

Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin¹, Universitätspoliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung³, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern; Kollegiale Instanz für Komplementärmedizin, Universität Bern²

¹F. Hähni, ¹R. von Känel, ²M. Nedeljkovic, ³Z. Stanga, ¹R. Ott

Charakteristika schwer essgestörter Patientinnen in einer universitären Einrichtung und therapeutische Richtlinien

Characteristics of Patients with Severe Eating Disorders from a University Hospital and Therapeutic Guidelines

Zusammenfassung

Patientinnen und Patienten mit einer schweren Essstörung (Anorexie, Bulimie, weitere) finden einerseits selten Eingang in systematische Studien, sind andererseits aber häufig auf ein stationäres Behandlungssetting in einem tertiären Zentrum angewiesen. Die kürzlich veröffentlichte S3-Leitlinie zur Behandlung von Essstörungen erlaubt eine klarere Einschätzung der Hospitalisationsbedürftigkeit schwer Essgestörter als bisher. In der vorliegenden Arbeit wurden 26 Patientinnen und Patienten mit einer schweren Essstörung, die konsekutiv auf einer spezialisierten psychosomatisch/inter-nistischen universitären Einrichtung hospitalisiert wurden, retrospektiv hinsichtlich ihrer biologischen, psychologischen und sozialen Merkmale charakterisiert und in Bezug zur S3-Leitlinie gestellt. Die biopsychosozialen Charakteristika der untersuchten Population zeigen, dass die Hospitalisierung schwer Essgestörter im tertiärmedizinischen Setting mit einem multiprofessionellen Behandlungsteam evidenzbasiert erfolgt.

Schlüsselwörter: Essstörungen – S3-Leitlinie – somatoforme Störung – stationäre Einrichtung

Einleitung

Laut den internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV werden unter dem Oberbegriff «Essstörungen» folgende zwei Formen definiert: Die Anorexia Nervosa (AN) und die Bulimia Nervosa (BN). Es gibt jedoch auch andere Krankheitsbilder, die zum Formenkreis der Essstörungen gezählt werden können, die aber weder die Kriterien der AN noch die der BN erfüllen. Einige Beispiele hierfür sind «somatoforme autonome Funktionsstörungen des Gastrointestinaltraktes», «psychogene Dysphagie und Odynophagie mit konsekutivem Gewichtsverlust» oder «multifaktoriell bedingte Malnutrition mit Kachexie».

Die AN wird nach den DSM-IV-Kriterien weiter unterteilt in den restriktiven Typus und den Binge-eating/Purging-Typus. Die restriktive Form beschreibt einen Gewichtsverlust, der nur durch Fasten herbeigeführt wird. Der Binge-

eating/Purging-Typus (auch bulimische Form genannt) umfasst die Krankheitsformen, die durch kompensatorische Massnahmen nach Essanfällen, wie selbstinduziertes Erbrechen oder den Gebrauch von Abführmitteln, charakterisiert sind [1]. Nach der ICD-10 wird weiter eine «atypische AN» beschrieben, die die Krankheitsbilder beinhaltet, die nicht alle Diagnosekriterien einer AN erfüllen [2]. Die wichtigsten Diagnosekriterien für die AN nach ICD-10 und DSM-IV sind:

- tatsächliches Körpergewicht $\geq 15\%$ unter dem zu erwartenden Gewicht oder Body-Mass-Index (BMI) $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$,

Im Artikel verwendete Abkürzungen:

AN	Anorexia nervosa
BMI	Body-Mass-Index
BN	Bulimia nervosa
CGI	Clinical Global Impression
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MADRS	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale»

- selbst herbeigeführter Gewichtsverlust,
- Angst vor Gewichtszunahme,
- Körperschemastörung,
- umfassende endokrine Störungen.

Die BN wird nach DSM-IV-Kriterien unterteilt in einen Purging-Typ (Missbrauch von Abführmitteln, Erbrechen, usw.) und in einen Non-Purging-Typ. Bei der BN stehen wiederkehrende Episoden von Essanfällen, Kontrollverlust während des Essanfalls und Gewichtsschwankungen im Vordergrund [4].

Hauptmerkmal zur Unterscheidung einer BN von einer AN ist das Gewicht. Nur bei der AN muss ein definiertes Untergewicht (<85%) vorhanden sein [3].

Es existieren viele verschiedene epidemiologische Daten bezüglich Essstörungen. Bekannt ist, dass die BN häufiger vorkommt als die AN. Neuere populationsbasierte Studien zeigen eine jährliche Erkrankungsinzidenz an AN bei Frauen von 19 und bei Männern von 2 pro 100 000 Einwohner. Diese Krankheit kommt v.a. in entwickelten Industrieländern vor. Die Lebenszeitprävalenz beträgt bei Frauen ca. 0,9% und bei Männern 0,1% [2].

Die AN ist eine der gefährlichsten Erkrankungen bei jungen Frauen. Das Mortalitätsrisiko ist im Vergleich mit der Normalbevölkerung um ein Zehnfaches erhöht. Die häufigsten Todesursachen sind Herz-Kreislauf-Versagen, schwere Infektionen (besonders der Lungen) und Suizid (17%). 10% der Patientinnen weisen chronische Verläufe auf (da Essstörungen überwiegend bei Frauen auftreten, wird der Einfachheit halber in diesem Artikel nur die weibliche Form verwendet). Weiter besteht eine hohe psychische Komorbiditätsrate, wobei depressive Störungen sowie Angst- und Zwangsstörungen im Vordergrund stehen [2]. Etwa die Hälfte der Patientinnen erreicht eine Heilung im umfassenden biopsychosozialen Sinne. Die mittlere Dauer bis zur ersten Vollremission beträgt im Durchschnitt sechs Jahre [1].

Patientinnen mit Essstörungen werden oft in einem ambulanten Setting behandelt. Daher sind für eine stationäre Aufnahme nicht die allgemeinen Diagnosekriterien der Erkrankung massgebend, sondern spezifische und individuelle Kriterien. Stationär werden primär Patientinnen mit einer bedeutenden Verschlechterung des körperlichen Zustandes oder der psychosozialen Situation aufgenommen, die ambulant nicht mehr behandelt werden können. Das Ausmass des Untergewichts und der Gewichtsverlauf bestimmen am häufigsten den Zeitpunkt der Hospitalisation. Nicht in allen Fällen ist die Diagnose einer Essstörung gesichert, so dass für die behandelnden Fachpersonen ein Auftrag darin besteht, Ursachen und Diagnosen der Ernährungsproblematik zu klären. Da auch Patientinnen mit BN stationär aufgenommen werden, gilt das tiefe Körpergewicht nicht als einziger massgebender Faktor.

In den aktuellen deutschen S3-Leitlinien [5, S.84] der Diagnostik und Therapie der Essstörungen werden Indikationen für eine stationäre Therapie von Essstörungen beschrieben.

- Im körperlichen Sinne sind dies ein rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (>20% über sechs Monate), ein BMI unter 15 kg/m² und eine körperliche Gefährdung oder Komplikationen.
- Als psychische Faktoren werden ausgeprägte psychische Komorbidität genannt. Weiter gelten soziale und familiäre Faktoren, die eine Genesung behindern (z.B. soziale Isolation oder familiäre Belastung) als Indikationen für eine stationäre Therapie.
- Kann ambulant kein Erfolg erzielt werden oder ist ein multiprofessionelles Team mit spitaltypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie) erforderlich, ist ebenfalls ein stationäres Setting indiziert.
- Die stationäre Behandlung sollte an Einrichtungen erfolgen, die ein spezialisiertes, multimodales Behandlungsprogramm anbieten können.

Im Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin der Klinik für Allgemeine Innere Medizin unseres Universitätsspitals wird eine stationäre, interdisziplinäre und interprofessionelle Behandlung für Patientinnen mit Essstörungen angeboten.

Die aktuellen deutschen Leitlinien [5, S.79] empfehlen als gute klinische Praxis zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen, dass die Behandlung störungsorientiert und bei Therapeuten mit grosser Erfahrung in diesem Gebiet stattfinden sollte. Weiter sollten Übergänge zwischen verschiedenen Settings (vor allem von stationär zu ambulant) besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, damit eine Kontinuität in der Behandlung erhalten werden kann und Rückfälle verhindert werden können. Der Heilungsprozess bei AN umfasst in der Regel einen Zeitraum von mehreren Monaten bis Jahren. Basierend auf randomisierten kontrollierten Studien wird empfohlen, Patientinnen mit AN frühzeitig eine adäquate Behandlung anzubieten, um eine potenzielle Chronifizierung zu vermeiden.

In unserem Kompetenzzentrum werden Patientinnen mit AN nach einem Therapieplan behandelt, der ein Stufenmodell und Behandlungsverträge beinhaltet. Dieses Konzept bietet den Patientinnen eine klar strukturierte und symptomorientierte Behandlung. Das Stufenkonzept beinhaltet drei Stufen, wobei von Stufe zu Stufe eine zunehmende Autonomie der Patientin angestrebt wird. Patientinnen, welche die Kriterien für eine Sondenernährung (enterale Ernährung) erfüllen, werden durch diese Methode in der Nahrungsaufnahme unterstützt. Eine therapeutische Kontinuität wird gewährleistet, indem eine passende Anschlussbehandlung für die Patientinnen vor Austritt organisiert wird. Unser Therapiekonzept entspricht der aktuellen empirischen Evidenz zur stationären Behandlung der AN [5, p.102]. Es liegt eine begrenzte Evidenz (Evidenzgrad IIb; d.h. aufgrund zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentel-

len Studie) vor, dass eine strukturierte symptomorientierte Behandlung (Gewichtsvorgaben, Zielgewicht) zu höheren Erfolgsraten führt [6]. Diese beinhaltet:

- eine unterstützende Gabe von enteraler Ernährung (z.B. nasogastrale Sonde), die zu einer rascheren Gewichtszunahme, höherem Austrittsgewicht und kürzerer Hospitalisationsdauer führt (Evidenzgrad III; d.h. aufgrund methodisch guter, nichtexperimenteller Beobachtungsstudien) [7],
- eine Gewichtsstabilisierungsphase vor der Entlassung, wodurch die Dauer bis zu einer Rehospitalisation verlängert wird (Evidenzgrad III) [8]. Die Entlassung unterhalb eines BMI von 18 kg/m² steigert das Risiko für eine höhere Anzahl von Rehospitalisationen und ist langfrisitig mit einem höheren Osteoporoserisiko assoziiert (Evidenzgrad III) [9,10].

Ziel der Arbeit

Unser Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin der Klinik für Allgemeine Innere Medizin am Inselspital Bern ist eine tertiäre Therapieeinrichtung, die Patientinnen mit schweren Essstörungen behandelt. Diese Patientengruppe fand bis anhin selten Einschluss in Studien.

Diese Arbeit soll das Profil der Patientengruppe, die mit Essstörungen in Verbindung gebracht wird und unser stationäres Therapieangebot in Anspruch nimmt, beschreiben.

Das Ziel dieser Studie ist die Evaluation, inwiefern diese Patientenpopulation die Indikationskriterien für eine stationäre Therapie laut den aktuellen deutschen S3-Leitlinien [5] erfüllt. Zur Diagnostik und Therapie von Essstörungen stehen verschiedene Leitlinien zur Verfügung [11–13]. Die vorliegende Arbeit orientiert sich aus folgenden Gründen an den deutschen S3-Leitlinien: a) Die psychosomatisch ausgerichteten stationären Versorgungsstrukturen für Patientinnen mit Essstörungen in der Schweiz sind eher vergleichbar mit denjenigen in Deutschland als im angloamerikani-

schen Raum; b) Die deutschen S3-Leitlinien berücksichtigen systematische Reviews und weitere schon vorliegende Leitlinien, einschliesslich die des englischen National Institute of Clinical Excellence (NICE), der American Psychiatric Association (APA) und des Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists [5, p.307]; c) Die S3-Leitlinien, die z.B. für die Behandlung der Anorexie randomisierte kontrollierte Studien berücksichtigen, die bis einschliesslich Juli 2008 publiziert wurden [5, p.307], sind auf der Höhe der Aktualität.

Methode

Studiendesign und Patientenbeschreibung

Es werden alle 26 Patientinnen, die vom 1. Januar 2008 bis zum 31. Dezember 2010 im Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin (im C.L. Lory-Haus) hospitalisiert wurden, retrospektiv charakterisiert. Einschlusskriterien für die Studie waren Probleme mit dem Essverhalten und/oder ein bedeutsamer Körpergewichtsverlust. Alle Patientinnen sind über 16 Jahre alt.

Es werden biologische, psychologische und soziodemographische Aspekte, wie sie bei Spitaleintritt aufgezeichnet wurden, dargestellt. Wichtige Parameter sind beispielsweise Alter, Krankheitsdauer, Gewicht, psychische Komorbiditäten und Blutwerte.

Die Studie wurde vom lokalen Ethikkomitee bewilligt. Patientinnen, die in die Studie aufgenommen wurden, wurden schriftlich informiert. Bei fünfundzwanzig der sechsundzwanzig Patientinnen haben wir eine Antwort erhalten und können somit davon ausgehen, dass die Information an die Patientinnen gelangt ist.

Die psychiatrischen Diagnosen wurden im ärztlichen Aufnahmegespräch gemäss den Kriterien nach ICD-10 erhoben.

Parameter

Soziodemographische Faktoren

Soziodemographische Faktoren sind Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer, Anzahl Vorhospitalisationen, Arbeitsfähigkeit, Status bezüglich Invalidenversicherung und Wohnsituation.

Psychologische Faktoren

Um die psychische Verfassung der Patientinnen zu beschreiben, wurden Resultate verschiedener standardisierter Testverfahren wie folgt zusammengetragen.

Die «Clinical Global Impression Scale» (CGI) ist ein Hilfsmittel, um den Schweregrad von Symptomen, das Ansprechen auf eine Therapie und die Therapiewirksamkeit in Behandlungsstudien bei psychisch kranken Patientinnen zu beurteilen. Es handelt sich um eine subjektive Momentaufnahme, wobei der Untersucher den Patienten aufgrund seiner Erfahrungen mit anderen Patienten, die das gleiche Krankheitsbild aufweisen, vergleicht. In der vorliegenden Studie sind die Werte des CGI-S, d.h. der «severity scale», von Interesse. Diese Skala umfasst sieben Abstufungen [14]:

- 1=normal, nicht krank
- 2=an der Grenze zu krank
- 3=ein bisschen krank
- 4=mässig krank
- 5=deutlich krank
- 6=schwer krank
- 7=sehr schwer krank

Die «Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale» (MADRS) ist eine Fremdbeurteilungsskala zur Einschätzung depressiver Patientinnen. Zehn verschiedene Symptome werden achtstufig beurteilt (null bis sieben Punkte). Die Symptome erfassen folgende Bereiche: sichtbare und berichtete Traurigkeit, innere Spannung, Schlaflosigkeit, Appetitverlust, Konzentrationsschwierigkeiten, Untätigkeit, Gefühllosigkeit, pessimistische Gedanken und Selbstmordgedanken [15]. Eine Punktescore von 16 spricht für eine klinisch relevante depressive Verstimmung.

Die «Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS-A, HADS-D) ist ein standardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung der psychischen Verfassung für körperlich kranke Patientinnen. Es werden 14 verschiedene Symptome (null bis drei Punkte) beurteilt, aus denen je eine Angst- und eine Depressivitäts-Subskala gebildet werden [16]. Eine Punktescore von mindestens 8 je Subskala spricht für eine klinisch relevante Depressivität bzw. Ängstlichkeit.

Biologische Faktoren

Folgende biologische Parameter reflektieren den körperlichen Zustand der Patientinnen: BMI, Amenorrhö, Auffälligkeiten im EKG, Osteoporose, Puls, systolischer und diastolischer Blutdruck, Kalium, Chlorid, Blutbild.

Der BMI stellt ein Verhältnis zwischen Körpergewicht und Körpergröße dar und lässt sich folgendermassen berechnen: Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch die Körpergröße in Meter im Quadrat. Der Normbereich des BMI liegt zwischen 18,5 und 24,9 kg/m² [17]. Ein BMI von $\leq 17,5$ kg/m² gehört zu den Diagnosekriterien nach ICD-10 der AN. Bei Patientinnen mit einer Unterernährung besteht häufig eine sekundäre, selten eine primäre Amenorrhö. Bei ungefähr der Hälfte der Patientinnen setzt die Amenorrhö bereits vor oder mit Beginn der Gewichtsabnahme ein [3].

Häufig bestehen kardiale Auffälligkeiten wie Verlängerung des QT-Intervalls und typische Veränderungen bei Hypokaliämie im EKG, sowie eine Verminderung der linksventrikulären Muskelmasse und Mitralklappen-Prolaps. Die letzteren Veränderungen treten auch unabhängig von Elektrolytverschiebungen auf und gehen mit einem erhöhten Risiko für einen plötzlichen Herztod einher [3].

Eine häufige Folge von Mangelernährung, geringem Körpergewicht, Amenorrhö und Hyperkortisolismus ist die Osteoporose. Diese ist nur begrenzt rückbildungsfähig und kann noch Jahre nach der Erkrankung Anlass für pathologische Frakturen geben. Je früher die

AN eintritt und je länger sie besteht, umso ausgeprägter ist die Osteoporose, da unter Umständen keine optimale Peak Bone Mass ausgebildet werden konnte [3]. Um eine Osteoporose handelt es sich per Definition, wenn die Knochendichte mehr als 2,5 Standardabweichungen tiefer ist als der Normwert (der entsprechenden Population) [17].

Typischerweise bestehen als Folge einer verminderten Sympathikusaktivität ausgeprägte Hypotension und Bradykardie. Diese Veränderungen entstehen als Anpassung des Körpers an einen verminderten Grundumsatz. Bei einer Normalisierung des Körpergewichtes ist diese Anpassungsreaktion reversibel [3].

Durch den Gebrauch von Diuretika und/oder Laxanzien, wie auch als Folge eines Volumenmangels bei chronischem Erbrechen, kann eine Hypokaliämie auftreten. Im Falle des Volumenmangels setzt ein hyperreninämischer Hyperaldosteronismus («Pseudo-Bartter-Syndrom») ein, der zu einem zu tiefen Kaliumspiegel führt. Eine ausgeprägte Hypokaliämie kann zu Herzrhythmusstörungen führen und ist oftmals therapierefraktär, bis der zugrunde liegende Hyperaldosteronismus beseitigt ist. Als Folge des Hyperaldosteronismus treten auch periphere Ödeme auf [3].

Häufiges Erbrechen resultiert in einem Kalium- und Chloridverlust. Die dadurch hervorgerufenen Elektrolytstörungen können zu Herzrhythmusstörungen führen und langfristig chronische Nierenschäden zur Folge haben [18].

Auch das Blutbild weist häufig Veränderungen auf. Es kann eine Panzytopenie mit Anämie, Leukopenie und Thrombopenie vorliegen. Die Ursache hierfür ist nicht abschliessend geklärt; wahrscheinlich ist der Ursprung multifaktoriell. In Betracht kommen die Mangelernährung an sich (Eisen-, Vitamin B12- und Folsäuremangel) aber auch negative Auswirkungen der endokrinologischen Veränderungen. Im Knochenmark ist eine Hypoplasie auffällig [3].

In unserem Kompetenzzentrum gelten folgende Kriterien für die Verordnung

einer Sondenernährung (enterale Ernährung):

- BMI < 12 kg/m²,
- schneller Gewichtsverlust ≥ 10 –15% des ursprünglichen Gewichts in den letzten ein- bis zwei Monaten,
- praktisch fehlende Nahrungsaufnahme in zwei oder mehr Wochen vor Spitaleintritt,
- Malnutrition gemäss Labor: Präalbumin (unterer Grenzwert 0,2 g/l), Albumin (unterer Grenzwert 35 g/l), Transferrin (unterer Grenzwert 1,4 g/l), Hämoglobin (unterer Grenzwert 121 g/l), Lymphozytenzahl (unterer Grenzwert 1,1 g/l)
- Wunsch der Patientin.

Statistische Auswertung

Für die Auswertung der Daten wurde die Statistiksoftware IBM SPSS Statistics, Version 17.0 (Chicago), ein modular aufgebautes Programmpaket zur statistischen Analyse von quantitativen Daten verwendet. Die Resultate werden für kontinuierliche Parameter mittels Mittelwert, Standardabweichung und Wertebereich, für kategoriale Parameter mittels Häufigkeit und Prozentangaben dargestellt. Laborwerte wurden mit den am Inselspital geltenden Normwerten verglichen und entsprechend in einer beurteilten Form anstelle von Zahlenwerten präsentiert.

Resultate

Soziodemographische Parameter

Sechszwanzig Patientinnen wurden in der Zeitspanne vom 1. Januar 2008 bis zum 31. Dezember 2010 aufgrund einer Essstörung in unserem Kompetenzzentrum hospitalisiert. In dieser Zeitspanne wurden zwei Patientinnen je zwei Mal und eine Patientin drei Mal hospitalisiert. Insgesamt handelt es sich somit um 30 Hospitalisationen. Wir haben jeweils nur die erste Hospitalisation pro Patientin berücksichtigt. Dreiundzwanzig Personen sind weiblichen und drei Personen

männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter beträgt 27,5 Jahre und die Krankheitsdauer bis zum Zeitpunkt des Eintrittes beträgt durchschnittlich 7,9 Jahre. Die meisten Patientinnen waren gemäss ihrer Vorgeschichte schon zwischen einem und dreimal wegen einer Essstörung hospitalisiert. Vor Eintritt waren mehr als die Hälfte der Patientinnen nicht mehr arbeitsfähig. Zehn der 26 Patientinnen waren zum Zeitpunkt des Eintrittes bereits bei der Invalidenversicherung angemeldet und sieben dieser zehn Patientinnen bekamen bereits eine Invalidenrente. Knapp ein Drittel der Patientinnen lebte zum Zeitpunkt des Eintrittes alleine (Tab. 1a und 1b; Abb. 1).

Psychologische Parameter

Anmerkung: Die psychologischen Testverfahren konnten nicht bei allen 26 Patientinnen durchgeführt werden, weshalb die Daten vereinzelt fehlen.

Bei der insgesamt 23-mal erhobenen HADS fiel der Test bei 17 Patientinnen positiv für ein Angstsyndrom aus. In der Subskala «Depression» war der Test bei neun Patientinnen positiv für eine Depression. In 24 Fällen wurde die «Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale» erhoben, wobei der Mittelwert einer «mittelschweren Depression» entspricht. In der «Clinical Global Impression Scale», die in 23 Fällen angewendet wurde, beträgt der Mittelwert des «Severity Index» 5,0, der dem Zustand «deutlich krank» entspricht (Tab. 2).

Biologische Parameter

Anmerkung: Es wurden nicht alle Untersuchungen bei allen 26 Patientinnen vorgenommen, somit fehlen vereinzelt Daten. Die tatsächlichen Messwerte werden grösstenteils mit den Normwerten verglichen und in einer beurteilten Form wiedergegeben.

Bei Eintritt betrug der BMI im Durchschnitt 14,9 kg/m² (SD=2,5). Bei den Patientinnen mit der Diagnose AN betrug

Tab. 1a: Soziodemographische Parameter (kontinuierlich)

Parameter	N	Mittelwert	SD	Range
Alter bei Eintritt (Jahre)	26	27,5	7,9	17–48
Krankheitsdauer (Jahre)	26	7,9	6,9	1–26

Tab. 1b: Soziodemographische Parameter (kategorial)

Parameter		N	%
Geschlecht	Weiblich	23	88,5
	Männlich	3	11,5
Vorhospitalisationen (Anzahl)	Keine	7	26,9
	1–3	11	42,3
	>3	8	30,8
Arbeitsfähigkeit bei Eintritt	Ja	8	30,8
	Ja Teil	3	11,5
	Nein	15	57,7
Wohnsituation	Alleine	8	30,8
	In Gemeinschaft	18	69,2
IV-Anmeldung	Ja	10	38,5
	Nein	16	61,5
IV-Rentenbezug	Ja	7	30,4
	Nein	16	69,6
	Keine Angaben	3	

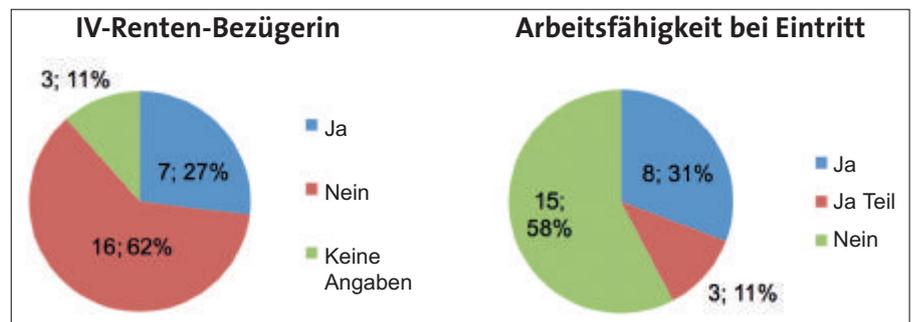


Abb. 1: Arbeitsfähigkeit bei Eintritt/IV-Renten-Bezügerin.

der BMI im Mittel 13,8 kg/m² (Tab. 3a). Kardiologische Veränderungen, wie beispielsweise eine Repolarisationsstörung im EKG, waren bei knapp einem Drittel der Patientinnen dokumentierbar (Tab. 3b).

Als Ausdruck einer erniedrigten Sympathikusaktivität konnten bei Eintritt folgende Veränderungen festgestellt werden: Der systolische Blutdruck war beinahe bei der Hälfte der Patientinnen erniedrigt und der diastolische Blutdruck war bei zwei Patientinnen erniedrigt und bei einer Patientin erhöht. Bei

sechs Patientinnen lag eine Bradykardie vor und drei Patientinnen waren tachykard (Tab. 3b).

Eine Amenorrhö lag in neun von 20 Fällen vor, bei denen diese Angabe erhoben wurde, wobei zusätzliche vier Patientinnen einen Ovulationshemmer einnahmen und die monatliche Blutung einer Entzugsblutung entsprach (Tab. 3b).

Osteodensitometrie-Messungen ergaben an verschiedenen Knochen unterschiedliche Resultate. Bei Messungen am Femur wiesen fünf von 14 untersuchten Patientinnen (35,7%) eine Osteoporose

auf, bei Messungen an der Tibia fand sich bei elf Untersuchungen keine Osteoporose und bei Messungen an den Lendenwirbelkörpern wick die Knochendichte von drei der 15 untersuchten Patientinnen (11,5%) mehr als 2,5 Standardabweichungen von der Norm ab.

Im Labor gab es sowohl Elektrolytverschiebungen als auch Veränderungen des Blutbildes (Abb. 2).

In vier Fällen musste die Indikation für eine Sondenernährung gestellt werden (Tab. 3b).

Diagnosen

Hauptdiagnosen

Zehn Patientinnen (38,5%) erfüllten bei Eintritt die Diagnosekriterien nach ICD-10 für eine AN, acht Patientinnen (30,8%) wiesen eine atypische AN auf und drei Patientinnen (11,5%) erfüllten die Kriterien für eine BN. Die Hauptdiagnosen der verbleibenden fünf Patientinnen lauteten folgendermassen: schwere multifaktoriell bedingte Proteine-Energie-Malnutrition mit Kachexie, somatoforme autonome Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes, Untergewicht multifaktoriell bedingt, psychogene Dysphagie und rezidivierende Odynophagie mit konsekutivem Gewichtsverlust, somatoforme autonome Funktionsstörung des Gastrointestinaltraktes bei Adoleszentenkrise.

Nebendiagnosen

Die Nebendiagnose «Depression» war die häufigste Komorbidität (80,8%). Eine Patientin wies eine leichte, 16 Patientinnen eine mittelschwere und vier Patientinnen eine schwere depressive Episode auf. Weitere psychologische Nebendiagnosen waren Abhängigkeitssyndrom (n=6 [23,1%]), Zwangsstörung (n=5 [19,2%]) und Borderline Störung (n=2 [7,7%]).

Diskussion

In der vorliegenden Arbeit konnte ein Überblick darüber geschaffen werden, welche Patientenpopulation in den Jahren 2008 bis 2010 im Kompetenzberich

Tab. 2: Psychologische Parameter

Parameter		N	Mittelwert	SD	Range
HADS Subskala Angst	Total	23	11,7	3,5	4–20
	Positiv (≥11)	17 (73,9%)			
HADS Subskala Depression	Total	23	8,9	4,9	1–20
	Positiv (≥11)	9 (39,1%)			
CGI	Total	23	5,0	0,9	3–7
	«leicht krank» (3)	2			
	«mässig krank» (4)	3			
	«deutlich krank» (5)	13			
	«schwer krank» (6)	4			
	«extrem schwer krank» (7)	1			
MADRS	Total	24	24,5	7,1	11–44
	Leichte Depression (12)	9 (37,5%)			
	Mittelgradige Depression (24)	12 (50%)			
	Schwere Depression (35)	2 (8,3%)			

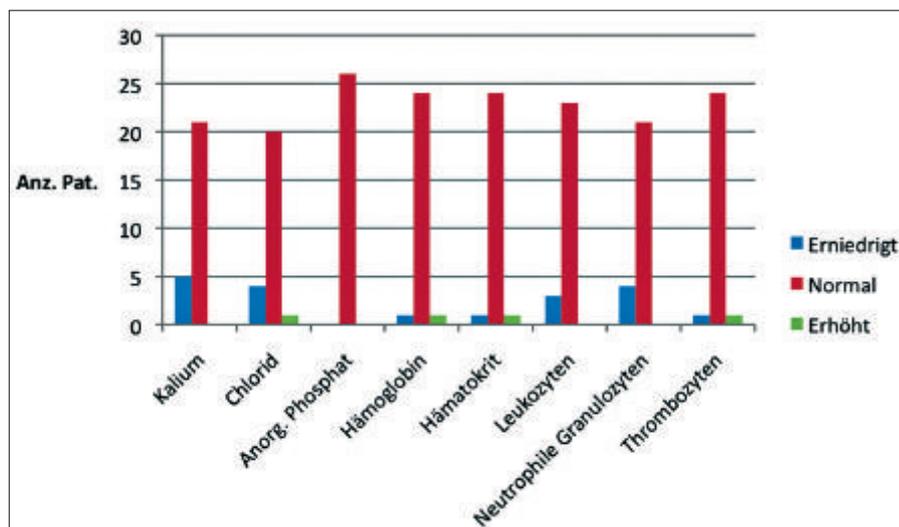


Abb. 2: Laborwerte.

für Psychosomatische Medizin, einem Tertiärzentrum für schwere psychogene Essstörungen, wegen Essstörungen hospitalisiert wurde. Hierzu wurden für Essstörungen relevante Parameter in soziodemographischer, psychologischer und biologischer Hinsicht zusammengetragen und ausgewertet.

Die Interpretation dieser Daten wirft verschiedene Fragen auf. Erfüllt diese Population die Indikationskriterien für eine stationäre Therapie? Welches Behandlungssetting ist bei dieser Gruppe von Patientinnen am sinnvollsten? Las-

sen sich prognostische Aussagen über den Krankheitsverlauf dieser Patientinnen machen?

Anhand der vorliegenden Resultate wird sichtbar, dass die untersuchten Patientinnen die Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung nach deutschen Leitlinien erfüllen.

Biologische Parameter wie ein durchschnittlicher BMI von 13,8 kg/m² bei den Patientinnen mit Anorexia nervosa, kardiale Auffälligkeiten (46% Hypotonie, 31% Repolarisationsstörungen im EKG), Folgeerscheinungen wie Amenor-

rhö, Osteoporose und Veränderungen des Blutbilds und/oder der Elektrolyte reflektieren den körperlichen Zustand der Patientinnen, erfordern teilweise spitaltypische Heilmethoden (Überwachung, Ernährung durch Sonde 15%) und gelten als Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung.

Ein weiteres Kriterium, das für eine stationäre Therapie spricht, ist die hohe Rate an psychischer Komorbidität (81% Depression, 23% Abhängigkeitssyndrom, 19% Zwangsstörung und 8% Borderline-Störung).

Soziale und familiäre Einflussfaktoren wie Wohnsituation (31% der Patientinnen wohnen alleine) und Arbeitsunfähigkeit (58%) können weiter als Indikationskriterien für eine Hospitalisation gelten. Bezüglich IV-Rentenbezüger und nicht arbeitsfähigen Patientinnen besteht eine Diskrepanz. 58% der Patientinnen sind bei Eintritt nicht arbeitsfähig, doch nur 29% erhalten eine Invalidenrente. Dies entspricht lediglich der Hälfte der arbeitsunfähigen Patientinnen.

Insgesamt lässt sich erkennen, dass die vorliegende Patientenpopulation die Hospitalisationskriterien für eine stationäre Behandlung erfüllt und dass einige Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf vorliegen.

Welche Prognose haben die untersuchten Patientinnen? Handelt es sich um eine Population von schwer kranken Patientinnen?

In der Literatur werden verschiedene Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf erwähnt.

Aus soziodemographischer Sicht sind folgende Parameter Prädiktoren für ein schlechtes Outcome: Höheres Alter [19–21], chronischer Krankheitsverlauf [19] und längere Krankheitsdauer [20,21]. Unsere Patientinnen zeigen ein Durchschnittsalter von 27,7 Jahren und die Dauer der Essstörung bei Eintritt beträgt bei unseren Patientinnen im Schnitt 7,9 Jahre.

Die wichtigsten biologischen Prädiktoren für einen schlechteren Verlauf sind grosser Gewichtsverlust [19] und tiefer

Key messages

- Patientinnen mit einer schweren Essstörung werden nur selten in wissenschaftliche Studien einbezogen.
- Es ist wichtig, diese Population frühzeitig zu erkennen und leitlinienkonform zu behandeln.
- Falls die Indikationskriterien für eine Hospitalisation erfüllt sind, können Patientinnen mit schweren Essstörungen evidenzbasiert von einem multiprofessionellen Behandlungsteam in einem spezialisierten Zentrum behandelt werden.

Tab. 3a: Biologische Parameter (kontinuierlich)

Parameter	N	Mittelwert	SD	Range
BMI bei Eintritt (kg/m ²) (18,5–24,9)	26	14,9	2,5	11,5–20,9
BMI Anorexia Nervosa Pat.	18	13,8	1,4	10,4–16,4

Tab. 3b: Biologische Parameter (kategorial)

Parameter		N	%
Systolischer Blutdruck (100–139 mmHg)*	Erniedrigt	12	46,2
	Normal	14	53,8
	Erhöht	0	0
Diastolischer Blutdruck (50–85 mmHg)	Erniedrigt	2	7,7
	Normal	23	88,5
	Erhöht	1	3,8
Puls (60–80/min)	Erniedrigt	6	23,1
	Normal	17	65,4
	Erhöht	3	11,5
EKG auffällig	Ja	8	30,8
	Nein	18	69,2
Amenorrhö	Ja	9	45,0
	Nein	7	35,0
	Ovulationshemmer	4	20,0
	Keine Angaben	6	
Sondenernährung	Ja	4	15,4
	Nein	22	84,6

*Referenzwerte

BMI [22,23]. Der BMI bei Eintritt betrug bei unseren Patientinnen durchschnittlich 14,9, bei den AN-Patientinnen 13,8. Aus psychologischer Sicht sind Depression, Angsterkrankung, substanzgebundene Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung Prädiktoren für ein schlechteres Outcome [21,22,24,26]. In unserer Population war die Depression mit 80,8% die häufigste Komorbidität.

In der Subskala Angst der HADS fiel der Test bei 73,9% der Patientinnen positiv für ein Angstsyndrom aus. Ein Abhängigkeitssyndrom lag bei sechs Patientinnen vor und eine Borderline-Störung bei zwei Patientinnen.

Als Schwächen der Studie können die Grösse sowie die Heterogenität der Patientenpopulation angesehen werden. Es handelt sich um nicht-beeinflussbare

Faktoren, die aber das Resultat weniger eindeutig erscheinen lassen. Als weiterer Schwachpunkt kann das retrospektive Studiendesign gewertet werden, wobei die zu betrachtenden Parameter nicht bei restlos allen Patientinnen erhoben wurden.

Letztlich muss darauf hingewiesen werden, dass die meisten Leitlinien zu einem nicht unerheblichen Teil auf Expertenmeinung oder auf einer guten klinischen Praxis beruhen und randomisierte kontrollierte Studien fehlen, was auch für die hier verwendete S3-Leitlinie gilt. Daher sind die Empfehlungen verschiedener Leitlinien nicht immer deckungsgleich. Beispielsweise wird die in der S3-Leitlinie mit Evidenzgrad III gemachte Empfehlung, Patientinnen nicht unter einem BMI von 18 kg/m² zu entlassen, um das Risiko für eine Rehospitalisation zu reduzieren, kontrovers diskutiert [26]. Empfehlungen können sich auch aufgrund der verfügbaren und von den Kostenträgern finanzierten regionalen und nationalen Versorgungsangebote für Patientinnen mit einer AN unterscheiden [26].

Im Anschluss an diese Studie ist eine retrospektive Verlaufsstudie geplant, die den Hospitalisationsverlauf dieser Patientinnen beschreiben soll.

Abstract

Patients with a severe eating disorder (anorexia, bulimia, other) are rarely subject of systematic studies. However, many of these patients are in need of in-patient treatment on specialized wards applying interdisciplinary treatment modalities. Updated criteria based on which hospitalisation should occur are provided by the recently issued S3-guideline for the treatment of eating disorders. We retrospectively assessed 26 consecutive patients with a severe eating disorder who were admitted to a psychosomatic/internal medicine university hospital in terms

of their somatic, psychological, and social characteristics. Based on the S3-guideline, we conclude that hospitalization of these patients, within a multidisciplinary treatment setting, complies with evidenced-based criteria.

Key words: eating disorders – hospital – somatoform disorders – s3-guidelines

Résumé

Les patientes souffrant d'un trouble sévère du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, autres) font rarement l'objet d'études systématiques. Pourtant elles nécessitent souvent un traitement en milieu fermé dans une unité de soins spécialisée. La ligne directrice S3 pour le traitement des pathologies du comportement alimentaire publiée récemment permet une évaluation plus exacte de la nécessité d'hospitalisation. Dans la présente étude, 26 patientes gravement atteintes ayant été hospitalisées dans un centre universitaire spécialisé ont été évaluées rétrospectivement selon ces directives sous le rapport de critères biologiques, psychologiques et sociaux. Sur la base des caractéristiques biopsychosociales de la population examinée nous concluons que l'hospitalisation de ces patientes dans un traitement multidisciplinaire respecte les exigences de la médecine fondée sur des preuves.

Mots-clés: trouble du comportement alimentaire – ligne directive S3 – hôpital – désordre somatoforme

Korrespondenzadresse

*Prof. Dr. med. Roland von Känel
Chefarzt*

*Kompetenzbereich für Psychosomatische
Medizin*

*Universitätsklinik für Allgemeine Innere
Medizin*

Inselspital

3010 Bern

roland.vonkaenel@insel.ch

Bibliographie

1. Herzog W, Friedrich HC, Wild B, Löwe B, Zipfel S: Magersucht. *Ther Umsch* 2006; 63: 539-543.
2. Teufel M, Friederich HC, Gross G, Schauenburg H, Herzog W, Zipfel S: Anorexia Nervosa – Diagnostik und Therapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009; 59: 454-466.
3. Köhle K, Subic-Wrana C, Albus C, et al.: Anorexia nervosa. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hg.): *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (S. 687-706). München Jena: Urban & Fischer, 2003.
4. Von Wietersheim J: Bulimia nervosa. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hg.): *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (S. 707-725). München Jena: Urban & Fischer, 2003.
5. Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, deutsches Kollegium für psychosomatische Medizin 2010: Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF online: www.karwautz.at/documents/S3Guidelin_e2011.pdf
6. Herzog T, Hartmann A, Falk C: Symptomorientierung und psychodynamisches Gesamtkonzept bei der stationären Behandlung der Anorexia nervosa. Eine quasi-experimentelle Vergleichsuntersuchung von 40 Aufnahmeepisoden. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1996; 46: 11-22.
7. Imbierowicz K, Braks K, Jacoby GE, Geiser F, Conrad R, Schilling G, et al.: High-caloric supplements in anorexia treatment. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 135-145.
8. Lay B, Jennen-Steinmetz C, Reinhard I, et al.: Characteristics of inpatient weight gain in adolescent anorexia nervosa: relation to speed of relapse and re-admission. *Eur Eat Disord Rev* 2002; 10: 22-40.
9. Baran SA, Weltzin TE, Kaye WH: Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1070-1072.
10. Gross G, Russel JD, Beumont PJ, Touyz SW, Roach P, Aslani A, et al.: Longitudinal study of patients with anorexia nervosa 6 to 10 years after treatment. Impact of adequate weight restoration on outcome. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 904: 614-616.
11. National Institute for Clinical Excellence (NICE): Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of ano-

- rexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders, 2004. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cgoogniceguidance.pdf>
12. American Psychiatric Association (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). New York: American Psychiatric Association, 2006. http://psychiatryonline.org/data/Books/prac/EatingDisorders3ePG_04-28-06.pdf
 13. Beumont P, Hay P, Beumont R: RANZCP Multidisciplinary Clinical Practice Guideline Team for the Treatment of Anorexia Nervosa. Summary Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of anorexia nervosa. *Australas Psychiatry* 2003; 11: 129-133.
 14. Guy W: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1976.
 15. Montgomery SA, Asberg M: A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382-389.
 16. Herrmann C, Buss U, Snaith RP: Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D). Manual. Bern: Hans Huber, 1995.
 17. Herold G und Mitarbeiter: Innere Medizin. Köln: Verlag Arzt und Information, 2011.
 18. Fichter MM: Diagnostik und Therapie anorektischer Essstörungen. *Fortschr Neurol Psychiat* 2006; 74: 284-299.
 19. Steinhausen HC: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1284-1293.
 20. Tagay S, Düllmann S, Schlegl S, Nater-Mewes R, Repic N, Hampke C, et al.: Effekte stationärer Psychotherapie auf Essstörungssymptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität und personale Ressourcen bei Anorexia und Bulimia Nervosa. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; 61: 319-327.
 21. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S.: Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 87-100.
 22. Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W: Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up. *Lancet* 2000; 355: 721-722.
 23. Löwe B, Zipfel S, Buchholz C, et al.: Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med* 2001; 31: 881-890.
 24. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM: Outcomes of eating disorders: a systematic review of literature. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 293-309.
 25. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Kenny GM, Sacks NR: The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 147-152.
 26. Treasure J, Claudino AM, Zucker N: Eating disorders. *Lancet* 2010; 375: 583-593.