

# Infoboxen zum Behandlungspfad Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

---

## Übersicht zu den Infoboxen

<b>Allgemeine Grundsätze in der Behandlung von Untergewicht/Esstörungen bei Kindern/Jugendlichen</b> .....	2
<b>BOX 1: Diagnosestellung Untergewicht</b> .....	3
<b>BOX 2: Abklärung auf erhöhtes Risiko einer Essstörung (Initiales Assessment)</b> .....	3
<b>BOX 3: Stationäre/Teilstationäre Behandlung</b> .....	4
<b>BOX 4a: Diagnosestellung Essstörung</b> .....	5
<b>BOX 4b: Weiterführendes medizinisches Assessment</b> .....	5
<b>BOX 5: Therapie der Essstörung</b> .....	6
<b>BOX 6: Therapie der Anorexia nervosa</b> .....	6
<b>BOX 6a: Psychotherapie bei Anorexia nervosa</b> .....	7
<b>BOX 6b: Ernährungstherapie bei Anorexia nervosa</b> .....	9
<b>BOX 6c: Andere nicht-medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa</b> .....	10
<b>BOX 6d: Medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa</b> .....	10
<b>BOX 7: Therapie der Bulimia nervosa</b> .....	10
<b>BOX 7a: Psychotherapie bei Bulimia nervosa</b> .....	11
<b>BOX 7b: Ernährungstherapie bei Bulimia nervosa</b> .....	12
<b>BOX 7c: Andere nicht-medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa</b> .....	12
<b>BOX 7d: Medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa</b> .....	13
<b>BOX 8: Weiterführende Therapie nach Gewichtsstabilisierung</b> .....	13
<b>BOX 9: Therapie von Begleiterkrankungen und Komplikationen</b> .....	13
<b>BOX 10: Monitoring</b> .....	15
<b>BOX 11: Nachsorge</b> .....	16

 : (potenzielle) Schnittstelle/Kooperation mit anderer Versorgungsebene

## Allgemeine Grundsätze in der Behandlung von Untergewicht/Esstörungen bei Kindern/Jugendlichen

- Die Betreuung von Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen soll multidisziplinär durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte (in der Regel Allgemeinmediziner, Psychotherapeuten oder Psychiater, Diätologen, Experten für Essstörung) erfolgen.
- Um die Kontinuität der Betreuung sicher zu stellen, soll vorzugsweise eine konkrete Person (Arzt) aus dem Betreuungsteam als Hauptkoordinator bestimmt werden.
- Haus- und Fachärzten kommt eine wichtige Rolle bei der Ersterkennung und der begleitenden körperlichen Betreuung zu. Sie sollten Kinder/Jugendliche dazu motivieren, eine psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen, und diese von medizinischer Seite unterstützen.
- Es ist wichtig, dass sich alle Mitglieder eines multidisziplinären Betreuungsteams regelmäßig über Therapiefortschritt, möglicherweise notwendige Anpassungen im Therapieplan und die Rolle der einzelnen Personen im Betreuungsteam austauschen.
- Um die Kontinuität der Versorgung von Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen sicherzustellen, ist eine adäquate Koordination zwischen den unterschiedlichen Behandlern erforderlich,
  - wenn mehr als eine Einrichtung in die Versorgung involviert ist
  - beim Wechsel von der Primärversorgungsebene auf andere Versorgungsebenen oder umgekehrt
  - beim Wechsel der Einrichtung innerhalb einer Versorgungsebene
  - beim Wechsel von der Jugend- in die Erwachsenenbetreuung
- Im Management von Essstörungen bei Kindern/Jugendlichen müssen Eltern oder andere Sorgeberechtigte und ggf. weitere Bezugspersonen (z.B. Lehrer, Schularzt) miteinbezogen werden.
- Bei der Behandlung einer Essstörung sollte berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wenn nicht Jahren, umfasst.
- Die Behandler sollten sich bewusst sein, dass Kinder/Jugendliche mit Essstörungen anfällig für Stigmatisierung und Scham sind und es unangenehm finden über ihre Krankheit zu sprechen. Die Informationen zur Erkrankung und Maßnahmen sollten an das Alter und den Entwicklungsstand angepasst sein.
- Behandler sollen sich bewusst sein, dass Familienmitglieder sich möglicherweise schuldig oder verantwortlich für die Essstörung fühlen. Daher sollen Aussagen vermieden werden, die bewirken, dass Familienmitglieder sich selbst oder anderen die Schuld an der Essstörung zusprechen, was in weiterer Folge dazu führen kann, sich nicht an der Behandlung zu beteiligen.
- Behandler sollen in der Kommunikation mit Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen und mit deren Familienmitgliedern einfühlsam im Hinblick auf das Körpergewicht und Aussehen sein. Begriffe wie Idealgewicht und Normalgewicht sollten in der Kommunikation vermieden werden.
- Der Umgang mit Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen und deren Familienmitgliedern soll respektvoll, empathisch und vorurteilsfrei erfolgen.
- Kinder/Jugendliche mit Essstörungen und vor allem deren Eltern oder ggf. anderen Sorgeberechtigten soll der Zweck von regelmäßigen Besprechungen bewusstgemacht werden. Die Besprechungsräumlichkeiten müssen dabei so beschaffen sein, dass die Privatsphäre, Würde und Vertraulichkeit gewahrt werden können.
- Kinder/Jugendliche mit Essstörungen und vor allem deren Eltern oder ggf. andere Sorgeberechtigte müssen informiert werden und verstehen, wann, warum und mit wem ein Informationsaustausch über die Erkrankung erforderlich ist.

### BOX 1: Diagnosestellung Untergewicht

- Bei Kindern/Jugendlichen mit Verdacht auf Untergewicht soll eine Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI) erfolgen.
- Die Diagnose sowie die Schweregradeinteilung von Untergewicht soll bei Kindern/Jugendlichen anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilenkurven (BMI/Alter) erfolgen.
  - Untergewicht: Alter bis 18 Jahre → < 10. Perzentile
  - Starkes Untergewicht: Alter bis 18 Jahre → < 3. Perzentile

### BOX 2: Abklärung auf erhöhtes Risiko einer Essstörung (Initiales Assessment)

- Das höchste Risiko für eine Essstörung weisen Jugendliche im Alter zwischen 13 und 17 Jahren auf.
- Zur Früherkennung von Essstörungen im allgemeinärztlichen Setting sollten bei untergewichtigen Kindern/Jugendlichen zunächst die folgenden beiden Fragen erwogen werden:
  - „Hast Du ein Problem mit dem Essen?“
  - „Machst Du dir Sorgen wegen Deines Gewichts oder Deiner Ernährung?“
- Die Abklärung soll dabei nicht ausschließlich auf Basis von Screening-Tools (z.B. SCOFF-Fragebogen) erfolgen, sondern auch weitere Faktoren (siehe unten) berücksichtigen.
- Beim Vorliegen folgender Faktoren sollte ein weiterführendes Assessment (*siehe BOX 4b*) im Hinblick auf eine Essstörung in Betracht gezogen werden:
  - rascher Gewichtsverlust
  - besorgniserregende Einschränkungen beim Essen
  - vom Familienumfeld berichtete auffällige Änderungen im Essverhalten
  - sozialer Rückzug, insbesondere im Zusammenhang mit Essen
  - andere psychische Probleme
  - falsche Körperwahrnehmung hinsichtlich Körpergewicht und Figur
  - menstruale oder andere endokrine Störungen
  - Wachstumsstörungen bzw. verzögerte Pubertät
  - unklare gastrointestinale Symptome
  - körperliche Anzeichen von Mangelernährung (z.B. Kreislaufschwäche, Schwindel, Blässe)
  - Anzeichen von kompensatorischem Verhalten (z.B. Missbrauch von Laxantien oder Medikamenten zur Gewichtsreduktion, Erbrechen oder übermäßiger Sport)
  - Bauchschmerzen unklarer Ursache in Verbindung mit Erbrechen oder Ernährungseinschränkungen
  - unklare Elektrolytstörungen oder Hypoglykämien
  - atypischer Zahnabrieb
  - Tätigkeiten, die mit einem erhöhten Risiko für Essstörungen in Verbindung stehen (z.B. in den Bereichen Profisport, Mode, Tanz oder Modeling)
  - Probleme im Umgang mit chronischen Erkrankungen, die eine besondere Ernährung erfordern (z.B. Diabetes, Zöliakie)
- Im Rahmen des Assessments muss beurteilt werden, ob Anzeichen für eine akute Gefährdung bzw. schwere Komplikationen vorliegen, die sofort behandelt werden müssen und ob ggf. eine sofortige stationäre Behandlung notwendig ist.





### **BOX 3: Stationäre/Teilstationäre Behandlung**

- Die Entscheidung hinsichtlich einer Überweisung an eine teilstationäre oder stationäre Einrichtung soll nicht alleine auf Basis eines Gewichts- oder BMI-Grenzwerts oder der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung gefällt werden.

#### **Stationäre Behandlung:**

- Bei Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen muss in folgenden Fällen eine Überweisung an eine akutmedizinische Einrichtung erfolgen:
  - schwere Unterernährung bzw. gravierendes Untergewicht (unterhalb der 3. Altersperzentile)
  - schwere Störung des Elektrolythaushalts
  - schwere Dehydratation
  - akute körperliche Gefährdung (z.B. Anzeichen eines beginnenden Organversagens)
  - akute psychische Problemen (z.B. Suizidrisiko) die eine Hospitalisierung verlangen
- Weitere Faktoren für eine mögliche Überweisung an eine stationäre Einrichtung sind:
  - schwere begleitende medizinische Probleme (z.B. metabolische Störungen, unkontrolliertes Erbrechen, plötzliche Veränderung der Vitalparameter)
  - rascher oder anhaltender Rückgang der oralen Nahrungsaufnahme
  - Gewichtsverlust oder unzureichende Gewichtszunahme trotz maximal-intensiver ambulanter oder teilstationärer Behandlung
  - Vorliegen weiterer Stressoren, die die Fähigkeit des Patienten etwas zu essen beeinflussen
  - Wissen um ein Körpergewicht, bei dem der Patient bereits in der Vergangenheit instabil wurde
  - Weigerung des Patienten an der Teilnahme an einer Behandlung in einem weniger intensiven Setting
  - schwerer Alkohol- oder Drogenmissbrauch
  - soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z.B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung)
  - ausgeprägte psychische Begleiterkrankungen
  - geringe Krankheitseinsicht
- Um potenzielle irreversible Schäden in der Entwicklung zu vermeiden, kann bei Kindern/Jugendlichen dabei eine stationäre Aufnahme bereits bei weniger starkem Gewichtsverlust notwendig sein. Die Versorgung soll dabei auf pädiatrischen Stationen erfolgen.

#### **Teilstationäre Behandlung:**

- In folgenden Fällen kann an eine tagesklinische Behandlung als Alternative zu einer stationären 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 Kindern/Jugendlichen ohne Komorbidität und nur mäßigem Untergewicht, bei denen sich eine ambulante Therapie als nicht ausreichend erweist (Intensivierung ambulanter Therapie)
  - bei Kindern/Jugendlichen, 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/Jugendlichen, bei denen die Familie engmaschig in den Behandlungsprozess mit eingebunden werden kann

- Tagesklinische Programme sollten so strukturiert sein, dass Kinder/Jugendliche an mindestens 5 Tagen pro Woche für jeweils 8 Stunden am Tag in die Behandlung eingebunden sind, da intensivere Programme eine höhere Erfolgsrate aufweisen.

#### **Zwangsbehandlung:**

- Eine unter Zwang durchgeführte Behandlung der Essstörung (vor allem Anorexia nervosa) soll nur erfolgen,
  - wenn eine schwere akute Gefährdung der körperlichen Gesundheit auf Grund der Essstörung vorliegt und die Kinder/Jugendlichen eine Behandlung verweigern
  - nachdem Eltern/Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte hinsichtlich ihrer Zustimmung befragt wurden
  - unter Berücksichtigung der klinischen Umstände, der Meinung der Familie und der ethischen und rechtlichen Aspekte der Behandlung
  - nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen
  - als multidisziplinäre Behandlung unter Einbeziehung entsprechender Fachkräfte



#### **BOX 4a: Diagnosestellung Essstörung**

- Kinder/Jugendliche, bei denen der Verdacht auf eine Essstörung besteht, sollen zur Durchführung eines weiterführenden Assessments und einer weiteren Therapieplanung an Behandler/Therapeuten überwiesen werden, die sich auf das Thema Essstörung spezialisiert haben.
- Zur Diagnosestellung einer Essstörung, Art der Essstörung, psychische Begleiterkrankungen (Depression, Angststörung, Selbstgefährdung, Zwangsstörungen) sowie einer Akutgefährdung aus psychiatrischen Ursachen (z.B. Suizidrisiko) muss eine Überweisung zu einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen.
- Die formale Prüfung ob eine Essstörung vorliegt, sollte anhand eines operationalisierten Diagnosesystems wie ICD-10 oder DSM-V erfolgen.

#### **BOX 4b: Weiterführendes medizinisches Assessment**

- Bei Kindern/Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für eine Essstörung soll ein umfassendes Assessment erfolgen. Dieses soll die folgenden Punkte beinhalten:
  - Überprüfung der Notwendigkeit einer akuten therapeutischen Maßnahme bei Kindern/Jugendlichen mit eingeschränkter körperlicher Gesundheit und Suizidrisiko
  - körperliche Untersuchung (inklusive gesundheitliche Folgen der Mangelernährung und kompensatorisches Verhalten wie z.B. Erbrechen) soweit notwendig:
    - Körpertemperatur
    - Inspektion der Körperperipherie (Durchblutung, Ödeme)
    - Auskultation des Herzens, Orthostasetest
    - Blutbild
    - Blutsenkung
    - Harnstoff
    - Elektrolyte
    - Kreatinin
    - Leberfunktionstest
    - Blutglukose
    - Urinstatus
    - Elektrokardiogramm
  - Alkohol- oder Substanzabusus
  - Assessment der Eltern/Familienmitglieder oder ggf. anderer Sorgeberechtigter hinsichtlich deren Wissen über Essstörungen

- Im Rahmen des Assessments muss beurteilt werden, ob Anzeichen für eine akute Gefährdung bzw. schwere Komplikationen vorliegen, die sofort behandelt werden müssen und ob ggf. eine sofortige stationäre Behandlung notwendig ist.
- Im Rahmen des Assessments sollte auf Anzeichen für Vernachlässigung oder Missbrauch geachtet werden.
- Es ist im Einzelfall zu prüfen, inwieweit deutlich untergewichtige Kinder/Jugendliche in der Lage sind weiter am Schul- bzw. am Sportunterricht teilzunehmen.

#### **BOX 5: Therapie der Essstörung**

- Bei Kindern/Jugendlichen mit einer diagnostizierten Essstörung soll eine Therapie so rasch als möglich begonnen werden. Diese sollte vorzugsweise ambulant, wenn nicht möglich (aus medizinischen oder strukturellen Ursachen) in anderen Settings (teilstationär/stationär) erfolgen.
- Bei einer Verschlechterung oder stagnierenden Entwicklung im Rahmen einer ambulanten Therapie sollten intensivere Behandlungsangebote gemacht werden. Dies kann eine Kombination von Behandlungsmethoden im ambulanten Rahmen sein oder aber ein tagesklinischer oder stationärer Behandlungsabschnitt.
- Die Entscheidung für eine Therapie der Essstörung sollte nicht alleine auf den BMI oder der Krankheitsdauer basieren.
- Bei Vorliegen einer subsyndromalen Ausprägung einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa wird empfohlen, in der Behandlung analog zur Behandlung des Vollbilds der entsprechenden Störung vorzugehen.
- Bei Kindern/Jugendlichen ist die Einbeziehung der Eltern/Familie in die Therapie wesentlich.
- Kinder/Jugendliche mit Essstörungen bzw. deren Eltern/Familienmitgliedern oder ggf. andere Sorgeberechtigte sollen Schulungen und Informationen zur Erkrankung und den damit verbundenen Risiken sowie zu Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden. Eltern/Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte, die nicht an den Untersuchungs- und Behandlungsterminen teilnehmen, sollen entsprechende Informationsmaterialien erhalten.
- Eltern/Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte von Kindern/Jugendlichen mit Essstörung sollen auch eine Beratung im Hinblick auf die Auswirkungen der Erkrankung auf ihr eigenes Leben sowie hinsichtlich benötigter Unterstützungsmaßnahmen erhalten.

#### **BOX 6: Therapie der Anorexia nervosa**

- Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit den Kindern/Jugendlichen (und ggf. den Eltern oder anderen Sorgeberechtigten) klar besprochen werden:
  - Therapieziele
  - Umgang mit Wiegen
  - Vorgehen bei weiterer Gewichtsabnahme
  - Kontakte mit dem Hausarzt
  - Umgang mit der Familie
- Die Therapieziele sollten gemeinschaftlich (Betreuungsteam, betroffene Kinder/Jugendliche und Eltern/Familie) festgelegt werden und erreichbar sein.
- Generelle Therapieziele und –prinzipien bei Anorexia nervosa sind:
  - Normalisierung des Körpergewichts
  - Behandlung der körperlichen und psychischen Begleit-/Folgeerkrankungen
  - Verhaltensänderung
  - Ernährungsberatung
  - Einbeziehung der Familie bzw. Bezugspersonen
  - Rückfallprävention

- Exzessive körperliche Aktivität soll unbedingt eingestellt werden. Generell soll das Ausmaß der körperlichen Aktivität auf ein dem Körpergewicht sowie der täglichen Energieaufnahme angemessenes Ausmaß unter Berücksichtigung möglicher Begleiterkrankungen (z.B. verminderte Knochendichte, Herzrhythmusstörungen) reduziert werden.
- Bei Kindern/Jugendlichen in der Wachstumsphase sollten die Therapieziele alle 3-6 Monate evaluiert und ggf. angepasst werden.

#### **BOX 6a: Psychotherapie bei Anorexia nervosa**

- Kinder/Jugendliche mit Anorexia nervosa 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 Therapeuten und sollte über den gesamten Behandlungsprozess im Auge behalten werden.
- Bei der Wahl der Methode sollte die Präferenz der Kinder/Jugendlichen und ihr Alter berücksichtigt werden.
- Der Inhalt, die Struktur und die Dauer der Psychotherapieprogramme müssen auf anerkannten, relevanten Manualen für die Behandlung von Essstörungen basiert sein.
- Der Einfluss von familiärem, schulischem und/oder Arbeitsumfeld sowie sozialen Medien auf die Essstörung sollte erhoben und in der Therapie entsprechend berücksichtigt werden.
- Die Familientherapie ist bei Kindern/Jugendlichen mit Anorexia nervosa die Therapie der ersten Wahl. Ist die Familientherapie nicht ausreichend effektiv, kontraindiziert oder wird diese nicht gewünscht, kann eine individuelle kognitive Verhaltenstherapie oder eine „Adolescent-focused psychotherapy“ in Betracht gezogen werden.
- Die Familientherapie für Kinder/Jugendliche mit Anorexia nervosa kann in Form einer Einzel- oder Multifamilientherapie oder einer Kombination aus beiden erfolgen. Im Rahmen der Einzelfamilientherapie sollte Kindern/Jugendlichen die Möglichkeit für Sitzungen sowohl ohne als auch mit Einbeziehung der Eltern/Familienmitglieder oder ggf. anderer Sorgeberechtigter geboten werden.
- Die **Familientherapie** für Kinder/Jugendliche mit Anorexia nervosa soll:
  - typischerweise 18-20 Sitzungen über ein Jahr beinhalten
  - Re-evaluierungen der Häufigkeit der Sitzungen und Therapiedauer 4 Wochen nach Behandlungsbeginn und danach alle 3 Monate beinhalten
  - die Rolle der Familie im Heilungsprozess betonen
  - nicht die Kinder/Jugendlichen, ihre Eltern/Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte beschuldigen
  - Beratung über Ernährung und Auswirkungen von Mangelernährung beinhalten
  - Eltern/Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte unterstützen, eine zentrale Rolle in der ersten Phase der Behandlung zu übernehmen bei gleichzeitiger Betonung das dies eine vorübergehende Rolle ist
  - in der ersten Behandlungsphase die Etablierung einer guten therapeutischen Allianz mit den Kindern/Jugendlichen, ihren Eltern und anderen Familienmitgliedern oder ggf. anderen Sorgeberechtigten anstreben
  - in der zweiten Behandlungsphase die Kinder/Jugendlichen dabei unterstützen (mit Hilfe der Eltern/Familienmitglieder oder ggf. anderen Sorgeberechtigten), ein ihrem Entwicklungsstand angemessenes Maß an Selbständigkeit zu erreichen
  - in der finalen Behandlungsphase auf die Planung des Therapieendes und der Rückfallprophylaxe fokussieren und potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten nach Beendigung der Familientherapie ansprechen
- Die **„Adolescent-focused psychotherapy“** für Kinder/Jugendliche soll:
  - typischerweise 32-40 Einzelsitzungen über ein 1 bis 1,5 Jahre beinhalten, wobei die Sitzungsfrequenz zu Therapiebeginn höher sein soll, um eine Beziehung zum Therapeuten aufzubauen und die Motivation für eine Verhaltensänderung zu erhöhen

- 8-12 zusätzliche Familiensitzungen mit den Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern/Familienmitgliedern oder ggf. anderen Sorgeberechtigten (je nach Bedarf) beinhalten, um den Eltern/Familienmitgliedern oder ggf. anderen Sorgeberechtigten zu helfen das Verhalten der Kinder/Jugendlichen zu ändern
- Re-evaluierungen der Häufigkeit der Sitzungen und Therapiedauer 4 Wochen nach Behandlungsbeginn und danach alle 3 Monate beinhalten
- Beratung über Ernährung und Auswirkungen von Mangelernährung beinhalten
- auf das Selbstbild, die Emotionen und die zwischenmenschlichen Beziehungen der Kinder/Jugendlichen und deren Einfluss auf die Essstörung fokussieren
- die psychischen Probleme der Kinder/Jugendlichen detailliert erarbeiten
- den Einsatz des anorektischen Verhaltens als Coping-Strategie erarbeiten
- Ängste vor Gewichtszunahme ausräumen und betonen, dass Gewichtszunahme und gesunde Ernährung ein wesentlicher Teil der Therapie sind
- alternative Strategien für den Umgang mit Stress finden
- in späteren Behandlungsphasen Identitätsfragen behandeln und die Unabhängigkeit stärken
- gegen Ende der Behandlung, auf die Übertragung des Therapieerlebnisses auf Alltagssituationen fokussieren
- potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten nach Beendigung der Adolescent-focused psychotherapy ansprechen
- Die individuelle **kognitive Verhaltenstherapie** für Kinder/Jugendliche soll:
  - typischerweise 40 Sitzungen über 40 Wochen beinhalten. In den ersten 2-3 Wochen sollten dabei 2 Sitzungen pro Woche stattfinden.
  - 8-12 zusätzliche Familiensitzungen mit den Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Familienmitglieder oder ggf. anderen Sorgeberechtigten (je nach Bedarf) beinhalten
  - Beratung über Ernährung und Auswirkungen von Mangelernährung sowohl in Einzel- als auch in Familiensitzungen beinhalten
  - in den Familiensitzungen Faktoren im häuslichen Umfeld identifizieren die eine Verhaltensänderung erschweren sowie Ernährungspläne besprechen
  - das Risiko für die körperliche Gesundheit und Symptome der Essstörung verringern
  - das Erreichen eines gesunden Körpergewichts und gesunden Essverhaltens fördern
  - die Themen Ernährung, Rückfallprävention, kognitive Restrukturierung, Stimmungsregulierung, soziale Kompetenz, Körperwahrnehmung und Selbstwertgefühl adressieren
  - einen personalisierten Behandlungsplan beinhalten, der auf den Prozessen basiert, die die Essstörung aufrechterhalten
  - die spezifischen Entwicklungsbedürfnisse der Kinder/Jugendlichen berücksichtigen
  - die Selbstwirksamkeit verwirklichen
  - das Selbstmonitoring der Nahrungsaufnahme und der damit verbundenen Gedanken und Gefühle einschließen
  - Hausaufgaben beinhalten, die den Kindern/Jugendlichen helfen, das Gelernte im täglichen Leben anzuwenden
  - potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten nach Beendigung der kognitiven Verhaltenstherapie ansprechen
- Psychotherapeutische Programme, die ausschließlich auf ein Ernährungsfehlverhalten (Binge-Eating (Essattacken), Purging-Verhalten (selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien und/oder Diuretika)) abzielen und weitere kognitive Verhaltensdefizite sowie Ernährungsaspekte außer Acht lassen werden nicht empfohlen.
- Im Rahmen der Psychotherapie sollen den Kindern/Jugendlichen (und ihren Eltern oder ggf. anderen Sorgeberechtigten) Hilfsmittel wie Schulungsunterlagen, Informationen zu



entsprechenden Angeboten in der Gemeinde, Internetressourcen und persönliche Beratungen angeboten werden.

- Bei Kindern/Jugendlichen die Schwierigkeiten haben über ihr Erkrankung zu sprechen, kann der Einsatz von nonverbalen therapeutischen Methoden (z.B. „movement therapy programs“ (Ausdrucks-, Tanztherapie), Ergotherapie, Kunsttherapie) sinnvoll sein.
- Der Besuch von Anorexia nervosa-Selbsthilfegruppe stellt keinen Ersatz für eine professionelle Psychotherapie dar.
- Auch bei Kindern/Jugendlichen mit einer chronifizierten Anorexia nervosa sollte eine Psychotherapie durchgeführt werden.
  - Therapeuten müssen sich bei der Behandlung von Kindern/Jugendlichen mit chronischen Essstörungen die möglichen negativen Einflüsse einer Gegenübertragung bewusstmachen. Insbesondere im Wissen, dass sich Kinder/Jugendliche nach vielen Jahren der Erkrankung erholen können.

#### **BOX 6b: Ernährungstherapie bei Anorexia nervosa**

- Die Ernährungstherapie stellt einen Teil eines multidisziplinären Therapieansatzes dar und sollte nicht als alleinige Behandlung angeboten werden.
- Vor Beginn einer Ernährungstherapie soll das Essverhalten sowie die Zusammensetzung der derzeitigen Ernährung erhoben werden.
- Kinder/Jugendliche sollten im Hinblick auf eine angemessene Nahrungsmenge und -zusammensetzung beraten werden.
- Kinder/Jugendliche mit Anorexia nervosa sollten dazu animiert werden, ihre Nahrungspalette zu erweitern, um die stark eingeschränkte Auswahl an Lebensmitteln, die für sie anfangs akzeptabel waren, zu minimieren.
- Bei der Ernährungsberatung und der Erstellung von Essensplänen sollen Eltern/Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte miteinbezogen werden.
- Das Hinzuziehen eines Diätologen sollte bei einer ambulanten Behandlung erwogen werden, um Kinder/Jugendliche (und deren Eltern/Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte) bei der Erstellung von Ernährungsplänen und einer ausgewogenen Ernährung zu unterstützen. Voraussetzung sind auf Seiten der Diätologen umfangreiche Erfahrungen im Umgang mit essgestörten Kindern/Jugendlichen und eine engmaschige Abstimmung mit dem behandelnden Psychotherapeuten.
- Die Ziele der Ernährungstherapie für stark untergewichtige Kinder/Jugendliche sind
  - die Wiederherstellung des Gewichts
  - die Normalisierung der Essgewohnheiten
  - das Erreichen einer normalen Wahrnehmung von Hunger und Sättigung
  - die Beseitigung körperlicher und psychologischer Folgen von Unterernährung
- Im ambulanten Setting sollte eine Gewichtszunahme von 200–500 g/Woche angestrebt werden. Eine flexible Handhabung ist dabei möglich.
- Zur Orientierung in den ersten Behandlungstagen kann bei stark untergewichtigen Kindern/Jugendlichen die initiale Nahrungszufuhr (für eine enterale Ernährung) mit ca. 30–40 kcal/kg pro Tag (Körpergewicht) beziffert werden. In der Phase der Gewichtszunahme kann eine Erhöhung auf 70-100 kcal/kg pro Tag notwendig sein. Bei männlichen Jugendlichen kann eine sehr hohe Kalorienanzahl notwendig sein, um eine Gewichtszunahme zu erreichen.
- Der zusätzliche Einsatz von Formula-Diäten kann - vor allem zu Beginn der Therapie - notwendig sein, um die erforderliche Kalorienmenge zu erreichen.
- Während der Behandlung soll bei Kindern/Jugendlichen mit Anorexia nervosa zumindest wöchentlich (wenn notwendig auch 2 bis 3x pro Woche) ein Gewichtsmonitoring (nach dem Toilettengang und immer in der gleichen Art von Bekleidung (z.B. Spitalsnachthemd oder Sportbekleidung)) erfolgen.

- Kinder/Jugendliche, die eine wesentlich geringere Kalorienzufuhr benötigen oder im Verdacht stehen, ihr Gewicht durch Flüssigkeitsaufnahme künstlich zu erhöhen, sollten täglich am Morgen nach dem Toilettengang und immer in der gleichen Art von Bekleidung (z.B. Spitalsnachthemd oder Sportbekleidung) gewogen werden. Die Flüssigkeitsaufnahme sollte ebenfalls sorgfältig überwacht werden.
- In den ersten 5 Tagen des Ernährungsaufbaus sollten täglich, und in den nachfolgenden Wochen jeden 2. Tag, folgende laborchemischen Untersuchungen erfolgen:
  - Kalium
  - Magnesium
  - Phosphat
  - Kalzium
- Eine unzureichende Vitaminzufuhr kann in der Regel durch eine ausgewogene und ausreichende Ernährung ausgeglichen werden. Solange keine ausgewogene Ernährung erfolgt, bei gestörtem Elektrolythaushalt oder klinischen Zeichen von Mangelzuständen kann eine altersangepasste orale Substitution von Vitaminen (Vitamin B, Vitamin D) und/oder Mineralstoffen (z.B. Eisen, Phosphat, Kalium, Kalzium, Magnesium) sinnvoll sein.
- Hyponatriämie ist zumeist Zeichen einer Hyperhydratation bei Polydipsie. Der Ausgleich erfolgt über die Normalisierung der Wasseraufnahme bei normaler Natriumzufuhr über die Ernährung. Eine forcierte (enterale) Natriumzufuhr sollte dagegen unterbleiben.
- Hypercholesterinämie ist eine häufige Begleiterscheinung der Anorexia nervosa. Die Cholesterinwerte normalisieren sich nach Gewichtszunahme. Es ist keine spezifische diätetische oder medikamentöse Therapie indiziert.
- Die Bestimmung und ggf. Substitution von Zink sollte nicht regelhaft erfolgen. Eine Bestimmung kann bei typischen Hautveränderungen ggf. sinnvoll sein.
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Blähungen oder Abdominalschmerzen während des Ernährungsaufbaus können Antiemetika im Einzelfall sinnvoll sein.

#### **BOX 6c: Andere nicht-medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa**

- Derzeit liegt keine ausreichende Evidenz für oder gegen die Verwendung einer physikalischen Therapie (z.B. Akupunktur, Wärmebehandlung, transkranielle Magnetstimulation, Elektrokonvulsionstherapie) im Rahmen der Therapie von Essstörungen vor.

#### **BOX 6d: Medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa**

- Bei Kindern/Jugendlichen mit Anorexia nervosa ist eine medikamentöse Therapie (z.B. Neuroleptika, Antidepressive, Antiepileptika, Anxiolytika, Lithium) zur Behandlung der Essstörung generell nicht empfohlen.

#### **BOX 7: Therapie der Bulimia nervosa**

- Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit den Kindern/Jugendlichen (und ggf. den Eltern oder anderen Sorgeberechtigten) klar besprochen werden:
  - Therapieziele
  - Umgang mit Wiegen
  - Vorgehen bei Gewichtsabnahme
  - Kontakte mit dem Hausarzt
  - Umgang mit der Familie
- Die Therapieziele sollten gemeinschaftlich (Betreuungsteam, betroffene Kinder/Jugendliche und Eltern/Familie) festgelegt werden und erreichbar sein.
- Generelle Therapieziele und –prinzipien bei Kindern/Jugendlichen mit Bulimia nervosa sind:
  - Verminderung bzw. Eliminierung von Binge-Eating und Purging-Verhalten

- Behandlung der körperlichen und psychischen Begleit-/Folgeerkrankungen
- Verhaltensänderung
- Ernährungsberatung
- Einbeziehung der Familie bzw. Bezugspersonen
- Rückfallprävention
- Bei Kindern/Jugendlichen in der Wachstumsphase sollten die Therapieziele alle 3-6 Monate evaluiert und ggf. angepasst werden.

#### **BOX 7a: Psychotherapie bei Bulimia nervosa**

- Bei der Wahl der Methode sollte die Präferenz der Kinder/Jugendlichen und ihr Alter berücksichtigt werden.
- Der Inhalt, die Struktur und die Dauer der Psychotherapieprogramme müssen auf anerkannten, relevanten Manualen für die Behandlung von Essstörungen basiert sein.
- Der Einfluss von familiärem, schulischem und/oder Arbeitsumfeld sowie sozialen Medien auf die Essstörung sollte erhoben und in der Therapie entsprechend berücksichtigt werden.
- Kinder/Jugendliche mit Bulimia nervosa soll als Behandlungsverfahren der ersten Wahl eine Psychotherapie angeboten werden. Wobei diese auf Basis eines umfassenden Assessments individuell angepasst werden soll.
- Die Familientherapie ist bei Kindern/Jugendlichen mit Bulimia nervosa die Therapie der ersten Wahl. Ist die Familientherapie nicht ausreichend effektiv, kontraindiziert oder wird diese nicht gewünscht, kann in erster Linie eine individuelle kognitive Verhaltenstherapie in Betracht gezogen werden.
- Die **Familientherapie** für Kinder/Jugendliche mit Bulimia nervosa soll:
  - typischerweise 18-20 Sitzungen für 6 Monate beinhalten
  - die Etablierung einer guten therapeutischen Allianz mit den Kindern/Jugendlichen, ihren Eltern/anderen Familienmitgliedern oder ggf. anderen Sorgeberechtigten anstreben
  - Eltern/Familienmitglieder oder ggf. anderen Sorgeberechtigte unterstützen, die Kinder/Jugendlichen im Heilungsprozess helfen
  - nicht die Kinder/Jugendlichen, ihre Eltern/Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte beschuldigen
  - Informationen zu folgenden Themen beinhalten:
    - Normalisierung des Körpergewichts
    - Ernährung
    - potenzielle Schadensaspekte durch den Versuch einer Gewichtskontrolle durch selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienmissbrauch und anderen kompensatorischen Verhaltensweisen
  - einen kooperativen Ansatz zwischen den Eltern und den Kindern/Jugendlichen nutzen, um regelmäßige Essgewohnheiten zu erreichen und kompensatorische Verhaltensweisen zu minimieren
  - regelmäßige Einzelsitzungen mit den Kindern/Jugendlichen beinhalten
  - das Selbstmonitoring des bulimischen Verhaltens sowie Gespräche mit Eltern/Familienmitgliedern oder ggf. anderen Sorgeberechtigten einschließen
  - in einer späteren Behandlungsphase die Kinder/Jugendlichen dabei unterstützen (mit Hilfe der Eltern/Familienmitglieder oder ggf. anderen Sorgeberechtigten), ein ihrem Entwicklungsstand angemessenes Maß an Selbständigkeit zu erreichen
  - in der finalen Behandlungsphase auf die Planung des Therapieendes und der Rückfallprophylaxe fokussieren und potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten nach Beendigung der Familientherapie ansprechen
- Die individuelle **kognitive Verhaltenstherapie** für Kinder/Jugendliche soll:
  - typischerweise 18 Sitzungen über 6 Monate beinhalten mit häufigeren Sitzungen zu Therapiebeginn

- bis zu 4 zusätzliche Familiensitzungen mit den Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Familienmitgliedern oder ggf. anderen Sorgeberechtigten (je nach Bedarf) beinhalten
- initial auf die Rolle der Bulimia nervosa im Leben der Kinder/Jugendlichen fokussieren und die Motivation zur Veränderung aufbauen
- Beratung über Ernährungsstörung und wie Symptome aufrechterhalten werden und die Ermutigung der Kinder/Jugendlichen allmählich regelmäßige Essgewohnheiten zu erreichen
- eine Fallformulierung mit den Kindern/Jugendlichen erstellen
- die Kinder/Jugendliche schulen, ihre Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu beobachten
- Ziele setzen und die Kinder/Jugendlichen ermutigen, problematische Gedanken, Überzeugungen und Verhaltensweisen mit Problemlösungen anzusprechen
- Rückfallpräventionsstrategien einsetzen, um Kinder/Jugendliche auf mögliche zukünftige Rückschläge vorzubereiten und diese abzumildern
- in den Sitzungen mit Eltern/Familienmitglieder oder ggf. anderen Sorgeberechtigten folgende Themen behandeln:
  - Aufklärung über Essstörungen
  - Identifizierung von familiären Faktoren, die die Person daran hindern, ihr Verhalten zu ändern
  - Diskussion darüber, wie die Familie die Genesung der Kinder/Jugendlichen unterstützen kann
- Bei Kindern/Jugendlichen, die nicht auf die kognitive Verhaltenstherapie unmittelbar ansprechen, kann ein Wechsel zu interpersonalen oder anderen Therapieformen erfolgen.
- In Einzelfällen können auch interpersonale Therapieformen angewendet werden.
- Verglichen mit psychodynamischen und interpersonalen Therapieformen führt die kognitive Verhaltenstherapie zu einer rascheren Remission der Essstörung. Die Kombination von psychodynamischen Therapieformen mit einer kognitiven Verhaltenstherapie oder anderen Therapieformen führt möglicherweise insgesamt zu besseren Ergebnissen.
- Der Besuch von Bulimia nervosa-Selbsthilfegruppe kann eine zusätzliche Hilfe sein, stellt aber keinen Ersatz für eine professionelle Psychotherapie dar.

#### **BOX 7b: Ernährungstherapie bei Bulimia nervosa**

- Die Ernährungstherapie stellt einen Teil eines multidisziplinären Therapieansatzes dar und sollte nicht als alleinige Behandlung angeboten werden.
- Vor Beginn einer Ernährungstherapie soll das Essverhalten sowie die Zusammensetzung der derzeitigen Ernährung erhoben werden.
- Die Ernährungstherapie sollte primär die Kinder/Jugendlichen dabei unterstützen einen strukturierten Essensplan zu erstellen, um die Episoden der Nahrungseinschränkung und den Drang hinsichtlich Binge-Eating und Purging-Verhalten zu minimieren.
- Bei der Ernährungsberatung und der Erstellung von Essensplänen sollen Eltern/Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte miteinbezogen werden.
- Bei untergewichtigen bulimischen Kindern/Jugendlichen gelten hinsichtlich der Ernährungstherapie dieselben Empfehlungen wie bei Kindern/Jugendlichen mit Anorexia nervosa (*siehe BOX 6b*).
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Blähungen oder Abdominalschmerzen während des Ernährungsaufbaus können Antiemetika im Einzelfall sinnvoll sein.

#### **BOX 7c: Andere nicht-medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa**

- „Bright-Light-Therapie“ kann ggf. als Begleittherapie zur Reduktion von Binge-Symptomen eingesetzt werden, wenn eine kognitive Verhaltenstherapie alleine nicht erfolgreich war.

#### **BOX 7d: Medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa**

- Zur medikamentösen Therapie der Bulimia nervosa ist derzeit nur Fluoxetin in Kombination mit Psychotherapie und **nur bei Erwachsenen** zugelassen.
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Bulimia nervosa ist eine medikamentöse Therapie (z.B. mit Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika, Anxiolytika, Lithium) zur Behandlung der Essstörung generell nicht empfohlen.

#### **BOX 8: Weiterführende Therapie nach Gewichtsstabilisierung**

- Nach Behandlung der Mangelernährung und sobald eine Gewichtszunahme erreicht ist (vor allem Anorexia nervosa), sollte die Psychotherapie Kinder/Jugendliche mit Essstörungen in folgenden Punkten unterstützen:
  - Erfahrungen mit ihrer Erkrankung
  - verzerrte Wahrnehmungen als Ursache für ihr Verhalten erkennen
  - entwicklungsorientierte, familiäre oder kulturelle Ursachen ihrer Erkrankung erkennen
  - Erkrankung als maladaptive Verhaltensmuster zur Kompensation ihrer Emotionen erkennen
  - Vermeidung oder Verringerung des Risikos für einen Rückfall
  - besserer Umgang mit den wesentlichen Problemen im eigenen Entwicklungsprozess und im täglichen Leben
- Bei Kindern/Jugendlichen die länger als 3 Jahre an einer Essstörung erkrankt waren, ist auch nach der Wiederherstellung des normalen Körpergewichts die Fortführung der Familientherapie ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung.
- Nach Normalisierung des Körpergewichts soll der Fokus einer körperlichen Aktivität auf dem Aufbau der körperlichen Fitness gelegt werden anstatt auf dem Verbrauch von Kalorien.
- Auch nach der Normalisierung des Körpergewichts sollen Kinder/Jugendliche mit Essstörungen im Hinblick auf das Erreichen und Aufrechterhalten einer adäquaten Ernährung unterstützt werden, um die Gefahr eines Rückfalls zu minimieren.



#### **BOX 9: Therapie von Begleiterkrankungen und Komplikationen**

##### **Begleiterkrankungen:**

- Für eine wirksame Behandlung der Essstörung sowie der körperlichen oder psychischen Begleiterkrankung ist eine enge Zusammenarbeit der einzelnen Behandler notwendig.
- Folgende Aspekte sollten bei der Entscheidung hinsichtlich der Reihenfolge einer Therapie (parallel, innerhalb desselben Behandlungsplans oder nacheinander) einer Essstörung und der psychischen Begleiterkrankung berücksichtigt werden:
  - Schweregrad und Komplexität der Essstörung bzw. der psychischen Begleiterkrankung
  - Funktionsniveau der Kinder/Jugendlichen
  - Präferenzen der Kinder/Jugendlichen bzw. ggf. der Eltern/Familienmitgliedern
- Die Behandlung von körperlichen oder psychischen Begleiterkrankung soll auf Basis der entsprechenden Leitlinien erfolgen.
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen und psychischen Begleiterkrankungen kann eine längere Behandlungsdauer notwendig sein.
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen und wesentlichen Symptomen von psychischen Begleiterkrankungen (Depression, Angststörungen, obsessivem Verhalten, Impulskontrollstörung), bei denen psychotherapeutische Verfahren keinen Erfolg zeigten, können Antidepressiva hilfreich sein.
- Bei der medikamentösen Therapie einer körperlichen oder psychischen Begleiterkrankung müssen die potenziellen Auswirkungen von Mangelernährung und/oder eines kompensatorischen Verhaltens auf die Wirksamkeit und Sicherheit der Medikamente berücksichtigt werden.

- Wenn zur Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen (z.B. Depression) Antidepressiva eingesetzt werden, ist ein regelmäßiges Monitoring auf mögliche Nebenwirkungen (z. B. kardiale Nebenwirkungen und Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion) und ggf. eine Therapieanpassung erforderlich.
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen und Substanzmissbrauch oder Medikamenteneinnahme (verschrieben oder rezeptfrei) soll die Behandlung der Essstörung im Vordergrund stehen, solange der Substanzmissbrauch/die Medikation die Therapie nicht beeinträchtigt. Sollte eine Beeinträchtigung der Therapie der Essstörung durch den Substanzmissbrauch/die Medikation vorliegen, sollte ein multidisziplinärer Ansatz (z.B. unter Hinzuziehen einer Suchtgiftberatungsstelle) erwogen werden.
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Verdacht auf ein kompensatorisches Verhalten wie selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- oder Diuretikamissbrauch oder übermäßiger Flüssigkeitsaufnahme soll eine Elektrolytbestimmung und eine Harnuntersuchung erfolgen. Bei ausgeprägtem Purging-Verhalten sind ein engmaschiges körperliches und laborchemisches Monitoring sowie die Einbeziehung eines Arztes erforderlich.
- Bei Elektrolytveränderungen sollte primär versucht werden, das Erbrechen zu reduzieren, sodass eine längerfristige Elektrolytsubstitution Einzelfällen vorbehalten bleibt.
- Kinder/Jugendliche mit selbstinduziertem Erbrechen sollen
  - regelmäßig zahnärztlich untersucht werden
  - über das Risiko der Zahnschädigung informiert werden
  - über präventive Maßnahmen zum Schutz der Zähne (kein Zähneputzen unmittelbar nach dem Erbrechen, Verwendung einer neutralisierenden Mundspülung, Vermeidung von säurehaltigen Getränken und Nahrungsmittel) informiert werden
- Kinder/Jugendliche sollten über mögliche Komplikationen einer längerfristigen Laxantieneinnahme aufgeklärt werden und außerdem darauf hingewiesen werden, dass mit Laxantien oder Diuretika das Körpergewicht bzw. die Energieaufnahme nicht effektiv reduziert werden kann.
- Grundsätzlich ist nach dem Absetzen von Laxantien auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme und Zufuhr von Ballaststoffen durch die Nahrung zu achten.
- Bei anhaltend gestörtem Elektrolythaushalt sollte untersucht werden, ob eine andere Ursache (abseits der Essstörung) vorliegt.

#### **Knochenerkrankungen:**

- Bei Kindern/Jugendlichen, die über einen Zeitraum von länger als 6-12 Monate untergewichtig sind oder bei Knochenschmerzen oder wiederholten Frakturen sollte eine Knochendichtemessung in Betracht gezogen werden. Zuvor soll jedoch mit den Kindern/Jugendlichen und Eltern/Familienmitgliedern oder ggf. anderen Sorgeberechtigten besprochen werden, warum die Messung sinnvoll sein könnte.
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Wachstumsstörungen sollten dabei Parameter verwendet werden, die eine Größenkorrektur beinhalten wie z.B. volumetrische Knochendichte (Bone Mineral Apparent Density) ( $\text{g}/\text{cm}^3$ )).
- Eine wiederholte Knochendichtemessung sollte bei Kindern/Jugendlichen mit langfristigem Untergewicht, besonders aber vor oder während einer Hormontherapie erfolgen. Die Messung soll jedoch nicht öfters als 1x im Jahr wiederholt werden, außer wenn Knochenschmerzen oder wiederholte Frakturen vorliegen.
- Kinder/Jugendliche mit Untergewicht sollen dahingehend aufgeklärt werden, dass der beste Weg zur Prävention oder Behandlung einer verminderten Knochendichte die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung eines altersgerechten gesunden Körpergewichts ist.
- Kinder/Jugendliche mit Untergewicht und Osteoporose oder ähnlichen Knochenerkrankungen sollen körperliche Aktivitäten mit hoher Belastung oder mit erhöhtem Risiko für Stürze oder Knochenbrüchen vermeiden.

- Bisphosphonate sind zur Prävention oder Behandlung einer verminderten Knochendichte bei Kindern/Jugendlichen mit Untergewicht nicht empfohlen.
- Eine routinemäßige orale oder transdermale Östrogen-Therapie zur Behandlung einer verminderten Knochendichte ist bei Kindern/Jugendlichen mit Untergewicht nicht empfohlen.
- Bei 13- bis 17-jährigen Mädchen mit Anorexia nervosa, längerfristigem Untergewicht und einer verminderten Knochendichte kann bei einer Skelettreife über 15 Jahren eine transdermale Östradiol (+ zyklischen Progesteron) erfolgen. Bei einer Skelettreife unter 15 Jahren und gleichzeitiger verzögerter Pubertät kann die Gabe von Östrogen in ansteigender physiologischer Dosierung in Betracht gezogen werden.
- Vor dem Beginn einer Hormonbehandlung wegen verringerter Knochendichte soll auf jeden Fall ein Endokrinologe oder Kinderarzt hinzugezogen werden.
- Eine Hormontherapie führt in der Regel zu einer Normalisierung der Menstruation, was bei den betroffenen Mädchen zu einer Aberkennung der Notwendigkeit einer weiteren Gewichtszunahme führen kann.

#### **BOX 10: Monitoring**

- Kinder/Jugendliche mit Essstörungen sollten in Abhängigkeit von der körperlichen Situation aktiv und regelmäßig zu Verlaufsuntersuchungen einbestellt werden. Die Untersuchung soll dabei folgendes beinhalten:
  - Körpergewicht oder BMI
  - Blutdruck
  - relevante Blutlaboruntersuchungen
  - Probleme im täglichen Leben
  - Risiko für (körperliche und psychische) Begleit-/Folgeerkrankungen
  - Körpergröße und –entwicklung bei Kindern/Jugendlichen vor Abschluss der Pubertät
  - EKG (bei Personen mit Purging-Verhalten oder signifikantem Gewichtsverlust)
  - Besprechung von Behandlungsmöglichkeiten
  - Im Rahmen des regelmäßigen Monitorings sollte auf Anzeichen für Vernachlässigung oder Missbrauch geachtet werden.
- Bei diagnostischen Unsicherheiten ist die Vorstellung in einer Spezialambulanz zu erwägen.
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen die nicht in einer laufenden Behandlung sind, soll die Untersuchung zumindest 1x jährlich stattfinden.
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen sollte in folgenden Fällen überprüft werden, ob die Durchführung eines EKGs notwendig ist:
  - rascher Gewichtsverlust
  - exzessive körperliche Aktivität
  - schweres Purging-Verhalten (selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- und/oder Diuretikamissbrauch)
  - Bradykardie
  - Hypotonie
  - exzessiver Koffeinkonsum (z.B. auch durch Energydrinks)
  - Einnahme von Medikamenten, die Störungen des Elektrolythaushalts, Bradykardie, Hypokaliämie oder ein verlängertes QT-Intervall hervorrufen können
  - Muskelschwäche
  - gestörter Elektrolythaushalt
  - vorherige Herzrhythmusstörungen
- Bei Kindern/Jugendlichen mit schwerem Untergewicht (<70% des Normalgewichts) kann eine Überwachung der Herzfunktion (besonders nachts) sinnvoll sein.
- Bei Kindern/Jugendlichen mit Verdacht auf ein kompensatorisches Verhalten wie selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- oder Diuretikamissbrauch oder übermäßiger Flüssigkeitsaufnahme soll eine Elektrolytbestimmung erfolgen. Bei ausgeprägtem Purging-

Verhalten sind ein engmaschiges körperliches und laborchemisches Monitoring sowie die Einbeziehung eines Arztes erforderlich.

**BOX 11: Nachsorge**

- 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.