

# Klinikinterne Leitlinie Essstörungen F50 stationärer Behandlungsablauf



Geltungsbereich: F50 Essstörungen, insbesondere  
F50.0. Anorexia nervosa  
F50.2 Bulimia nervosa  
F50.8 Binge-eating-disorder  
F54/E66 Adipositas

Erstellt: 08.07.04 Dr. von Wachter  
Ansprechpartner: Dipl. Psych. Torsten Hansen  
Überarbeitet: 11.8.04 v. Wachter  
Nächste Bearbeitung wenn die neue DKPM-Leitlinie vorliegt.

Inhalt:

- 1. stationärer Behandlungsablauf**
- 2. Verträge**
- 3. Materialien**
- 4. Literatur**
- 5. Nationale und internationale Leitlinien**

Dr.med. Askan Hendrichke, Chefarzt  
Dr.med. Martin von Wachter, Oberarzt

Ostalb-Klinikum Aalen  
Im Kälblesrain 1, 73430 Aalen  
Tel 07361-551801 Fax 07361-551803  
E-mail: von.wachter@ostalbklinikum.de  
**weitere Infos [www.psychosomatik-aalen.de](http://www.psychosomatik-aalen.de)**

# Klinikinterne Leitlinie Essstörungen

## stationärer Behandlungsablauf

### Erstgespräch:

- Indikation für stationäre Behandlung stellen:
  - Erheblicher Gewichtsverlust BMI < 15
  - Rasche Gewichtsabnahme 1-2 kg/Woche bei bestehendem Untergewicht
  - Ausgeprägte Somatische Befunde (Elektrolyte, Hypotonie, Hypothermie...)
  - Schwierige soziale Situation, Entlastung aus einem destruktiven Umfeld,
  - Belastung durch somatisch oder psychische Komorbidität
  - eine ambulante Behandlung nicht ausreichend/mangelnde Compliance
  - ausbleibende Gewichtszunahme in 6 Monaten ambulanter Therapie
  - mangelnde Selbstkontrolle bzgl. des Essverhaltens
  - mangelnde Alltagsbewältigung
  - Impulskontrollstörung, Autoaggression (Bulimie)
  - Magendarminfekte mit Durchfall + Untergewicht
- Vorraussetzung: BMI von mind. 13 kg/m<sup>2</sup> sonst Innere Medizin
- In Anamnese klären:
  - Frage nach dem Essverhalten
  - Größe und Gewicht
  - Abführmittelkonsum
  - Erbrechen
  - Gewichtsschwankungen
  - exzessiver Sport
  - Erfassung der psychiatrischen Co-Morbidität (depressive Störung, Angst- und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch, posttraumatische Belastungsstörungen)
  - Suizidalität, Selbstverletzung
- Aufklärung über Essgestörtenprogramm mit Infomaterial (Anhang 3)
- Fragebogen zur Essstörung optional (Anhang 4)
- Patienteninfo (s. Anhang 3) und ggf Vertrag (s. Anhang 2) mitgeben

### Prästationäres Vorgespräch:

- Pflegeanamnese
- Die Ärzte fragen nach Vorerfahrungen mit Komplementärtherapien
- Vereinbarung des Behandlungsvertrages, Festlegung eines Mindestgewichtes für die Aufnahme
- Bei verlängerter Wartezeit Familiengespräch

### Stationäre Aufnahme und Diagnostische Phase:

- Ergänzung der Anamnese: „Was ist seit dem Vorgespräch passiert?“
- Körperliche Untersuchung
- Festlegung der Therapien, Vertrag konkretisieren
- Zieldefinition: intrapsychisch, interpersonell, symptomorientiert
- Aufbau einer ausreichenden Behandlungsmotivation
- Esstagebuch incl. Trinkmenge, Gewichtskurve, Symptomtagebuch, Essstörung-Symptomliste
- Biographische Anamnese, Lebensbericht
- Ressourceninterview
- Nachvollziehbares Erklärungsmodell (Kontext) für die Erkrankung mit Pat. erarbeiten aus dem die Behandlungsstrategie abgeleitet werden kann
- Zweifel und Bedenken an der Therapie thematisieren:
  - Diskrepanz erzeugen: Das Leben/Ziele mit/ohne Essstörung in 5 Jahren
  - Vor und Nachteile der Essstörung
  - Brief an die Anorexie als Freund/Feind schreiben (de Zwaan)
  - Verhaltensexperiment, Gewichtsreduktionsmaßnahmen als Stärke reflektieren:  
Stellen Sie sich vor, sie würden bei einer ausgewogenen regelmäßigen Ernährung 5 kg zunehmen. Und nehmen wir weiterhin an, sie fühlen sich sehr unwohl mit dieser Gewichtszunahme. Wie lange würden sie bei ihrer Erfahrung mit gezügeltem Essverhalten wahrscheinlich benötigen, um diese 5 kg wieder abzunehmen?  
(Cierpka)

- 2 Einzeltherapien a 50min/Woche (Angst überwinden, sich mit der Störung zu "outen" -> Entlastung. Wie kann ich unangenehme Gefühle nach dem Essen aushalten, Wie kann ich inneren Druck anders als über Erbrechen oder Essanfälle abbauen? )
  - Familiengespräch
  - Ernährungsberatung
- Diskrepanz erzeugen: Das Leben mit / ohne einer Essstörung in 5 Jahren

### **Arbeitsphase:**

- Vermitteln eines Bio-psychosoziales spezifischen Störungsmodells
- Aufbau eines angemessenen Essverhaltens, Konfrontation mit Liste der verbotenen Nahrungsmittel. Aushalten einer normalen Mahlzeit
- Abbau dysfunktionaler Kognitionen im Bereich Figur, Gewicht und Ernährung,
- Hilfe zur Entwicklung eines positiven Körperbildes (Körperwahrnehmung und Körpertherapie) Annehmen erst kleiner Bereiche des Körpers, dann ggf. Konfrontation mit Spiegel
- Konfrontation mit Essanfall auslösenden Situationen (Bulimie)
- Identitätsfindung (Steckbrief), Übergang zum Erwachsenwerden thematisieren
- „Wie komme ich den genannten Zielen näher, wer hilft mir dabei, woran erkenne ich Veränderungen“
- Fokussierung auf Selbstwert-und Autonomiekonflikt, Nähe -Distanzregulierung
- Klärung von Konflikten mit Mitpatienten, Soziale Kompetenz
- Motivation, eigene Themen in der Gruppe einzubringen und im Rollenspiel neue Verhaltensweise zu erproben
- Musik- oder Kunstpsychotherapie (Ausdruck von Gefühlen und innerer Anspannung, für die (noch) keine Worte gefunden werden können)
- Genustraining Einzel und/oder Gruppe
- Eine Einzeltherapie a 50min/Woche (Wie kann ich meinen eigenen Lebensweg bezüglich Familie, Schule, Ausbildung und Wohnen finden? Statt Leistungsanspruch mehr genießen können)
- Paargespräch/Familiengespräch (s.u.)
- Fokus, Hypothesen, Psychodynamik in Kurvenvisite erarbeiten

### **Transferphase:**

- EXPO als Belastungserprobung (Essenzubereitung alleine zuhause, Restaurantbesuch)
- Vorbereitung ambulante Psychotherapie, Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen oder Vereinen etc.
- „Hausaufgaben“, fokussieren auf die private und berufliche Umfeld der Patienten (Tagesprotokolle, anhand derer die Pat. Fortschritte und Schwierigkeiten bei der Umsetzung zuhause feststellen können)
- Wie nehmen Bezugspersonen außerhalb der Station Veränderungen am Patienten wahr?
- Fokussierung auf Ziele, Aufgaben und Erwartungen für die Zeit nach der Behandlung
- Ernährungsplan für Zeit nach der Entlassung
- Aktives Abschiednehmen: Rucksack, verabschieden im letzten Freitagsmeeting
- Ein Einzelgespräch pro Woche + ein zusätzliches Abschlußgespräch mit Bilanzierung der Therapieziele, Veränderung der Ressourcenpotentiale und Ressourcenziele. Besprechen des Abschlußbriefes, erklären der Diagnose, wer soll den Brief bekommen, gegebenenfalls Vereinbarung eines ambulanten Nachgespräches (Einzel oder Familie, poststat. Gruppen)

### **Therapeutenverhalten**

- Patienten akzeptieren trotz ihres Verhaltens, Essstörung nicht wegnehmen
- klare, transparente, durch Konstanz gekennzeichnete Behandlungsstrukturierung
- Was sind Befürchtungen, wenn Sie die Symptomatik aufgibt, wobei hilft/wovor schützt die Essstörung?

- Pat. muss das Erbrechen akzeptieren um Körper anzunehmen (Circulus vitiosus)  
(Es fällt schwer sich in negativ besetzten Kontexten von Gewohntem zu trennen. Gelingt es in der Therapie, die Symptomatik umzudeuten, als Lösungsversuch zu sehen und damit in einen positiven Sinnzusammenhang zu stellen, kann das Muster der Selbstabwertung durchbrochen werden und das eigene Verhalten wieder wohlwollender betrachtet werden. Paradoxerweise ermöglicht der wertschätzende Blick auf sich zweierlei, sowohl eine Aussöhnung mit dem der eigenen Geschichte als auch eine einfachere Trennung von symptomatischen Essverhalten. (A. Ebbecke-Nohlen 2001)
- positive Veränderungen zutrauen (zB Bett frei halten bei gewichtsbedingter Entlassung), Stärken, Ressourcen
- Kurzfristige – langfristige Ziele? mit und ohne Essstörung
- Zweigleisiges vorgehen von Anfang an:  
Somatisch/Gewicht/Essen – Autonomie/Selbstwert/Emotionen

### **Behandlungsziele**

- Abwendung einer akuten körperlichen Gefährdung
- Aufbau einer ausreichenden Behandlungsmotivation
- Aufbau eines angemessenen Eßverhaltens
- Abbau dysfunktionaler Kognitionen im Bereich Figur, Gewicht und Ernährung
- Hilfe zur Entwicklung eines positiven Körperbildes
- Steigerung von Selbstwert, Frustrationstoleranz, Konfliktfähigkeit und emotionaler sowie sozialer Kompetenz
- Bewußtwerden eigener Wünsche und Fähigkeiten
- Verhinderung einer Chronifizierung und Abwendung gesundheitlicher Langzeit-schäden
- Ggf. Behandlung einer begleitenden Depression oder posttraumatischen Belastungsstörung

### **Fragen in der Familientherapie**

- Wie kann die Familie im Umgang mit der Essstörung mehr Entlastung finden?
- Welche Entwicklungsschritte in der Familie werden durch die Essstörung erschwert?
- Wie kann die Familie die Ablösung einzelner Familienmitglieder erleichtern?
- Wie geht die Familie mit Distanz, Nähe, Konflikten, Zusammenhalt und Individualität um?
- Wie die kann Familie ihre Fähigkeiten und Ressourcen für die Lösung des Problems zukünftig gezielter einsetzen?

### **Medikamentöse Therapie**

"Bei der Bulimia nervosa kann bei hoher Frequenz von Essattacken und nachfolgendem Erbrechen eine zusätzliche medikamentöse Therapie mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) indiziert sein (7). Die Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung der Anorexia nervosa ist bisher nur schlecht belegt. Bei Erwachsenen weist lediglich eine Studie darauf hin, dass SSRI möglicherweise die Rückfallrate senken können (11). Die Wirksamkeit von SSRI für die adoleszente oder kindliche Magersucht ist nicht belegt (8). In Einzelfällen kann bei chronifizierter AN und ausgeprägter Gewichtsphobie die Behandlung mit Olanzapin, einem atypischen Neuroleptikum, indiziert sein. Eine Hormonbehandlung zur Osteoporoseprophylaxe wird zum jetzigen Zeitpunkt nicht empfohlen (5). Sinnvoll ist eine Substitution von Vitaminen und Calcium (400 IU Vitamin D, 1 000 bis 1 500 mg Calcium pro Tag). Einen gewissen, aber nicht ausreichenden Schutz gegen Osteoporose, scheint körperliche Aktivität zu bieten. Zum jetzigen Zeitpunkt stellt die Gewichtsrehabilitation die effektivste Maßnahme zur Minderung des Osteoporoserisikos dar. (5). Eine längerfristige Bettruhe während der stationären Behandlung magersüchtiger Patientinnen ist kontraindiziert. SSRI können die Frequenz von Essattacken bei der Bulimia nervosa verringern."

Aus: Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter  
Holtkamp, Kristian; Herpertz-Dahlmann, Beate  
Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 1-2 vom 10.01.2005, Seite A-50

## Materialien

- Verträge – Behandlungsrichtlinien
- Esstagebuch/Symptomtagebuch
- Arbeitsblatt „Essstörung-Symptomliste“ (Gerlinghoff)
- Patienteninformation Essstörung, Patienteninformation Adipositas
- Folien zur Psychoedukation
- Genusstraining
- Steckbrief (Identität)
- Psychometrische Fragebögen von Steinhausen, FEV, IDE

## Literatur für Patienten

- Wege aus der Essstörung, Dr. Gerlinghoff und Backmund, Trias Verlag\*
- Magersucht und Bulimie, Dr. Gerlinghoff, Klett-Cotta Verlag
- Wie lasse ich meine Bulimie verhungern?, M. Gröne, Carl-Auer-Verlag
- Monika Gerlinghoff, Herbert Backmund  
Was sind Ess-Störungen? Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung Beltz, 2001 ISBN 3-407-22827-9 Preis: 18 Mark
- Monika Gerlinghoff, Herbert Backmund  
Essen will gelernt sein, Ein Arbeits- und Rezeptbuch, Beltz, 12,90 Euro
- Kathrin Seyfahrt  
Superschlank! Zwischen Traumfigur und Essstörungen Kösel, 2000 ISBN 3-4663-0531-4 Preis: 19,90 Mark
- Carl Leibl, Gisliind Leibl. Wenn die Seele hungert. Essstörungen und was sich dagegen tun lässt Herder, 2000  
ISBN 3-4510-4853-1 Preis: 17,80 Mark
- Hilde Bruch. Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht Fischer, 2001 ISBN 3-5962-6796-X Preis: 25,90 Mark
- BZgA-Broschüren

## Fachbücher und Quellenangabe

W. Herzog, Munz, Kächele: Essstörung. Schattauer

Günter Reich, Manfred Cierpka (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen.

Krankheitsmodelle und Theoriepraxis - störungsspezifisch und Schulen übergreifend.

Thieme-Verlag, Stuttgart 2001, 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 258 Seiten, 39,95 Euro

Günter Reich: Familientherapie der Essstörungen. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2003, 168 Seiten, 24,95 Euro

Psychotherapie im Dialog Heft 1/2004 Anorexie

Psychotherapie im Dialog Heft 2/2001 Bulimie

Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter, Holtkamp, Kristian; Herpertz-

Dahlmann, Beate, Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 1-2 vom 10.01.2005, Seite A-50

AWMF-Leitlinie Essstörungen [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de)

## Links

[hungrig-online.de](http://www.hungrig-online.de) <http://www.hungrig-online.de/>

Bzga-Esstörungen <http://www.bzga-essstoerungen.de/>

Uni. Heidelberg [www.anorexia-nervosa.de](http://www.anorexia-nervosa.de)

Leipzig [www.ab-server.de](http://www.ab-server.de)

AWMF-Leitlinie [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de)

Britische Leitlinie [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

Netzwerk Essstörungen im Ostalbkreis [www.psychosomatik-aalen.de/nwe.htm](http://www.psychosomatik-aalen.de/nwe.htm)

AK Essstörungen Stuttgart [www.essstoerungen-stuttgart.de/index.htm](http://www.essstoerungen-stuttgart.de/index.htm)

J:\von Wachter\Esstörungen\Leitfaden stationärer Behandlungsablauf Essstörungen.doc

