

Fachtag: Perfekt, Schlank und ohne Makel

DEGGENDORF, 20.02.2025

Dr. Tanja Hochegger

ICD-10 (1993)

F 50.0

- Körpergewicht mind. 15 % unter dem erwarteten Gewicht oder Body-Mass-Index $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
 - Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder
 - selbstinduziertes Erbrechen
 - selbstinduziertes Abführen
 - übertriebene körperl. Aktivität
 - Gebrauch von Appetitzüglern, Diuretika u. a.
- Körperschemastörung; überwertige Idee, zu dick zu sein/zu werden, es wird eine sehr niedrige Gewichtsschwelle festgelegt
- endokrine Störung (Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse), findet Ausdruck z. B. in Amenorrhoe; bei Beginn vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert, z. B. Wachstumsstopp, primäre Amenorrhoe

F 50.00 (AN ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme):
kein Erbrechen, kein Abführmittel- oder Diuretikamissbrauch

F50.01 (AN mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme):
selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch o. ä., evtl. treten auch Essanfälle auf

Vorschlag ICD-11 (2018)

6B10

- Untergewicht (BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ oder $< 5.$ Altersperzentile), welches nicht auf eine andere Erkrankung oder die Nicht-Verfügbarkeit von Nahrung zurückzuführen ist
- Durchgehendes Muster an Verhaltensweisen, die die Wiederherstellung eines normalen Körpergewichts verhindern (restriktives Essverhalten, selbst-induziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch, exzessives Sporttreiben), welches typischerweise von einer Angst vor Gewichtszunahme begleitet ist
- Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur bzw. des Körpergewichts oder übertriebener Einfluss des Körpergewichts und der Figur auf die Selbstbewertung

6B10.1 AN mit signifikant niedrigem Körpergewicht:

- BMI zwischen $18,5$ und $14,0 \text{ kg/m}^2$ (zwischen 5. und 3. Perzentile bei Kindern und Jugendlichen)
- 6B10.11: restriktiver Typ
- 6B10.12: binge-purging Typ

6B10.2 AN mit gefährlich niedrigem Körpergewicht:

- BMI $< 14,0 \text{ kg/m}^2$ (Altersperzentile bei Kindern und Jugendlichen $< 3.$ Perzentile)
- 6B10.21: restriktiver Typ
- 6B10.22: binge-purging Typ

eTabelle 2

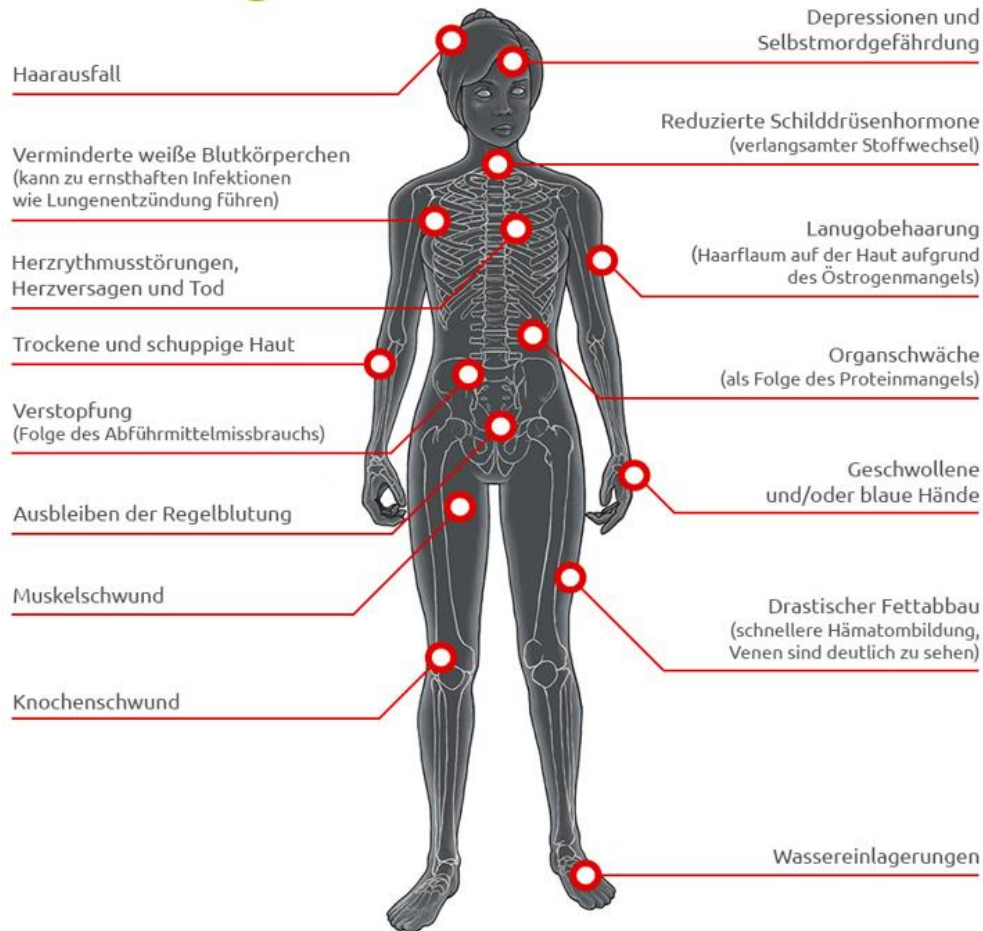
Basisdaten zu stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa (AN) und atypischer AN (ein diagnostisches Kriterium nicht erfüllt) aus dem Deutschen Anorexie-Register unter Beteiligung von 16 Kliniken (08/2014 bis 2/2019; 469 Patientinnen und Patienten). Modifiziert nach (12, e12, e41)

Charakteristika	Aufnahme	Entlassung
Alter in Jahren (Durchschnitt $\pm$ SD; Spanne) (12)	15,17 $\pm$ 1,64; 8,9–18,9	
BMI in kg/m ² (Durchschnitt $\pm$ SD; Spanne) (12)	15,4 $\pm$ 1,5; 11,6–20,7	18,3 $\pm$ 1,43; 13,6–22,9
präorbider BMI in kg/m ² (Durchschnitt $\pm$ SD) präorbider BMI-SDS präorbides BMI-Altersperzentil (e11)	19,7 $\pm$ 2,8 –0,36 $\pm$ 0,89 $\approx$ 36	
restriktiver Typ Binge-Eating/Purging-Typ atypische Anorexia nervosa (12)	80 % 6 % 14 %	
Dauer der Behandlung in Wochen (Durchschnitt $\pm$ SD; Spanne) (12)		17,21 $\pm$ 8,64; 0,0–61,0
Schweregrad Einteilung nach ICD-11 (n = 404; ohne atypische Anorexia nervosa) – signifikant niedriges Gewicht (BMI-Perzentil $\geq$ 0,3) – gefährlich niedriges Gewicht (< 0,3. Perzentil) (12)	50 % 50 %	
Dauer der Erkrankung vor Aufnahme in Wochen	51 $\pm$ 45	
häufig genannte Gründe (Elternangaben) für stationäre Aufnahme (Mehrfachnennungen möglich) (e41)	niedriges Gewicht: 65 % zu geringe Essmenge: 52 % rasche Gewichtsabnahme: 46 % depressive Stimmung: 26 % ärztl./psychotherapeutischer Rat: 23 %	

BMI, Body-Mass-Index; SD, Standardabweichung; SDS, „standard deviation scores“

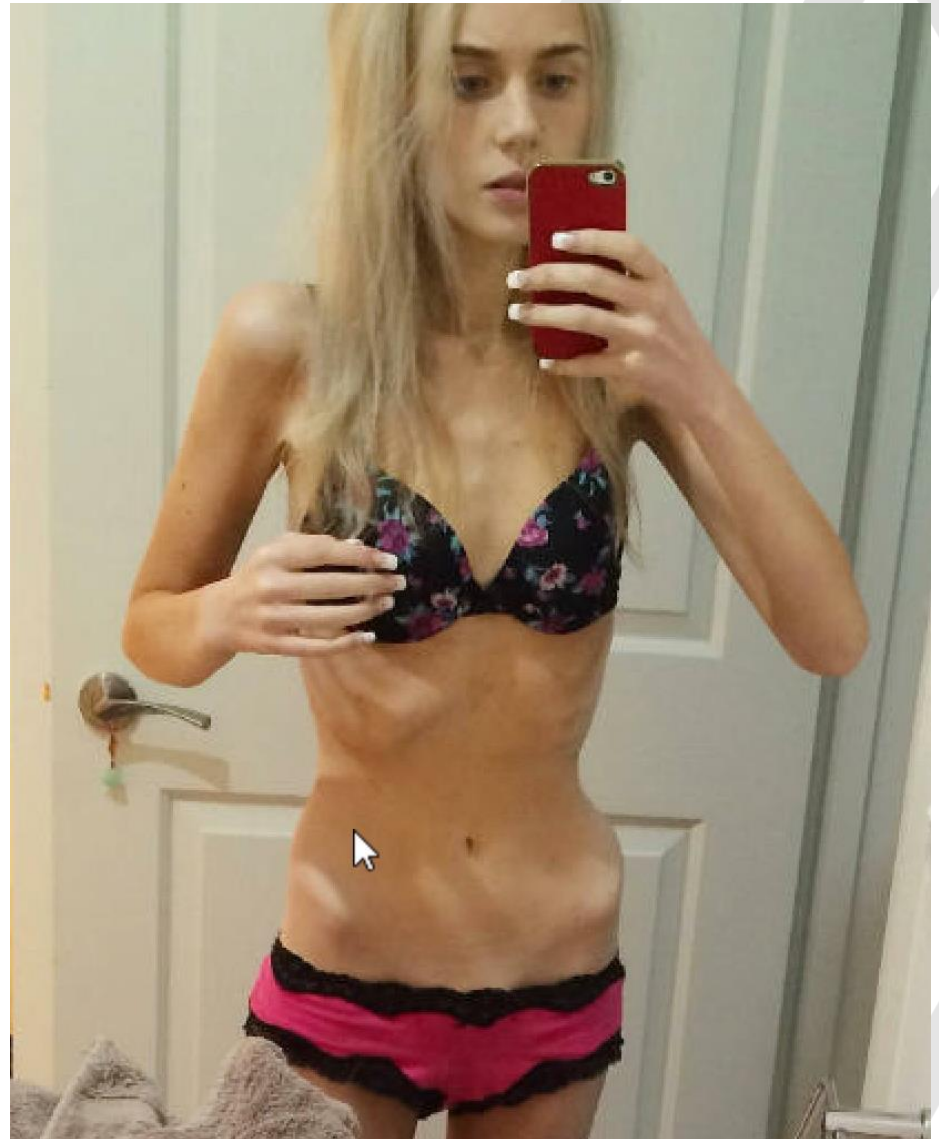
Indikationen für stationäre Behandlung:

- gravierendes Untergewicht < 3 BMI-Perzentile
- Rapider/ anhaltender Gewichtsverlust (>20% des KG innerhalb 6 Mon.)
- Anhaltender Gewichtsverlust/ unzureichende Gewichtszunahme über 3 Monate (trotz amb./ teilstationärer-Behandlung)
- Fehlende Krankheitseinsicht oder exzessiver Bewegungsdrang (nicht ambulant eingrenzbar)
- Somat. Gefährdung/ Komplikationen (Elektrolytentgleisung, hämodyn. Relevanter Perikarderguss)
- Suizidalität
- Ausgeprägte psychische Komorbidität
- Psychosoziale Gründe/ Eskalation der famil.-häusl. Situation / soziale Isolation/ unzureichende soziale Unterstützung



BMI 13,9 = kleiner der 1. Perzentile =>
100% der Kinder im gleichen Alter sind
schwerer;

Beispiel 14 Jahre, 154cm 33kg



Verhaltensweisen, die dazu dienen, das Gewicht zu reduzieren oder auf einem niedrigen Niveau zu halten (1):

- Vermeiden von hochkalorischen, fetthaltigen oder kohlenhydrathaltigen Nahrungsmitteln
- Auslassen von Mahlzeit(bestandteilen)
- Verändern des Mahlzeitenrhythmus, z.B. durch Beschränkung der Zufuhr auf eine einzige Mahlzeit pro Tag oder eine selbstauferlegte Struktur mit einer Vielzahl von Kleinstmahlzeiten
- Kauen und Ausspucken von Nahrung
- Bilanzieren von Mahlzeiten durch Kalorienzählen und Abwiegen aller Nahrungsmittel
- Vermeiden von Nahrungsmitteln, deren Kaloriengehalt nicht eindeutig bestimmbar ist, wie von anderen gekochten komplexen Speisen
- Verwenden von Süßstoffen, Fettersatzstoffen und Light-Produkten
- Verwenden von pharmakologischen Appetitzüglern, Nikotin, Kokain oder anderer Stimulantien zur Appetitkontrolle
- hochfrequentes Wiegen oder Kontrolle des Umfangs von Körperteilen durch Maßbänder, von Hautfaltendicken, Spiegelbild

Verhaltensweisen, die dazu dienen, das Gewicht zu reduzieren oder auf einem niedrigen Niveau zu halten (2):

- Exzessiver Konsum von Flüssigkeiten vor den Mahlzeiten, um die Nahrungsaufnahme zu begrenzen
- Flüssigkeitseinschränkung, um die Nahrungsaufnahme z. B. durch Mundtrockenheit zu beschränken
- Auswahl und Zufuhr von unattraktiven oder z. B. durch Versalzen oder scharfe Gewürze ungenießbar gemachten Nahrungsmitteln
- Nutzen von Ekelkonditionierungen, um die Zufuhr von attraktiven Nahrungsmitteln zu blockieren (z. B. die Vorstellung, dass Schokolade durch Mäusekot verunreinigt ist)
- Nicht in Gemeinschaft essen, um eine Ablenkung beim Essen oder andere soziale Einflüsse zu vermeiden
- Nutzen von einengenden Bauchgürteln, beengender Kleidung oder Muskelanspannung, um beim Essen ein frühzeitiges Völlegefühl zu erzeugen
- Nutzen von Selbstverletzungen im Mundraum, um die Nahrungsaufnahme zu erschweren

Kunsttherapie

Gewichtsvertrag mit
Zunahme 500-
1000g/Woche od. kcal

Gewichtsabhängige
Ruhe – und
Belastungszeiten
(Schule/Sport)

Musiktherapie

Kochen/Ernährungstherapie

Geplantes und nicht
geplantes Wiegen

Milieuthherapie

Sonde

Einzelpsychotherapie meist VT

Familientherapie

STATIONÄRE BEHANDLUNG VON PATIENTEN MIT AN

Psychoedukati
on inkl. klarer
und
wiederholter
Aufklärung
über
körperliche
Folge- und
Begleiterkrank
ungen

Regelmäßige
Laborkontrollen

Zwangsernährung
(2 Fälle in 5 Jahren)

Psychologische
Testung insb.
komorbider Störungen

Klinikschule

Exposition – Restaurant,
gefürchtete Lebensmittel

Körper/Bewegungstherapie

Mediengruppe

Medikation –
wäre schön

(Wieder)Lernen von
Genuss/Achtsamkeit/
Selbstfürsorge

Beispiele für Therapieziele in der psychotherapeutischen Einzelarbeit

- Konflikte austragen
- eigene Meinung sagen
- eigene Entscheidungen treffen
- nein sagen
- über Gefühle sprechen und Gefühle zeigen
- eigene Bedürfnisse äußern
- Umgang mit Stress
- Umorientierung von Vermeidungszielen hin zu Annäherungszielen
- Üben nicht planbarer Situationen zur Förderung von Spontanität und zum Aktivieren von Emotionen
- Ausbrechen aus gewohnten Mustern Identitätsförderung - Wer bin ich ohne meine Anorexie? Welche Eigenschaften, Werte, Träume habe ich? => Erfahrungen ermöglichen

Fürsorgestile – Welches Tier passt am besten zu deiner Mutter/deinem Vater?

- Vogel Strauß: Problemauseinandersetzung wird vermieden → wirkt zu beschäftigt und unerreichbar. Kind fühlt sich isoliert und einsam
- Qualle: sieht sich zur Gänze für Glück des Kindes verantwortlich → Selbstvorwürfe der Eltern, Gefühl der Hilflosigkeit
- Bernhardiner: ruhig und gefasst, bietet Gesellschaft, Wärme und Nahrung
- Känguru: versucht Kind zu beschützen wie im Kängurubeutel, nimmt alle Verantwortung ab
- Nashorn: versucht Kind durch Argumente zu überreden und überzeugen → erzeugt Abwehr
- Märtyrer: maximaler Versuch Stress/ Diskussionen mit Kind zu vermeiden → Regeln der Essstörung werden akzeptiert
- Delfin: leitet (stupst) Kind in Richtung Sicherheit, begleitet, gibt Zuspruch

Beispiele für Therapieziele in der Familienarbeit

- Beziehungsmuster klären und erklären
- Elterliche Einstellung zu Essen/Gewicht/Schönheit
- Paarbeziehung der Eltern
- Besser Kind als Frau – Rolle des Vaters
- Störungsaufrechterhaltende Kommunikation
- Leistung/Leistung/Leistung
- Gemeinsame Mahlzeiten gestalten
- Autonomie zulassen, fordern und fördern
- Verständnis für Störung fördern
- Klare gemeinsame Haltung zur Behandlung

Ausbau stationär oder doch neue Wege?

- Klare Tendenz zur teilstationären und aufsuchenden Arbeit – bessere Akzeptanz
- Stationäre Behandlung der Hard-Core-Fälle
- Deutlich besseres Langzeit-Outcome
- Umdenken von Elternarbeit zu Eltern/Familientherapie (FBT)
- Gewicht und Essen bekommen anderen Stellenwert
- Für unsere Region => Ausbau Zusammenarbeit KJP + Kinderklinik Passau für stationäre Versorgung
- Stärken der Tageskliniken – bisher kaum AN-Behandlung in Tageskliniken
- Aus – und Aufbau Hometreatment

individuell, gesund und gerne mit Makel

DEGGENDORF, 20.02.2025

Dr. Tanja Hohegger
t.hohegger@bkh-landshut.de
0871 – 6008-390