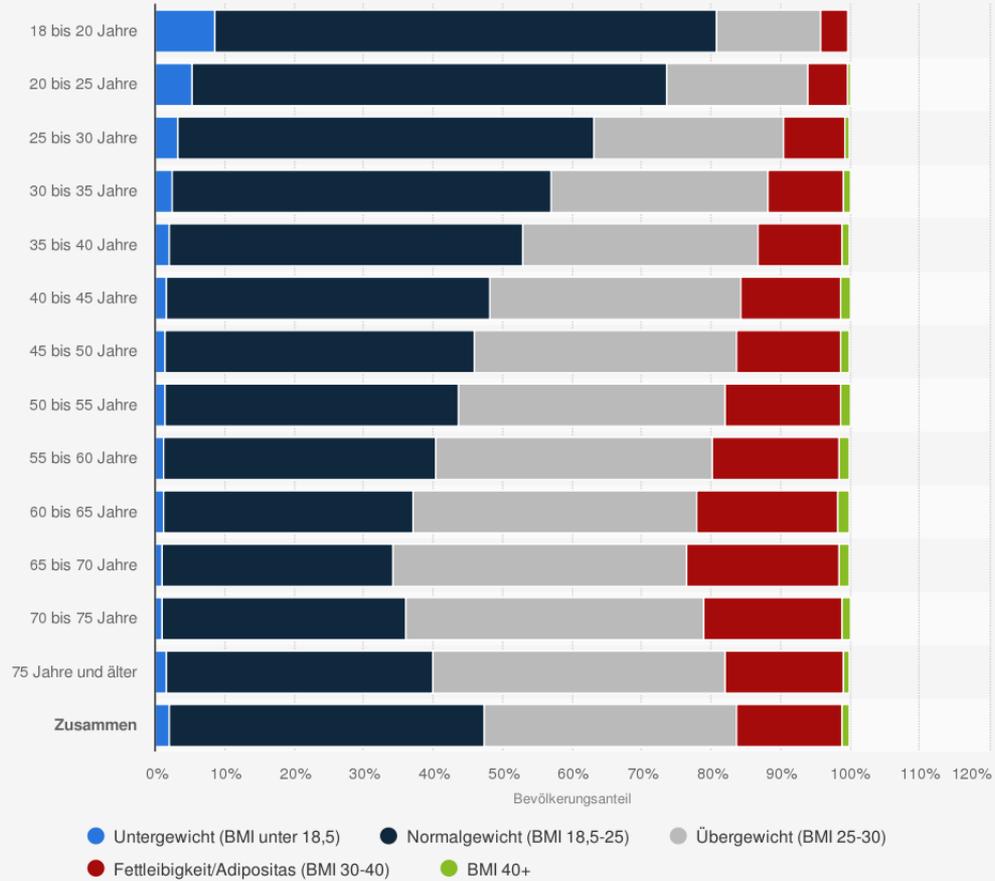
Impulsvortrag Suchttherapietage 22.11.2023

Dr. Siobhan Loeper

Leitende Oberärztin, FÄ für Innere Medizin, FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie-VT

Bilder zur Bühne, auf der sich heute Essstörungen abspielen – aus Urheberrechtsgründen entfernt

Anteile an der deutschen Erwachsenenbevölkerung nach Körpermaßen (BMI)* und Altersgruppen im Jahr 2017

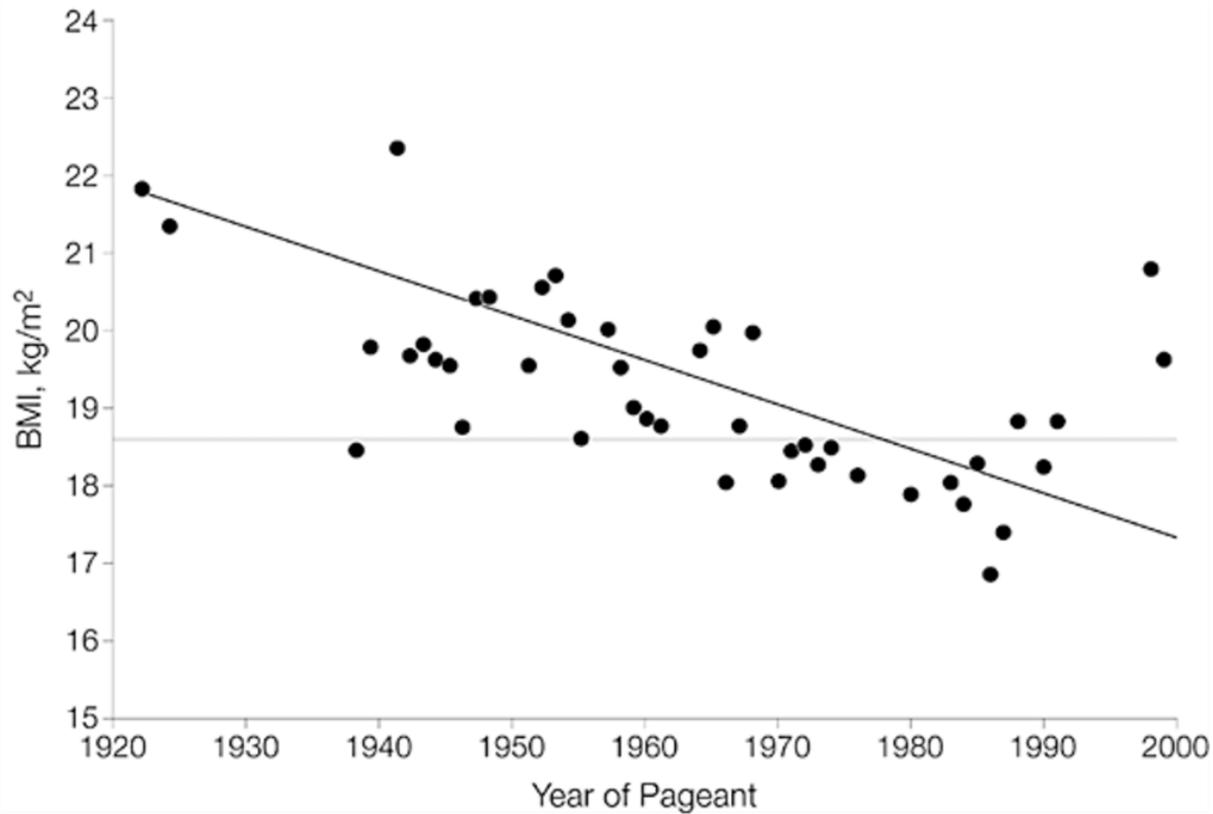


Quelle:
Statistisches Bundesamt
© Statista 2020

Weitere Informationen:
Deutschland; ab 18 Jahre

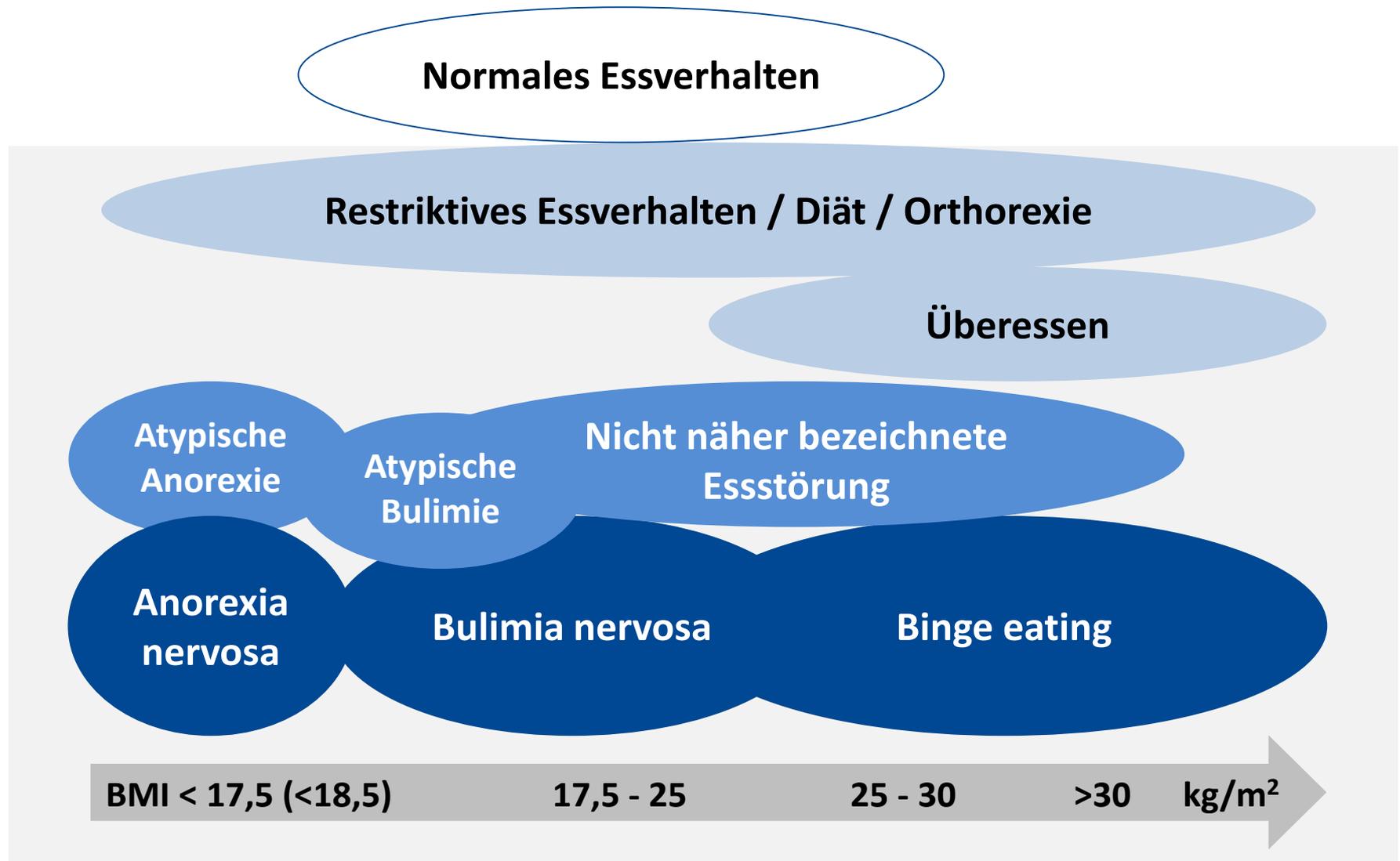
Bilder zu Wandel der Schönheitsideal über die Zeit hin zu einem sehr schlanken bis Untergewichtigen Schönheitsideal – aus Urheberrechtsgründen entfernt

BMI-Verlauf von Miss America 1922-1999



Rubinstein et al., JAMA. 2000;283(12):1569.

Bilder einer Patientin mit Anorexie und einer Patientin mit Bulimie/Binge Eating Störung
– aus Urheberrechtsgründen entfernt



Bilder zu Menschen mit der jeweiligen Erkrankung – aus Urheberrechtsgründen entfernt

Anorexia nervosa

ICD-10: BMI < 17,5 kg/m²

Gewichtsverlust
Körperschemastörung
Endokrine Störung
+/- Erbrechen o.ä.

Bulimia nervosa

BMI 17,5-30 kg/m²

Essattacken
ICD-10: 2x/Woche für 3 Monate
Kompensatorische Maßnahmen
Furcht dick zu werden
bzw. Selbstwert abhängig von Gewicht

ICD-10: Essstörung NNB

BMI > 30 kg/m²

Essattacken
+ weitere essensassoziierte Symptome
Leidensdruck wg. Essen
Keine kompensat. Maßnahmen

Bilder zu Menschen mit der jeweiligen Erkrankung – aus Urheberrechtsgründen entfernt

Anorexia nervosa

ICD-11: BMI < 18,5 kg/m²
oder
Rascher Gewichtsverlust
(z.B. >20% in 6 Monaten)

Gewichtsverlust
Körperschemastörung
Endokrine Störung
+/- Erbrechen o.ä.

Bulimia nervosa

BMI 18,5-30 kg/m²

Essattacken
ICD-11: 1x/Woche für 1
Monat
Kompensatorische
Maßnahmen
Furcht dick zu werden
bzw. Selbstwert abhängig
von Gewicht

ICD-11: Binge-Eating-Disorder

BMI > 30 kg/m²

Essattacken
+ weitere essensassoziierte
Symptome
Leidensdruck wg. Essen
Keine kompensat.
Maßnahmen

Umbenennung Kapitel in „Fütterungs- und Essstörungen“

- **Anorexia nervosa**
- **Bulimia nervosa**
- **Binge Eating Störung**
- **Vermeidend restriktive Störung der Nahrungszufuhr (ARFID)**
- Pica
- Ruminations- Regurgitationsstörung
- Sonstige Essstörung
- Nicht-näher bezeichnete Essstörung

ARFID (Avoidant restriktive food intake disorder)

Vermeidung und Einschränkung der Nahrungsaufnahme mit

- 1) Signifikanter Gewichtsabnahme/ fehlender Gewichtszunahme oder
- 2) klinisch bedeutsamen Nährstoffdefiziten mit angewiesen sein auf Nahrungsergänzungsmittel oder Sondenkost
- 3) Weitere negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen oder signifikante funktionelle Einschränkungen, z.B. Vermeidung von Essen in sozialem Kontext
- 4) Keine Sorgen um Körpergewicht oder Figur
- 5) Restriktives Essverhalten ist nicht durch andere Erkrankungen, Substanzkonsum, fehlender Nahrungsverfügbarkeit etc. besser erklärbar

Wer ist (besonders) betroffen?

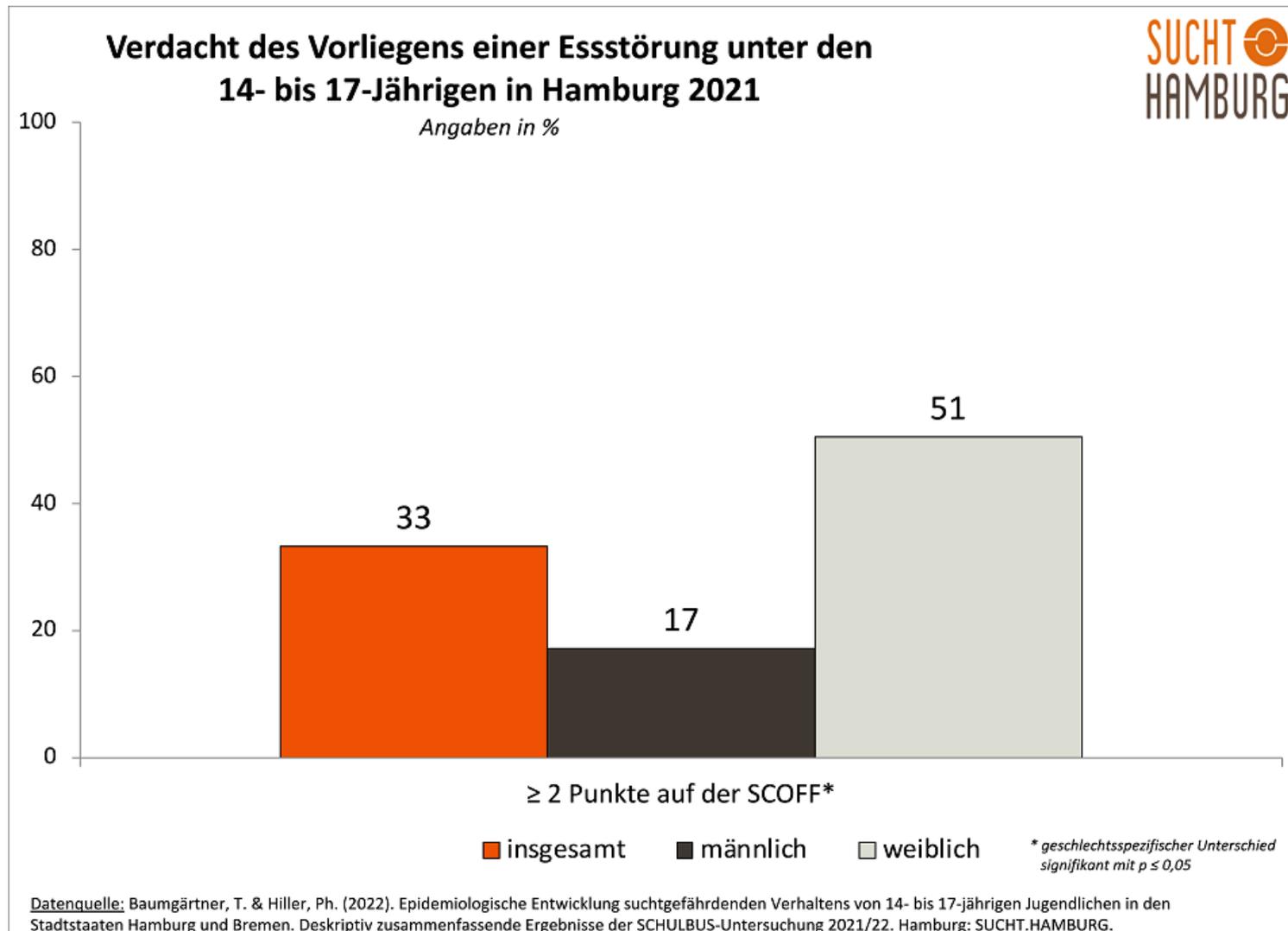
		Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge Eating Disorder
Gipfel der Erstmanifestation		15. – 19. Lj.	16. - 20. Lj.	21.-26. Lj
Lebenszeit-Prävalenz	♀	1.4% (0.1–3.6%)	1.9% (0.3–4.6%)	2.8% (0.6–5.8%)
	♂	0.2% (0–0.3%)	0.6% (0.1–1.3%)	1.0% (0.3–2.0%)

(Galmiche et al., 2019, *Am J Clin Nutr*)

- Stärkste Prädiktoren: Weibliches Geschlecht und junges Alter
- Die Prävalenz in Entwicklungsländern steigt bei zunehmender Urbanisierung und Industrialisierung
- Symptombeginn bei BN häufiger Essanfälle, bei AN häufiger Diät

(Striegel-Moore et al. 2003, 2005; Pike et al., 2014)

- **Zunahme der Neuerkrankungsrate 2018 bis 2021 (Deutschland)**
 10-14. LJ (Mädchen) um 30 %
 15-18. LJ (Mädchen) um 50% (DAK Kinder- und Jugendreport 2022)
- **Zunahme der stationären Behandlungen 2018-2021 (Deutschland):**
 6-14. LJ um 40%
 15-18. LJ um 30 % (absolute Zahlen: 2018 ca. 4500, 2021 ca, 7000)
 (Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage)
- **Zunahme der stationären Behandlungen 2019-2021 (international):**
 um 58% (Devoe et al., 2021)
- **Zunahme von schwereren Erkrankungen; Zunahme im Kindesalter**
- **Ursachen:**
 Kontrollverlust erleben in der Pandemie
 Verlust der Tagesstruktur
 Rückgang sozialer Kontakte
 Starker Anstieg des Social Media Konsums



- Häufig unterdiagnostiziert aufgrund von Angst vor Stigmatisierung/Scham
- Anderes Idealbild des Körpers „Anorexia Athleticism“ „Muscle Dysmorphia“
- Häufig exzessive sportliche Betätigung, Einnahme von Steroiden und Wachstumshormonen
- Seltener Erbrechen und Einnahme von Abführmitteln als bei Frauen
- Vor Beginn der Essstörung häufiger übergewichtig als Frauen
- Sexuelle Orientierung scheint assoziiert zu sein: häufiger homo-, bi- oder asexuelle Männer

Strother et al. *Eat Disord*, 2012

- Prävalenz unklar, da nicht differenziert wird unter LGBTQA*
- Prävalenz von Essstörungen bei 300 000 College Student:innen (USA):
 - Heterosexuell männlich 0,55%
 - Heterosexuell weiblich 1,85%
 - Homosexuell männlich 2,06%
 - Homosexuell weiblich 3,52%
 - Transgender 15%
- Mögliche prädisponierende Faktoren
 - Körperunzufriedenheit
 - Psychische Belastung durch die Gender Dysphorie
 - Wunsch, die Pubertätsentwicklung aufzuhalten
 - Versuch, ein weibliches oder männliches Ideal zu erreichen

Diemer et al, j of Adolescent health, 2015

Anorexia nervosa: 56.2% min. 1 Komorbidität

47.9% Angststörungen, 24.8% soziale Phobien

51.5% Depressionen (höhere Suiz. bei AN-BP)

3.8% Bipolare Störungen

17.2% Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit

19% Zwangsstörungen

16.1-22.7% PTBS

22% Autismus Spektrum

Aus anderen Studien zusätzlich auch:

Artifizielle Störung

Bis zu 30 % Somatoforme Störungen, v.a.

Magen-Darm-Beschwerden

Bulimia nervosa: 94.5% min. 1 Komorbidität

80.6% Angststörungen

51.5% Depressionen

12.5% Bipolare Störungen

18.6% Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit

32.2-66.2% PTBS

33% „Hinweise auf ADHS“

Bei diesen **Risikogruppen** ist in Erwägung zu ziehen, ob eine Essstörung vorliegen könnte:

- Patient:innen mit niedrigem Körpergewicht oder Adipositas bzw. starkem Gewichtsverlust oder starker Gewichtszunahme
- Patient:innen mit Amenorrhö oder Infertilität
- Patient:innen mit Zahnschäden
- Normalgewichtige Patient:innen, die Sorgen über ihr Gewicht haben
- Übergewichtige Patient:innen
- Patient:innen, die im Unterhaltungsbereich, in der Mode- oder Ernährungsbranche arbeiten oder Leistungssportler:innen sind
- Patient:innen mit (komorbiden) psychischen Erkrankungen (u.a. BPS, Sucht, ADHS)
- Transgender Menschen
- Kinder und Jugendliche mit Wachstumsverzögerung
- Kinder und Jugendliche, deren Eltern sich besorgt zeigen über ihr Gewicht und Essverhalten

Dauer der unbehandelten Erkrankung = Zeit von Beginn der ersten Symptome bis Aufnahme einer leitliniengerechten Behandlung

Laut einer aktuellen Meta-Analyse:

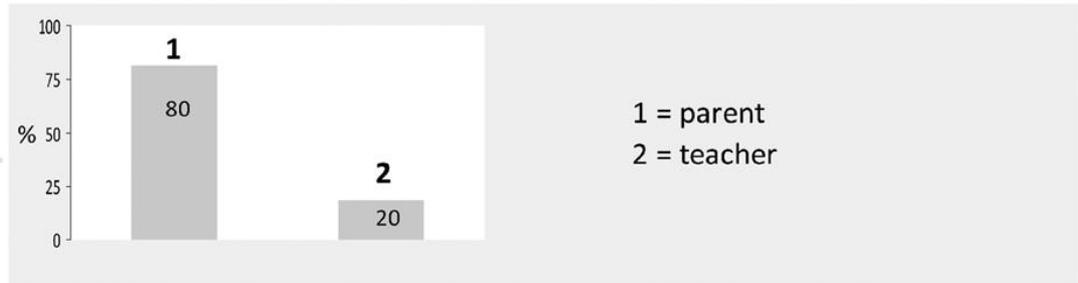
- **29.9 Monate bei Anorexia nervosa**
- **53.0 Monate bei Bulimia nervosa**
- **67.4 Monate bei Binge-Eating-Störung**

Eine längere Dauer der unbehandelten Erkrankung hängt mit einem insgesamt schlechteren Verlauf der Erkrankung und geringeren Genesungsraten zusammen.

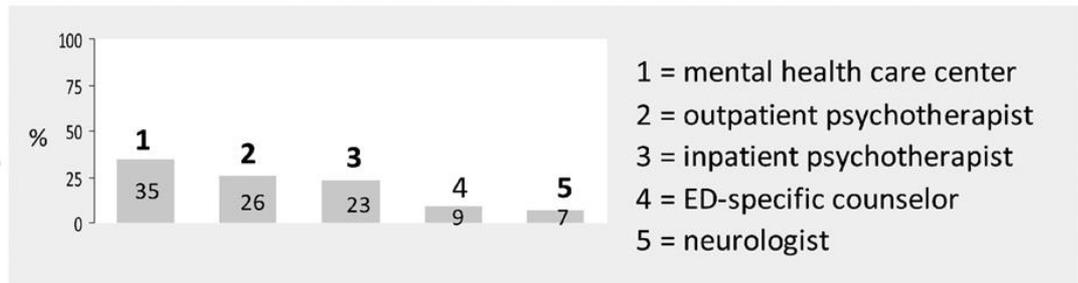
Frühe Erkennung von Essstörungen kann für den Behandlungsverlauf entscheidend sein.

Person who first diagnosed anorexia nervosa

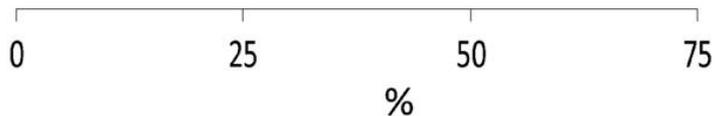
Social network



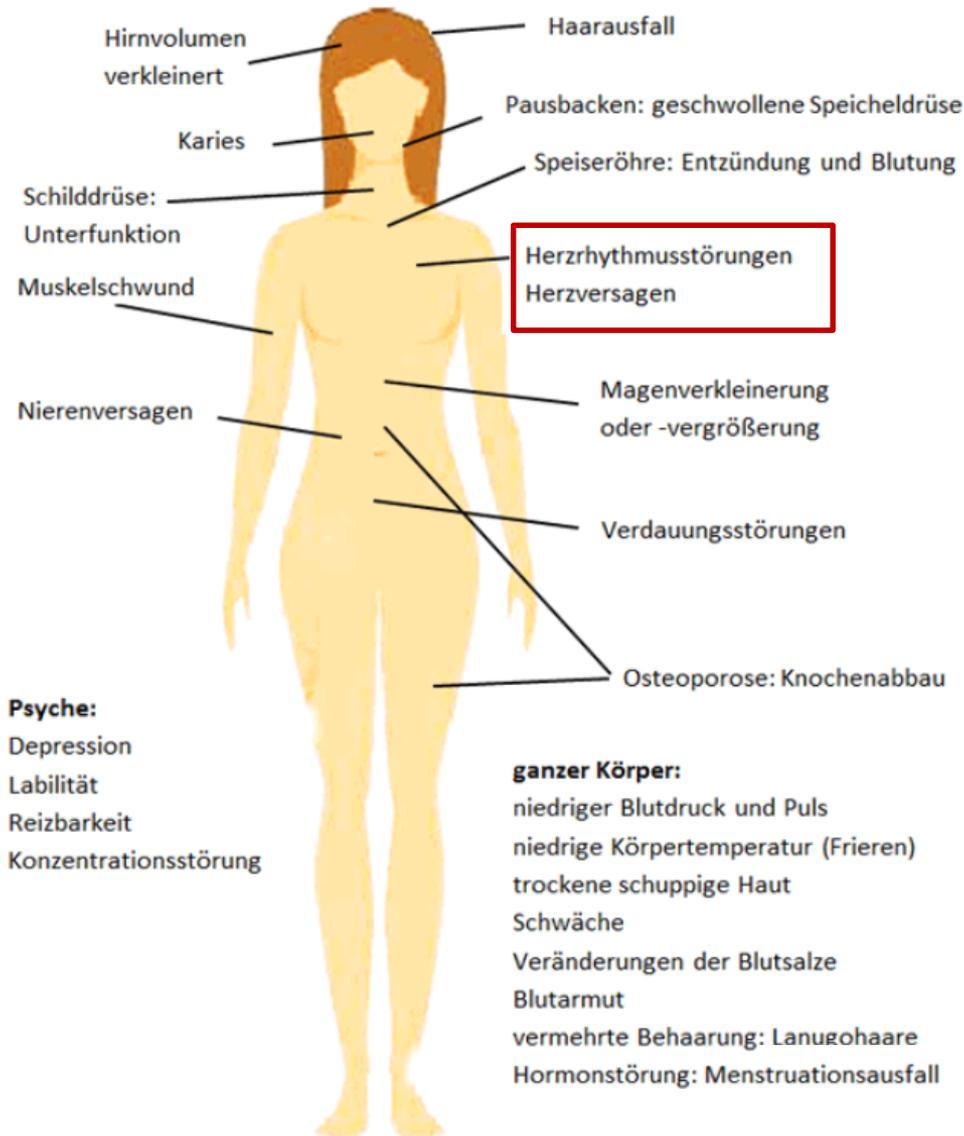
Mental health professional



Physical health professional



Körperliche Folgen der Essstörungen



„Size Zero: Essstörungen verstehen, erkennen und behandeln“ (Pauli, 2018)

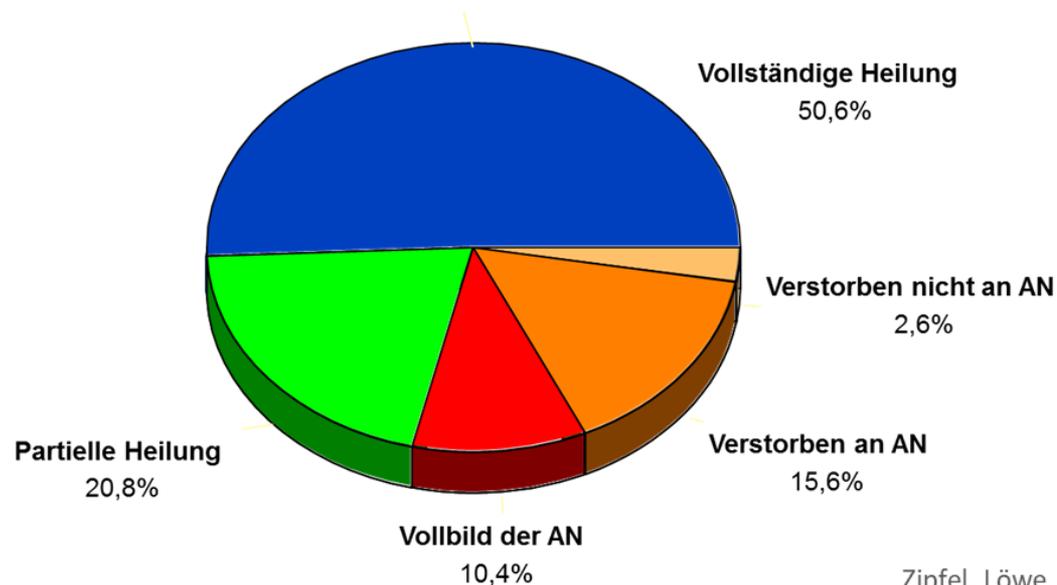
MRT Bilder zum Gehirn einer gesunden jungen Frau und einer Frau mit Anorexia nervosa – aus Urheberrechtsgründen entfernt

Bilder zu normalem Knochen und zu osteoporotischem Knochen bei Anorexia nervosa
– aus Urheberrechtsgründen entfernt

Fast die Hälfte der Betroffenen gesundet vollständig

→ **aber**: Anorexie ist die psychische Störung mit der höchsten Mortalitätsrate!

Der Krankheitsverlauf der Anorexia Nervosa (20 Jahres-Katamnese; n=84)



Zipfel, Löwe, Reas, Deter, Herzog *Lancet* 2000

Was kann man fragen bei Verdacht...

- „Sie sehen sehr schmal aus, haben Sie in der vergangenen Zeit abgenommen?“
- „Darf ich Sie fragen, wie sie sich im Alltag ernähren? Machen Sie aktuell eine Diät oder essen sie weniger als sonst?“
- „Gibt es Lebensmittel, die sie nicht essen?“
- „Kommt es vor, dass Sie sich übergeben, wenn Sie sich unangenehm voll fühlen?“
- „Möchten Sie mir etwas über Ihre Bewegung und ihre sportliche Aktivitäten im Alltag erzählen?“ Besteht ein Zusammenhang zwischen Essen und Sport?“
- „Beeinflusst Ihr Gewicht Ihr Selbstwertgefühl?“
- „Machen Sie sich Sorgen wegen Ihrer Figur?“
- „Essen Sie in Gesellschaft oder essen Sie alleine/ heimlich?“
- „Machen Sie sich Sorgen, weil Sie manchmal mit dem Essen nicht aufhören können?“

Screening-Fragebögen können die Früherkennung von Essstörungen unterstützen

SCOFF-Fragebogen

Antwort „ja“ = 1 Punkt

Essstörungsrisiko ab ≥ 2 Punkten

Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst?

₁

₂

Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?

₁

₂

Hast du in der letzten Zeit mehr als 6kg in 3 Monaten abgenommen?

₁

₂

Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden?

₁

₂

Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst?

₁

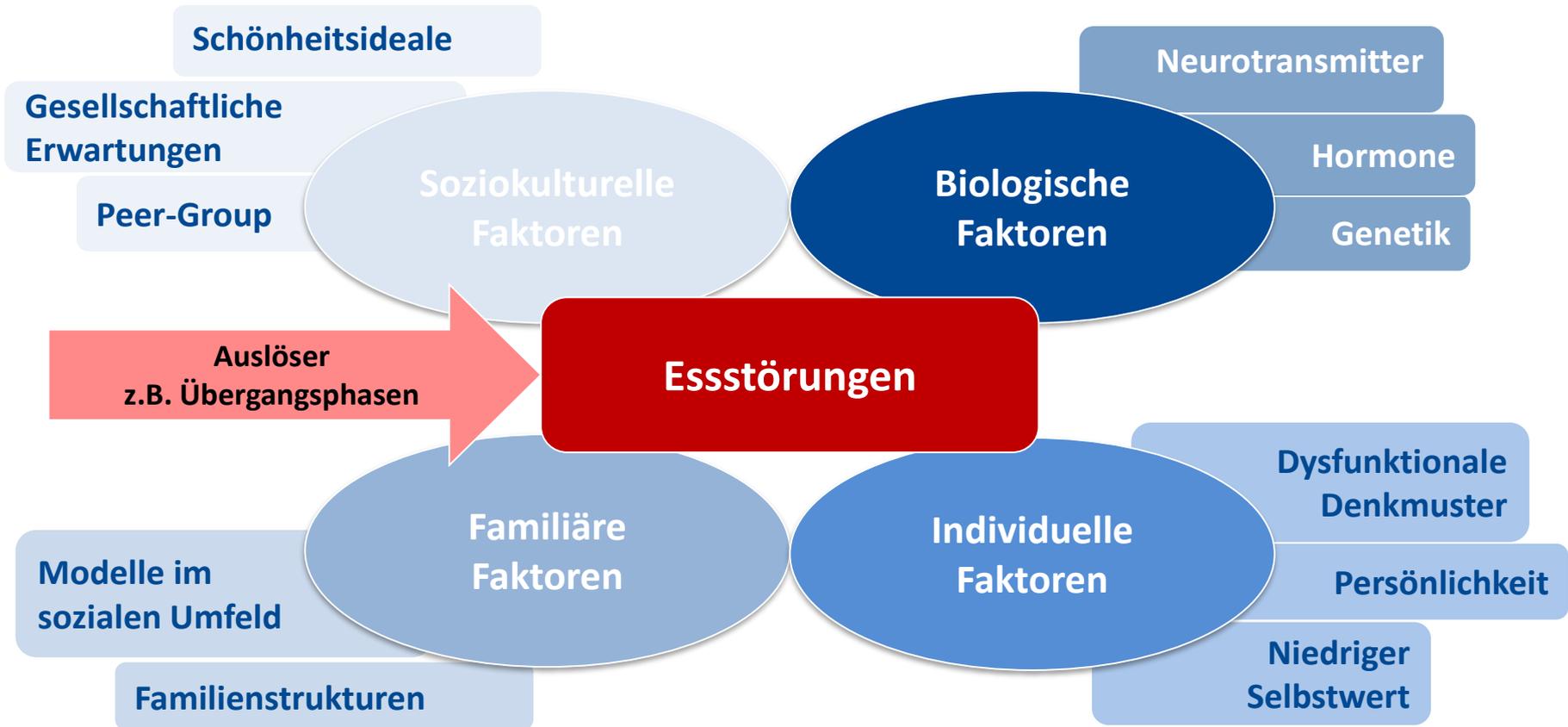
₂

- (Screening-)Fragebögen können die Früherkennung von Essstörungen unterstützen
- Entscheidend für die Diagnose ist eine ausführliche Anamnese, bei der diagnostische Kriterien gemäß dem Klassifikationssystem ICD erfragt werden
- Zudem sollten körperliche Ursachen für z.B. eine Gewichtszunahme oder -abnahme ausgeschlossen werden
- Zur medizinischen Basisdiagnostik ist eine haus- oder kinderärztliche Vorstellung wichtig

- BMI < 14 kg/m²
- Mehrfach tägliches Erbrechen
- Regelmäßige Einnahme von Laxantien in deutlich größerer Menge als im Beipackzettel vermerkt
- Rasche Gewichtsabnahme (20% in 6 Monaten)
- Körperliche Symptome, z.B. Schwäche (kommt aus dem Hocken nicht hoch ohne Hilfe), Schwindel, unregelmäßiger Herzschlag
- Bei Patient:innen mit behandeltem Diabetes: regelmäßig BZ-Werte >300 mg/dl oder Zeichen der Ketoazidose (Apfelatem, Übelkeit, extreme Erschöpfung)

Wie kommt es zu Essstörungen?

Die Entwicklung der Essstörungen ist multifaktoriell



- Gewichtsrestauration
- Remission von Essanfällen/Gegenregulation
- Normalisierung des Essverhaltens
- Arbeit an auslösenden bzw. aufrechterhaltenden Faktoren



„Die Verbesserung des Ernährungszustandes ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer Psychotherapie. Die Normalisierung der Ernährung ist nicht alles, aber ohne diese ist alles nichts.“ (Schors und Huber, 2004)

- Kurze Erkrankungsdauer
- Starke Veränderungsmotivation
- Gute therapeutische Beziehung
- Auffassung der Genesung als Prozess und der Therapie als wertvolle Erfahrung
- Fähigkeit, negative Gefühle zu tolerieren
- Selbstakzeptanz
- Entwicklung einer von der Essstörung unabhängigen Identität
- Soziale Unterstützung

Kästner, Löwe, Gumz *Int J Eat Disord*, 2019
Sala et al. *J Psychiatr Res*, 2023
Treasure et al. *J Clin Med*, 2020
Zipfel et al. *Lancet Psychiatry*, 2015



- Essstörungen werden in allen Settings (Schule, Arbeit, Ärztlicher Kontakt) häufig nicht angesprochen (Angst, Unangenehm, Hilflös, Pessimismus „bringt sowieso nichts“)
- Essstörungen können gravierende körperliche Folgen haben bis hin zum Tod
- Essstörungspatient:innen haben komorbide psychischen (und somatische) Erkrankungen, inklusive Suchterkrankungen
- Eine (unerkannte) Essstörung erschwert eine Suchtbehandlung und erhöht das Rückfallrisiko und vice versa
- Eine zügige Behandlung der Essstörung nach Symptombeginn verbessert die Prognose (keine Untersuchung für komorbide Sucht)
- Bei komorbider Sucht- und Essstörungserkrankung ist eine Therapiehierarchie wichtig (Suizidalität, somatische Komplikationen, Entgiftung, Bereitschaft für Behandlung)

Beratungsstellen, z.B. :

- Waage e.V., Smutje/ Therapiehilfe gGmbH, Kajaal Frauenperspektiven
- **Psychosomatische und Psychiatrische Ambulanzen, z.B.**
- Asklepios Klinik Ochsenzoll
- Asklepios Klinik Rissen
- UKE, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Stationär/Teilstationäre Behandlungsangebote wie

- Asklepios Klinik Ochsenzoll
- Asklepios Klinik Rissen
- Klinik am Korso, Bad Oeyenhausen
- Kompetenzzentrum für Esstörungen Bad Bevensen,
- Mediclin Bad Bodenteich
- Schön-Kliniken (HH-Eilbek, Bad Bramstedt)
- UKE, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- UKSH Lübeck

siehe auch: Therapieführer Hamburg unter <https://www.hamburg.de/therapiefuehrer-suche/>