Herzlichen Dank für die zahlreichen, interessanten Fragen. Ich habe versucht sie, so gut es geht zu beantworten. Bitte bedenken Sie, dass die Fragen sich auf individuelle Fragestellungen beziehen und keine Verallgemeinerung für die Behandlung von Menschen mit Essstörungen zu ziehen sind. Es gibt keine Gewährleistung auf die vorliegenden Antworten und sie erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

1. Ob und ab wann man eine Wohngruppe nach der klinischen Therapie empfiehlt und, ob es für den weiteren Verlauf dafür Langzeitstudien gibt?

Die Empfehlung für eine Weiterführung des multimodalen Therapiekonzeptes für Menschen mit Essstörungen in Wohngruppen richtet sich nach der Schwere der Erkrankung und vor allem der Chronizität des Erkrankungsverlaufes. In der Regel werden Wohngruppenangebote in den therapeutischen Prozess aufgenommen, wenn bereits erfolglose ambulante Versuche nach stationärem Aufenthalt erfolgt sind. Viele Wohngruppen, z.B. ANAD e.V. in München haben allerdings einen Mindest-BMI, den die Patient*Innen erreichen müssen für eine Aufnahme (https://www.anad.de/). Die Evidenz in Bezug auf Wohngruppen ist vorhanden, wenn auch ausbaufähig (siehe z.B. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32196843/)

2. Es wurde ja gesagt, dass ein gewisses Gewicht/BMI notwendig ist, um Therapie möglich zu machen. Gibt es da einen Richtwert? Für die stationäre Therapie lag dieser ja bei 15.

Die Therapie von Menschen mit Essstörung sollte natürlich immer erfolgen, ganz unabhängig vom BMI. Allerdings sind manche therapeutischen Interventionen bei sehr niedrigen BMIs nicht oder nur eingeschränkt möglich. Auch hier hängt es natürlich von der individuellen Verfassung der Patient*In ab, aber man kann davon ausgehen, dass bei sehr niedrigen BMIs einzeltherapeutische Sitzungen eher kürzer (z.B. 25min statt 50min) sein sollten. Auch muss immer abgewogen werden, wie viel gruppentherapeutische Angebote von den Patient*Innen bewältigt werden können, einerseits in Bezug auf die körperliche Belastbarkeit andererseits aber auch in Bezug auf die kognitiven Einschränkungen aufgrund des starken Untergewichts. Häufig ist erstmal eine erste Gewichtsrestitution notwendig, bevor therapeutisch „richtig“ begonnen werden kann.

3. Wo finden wir geeignete Literatur, die hilfreich ist das Zielgewicht von jugendlichen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen in der ambulanten Behandlung festzusetzen?

Die ambulante Behandlung von Patient*innen mit Anorexie oder Bulimie ist von zentraler Bedeutung um einer Chronifizierung entgegenzuwirken. Außerdem hat sich bereits wissenschaftlich bestätigen lassen, dass eine spezialisierte Behandlung einer „regulären“ Behandlung deutlich überlegen ist (siehe https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24131861/). Für die ambulante Behandlung empfehlen sich dabei dann beispielsweise auch diese, empirisch belegten, Behandlungsmanuale. Eine große Anzahl weiterer Behandlungsmanuale sowohl für die Anorexie, als auch die Bulimie und inzwischen auch für die Binge-Eating-Störung existieren sowohl für die KVT als auch für FPT und sind bei den einschlägigen Verlagen zu finden.

4. Untergewichtige Jugendliche müssen häufig monatelange Wartezeiten für eine stationäre Behandlung mit ambulanter Psychotherapie überbrücken. Sie haben außer mir, der PT, eine Ärztin/eine Arzt, die regelmäßig wiegen, sowie Ernährungsberatung. Oft kommt es vor, dass die Gewichtszunahme minimal ist, oder nach 1-2 kg Zunahme stagniert. Was wäre dann verhaltenstherapeutisch zu tun? (Ich bin psychodynamisch ausgebildet)

Eine lange Wartezeit bis zu einer stationären Aufnahme ist aktuell leider eher die Regel als die Ausnahme, deswegen ist dies eine wichtige Frage. Es empfiehlt sich in der Therapie mit untergewichtigen Patientinnen immer einen Gewichtsvertrag zu vereinbaren, nicht nur im stationären Setting. Ein Gewichtsvertrag stellt dabei eine klassische, verhaltenstherapeutische Intervention dar. Das bedeutet aber nicht, dass nicht weiter psychodynamisch gearbeitet werden kann. Wie bereits erwähnt empfiehlt es sich hierbei einmal in ein strukturiertes Manual zur Behandlung von Essstörungen zu investieren, die Tipps und Herangehensweisen, z.T. auch Vorlagen für Ess- und Gewichtsverträge, auch im ambulanten Setting, enthalten.

5. Gibt es auch eine atypische Essstörung? Wenn eine Person generell zu wenig isst und untergewichtig ist, aber eigentlich gerne zunehmen/gesund sein möchte? Wie würde man das diagnostisch angehen?

Atypische Essstörungen stellen mit z.T. mehr als 60% aller Essstörungen, sogar eher die Mehrheit als die Seltenheit in Bezug auf Essstörungsdiagnosen dar. Die von Ihnen beschriebene Störung würde in diesem Fall ggf. in den neuen Diagnosebereich der ICD-11 der „restriktiven Essstörungen“ fallen. Hierbei ist ein restriktives, zum Teil sehr eingeschränktes Essverhalten (z.T. sog. „picky eating“) Ursache eines deutlichen Gewichtsverlustes bzw. einer fehlenden Gewichtszunahme mit Untergewicht. Patient*Innen haben dabei allerdings keine Symptome der typischen Körperschemastörung und auch nicht den Wunsch nach einem niedrigeren Gewicht. Eine andere körperliche Ursache muss allerdings ausgeschlossen sein.

6. Könnten Sie Frau Dr. Skoda, bitten einen Essvertrag zu bekommen?

Wie bereits in Frage 4 erwähnt gibt es eine ganze Reihe an therapeutischen Manualen, die Vorlagen zur Erstellung von Essverträgen enthalten. Dabei gibt es eine ganze Bandbreite von „Vertragsarten“ vom frei formulierten Vertrag, der nur einige Eckpunkte vom Therapeuten enthält (wöchentliche Gewichtszunahme, positive und negative Konsequenzen) hin zu standardisierten Verträgen, die bei allen Patient*Innen gleich aussehen. Wissenschaftliche Evidenz zu Gewichtsverträgen, bzw. wie in Deutschland solche Verträge genutzt werden, finden Sie hier: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29577487/; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30110917/

7. Im Vortrag wurde vermittelt, dass in der Essstörungsbehandlung von Anorexie Gewichtsziele vereinbart werden sollen. Meine Frage dazu ist nun, wie am besten vorzugehen ist, wenn im ambulanten Setting eine Patientin noch ambivalent hinsichtlich einer Gewichtszunahme ist und sich daher keine (verbindlichen) Gewichtsziele vereinbaren lassen, bzw. wenn vereinbarte Gewichtsziele nicht durchgängig eingehalten werden und es zwischenzeitlich zu einer erneuten Abnahme kommt oder das Gewicht stagniert?

Auch für diese besonderen Fragen empfehle ich das Heranziehen von dafür speziell geschriebenen Manualen (siehe Frage 4 und Frage 6). Prinzipiell richtet sich die Flexibilität von Gewichtszielen auch ein Stückweit nach dem Gewicht der Patient*In. Wenn der BMI bei beispielsweise 17 kg/m² liegt, kann man sicher flexibler verhandeln, als bei einem BMI von 14 kg/m². Dennoch ist es wichtig, mit den Patient*Innen zu verhandeln, dass die Gewichtszunahme zur Behandlung dazu gehört. Welches Tempo dabei allerdings vorgelegt werden muss, insbesondere im ambulanten Setting, ist variabler.

8. Ein therapeutisch nicht motivierter adipöser 16 jähriger Jugendlicher mit einem BMI über 50 soll als operative Maßnahme einen Ballon in den Magen bekommen.
   Unsere Vermutung ist, dass er zu Essanfällen (heimlich in der Nacht) neigt, was aber nicht belegt ist. Nach 6 Monaten soll der Ballon wieder entfernt werden. Ist diese Maßnahme sinnvoll, oder muss er nicht wenigstens in Teilen vorher mitarbeiten? Beispielsweise Esstagebuch, Kochgruppe, usw.

Das Vorgehen, dass Patient*Innen mit einem sehr hohen BMI (meist >50 kg/m²) initial einen Magenballon erhalten um das operative Outcome zu verbessern, um im Anschluss eine andere adipositaschirurgische Maßnahme zu erhalten, ist nicht unüblich. Eine eigene, motivierte Mitarbeit vonseiten des Patienten/der Patientin sollte jedoch immer gefördert werden. Es spricht allerdings nichts dagegen, dass eine solche Unterstützung i.S. von Kochgruppen, Ernährungs- und Bewegungstherapie parallel zu einem Magenballon und vor der adipositaschirurgischen Maßnahme erfolgt. Bei sehr jungen Patienten/Patientinnen empfiehlt es sich außerdem vor einer weitreichenden adipositaschirurgischen Maßnahme wie bsp. einer Sleeve Gastrektomie oder einem Magen-Bypass zu prüfen, ob die konservativen Maßnahmen ausreichend ausgeschöpft worden sind.

9. Wie gehen die Experten mit dem ausgeprägten Suchtcharakter/Suchtdruck bei Bulimie-PatientInnen um?

Patient*Innen mit Bulimia nervosa leiden statistisch häufiger unter weiteren psychischen Komorbiditäten u.a. Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen vom emotional-instabilen Typ. Diese Komorbiditäten, ebenso wie depressive Episoden, sollten dringend eine Mitbehandlung bei der Behandlung der Essstörung erfahren. Häufig ist die emotionale Instabilität bzw. die Schwierigkeiten in der emotionalen Regulation Auslöser für eine Bandbreite an Symptomatik, weswegen diese vornehmlich adressiert werden muss. Wenn eine ausgeprägte Suchterkrankung besteht ist allerdings initial erstmal die Erreichung einer Abstinenz vonnöten, da sonst eine Psychotherapie dieser Themen nicht aussichtsreich ist.

10. Was macht die Patientin/ der Patient, wenn die Bewältigungsstrategie Essen, Hungern, Erbrechen „weggenommen“ wird? Was ist, wenn die „Schutzmauer“ Körperumfang schwindet, mit dem Erleben von Sicherheit? Müssten deshalb therapeutisch erst andere Methoden genutzt und Grundlagen geschaffen werden, um einen gesundheitlich geeigneteren Gewichtszustand als realisierbare Zielstellung anzuvisieren?

Das dysfunktionale Essverhalten als „Bewältigungsstrategie“ für andere, emotionale Spannungszustände zu sehen, ist aus meiner Sicht ein sehr zentraler Ansatz um Patient*Innen mit Essstörungen zu verstehen und ihnen besser helfen zu können. Aus diesem Grund ist es auch sehr

wichtig, dass in der Behandlung von Menschen mit Essstörungen, nicht nur über Essen und Gewicht gesprochen wird, sondern dass die zugrunde liegenden Konfliktfelder und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation konkret aufgegriffen und bearbeitet werden. Wenn dies erfolgt, dann ist die befürchtete „Verschiebung“ der Affektabfuhr vom Essverhalten woanders hin, eher nicht zu erwarten. Die Evidenz weißt auch darauf hin, z.B. in der Behandlung der Binge-Eating-Störung, dass bei der Behandlung der Impulsivität dieser Patientengruppe, nicht etwa andere impulsive Verhaltensweisen mehr werden, sondern, dass sich diese ebenfalls verringern.

11. Ich hatte im Anschluss eine Frage gestellt, da Frau Dr. Skoda ganz kurz etwas in der Richtung erwähnte, nämlich inwieweit Achtsamkeitsübungen in der stationären Therapie eingesetzt werden und welche den besten Erfolg/ergänzenden Bonus bringen. (Ich selbst arbeite tatsächlich mit dem MANTRA-Verfahren sowie prismatischer Gesprächsführung sowie teilweise kognitiver und Verhaltenstherapie.)

Der Einsatz von achtsamkeitsbasierter Therapie in stationären Settings hat bereits eine lange Tradition. Tatschlich existiert auch eine gewisse Anzahl an wissenschaftlichen Untersuchungen dazu, die in einem rezenten systematischen Review auch klar den Nutzen für achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Behandlung z.B. der Anorexia nervosa zeigen konnten, siehe auch https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28569093/

12. Ich würde mich über einen Impuls bezüglich der Kontrolle von Gewicht und Kaliumwerten im ambulanten Setting freuen. Ich denke an eine anorektische Patientin mit täglichem Erbrechen und einem BMI von aktuell 16,2, die frisch aus der stationären Behandlung kommt.

Bei häufigem, selbstinduziertem Erbrechen von Patient*Innen sind im ambulanten Setting immer mehrere Faktoren zu bedenken. Relevant hierbei ist, neben dem BMI, auch die Frequenz des Erbrechens, die Dauer des selbstinduzierten Erbrechens und die Historie der früheren Kaliumwerte. Wenn Patient*Innen beispielsweise schon seit 10 Jahren täglich fünf Mal erbrechen und immer erniedrigte Kaliumwerte im Labor aufweisen, sind diese natürlich viel besser vom Körper zu tolerieren, als bei Patient*Innen, die erst seit kurzem, massiv brechen und davor stabile Kaliumwerte hatten. Regelmäßige Laborkontrollen sind bei erniedrigten Kaliumwerten jedoch integral, nicht zuletzt um die Substitution des Kaliums ebenfalls zu monitorieren, ebenso sollten EKG-Kontrollen zur Überprüfung der QT-Zeit erfolgen. Gewichtskontrollen im ambulanten Setting sind in der Regel wöchentlich zu empfehlen, dies kann auch im Gewichtsvertrag festgelegt werden.

13. Wie bedeutsam ist das gestörte Essverhalten oder eine Essstörung der Eltern in Hinblick auf die Entwicklung einer Essstörung bei Kindern/Jugendlichen?

Untersuchungen in Bezug auf Folgen des Essverhaltens von Eltern auf das der Kinder werden zunehmend relevant. In einem rezenten systematischen Review bezüglich der Evidenz zeigte sich hierzu auch, dass deutliche ausgeprägtes essgestörtes Verhalten von Eltern Folgen auf die Gewichtsentwicklung und das Essverhalten der Kinder haben. Siehe auch https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30221306/

14. Wie gehen Sie mit kompletten Nährungsverweigetung um? Arbeiten Sie mit Zwangsernährung durch Sondennahrung?

Zwangsbehandlungen von Menschen mit Essstörungen sind, gerade bei jungen Patient*Innen, ein relevantes Thema. Eine Zwangsbehandlung muss immer gut geprüft werden und sehr transparent mit Eltern/Angehörigen und Patient*In besprochen werden. Insbesondere bei sehr niedrigem BMI, absoluter Nahrungsverweigerung, starken Ängsten in Bezug auf die Nahrungsaufnahme oder vitaler Bedrohung durch das Untergewicht, kann eine solche Behandlung indiziert sein. Viele Patient*Innen erleben eine solche Behandlung als entlastend, da die Verantwortung für die Nahrungsaufnahme zeitweise von ihnen genommen wird. Eine Sondenernährung sollte so kurz wie möglich gehalten werden und einzelne Schritte, wie z.B. die Erhöhung von Sondennahrung sollten in einem Vertrag festgehalten und im Rahmen von regelmäßigen Visiten transparent besprochen werden, da sonst das Kontrollverlusterleben als zu groß wahrgenommen wird.

15. Was halten Sie von therapiebegleiteter Einnahme von Saxenda (Liraglutid)

Ich vermute, dass diese Frage sich auf die medikamentöse Behandlung bei Adipositas bezieht. Liraglutid kann bei schwerwiegend adipösen Patienten in Erwägung gezogen werden, die Studienlage diesbezüglich scheint auch vielversprechend. (siehe https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32233338/) Es sollte jedoch immer mit einer „Lifestyle-Intervention“, dazu gehören auch immer Verhaltensinterventionen, gekoppelt werden.

16. Welche therapeutischen Strategien verfolgen Sie bez. der Impulsivität?

Im Bezug auf die Impulsivität und den damit gekoppelten Essanfällen haben sich in der Behandlung der Binge-Eating-Störung Therapieansätze mit Expositionsübungen als vielversprechend erwiesen, dafür existieren auch bereits Manuale (siehe z.B. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31108488/)

17. Umgang mit Impulsen+Affekten - was gibt es noch neben der Exposition

Therapeutische Interventionen zur Verbesserung von Impulsivität aufgrund von emotionalen Spannungszuständen existieren schon lange, z.B. im Therapieansatz der DBT nach Linnehan sind diese zu finden, hierzu existiert natürlich auch einiges an Evidenz.

18. Gibt es spezielle Therapieangebote oder auch Kliniken für Pat. mit Essstörungen und leichter Intelligenzminderung?

Relevant bei dieser Frage ist immer das Ausmaß der Intelligenzminderung. Wenn es sich nur um eine geringfügige Einschränkung handelt, so ist ein klassisches psychosomatisch-psychotherapeutisches Setting sicher nicht ausgeschlossen.

19. Gibt es eine hirnphysiologische Erklärung weshalb während einer Anorexia Nervosa Zwangssymptome auftauchen, welche sofort verschwinden sobald ein Normlagewicht erreicht wird?

Leider kann ich Ihnen was diesen Bereich angeht wenig Expertise meinerseits anbieten. Eine interessante Arbeit dazu scheint aber diese hier zu sein:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30590873/

20. Wie lässt es sich erklären, dass die Anorexie eine Erkrankung der mittleren/oberen Schicht ist?

Die Ansicht, dass die Anorexia nervosa eine Erkrankung der oberen Schicht ist, stützt sich auf (frühe) wissenschaftliche Meinungen und Erkenntnisse (z.B. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15844400/) allerdings ist hier auch die Frage zu stellen, ob es sich bei diesem Finding um einen „attentional bias" handelt, da junge Frauen aus höheren sozioökonomischen Schichten eher Behandlung in Anspruch nehmen oder besser im gesundheitlichen System verankert sind (siehe auch https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5283666/). Einen klaren Erklärungsansatz kann ich Ihnen dafür also nicht liefern.

21. Wie ist der Zusammenhang zwischen einer Essstörung wie Bulimie und Borderline ?

Das komorbide Auftreten von Bulimia nervosa und einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung hat vermutlich etwas mit den zugrunde liegenden Schwierigkeiten in der Affektregulation und dem Umgang mit, als überwältigend erlebten, emotionalen Zuständen zu tun. Es gibt ebenfalls einige Risikofaktoren, die beiden Krankheitsbildern zugrunde liegen, z.B. frühkindliche traumatische Erfahrungen (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27038436/). Dementsprechend ist es häufig vielversprechend in der Behandlung der Bulimia nervosa Aspekte der Behandlung der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, z.B. das DBT-E zu integrieren (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32129724/)

22. Machen in der stationären Behandlung einer extremen Anorexie (BMI schwankend zwischen 9 und 10) mit Unterbringung nach PsychKHG Gewichtsverträge Sinn? Denn Konsequenzen in Form von Therapieabbruch ist nicht möglich und eine Zwangsernährung soll ja laut Leitlinie nur das letzte Mittel sein und ist auf Grund der schlechten personellen Situation in Kliniken manchmal nicht möglich.

Schwerstkranke Patient*Innen mit einem BMI von <12 kg/m² bedürfen in der Regel einer sehr individuell zugeschnittenen Therapie. Reguläre Gewichtsverträge usw. sind hier in der Regel nicht möglich und nicht zielführend. Dennoch sollte irgendeine Form an „Vertrag" mit den Patient*Innen geschlossen werden. Bei Gewichtsverträgen geht es ja nicht nur um negative Konsequenzen, sondern beinahe wichtiger, auch um positive Konsequenzen sobald ein Gewichtsschritt erreicht wird. Es bietet sich hier auch an sehr individuell einen Vertrag mit der Patient*In aufzusetzen, in dem auch die Gründe für das Verlassen des essgestörten Verhaltens verbalisiert und aufgeschrieben werden. Der Vertrag dient in diesem Fall also, vielleicht noch mehr als sowieso schon, als ein Element der therapeutischen Allianz.

23. Welcher Ziel-BMI ist sinnvoll? Reicht der Normalbereich, oder ist mind. 20 anzuraten?

Im stationären Setting sollte ein Ziel-BMI immer in Abhängigkeit vom Ausgangs-BMI gewählt werden, damit es realistisch bleibt. In der Regel sollte aber eine Gewichtsrestitution auf einen BMI von 18,5 kg/m² langfristig ins Auge gefasst werden. Dies kann u.U. erst in mehreren stationären Aufenthalten erreicht werden.

24. Wie lange sollte eine erste stationäre Maßnahme bei Adipositas BMI plus 50 sein?

Maßgeblich für die Dauer eines psychosomatisch-psychotherapeutischen stationären Aufenthaltes bei Adipositas und BMI >50 kg/m² ist vor allem die psychische Komorbidität. Z.B. bei vorliegender Binge-Eating-Störung könnte eine stationäre Phase von ca. 4 Wochen ins Auge gefasst werden. In Kliniken, die sich schwerpunktmäßig um Gewichtsabnahme bei Adipositas kümmern, kann dies anders sein.

25. Ich habe eine komorbide Klientin: Suchterkrankung -Amphetamine +Spielsucht und massive Bulimie...mit massiver Kaliumentgleisung was empfehlen sie? Klinik in HD sieht Sucht als 1.Erkrankung

Wie bereits in Frage 9 besprochen, muss für einen psychosomatisch-psychotherapeutischen Aufenthalt zur Behandlung der Bulimia nervosa erstmal eine gewisse, suchtmedizinische Abstinenz erreicht sein. Dies kann in einem psychiatrisch-stationären Aufenthalt erfolgen oder durch ambulante, suchtmedizinische Unterstützung. Bei gleichzeitigen massiven Kaliumentgleisungen ist wichtig zu schauen, wo eine Allianz geschlossen werden kann, dass hausärztliche Kontrollen und ggf. Interventionen notwendig sind. Wenn eine vitale Gefährdung besteht, muss ein stationärer-internistischer Aufenthalt ins Auge gefasst werden.