

Quo vadis Anorexia nervosa? Neue diagnostische und therapeutische Strategien bei der jugendlichen und kindlichen Essstörung

**B. Herpertz-Dahlmann
Ärztekammer Düsseldorf
28.6.2025**



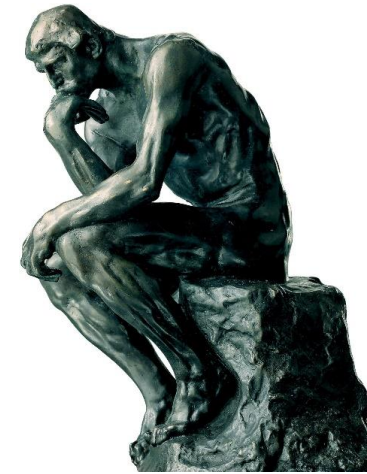
Interessenkonflikt

Folgende Zuwendungen habe ich seit 2021 erhalten:

DFG	Forschungs-Grant
Bundesministerium für Forschung und Bildung	Forschungs-Grant
EU/ERA NET	Forschungs-Grant
Gemeinsamer Bundesausschuss	Forschungs-Grant
Kohlhammer	Buchhonorar
Wiley	Editor in Chief Honorar für “European Eating Disorder Review”
Infectopharm	Vortragshonorar
Uniklinik Leipzig, Graz	Supervisionshonorar



Und die Haltung der Forscher änderte sich....(2013)



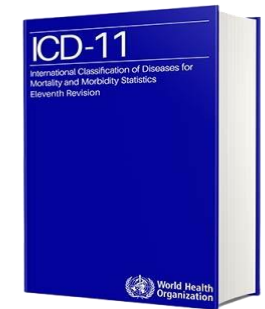
Klassifikationskriterien DSM-5 Anorexia nervosa

- a. Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme,** welche unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt **(anstelle von Weigerung).**
- a. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme** oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz des signifikant niedrigen Gewichts.
- b. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur** oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder anhaltende fehlende Einsicht in den Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichts **(anstelle von Verleugnung).**

Amenorrhoe-Kriterium fällt weg.



(Dt. Ausgabe DSM-5 2015)



Klassifikation der Anorexia nervosa nach ICD-11 - Neuheiten

1) Gewicht

- a) Body Mass Index $< 18.5 \text{ kg/m}^2$ bei **Erwachsenen**
- b) Body Mass Index < 5 . BMI-Perzentile **bei Kindern** (wird in deutschen LL nicht übernommen: $< 10.$ Perz.)
- c) ausgeprägter **Gewichtsverlust** (z.B. mehr als 20% des gesamten Körpergewichtes in 6 Monaten)
 - entspricht ggf. atypischer AN nach DSM-5
 - wird jüngeren Kindern oft nicht gerecht
- d) **Atypische AN entfällt**; ggf. „andere spezifische Anorexia nervosa“

2) in Remission

Maßnahmen zur **Gewichtsreduktion** werden **eingestellt** unabhängig von einer Behandlung (z. B. für mindestens 1 Jahr nach der Therapie)



Kindliche Anorexia nervosa

Anamnese:

- Vegetarismus (kein Töten von Tieren)
- Gesunde Ernährung (oft nach Ernährungslehre in der Schule)
- Sportler (oft Leistungssportler): Leichtathletik, Turnen
- Ballett

Akute Symptomatik:

- Nahrungsvermeidung/-verweigerung: 97%
- Ständige Beschäftigung mit Essen: > 80%
- Extreme Gewichtsphobie: < 70%
- Häufig Verweigerung von Flüssigkeit
- Binge/Purge Typus: ausgesprochen selten



Differentialdiagnose: Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder (Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme) (ARFID, DSM-5)

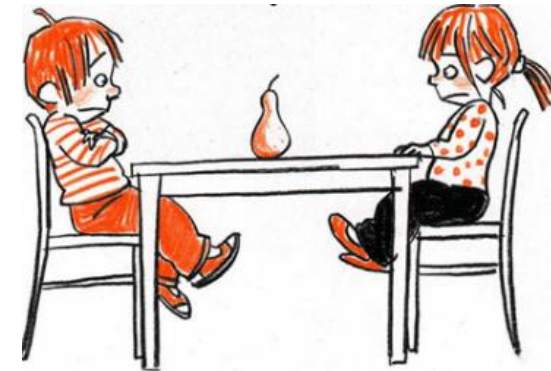
a. Ess- oder Fütterstörung (z.B. offensichtliches Desinteresse am Essen) mit **anhaltendem Unvermögen, den Bedarf an Nahrung zu decken.**

- ▶ Gewichtsverlust oder mangelnde Gewichtszunahme;
- ▶ Bedeutsame ernährungsbedingte Mangelerscheinungen
- ▶ Abhängigkeit von enteraler Ernährung oder oraler Nahrungsergänzung
- ▶ Deutliche Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus

b. Kein Mangel an Nahrung oder kulturell akzeptiertes Verhalten

c. Essstörung **nicht** ausschließlich im Verlauf einer **AN** o. **BN**,
kein Hinweis auf Körperbildstörung

d. Nicht ausschließlich Folge einer körperlichen oder psychischen Erkrankung



CAVE: Atypische AN (DSM-5)



1. *Sämtliche **diagnostischen Kriterien** sind erfüllt **bis auf den BMI-Schwellenwert**, der **im oder über dem Normalbereich** liegen kann;*
2. In der pädiatrischen/hausärztlichen Praxis oft nicht erkannt; Merke: nicht nur wiegen, sondern Gewichtsabnahme/Zeiteinheit erfragen!
3. **Prävalenz:** ca. 30 % der stat. Patienten (Garber et al. 2019), Tendenz zunehmend
4. **Anamnese:** häufiger **praemorbides Übergewicht und höherer Gewichtsverlust** (Matthews et al. 2022)
5. **Symptomatik: Somatische Folgen** und **psychische Komorbidität** ähnlich ausgeprägt wie bei der typischen AN (Sawyer et al. 2016)
6. **eigene Erfahrung:** Fasten oft radikaler
7. **Zielgewicht: keine eindeutigen Kriterien**, Erreichen des Zielgewichtes kein Indikator für längerfristigen Heilungserfolg



AN beim männl. Geschlecht

- Höhere Prävalenz bei homosexueller o. bisexueller Orientierung
- Suchen weniger Behandlung
- Stärkeres Erleben von Stigmatisierung als bei Frauen?
- Oft geringere Gewichtsphobie als bei Frauen
- Geringere Körperunzufriedenheit
- „Muscularity-oriented eating“: hohe Proteinzufuhr bei niedrigen Kohlehydraten,
- Muskeldysmorphie
- Phasen restriktiven Essverhaltens
- z.T. Heißhungerattacken
- Exzessiver Sport
- Nicht selten: Gebrauch von Anabolika (Steroide)
- Osteoporose-Gefahr
- Unzureichende diagnostische Verfahren



(Halbeisen 2022, Nunez-Navarro 2012)



Häufige Komorbidität bei Anorexia nervosa

Prävalenz

► Angsterkrankungen

- Soziale Phobie
- Trennungsangst

20-60 %

20-55 %

17-66 %

► Affektive Störungen

15-60 %

► Zwangserkrankungen (Ordnungszwänge, Symmetriezwänge)

20-40 %

► Suchterkrankungen

8-18 %

► ADHD

(OR 2.38 für alle ED's,)

(Nazar et al. 2016)

**Suchterkrankungen treten häufiger beim Binge/purge-Typus auf.
Es ist umstritten, ob der Restriktive Typus vor Suchterkrankungen schützt**



Anorexia nervosa und Autismus (Metaanalyse, n= 1172 Patienten mit AN und 2747 gesunden Kontrollen)



- Signifikanter Unterschied bei autistischen Zügen
- zwischen Patienten/innen mit Anorexia nervosa und gesunden Kontrollpersonen
- Signifikante, aber mäßige Korrelation zwischen autistischen Zügen und Gewichtsverlust
- Ungefähr ein Drittel scort oberhalb des Cut-Offs für eine ASD

Inal-Kaleli et al. 2025

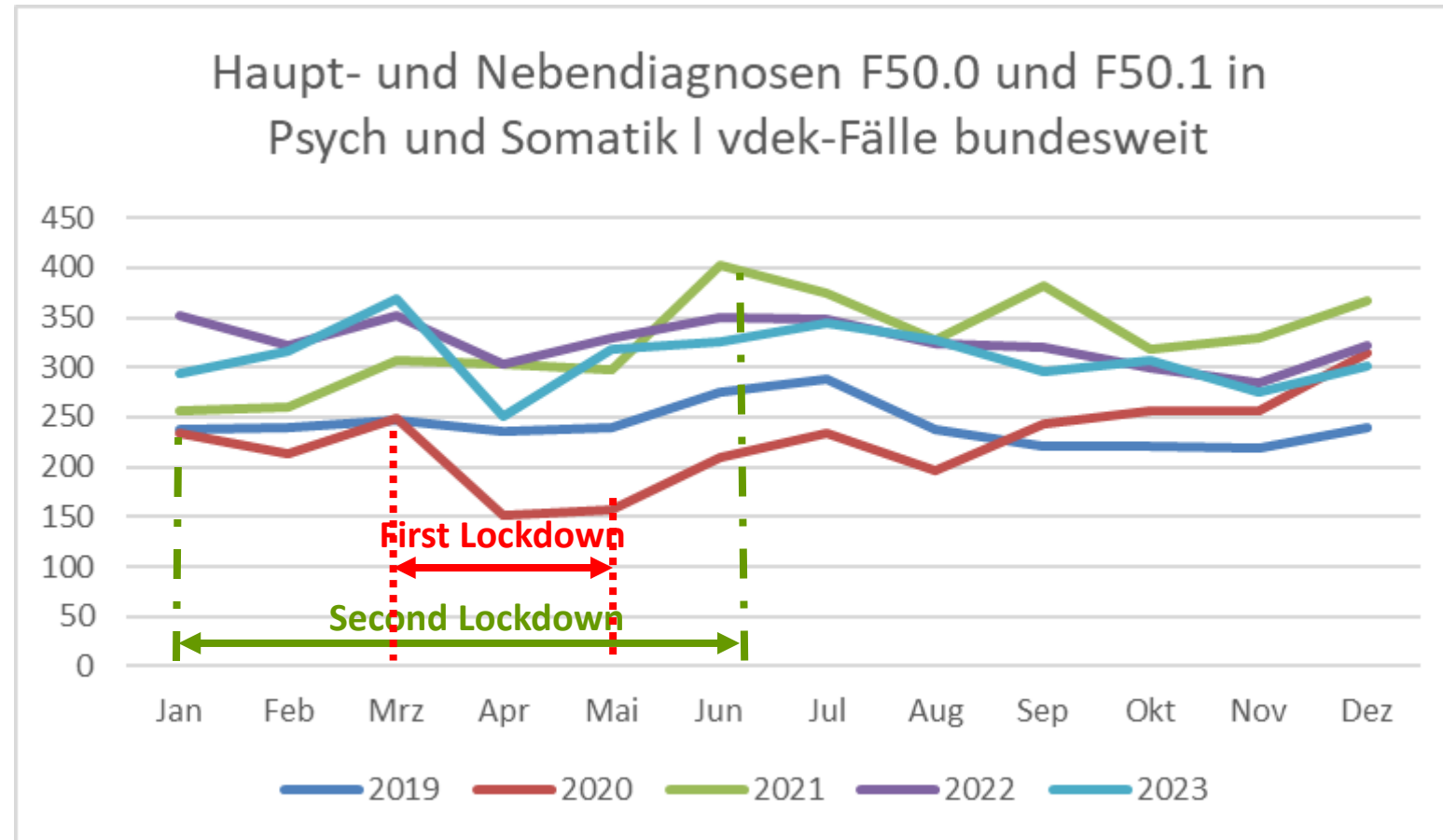
Aber: Krankheitsdauer und Komorbidität (soziale Phobie und Depression) nicht berücksichtigt.
Zusammenhang im Jugendalter weniger deutlich.

- Thomas et al. 2025 z.B.

-
-

Anorexia nervosa vor, während und nach der COVID-19 Pandemie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Anzahl der Krankenhausaufnahmen/Monat 2019 – 2023 bei 15 -19jährigen (VdEK-Daten, N= 4.755.221)

2019:2023
27%



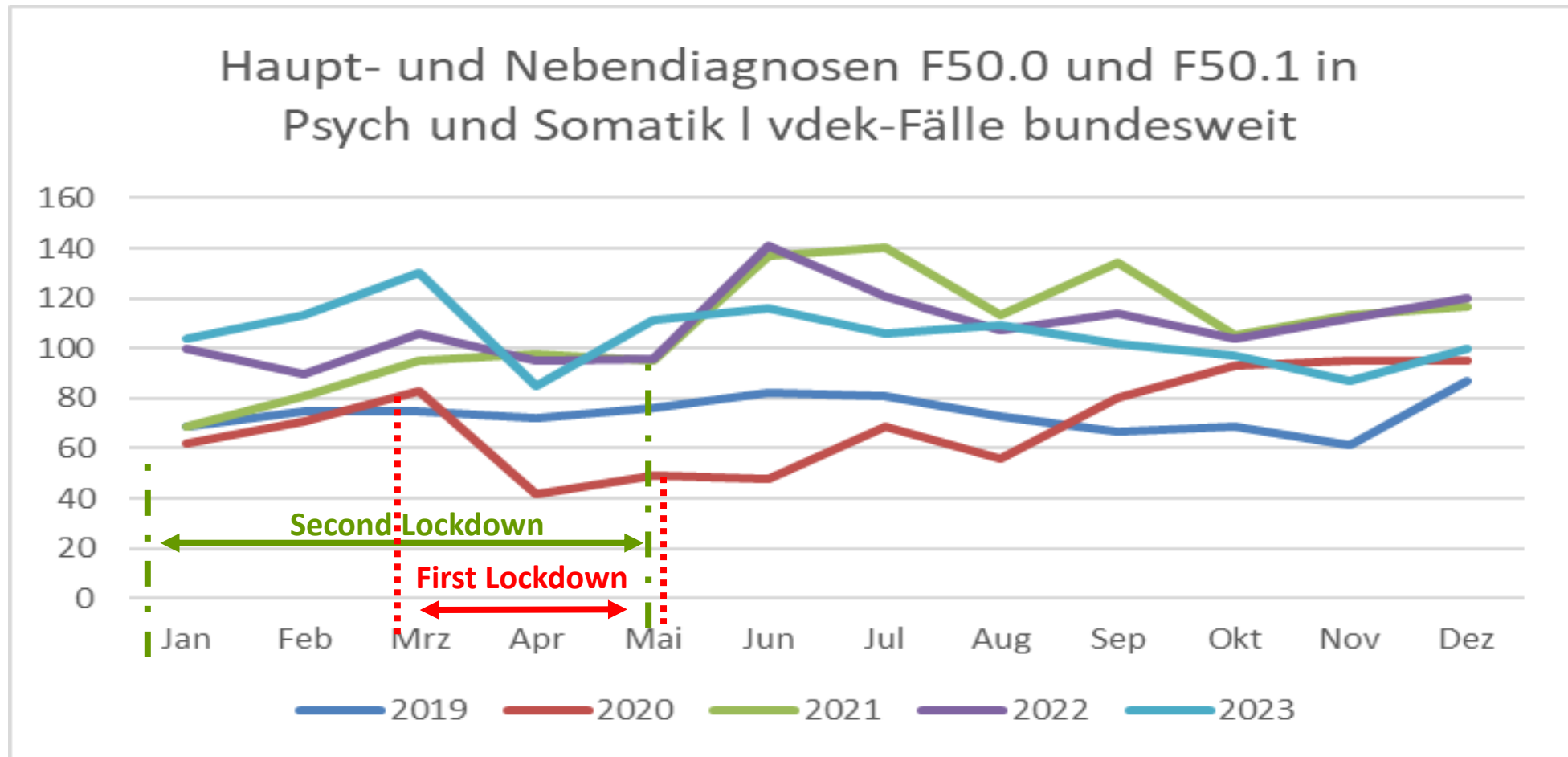
(Herpertz-Dahlmann et al. 2024)

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters



Anorexia nervosa vor, während und nach der COVID-19 Pandemie bei Mädchen 9-14 Jahre (VdEK-Daten, 3.5 Mio Versicherte)

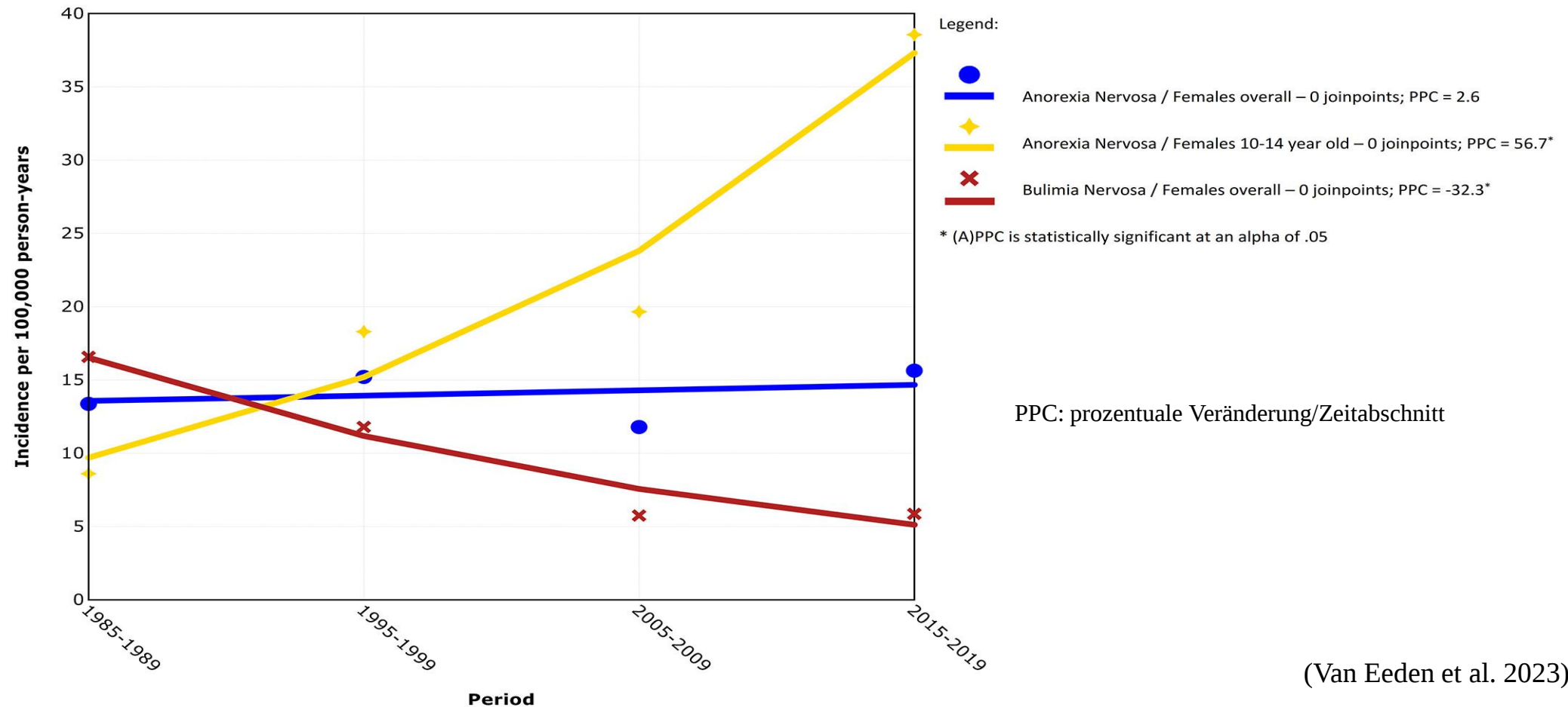
Differenz
2019:2023
42%



(Herpertz-Dahlmann et al. 2024)



Anstieg der Inzidenzrate von Anorexia nervosa bei 10-14jährigen. Landesweite Studie in den Niederlanden über 4 Dekaden (1985- 2015)

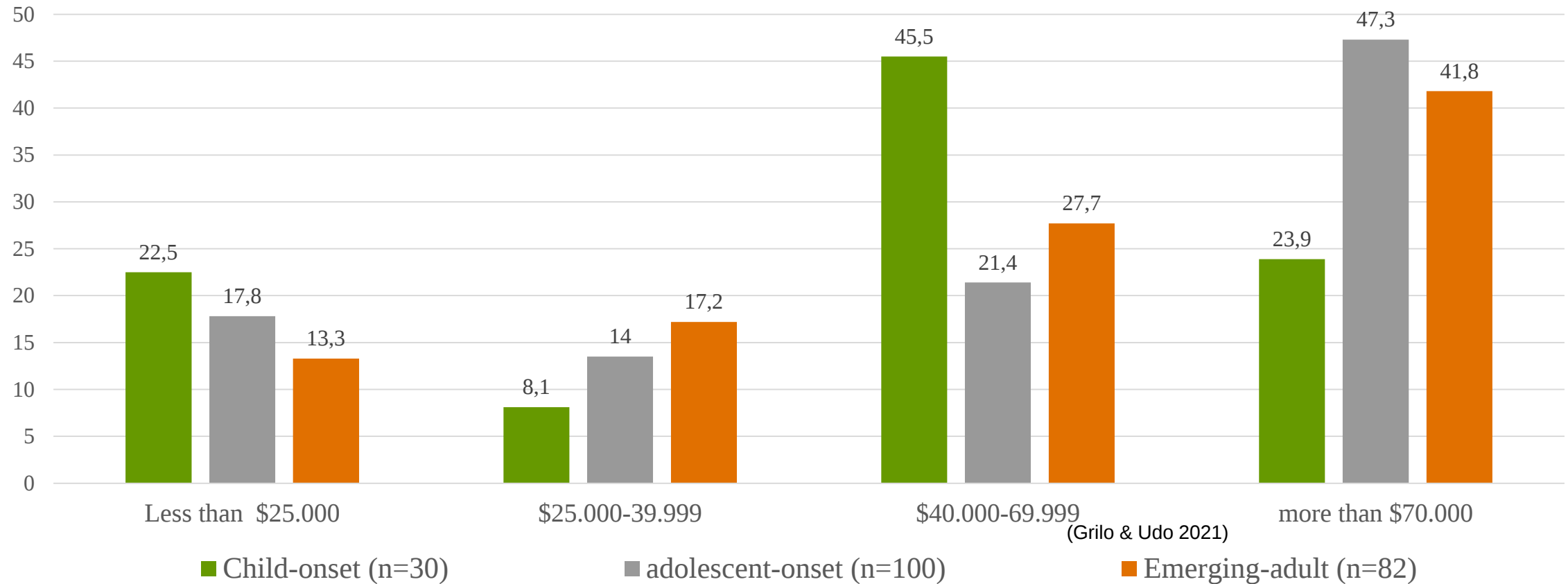


(Van Eeden et al. 2023)



Prognose bei kindlicher AN: Soziodemographische Merkmale in Abhängigkeit vom Beginn der Erkrankung (insgesamt n= 216)

Einkommen (%)



Somatische Veränderungen bei Anorexia nervosa





Beachte: Notwendige Untersuchungen bei AN

► Körperliche Untersuchung:

z. B. Lanugo-Behaarung, Dekubitus, Alopezie, Akrozyanose, Kleinwuchs, Verzögerung der pubertären Entwicklung

► Kardiol:

EKG (**Bradykardie, Q-T-Zeit-Verlängerung**), Herzschall bei sehr niedrigem BMI wegen mögl. Perikarderguss (selten)

► Labor:

E´lyte (einschl. Phospat, Mg, Ca), Gluc, H´stoff, Kreat, Transaminasen, Bilirubin, fT3, BB; Vit. D ↓ , Vit. A ↑, Pantothersr. (Vit. B5) ↓

Fakultativ: FSH, LH, IGF-1, Leptin

► Bei atyp. Pat.: MRT, EEG (männl., kindl.)

► Maligne Erkrankungen

► Sonstige Symptome:

Gastroparese, Obstipation, Osteopenie, Osteoporose

Hormonelle Veränderungen beim Fasten (und Anorexia nervosa)

Schilddrüse	↓ fT3 , n (↓) fT4
Hypophysen-Gonaden-Achse	↓ LH Pulsatilität, FSH ↓
	↓ Östrogene
	↓ Androgene
Hypophysen-Neben-Nierenrinden-Achse	↑ Cortisol
	↔ DHEAS
Wachstumshormon	GH-Resistenz (↑ GH/↓ IGF-1)
Appetit-regulierende Hormone	↓ Leptin (Gastropeptid)
	↑ Ghrelin
	↑ PYY

Kindliche Anorexia nervosa

Körperlicher Befund (im Unterschied zur adoleszenten AN):

Ggf. medizinisch bedrohlicher:

- häufiger Dehydration

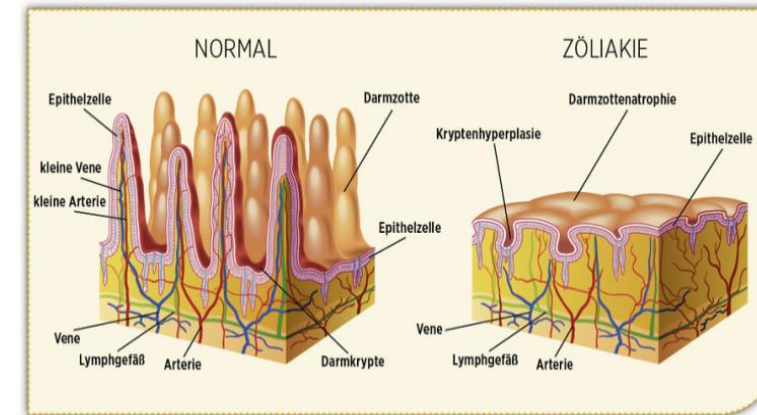
Endokrine Störungen

- Pubertas tarda oder keine Pubertät
- Häufiger Wachstumsstörungen (Bestimmung von IgF1!, nicht GH)
- 5-7jährige Follow-up-Studie: 2 cm kleiner als gleichaltrige gesunde Population
- Nur bei 60% Auftreten der Menstruation in dem 5-7jährigen Follow-up Zeitraum
- Bei Patienten mit primärer Amenorrhoe tritt Menstruation signifikant später als bei sekundärer Amenorrhoe ein

(Herpertz-Dahlmann et al. 2018, Dempfle et al. 2013)

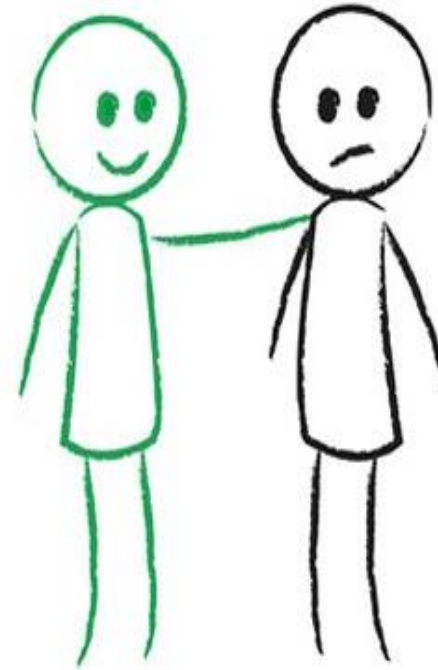


Essstörungen, Autoimmun- und autoinflammatorische Erkrankungen (D S3-Leitlinien 2018)

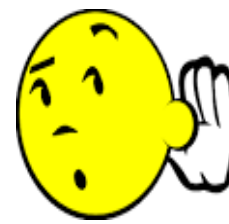


- **Diagnostische Konsequenz (Leitlinien D 2019):**
 - **Bestimmung von Calprotectin im Stuhl (Ausschluss M. Crohn)**
 - **Transglutaminase-AK-IgA (Zöliakie) und Gesamt –IgA**





Therapie der kindlichen und jugendlichen AN



Beachte:

Notwendigkeit einer stationären Behandlung (Leitlinien 2018)

- Rapider oder anhaltender Gewichtsverlust
- Gravierendes Untergewicht ($< \text{BMI } 15 \text{ kg/m}^2$, $< 3.$ Perzentile Kdr./Jugendl.)
- Körperliche Gefährdung oder Komplikationen
- Ambulante Behandlung > 3 Mon. ohne Gewichtszunahme
- Exzessiver Bewegungsdrang
- Ausgeprägte bulimische Symptomatik
- Ausgeprägte psychische Komorbidität, Suizidalität
- Ausgeprägte familiäre Konflikte, soziale Isolation, unzureichende Unterstützung



„Vier Säulen“ der multimodalen Essstörungstherapie

1. Somatische Rehabilitation, Ernährungstherapie
2. Psychoedukation und psychotherapeutische Behandlung
3. Einbeziehung der Familie
4. Medikamentöse Therapie und Behandlung der Komorbidität

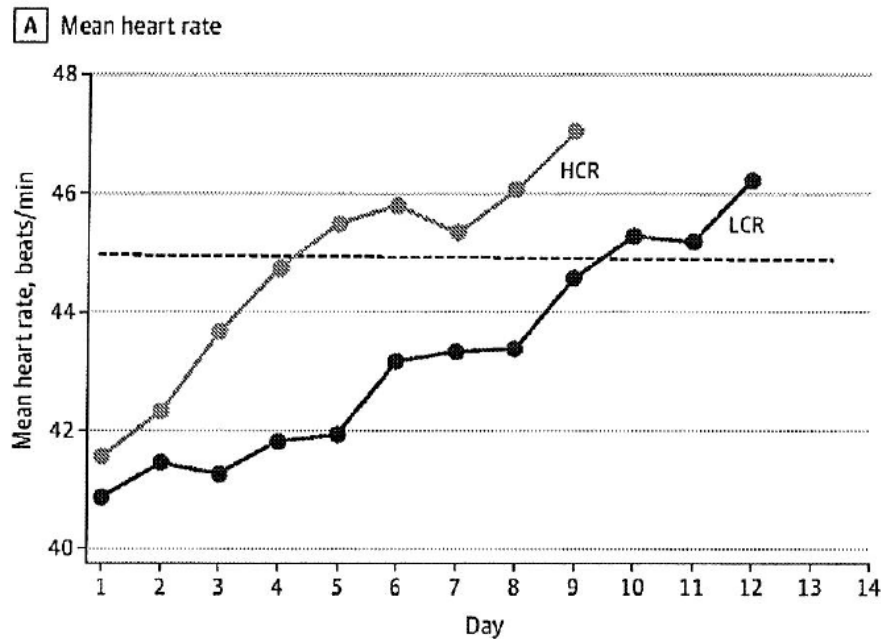
→ behandlungssettingübergreifend!



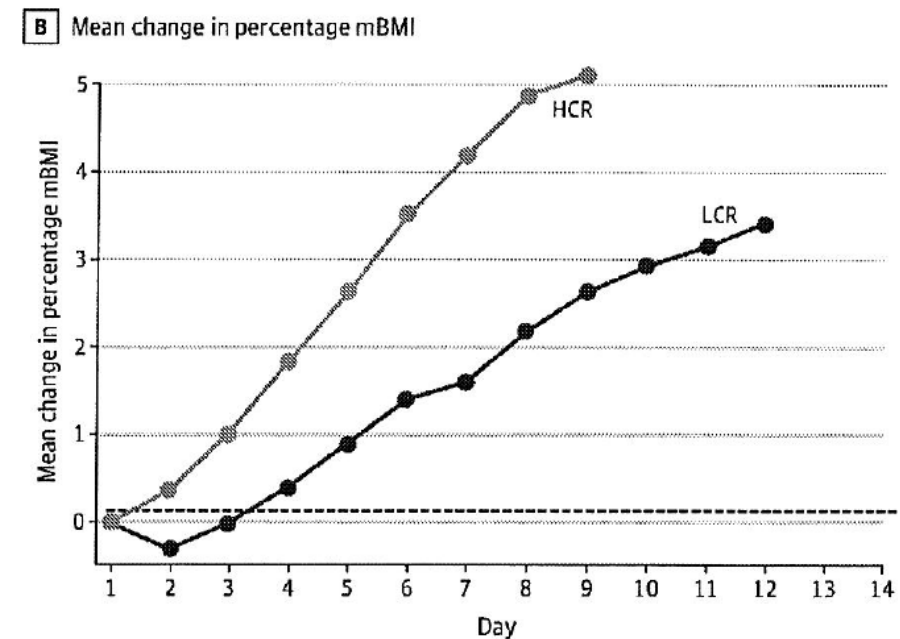
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kinder- und
Jugendalters



Ernährungsmanagement: Vergleich der mittl. Herzfrequenz- und BMI-Entwicklung bei hoch (HR) - und niedrigkalorischer (LC-) Ernährung (n=1



LC: 1400 kcal
HC: 2000 kcal



Gefahr des Refeeding-Syndroms gering!

(Garber et al. 2020)

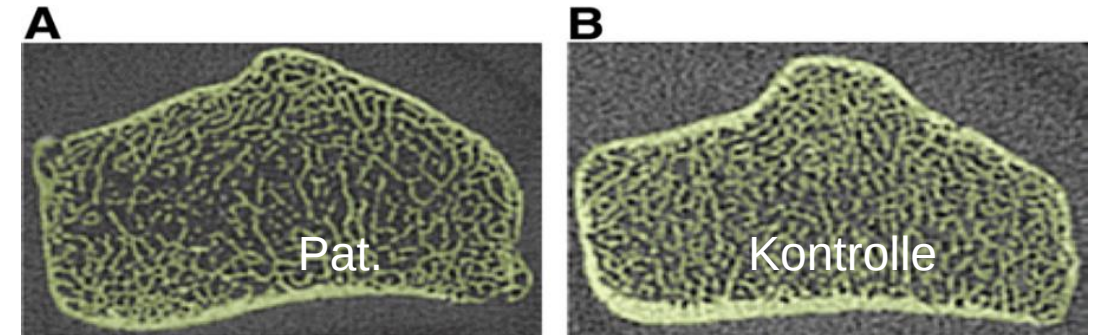


Zielgewicht (Entlassgewicht) und Haltegewicht

- **Alte Leitlinie:** 25. BMI Perzentile (z.B. Dempfle et al. 2013; Faust et al. 2013), Minimum 10. Perzentile
- **Up to date Empfehlung (neue S3-Empfehlung):** Verwendung der individuellen Wachstums- und Gewichtskurven, z. B. das sog. „gelbe Heft“ (hilfreich bei prämorbid eher niedriggewichtigen oder hochgewichtigen Patienten)
- **Up to date Empfehlung:** Bestimmung der Gonadotropine (FSH,LH) und der Östrogene (bei Erreichen des Zielgewichtes Anstieg der Hormone!)
- Bei **fehlendem oder unzureichenden Anstieg der Sexualhormone Anpassung des Zielgewichtes** (nach ca. 3 Monaten).
- Das **Zielgewicht** ist ein „Gewichtskorridor“ von ca. 2 kg oder mehr



Osteoporoseprophylaxe bei adoleszenter AN



- Wichtigste Determinante für die Knochendichte ist die **Gewichtsnormalisierung** und die Normalisierung der Mangel- und Fehlernährung
- **Keine „Pille“ (orale Hormonsubstitution)** (auch wenn Ihr gynäkologischer Kollege etwas anderes sagt)
- **≥ 15 Jahre:** Substitution bei chronifizierter Form der AN mit mangelnder Gewichtsrehabilitation und mehr als 1 Jahr nicht menstruierend mit kontinuierlicher transdermaler Behandlung mit Estradiol
- **≥ 13 u. < 15 Jahre:** Behandlung mit Östradiol-Pflaster oder –gel in ansteigender Dosierung („Imitation“ der Pubertät) (mit Endokrinologen)

(Robinson , ..., Misra, Micali 2017)



Psychoedukation bei AN (Kinder und Jugendliche)

Arbeitsblatt 4 Folgeschäden

Notiere bitte, welche körperlichen und psychischen Folgeschäden du an dir bemerkst hast.

- Raum für individuelle Schwerpunkte lassen

Das hast Du schon geschafft!

Folgeschäden	
Körperlich	Psychisch
	
24.05.2023 (Aufnahme): - Frieren - Trockene Haut - Langsamer Puls - Schlafstörung - Keine Periode - Blutwerte schlecht	- Müde - Traurig und lustlos - Nur noch ans Essen denken - Angst vor Gewichtszunahme - Kein Spaß mehr - Sportzwang
13.06.2023 - Schlafstörung - Keine Periode - Blutwerte nur bisschen schlecht	- Weniger ans Essen denken - Angst vor Gewichtszunahme - Freunde wieder wichtiger, weniger Sportzwang - Konzentrationsstörungen



Salbach-Andrae et al. 2010

Elternschulung/Psychoedukation

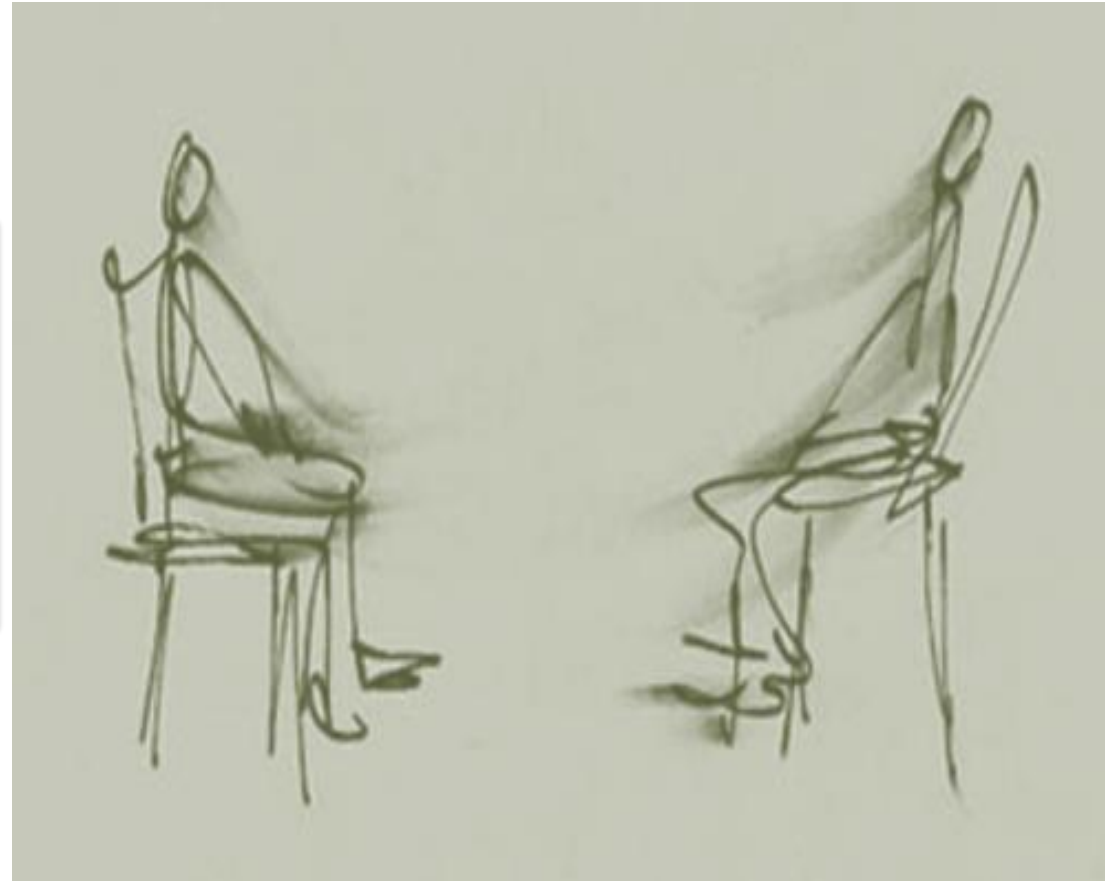


- 4 Sitzungen à 60 - 90 Minuten (**Grundlagen und psychische und körperliche Folgen von Essstörungen, Behandlungskonzept und Therapiebausteine, Grundlagen der Ernährungstherapie bei Essstörungen, Vorbereitung auf die Alltagsrückführung und Bausteine der ambulanten Weiterbehandlung**)
- Eingebettet: Treffen des Aachener Angehörigennetzwerks
- Behandlungssettingübergreifend und quasi fortlaufend
- Eltern, aber auch: volljährige Geschwister, Angehörige, Großeltern,..., die in Versorgung der Patientin eingebunden sind (nach Absprache mit Eltern und Patient/in)



Psychotherapie

**Eine
störungsorientierte
Psychotherapie kann erst
mit Gewichtszunahme
erfolgen!**



Einbeziehung der Familie

- Es gibt heute keinerlei wissenschaftliche Erkenntnisse, dass **familiäre Faktoren** die einzige oder **primäre Ursache von Essstörungen** sind. Verallgemeinernde Behauptungen, dass familiäre Interaktionsstörungen die Hauptursache sind, sollten daher unterlassen werden.

(Le Grange, Academy of Eating Disorders 2010)

- Hingegen sind Eltern die wichtigsten „Ko-Therapeuten“; sie übernehmen die Kontrolle der Nahrungsaufnahme)

(NICE-guidelines, 2018; S3-Leitlinien, D.; fast alle europäischen Leitlinien)

- **Neue Therapieformen: Abkürzung der vollstationären Behandlung**, Tagesklinik, Home treatment



Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters

Was induziert Schuldempfinden? Schuldzuweisung an sich selbst bei psychischen Erkrankungen

Wer hat Schuld?

- Externalisierende Störungen (einschl. ADHS) - vorwiegend Kind
 - Depressive Störungen – vorwiegend Kind
 - Angststörungen – weder - noch
 - Autistische Störungen – unterschiedliche Attribution
- (Übersicht bei Kil et al. 2021).
- Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen suchen **Eltern von essgestörten Kindern** (mit Anorexia nervosa) die **Schuld vor allem bei** sich selbst (und nicht bei ihrem essgestörten Kind oder externen Ursachen)!
 - „Gerade als Mutter, die sich – wie in den meisten Familien – für das Thema Ernährung zuständig fühlt, empfinde ich es als mein Versagen, mein Kind nicht mal ordentlich ernähren zu können.“

(Stadtanzeiger Köln 2008)



Family Based Treatment (Lock and Le Grange, USA)

3-Phasen-Behandlung

- Phase 1: Eltern übernehmen die Verantwortung für die Gewichtszunahme des Kindes (z.B. Ernährung, Bewegung)
- Phase 2: Verantwortung wird sukzessive an Adoleszente zurückgegeben;
- Phase 3: Entwicklungsperspektive, Rolle in der Adoleszenz

Kernmerkmale:

- Keine Ursachen“forschung“
- Eltern haben die entscheidende Rolle
- Externalisierung der Erkrankung
- Cave: Ausschluss/ unzureichende Beachtung der Adoleszenten



Psychotherapeutische Verfahren (Auszug Leitlinien 2018)



Psychotherapie ist bei der AN das Behandlungsverfahren der ersten Wahl.

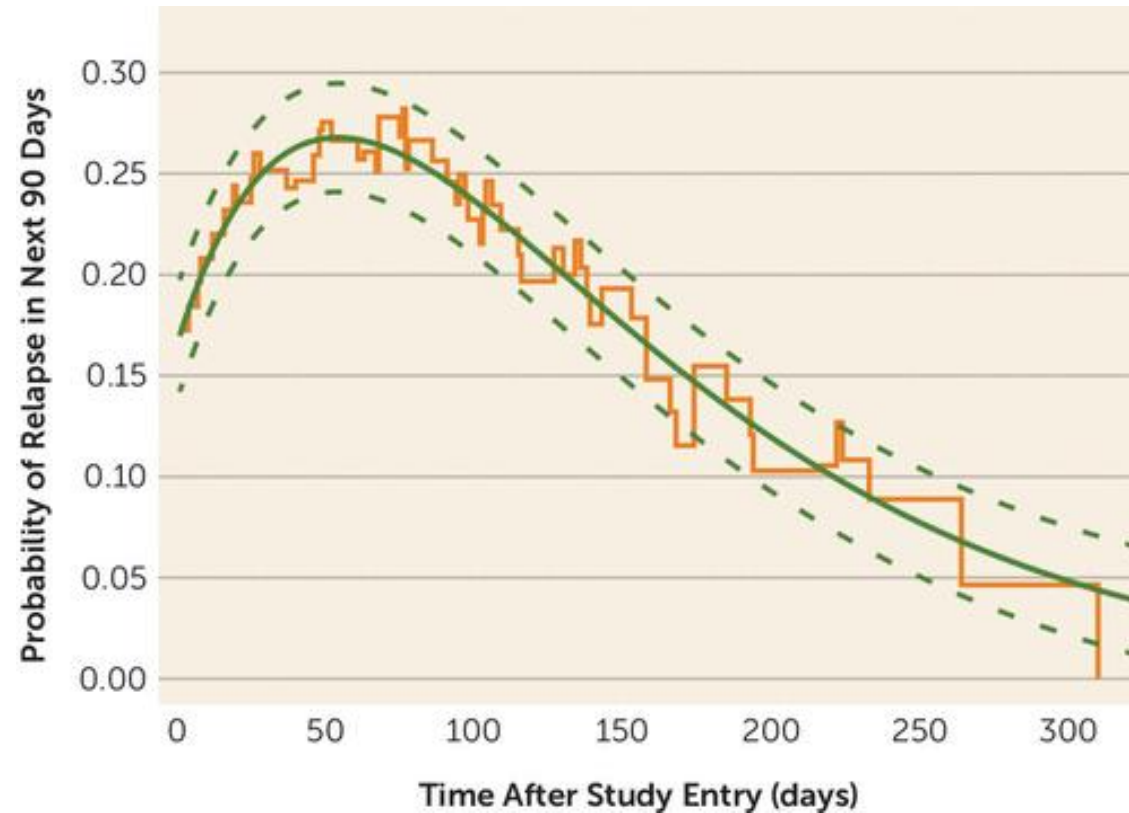
Moderate Evidenz

- **bei Kindern und Jugendlichen** Familienbasierte Therapie nach dem Maudsley-ansatz (Lock et al. 2010).
- In jüngster Zeit auch Hinweise für Wirksamkeit von CBT-E (Dalle Grave et al. 2019)
- Es gibt kaum Vergleichsstudien und keine Hinweise für die Überlegenheit einer Therapie.



Rückfallwahrscheinlichkeit bei erw. Patienten mit AN nach Entlassung aus stationärer Behandlung (n= 93 erw. Pat., mittl. Krankheitsdauer 4.3 J.)

**Intensive Nachbetreuung
während des ersten
Vierteljahres nach E
dringend erforderlich!**



(Walsh et al. 2021)



Film HoT



Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kinder- und
Jugendalters



Helfen Sie mit, dass Kinder u. Jugendliche (u. deren Eltern) zukünftig nicht mehr 10 Jahre ihres Lebens an dieser schweren Erkrankung leiden

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!