

Sehr geehrte/r Kinderärzt/in oder Hausärzt/in,

heute wird Ihnen ein Kind, Jugendlicher oder junger Erwachsener vorgestellt, dessen Eltern sich aufgrund eines auffälligen Gewichtsverlusts und/oder gestörten Essverhaltens sorgen. Der Verdacht auf eine Essstörung liegt nahe. Dieses Schreiben soll Sie bei der Diagnostik und ersten therapeutischen Maßnahmen unterstützen. Als Haus- oder Kinderarzt sind Sie oft die erste und manchmal über längere Zeit einzige ärztliche Ansprechperson, die eine Essstörung erkennen kann. Ihre Unterstützung kann die Prognose erheblich verbessern.

Für eine günstige Prognose und erfolgreiche Therapie der Magersucht (Anorexia nervosa) sind eine frühzeitige Diagnose und Behandlung von entscheidender Bedeutung. Anorexia nervosa tritt meist im Alter von 8 bis 25 Jahren auf; etwa jedes 100. Mädchen erkrankt bis zum 18. Lebensjahr, auch Jungen können betroffen sein.

Da betroffene Kinder und Jugendliche ihre Symptome oft nicht oder nur ungenau schildern, ist es bei einem Verdacht auf eine Essstörung außerordentlich wichtig, parallel die Eltern beziehungsweise Bezugspersonen zu befragen. Bitte nehmen Sie sich Zeit für eine sorgfältige Anamnese mit Patient*in und Bezugspersonen.

Diese Symptome und Auffälligkeiten deuten auf eine Anorexia nervosa hin

- **Niedriges Körpergewicht** (< 10. BMI-Altersperzentil nach KIGGS; siehe zum Beispiel <https://pedz.de/de/bmi.html>)
- **Gewichtsverlust.** Cave: Bei Jugendlichen, die bereits vor der Gewichtsabnahme dünn waren, kann die Anorexie mit einer Gewichtsabnahme von weniger als 5 Kilogramm einhergehen; bei Atypischer Anorexia nervosa liegt trotz Gewichtsabnahme das Körpergewicht im normalen Bereich. Der Gewichtsverlust kann intendiert (z. B. Diät bei Übergewicht) oder nicht-intendiert gewesen sein (z. B. Infektion, mit Gewichtsabnahme einhergehende körperliche oder psychische Erkrankung, Ernährungsumstellung oder Stress).
- **Psychische Symptome:** beständiges Denken an Essen und Gewicht, Reizbarkeit, depressive Stimmungslage, sozialer Rückzug, Müdigkeit/Erschöpfung, Schlafprobleme, Kälteempfindlichkeit
- **Körperliche Symptome:** Amenorrhö, Haarausfall, niedriger Puls und Blutdruck, Obstipation, Völlegefühl nach dem Essen, exzessiver Bewegungsdrang und/oder erhebliche Zunahme des Sportpensums (besonders bei Leistungssportlern)
- **Essverhalten:** Die Eltern berichten oft von auffälligem Essverhalten, das vor Beginn der Erkrankung nicht oder nur schwach ausgeprägt war, zum Beispiel sehr langsames Essen, wenig essen, Mahlzeiten auslassen, allein essen wollen, Verdacht auf Erbrechen nach Mahlzeiten. Sie erleben ihr Kind als nicht mehr erreichbar, besonders wenn sie es auffordern, wieder mehr zu essen. Die Patient*innen geben hingegen an sich gesund zu fühlen und betonen, die Sorgen der Eltern seien unbegründet. Mit den Patient*innen gelingt es häufig über den sozialen Rückzug oder körperliche/psychische Symptome (Haarausfall, Schlafprobleme) ins Gespräch zu kommen.

In der Mehrzahl aller Fälle waren die Patient*innen vor Erkrankungsbeginn psychisch unauffällig. Häufige prämorbid Persönlichkeitsmerkmale sind Ehrgeiz, Perfektionismus und Schüchternheit. Eine Untergruppe zeigte bereits vor Beginn der Gewichtsabnahme psychische Auffälligkeiten wie Depression, Angst- oder Zwangsstörungen. Unter Umständen berichten Patient*innen primär von Symptomen einer Depression, so dass gezielte Fragen unter Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen nötig sind, um Anzeichen einer zusätzlich bestehenden Anorexia nervosa zu erkennen – die Diagnose der Anorexia nervosa ist dann in aller Regel aufgrund der Tragweite die Hauptdiagnose. Jede Patient*in sollte auf Suizidalität angesprochen werden, eine akute Suizidalität ist jedoch selten.

Empfohlene Untersuchungen gemäß S3-Leitlinien

- **Messung von Gewicht und Körpergröße zur Berechnung des aktuellen Body-Mass-Index (BMI);** Frage nach dem Gewicht vor Beginn der Essstörung; unter Heranziehung der aktuellen Körperhöhe lässt sich der prämorbid BMI berechnen und mittels der BMI-Perzentilbestimmung einordnen
- **Messung von Blutdruck (orthostatisch), Puls und Körpertemperatur**
- **Überprüfung der Durchblutung** (Akrozyanose) und **Ausschluss von Ödemen**, insbesondere an Füßen und Unterschenkeln
- Sobald **kardiale Symptome** – Bradykardie – auftreten: kardiologische Abklärung, LZ-EKG, ggf. stationäre Behandlung
- **Labor** (inkl. großes Blutbild; am häufigsten Leukopenie, es können auch Anämie und Thrombozytopenie vorliegen), Elektrolyte (Natrium, Chlorid, Kalzium, Kalium, Magnesium), Leber- und Nierenwerte, Schilddrüsenparameter (TSH, fT3; fT3 ist häufiger leicht erniedrigt), CRP, Ferritin, Gesamteiweiß, Albumin, Vitamin D, Kreatinin und Harnstoff

Erste therapeutische Maßnahmen

Bei den meisten Patient*innen ist der körperliche und psychische Zustand stabil. Es empfiehlt sich den Ernst der Lage unzweideutig anzusprechen, indem Sie den Schweregrad des Untergewichts und die körperlichen und psychischen Symptome aufzeigen. Mit Patient*in und Eltern kann danach eine Wiedervorstellung in einer Woche besprochen werden; konkret ist eine Gewichtszunahme von mindestens 500 Gramm pro Woche mit den Eltern zu vereinbaren. Patient*in und Eltern sind darüber zu informieren, dass bei Nichteinhaltung eine Vorstellung in einer Klinik unabdingbar ist. Auch sollte mitgeteilt werden, dass bei gegebenem Schweregrad wöchentlich Puls, Blutdruck und Labor kontrolliert werden.

Sofern Sie in den ersten Wochen oder nach einer stationären Behandlung ein wöchentliches Wiegen veranlassen:

- Wiegen unter gleichbleibenden Bedingungen: gleiche Tageszeit, vorzugsweise in Unterwäsche, auf Bauchvorwölbung achten. Betroffene können Gewichtszunahme vortäuschen durch Gewichte in Kleidung oder Wassertrinken (Cave: Hyponatriämie)
- „Blindes Wiegen“, bei dem die Betroffenen ihr Gewicht nicht sehen, kann Stress reduzieren (sofern Eltern und/oder Patient*in dies wünschen)
- Vermeidung von Kommentaren zum Gewichtsverlauf vor dem/der Patient*in

Ambulantes Setting

Die S3-Leitlinien empfehlen bei Kindern und Jugendlichen unter bestimmten Bedingungen eine stationäre Therapie, beispielsweise bei mangelndem Erfolg ambulanter Maßnahmen, ausgeprägten Komorbiditäten oder körperlicher Gefährdung. Aufgrund des massiven Eingriffs, den ein längerer Klinikaufenthalt in die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen darstellt, und den oft langen Wartezeiten auf einen Klinik- oder Therapieplatz empfehlen wir Eltern, eine familienbasierte Behandlung wie die Maudsley-Methode oder Family-Based Treatment (FBT) in Betracht zu ziehen, sofern der Zustand der Patient*in stabil ist. Diese evidenzbasierten Ansätze zielen darauf ab, die Wiederernährung zu Hause durch die Eltern zu unterstützen, wodurch in vielen Fällen ein Klinikaufenthalt abgewendet werden kann. Entsprechende Therapeut*innen oder auch eine Online-Therapie können eine solche Behandlung daheim unterstützen. Leider sind auch hier Wartezeiten lang. Wir geben die Kontakte der verfügbaren FBT-Therapeuten immer an die Eltern weiter.

Unserer Erfahrung nach ist es wichtig, die Eltern zu ermutigen, sofort die Verantwortung für sechs tägliche Mahlzeiten und die Wiederernährung zu übernehmen. Das gilt besonders, wenn die Patient*in selbst keine Zunahme erreicht oder weiter abnimmt. Eine klare Botschaft von Ihnen als Kinder- beziehungsweise Hausarzt, dass es zur Fürsorgepflicht der Eltern gehört, ihr Kind vor den gesundheitlichen und potenziell lebensgefährlichen Folgen des Hungerns zu schützen, wirkt für die Eltern entlastend und kann der erkrankten Patient*in helfen, die Unterstützung der Eltern anzunehmen. Sollten Ihnen die Eltern berichten, dass sie es nicht schaffen, gilt es diese zu entlasten durch die Rückkopplung, dass der Schweregrad der Essstörung auch eine stationäre Behandlung rechtfertigt. Bei drohendem Refeeding-Syndrom sollte zu Beginn der Wiederernährung mit einer niedrigen Kalorienmenge pro Tag (zB. 1500 kcal) begonnen werden. Diese Gesamtkilokalorienzahl sollte auf sechs Mahlzeiten verteilt und schrittweise um 100 bis 200 kcal erhöht werden.

Wir bitten Sie, die Patient*in auch nach Beginn einer Psychotherapie in zunächst wöchentlichen Abständen zum Wiegen und nach Bedarf für medizinische Untersuchungen einzubestellen. Es ist entscheidend, dass das Gewicht im Verlauf von Wochen steigt. Bei der Behandlung nach einer stationären Behandlung sollte ebenfalls für mindestens zehn Wochen wöchentliches Wiegen erfolgen; bei stabilem Verlauf können anschließend die Abstände schrittweise verlängert werden. Diese Nachsorge ist wichtig, da es bei ca. 50 Prozent aller Patient*innen zu einem Rückfall (erneute Gewichtsabnahme) kommt. Das Risiko ist in den ersten sechs Monaten nach Erreichen des Zielgewichts besonders hoch.

Bitte bedenken Sie, dass eine Anorexia nervosa durchschnittlich drei Jahre anhält; es gilt Patient*innen und Eltern zu vermitteln, dass Geduld erforderlich ist. Auch nach Erreichen des Zielgewichts bestehen häufig die psychischen Symptome einer Essstörung noch viele Wochen fort.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Engagement. Bei Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Freundliche Grüße,

das Elternnetzwerk Magersucht e. V.

und

Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand, LVR-Klinikum Essen

Weiterführende Informationen

Hebebrand J, Gradl-Dietsch G, Peters T, Correll CU, Haas V: The diagnosis and treatment of anorexia nervosa in childhood and adolescence. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 164–74.
DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0248

Herpertz-Dahlmann, B., Dahmen, B., Zielinski-Gussen, I.M. et al. Neue Aspekte in der Ätiologie und Therapie der jugendlichen Anorexia nervosa – ein postuliertes biopsychosoziales Modell und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. Bundesgesundheitsbl 67, 400–408 (2024).
<https://doi.org/10.1007/s00103-024-03856-y>

Verena Haas, Sabine Bojanowski, Philine Köln, Caroline Di Maria, Elisabeth Neumeier, Christoph U. Correll: Die Familien-Basierte Therapie für junge Menschen mit Anorexia nervosa. PSYCH up2date 2025; 19(01): 61-80. DOI: 10.1055/a-2212-9511

Über das Elternnetzwerk Magersucht e. V.

Das Elternnetzwerk Magersucht e. V. bietet Eltern von an Anorexia nervosa erkrankten Kindern und Jugendlichen Akuthilfe in Form von Elterncoaching an. Kern der Arbeit ist das ehrenamtliche Engagement von Eltern für Eltern sowie der Austausch mit Fachpersonen über Behandlungsansätze, die Eltern aktiv einbeziehen. Ziel des Vereins ist es, die Heilungschancen von an Anorexia nervosa erkrankten Kindern und Jugendlichen zu fördern und Eltern im deutschsprachigen Raum zu vernetzen. Das Elternnetzwerk Magersucht ist als Patientenvertretung unter anderem bei der Überarbeitung der S3-Leitlinie zur Behandlung von Essstörungen und in der Begleitung der aktuellen FIAT-Studie (Familien-Basierte telemedizinische versus Institutionelle Anorexia nervosa Therapie) der Charité involviert. Für das Engagement wurde der Verein 2022 mit dem Bundespreis startsocial ausgezeichnet.

Angebote für Ärzt*innen und andere Experten

Das Elternnetzwerk Magersucht bietet regelmäßig Informationsveranstaltungen für Ärzt*innen, Therapeut*innen, Jugendämter und Pädagogisches Personal. Wir freuen uns über interessierte neue Experten, die mit uns in Kontakt treten.

<https://elternnetzwerk-magersucht.de/blog/beratung-und-begleitung-von-familien-mit-einem-an-orexie-erkrankten-kind>

Nutzen Sie gern unser Kontaktformular für Fachpersonen:
elternnetzwerk-magersucht.forms.app/kontakt-experten

Alternativ können Sie uns gern eine E-Mail zusenden:
nachricht@elternnetzwerk-magersucht.de