



Endbericht

Entwicklung eines Diagnose- und Behandlungspfads für die österreichische Primärversorgungsebene zu Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Teilprojekt B:

*Leitliniensynopse und Entwicklung eines strukturierten Diagnose-
und Behandlungspfads auf Primärversorgungsebene zu
Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und
Jugendlichen*

Version 1.0

Projektteam

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV)

Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Institutsdirektorin des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz

Stellvertretende Institutsdirektorin und Leiterin des Arbeitsbereichs „Chronische Krankheit und Versorgungsforschung“ am Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

Univ.-Ass. Mag. rer. nat. Thomas Semlitsch (Projektleitung)

Priv.-Doz. Dr. med. Karl Horvath

Dr. med. Klaus Jeitler

Cornelia Krenn, MSc

Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz

Karin Kirchner

Diplomandin am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz

Im folgenden Text wurde bei der Angabe von Personenbezeichnungen jeweils die männliche Form angewandt. Es sind damit auch weibliche Personen gemeint. Dies erfolgte ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit.

Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz ist fachlich unabhängig und vermeidet jegliche externe Parteinahme und Beeinflussung. In seiner Arbeit legt das IAMEV höchsten Wert auf Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz.

Inhalt

1. Abkürzungen	6
2. Kurzzusammenfassung.....	7
3. Hintergrund	10
3.1. <i>Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern in Österreich</i>	10
4. Zielsetzung.....	11
5. Begriffsbestimmungen	12
5.1. <i>Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen</i>	12
5.2. <i>Behandlungspfad</i>	12
6. Methoden.....	13
6.1. <i>Identifikation und Qualitätsbewertung evidenzbasierter Leitlinien</i>	13
6.2. <i>Charakterisierung der Leitlinien</i>	15
6.3. <i>Leitliniensynopse und Entwicklung eines strukturierten Diagnose- und Behandlungspfads auf Primärversorgungsebene zu Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen mit Fokus auf Essstörungen</i>	16
7. Ergebnisse	21
7.1. <i>Ergebnisse der Literaturbeschaffung</i>	21
7.2. <i>Charakteristika der inkludierten Leitlinien</i>	22
7.3. <i>Methodische Qualität der Leitlinien</i>	23
7.4. <i>Leitliniensynopse</i>	29
7.4.1. <i>Allgemeine Grundsätze in der Behandlung von Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen</i>	31
7.4.2. <i>Diagnosestellung Untergewicht</i>	37
7.4.3. <i>Abklärung auf erhöhtes Risiko einer Essstörung (Initiales Assessment)</i>	38
7.4.4. <i>Stationäre/Teilstationäre Behandlung</i>	41
7.4.5. <i>Diagnosestellung Essstörung</i>	49
7.4.6. <i>Weiterführendes Assessment</i>	50
7.4.7. <i>Therapie der Essstörung</i>	53
7.4.8. <i>Therapie der Anorexia nervosa</i>	58
7.4.9. <i>Psychotherapie bei Anorexia nervosa</i>	61
7.4.10. <i>Ernährungstherapie bei Anorexia nervosa</i>	71
7.4.11. <i>Andere nicht-medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa</i>	78
7.4.12. <i>Medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa</i>	79
7.4.13. <i>Therapie der Bulimia nervosa</i>	80
7.4.14. <i>Psychotherapie bei Bulimia nervosa</i>	82

7.4.15.	<i>Ernährungstherapie bei Bulimia nervosa</i>	89
7.4.16.	<i>Andere nicht-medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa</i>	90
7.4.17.	<i>Medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa</i>	90
7.4.18.	<i>Weiterführende Therapie nach Gewichtsstabilisierung</i>	92
7.4.19.	<i>Therapie von Begleiterkrankungen und Komplikationen</i>	94
7.4.20.	<i>Monitoring</i>	102
7.5.	<i>Entwicklung des Behandlungspfads</i>	139
7.5.1.	<i>Ergänzende Kernaussagen auf Basis von DGPM 2011 Empfehlungen:</i>	148
7.6.	<i>Inhaltliche Zusammenfassung des Behandlungspfads</i>	152
7.7.	<i>Schnittstellen</i>	154
8.	Liste der eingeschlossenen Leitlinien	155
9.	Referenzen	156
	Anhang A: Recherchestrategien	159
	Anhang B – Diagnose- und Behandlungspfad Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen mit Fokus auf Essstörungen	161

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Einschlusskriterien Leitlinienrecherche	14
Tabelle 2	Standardisierung des Empfehlungsgrades (GoR)	18
Tabelle 3	Ergebnisse Recherche Leitliniendatenbanken (durchgeführt am 17.11.2017)	21
Tabelle 4	Charakteristika der inkludierten Leitlinien	25
Tabelle 5	AGREE-II Bewertung der inkludierten Leitlinien	28
Tabelle 6	Spektrum der durch die Empfehlungen der Leitlinien abgedeckten Themenbereiche ..	30
Tabelle 7	Relevante Empfehlungen aus den eingeschlossenen Leitlinien	107
Tabelle 8	Empfehlungen aus der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2011.....	140
Tabelle 9	Recherchestrategie Leitlinien-Datenbanken	159
Tabelle 10	Recherchestrategie PubMed NLM.....	159

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Flow Chart zur Recherche in Leitlinien-Datenbanken und in PubMed.....	24
-------------	---	----

1. Abkürzungen

AACAP	American Academy of Child and Adolescence Psychiatry
AAFP	American Academy of Family Physicians
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AN	Anorexia nervosa
AOTA	American Occupational Therapy Association
APA	American Psychiatric Association
ARFID	Avoidant/ restrictive food intake disorder
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BED	Binge-eating disorder
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia nervosa
CAHTA	Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research
CCHMC	Cincinnati Children's Hospital Medical Center
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
FMS	Finnish Medical Society
G-I-N	Guidelines International Network
GoR	Grad of Recommendation (Empfehlungsgrad)
IKNL	Integraal Kankercentrum Nederland
k.A.	keine Angaben
LoE	Level of Evidence (Evidenzstufe)
MARSIPAN	Management of Really Sick Patients with Anorexia nervosa
NGC	National Guidelines Clearinghouse
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
ONS	Oncology Nurse Society
RANZCP	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
SAHM	The Society for Adolescent Health and Medicine
SD	Standardabweichung
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SST	Sundhedsstyrelsen - Danish Health Authority
UWS	University of Western Sydney
WHO	World Health Organisation

2. Kurzzusammenfassung

Hintergrund

Laut dem österreichischen Ernährungsbericht von 2012 sind ca. 4% der 7- bis 14-Jährigen untergewichtig. Mädchen sind mit 5,2% häufiger betroffen als Jungen mit 2,4%. Eine wesentliche Ursache für Untergewicht ist das Vorliegen einer Essstörung. Die Zahl der stationären Aufenthalte aufgrund von Essstörungen ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Die zwei bekanntesten Essstörungen - Anorexia nervosa und Bulimia nervosa - betreffen hauptsächlich Jugendliche und haben häufig schwerwiegende und langwierige Folgen. Einen westlicheren Ansatz um eine Chronifizierung und schwere Langzeitfolgen zu vermeiden stellt die Früherkennung von Essstörungen dar, wobei der Primärversorgung, dabei eine wichtige Funktion zukommt.

Ziel

Ziel des Projekts war die Entwicklung eines Diagnose- und Behandlungspfades für die österreichische Primärversorgungsebene zu Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen, basierend auf Empfehlungen aus aktuellen, thematisch relevanten und evidenzbasierten Leitlinien.

Methodisches Vorgehen

Im November 2017 erfolgten systematische Recherchen nach evidenzbasierten Leitlinien zu Untergewicht bzw. Essstörungen in 3 übergeordneten Leitliniendatenbanken (AWMF, G-I-N, NGC), bei 2 fachübergreifenden Leitlinienanbietern (NICE, SIGN) sowie in der bibliographischen Datenbank PubMed. Zusätzlich wurden die Referenzlisten der inkludierten Arbeiten sowie die Homepages relevanter Fachgesellschaften gesichtet. Die Recherchen in den unterschiedlichen Quellen ergaben insgesamt 758 Treffer, aus denen nach Abstract- bzw. Volltextscreening letztlich 7 Publikationen zu 7 internationalen Leitlinien mit Empfehlungen zu Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen als relevant eingeschlossen wurden. Leitlinien zu Untergewicht aus anderen Ursachen konnten nicht identifiziert. Die methodische Qualität der Leitlinien wurde mithilfe des AGREE II Instruments bewertet und wurde in den meisten Fällen als gering bewertet. Lediglich für die Leitlinie des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) aus dem Jahr 2017 konnte die Qualität als hoch eingestuft werden. Aus den 7 Leitlinien wurden insgesamt 246 relevante Empfehlungen, davon über 60% mit

hohem Empfehlungsgrad, extrahiert. Diese wurden im Rahmen einer Leitliniensynopse thematisch gruppiert und einander gegenübergestellt. Dabei zeigte sich, dass es zwischen den internationalen evidenzbasierten Leitlinien zu Essstörungen inhaltlich eine weitgehende Übereinstimmung in den Empfehlungen gab. Es erfolgt eine Zusammenfassung von inhaltlich gleichlautenden oder ähnlichen Empfehlungen zu Kernaussagen sowie eine anschließende Zuordnung zu 12 übergeordneten Themenbereichen im Rahmen des Managements von Untergewicht bzw. der ursächlichen Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen auf Primärversorgungsebene.

Zur Entwicklung des Diagnose- und Behandlungspfads wurden in erster Linie die auf den Leitlinien-Empfehlungen basierenden zusammenfassenden Kernaussagen herangezogen. Durch Abgleich mit ähnlichen internationalen Behandlungspfaden wurde daraufhin untersucht wo noch inhaltliche Lücken im Entwurf dieses Diagnose- und Behandlungspfads bestanden. Diese wurden anschließend durch weitere Informationen (abseits der Empfehlungen) aus den inkludierten Leitlinien der derzeit in Überarbeitung befindlichen S-3 Leitlinie „Essstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aus dem Jahr 2010 soweit möglich gefüllt. Letztere Leitlinie wurde deshalb herangezogen, da sie vor allem einige wesentliche Empfehlungen für das allgemeinmedizinische Setting enthält. Letztlich konnten so ein strukturierter Diagnose- und Behandlungspfad für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen für die Primärversorgungsebene in Österreich entwickelt werden, welcher aus einem graphischen Algorithmus und einem Dokument mit korrespondierenden Infoboxen (mit detaillierten Empfehlungen zum Vorgehen) besteht. Darin wurden auch Tätigkeitbereiche, bei denen sich eine Schnittstelle bzw. eine Kooperation zwischen der Primärversorgungsebene und anderen Versorgungsebenen ergaben, entsprechend gekennzeichnet.

Wesentliche Inhalte des Diagnose- und Behandlungspfads

Kinder und Jugendliche mit Untergewicht (bis 18 Jahre: < 10. Perzentile) ohne somatische Ursachen sollen hinsichtlich einem erhöhtem Risiko für Essstörungen untersucht werden. Liegen Faktoren für ein erhöhtes Risiko vor, soll eine weiterführende medizinische Abklärung sowie eine Diagnosestellung der Essstörung erfolgen. Generell ist dabei in allen Fällen zu prüfen, ob eine Akutgefährdung vorliegt, die eine sofortige stationäre Aufnahme bedingt. Bei

Vorliegen einer Essstörung soll die Therapie grundsätzlich durch ein multidisziplinäres Team erfolgen, wobei dem Hausarzt bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde vor allem eine wichtige Rolle in der Koordination sowie der begleitenden medizinischen Betreuung zukommt. Vorzugweise erfolgt die Therapie in einem ambulanten Betreuungssetting, wobei die Einbeziehung der Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. die gesamte Familie von großer Bedeutung ist. Ein zentrales Element in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen stellt die Psychotherapie dar. Dabei wird primär die Familientherapie empfohlen. Daneben umfassen die Behandlungsstrategien von Essstörungen mit Untergewicht immer eine Ernährungstherapie sowie, falls erforderlich, eine Therapie der körperlichen und mentalen Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen. Neben der Wiederherstellung eines altersspezifischen normalen Körpergewichts, stellen die Normalisierung der Essgewohnheiten und das Erreichen einer normalen Wahrnehmung von Hunger und Sättigung weitere Ziele der Ernährungstherapie dar. Eine medikamentöse Therapie der Essstörung, z.B. mit Neuroleptika oder Antidepressiva, wird für Kinder und Jugendliche generell nicht empfohlen.

Wesentlich bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen sind regelmäßige Verlaufsuntersuchungen, um den Therapiefortschritt zu evaluieren sowie das Risiko für (körperliche und psychische) Begleit-/Folgeerkrankungen zu erheben. Wichtig für einen langfristigen Therapieerfolg ist es, die Psychotherapie auch nach Normalisierung des Körpergewichts fortzusetzen. Darüber hinaus sollten auch nach Abschluss einer ambulanten Psychotherapie in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Folgetermine angeboten werden.

Der Diagnose- und Behandlungspfad bestehend aus dem graphischen Algorithmus sowie den dazugehörigen Infoboxen findet sich im Anhang B dieses Berichts.

3. Hintergrund

3.1. Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern in Österreich

Laut dem österreichischen Ernährungsbericht von 2012 sind ca. 4% der 7- bis 14-Jährigen untergewichtig. Mädchen sind mit 5,2% häufiger betroffen als Jungen mit 2,4% [1,2]. Eine wesentliche Ursache für Untergewicht ist das Vorliegen einer Essstörung. Die Zahl der stationären Aufenthalte aufgrund von Essstörungen ist seit 1998 stark gestiegen, dass zeigt der Frauengesundheitsbericht 2011 [3].

Die zwei bekanntesten Essstörungen - Anorexia nervosa und Bulimia nervosa - betreffen hauptsächlich Jugendliche und haben häufig schwerwiegende und langwierige Folgen. Durch den Erkrankungsgipfel in der Pubertät und im beginnenden Erwachsenenalter, können negative Folgen für den schulischen und beruflichen Werdegang der Betroffenen entstehen. Dies kann hohe Folgekosten mit sich ziehen, da ein Teil der Erkrankten einen extrem ungünstigen Lebensverlauf aufweist. Essstörungen stellen insgesamt ein sehr kostenintensives Krankheitsbild dar [4]. Darüber hinaus sind die gesundheitlichen Spätfolgen oft gravierend. Im Fall der Anorexia nervosa endet die Erkrankung in 7% sogar tödlich, durch Suizid oder somatischen Komplikationen.

Ursachen für die Entstehung der Erkrankung sind u. a. soziokulturelle Faktoren. In den Industriestaaten überwiegt das Schönheitsideal eines schlanken, jugendlichen und durch Sport geformten Körpers. Vor allem Kinder und Jugendliche sind anfällig, krankhafte Verhaltensmuster anzunehmen, um unrealistischen Idealen gerecht zu werden. Weitere Faktoren können zwanghafte Persönlichkeitszüge, entwicklungspsychologische und genetische Faktoren sein [5].

Die Früherkennung der Erkrankung ist ein wichtiger Ansatz, um schwere Langzeitfolgen zu vermeiden. Als Erstanlaufstelle gelangen Patienten mit Essstörungen selten an Psychiater, Psychotherapeuten oder Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Mehrheit hat selten Kontakt mit Berufsgruppen dieser spezifischen Fachgebiete. Daher können Berufsgruppen der Primärversorgung, beispielsweise Ärzte für Allgemeinmedizin, Zahnärzte oder Gynäkologen, wichtige Funktionen bei der Früherkennung übernehmen [4].

4. Zielsetzung

Ziel des Gesamtprojektes war die Entwicklung eines Diagnose- und Behandlungspfades für die österreichische Primärversorgungsebene zu Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen, basierend auf Empfehlungen aus aktuellen, thematisch relevanten und evidenzbasierten Leitlinien.

Das Projekt umfasste folgende Teilprojekte:

Teilprojekt A: Identifikation und Qualitätsbewertung internationaler aktueller, thematisch relevanter und evidenzbasierter Leitlinien zur Diagnose und Behandlung von Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Der Fokus lag dabei auf Leitlinien zu Untergewicht auf Grund von Essstörungen.

Teilprojekt B: Extraktion der in den inkludierten Leitlinien enthaltenen Empfehlungen unter Berücksichtigung von Empfehlungsgrad (GoR) und ggf. Evidenzstufe (LoE). Leitliniensynopse und Entwicklung eines idealtypischen „Diagnose- und Behandlungspfads Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen auf Primärversorgungsebene“ auf Basis der identifizierten Empfehlungen. Durch Gegenüberstellung und Analyse der extrahierten Empfehlungen wurde eine entsprechende Basis für einen Behandlungspfad geschaffen. Dieser stellt die in den Leitlinien empfohlenen Maßnahmen dar und definiert Schnittstellen zu anderen Sektoren und Versorgungsebenen.

Der vorliegende Endbericht beschreibt sowohl die Ergebnisse des Teilprojekts A als auch des Teilprojekts B.

5. Begriffsbestimmungen

5.1. Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Zu Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen finden sich in der Literatur unterschiedliche Definitionen. Dieser Bericht wird sich nach Möglichkeit an die in den Leitlinien eingeschlossenen, relevanten Definitionen halten. Im Fall von widersprüchlichen oder nicht eindeutigen Definitionen wird auf jene der WHO, welche sich auf den BMI bezieht, zurückgegriffen. Diese veröffentlichte unter anderem „BMI-for-age“-Kurven für Buben und Mädchen im Alter von 5-19 Jahren [6].

5.2. Behandlungspfad

Definition von Behandlungspfaden [7]:

Es gibt keine einheitliche Definition für Behandlungspfade. Eine Cochrane-Autorengruppe hat daher die unterschiedlichen Definitionen analysiert und folgende wesentlichen Eigenschaften von Behandlungspfaden zusammengefasst:

1. Bei der Intervention handelt es sich um einen strukturierten, multidisziplinären Versorgungsplan.
2. Die Intervention wird durchgeführt um Leitlinien oder wissenschaftliche Erkenntnisse in lokalen Strukturen umzusetzen.
3. Die Intervention hat Schritte eines Behandlungs- oder Versorgungsplans in einem Plan, Pfad, Algorithmus, Leitlinie, Protokoll oder einem anderen "Verzeichnis von Aktivitäten" aufgelistet.
4. Die Intervention hat einen zeitlichen Rahmen oder ein kriterien-basiertes Vorschreiten.

Die Intervention hat zum Ziel, ein spezifisches klinisches Problem, eine Vorgehensweise oder den Ablauf der medizinischen Versorgung einer spezifischen Population zu standardisieren.

6. Methoden

6.1. Identifikation und Qualitätsbewertung evidenzbasierter Leitlinien

Dieses Teilprojekt A erfolgte in folgenden Teilschritten:

- Systematische Recherche in Leitlinien-Portalen sowie in der bibliographischen Datenbank PubMed nach Leitlinien zu Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Fokussierte ergänzende Recherche auf den Homepages relevanter Fachgesellschaften.
- Selektion der relevanten Leitlinien auf Basis vorab definierter Einschlusskriterien.
- Beurteilung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Leitlinien mittels Leitlinien-Bewertungsinstrument AGREE-II.

Systematische Leitlinien-Recherche

Eine systematische Recherche nach aktuellen und thematisch relevanten Leitlinien erfolgte in folgenden Quellen:

- *Leitliniendatenbanken:* Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), National Guidelines Clearinghouse (NGC), Guidelines International Network (G-I-N)
- *Fachübergreifende Leitlinienanbieter:* National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- *Bibliographische Datenbank:* NLM PubMed

Ergänzend erfolgte eine fokussierte Recherche bei fachspezifischen Leitlinienanbietern (Fachgesellschaften).

Der Fokus der Recherche wurde dabei auf Leitlinien zu Untergewicht aufgrund von Essstörungen im weiteren Sinn gelegt. Im Rahmen der Recherche identifizierte Leitlinien zu Untergewicht auf Grund von Krankheiten (z.B. chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Mukoviszidose, Herzfehler, Infektionen, Nierenfunktionsstörungen, Lebensmittelunverträglichkeiten, Schilddrüsenüberfunktion oder onkologische Erkrankungen) wurden in weiterer Folge für das Gesamtprojekt nicht berücksichtigt. Spezifische Recherchen nach Leitlinien zu den genannten Grunderkrankungen erfolgten daher nicht.

Selektion relevanter Leitlinien

Die im Rahmen der Recherche identifizierten Leitlinien wurden von 2 Reviewern unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer Relevanz geprüft. Dabei mussten alle in der nachfolgenden Tabelle 1 genannten Einschlusskriterien erfüllt sein. Diskrepanzen in der Einschätzung zwischen den Reviewern wurden ggf. im Konsens oder durch einen dritten Reviewer gelöst.

Tabelle 1 Einschlusskriterien Leitlinienrecherche

<i>Population</i>	Kinder und Jugendliche von 5 bis 18 Jahren mit Essstörungen bzw. Untergewicht aus anderer Ursache
<i>Versorgungsaspekte</i>	Die Leitlinie bezieht sich auf mindestens einen der folgenden Aspekte auf Primärversorgungsebene [#] : <ul style="list-style-type: none">• Diagnostik• Behandlungen• Ernährungsmanagement• Versorgungskoordination/Schnittstellen• Nachsorge
<i>Übertragbarkeit</i>	Es werden nur Leitlinien berücksichtigt, deren Empfehlungen auf das österreichische Gesundheitswesen übertragbar sind. Eingeschlossen werden daher ausschließlich Leitlinien aus Industrienationen gemäß der Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der WHO (Stratum A) [8]
<i>Evidenzbasierung und Empfehlungskennzeichnung</i>	Es werden nur evidenzbasierte Leitlinien eingeschlossen und somit Leitlinien, die ihre <ul style="list-style-type: none">• Empfehlungen auf Basis von systematischen Übersichtsarbeiten abgeben und• jeweils den Level of Evidenz (LoE) und/oder Grade of Recommendation (GoR) angeben. Empfehlungen müssen formal eindeutig als solche erkennbar sein.
<i>Publikationssprache</i>	Englisch oder Deutsch
<i>Publikationszeitpunkt/Gültigkeit</i>	Publikationszeitpunkt ab 2012, die Leitlinie ist aktuell und das Überarbeitungsdatum wurde nicht überschritten.

#: Es werden dabei ausschließlich Leitlinien mit Empfehlungen für den einzelnen Patienten berücksichtigt. Leitlinien mit Empfehlungen zu strukturellen Maßnahmen bzw. übergeordnete Empfehlungen für ein Gesundheitssystem werden nicht eingeschlossen. Ebenso nicht berücksichtigt werden Leitlinien bzw. Empfehlungen die ausschließlich Aspekte der sekundären bzw. tertiären Versorgungsebene betreffen.

Methodische Qualität der Leitlinien

Die eingeschlossenen Leitlinien wurden mittels des AGREE-II-Instruments methodisch bewertet [9,10]. Dabei wurde die Bewertung von 2 Reviewern unabhängig durchgeführt. Aus

den beiden Bewertungen wurden anschließend jeweils die mittleren Domänenwerte für die 6 Domänen des AGREE-II Instruments sowie der mittlere Wert der Gesamtqualität berechnet. Die Ergebnisse der AGREE-II-Bewertung stellten kein Kriterium für den Einschluss von Leitlinien dar. Es soll damit transparent dargestellt werden, in welchen Bereichen (Domänen) die eingeschlossenen evidenzbasierten Leitlinien besondere methodische Stärken oder Schwächen aufweisen [9].

Darüber hinaus stellen die AGREE-II-Bewertungen der Leitlinien ein wesentliches Kriterium bei der Auswahl der Empfehlungen für den geplanten Diagnose- und Behandlungspfad dar, vor allem bei Vorliegen von diskrepanten Empfehlungen aus unterschiedlichen Leitlinien.

6.2. Charakterisierung der Leitlinien

Für die eingeschlossenen Leitlinien erfolgte eine Charakterisierung anhand folgender Parameter:

- Titel und Publikationsjahr
- Herausgeber
- Relevante Themenbereiche der Leitlinie
- Zielgruppe
- Anwenderzielgruppe
- Ursprungsland
- Gültigkeitsdatum
- Sponsoren

6.3. Leitliniensynopse und Entwicklung eines strukturierten Diagnose- und Behandlungspfads auf Primärversorgungsebene zu Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen mit Fokus auf Essstörungen

Das Teilprojekt B setzte sich aus folgenden Teilaufgaben zusammen:

1. Extraktion aller Empfehlungen zu Diagnose und Therapie von Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung von Empfehlungsgrad (GoR) und ggf. Evidenzstufe (LoE) aus den 7 eingeschlossenen Leitlinien [11-17].
2. Leitliniensynopse
3. Entwicklung von Kernaussagen auf Basis der Leitliniensynopse
4. Entwurf eines Diagnose- und Behandlungspfads auf Basis der Leitlinien-Empfehlungen
5. Berücksichtigung publizierter, thematisch relevanter Behandlungspfade
6. Entwicklung eines finalen Diagnose- und Behandlungspfads auf Primärversorgungsebene zu Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Es war ein hierarchisches Vorgehen vorgesehen, das darauf ausgerichtet war, „blinde Flecken“ und unregelmäßige Situationen oder Unklarheiten des Entwurfs des Behandlungspfads gegebenenfalls zu ergänzen oder zu adaptieren.

Extraktion der Empfehlungen

Aus den 7 eingeschlossenen Leitlinien [11-17] wurden alle formal erkennbaren Empfehlungen zu den in Tabelle 1 definierten Einschlusskriterien hinsichtlich Population und Versorgungsaspekte sowie zu möglichen weiteren in den Leitlinien angeführten Aspekten in Originalsprache extrahiert, sofern diese für den Primärversorgungsbereich relevant sind. Neben dem Inhalt der Empfehlung wurden, soweit eindeutig zuordenbar, der dazugehörige Empfehlungsgrad (Grade of Recommendation bzw. GoR) und die jeweilige Evidenzstufe (Level of Evidence bzw. LoE) dokumentiert. Eine Erhebung der den einzelnen Empfehlungen zugrundeliegenden Evidenz erfolgte nicht, da eine eindeutige Zuordnung der Referenzen zu einzelnen Empfehlungen nur aus wenigen Leitlinien möglich gewesen wäre.

Ziel dieses Arbeitsschrittes war eine tabellarische Zusammenfassung aller in den eingeschlossenen Leitlinien enthaltenen Empfehlungen zu Diagnose und Therapie von Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen, welche für die österreichische Primärversorgungsebene potenziell relevant sind. Die Darstellung der Empfehlungen erfolgte

thematisch gruppiert unter Angabe des GoR und/oder LoE, sowie der zugrundeliegenden Leitlinie und deren methodischer Qualität nach AGREE II [9,10]. Da in den einzelnen Leitlinien unterschiedliche Systeme zur Graduierung der Empfehlungen verwendet wurden, erfolgte eine Standardisierung der Empfehlungsgrade anhand der zugrundeliegenden Parameter, um eine Vergleichbarkeit des GoR über die verschiedenen Leitlinien hinweg zu ermöglichen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2 Standardisierung des Empfehlungsgrades (GoR)

Standardisierter GoR		Leitlinie							
		AACAP 2015 [11]	AAFP 2015 [13]	APA 2012 [16]	UWS 2015 [12]	NICE 2017 [17]	RANZCP 2014 [15]	SAHM 2015 [14]	DGPM 2011 (abgelaufen) [4]
Starke Empfehlung	A	CS	A	I	EBR I/EBR II	Should	EBR I/EBR II	A	A
Starke Negativempfehlung		NE				Should not			
Moderate Empfehlung	B			II					B
Schwache Empfehlung	C	CG	B	III	EBR III	Could	EBR III	B	O
Schwache Negativempfehlung									
Sehr schwache Empfehlung	D						EBR IV		
Experten-Konsensus	EK	OP	C		CBR		CBR	C	KKP

AACAP: American Academy of Child and Adolescence Psychiatry; AAFP: American Academy of Family Physicians; AN: Anorexia nervosa; APA: American Psychiatric Association; ARFID: Avoidant/ restrictive food intake disorder; DGPM: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; RANZCP: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; SAHM: The Society for Adolescent Health and Medicine; UWS: University of Western Sydney

Leitliniensynopse

Auf Basis der extrahierten Empfehlungen erfolgte in einer strukturierten Informationssynthese eine inhaltliche Gegenüberstellung der Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsaspekten. Dabei wurden gleichlautende oder inhaltlich ähnliche Empfehlungen zusammengefasst und entsprechend der standardisierten Empfehlungsgrade (GoR) gruppiert. Anschließend wurden auf Basis der Empfehlungen Kernaussagen entwickelt, welche die Grundlage für den Behandlungspfad bildeten. Lagen aus mehreren Leitlinien widersprüchliche Empfehlungen vor, wurden für die Bildung der Kernaussagen in der Regel jene Empfehlungen herangezogen, die in der größeren Anzahl an Leitlinien angeführt sind. Bei gleicher Anzahl an Leitlinien wurde jene Empfehlung berücksichtigt, deren Quell-Leitlinie die höhere methodische Qualität nach AGREE-II aufweisen.

Entwicklung eines Behandlungspfads auf Basis der Leitlinien-Empfehlungen

Zunächst wurde in Anlehnung an den Behandlungspfad Übergewicht/Adipositas [18] ein erster Diagnose- und Behandlungspfad entworfen, der ausschließlich Informationen aus den extrahierten Leitlinien-Empfehlungen, die in der Synthese als relevant eingestuft wurden, beinhaltet bzw. auf den Kernaussagen beruht. Es wurde daraus ein möglichst vollständiger Algorithmus abgeleitet. Im ersten Schritt wurden dazu ausschließlich Empfehlungen mit einem standardisierten GoR A (starke Empfehlung) herangezogen. Empfehlungen mit einem geringeren Empfehlungsgrad fanden nur dann Berücksichtigung, wenn sie ergänzende Informationen beinhalteten, die von GoR A Empfehlungen nicht abgedeckt wurden.

Soweit vorhanden wurden darüber hinaus die jeweils in den Empfehlungen benannten Qualifikationen der ausführenden Berufsgruppen benannt. Ebenso wurden bei allen Maßnahmen die inhaltlichen Komponenten sowie die empfohlenen strukturellen Aspekte angeführt. Dies schließt die Definition der Schnittstellen innerhalb des Primärversorgungsbereichs wie auch jene zu anderen Versorgungsebenen sowie die Darlegung der Indikationen zu spezifischen therapeutischen Maßnahmen mit ein.

Berücksichtigung publizierter, thematisch relevanter Behandlungspfade

Es erfolgte eine fokussierte Recherche nach publizierten, thematisch relevanten Behandlungspfaden, mit dem Ziel, potenzielle inhaltliche Lücken in den erstellten leitlinienbasierten Pfaden durch eine Gegenüberstellung aufzuzeigen. Gesucht wurden

Behandlungspfade, die grundsätzlich auf österreichische Verhältnisse übertragbar und nicht auf rein lokale Settings oder Gegebenheiten ausgerichtet sind.

Die Suche nach solchen Behandlungspfaden erfolgte dabei:

- a) in den Publikationen der bereits inkludierten Leitlinien
- b) auf korrespondierenden Webseiten bereits inkludierter Leitlinien
- c) bei relevanten Fachgesellschaften
- d) durch eine fokussierte Internet Recherche (Google)
- e) ggf. werden zusätzlich durch den Auftraggeber übermittelte Behandlungspfade berücksichtigt

So konnten noch vorhandene inhaltliche Lücken im Erstentwurf des Behandlungspfads identifiziert, sowie detaillierte Inhalte einzelner Maßnahmen, Vorgaben für die Qualifikationen der Leistungserbringer, Betreuungsintervalle oder zeitliche Abläufe aufgezeigt werden.

Wo notwendig wurden anschließend, soweit möglich, zusätzliche Informationen aus den inkludierten Leitlinien (z.B. aus Erklärungen zu Empfehlungen, Statements oder „practice points“) bzw. aus den identifizierten weiteren Behandlungspfaden ergänzt.

Anpassungen in den Pfaden erfolgten jedoch nur so weit, als diese den Leitlinien-Empfehlungen nicht entgegenstanden.

Als Ergebnis wurde ein idealtypischer Diagnose- und Behandlungspfad für Kinder und Jugendliche mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen erstellt, der als Basis für die Umsetzung auf Primärversorgungsebene in Österreich dienen soll. In den zum Behandlungspfad ergänzenden Infoboxen werden berufsgruppen-unabhängige Empfehlungen abgeben, sofern nicht in den zugrundeliegenden Leitlinien spezifische Kompetenzen und Qualifikationen gefordert wurden.

7. Ergebnisse

7.1. Ergebnisse der Literaturbeschaffung

Die Suchen in den 5 ausgewählten Leitliniendatenbanken nach Leitlinien für Untergewicht bzw. Essstörungen erfolgten am 17.11.2017 und lieferten insgesamt 342 potenziell relevante Treffer (Tabelle 3). Details zu den verwendeten Recherchestrategien finden sich im Anhang A des Berichts.

Tabelle 3 Ergebnisse Recherche Leitliniendatenbanken (durchgeführt am 17.11.2017)

Datenbank	Treffer
NGC	252
GIN	18
AWMF	2
NICE	70
SIGN	0

Die Treffer wurden anhand ihres Titels hinsichtlich Ein- oder Ausschluss von 2 Reviewern unabhängig voneinander gesichtet. Dabei konnten 320 Referenzen als nicht relevant ausgeschlossen werden, sodass zunächst 22 Titel verblieben. Nach Ausschluss von 5 Duplikaten standen 17 Publikationen für eine Überprüfung auf Volltextebene hinsichtlich Ein- oder Ausschluss zur Verfügung. Dies erfolgte wiederum von 2 voneinander unabhängigen Reviewern und resultierte in 2 relevanten Publikationen [16,17].

Die Literaturrecherche nach Leitlinien zu Untergewicht bzw. Essstörungen in der bibliografischen Datenbank PubMed erfolgte am 16.11.2017 und ergab insgesamt 438 Treffer, welche anhand ihres Titels bzw. Abstracts hinsichtlich Ein- oder Ausschluss von 2 Reviewern unabhängig voneinander gesichtet wurden. Davon konnten 428 Referenzen als nicht relevant ausgeschlossen werden, sodass wiederum 10 Publikationen verblieben. Nach Sichtung der Volltexte hinsichtlich Ein- oder Ausschluss von 2 voneinander unabhängigen Reviewern verblieben 6 relevante Publikationen [11-15,19], von denen jedoch eine [19] bereits aus der Recherche in den Leitliniendatenbanken vorlag.

Über die ergänzende fokussierte Handsuche (Referenzlisten der inkludierten Studien, Homepages von Fachgesellschaften) konnte keine zusätzliche relevante Publikation identifiziert werden.

Insgesamt konnten somit zur Entwicklung des Diagnose- und Behandlungspfads 7

Publikationen [11-17] eingeschlossen und letztlich auch 7 unterschiedlichen Leitlinien zugeordnet werden (siehe Abbildung 1).

Weitere Leitlinien

Leitlinien zu Untergewicht aus anderen Ursachen als Essstörungen wurden im Rahmen der Recherche nicht identifiziert. Neben den 7 eingeschlossenen Leitlinien zu Untergewicht in Folge von Essstörungen wurden in den Recherchen jedoch 4 weitere thematisch relevante Leitlinien identifiziert, deren Gültigkeitsdatum jedoch abgelaufen ist. Besonders hervorzuheben ist dabei die 2011 publizierte deutsche S3-Leitlinie zu „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM 2011) [4], die sich derzeit in Überarbeitung befindet. Auf Grund der hohen Relevanz dieser Leitlinie und auch da ursprünglich die Fertigstellung des Updates für den Dezember 2017 vorgesehen war, war geplant dieses Update in die Leitliniensynopse zur Entwicklung des Diagnose- und Behandlungspfads für die österreichische Primärversorgungsebene zu Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen nachträglich aufzunehmen. Nachdem sich jedoch das Veröffentlichungsdatum verschoben hat und eine Publikation erst im Laufe des Jahres 2018 zu erwarten ist, die Leitlinie jedoch wesentliche Informationen vor allem für das hausärztliche Setting liefert, wurde entschieden, die derzeit verfügbare Vorversion der Leitlinie aus dem Jahr 2010 als ergänzende Informationsquelle, analog zu publizierten internationalen Behandlungspfaden, für die Entwicklung des vorliegenden Behandlungspfads zu nutzen (siehe Abschnitte 7.4 und 7.5).

7.2. Charakteristika der inkludierten Leitlinien

Es wurden derzeit 7 gültige Leitlinien für die Entwicklung eines Diagnose- und Behandlungspfads für die österreichische Primärversorgungsebene zu Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen und somit für diesen Bericht als relevant befunden und inkludiert. Eine Liste der inkludierten Leitlinien findet sich in Abschnitt 8 des Berichts.

Dabei konnte lediglich bei einer Leitlinie die methodische Qualität als gut beurteilt werden [17]. Eine weitere Leitlinie weist eine moderate Qualität auf [15], während bei den restlichen 5 Leitlinien die methodische Leitlinienqualität eher gering ist [11-14,16].

Eine der inkludierten Leitlinie wurde im Jahr 2012, eine im Jahr 2014, 4 im Jahr 2015 und eine im Jahr 2017 publiziert. Die Zielpopulation in einer Leitlinie sind Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 17 Jahren mit Essstörungen [11], während eine weitere auf Jugendliche und junge Erwachsene mit Essstörungen abzielt [14]. Die übrigen 5 Leitlinien sind auf alle Altersgruppen ausgerichtet [12,13,15-17]. Die Herausgeber der eingeschlossenen Leitlinien sind Institutionen aus den USA (n = 3), aus Australien/Neuseeland (n = 2) bzw. aus Großbritannien (n = 1). Eine weitere Leitlinie wurde von einer internationalen Fachgesellschaft (n = 1) publiziert. Thematisch befasst sich eine Leitlinie mit der Therapie [16] sowie 4 Leitlinien mit Diagnostik und Therapie von Essstörungen [11,14,15,17]. Eine weitere Leitlinie liegt zu Diagnostik und Therapie von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa vor [13]. Das Thema der 7. Leitlinie ist die Akupunktur als adjuvante Therapie bei Anorexia nervosa [12]. Die Anwenderzielgruppen werden in allen 7 Leitlinien genannt, während sich Angaben zur finanzierenden Organisation nur in 2 Leitlinien finden [15,17]. Lediglich 2 Leitlinie machen Angaben zur Gültigkeitsdauer bzw. zum Aktualisierungsverfahren [12,17]. Details zu den Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien finden sich in der nachfolgend angeführten Tabelle 4.

7.3. Methodische Qualität der Leitlinien

Die Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien erfolgte durch 2 Reviewer unabhängig mittels des AGREE-II Instruments [9,10]. Die Gesamtqualität der Leitlinien lag im Mittel bei 3,6 (SD 1,7) Punkten auf der 7-teiligen Bewertungsskala. Dabei wurde die methodische Qualität der eingeschlossenen Leitlinien größtenteils als gering bewertet. Lediglich eine Leitlinie erreichte eine gute Bewertung. Diese lag bei 7 von 7 möglichen Punkten und wurde an die Leitlinie „Eating disorders: recognition and treatment“ des National Institutes for Health and Care Excellence (NICE) aus dem Jahr 2017 vergeben [17].

Der niedrigste Gesamtwert lag bei 2 Punkten und wurde an die Leitlinie zum Management von Essstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen der internationalen Society for Adolescent Health and Medicine vergeben [14].

Die mittleren Domänenwerte lagen insgesamt bei einem Erreichungsgrad von 68,0% für die Domäne „Geltungsbereich und Zweck“ bis 24,4% für die Domäne „Anwendbarkeit“. Details zu den Gesamtbewertungen sowie den Domänenwerten der einzelnen Leitlinien sind in Tabelle 5 dargestellt.

Abbildung 1 Flow Chart zur Recherche in Leitlinien-Datenbanken und in PubMed

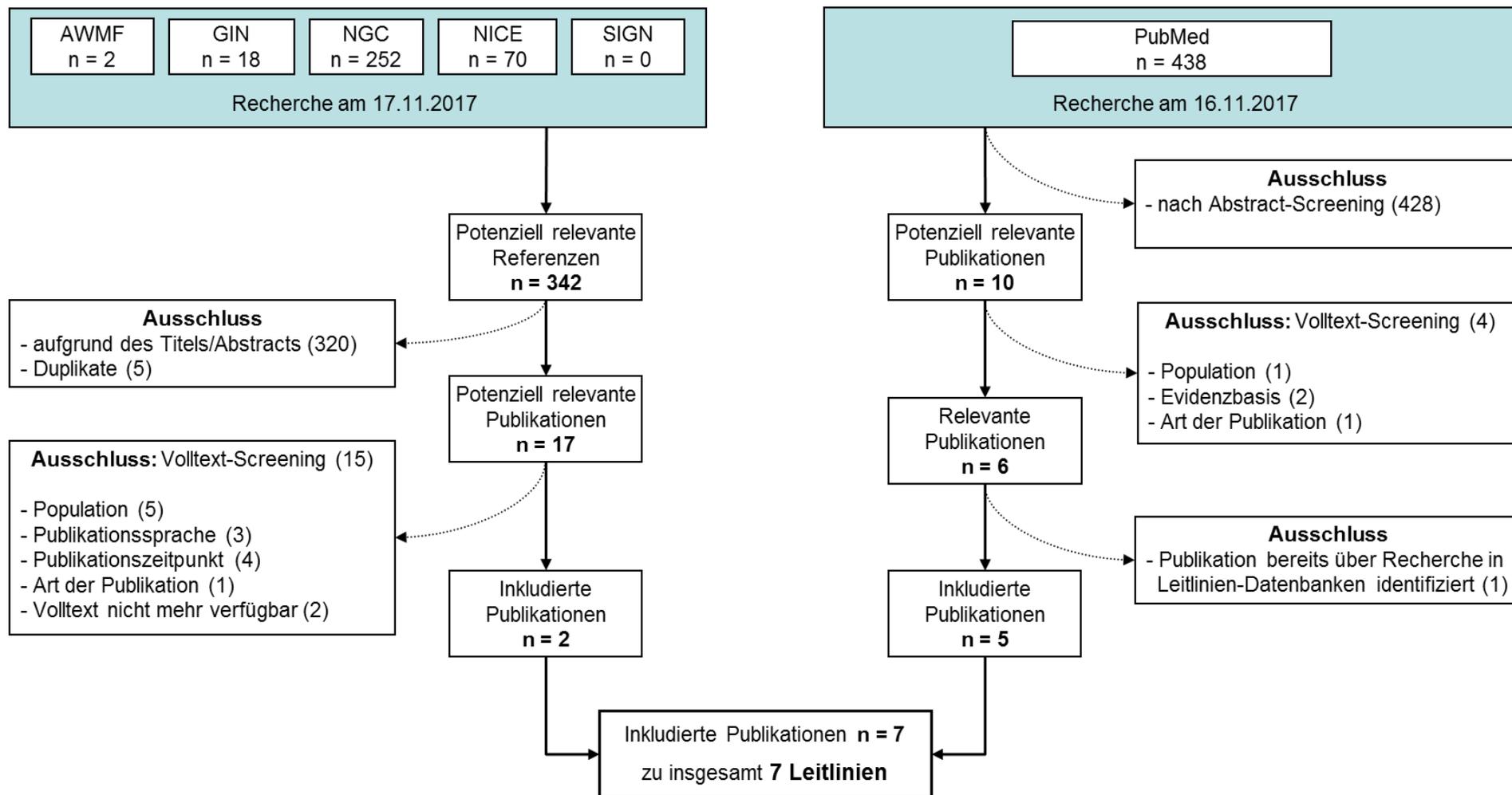


Tabelle 4 Charakteristika der inkludierten Leitlinien

Kurzbezeichnung	Leitlinie	Herausgeber	Land	Zielgruppe	Relevanter Themenbereich	Anwender-Zielgruppe	Finanzierung	Gültigkeit
AACAP 2015 [11]	Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders	American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, Committee on Quality Issues	USA	Kinder und Jugendliche mit Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), Binge-eating disorder (BED) und Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID)	Diagnostik und Therapie bei Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie • weiteres medizinisches Fachpersonal • Personal im Bereich psychischer Gesundheit 	k.A.	k.A.
AAFP 2015 [13]	Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa	American Academy of Family Physicians	USA	Alle Altersgruppen mit AN und BN	Diagnostik und medikamentöse/psychologische Intervention bei Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Familien- und Hausärzte 	k.A.	k.A.
APA 2012 [16]	Guideline Watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3 rd Edition	American Psychiatric Association	USA	Alle Altersgruppen mit AN, BN und BED	Therapie bei Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte für Psychiatrie 	Keine kommerziellen Organisationen waren beteiligt; keine näheren Angaben	k.A.

Kurzbezeichnung	Leitlinie	Herausgeber	Land	Zielgruppe	Relevanter Themenbereich	Anwender-Zielgruppe	Finanzierung	Gültigkeit
NICE 2017 [17]	Eating disorders: recognition and treatment	National Institute for Health and Care Excellence	Großbritannien	Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Essstörungen	Diagnose und Behandlung von AN, BN und BED	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinisches Fachpersonal • Stakeholder • öffentliche Anbieter von Serviceleistungen für Personen mit Essstörungen • Patienten und Angehörige 	Gesundheitsministerium Großbritannien	bis Mai 2019
RANZCP 2014 [15]	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	Australien, Neuseeland	Kinder und Jugendliche (zu Hause lebend) bzw. ältere Jugendliche und Erwachsene mit AN, BN, BED und ARFID	Diagnose und Therapie von Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte für Psychiatrie • weiteres medizinisches Fachpersonal 	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	k.A.
SAHM 2015 [14]	Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults	The Society for Adolescent Health and Medicine	International	Jugendliche und junge Erwachsene mit AN, BN, atypische AN und ARFID	Diagnose und Therapie von Essstörungen	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinisches Fachpersonal 	k.A.	k.A.

Kurzbezeichnung	Leitlinie	Herausgeber	Land	Zielgruppe	Relevanter Themenbereich	Anwender-Zielgruppe	Finanzierung	Gültigkeit
UWS 2015 [12]	Practice guidelines for acupuncturists using acupuncture as an adjunctive treatment for anorexia nervosa	University of Western Sydney	Australien	Alle Altersgruppen mit AN	Adjuvante Behandlung von AN mit Akupunktur	<ul style="list-style-type: none"> Akupunkturärzte 	k.A.	3-5 Jahre
AACAP: American Academy of Child and Adolescence Psychiatry; AAFP: American Academy of Family Physicians; AN: Anorexia nervosa; APA: American Psychiatric Association; ARFID: Avoidant/ restrictive food intake disorder; BED: Binge-eating disorder; BN: Bulimia nervosa; k.A.: keine Angaben; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; RANZCP: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; SAHM: The Society for Adolescent Health and Medicine; UWS: University of Western Sydney								

Tabelle 5 AGREE-II Bewertung der inkludierten Leitlinien

Leitlinie	Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck ^a	Domäne 2: Interessen- gruppen ^a	Domäne 3: Methodologische Exaktheit ^a	Domäne 4: Klarheit und Gestaltung ^a	Domäne 5: Anwendbarkeit ^a	Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit ^a	Gesamt- bewertung (Rangfolge) ^b
NICE 2017 [17]	100% ^d	78% ^d	99% ^d	97% ^d	79% ^d	83% ^d	7 (1)
RANZCP 2014 [15]	81%	56%	50%	78%	10%	54%	4,5 (2)
AACAP 2015 [11]	75%	39%	44%	69%	2% ^c	42%	3 (3)
APA 2012 [16]	47%	36%	42%	44%	23%	29%	3 (3)
AAFP 2015 [13]	42% ^c	19% ^c	32%	61%	29%	25%	3 (3)
UWS 2015 [12]	64%	33%	48%	31% ^c	13%	50%	2,5 (6)
SAHM 2015 [14]	67%	25%	30% ^c	64%	15%	0% ^c	2 (7)
Mittelwert [SD]	68,0% [19,9%]	40,9% [20,1%]	49,3% [23,2%]	63,4% [21,6%]	24,4% [25,6%]	40,4% [26,1%]	3,6 [1,7]

a: Standardisierte Domänenwerte

b: Gesamtbewertung: Mittelwert der Einzelbewertungen; 1 = geringstmögliche Qualität, 7 = höchstmögliche Qualität; Rang: mittlere Ränge

c: Niedrigster Domänenwert

d: Höchster Domänenwert

AACAP: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; AAFP: American Academy of Family Physicians; AN: Anorexia nervosa; APA: American Psychiatric Association;

ARFID: Avoidant/ restrictive food intake disorder; BED: Binge-eating disorder; BN: Bulimia nervosa; NICE: National Institute for Health and Care Excellence;

RANZCP: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; SAHM: The Society for Adolescent Health and Medicine; UWS: University of Western Sydney

7.4. Leitliniensynopse

Für die Synopse wurden aus den inkludierten Leitlinien ausschließlich eindeutig als Empfehlungen identifizierbare Aussagen extrahiert. Dies sind einerseits solche, die von den Autoren der Leitlinie explizit als Empfehlungen gekennzeichnet wurden (mittels GoR und/oder LoE) und andererseits Aussagen, die aufgrund der sprachlichen Darstellung als Empfehlungen identifiziert werden konnten. Die Empfehlungen mussten dabei den in Tabelle 1 angeführten Einschlusskriterien entsprechen. Empfehlungen in den Leitlinien welche auf die Versorgung von Erwachsenen, auf Essstörungen, bei denen kein potenzieller Bezug zu Untergewicht besteht (z.B. Binge-Eating), oder auf die Versorgung im stationären Bereich ausgerichtet sind, wurden daher nicht berücksichtigt.

In den 7 inkludierten Leitlinien konnten so 246 relevante Empfehlungen zum Management von Kindern und Jugendlichen identifiziert werden. Die Anzahl an relevanten Empfehlungen je Leitlinie variierten dabei von nur 2 Empfehlungen in der Leitlinie der University of Western Sydney (UWS 2015) [12] bis zu 121 Empfehlungen in der Leitlinie der American Psychiatric Association (APA 2012) [16].

Insgesamt waren über 60% der Empfehlungen (163 von 246) als starke Empfehlungen ausgewiesen, was nach Standardisierung einem GoR A entspricht. Daneben gab es 29 Empfehlungen mit einem standardisierten GoR B, 40 Empfehlungen mit einem standardisierten GoR C sowie 11 Empfehlungen auf Basis von Expertenkonsensus (EK). Bei 3 Empfehlungen aus der Leitlinie APA 2012 [16] wurde kein Empfehlungsgrad angegeben.

Im Zuge der Leitliniensynopse wurden die Empfehlungen insgesamt 12 übergeordneten Themenbereichen im Rahmen des Managements von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen auf Primärversorgungsebene zugeordnet. Tabelle 6 gibt einen Überblick zu den von den inkludierten Leitlinien erfassten Themenbereichen. Daneben lagen aus den meisten Leitlinien nach allgemeine Empfehlungen zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen und zur Kooperation der Behandler vor.

Tabelle 6 Spektrum der durch die Empfehlungen der Leitlinien abgedeckten Themenbereiche

Themenbereich Leitlinie	Risiko für Essstörung	Diagnose und Assessment	Therapie allgemein	Psychotherapie	Ernährungstherapie	Andere nicht-medikamentöse Therapie	Pharmakotherapie	Begleiterkrankungen/Komplikationen	Zwangsbehandlung	Monitoring	Nachsorge	Schnittstellen
AACAP 2015 [11]		•					•	•				•
AAFP 2015 [13]		•		•			•					
APA 2012 [16]		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
NICE 2017 [17]	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
RANZCP 2014 [15]			•	•			•			•		•
SAHM 2015 [14]		•		•						•		
UWS 2015 [12]						•						
DGPM 2011 [4] *	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•

* Leitlinie derzeit in Überarbeitung. Wurde als Quelle für ergänzende Informationen im Rahmen der Entwicklung des Behandlungspfads herangezogen

AACAP: American Academy of Child and Adolescence Psychiatry; AAFP: American Academy of Family Physicians; AN: Anorexia nervosa; APA: American Psychiatric Association; ARFID: Avoidant/ restrictive food intake disorder; DGPM: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; RANZCP: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; SAHM: The Society for Adolescent Health and Medicine; UWS: University of Western Sydney

Zur Synopse der Empfehlungen erfolgte, wie in Abschnitt 6.3 beschrieben, eine inhaltliche Zusammenfassung der einzelnen Empfehlungen aus den eingeschlossenen Leitlinien. Insgesamt war dabei festzustellen, dass es nur in einem Bereich inhaltliche Diskrepanzen in den Empfehlungen der internationalen evidenzbasierten Leitlinien zum Management von Essstörungen gab. Der Umgang mit der vorliegenden Diskrepanz wird im Abschnitt 7.5 beschrieben.

Nachfolgend sind für die einzelnen Themenbereiche die zusammengefassten wesentlichen Kernaussagen unter Angabe der jeweils zugrundeliegenden Empfehlungen aus den einzelnen

inkludierten Leitlinien sowie, soweit vorhanden, deren Empfehlungsstärken dargestellt. Darüber hinaus sind zu jeder Kernaussage, soweit vorhanden, auch die korrespondierenden Empfehlungen aus der deutschen S3-Leitlinie „Essstörungen“ (DGPM 2011) [4] angeführt. Ein Überblick über alle in den Leitlinien inkludierten relevanten Empfehlungen findet sich in Tabelle 7.

7.4.1. Allgemeine Grundsätze in der Behandlung von Untergewicht bei Kindern/Jugendlichen

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Professionals who assess and treat people with an eating disorder should be competent to do this for the age groups they care for. (NICE 2017 / GoR A)
- Treatment of eating disorders in youth usually involves a multidisciplinary team that is developmentally aware, sensitive, and skilled in the care of children and adolescents with eating disorders. (AACAP 2015 / GoR A)
- An interdisciplinary team approach is needed for the treatment of eating disorders, and often includes a family physician, a psychotherapist or psychiatrist, a dietitian, an eating disorder specialist, and school personnel. (AAFP 2015 / EK)
- A team approach is the recommended model of care. (APA 2012 / GoR A)
- The medical provider should be able to recognize and diagnose the spectrum of eating disorders in adolescents and young adults. (SAHM 2015 / EK)
- The medical provider requires knowledge of the evidence-based psychological treatments for adolescents and young adults with eating disorders. (SAHM 2015 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten in Einrichtungen oder bei Therapeuten erfolgen, die Expertise in der Therapie mit Essstörungen haben und störungsspezifische Therapieelemente bereithalten. (EK)

- Patientinnen mit AN sollte eine spezialisierte Therapie bei mit Essstörungen erfahrenen Behandlern angeboten werden. (*GoR B*)
- Stationäre bzw. teilstationäre (z. B. Tagesklinik) Behandlungen sollten in Einrichtungen erfolgen, die Erfahrungen in der Therapie mit BN haben und entsprechende essstörungsspezifische Therapieprogramme vorhalten. (*EK*)

Kernaussage: Um die Kontinuität der Betreuung sicher zu stellen, soll vorzugsweise eine konkrete Person (Arzt) aus dem Betreuungsteam als Hauptkoordinator bestimmt werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- It is preferable that a specific clinician on the team be designated as the primary coordinator of care to ensure continuity and attention to important aspects of treatment. (*APA 2012 / GoR B*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Es sollte eine Kontinuität in der Behandlung angestrebt werden. (*EK*)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- When a patient is managed by an interdisciplinary team in an outpatient setting, communication among the professionals is essential to monitoring the patient's progress, making necessary adjustments to the treatment plan, and delineating the specific roles and tasks of each team member. (*APA 2012 / GoR A*)
- Communicate regularly with all team members. (*RANZCP 2014 / GoR C*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Die beteiligten Stellen der Versorgung (niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzte) sollten sich um eine engmaschige Absprache und Kommunikation bemühen. (*EK*)
- Sind an der Therapie der AN mehrere Behandler beteiligt (wie z. B. Hausarzt, Psychotherapeut, Sozialarbeiter, Ernährungsberater, Familientherapeut), sollten diese sich regelmäßig untereinander absprechen. (*EK*)

Kernaussage: 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 sind
- beim Wechsel von der Primärversorgungsebene auf andere Versorgungsebenen oder umgekehrt
- bei Wechsel der Einrichtung innerhalb einer Versorgungsebene
- beim Wechsel von der Jugend- in die Erwachsenenbetreuung

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- In shifting between levels of care, it is important to establish continuity of care. (APA 2012 / GoR B)
- If the patient is going from one treatment setting or locale to another, transition planning requires that the care team in the new setting or locale be identified and that specific patient appointments be made. (APA 2012 / GoR A)
- Take particular care to ensure services are well coordinated when:
 - a young person moves from children's to adult services (see the NICE guideline on transition from children's to adults' services)
 - more than one service is involved (such as inpatient and outpatient services, child and family services, or when a comorbidity is being treated by a separate service)
 - people need care in different places at different times of the year (for example, university students). (NICE 2017 / GoR A)
- When a person is admitted to inpatient care for medical stabilisation, specialist eating disorder or liaison psychiatry services should:
 - keep in contact with the inpatient team to advise on care and management, both during the admission and when planning discharge
 - keep the person's family members or carers involved
 - consider starting or continuing psychological treatments for the eating disorder. (NICE 2017 / GoR A)
- Inpatient or day patient services should collaborate with other teams (including the community team) and the person's family members or carers (as appropriate), to help with treatment and transition. (NICE 2017 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Wegen eines erhöhten Risikos für Rückfälle erfordern Übergänge zwischen Settings (vor allem in weniger intensive Settings: stationär → ambulant) besondere Aufmerksamkeit und Vernetzung der Therapeuten, um die therapeutische Kontinuität zu erhalten. (GoR B)

Kernaussage: Im Management von Essstörungen bei Kindern/Jugendlichen müssen Eltern oder andere Sorgeberechtigte und ggf. weitere Bezugspersonen (z.B. Lehrer, Schularzt) miteinbezogen werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- In the assessment of children and adolescents, it is essential to involve parents and, whenever appropriate, school personnel and health professionals who routinely work with the patient. (APA 2012 / GoR A)
- For children and adolescents with anorexia nervosa, family involvement and treatment are essential. (APA 2012 / GoR A)
- Meet with family members and relevant others on an 'as-needs' basis. (RANZCP 2014 / GoR C)
- If appropriate, encourage family members, carers, teachers, and peers of children and young people to support them during their treatment. (NICE 2017 / GoR C)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Bei jungen Patientinnen (Kindern, Adoleszenten), die noch in der Herkunftsfamilie wohnen, sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige in die Behandlung einbezogen werden. (GoR B)
- Bei Kindern und Jugendlichen mit BN sollten die Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden. (EK)

Kernaussage: Die Behandler sollen 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Be aware that people with an eating disorder may:
 - find it difficult or distressing to discuss it with healthcare professionals, staff and other service users
 - be vulnerable to stigma and shame
 - need information and interventions tailored to their age and level of development.(NICE 2017 / GoR C)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- A clinician's articulation of theories that imply blame or permit family members to blame one another or themselves can alienate family members from involvement in the treatment and therefore be detrimental to the patient's care and recovery. (APA 2012 / GoR A)
- When communicating with people with an eating disorder and their family members or carers (as appropriate):
 - be sensitive when discussing a person's weight and appearance
 - be aware that family members or carers may feel guilty and responsible for the eating disorder
 - show empathy, compassion and respect
 - provide information in a format suitable for them, and check they understand it.(NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Terms such as ideal body weight (IBW), expected body weight (EBW), and median body weight (MBW) should be avoided. (SAHM 2015 / EK)
- When communicating with people with an eating disorder and their family members or carers (as appropriate):
 - be sensitive when discussing a person's weight and appearance
 - be aware that family members or carers may feel guilty and responsible for the eating disorder
 - show empathy, compassion and respect
 - provide information in a format suitable for them, and check they understand it. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: Der Umgang mit Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen und deren Familienmitgliedern soll respektvoll, empathisch und vorurteilsfrei erfolgen.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- When communicating with people with an eating disorder and their family members or carers (as appropriate):
 - be sensitive when discussing a person's weight and appearance
 - be aware that family members or carers may feel guilty and responsible for the eating disorder
 - show empathy, compassion and respect
 - provide information in a format suitable for them, and check they understand it. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Ensure that people with an eating disorder and their parents or carers (as appropriate) understand the purpose of any meetings and the reasons for sharing information about their care with others. (NICE 2017 / GoR A)

- When working with people with an eating disorder and their family members or carers (as appropriate):
 - hold discussions in places where confidentiality, privacy and dignity can be respected
 - explain the limits of confidentiality (that is, which professionals and services have access to information about their care and when this may be shared with others). (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Ensure that people with an eating disorder and their parents or carers (as appropriate) understand the purpose of any meetings and the reasons for sharing information about their care with others. (NICE 2017 / GoR A)

7.4.2. Diagnosestellung Untergewicht

Kernaussage: Die Diagnose und die Schweregradeinteilung von Untergewicht soll bei Kindern/Jugendlichen anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilenkurven (BMI/Alter) erfolgen.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Use of percent median BMI, z scores, and amount and rate of weight loss are recommended to classify a patient with mild, moderate, or severe malnutrition. (SAHM 2015 / EK)
- A two-step process is recommended: (1) determination of the degree of malnutrition compared with the reference population using percent median BMI, z scores, and amount and rate of weight loss as described previously and then (2) determination of a healthy weight range for that individual, on the basis of previous height, weight, and BMI percentiles, pubertal stage, and growth trajectory. (SAHM 2015 / EK)

7.4.3. Abklärung auf erhöhtes Risiko einer Essstörung (Initiales Assessment)

Kernaussage: Das höchste Risiko für eine Essstörung weisen Jugendliche im Alter zwischen 13 und 17 Jahren auf.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Although eating disorders can develop at any age, be aware that the risk in young men and women is highest between 13 and 17 years of age. (NICE 2017 /GoR C)

Kernaussage: 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?“

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Im allgemeinärztlichen Setting sollte bei folgenden Risikofaktoren an eine Essstörung gedacht werden:
 - junge Frauen mit niedrigem Körpergewicht
 - Patientinnen, die mit Gewichtssorgen kommen, aber nicht übergewichtig sind
 - Frauen mit Zyklusstörungen oder Amenorrhoe
 - Patientinnen, die mangelernährt erscheinen
 - Patientinnen mit gastrointestinalen Symptomen
 - Patientinnen mit wiederholtem Erbrechen
 - Kinder mit Wachstumsverzögerung

Zur Früherkennung von Essstörungen im allgemeinärztlichen Setting sollten zunächst die folgenden beiden Fragen erwogen werden:

- „Haben Sie ein Essproblem?“
- „Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Gewichts oder Ihrer Ernährung?“ (EK)

Kernaussage: Die Abklärung soll dabei jedoch nicht ausschließlich auf Basis von Screening-Tools (z.B. SCOFF-Fragebogen) erfolgen, sondern auch weitere Faktoren (siehe unten) berücksichtigen.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Do not use screening tools (for example, SCOFF) as the sole method to determine whether or not people have an eating disorder. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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
- menstruelle 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)

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- When assessing for an eating disorder or deciding whether to refer people for assessment, take into account any of the following that apply:
 - an unusually low or high BMI or body weight for their age

- rapid weight loss
 - dieting or restrictive eating practices (such as dieting when they are underweight) that are worrying them, their family members or carers, or professionals
 - family members or carers report a change in eating behaviour
 - social withdrawal, particularly from situations that involve food
 - other mental health problems
 - a disproportionate concern about their weight or shape (for example, concerns about weight gain as a side effect of contraceptive medication)
 - problems managing a chronic illness that affects diet, such as diabetes or coeliac disease
 - menstrual or other endocrine disturbances, or unexplained gastrointestinal symptoms
- physical signs of:
- malnutrition, including poor circulation, dizziness, palpitations, fainting or pallor
 - compensatory behaviours, including laxative or diet pill misuse, vomiting or excessive exercise
- abdominal pain that is associated with vomiting or restrictions in diet, and that cannot be fully explained by a medical condition
 - unexplained electrolyte imbalance or hypoglycaemia
 - atypical dental wear (such as erosion)
 - whether they take part in activities associated with a high risk of eating disorders (for example, professional sport, fashion, dance, or modelling). (NICE 2017 / *GoR C*)
- Be aware that, in addition to the points in recommendation 4, children and young people with an eating disorder may also present with faltering growth (for example, a low weight or height for their age) or delayed puberty. (NICE 2017 / *GoR C*)
 - Early recognition of eating disorder symptoms and early intervention may prevent an eating disorder from becoming chronic. (APA 2012 / *GoR A*)

- In younger patients, examination should include growth pattern, sexual development (including sexual maturity rating), and general physical development. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Initial evaluation of patients with eating disorders requires assessing medical stability and whether hospitalization is required. (AAFP 2015 / EK)
- Severe acute physical signs and medical complications need to be treated. (AACAP 2015 / GoR A)
- Have appropriate monitoring and management of medical and psychiatric risk. (RANZCP 2014 / GoR C)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Der Einsatz von gewichtsregulierenden Maßnahmen (Purging-Verhalten) oder auch das Vorliegen einer schweren psychischen Komorbidität sollten in der Therapie berücksichtigt werden. In Einzelfällen muss sich der aktuelle Fokus der Therapie nach der Symptomatik richten, die akut am bedrohlichsten ist (Suizidalität, autodestruktives Verhalten, Substanzabhängigkeit, massiver Laxanzienabusus). (EK)

7.4.4. Stationäre/Teilstationäre Behandlung

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Do not use an absolute weight or BMI threshold when deciding whether to admit people with an eating disorder to day patient or inpatient care. (NICE 2017 / GoR A)
- When reviewing the need for inpatient care as part of an integrated treatment programme for a person with an eating disorder:

- do not use inpatient care solely to provide psychological treatment for eating disorders
- do not discharge people solely because they have reached a healthy weight. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Provide acute medical care (including emergency admission) for people with an eating disorder who have severe electrolyte imbalance, severe malnutrition, severe dehydration or signs of incipient organ failure. (NICE 2017 / GoR A)
- For individuals who are markedly underweight and for children and adolescents whose weight has deviated below their growth curves, hospital-based programs for nutritional rehabilitation should be considered. (APA 2012 / GoR A)
- Reserve hospitalisation for medical rescue, management of psychiatric risk. (RANZCP 2014 / GoR A)
- Admit people with an eating disorder whose physical health is severely compromised to a medical inpatient or day patient service for medical stabilisation and to initiate refeeding, if these cannot be done in an outpatient setting. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Factors suggesting that hospitalization may be appropriate include rapid or persistent decline in oral intake, a decline in weight despite maximally intensive outpatient or partial hospitalization interventions, the presence of additional stressors that may interfere with the patient's ability to eat, knowledge of the weight at which instability previously occurred in the patient, co-occurring psychiatric problems that merit hospitalization, and the degree of the patient's denial and resistance to participate in his or her own care in less intensively supervised settings. (APA 2012 / GoR A)
- For people with an eating disorder and acute mental health risk (such as significant suicide risk), consider psychiatric crisis care or psychiatric inpatient care. (NICE 2017 / GoR C)
- Most patients with uncomplicated bulimia nervosa do not require hospitalization; indications for the hospitalization of such patients include severe disabling symptoms that have not responded to adequate trials of outpatient treatment, serious concurrent general medical problems (e.g., metabolic abnormalities, hematemesis, vital sign changes, uncontrolled vomiting), suicidality, psychiatric disturbances that would warrant the patient's hospitalization independent of the eating disorder

diagnosis, or severe concurrent alcohol or drug dependence or abuse. (APA 2012 / GoR A)

- Consider admission to an inpatient or day program unit where there is increased risk of non-response to outpatient/community based care. (RANZCP 2014 / EK)
- Hospitalization should occur before the onset of medical instability as manifested by abnormalities in vital signs (e.g., marked orthostatic hypotension with an increase in pulse of 20 bpm or a drop in standing blood pressure of 20 mmHg, bradycardia <40 bpm, tachycardia >110 bpm, or an inability to sustain core body temperature), physical findings, or laboratory tests. (APA 2012 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Für eine tagesklinische Behandlung spricht das Training im Umfeld der Patientin, für eine vollstationäre Behandlung das Herausnehmen der Patientin aus einem unter Umständen problematischen Umfeld und die Notwendigkeit der ganztägigen ärztlichen Betreuung. (EK)
- Als Kriterien für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung gelten:
 - psychische bzw. physische Komorbidität, die eine Indikation für eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung darstellt (z. B. Suizidalität, schwere Selbstverletzung, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit)
 - hoher Krankheitsschweregrad der Essstörung (erheblich entgleistes Essverhalten)
 - Versagen oder fehlende Möglichkeiten für eine ambulante Therapie
 - therapieverhindernde Umstände im Umfeld der Patientin. (EK)
- Folgende Kriterien sprechen für eine stationäre Behandlung:
 - rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20 % über sechs Monate)
 - gravierendes Untergewicht (BMI < 15 kg/m² bzw. bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der 3. Altersperzentile)
 - fehlender Erfolg einer ambulanten Behandlung
 - anhaltender Gewichtsverlust oder unzureichende Gewichtszunahme über drei Monate (bei Kindern und Jugendlichen früher) trotz ambulanter oder tagesklinischer Behandlung

- soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung)
- ausgeprägte psychische Komorbidität
- schwere bulimische Symptomatik (z. B. Laxanzien-/Diuretikaabusus, schwere Essanfälle mit Erbrechen) oder exzessiver Bewegungsdrang, die ambulant nicht beherrscht werden können
- körperliche Gefährdung oder Komplikationen (siehe Kapitel 1.2.2 „Krankheitsverlauf“)
- geringe Krankheitseinsicht
- Überforderung im ambulanten Setting, da dieses zu wenig strukturierte Vorgaben (Mahlzeitenstruktur, Essensmengen, Rückmeldungen zum Essverhalten, Motivationsbildung) bieten kann.
- Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie) (EK)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- To avert potentially irreversible effects on physical growth and development, many children and adolescents require inpatient medical treatment, even when weight loss, although rapid, has not been as severe as that suggesting a need for hospitalization in adult patients. (APA 2012 / GoR A)
- Children, young people and adults with an eating disorder who are admitted to day patient or inpatient care should be cared for in age-appropriate facilities (for example, paediatric wards or adolescent mental health services). These should be near to their home, and have the capacity to provide appropriate educational activities during extended admissions. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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 und Jugendlichen, bei denen die Familie engmaschig in den Behandlungsprozess mit eingebunden werden kann.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- When deciding whether day patient or inpatient care is most appropriate, take the following into account:
 - the person's BMI or weight, and whether these can be safely managed in a day patient service or whether the rate of weight loss (for example more than 1 kg a week) means they need inpatient care
 - whether inpatient care is needed to actively monitor medical risk parameters such as blood tests, physical observations and ECG (for example bradycardia below 40 beats per minute or a prolonged QT interval) that have values or rates of change in the concern or alert ranges: refer to Box 1 in Management of Really Sick Patients with Anorexia nervosa (MARSIPAN), or Guidance 1 and 2 in junior MARSIPAN
 - the person's current physical health and whether this is significantly declining
 - whether the parents or carers of children and young people can support them and keep them from significant harm as a day patient. (NICE 2017 / GoR C)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Bei folgenden Gruppen kann an eine tagesklinische 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 Patientinnen ohne Komorbidität und nur mäßigem Untergewicht, bei denen sich eine ambulante Therapie als nicht ausreichend erweist (Intensivierung ambulanter Therapie).
- Bei Patientinnen, 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 und Jugendlichen, bei denen die Familie engmaschig in den Behandlungsprozess mit eingebunden werden kann. (EK)
- Patientinnen mit AN sollten nur in Tageskliniken behandelt werden, die spezifische Konzepte für anorektische Patientinnen anbieten. (GoR B)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Outcomes from partial hospitalization programs that specialize in eating disorders are highly correlated with treatment intensity. The more successful programs involve patients in treatment at least 5 days/week for 8 hours/day; thus, it is recommended that partial hospitalization programs be structured to provide at least this level of care. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: 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/Familienangehörige oder ggf. Betreuer 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- If a person's physical health is at serious risk due to their eating disorder, they do not consent to treatment, and they can only be treated safely in an inpatient setting, follow the legal framework for compulsory treatment in the Mental Health Act 1983. (NICE 2017 / *GoR A*)
- Legal interventions, including involuntary hospitalization and legal guardianship, may be necessary to address the safety of treatment-reluctant patients whose general medical conditions are life threatening. (APA 2012 / *GoR A*)
- If a child or young person lacks capacity, their physical health is at serious risk and they do not, or lack the capacity to, consent to treatment, ask their parents or carers to consent on their behalf and if necessary, use an appropriate legal framework for compulsory treatment (such as the Mental Health Act 1983/2007 or the Children Act 1989). (NICE 2017 / *GoR A*)
- In determining whether to begin involuntary forced feeding, the clinician should carefully think through the clinical circumstances, family opinion, and relevant legal and ethical dimensions of the patient's treatment. (APA 2012 / *GoR A*)
- Feeding people without their consent should only be done by multidisciplinary teams who are competent to do so. (NICE 2017 / *GoR A*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Eine unter Zwang durchgeführte Behandlung der AN soll nur nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen inklusive der Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen erfolgen. (*EK*)

7.4.5. Diagnosestellung Essstörung

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- If an eating disorder is suspected after an initial assessment, refer immediately to a community-based, age-appropriate eating disorder service for further assessment or treatment. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- The patient's safety will be enhanced when particular attention is given to suicidal ideation, plans, intentions, and attempts as well as to impulsive and compulsive self-harm behaviors. (APA 2012 / GoR A)
- Assessment for suicidality is of particular importance in patients with co-occurring alcohol and other substance use disorders. (APA 2012 / GoR A)
- In patients with eating disorders, assess for psychiatric comorbidities, including depression and suicide risk, anxiety disorders, and substance use disorders. (AAFP 2015 / EK)
- Other aspects of the patient's psychiatric status that greatly influence clinical course and outcome and that are important to assess include mood, anxiety, and substance use disorders, as well as motivational status, personality traits, and personality disorders. (APA 2012 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Bei Patientinnen mit BN sollten komorbide psychische Störungen, insbesondere Angststörungen (vor allem soziale Phobie), Depressionen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen der Cluster B oder C gezielt erfragt werden.

Bei diagnostischen Unsicherheiten ist die Vorstellung in einer Spezialambulanz zu erwägen. (EK)

- Bei der Diagnostik sollten Daten aus folgenden Lebensbereichen erhoben werden: Familiäre Vorgeschichte von Essstörungen und essensbezogene Verhaltensweisen in der Familie, biografische Vorgeschichte von emotionaler Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung, Selbstwertprobleme und Probleme der Impulskontrolle, Diätverhalten und exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Körper. (EK)

7.4.6. Weiterführendes Assessment

Kernaussage: 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 und 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 Familienangehörigen bzw. Betreuer hinsichtlich deren Wissen über Essstörungen

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Professionals in primary and secondary mental health or acute settings should assess the following in people with a suspected eating disorder:
 - their physical health, including checking for any physical effects of malnutrition or compensatory behaviours such as vomiting
 - the presence of mental health problems commonly associated with eating disorders, including depression, anxiety, self-harm and obsessive compulsive disorder
 - the possibility of alcohol or substance misuse.
 - the need for emergency care in people whose physical health is compromised or who have a suicide risk. (NICE 2017 / GoR A)
- A positive screening should be followed by a comprehensive diagnostic evaluation, including laboratory tests and imaging studies as indicated. (AACAP 2015 / GoR A)
- When assessing a person with a suspected eating disorder, find out what they and their family members or carers (as appropriate) know about eating disorders and address any misconceptions. (NICE 2017 / GoR A)
- A careful assessment of the patient's history, symptoms, behaviors, and mental status is the first step in making a diagnosis of an eating disorder. (APA 2012 / GoR A)
- A full physical examination of the patient is strongly recommended and may be performed by a physician familiar with common findings in patients with eating disorders. The examination should give particular attention to vital signs, physical status (including height and weight), cardiovascular and peripheral vascular function, dermatological manifestations, and evidence of self-injurious behaviors. (APA 2012 / GoR A)
- The need for laboratory analyses should be determined on an individual basis depending on the patient's condition or the laboratory tests' relevance to making treatment decisions. (APA 2012 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Zur Beurteilung des medizinischen Risikos bzw. körperlicher Komplikationen sollten neben der Gewichtsentwicklung weitere Untersuchungsparameter wie Laborwerte

und physische Zeichen beachtet werden (siehe Leitlinienkapitel IX „Körperliche Folgeerkrankungen von Essstörungen“) (EK)

- Im allgemeinärztlichen Bereich sollte die medizinische Diagnostik als Minimum folgende Elemente enthalten:
 - Körpergröße und Körpergewicht (Bewertung mit Hilfe des BMI oder mit Perzentilkurven bei Jugendlichen)
 - Blutdruck und Puls
- Zur Abschätzung der vitalen Gefährdung durch Untergewicht und Folgen des Erbrechens können folgende Elemente hinzugezogen werden:
 - Körpertemperatur
 - Inspektion der Körperperipherie (Durchblutung, Ödeme)
 - Auskultation des Herzens, Orthostasetest
 - Blutbild
 - Blutsenkung
 - Harnstoff
 - Elektrolyte
 - Kreatinin
 - Leberfunktionstest
 - Blutglukose
 - Urinstatus
 - Elektrokardiogramm (EK)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Initial evaluation of patients with eating disorders requires assessing medical stability and whether hospitalization is required. (AAFP 2015 / EK)
- Severe acute physical signs and medical complications need to be treated. (AACAP 2015 / GoR A)

- Have appropriate monitoring and management of medical and psychiatric risk. (RANZCP 2014 / GoR C)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Der Einsatz von gewichtsregulierenden Maßnahmen (Purging-Verhalten) oder auch das Vorliegen einer schweren psychischen Komorbidität sollten in der Therapie berücksichtigt werden. In Einzelfällen muss sich der aktuelle Fokus der Therapie nach der Symptomatik richten, die akut am bedrohlichsten ist (Suizidalität, autodestruktives Verhalten, Substanzabhängigkeit, massiver Laxanzienabusus). (EK)

Kernaussage: Im Rahmen des Assessments sollte auf Anzeichen für Vernachlässigung oder Missbrauch geachtet werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Healthcare professionals assessing people with an eating disorder (especially children and young people) should be alert throughout assessment and treatment to signs of bullying, teasing, abuse (emotional, physical and sexual) and neglect. For guidance on when to suspect child maltreatment, see the NICE guideline on child maltreatment. (NICE 2017 / GoR A)
- It is important for clinicians to pay attention to cultural attitudes, patient issues involving the gender of the therapist, and specific concerns about possible abuse, neglect, or other developmental traumas. (APA 2012 / GoR B)

7.4.7. Therapie der Essstörung

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- People with eating disorders should be assessed and receive treatment at the earliest opportunity. (NICE 2017 / GoR A)
- Outpatient treatment is the first-line treatment in adolescent anorexia nervosa (RANZCP 2014 / GoR A)

- Patients who are considerably below their healthy body weight and are highly motivated to adhere to treatment, have cooperative families, and have a brief symptom duration may benefit from treatment in outpatient settings, but only if they are carefully monitored and if they and their families understand that a more restrictive setting may be necessary if persistent progress is not evident in a few weeks. (APA 2012 / *GoR B*)
- In an outpatient setting, patients can remain with their families and continue to attend school or work. Inpatient care may interfere with family, school, and work obligations; however, it is important to give priority to the safe and adequate treatment of a rapidly progressing or otherwise unresponsive disorder for which hospital care might be necessary. (APA 2012 / *GoR A*)
- Services available for treating eating disorders can range from intensive inpatient programs (in which general medical care is readily available) to residential and partial hospitalization programs to varying levels of outpatient care (in which the patient receives general medical treatment, nutritional counseling, and/or individual, group, and family psychotherapy). Because specialized programs are not available in all geographic areas and their financial requirements are often significant, access to these programs may be limited; petition, explanation, and follow-up by the psychiatrist on behalf of patients and families may help procure access to these programs. Pretreatment evaluation of the patient is essential in choosing the appropriate treatment setting. (APA 2012 / *GoR A*)
- In determining a patient's initial level of care or whether a change to a different level of care is appropriate, it is important to consider the patient's overall physical condition, psychology, behaviors, and social circumstances rather than simply rely on one or more physical parameters, such as weight. (APA 2012 / *GoR A*)
- Weight in relation to estimated individually healthy weight, the rate of weight loss, cardiac function, and metabolic status are the most important physical parameters to be considered when choosing a treatment setting; other psychosocial parameters are also important. Healthy weight estimates for a given individual must be determined by that person's physicians. Such estimates may be based on historical considerations (often including that person's growth charts) and, for women, the weight at which

healthy menstruation and ovulation resume, which may be higher than the weight at which menstruation and ovulation became impaired. Admission to or continuation of an intensive level of care (e.g., hospitalization) may be necessary when access to a less intensive level of care (e.g., partial hospitalization) is absent because of geography or a lack of resources. (APA 2012 / *GoR A*)

- Hospitalization should occur before the onset of medical instability as manifested by abnormalities in vital signs (e.g., marked orthostatic hypotension with an increase in pulse of 20 bpm or a drop in standing blood pressure of 20 mmHg, bradycardia <40 bpm, tachycardia >110 bpm, or an inability to sustain core body temperature), physical findings, or laboratory tests. (APA 2012 / *GoR A*)
- Early treatment is particularly important for those with or at risk of severe emaciation and such patients should be prioritised for treatment. (NICE 2017 / *GoR A*)
- Outpatient psychosocial interventions are the initial treatment of choice for children and adolescents with eating disorders. (AACAP 2015 / *GoR A*)
- Psychiatric hospitalization, day programs, partial hospitalization programs, and residential programs for eating disorders in children and adolescents should be considered only when outpatient interventions have been unsuccessful or are unavailable. (AACAP 2015 / *GoR C*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Patientinnen mit AN soll frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden. (*GoR A*)
- Das ambulante Behandlungsverfahren erster Wahl bei Patientinnen mit AN sollte eine evidenzbasierte Psychotherapie sein. (*GoR B*)
- Bei Vorliegen einer BN soll den Patientinnen frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um Chronifizierung zu vermeiden. Es sollte berücksichtigt werden, dass einige Patientinnen mit BN einer Veränderung ihres Essverhaltens ambivalent gegenüberstehen und daher aktiv für eine Behandlung motiviert werden müssen. (*EK*)
- Patientinnen mit BN sollten vorwiegend ambulant behandelt werden. Bei Vorliegen bestimmter Indikationskriterien ist eine stationäre oder tagesklinische Behandlung indiziert. (*GoR B*)

- Hinsichtlich der Settings gibt es empirische Hinweise für die Wirksamkeit von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung. (EK)
- Patientinnen mit BN sollten ambulant behandelt werden. Bei Vorliegen bestimmter Indikationskriterien (s. u.) oder fehlender Möglichkeit für eine zeitnahe ambulante Therapie ist eine stationäre oder teilstationäre Behandlung indiziert. (GoR B)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- More extensive psychotherapeutic measures may be undertaken to engage and help motivate patients whose illness is resistant to treatment. (APA 2012 / GoR B)
- More extensive psychotherapeutic measures may be undertaken as compassionate care. (APA 2012 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Bei einer Verschlechterung oder stagnierender Entwicklung im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie sollten intensivere Behandlungsangebote gemacht werden. Dies kann eine Kombination von Behandlungsmethoden im ambulanten Rahmen sein oder aber ein tagesklinischer oder stationärer Behandlungsabschnitt. (GoR C)

Kernaussage: Die Entscheidung für eine Therapie der Essstörung sollte nicht alleine auf den BMI oder der Krankheitsdauer basieren.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Do not use single measures such as BMI or duration of illness to determine whether to offer treatment for an eating disorder. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Patients with subsyndromal anorexia nervosa or bulimia nervosa who meet most but not all of the DSM-IV-TR criteria (e.g., weight >85% of expected weight, binge and purge frequency less than twice per week) merit treatment similar to that of patients who fulfill all criteria for these diagnoses. (APA 2012 / *GoR B*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- 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. (*EK*)
- Bei Vorliegen einer Purging Disorder wird empfohlen, in der Behandlung analog zur Behandlung des Vollbilds der BN vorzugehen. (*EK*)

Kernaussage: Bei Kindern/Jugendlichen ist die Einbeziehung der Eltern/Familie in die Therapie wesentlich.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- For children and adolescents with anorexia nervosa, family involvement and treatment are essential. (APA 2012 / *GoR A*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Bei Kindern und Jugendlichen sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige ausführlich über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert und in die Behandlung mit einbezogen werden. (*GoR A*)
- Bei jungen Patientinnen (Kindern, Adoleszenten), die noch in der Herkunftsfamilie wohnen, sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige in die Behandlung einbezogen werden. (*GoR B*)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Offer people with an eating disorder and their family members or carers (as appropriate) education and information on:
 - the nature and risks of the eating disorder and how it is likely to affect them
 - the treatments available and their likely benefits and limitations. (NICE 2017 / *GoR A*)
- If appropriate, provide written information for family members or carers who do not attend assessment or treatment meetings with the person with an eating disorder. (NICE 2017 / *GoR A*)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Be aware that the family members or carers of a person with an eating disorder may experience severe distress. Offer family members or carers assessments of their own needs as treatment progresses, including:
 - what impact the eating disorder has on them and their mental health
 - what support they need, including practical support and emergency plans if the person with the eating disorder is at high medical or psychiatric risk. (NICE 2017 / *GoR C, GoR A*)

7.4.8. Therapie der Anorexia nervosa

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Collaboratively set achievable eating and health-related goals and be clear with the individual and family what the goals of treatment are. (RANZCP 2014 / GoR C)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit der Patientin (und ggfs. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt, Umgang mit der Familie. (EK)

Kernaussage: Die Therapieziele sollten gemeinschaftlich (Betreuungsteam, betroffene Kinder/Jugendliche und Eltern/Familie) festgelegt werden und erreichbar sein.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Collaboratively set achievable eating and health-related goals and be clear with the individual and family what the goals of treatment are. (RANZCP 2014 / GoR C)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit der Patientin (und ggfs. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt, Umgang mit der Familie. (EK)

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- The aims of treating anorexia nervosa are to 1) restore patients to a healthy weight (associated with the return of menses and normal ovulation in female patients, normal

sexual drive and hormone levels in male patients, and normal physical and sexual growth and development in children and adolescents); 2) treat physical complications; 3) enhance patients' motivation to cooperate in the restoration of healthy eating patterns and participate in treatment; 4) provide education regarding healthy nutrition and eating patterns; 5) help patients reassess and change core dysfunctional cognitions, attitudes, motives, conflicts, and feelings related to the eating disorder; 6) treat associated psychiatric conditions, including deficits in mood and impulse regulation and self-esteem and behavioral problems; 7) enlist family support and provide family counseling and therapy where appropriate; and 8) prevent relapse. (APA 2012 / k.A. zu GoR)

- The goals of psychosocial interventions are to help patients with anorexia nervosa 1) understand and cooperate with their nutritional and physical rehabilitation, 2) understand and change the behaviors and dysfunctional attitudes related to their eating disorder, 3) improve their interpersonal and social functioning, and 4) address comorbid psychopathology and psychological conflicts that reinforce or maintain eating disorder behaviors. (APA 2012 / k.A. zu GoR)
- For patients age 20 years and younger, an individually appropriate range for expected weight and goals for weight and height may be determined by considering measurements and clinical factors, including current weight, bone age estimated from wrist X-rays and nomograms, menstrual history (in adolescents with secondary amenorrhea), mid-parental heights, assessments of skeletal frame, and benchmarks from Centers for Disease Control and Prevention (CDC) growth charts (available at <http://www.cdc.gov/growthcharts/>). (APA 2012 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Vorrangiges Ziel der ambulanten Therapie von Patientinnen mit AN ist die Normalisierung von Essverhalten und Gewicht und Arbeit an den damit verbundenen psychischen Symptomen und Schwierigkeiten. (EK)
- Ein notwendiges Therapieziel bei AN ist die Normalisierung von Mahlzeitenstruktur und -zusammensetzung mit dem Ziel einer ausreichenden Gewichtszunahme. (GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Advise people with an eating disorder who are exercising excessively to stop doing so. (NICE 2017 / GoR A)
- Physical activity should be adapted to the food intake and energy expenditure of the patient, taking into account the patient's bone mineral density and cardiac function. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: Bei Kindern/Jugendlichen in der Wachstumsphase sollten die Therapieziele alle 3-6 Monate evaluiert und ggf. angepasst werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- During a period of growth, the individual's treatment goal weight should be reassessed every 3-6 months. (SAHM 2015 / EK)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Die körperliche Aktivität ist auf einen dem Gewicht sowie der täglichen Energieaufnahme angemessenen Umfang zu reduzieren. (GoR C)
- Die Patientinnen sollten auf mögliche körperliche Komplikationen (z. B. Frakturen) bei exzessiver sportlicher Aktivität hingewiesen werden. (EK)
- Die Patientinnen sollten darauf hingewiesen werden, dass mit Laxanzien das Körpergewicht bzw. die Energieaufnahme nicht effektiv reduziert werden kann. Ferner sollten sie über mögliche Komplikationen einer längerfristigen Laxanzieinnahme aufgeklärt werden. (EK)

7.4.9. Psychotherapie bei Anorexia nervosa

Kernaussage: Der Inhalt, die Struktur und die Dauer der Psychotherapieprogramme müssen auf anerkannten, relevanten Manualen für die Behandlung von Essstörungen basiert sein.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Specialist therapist-led manualised based approaches show the most promising evidence base, and as such should be first-line options. (RANZCP 2014 / *GoR A*)
- Base the content, structure and duration of psychological treatments on relevant manuals that focus on eating disorders. (NICE 2017 / *GoR A*)

Kernaussage: Der Einfluss von familiärem, schulischem und/oder Arbeitsumfeld sowie sozialen Medien auf die Essstörung sollte erhoben und in der Therapie entsprechend berücksichtigt werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Assess the impact of the home, education, work and wider social environment (including the internet and social media) on each person's eating disorder. Address their emotional, education, employment and social needs throughout treatment. (NICE 2017 / *GoR A*)

Kernaussage: Die Familientherapie ist bei Kindern und 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- For children and adolescents, the evidence indicates that family treatment is the most effective intervention. (APA 2012 / *GoR A*)
- For most children and adolescents with anorexia nervosa, family based therapy (FBT) or an alternate family therapy is the treatment of choice. (RANZCP 2014 / *GoR A*)
- Family-based treatment (the Maudsley method) is effective for treating anorexia nervosa in adolescents. (AAFP 2015 / *GoR C*)
- There is modest evidence that family based therapies are effective for younger people (up to the age of 18) living with families. (RANZCP 2014 / *GoR A*)
- The medical provider should know that family-based therapy is a first-line outpatient, psychological treatment for adolescents with anorexia nervosa. (SAHM 2015 / *GoR A*)

- If FT-AN is unacceptable, contraindicated or ineffective for children or young people with anorexia nervosa, consider individual CBT-ED or adolescent-focused psychotherapy for anorexia nervosa (AFP-AN). (NICE 2017 / *GoR C*)
- Options for individual therapy include cognitive-behavioral therapy (CBT). (RANZCP 2014 / *GoR C*)
- Individual therapy should be considered in older adolescents with anorexia nervosa where family therapy is inappropriate or not suitable. (RANZCP 2014 / *GoR A*)
- Options for individual therapy include adolescent focused therapy (AFT). (RANZCP 2014 / *GoR A*)
- Psychological therapy is considered essential, but there is limited high quality evidence to direct the best choice of therapy modality. (RANZCP 2014 / *GoR A*)

Kernaussage: Die Familientherapie für Kinder/Jugendliche 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. andere Sorgeberechtigter geboten werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Consider anorexia-nervosa-focused family therapy for children and young people (FT-AN), delivered as single-family therapy or a combination of single- and multi-family therapy. Give children and young people the option to have some single-family sessions:
 - separately from their family members or carers and
 - together with their family members or carers. (NICE 2017 / *GoR C*)
- Consider giving children and young people with anorexia nervosa additional appointments separate from their family members or carers. (NICE 2017 / *GoR C*)

Kernaussage: Die Familientherapie für Kinder/Jugendliche 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 Rückfallprophylaxe fokussieren und potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten nach Beendigung der Familientherapie ansprechen

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- FT-AN for children and young people with anorexia nervosa should:
 - typically consist of 18–20 sessions over 1 year
 - review the needs of the person 4 weeks after treatment begins and then every 3 months, to establish how regular sessions should be and how long treatment should last
 - emphasise the role of the family in helping the person to recover
 - not blame the person or their family members or carers
 - include psychoeducation about nutrition and the effects of malnutrition
 - support the parents or carers to take a central role in helping the person manage their eating early in treatment and emphasise that this is a temporary role
 - in the first phase, aim to establish a good therapeutic alliance with the person, their parents or carers and other family members

- in the second phase, support the person (with help from their parents or carers) to establish a level of independence appropriate for their level of development
- in the final phase:
 - focus on plans for when treatment ends (including any concerns the person and their family have) and on relapse prevention
 - address how the person can get support if treatment is stopped. (NICE 2017 / GoR A)
- In methods modeled after the Maudsley approach, families become actively involved, in a blame-free atmosphere, in helping patients eat more and resist compulsive exercising and purging. For some outpatients, a short-term course of family therapy using these methods may be as effective as a long-term course; however, a shorter course of therapy may not be adequate for patients with severe obsessive-compulsive features or nonintact families. (APA 2012 / GoR B)
- Because of anorexia nervosa's enduring nature, psychotherapeutic treatment is frequently required for at least 1 year and may take many years. (APA 2012 / GoR A)
- Psychiatric management begins with the establishment of a therapeutic alliance, which is enhanced by empathic comments and behaviors, positive regard, reassurance, and support. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- AFP-AN for children and young people should:
 - typically consist of 32–40 individual sessions over 12–18 months, with:
 - more regular sessions early on, to help the person build a relationship with the practitioner and motivate them to change their behaviour
 - 8–12 additional family sessions with the person and their parents or carers (as appropriate)
 - review the needs of the person 4 weeks after treatment begins and then every 3 months, to establish how regular sessions should be and how long treatment should last
 - in family sessions and in individual sessions, include psychoeducation about nutrition and the effects of malnutrition
 - focus on the person’s self-image, emotions and interpersonal processes, and how these affect their eating disorder
 - develop a formulation of the person’s psychological issues and how they use anorexic behaviour as a coping strategy
 - address fears about weight gain, and emphasise that weight gain and healthy eating is a critical part of therapy

- find alternative strategies for the person to manage stress
- in later stages of treatment, explore issues of identity and build independence
- towards end of treatment, focus on transferring the therapy experience to situations in everyday life
- in family sessions, help parents or carers support the person to change their behaviour
- address how the person can get support if treatment is stopped. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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 Kinder/Jugendlichen helfen, das Gelernte in seinem täglichen Leben anzuwenden
- potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten nach Beendigung der kognitiven Verhaltenstherapie ansprechen

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Individual CBT-ED for children and young people with anorexia nervosa should:
 - typically consist of up to 40 sessions over 40 weeks, with:
 - twice-weekly sessions in the first 2 or 3 weeks
 - 8–12 additional brief family sessions with the person and their parents or carers (as appropriate)
 - in family sessions and in individual sessions, include psychoeducation about nutrition and the effects of malnutrition
 - in family sessions:
 - identify anything in the person’s home life that could make it difficult for them to change their behaviour, and find ways to address this
 - discuss meal plans
 - aim to reduce the risk to physical health and any other symptoms of the eating disorder
 - encourage reaching a healthy body weight and healthy eating
 - cover nutrition, relapse prevention, cognitive restructuring, mood regulation, social skills, body image concern and self-esteem
 - create a personalised treatment plan based on the processes that appear to be maintaining the eating problem
 - take into account the person’s specific development needs
 - explain the risks of malnutrition and being underweight
 - enhance self-efficacy
 - include self-monitoring of dietary intake and associated thoughts and feelings
 - include homework, to help the person practice what they have learned in their daily life
 - address how the person can get support if treatment is stopped. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Programs that focus exclusively on abstaining from binge eating, purging, restrictive eating, or excessive exercising (e.g., 12-step programs) without attending to nutritional considerations or cognitive and behavioral deficits have not been studied and therefore cannot be recommended as the sole treatment for anorexia nervosa. (APA 2012 / GoR A)
- It is important for programs using 12-step models to be equipped to care for patients with the substantial psychiatric and general medical problems often associated with eating disorders. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Basic psychiatric management includes support through the provision of educational materials, including self-help workbooks; information on community-based and Internet resources; and direct advice to patients and their families (if they are involved). (APA 2012 / GoR A)
- Although families and patients are increasingly accessing worthwhile, helpful information through online web sites, newsgroups, and chat rooms, the lack of professional supervision within these resources may sometimes lead to users' receiving misinformation or create unhealthy dynamics among users. It is recommended that clinicians inquire about a patient's or family's use of Internet-based support and other alternative and complementary approaches and be prepared to openly and sympathetically discuss the information and ideas gathered from these sources. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- For patients who have difficulty talking about their problems, clinicians have reported that a variety of nonverbal therapeutic methods, such as the creative arts, movement therapy programs, and occupational therapy, can be useful. (APA 2012 / GoR C)

Kernaussage: Der Besuch von Anorexia nervosa-Selbsthilfegruppe stellt keinen Ersatz für eine professionelle Psychotherapie dar.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Anorexics and Bulimics Anonymous and Overeaters Anonymous are not substitutes for professional treatment. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: Auch bei Kindern/Jugendlichen mit einer chronifizierten Anorexia nervosa sollte eine Psychotherapie durchgeführt werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Patients with chronic anorexia nervosa generally show a lack of substantial clinical response to formal psychotherapy. Nevertheless, many clinicians report seeing patients with chronic anorexia nervosa who, after many years of struggling with their disorder, experience substantial remission, so clinicians are justified in maintaining and extending some degree of hope to patients and families. (APA 2012 / GoR B)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Clinicians need to attend to their countertransference reactions to patients with a chronic eating disorder, which often include beleaguerment, demoralization, and excessive need to change the patient. (APA 2012 / GoR A)

- Issues of countertransference, discussed above with respect to the treatment of patients with anorexia nervosa, also apply to the treatment of patients with bulimia nervosa. (APA 2012 / GoR A)
- At the same time, when treating patients with chronic illnesses, clinicians need to understand the longitudinal course of the disorder and that patients can recover even after many years of illness. (APA 2012 / GoR A)

7.4.10. Ernährungstherapie bei Anorexia nervosa

Kernaussage: Die Ernährungstherapie stellt einen Teil eines multidisziplinären Therapieansatzes dar und sollten nicht als alleinige Behandlung angeboten werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Only offer dietary counselling as part of a multidisciplinary approach. (NICE 2017 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Ernährungsberatung sollten nicht als alleinige Behandlung angeboten werden; dies gilt auch für Interventionen im Anschluss an eine stationäre Behandlung. (GoR B)
- Ernährungstherapie und Ernährungsberatung ist als alleinige Therapie der AN nicht geeignet (siehe auch Kapitel 2.1 „Behandlungsziele“) (GoR B)

Kernaussage: Vor Beginn einer Ernährungstherapie soll das Essverhalten sowie die Zusammensetzung der derzeitigen Ernährung erhoben werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- It is important to assess nutritional intake for all patients, even those with a normal body weight (or normal BMI), as normal weight does not ensure appropriate nutritional intake or normal body composition. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- It is important to encourage patients with anorexia nervosa to expand their food choices to minimize the severely restricted range of foods initially acceptable to them. (APA 2012 / GoR B)
- Registered dietitians can help patients choose their own meals and can provide a structured meal plan that ensures nutritional adequacy and that none of the major food groups are avoided. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: Bei der Ernährungsberatung und der Erstellung von Essensplänen sollen Eltern/ Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte miteinbezogen werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Include family members or carers (as appropriate) in any dietary education or meal planning for children and young people with anorexia nervosa who are having therapy on their own. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Registered dietitians can help patients choose their own meals and can provide a structured meal plan that ensures nutritional adequacy and that none of the major food groups are avoided. (APA 2012 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Das Hinzuziehen einer Ernährungsberaterin/eines Ernährungsberaters sollte bei einer ambulanten Behandlung erwogen werden. Voraussetzung sind auf Seiten der Ernährungsberatung umfangreiche Erfahrungen im Umgang mit essgestörten Patientinnen und eine engmaschige Abstimmung mit dem behandelnden Psychotherapeuten. (GoR C)

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- The goals of nutritional rehabilitation for seriously underweight patients are to restore weight, normalize eating patterns, achieve normal perceptions of hunger and satiety, and correct biological and psychological sequelae of malnutrition. (APA 2012 / GoR A)
- Weight gain results in improvements in most of the physiological and psychological complications of semistarvation. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: Im ambulanten Setting sollte eine Gewichtszunahme von 200–500 g/Woche angestrebt werden. Eine flexible Handhabung ist dabei möglich.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- In working to achieve target weights, the treatment plan should also establish expected rates of controlled weight gain. Clinical consensus suggests that realistic targets are 2–3 lb/week for hospitalized patients and 0.5–1 lb/week for individuals in outpatient programs. (APA 2012 / GoR B)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Im ambulanten Setting sollte eine Gewichtszunahme von 200–500 g/Woche angestrebt werden. Eine flexible Handhabung ist dabei möglich. (EK)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Caloric intake levels should usually start at 30–40 kcal/kg per day (approximately 1,000–1,600 kcal/day). During the weight gain phase, intake may have to be advanced progressively to as high as 70–100 kcal/kg per day for some patients; many male patients require a very large number of calories to gain weight. (APA 2012 / *GoR B*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Zur Orientierung in den ersten Behandlungstagen kann bei hochgradig untergewichtigen Patientinnen die initiale Nahrungszufuhr (für eine enterale Ernährung) mit ca. 30–40 kcal/kg (Körpergewicht) beziffert werden. (*GoR C*)

Kernaussage: Der zusätzliche Einsatz von Formula-Diäten kann - vor allem zu Beginn der Therapie - notwendig sein, um die erforderliche Kalorienmenge zu erreichen.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Formula feeding may have to be added to the patient's diet to achieve large caloric intake. (APA 2012 / *GoR B*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Um eine ausreichende Nahrungszufuhr zu gewähren, kann insbesondere zu Beginn der Therapie zur Ergänzung (oder notfalls auch zum Ersatz) einer noch nicht ausreichenden normalen Ernährung Flüssigkost zum Einsatz kommen. Dabei sollten Produkte eingesetzt werden, die zur vollständigen Ernährung geeignet sind, das heißt, die alle Bestandteile einer normalen Ernährung in ausgewogener Menge enthalten. (*GoR C*)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Careful monitoring includes at least weekly (and often two to three times a week) weight determinations done directly after the patient voids and while the patient is wearing the same class of garment (e.g., hospital gown, standard exercise clothing). (APA 2012 / *GoR A*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Die Wirksamkeit einer ambulanten Psychotherapie sollte kontinuierlich anhand eines Gewichtsmonitorings erfolgen. (EK)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Patients who require much lower caloric intakes or are suspected of artificially increasing their weight by fluid loading should be weighed in the morning after they have voided and are wearing only a gown; their fluid intake should also be carefully monitored. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Patients' serum levels of phosphorus, magnesium, potassium, and calcium should be determined daily for the first 5 days of refeeding and every other day for several weeks thereafter, and electrocardiograms should be performed as indicated. (APA 2012 / GoR B)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Bei häufigem Erbrechen ist auf eine regelmäßige Kontrolle des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes zu achten. (EK)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Encourage people with anorexia nervosa to take an age-appropriate oral multi-vitamin and multi-mineral supplement until their diet includes enough to meet their dietary reference values. (NICE 2017 / *GoR A*)
- Offer supplementary dietary advice to children and young people with anorexia nervosa and their family or carers (as appropriate) to help them meet their dietary needs for growth and development (particularly during puberty). (NICE 2017 / *GoR A*)
- For people with an eating disorder who need supplements to restore electrolyte balance, offer these orally unless the person has problems with gastrointestinal absorption or the electrolyte disturbance is severe. (NICE 2017 / *GoR A*)
- Phosphorus, magnesium, and/or potassium supplementation should be given when indicated. (APA 2012 / *GoR A*)
- Although no specific hormone treatments or vitamin supplements have been shown to be helpful (I). Supplemental calcium and vitamin D are often recommended (III). (APA 2012 / *GoR A, GoR C*)
- Although there is no evidence that calcium or vitamin D supplementation reverses decreased bone mineral density, when calcium dietary intake is inadequate for growth and maintenance, calcium supplementation should be considered, and when the individual is not exposed to daily sunlight, vitamin D supplementation may be used. (APA 2012 / *GoR A*)
- However, large supplemental doses of vitamin D may be hazardous. (APA 2012 / *GoR A*)
- Hypokalemia should be treated with oral or intravenous potassium supplementation and rehydration. (APA 2012 / *GoR A*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Aus den Befunden lässt sich keine generelle Empfehlung zur Vitaminsubstitution ableiten. Eine unzureichende Vitaminzufuhr kann durch eine ausgewogene und ausreichende Kost in der Regel ausgeglichen werden. Bei klinischen Zeichen von Vitaminmangelzuständen (insbesondere von Thiamin [B1], Riboflavin [B2], Niacin [B3], und Folsäure [B9]) kann eine Vitaminsubstitution sinnvoll sein. (GoR C)
- Eisensubstitution ist nur in wenigen Ausnahmefällen bei nachgewiesener Eisenmangelanämie (niedriges Ferritin) sinnvoll. (GoR C)
- Bei der Behandlung der AN müssen die Serumkaliumwerte regelhaft kontrolliert werden. Bei erniedrigten Werten sollten im EKG die Hypokaliämiezeichen geprüft und Rhythmusstörungen ausgeschlossen werden. Die Hypokaliämie sollte durch exogene, möglichst orale Zufuhr von Kaliumchlorid bis zur Normokaliämie ausgeglichen werden. (GoR B)

Kernaussage: 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.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- 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. (GoR B)

Kernaussage: Hypercholesterinämie ist eine häufige Begleiterscheinung der AN. Die Cholesterinwerte normalisieren sich nach Gewichtszunahme. Es ist keine spezifische diätetische oder medikamentöse Therapie indiziert.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Hypercholesterinämie ist eine häufige Begleiterscheinung der AN. Die Cholesterinwerte normalisieren sich nach Gewichtszunahme. Es ist keine spezifische diätetische oder medikamentöse Therapie indiziert. (GoR C)

Kernaussage: Die Bestimmung und ggf. Substitution von Zink sollte nicht regelhaft erfolgen. Eine Bestimmung kann bei typischen Hautveränderungen ggf. sinnvoll sein.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Zinc supplements have been reported to foster weight gain in some patients, and patients may benefit from daily zinc-containing multivitamin tablets. (APA 2012 / GoR B)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Eine Substitution von Zink bei der AN spielt in der klinischen Routine bis heute keine Rolle. Eine Bestimmung von Zink (und ggfs. eine Substitution) kann bei typischen Hautveränderungen als Hinweis auf Zinkmangel sinnvoll sein (GoR C)

Kernaussage: Bei Kindern/Jugendlichen mit Blähungen oder Abdominalschmerzen während des Ernährungsaufbaus können Antiemetika im Einzelfall sinnvoll sein.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Pro-motility agents such as metoclopramide may be useful for bloating and abdominal pains that occur during refeeding in some patients. (APA 2012 / GoR B)

7.4.11. Andere nicht-medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Do not offer a physical therapy (such as transcranial magnetic stimulation, acupuncture, weight training, yoga or warming therapy) as part of the treatment for eating disorders. (NICE 2017 / GoR A)
- Electroconvulsive therapy (ECT) has generally not been useful except in treating severe co-occurring disorders for which ECT is otherwise indicated. (APA 2012 / GoR A)
- Acupuncture should be provided as an adjunctive treatment for people with Anorexia nervosa. (UWS 2015/ GoR A)

- There is weak evidence for the improvement of Bingeing when using acupuncture as an adjunct treatment for people with Anorexia nervosa. (UWS 2015/ GoR A)

Anmerkung: Hier liegt ein offensichtlicher Widerspruch zwischen den Leitlinienempfehlungen vor. Zum Vorgehen hinsichtlich der Auflösung dieses Widerspruchs siehe Abschnitt 7.5.

7.4.12. Medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa

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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- There is only weak evidence for pharmacological treatment of anorexia nervosa. Low-dose antipsychotics such as olanzapine may be useful in reducing anxiety and obsessive thinking, but results of trials are mixed and such individuals are at greater risk of adverse side effects. (RANZCP 2014 / GoR A)
- Antipsychotic medications are generally not effective in the treatment of eating disorders. (AAFP 2015 / GoR C)
- A U.S. Food and Drug Administration (FDA) black box warning concerning the use of bupropion in patients with eating disorders has been issued because of the increased seizure risk in these patients. Adverse reactions to tricyclic antidepressants and monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) are more pronounced in malnourished individuals, and these medications should generally be avoided in this patient population. (APA 2012 / GoR A)
- The use of medications, including complementary and alternative medications, should be reserved for comorbid conditions and refractory cases. (AACAP 2015 / GoR C)
- Do not offer medication as the sole treatment for anorexia nervosa. (NICE 2017 / GoR A)
- Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are not indicated in the acute or maintenance stages of anorexia nervosa. (RANZCP 2014 / GoR A)
- The limited empirical data on malnourished patients indicate that selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) do not appear to confer advantage regarding weight gain in

patients who are concurrently receiving inpatient treatment in an organized eating disorder program. (APA 2012 / GoR A)

- Small controlled trials have demonstrated the efficacy of the anticonvulsant medication topiramate, but because adverse reactions to this medication are common, it should be used only when other medications have proven ineffective. (APA 2012 / GoR C)
- Also, because patients tend to lose weight on topiramate, its use is problematic for normal or underweight individuals. (APA 2012 / GoR C)
- Use anxiolytic or antidepressant or other medications with caution. (RANZCP 2014 / EK)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Neuroleptika sind zur Erreichung einer Gewichtszunahme bei AN nicht geeignet. (GoR B)
- Antidepressiva sind für die Erreichung einer Gewichtszunahme bei AN nicht zu empfehlen. Dies gilt sowohl für die initiale Therapie als auch für die Rückfallprophylaxe. (GoR A)
- Appetitstimulanzien können bei der Behandlung der AN nicht empfohlen werden. (GoR B)
- Lithiumgabe zur Therapie der AN kann nicht empfohlen werden. (GoR B)

7.4.13. Therapie der Bulimia nervosa

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Collaboratively set achievable eating and health-related goals and be clear with the individual and family what the goals of treatment are. (RANZCP 2014 / GoR C)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit der Patientin (und ggfs. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt, Umgang mit der Familie. (EK)

Kernaussage: Die Therapieziele sollten gemeinschaftlich (Betreuungsteam, betroffene Kinder/Jugendliche und Eltern/Familie) festgelegt werden und erreichbar sein.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Collaboratively set achievable eating and health-related goals and be clear with the individual and family what the goals of treatment are. (RANZCP 2014 / GoR C)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit der Patientin (und ggfs. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt, Umgang mit der Familie. (EK)

Kernaussage: Generelle Therapieziele und –prinzipien bei Kindern/Jugendlichen mit Bulimia nervosa sind:

- Verminderung bzw. Eliminierung von Binge-Eating (Essattacken) und Purging-Verhalten
- Behandlung der körperlichen und psychischen Begleit-/Folgeerkrankungen
- Verhaltensänderung
- Ernährungsberatung
- Einbeziehung der Familie bzw. Bezugspersonen
- Rückfallprävention

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- The aims of treatment for patients with bulimia nervosa are to 1) reduce and, where possible, eliminate binge eating and purging; 2) treat physical complications of bulimia nervosa; 3) enhance patients' motivation to cooperate in the restoration of healthy eating patterns and participate in treatment; 4) provide education regarding healthy nutrition and eating patterns; 5) help patients reassess and change core dysfunctional thoughts, attitudes, motives, conflicts, and feelings related to the eating disorder; 6) treat associated psychiatric conditions, including deficits in mood and impulse regulation, self-esteem, and behavior; 7) enlist family support and provide family counseling and therapy where appropriate; and 8) prevent relapse. (APA 2012 / k.A. zu GoR)

Kernaussage: Bei Kindern und Jugendlichen in der Wachstumsphase sollten die Therapieziele alle 3-6 Monate evaluiert und ggf. angepasst werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- During a period of growth, the individual's treatment goal weight should be reassessed every 3-6 months. (SAHM 2015 / EK)

7.4.14. Psychotherapie bei Bulimia nervosa

Kernaussage: Der Inhalt, die Struktur und die Dauer der Psychotherapieprogramme müssen auf anerkannten, relevanten Manualen für die Behandlung von Essstörungen basiert sein.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Specialist therapist-led manualised based approaches show the most promising evidence base, and as such should be first-line options. (RANZCP 2014 / GoR A)
- Base the content, structure and duration of psychological treatments on relevant manuals that focus on eating disorders. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: Der Einfluss von familiärem, schulischem und/oder Arbeitsumfeld sowie sozialen Medien auf die Essstörung sollte erhoben und in der Therapie entsprechend berücksichtigt werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Assess the impact of the home, education, work and wider social environment (including the internet and social media) on each person's eating disorder. Address their emotional, education, employment and social needs throughout treatment. (NICE 2017 / *GoR A*)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Most patients with bulimia nervosa benefit from psychotherapy such as cognitive behavior therapy and /or treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor. (AAFP 2015 / *GoR C*)
- It is recommended that psychosocial interventions be chosen on the basis of a comprehensive evaluation of the individual patient that takes into consideration the patient's cognitive and psychological development, psychodynamic issues, cognitive style, comorbid psychopathology, and preferences as well as patient age and family situation. (APA 2012 / *GoR A*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Erwachsene und Jugendliche mit BN soll als Behandlungsverfahren der ersten Wahl eine Psychotherapie angeboten werden. (*GoR A*)
- Psychotherapeutische Behandlungen sind wirksamer als alleinige Pharmakotherapie. (*GoR A*)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Offer bulimia-nervosa-focused family therapy (FT-BN) to children and young people with bulimia nervosa. (NICE 2017 / *GoR A*)

- Family therapy should be considered whenever possible, especially for adolescent patients still living with their parents [II] or older patients with ongoing conflicted interactions with parents [III]. (APA 2012 / GoR B, GoR C)
- If FT-BN is unacceptable, contraindicated or ineffective, consider individual eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy (CBT-ED) for children and young people with bulimia nervosa. (NICE 2017 / GoR C)

Kernaussage: 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. andere Sorgeberechtigte unterstützen, die Kinder/Jugendliche im Heilungsprozess helfen
- nicht die Kinder/Jugendliche, 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/Jugendliche 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 Rückfallprophylaxe fokussieren und potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten nach Beendigung der Familientherapie ansprechen

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- FT-BN for children and young people with bulimia nervosa should:
 - typically consist of 18–20 sessions over 6 months
 - establish a good therapeutic relationship with the person and their family members or carers
 - support and encourage the family to help the person recover
 - not blame the person, their family members or carers
 - include information about:
 - regulating body weight
 - dieting
 - the adverse effects of attempting to control weight with self-induced vomiting, laxatives or other compensatory behaviours
 - use a collaborative approach between the parents and the young person to establish regular eating patterns and minimise compensatory behaviours
 - include regular meetings with the person on their own throughout the treatment
 - include self-monitoring of bulimic behaviours and discussions with family members or carers
 - in later phases of treatment, support the person and their family members or carers to establish a level of independence appropriate for their level of development
 - in the final phase of treatment, focus on plans for when treatment ends (including any concerns the person and their family have) and on relapse prevention. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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/Jugendliche 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/Familienmitgliedern und 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Individual CBT-ED for children and young people with bulimia nervosa should:
 - typically consist of 18 sessions over 6 months, with more frequent sessions early in treatment
 - include up to 4 additional sessions with parents or carers
 - initially focus on the role bulimia nervosa plays in the person's life and on building motivation to change

- provide psychoeducation about eating disorders and how symptoms are maintained, while encouraging the person to gradually establish regular eating habits
- develop a case formulation with the person
- teach the person to monitor their thoughts, feelings and behaviours
- set goals and encourage the person to address problematic thoughts, beliefs and behaviours with problem-solving
- use relapse prevention strategies to prepare for and mitigate potential future setbacks
- in sessions with parents and carers, provide education about eating disorders, identify family factors that stop the person from changing their behaviour, and discuss how the family can support the person's recovery. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: Bei Kindern/Jugendlichen die nicht auf die kognitive Verhaltenstherapie unmittelbar ansprechen, kann ein Wechsel zu interpersonalen oder anderen Therapieformen erfolgen.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Some patients who do not respond initially to CBT may respond when switched to either interpersonal therapy (IPT) or fluoxetine (II) or other modes of treatment such as family and group psychotherapies (III). (APA 2012 / GoR B, GoR C)

Kernaussage: In Einzelfällen können auch interpersonale Therapieformen angewendet werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Controlled trials have also shown the utility of IPT in some cases. (APA 2012 / GoR B)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- In clinical practice, many practitioners combine elements of CBT, IPT, and other psychotherapeutic techniques. Compared with psychodynamic or interpersonal therapy, CBT is associated with more rapid remission of eating symptoms [I], but using psychodynamic interventions in conjunction with CBT and other psychotherapies may yield better global outcomes [II]. (APA 2012 / GoR A, GoR B)
- Clinical reports suggest that psychodynamic and psychoanalytic approaches in individual or group format are useful once bingeing and purging improve. (APA 2012 / GoR C)

Kernaussage: Der Besuch von Bulimia nervosa-Selbsthilfegruppe kann eine zusätzliche Hilfe sein, stellt aber keinen Ersatz für eine professionelle Psychotherapie dar.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Anorexics and Bulimics Anonymous and Overeaters Anonymous are not substitutes for professional treatment. (APA 2012 / GoR A)
- A variety of self-help and professionally guided self-help programs have been effective for some patients with bulimia nervosa. (APA 2012 / GoR A)
- Support groups and 12-step programs such as Overeaters Anonymous may be helpful as adjuncts in the initial treatment of bulimia nervosa and for subsequent relapse prevention, but they are not recommended as the sole initial treatment approach for bulimia nervosa. (APA 2012 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Für einige Patientinnen mit BN kann die Teilnahme an einem evidenzbasierten Selbsthilfeprogramm, das unter Anleitung erfolgt („angeleitete Selbsthilfe“) und auf Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie beruht, eine ausreichende Therapie darstellen. (GoR B)

7.4.15. Ernährungstherapie bei Bulimia nervosa

Kernaussage: Die Ernährungstherapie stellt einen Teil eines multidisziplinären Therapieansatzes dar und sollte nicht als alleinige Behandlung angeboten werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Only offer dietary counselling as part of a multidisciplinary approach. (NICE 2017 / *GoR A*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Ernährungsberatung sollte nicht als alleinige Behandlung angeboten werden; dies gilt auch für Interventionen im Anschluss an eine stationäre Behandlung. (*GoR B*)
- Ernährungstherapie und Ernährungsberatung ist als alleinige Therapie der AN nicht geeignet (siehe auch Kapitel 2.1 „Behandlungsziele“) (*GoR B*)

Kernaussage: Vor Beginn einer Ernährungstherapie soll das Essverhalten sowie die Zusammensetzung der derzeitigen Ernährung erhoben werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- It is important to assess nutritional intake for all patients, even those with a normal body weight (or normal BMI), as normal weight does not ensure appropriate nutritional intake or normal body composition. (APA 2012 / *GoR A*)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- A primary focus for nutritional rehabilitation is to help the patient develop a structured meal plan as a means of reducing the episodes of dietary restriction and the urges to binge and purge. (APA 2012 / *GoR A*)

Kernaussage: Bei der Ernährungsberatung und der Erstellung von Essensplänen sollen Eltern/Familienmitglieder oder ggf. andere Sorgeberechtigte miteinbezogen werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Include family members or carers (as appropriate) in any dietary education or meal planning for children and young people with anorexia nervosa who are having therapy on their own. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: Bei Kindern/Jugendlichen mit Blähungen oder Abdominalschmerzen während des Ernährungsaufbaus können Antiemetika im Einzelfall sinnvoll sein.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Pro-motility agents such as metoclopramide may be useful for bloating and abdominal pains that occur during refeeding in some patients. (APA 2012 / GoR B)

7.4.16. Andere nicht-medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa

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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Bright light therapy has been shown to reduce binge frequency in several controlled trials and may be used as an adjunct when CBT and antidepressant therapy have not been effective in reducing bingeing symptoms. (APA 2012 / GoR C)

7.4.17. Medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa

Kernaussage: Zur medikamentösen Therapie der Bulimia nervosa ist derzeit nur Fluoxetin in Kombination mit Psychotherapie und nur bei Erwachsenen zugelassen.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- To date, fluoxetine is the best studied of these and is the only FDA-approved medication for bulimia nervosa. Sertraline is the only other SSRI that has been shown to be effective, as demonstrated in a small, randomized controlled trial. In the absence of therapists qualified to treat bulimia nervosa with CBT, fluoxetine is recommended as an initial treatment. (APA 2012 / GoR A)
- Most patients with bulimia nervosa benefit from psychotherapy such as cognitive behavior therapy and /or treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor. (AAFP 2015 / GoR C)

- High dose fluoxetine has the strongest evidence base for bulimia nervosa; other selective serotonin reuptake inhibitors are also effective in both bulimia nervosa and binge eating disorder. (RANZCP 2014 / *GoR A*)
- Where psychological therapy is not available, evidence supports pharmacological treatment. (RANZCP 2014 / *GoR A*)
- Consider pharmacotherapy as an adjunctive treatment, since an additive benefit has been shown for combined psychological and pharmacological therapy. (RANZCP 2014 / *GoR A*)
- In addition, when CBT alone does not result in a substantial reduction in symptoms after 10 sessions, it is recommended that fluoxetine be added. (APA 2012 / *GoR B*)
- Some data suggest that fluoxetine in dosages of up to 60 mg/day may help prevent relapse. (APA 2012 / *GoR B*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Wenn eine Pharmakotherapie angeboten wird, dann sollte Fluoxetin eingesetzt werden. (*GoR B*)
- Fluoxetin: Nur dieser Wirkstoff ist in Deutschland in Kombination mit Psychotherapie für die Indikation der Bulimie und nur für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen. SSRIs stellen bezogen auf Symptomreduktion, Nebenwirkungsprofil und Akzeptanz die medikamentöse Therapie der ersten Wahl in der Behandlung der BN dar. (*GoR B*)
- Die wirksame Dosis von Fluoxetin bei der Bulimie liegt bei 60 mg/Tag. (*GoR B*)
- Fluoxetin: Ein Behandlungsversuch sollte mit einer Mindestdauer von vier Wochen unternommen werden. Bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen. (*EK*)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Do not offer medication as the sole treatment for bulimia nervosa. (NICE 2017 / *GoR A*)

- Antipsychotic medications are generally not effective in the treatment of eating disorders. (AAFP 2015 / GoR C)
- A U.S. Food and Drug Administration (FDA) black box warning concerning the use of bupropion in patients with eating disorders has been issued because of the increased seizure risk in these patients. Adverse reactions to tricyclic antidepressants and monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) are more pronounced in malnourished individuals, and these medications should generally be avoided in this patient population. (APA 2012 / GoR A)
- The use of medications, including complementary and alternative medications, should be reserved for comorbid conditions and refractory cases. (AACAP 2015 / GoR C)
- The limited empirical data on malnourished patients indicate that selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) do not appear to confer advantage regarding weight gain in patients who are concurrently receiving inpatient treatment in an organized eating disorder program. (APA 2012 / GoR A)
- Tricyclic antidepressants and MAOIs have been rarely used with bulimic patients and are not recommended as initial treatments. (APA 2012 / GoR A)
- Two drugs that are used for mood stabilization, lithium and valproic acid, are both prone to induce weight gain in patients and may be less acceptable to patients who are weight preoccupied. However, lithium is not recommended for patients with bulimia nervosa because it is ineffective. (APA 2012 / GoR A)

7.4.18. Weiterführende Therapie nach Gewichtsstabilisierung

Kernaussage: Nach Behandlung der Mangelernährung und sobald eine Gewichtszunahme erreicht ist (vor allem bei Anorexia nervosa), sollte die Psychotherapie Kindern/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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Once malnutrition has been corrected and weight gain has begun, psychotherapy can help patients with anorexia nervosa understand 1) their experience of their illness; 2) cognitive distortions and how these have led to their symptomatic behavior; 3) developmental, familial, and cultural antecedents of their illness; 4) how their illness may have been a maladaptive attempt to regulate their emotions and cope; 5) how to avoid or minimize the risk of relapse; and 6) how to better cope with salient developmental and other important life issues in the future. Clinical experience shows that patients may often display improved mood, enhanced cognitive functioning, and clearer thought processes after there is significant improvement in nutritional intake, even before there is substantial weight gain. (APA 2012 / GoR B)

Kernaussage: Bei Kinder/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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- For adolescents who have been ill <3 years, after weight has been restored, family therapy is a necessary component of treatment. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: Nach Normalisierung des Körpergewichts soll der Fokus einer körperlichen Aktivität auf dem Aufbau der körperlichen Fitness gelegt werden anstatt auf dem Verbrauch von Kalorien.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Once a safe weight is achieved, the focus of an exercise program should be on the patient's gaining physical fitness as opposed to expending calories. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Assisting patients in determining and practicing appropriate food intake at a healthy body weight is likely to decrease the chances of their relapsing after discharge. (APA 2012 / GoR A)

7.4.19. Therapie von Begleiterkrankungen und Komplikationen

Kernaussage: Für eine wirksame Behandlung der Essstörung sowie der körperlichen oder psychischen Begleiterkrankung ist eine enge Zusammenarbeit der einzelnen Behandler notwendig.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Eating disorder specialists and other healthcare teams should collaborate to support effective treatment of physical or mental health comorbidities in people with an eating disorder. (NICE 2017 / GoR A)
- When collaborating, teams should use outcome measures for both the eating disorder and the physical and mental health comorbidities, to monitor the effectiveness of treatments for each condition and the potential impact they have on each other. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- When deciding which order to treat an eating disorder and a comorbid mental health condition (in parallel, as part of the same treatment plan or one after the other), take the following into account:
 - the severity and complexity of the eating disorder and comorbidity
 - the person's level of functioning

- the preferences of the person with the eating disorder and (if appropriate) those of their family or carers. (NICE 2017 / GoR C)

Kernaussage: Die Behandlung von körperlichen oder psychischen Begleiterkrankung soll auf Basis der entsprechenden Leitlinien erfolgen.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Refer to the NICE guidelines on specific mental health problems for further guidance on treatment. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: Bei Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen und psychischen Begleiterkrankungen kann eine längere Behandlungsdauer notwendig sein.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Some patients, particularly those with concurrent personality pathology or other co-occurring disorders, require lengthy treatment. (APA 2012 / GoR B)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Antidepressants may be helpful for patients with substantial concurrent symptoms of depression, anxiety, obsessions, or certain impulse disorder symptoms or for patients who have not benefited from or had only a suboptimal response to appropriate psychosocial therapy. (APA 2012 / GoR A)
- Antidepressants and other psychiatric medications may be used to treat specific, ongoing psychiatric symptoms of depressive, anxiety, obsessive-compulsive, and other comorbid disorders. (APA 2012 / GoR A)
- However, SSRIs in combination with psychotherapy are widely used in treating patients with anorexia nervosa. For example, these medications may be considered for those with persistent depressive, anxiety, or obsessive-compulsive symptoms and for bulimic symptoms in weight-restored patients. (APA 2012 / GoR B)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- When prescribing medication for people with an eating disorder and comorbid mental or physical health conditions, take into account the impact malnutrition and compensatory behaviours can have on medication effectiveness and the risk of side effects. (NICE 2017 / GoR C)
- When prescribing for people with an eating disorder and a comorbidity, assess how the eating disorder will affect medication adherence (for example, for medication that can affect body weight). (NICE 2017 / GoR C)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Wenn Antidepressiva in der Therapie der AN (z. B. zur Behandlung einer Depression) eingesetzt werden, sollte eine erhöhte Achtsamkeit auf möglichen Nebenwirkungen liegen (z. B. kardiale Nebenwirkungen und SIADH). (GoR C)

Kernaussage: Wenn zur Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen (z.B. Depression) Antidepressiva eingesetzt werden, ist ein regelmäßiges Monitoring auf möglichen Nebenwirkungen (z. B. kardiale Nebenwirkungen und SIADH) und ggf. eine Therapieanpassung erforderlich.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Monitor adverse effects of any antiepileptic or antidepressants used and modify use as required. (RANZCP 2014 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- For people with an eating disorder who are misusing substances, or over the counter or prescribed medication, provide treatment for the eating disorder unless the substance misuse is interfering with this treatment. (NICE 2017 / GoR A)
- If substance misuse or medication is interfering with treatment, consider a multidisciplinary approach with substance misuse services. (NICE 2017/ GoR C)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Assess fluid and electrolyte balance in people with an eating disorder who are believed to be engaging in compensatory behaviours, such as vomiting, taking laxatives or diuretics, or water loading. (NICE 2017 / GoR C)
- Regular monitoring of serum potassium levels is recommended in patients who are persistent vomiters. (APA 2012 / GoR A)
- Urine specimens obtained at the time of a patient's weigh-in may need to be assessed for specific gravity to help ascertain the extent to which the measured weight reflects excessive water intake. (APA 2012 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlungen:

- Bei ausgeprägtem Purging-Verhalten sind ein engmaschiges körperliches und laborchemisches Monitoring sowie die Einbeziehung eines Arztes erforderlich. (EK)
- Auf die Erfassung eines begleitenden Laxanzienabusus sollte besonders geachtet werden, da bei diesen Patientinnen häufiger somatische und psychische Komplikationen auftreten, die engmaschigere Kontrollen erfordern. (EK)
- Bei Patientinnen mit einem Missbrauch von Laxanzien in hohen Dosen bzw. zusätzlichem selbstinduziertem Erbrechen und/oder Diuretika-Abusus sollten regelmäßige Laborkontrollen der Elektrolyte sowie der Nierenfunktion erfolgen. (EK)

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Patients with a history of purging behaviors should also be referred for a dental examination. (APA 2012 / GoR A)
- Encourage people with an eating disorder who are vomiting to:
 - have regular dental and medical reviews
 - avoid brushing teeth immediately after vomiting
 - rinse with non-acid mouthwash after vomiting
 - avoid highly acidic foods and drinks. (NICE 2017 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Patientinnen mit selbstinduziertem Erbrechen sollten zahnärztlich untersucht werden. Ferner sind sie über das Risiko der Zahnschädigung sowie über präventive Maßnahmen zum Schutz der Zähne zu informieren. (EK)

Kernaussage: Kinder/Jugendliche sollten über mögliche Komplikationen einer längerfristigen Laxatieneinnahme aufgeklärt werden und außerdem darauf hingewiesen werden, dass mit Laxantien oder Diuretika das Körpergewicht bzw. die Energieaufnahme nicht effektiv reduziert werden kann.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Advise people with an eating disorder who are misusing laxatives or diuretics:
 - that laxatives and diuretics do not reduce calorie absorption and so do not help with weight loss.
 - to gradually reduce and stop laxative or diuretic use. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: Bei anhaltend gestörtem Elektrolythaushalt sollte untersucht werden, ob eine andere Ursache (abseits der Essstörung) vorliegt.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- For people with an eating disorder and continued unexplained electrolyte imbalance, assess whether it could be caused by another condition. (NICE 2017 / *GoR C*)

Kernaussage: Bei Kindern/Jugendlichen, die länger als ein Jahr 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Consider a bone mineral density scan:
 - after 1 year of underweight in children and young people, or earlier if they have bone pain or recurrent fractures
 - after 2 years of underweight in adults, or earlier if they have bone pain or recurrent fractures. (NICE 2017 / *GoR C*)
- Before deciding whether to measure bone density, discuss with the person and their family members or carers why it could be useful. (NICE 2017 / *GoR A*)
- Bone density examinations should be obtained for patients who have been amenorrhoeic for 6 months or more. (APA 2012 / *GoR A*)

Kernaussage: Bei Kindern/Jugendlichen mit Wachstumsstörungen sollten dabei Parameter verwendet werden, die eine Größenkorrektur beinhalten wie z.B. volumetrische Knochendichte (Bone Mineral Apparent Density) (g/cm^3)).

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Use measures of bone density that correct for bone size (such as bone mineral apparent density [BMAD]) in children and young people with faltering growth. (NICE 2017 / *GoR A*)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Consider repeat bone mineral density scans in people with ongoing persistent underweight, especially when using or deciding whether to use hormonal treatment. (NICE 2017 / GoR C)
- Do not repeat bone mineral density scans for people with anorexia nervosa more frequently than once per year, unless they develop bone pain or recurrent fractures. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Explain to people with anorexia nervosa that the main way of preventing and treating low bone mineral density is reaching and maintaining a healthy body weight or BMI for their age. (NICE 2017 / GoR A)
- Before estrogen is offered, it is recommended that efforts be made to increase weight and achieve resumption of normal menses. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: Kinder/Jugendliche mit Untergewicht und Osteoporose oder ähnlichen Knochenerkrankungen sollen körperliche Aktivitäten mit hoher Belastung oder mit erhöhtem Risiko für Stürze oder Knochenbrüchen vermeiden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Advise people with anorexia nervosa and osteoporosis or related bone disorders to avoid high-impact physical activities and activities that significantly increase the chance of falls or fractures. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: Bisphosphonate sind zur Prävention oder Behandlung einer verminderten Knochendichte bei Kindern/Jugendlichen mit Untergewicht nicht empfohlen.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- There is no indication for the use of bisphosphonates such as alendronate in patients with anorexia nervosa. (APA 2012 / GoR B)

Kernaussage: Eine routinemäßige orale oder transdermale Östrogen-Therapie zur Behandlung einer verminderten Knochendichte ist bei Kindern/Jugendlichen mit Untergewicht nicht empfohlen.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Do not routinely offer oral or transdermal oestrogen therapy to treat low bone mineral density in children or young people with anorexia nervosa. (NICE 2017 / GoR A)
- Although hormone replacement therapy (HRT) is frequently prescribed to improve bone mineral density in female patients, no good supporting evidence exists either in adults or in adolescents to demonstrate its efficacy. (APA 2012 / GoR B)
- Before estrogen is offered, it is recommended that efforts be made to increase weight and achieve resumption of normal menses. (APA 2012 / GoR A)

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Consider transdermal 17 β estradiol (with cyclic progesterone) for young women (13–17 years) with anorexia nervosa who have long-term low body weight and low bone mineral density with a bone age over 15. (NICE 2017 / GoR C)
- Consider incremental physiological doses of oestrogen in young women (13–17 years) with anorexia nervosa who have delayed puberty, long-term low body weight and low bone mineral density with a bone age under 15. (NICE 2017 / GoR C)

Kernaussage: Vor dem Beginn einer Hormonbehandlung wegen verringerter Knochendichte soll auf jeden Fall ein Endokrinologe oder Kinderarzt hinzugezogen werden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Seek specialist paediatric or endocrinological advice before starting any hormonal treatment for low bone mineral density. Coordinate any treatment with the eating disorders team. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- Hormone therapy usually induces monthly menstrual bleeding, which may contribute to the patient's denial of the need to gain further weight. (APA 2012 / GoR B)

7.4.20. Monitoring

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- GPs should offer a physical and mental health review at least annually to people with anorexia nervosa who are not receiving ongoing treatment for their eating disorder.
The review should include:
 - weight or BMI (adjusted for age if appropriate)
 - blood pressure
 - relevant blood tests
 - any problems with daily functioning
 - assessment of risk (related to both physical and mental health)
 - an ECG, for people with purging behaviours and/or significant weight changes
 - a discussion of treatment options. (NICE 2017 / GoR A)
- Monitor growth and development in children and young people with anorexia nervosa who have not completed puberty (for example, not reached menarche or final height). (NICE 2017 / GoR A)
- During treatment, it is important to monitor the patient for shifts in weight, blood pressure, pulse, other cardiovascular parameters, and behaviors likely to provoke physiological decline and collapse. (APA 2012 / GoR A)
- Urine specific gravity, orthostatic vital signs, and oral temperatures may need to be measured on a regular basis. (APA 2012 / GoR B)
- It is important to identify family stressors whose amelioration may facilitate recovery. (APA 2012 / GoR A)
- The medical provider should regularly monitor the health status of adolescents and young adults at each level of care. (SAHM 2015 / EK)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Patientinnen mit AN sollten in Abhängigkeit von der körperlichen Situation aktiv und regelmäßig zu Verlaufsuntersuchungen (Hausarzt) einbestellt werden. (EK)

Kernaussage: Bei Kindern/Jugendlichen mit Essstörungen, die nicht in einer laufenden Behandlung sind, soll die Untersuchung zumindest 1x jährlich stattfinden.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- GPs should offer a physical and mental health review at least annually to people with anorexia nervosa who are not receiving ongoing treatment for their eating disorder.

The review should include:

- weight or BMI (adjusted for age if appropriate)
- blood pressure
- relevant blood tests
- any problems with daily functioning
- assessment of risk (related to both physical and mental health)
- an ECG, for people with purging behaviours and/or significant weight changes
- a discussion of treatment options. (NICE 2017 / GoR A)

Kernaussage: 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

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Assess whether ECG monitoring is needed in people with an eating disorder, based on the following risk factors:
 - rapid weight loss
 - excessive exercise

- severe purging behaviours, such as laxative or diuretic use or vomiting
 - bradycardia
 - hypotension
 - excessive caffeine (including from energy drinks)
 - prescribed or non-prescribed medications
 - muscular weakness
 - electrolyte imbalance
 - previous abnormal heart rhythm. (NICE 2017 / GoR C)
- Offer ECG monitoring for people with an eating disorder who are taking medication that could compromise cardiac functioning (including medication that could cause electrolyte imbalance, bradycardia below 40 beats per minute, hypokalaemia, or a prolonged QT interval). (NICE 2017 / GoR A)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Bei der Behandlung der AN müssen die Serumkaliumwerte regelhaft kontrolliert werden. Bei erniedrigten Werten sollten im EKG die Hypokaliämiezeichen geprüft und Rhythmusstörungen ausgeschlossen werden. Die Hypokaliämie sollte durch exogene, möglichst orale Zufuhr von Kaliumchlorid bis zur Normokaliämie ausgeglichen werden. (GoR B)

Kernaussage: Bei Kindern/Jugendlichen mit schwerem Untergewicht (<70% des Normalgewichts) kann eine Überwachung der Herzfunktion (besonders nachts) sinnvoll sein.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlung:

- For children and adolescents who are severely malnourished (weight <70% of healthy body weight), cardiac monitoring, especially at night, may be desirable. (APA 2012 / GoR B)

Kernaussage: 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.

Zugrundeliegende Leitlinienempfehlungen:

- Assess fluid and electrolyte balance in people with an eating disorder who are believed to be engaging in compensatory behaviours, such as vomiting, taking laxatives or diuretics, or water loading. (NICE 2017 / *GoR C*)
- In patients who purge, it is important to routinely monitor serum electrolytes. (APA 2012 / *GoR A*)

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Bei ausgeprägtem Purging-Verhalten sind ein engmaschiges körperliches und laborchemisches Monitoring sowie die Einbeziehung eines Arztes erforderlich. (*EK*)

Tabelle 7 Relevante Empfehlungen aus den eingeschlossenen Leitlinien

Empfehlung	GoR in den Leitlinien	LoE in den Leitlinien	Leitlinie	AGREE II
Allgemeine Grundsätze in der Behandlung von Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen				
Professionals who assess and treat people with an eating disorder should be competent to do this for the age groups they care for.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Treatment of eating disorders in youth usually involves a multidisciplinary team that is developmentally aware, sensitive, and skilled in the care of children and adolescents with eating disorders.	CS	rigorous empirical evidence	AACAP 2015	3
An interdisciplinary team approach is needed for the treatment of eating disorders, and often includes a family physician, a psychotherapist or psychiatrist, a dietitian, an eating disorder specialist, and school personnel.	C	3	AAFP 2015	3
A team approach is the recommended model of care.	I	k.A.	APA 2012	3
The medical provider should be able to recognize and diagnose the spectrum of eating disorders in adolescents and young adults.	C	IV	SAHM 2015	2
The medical provider requires knowledge of the evidence-based psychological treatments for adolescents and young adults with eating disorders.	A	I	SAHM 2015	2
It is preferable that a specific clinician on the team be designated as the primary coordinator of care to ensure continuity and attention to important aspects of treatment.	II	k.A.	APA 2012	3
When a patient is managed by an interdisciplinary team in an outpatient setting, communication among the professionals is essential to monitoring the patient's progress, making necessary adjustments to the treatment plan, and delineating the specific roles and tasks of each team member.	I	k.A.	APA 2012	3
Communicate regularly with all team members.	EBR III	C	RANZCP 2014	4,5
In shifting between levels of care, it is important to establish continuity of care.	II	k.A.	APA 2012	3
If the patient is going from one treatment setting or locale to another, transition planning requires that the care team in the new setting or locale be identified and that specific patient appointments be made.	I	k.A.	APA 2012	3
Take particular care to ensure services are well coordinated when: <ul style="list-style-type: none"> a young person moves from children's to adult services (see the NICE guideline on transition from children's to adults' services) 	Should	k.A.	NICE 2017	7

<ul style="list-style-type: none"> • more than one service is involved (such as inpatient and outpatient services, child and family services, or when a comorbidity is being treated by a separate service) • people need care in different places at different times of the year (for example, university students). 				
<p>When a person is admitted to inpatient care for medical stabilisation, specialist eating disorder or liaison psychiatry services should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • keep in contact with the inpatient team to advise on care and management, both during the admission and when planning discharge • keep the person's family members or carers involved • consider starting or continuing psychological treatments for the eating disorder. 	Should	k.A.	NICE 2017	7
Inpatient or day patient services should collaborate with other teams (including the community team) and the person's family members or carers (as appropriate), to help with treatment and transition.	Should	k.A.	NICE 2017	7
In the assessment of children and adolescents, it is essential to involve parents and, whenever appropriate, school personnel and health professionals who routinely work with the patient.	I	k.A.	APA 2012	3
For children and adolescents with anorexia nervosa, family involvement and treatment are essential.	I	k.A.	APA 2012	3
Meet with family members and relevant others on an 'as-needs' basis.	EBR III	C	RANZCP 2014	4,5
If appropriate, encourage family members, carers, teachers, and peers of children and young people to support them during their treatment.	Could	k.A.	NICE 2017	7
<p>Be aware that people with an eating disorder may:</p> <ul style="list-style-type: none"> • find it difficult or distressing to discuss it with healthcare professionals, staff and other service users • be vulnerable to stigma and shame • need information and interventions tailored to their age and level of development. 	Could	k.A.	NICE 2017	7
A clinician's articulation of theories that imply blame or permit family members to blame one another or themselves can alienate family members from involvement in the treatment and therefore be detrimental to the patient's care and recovery.	I	k.A.	APA 2012	3

When communicating with people with an eating disorder and their family members or carers (as appropriate): <ul style="list-style-type: none"> • be sensitive when discussing a person's weight and appearance • be aware that family members or carers may feel guilty and responsible for the eating disorder • show empathy, compassion and respect • provide information in a format suitable for them, and check they understand it. 	Should	k.A.	NICE 2017	7
Terms such as ideal body weight (IBW), expected body weight (EBW), and median body weight (MBW) should be avoided.	C	IV	SAHM 2015	2
Ensure that people with an eating disorder and their parents or carers (as appropriate) understand the purpose of any meetings and the reasons for sharing information about their care with others.	Should	k.A.	NICE 2017	7
When working with people with an eating disorder and their family members or carers (as appropriate): <ul style="list-style-type: none"> • hold discussions in places where confidentiality, privacy and dignity can be respected • explain the limits of confidentiality (that is, which professionals and services have access to information about their care and when this may be shared with others). 	Should	k.A.	NICE 2017	7
Empfehlungen zu Diagnosestellung bei Untergewicht				
Use of percent median BMI, z scores, and amount and rate of weight loss are recommended to classify a patient with mild, moderate, or severe malnutrition.	C	IV	SAHM 2015	2
A two-step process is recommended: (1) determination of the degree of malnutrition compared with the reference population using percent median BMI, z scores, and amount and rate of weight loss as described previously and then (2) determination of a healthy weight range for that individual, on the basis of previous height, weight, and BMI percentiles, pubertal stage, and growth trajectory.	C	IV	SAHM 2015	2
Empfehlungen zu Abklärung auf erhöhtes Risiko einer Essstörung (Initiales Assessment)				
Although eating disorders can develop at any age, be aware that the risk in young men and women is highest between 13 and 17 years of age.	Could	k.A.	NICE 2017	7

Do not use screening tools (for example, SCOFF) as the sole method to determine whether or not people have an eating disorder.	Should	k.A.	NICE 2017	7
<p>When assessing for an eating disorder or deciding whether to refer people for assessment, take into account any of the following that apply:</p> <ul style="list-style-type: none"> • an unusually low or high BMI or body weight for their age • rapid weight loss • dieting or restrictive eating practices (such as dieting when they are underweight) that are worrying them, their family members or carers, or professionals • family members or carers report a change in eating behaviour • social withdrawal, particularly from situations that involve food • other mental health problems • a disproportionate concern about their weight or shape (for example, concerns about weight gain as a side effect of contraceptive medication) • problems managing a chronic illness that affects diet, such as diabetes or coeliac disease • menstrual or other endocrine disturbances, or unexplained gastrointestinal symptoms <p>physical signs of:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ malnutrition, including poor circulation, dizziness, palpitations, fainting or pallor ▪ compensatory behaviours, including laxative or diet pill misuse, vomiting or excessive exercise <ul style="list-style-type: none"> • abdominal pain that is associated with vomiting or restrictions in diet, and that cannot be fully explained by a medical condition • unexplained electrolyte imbalance or hypoglycaemia • atypical dental wear (such as erosion) • whether they take part in activities associated with a high risk of eating disorders (for example, professional sport, fashion, dance, or modelling). 	Could	k.A.	NICE 2017	7
Be aware that, in addition to the points in recommendation 4, children and young people with an eating disorder may also present with faltering growth (for example, a low weight or height for their age) or delayed puberty.	Could	k.A.	NICE 2017	7

Early recognition of eating disorder symptoms and early intervention may prevent an eating disorder from becoming chronic.	I	k.A.	APA 2012	3
In younger patients, examination should include growth pattern, sexual development (including sexual maturity rating), and general physical development.	I	k.A.	APA 2012	3
Initial evaluation of patients with eating disorders requires assessing medical stability and whether hospitalization is required.	C	3	AAFP 2015	3
Severe acute physical signs and medical complications need to be treated.	CS	rigorous empirical evidence	AACAP 2015	3
Have appropriate monitoring and management of medical and psychiatric risk.	EBR III	C	RANZCP 2014	4,5
Empfehlungen zu Stationäre/Teilstationäre Behandlung				
Do not use an absolute weight or BMI threshold when deciding whether to admit people with an eating disorder to day patient or inpatient care.	Should not	k.A.	NICE 2017	7
When reviewing the need for inpatient care as part of an integrated treatment programme for a person with an eating disorder: <ul style="list-style-type: none"> do not use inpatient care solely to provide psychological treatment for eating disorders do not discharge people solely because they have reached a healthy weight. 	Should not	k.A.	NICE 2017	7
Provide acute medical care (including emergency admission) for people with an eating disorder who have severe electrolyte imbalance, severe malnutrition, severe dehydration or signs of incipient organ failure.	Should	k.A.	NICE 2017	7
For individuals who are markedly underweight and for children and adolescents whose weight has deviated below their growth curves, hospital-based programs for nutritional rehabilitation should be considered.	I	k.A.	APA 2012	3
Reserve hospitalisation for medical rescue, management of psychiatric risk.	EBR II	A	RANZCP 2014	4,5
Admit people with an eating disorder whose physical health is severely compromised to a medical inpatient or day patient service for medical stabilisation and to initiate refeeding, if these cannot be done in an outpatient setting.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Factors suggesting that hospitalization may be appropriate include rapid or persistent decline in oral intake, a decline in weight despite maximally intensive	I	k.A.	APA 2012	3

outpatient or partial hospitalization interventions, the presence of additional stressors that may interfere with the patient's ability to eat, knowledge of the weight at which instability previously occurred in the patient, co-occurring psychiatric problems that merit hospitalization, and the degree of the patient's denial and resistance to participate in his or her own care in less intensively supervised settings.				
For people with an eating disorder and acute mental health risk (such as significant suicide risk), consider psychiatric crisis care or psychiatric inpatient care.	Could	k.A.	NICE 2017	7
Most patients with uncomplicated bulimia nervosa do not require hospitalization; indications for the hospitalization of such patients include severe disabling symptoms that have not responded to adequate trials of outpatient treatment, serious concurrent general medical problems (e.g., metabolic abnormalities, hematemesis, vital sign changes, uncontrolled vomiting), suicidality, psychiatric disturbances that would warrant the patient's hospitalization independent of the eating disorder diagnosis, or severe concurrent alcohol or drug dependence or abuse.	I	k.A.	APA 2012	3
Consider admission to an inpatient or day program unit where there is increased risk of non-response to outpatient/community based care.	CBR	EK	RANZCP 2014	4,5
Hospitalization should occur before the onset of medical instability as manifested by abnormalities in vital signs (e.g., marked orthostatic hypotension with an increase in pulse of 20 bpm or a drop in standing blood pressure of 20 mmHg, bradycardia <40 bpm, tachycardia >110 bpm, or an inability to sustain core body temperature), physical findings, or laboratory tests.	I	k.A.	APA 2012	3
To avert potentially irreversible effects on physical growth and development, many children and adolescents require inpatient medical treatment, even when weight loss, although rapid, has not been as severe as that suggesting a need for hospitalization in adult patients.	I	k.A.	APA 2012	3
Children, young people and adults with an eating disorder who are admitted to day patient or inpatient care should be cared for in age-appropriate facilities (for example, paediatric wards or adolescent mental health services). These should be near to their home, and have the capacity to provide appropriate educational activities during extended admissions.	Should	k.A.	NICE 2017	7

<p>When deciding whether day patient or inpatient care is most appropriate, take the following into account:</p> <ul style="list-style-type: none"> the person's BMI or weight, and whether these can be safely managed in a day patient service or whether the rate of weight loss (for example more than 1 kg a week) means they need inpatient care whether inpatient care is needed to actively monitor medical risk parameters such as blood tests, physical observations and ECG (for example bradycardia below 40 beats per minute or a prolonged QT interval) that have values or rates of change in the concern or alert ranges: refer to Box 1 in Management of Really Sick Patients with Anorexia nervosa (MARSIPAN), or Guidance 1 and 2 in junior MARSIPAN the person's current physical health and whether this is significantly declining whether the parents or carers of children and young people can support them and keep them from significant harm as a day patient. 	Could	k.A.	NICE 2017	7
<p>Outcomes from partial hospitalization programs that specialize in eating disorders are highly correlated with treatment intensity. The more successful programs involve patients in treatment at least 5 days/week for 8 hours/day; thus, it is recommended that partial hospitalization programs be structured to provide at least this level of care.</p>	I	k.A.	APA 2012	3
<p>If a person's physical health is at serious risk due to their eating disorder, they do not consent to treatment, and they can only be treated safely in an inpatient setting, follow the legal framework for compulsory treatment in the Mental Health Act 1983.</p>	Should	k.A.	NICE 2017	7
<p>Legal interventions, including involuntary hospitalization and legal guardianship, may be necessary to address the safety of treatment-reluctant patients whose general medical conditions are life threatening.</p>	I	k.A.	APA 2012	3
<p>If a child or young person lacks capacity, their physical health is at serious risk and they do not, or lack the capacity to, consent to treatment, ask their parents or carers to consent on their behalf and if necessary, use an appropriate legal framework for compulsory treatment (such as the Mental Health Act 1983/2007 or the Children Act 1989).</p>	Should	k.A.	NICE 2017	7

In determining whether to begin involuntary forced feeding, the clinician should carefully think through the clinical circumstances, family opinion, and relevant legal and ethical dimensions of the patient's treatment.	I	k.A.	APA 2012	3
Feeding people without their consent should only be done by multidisciplinary teams who are competent to do so.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Empfehlungen zu Diagnosestellung bei Essstörung				
If an eating disorder is suspected after an initial assessment, refer immediately to a community-based, age-appropriate eating disorder service for further assessment or treatment.	Should	k.A.	NICE 2017	7
The patient's safety will be enhanced when particular attention is given to suicidal ideation, plans, intentions, and attempts as well as to impulsive and compulsive self-harm behaviors.	I	k.A.	APA 2012	3
Assessment for suicidality is of particular importance in patients with co-occurring alcohol and other substance use disorders.	I	k.A.	APA 2012	3
In patients with eating disorders, assess for psychiatric comorbidities, including depression and suicide risk, anxiety disorders, and substance use disorders.	C	3	AAFP 2015	3
Other aspects of the patient's psychiatric status that greatly influence clinical course and outcome and that are important to assess include mood, anxiety, and substance use disorders, as well as motivational status, personality traits, and personality disorders.	I	k.A.	APA 2012	3

Empfehlungen zu Weiterführendes Assessment				
<p>Professionals in primary and secondary mental health or acute settings should assess the following in people with a suspected eating disorder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • their physical health, including checking for any physical effects of malnutrition or compensatory behaviours such as vomiting • the presence of mental health problems commonly associated with eating disorders, including depression, anxiety, self-harm and obsessive compulsive disorder • the possibility of alcohol or substance misuse. • the need for emergency care in people whose physical health is compromised or who have a suicide risk. 	Should	k.A.	NICE 2017	7
A positive screening should be followed by a comprehensive diagnostic evaluation, including laboratory tests and imaging studies as indicated.	CS	rigorous empirical evidence	AACAP 2015	3
When assessing a person with a suspected eating disorder, find out what they and their family members or carers (as appropriate) know about eating disorders and address any misconceptions.	Should	k.A.	NICE 2017	7
A careful assessment of the patient's history, symptoms, behaviors, and mental status is the first step in making a diagnosis of an eating disorder.	I	k.A.	APA 2012	3
A full physical examination of the patient is strongly recommended and may be performed by a physician familiar with common findings in patients with eating disorders. The examination should give particular attention to vital signs, physical status (including height and weight), cardiovascular and peripheral vascular function, dermatological manifestations, and evidence of self-injurious behaviors.	I	k.A.	APA 2012	3
The need for laboratory analyses should be determined on an individual basis depending on the patient's condition or the laboratory tests' relevance to making treatment decisions.	I	k.A.	APA 2012	3
Initial evaluation of patients with eating disorders requires assessing medical stability and whether hospitalization is required.	C	3	AAFP 2015	3
Severe acute physical signs and medical complications need to be treated.	CS	rigorous empirical evidence	AACAP 2015	3
Have appropriate monitoring and management of medical and psychiatric risk.	EBR III	3	RANZCP 2014	4,5

Healthcare professionals assessing people with an eating disorder (especially children and young people) should be alert throughout assessment and treatment to signs of bullying, teasing, abuse (emotional, physical and sexual) and neglect. For guidance on when to suspect child maltreatment, see the NICE guideline on child maltreatment.	Should	k.A.	NICE 2017	7
It is important for clinicians to pay attention to cultural attitudes, patient issues involving the gender of the therapist, and specific concerns about possible abuse, neglect, or other developmental traumas.	II	k.A.	APA 2012	3
Empfehlungen zu Therapie der Essstörung				
People with eating disorders should be assessed and receive treatment at the earliest opportunity.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Outpatient treatment is the first-line treatment in adolescent anorexia nervosa	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5
Patients who are considerably below their healthy body weight and are highly motivated to adhere to treatment, have cooperative families, and have a brief symptom duration may benefit from treatment in outpatient settings, but only if they are carefully monitored and if they and their families understand that a more restrictive setting may be necessary if persistent progress is not evident in a few weeks.	II	k.A.	APA 2012	3
In an outpatient setting, patients can remain with their families and continue to attend school or work. Inpatient care may interfere with family, school, and work obligations; however, it is important to give priority to the safe and adequate treatment of a rapidly progressing or otherwise unresponsive disorder for which hospital care might be necessary.	I	k.A.	APA 2012	3
Services available for treating eating disorders can range from intensive inpatient programs (in which general medical care is readily available) to residential and partial hospitalization programs to varying levels of outpatient care (in which the patient receives general medical treatment, nutritional counseling, and/or individual, group, and family psychotherapy). Because specialized programs are not available in all geographic areas and their financial requirements are often significant, access to these programs may be limited; petition, explanation, and follow-up by the psychiatrist on behalf of patients and families may help procure access to these programs. Pretreatment evaluation of the patient is essential in choosing the appropriate treatment setting.	I	k.A.	APA 2012	3

In determining a patient's initial level of care or whether a change to a different level of care is appropriate, it is important to consider the patient's overall physical condition, psychology, behaviors, and social circumstances rather than simply rely on one or more physical parameters, such as weight.	I	k.A.	APA 2012	3
Weight in relation to estimated individually healthy weight, the rate of weight loss, cardiac function, and metabolic status are the most important physical parameters to be considered when choosing a treatment setting; other psychosocial parameters are also important. Healthy weight estimates for a given individual must be determined by that person's physicians. Such estimates may be based on historical considerations (often including that person's growth charts) and, for women, the weight at which healthy menstruation and ovulation resume, which may be higher than the weight at which menstruation and ovulation became impaired. Admission to or continuation of an intensive level of care (e.g., hospitalization) may be necessary when access to a less intensive level of care (e.g., partial hospitalization) is absent because of geography or a lack of resources.	I	k.A.	APA 2012	3
Hospitalization should occur before the onset of medical instability as manifested by abnormalities in vital signs (e.g., marked orthostatic hypotension with an increase in pulse of 20 bpm or a drop in standing blood pressure of 20 mmHg, bradycardia <40 bpm, tachycardia >110 bpm, or an inability to sustain core body temperature), physical findings, or laboratory tests.	I	k.A.	APA 2012	3
Early treatment is particularly important for those with or at risk of severe emaciation and such patients should be prioritised for treatment.	Should	k.A.	NICE 2017	7,5
Outpatient psychosocial interventions are the initial treatment of choice for children and adolescents with eating disorders.	CS	rigorous empirical evidence	AACAP 2015	3
Psychiatric hospitalization, day programs, partial hospitalization programs, and residential programs for eating disorders in children and adolescents should be considered only when outpatient interventions have been unsuccessful or are unavailable.	CG	strong empirical evidence	AACAP 2015	3
More extensive psychotherapeutic measures may be undertaken to engage and help motivate patients whose illness is resistant to treatment.	II	k.A.	APA 2012	3
More extensive psychotherapeutic measures may be undertaken as compassionate care.	I	k.A.	APA 2012	3

Do not use single measures such as BMI or duration of illness to determine whether to offer treatment for an eating disorder.	Should not	k.A.	NICE 2017	7
Patients with subsyndromal anorexia nervosa or bulimia nervosa who meet most but not all of the DSM-IV-TR criteria (e.g., weight >85% of expected weight, binge and purge frequency less than twice per week) merit treatment similar to that of patients who fulfill all criteria for these diagnoses.	II	k.A.	APA 2012	3
For children and adolescents with anorexia nervosa, family involvement and treatment are essential.	I	k.A.	APA 2012	3
Offer people with an eating disorder and their family members or carers (as appropriate) education and information on: <ul style="list-style-type: none"> the nature and risks of the eating disorder and how it is likely to affect them the treatments available and their likely benefits and limitations. 	Should	k.A.	NICE 2017	7
If appropriate, provide written information for family members or carers who do not attend assessment or treatment meetings with the person with an eating disorder.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Be aware that the family members or carers of a person with an eating disorder may experience severe distress. Offer family members or carers assessments of their own needs as treatment progresses, including: <ul style="list-style-type: none"> what impact the eating disorder has on them and their mental health what support they need, including practical support and emergency plans if the person with the eating disorder is at high medical or psychiatric risk. 	Could / Should	k.A.	NICE 2017	7
Collaboratively set achievable eating and health-related goals and be clear with the individual and family what the goals of treatment are.	EBR III	C	RANZP 2014	4,5
The aims of treating anorexia nervosa are to 1) restore patients to a healthy weight (associated with the return of menses and normal ovulation in female patients, normal sexual drive and hormone levels in male patients, and normal physical and sexual growth and development in children and adolescents); 2) treat physical complications; 3) enhance patients' motivation to cooperate in the restoration of healthy eating patterns and participate in treatment; 4) provide education regarding healthy nutrition and eating patterns; 5) help patients reassess and change core dysfunctional cognitions, attitudes, motives, conflicts, and feelings related to the eating disorder; 6) treat associated psychiatric	k.A.	k.A.	APA 2012	3

conditions, including deficits in mood and impulse regulation and self-esteem and behavioral problems; 7) enlist family support and provide family counseling and therapy where appropriate; and 8) prevent relapse.				
The goals of psychosocial interventions are to help patients with anorexia nervosa 1) understand and cooperate with their nutritional and physical rehabilitation, 2) understand and change the behaviors and dysfunctional attitudes related to their eating disorder, 3) improve their interpersonal and social functioning, and 4) address comorbid psychopathology and psychological conflicts that reinforce or maintain eating disorder behaviors.	k.A.	k.A.	APA 2012	3
For patients age 20 years and younger, an individually appropriate range for expected weight and goals for weight and height may be determined by considering measurements and clinical factors, including current weight, bone age estimated from wrist X-rays and nomograms, menstrual history (in adolescents with secondary amenorrhea), mid-parental heights, assessments of skeletal frame, and benchmarks from Centers for Disease Control and Prevention (CDC) growth charts (available at http://www.cdc.gov/growthcharts/).	I	k.A.	APA 2012	3
Advise people with an eating disorder who are exercising excessively to stop doing so.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Physical activity should be adapted to the food intake and energy expenditure of the patient, taking into account the patient's bone mineral density and cardiac function.	I	k.A.	APA 2012	3
During a period of growth, the individual's treatment goal weight should be reassessed every 3-6 months.	C	IV	SAHM 2015	2
Empfehlungen zu Psychotherapie bei Anorexia nervosa				
Specialist therapist-led manualised based approaches show the most promising evidence base, and as such should be first-line options.	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5
Base the content, structure and duration of psychological treatments on relevant manuals that focus on eating disorders.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Assess the impact of the home, education, work and wider social environment (including the internet and social media) on each person's eating disorder. Address their emotional, education, employment and social needs throughout treatment.	Should	k.A.	NICE 2017	7

For children and adolescents, the evidence indicates that family treatment is the most effective intervention.	I	k.A.	APA 2012	3
For most children and adolescents with anorexia nervosa, family based therapy (FBT) or an alternate family therapy is the treatment of choice.	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5
Family-based treatment (the Maudsley method) is effective for treating anorexia nervosa in adolescents.	B	2	AAFP 2015	3
There is modest evidence that family based therapies are effective for younger people (up to the age of 18) living with families.	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5
The medical provider should know that family-based therapy is a first-line outpatient, psychological treatment for adolescents with anorexia nervosa.	A	I	SAHM 2015	2
If FT-AN is unacceptable, contraindicated or ineffective for children or young people with anorexia nervosa, consider individual CBT-ED or adolescent-focused psychotherapy for anorexia nervosa (AFP-AN).	Could	k.A.	NICE 2017	7
Options for individual therapy include cognitive-behavioral therapy (CBT).	EBR III	C	RANZCP 2014	4,5
Individual therapy should be considered in older adolescents with anorexia nervosa where family therapy is inappropriate or not suitable.	EBR II	A	RANZCP 2014	4,5
Options for individual therapy include adolescent focused therapy (AFT).	EBR II	A	RANZCP 2014	4,5
Psychological therapy is considered essential, but there is limited high quality evidence to direct the best choice of therapy modality.	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5
Consider anorexia-nervosa-focused family therapy for children and young people (FT-AN), delivered as single-family therapy or a combination of single- and multi-family therapy. Give children and young people the option to have some single-family sessions: <ul style="list-style-type: none"> • separately from their family members or carers and • together with their family members or carers. 	Could	k.A.	NICE 2017	7
Consider giving children and young people with anorexia nervosa additional appointments separate from their family members or carers.	Could	k.A.	NICE 2017	7
FT-AN for children and young people with anorexia nervosa should: <ul style="list-style-type: none"> • typically consist of 18–20 sessions over 1 year • review the needs of the person 4 weeks after treatment begins and then every 3 months, to establish how regular sessions should be and how long treatment should last 	Should	k.A.	NICE 2017	7

<ul style="list-style-type: none"> • emphasise the role of the family in helping the person to recover • not blame the person or their family members or carers • include psychoeducation about nutrition and the effects of malnutrition • support the parents or carers to take a central role in helping the person manage their eating early in treatment and emphasise that this is a temporary role • in the first phase, aim to establish a good therapeutic alliance with the person, their parents or carers and other family members • in the second phase, support the person (with help from their parents or carers) to establish a level of independence appropriate for their level of development • in the final phase: <ul style="list-style-type: none"> ▪ focus on plans for when treatment ends (including any concerns the person and their family have) and on relapse prevention ▪ address how the person can get support if treatment is stopped. 				
<p>In methods modeled after the Maudsley approach, families become actively involved, in a blame-free atmosphere, in helping patients eat more and resist compulsive exercising and purging. For some outpatients, a short-term course of family therapy using these methods may be as effective as a long-term course; however, a shorter course of therapy may not be adequate for patients with severe obsessive-compulsive features or nonintact families.</p>	II	k.A.	APA 2012	3
<p>Because of anorexia nervosa's enduring nature, psychotherapeutic treatment is frequently required for at least 1 year and may take many years.</p>	I	k.A.	APA 2012	3
<p>Psychiatric management begins with the establishment of a therapeutic alliance, which is enhanced by empathic comments and behaviors, positive regard, reassurance, and support.</p>	I	k.A.	APA 2012	3
<p>AFP-AN for children and young people should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • typically consist of 32–40 individual sessions over 12–18 months, with: <ul style="list-style-type: none"> ▪ more regular sessions early on, to help the person build a relationship with the practitioner and motivate them to change their behaviour ▪ 8–12 additional family sessions with the person and their parents or carers (as appropriate) 	Should	k.A.	NICE 2017	7

<ul style="list-style-type: none"> • review the needs of the person 4 weeks after treatment begins and then every 3 months, to establish how regular sessions should be and how long treatment should last • in family sessions and in individual sessions, include psychoeducation about nutrition and the effects of malnutrition • focus on the person’s self-image, emotions and interpersonal processes, and how these affect their eating disorder • develop a formulation of the person’s psychological issues and how they use anorexic behaviour as a coping strategy • address fears about weight gain, and emphasise that weight gain and healthy eating is a critical part of therapy • find alternative strategies for the person to manage stress • in later stages of treatment, explore issues of identity and build independence • towards end of treatment, focus on transferring the therapy experience to situations in everyday life • in family sessions, help parents or carers support the person to change their behaviour • address how the person can get support if treatment is stopped. 				
<p>Individual CBT-ED for children and young people with anorexia nervosa should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • typically consist of up to 40 sessions over 40 weeks, with: <ul style="list-style-type: none"> ▪ twice-weekly sessions in the first 2 or 3 weeks ▪ 8–12 additional brief family sessions with the person and their parents or carers (as appropriate) • in family sessions and in individual sessions, include psychoeducation about nutrition and the effects of malnutrition • in family sessions: <ul style="list-style-type: none"> ▪ identify anything in the person’s home life that could make it difficult for them to change their behaviour, and find ways to address this ▪ discuss meal plans 	Should	k.A.	NICE 2017	7

<ul style="list-style-type: none"> • aim to reduce the risk to physical health and any other symptoms of the eating disorder • encourage reaching a healthy body weight and healthy eating • cover nutrition, relapse prevention, cognitive restructuring, mood regulation, social skills, body image concern and self-esteem • create a personalised treatment plan based on the processes that appear to be maintaining the eating problem • take into account the person's specific development needs • explain the risks of malnutrition and being underweight • enhance self-efficacy • include self-monitoring of dietary intake and associated thoughts and feelings • include homework, to help the person practice what they have learned in their daily life • address how the person can get support if treatment is stopped. 				
<p>Programs that focus exclusively on abstaining from binge eating, purging, restrictive eating, or excessive exercising (e.g., 12-step programs) without attending to nutritional considerations or cognitive and behavioral deficits have not been studied and therefore cannot be recommended as the sole treatment for anorexia nervosa.</p>	I	k.A.	APA 2012	3
<p>It is important for programs using 12-step models to be equipped to care for patients with the substantial psychiatric and general medical problems often associated with eating disorders.</p>	I	k.A.	APA 2012	3
<p>Basic psychiatric management includes support through the provision of educational materials, including self-help workbooks; information on community-based and Internet resources; and direct advice to patients and their families (if they are involved).</p>	I	k.A.	APA 2012	3
<p>Although families and patients are increasingly accessing worthwhile, helpful information through online web sites, newsgroups, and chat rooms, the lack of professional supervision within these resources may sometimes lead to users' receiving misinformation or create unhealthy dynamics among users. It is recommended that clinicians inquire about a patient's or family's use of Internet-based support and other alternative and complementary approaches and be</p>	I	k.A.	APA 2012	3

prepared to openly and sympathetically discuss the information and ideas gathered from these sources.				
For patients who have difficulty talking about their problems, clinicians have reported that a variety of nonverbal therapeutic methods, such as the creative arts, movement therapy programs, and occupational therapy, can be useful.	III	k.A.	APA 2012	3
Anorexics and Bulimics Anonymous and Overeaters Anonymous are not substitutes for professional treatment.	I	k.A.	APA 2012	3
Patients with chronic anorexia nervosa generally show a lack of substantial clinical response to formal psychotherapy. Nevertheless, many clinicians report seeing patients with chronic anorexia nervosa who, after many years of struggling with their disorder, experience substantial remission, so clinicians are justified in maintaining and extending some degree of hope to patients and families.	II	k.A.	APA 2012	3
Clinicians need to attend to their countertransference reactions to patients with a chronic eating disorder, which often include beleaguerment, demoralization, and excessive need to change the patient.	I	k.A.	APA 2012	3
Issues of countertransference, discussed above with respect to the treatment of patients with anorexia nervosa, also apply to the treatment of patients with bulimia nervosa.	I	k.A.	APA 2012	3
At the same time, when treating patients with chronic illnesses, clinicians need to understand the longitudinal course of the disorder and that patients can recover even after many years of illness.	I	k.A.	APA 2012	3
Empfehlungen zu Ernährungstherapie bei Anorexia nervosa				
Only offer dietary counselling as part of a multidisciplinary approach.	Should	k.A.	NICE 2017	7
It is important to assess nutritional intake for all patients, even those with a normal body weight (or normal BMI), as normal weight does not ensure appropriate nutritional intake or normal body composition.	I	k.A.	APA 2012	3
It is important to encourage patients with anorexia nervosa to expand their food choices to minimize the severely restricted range of foods initially acceptable to them.	II	k.A.	APA 2012	3
Registered dietitians can help patients choose their own meals and can provide a structured meal plan that ensures nutritional adequacy and that none of the major food groups are avoided.	I	k.A.	APA 2012	3

Include family members or carers (as appropriate) in any dietary education or meal planning for children and young people with anorexia nervosa who are having therapy on their own.	Should	k.A.	NICE 2017	7
The goals of nutritional rehabilitation for seriously underweight patients are to restore weight, normalize eating patterns, achieve normal perceptions of hunger and satiety, and correct biological and psychological sequelae of malnutrition.	I	k.A.	APA 2012	3
Weight gain results in improvements in most of the physiological and psychological complications of semistarvation.	I	k.A.	APA 2012	3
In working to achieve target weights, the treatment plan should also establish expected rates of controlled weight gain. Clinical consensus suggests that realistic targets are 2–3 lb/week for hospitalized patients and 0.5–1 lb/week for individuals in outpatient programs.	II	k.A.	APA 2012	3
Caloric intake levels should usually start at 30–40 kcal/kg per day (approximately 1,000–1,600 kcal/day). During the weight gain phase, intake may have to be advanced progressively to as high as 70–100 kcal/kg per day for some patients; many male patients require a very large number of calories to gain weight.	II	k.A.	APA 2012	3
Formula feeding may have to be added to the patient’s diet to achieve large caloric intake.	II	k.A.	APA 2012	3
Careful monitoring includes at least weekly (and often two to three times a week) weight determinations done directly after the patient voids and while the patient is wearing the same class of garment (e.g., hospital gown, standard exercise clothing).	I	k.A.	APA 2012	3
Patients who require much lower caloric intakes or are suspected of artificially increasing their weight by fluid loading should be weighed in the morning after they have voided and are wearing only a gown; their fluid intake should also be carefully monitored.	I	k.A.	APA 2012	3
Patients’ serum levels of phosphorus, magnesium, potassium, and calcium should be determined daily for the first 5 days of refeeding and every other day for several weeks thereafter, and electrocardiograms should be performed as indicated.	II	k.A.	APA 2012	3
Encourage people with anorexia nervosa to take an age-appropriate oral multi-vitamin and multi-mineral supplement until their diet includes enough to meet their dietary reference values.	Should	k.A.	NICE 2017	7

Offer supplementary dietary advice to children and young people with anorexia nervosa and their family or carers (as appropriate) to help them meet their dietary needs for growth and development (particularly during puberty).	Should	k.A.	NICE 2017	7
For people with an eating disorder who need supplements to restore electrolyte balance, offer these orally unless the person has problems with gastrointestinal absorption or the electrolyte disturbance is severe.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Phosphorus, magnesium, and/or potassium supplementation should be given when indicated.	I	k.A.	APA 2012	3
Although no specific hormone treatments or vitamin supplements have been shown to be helpful.	I	k.A.	APA 2012	3
Supplemental calcium and vitamin D are often recommended.	III	k.A.	APA 2012	3
Although there is no evidence that calcium or vitamin D supplementation reverses decreased bone mineral density, when calcium dietary intake is inadequate for growth and maintenance, calcium supplementation should be considered, and when the individual is not exposed to daily sunlight, vitamin D supplementation may be used.	I	k.A.	APA 2012	3
However, large supplemental doses of vitamin D may be hazardous.	I	k.A.	APA 2012	3
Hypokalemia should be treated with oral or intravenous potassium supplementation and rehydration.	I	k.A.	APA 2012	3
Zinc supplements have been reported to foster weight gain in some patients, and patients may benefit from daily zinc-containing multivitamin tablets.	II	k.A.	APA 2012	3
Empfehlungen zu Andere nicht-medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa				
Do not offer a physical therapy (such as transcranial magnetic stimulation, acupuncture, weight training, yoga or warming therapy) as part of the treatment for eating disorders.	Should not	k.A.	NICE 2017	7
Electroconvulsive therapy (ECT) has generally not been useful except in treating severe co-occurring disorders for which ECT is otherwise indicated.	I	k.A.	APA 2012	3
WIDERSPRUCH: Acupuncture should be provided as an adjunctive treatment for people with Anorexia nervosa.	k.A.	EBR II	UWS 2015	2,5
There is weak evidence for the improvement of Bingeing when using acupuncture as an adjunct treatment for people with Anorexia nervosa.	k.A.	EBR I	UWS 2015	2,5
(ABER: There is only evidence of the use of acupuncture as an adjunct therapy for people with AN. Acupuncture treatment should be used as an adjunct therapy, not	n.a	n.a	n.a	n.a

as first line treatment of AN. Pilot studies that have been conducted provide limited evidence for the benefits of acupuncture in improving anxiety, quality of life, sleep, digestive issues, bulimia and perfectionism.)				
Empfehlungen zu Medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa				
There is only weak evidence for pharmacological treatment of anorexia nervosa. Low-dose antipsychotics such as olanzapine may be useful in reducing anxiety and obsessive thinking, but results of trials are mixed and such individuals are at greater risk of adverse side effects.	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5
Antipsychotic medications are generally not effective in the treatment of eating disorders.	B	2	AAFP 2015	3
A U.S. Food and Drug Administration (FDA) black box warning concerning the use of bupropion in patients with eating disorders has been issued because of the increased seizure risk in these patients. Adverse reactions to tricyclic antidepressants and monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) are more pronounced in malnourished individuals, and these medications should generally be avoided in this patient population.	I	k.A.	APA 2012	3
The use of medications, including complementary and alternative medications, should be reserved for comorbid conditions and refractory cases.	CG	Strong empirical evidence	AACAP 2015	3
Do not offer medication as the sole treatment for anorexia nervosa.	Should not	k.A.	NICE 2017	7
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are not indicated in the acute or maintenance stages of anorexia nervosa.	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5
The limited empirical data on malnourished patients indicate that selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) do not appear to confer advantage regarding weight gain in patients who are concurrently receiving inpatient treatment in an organized eating disorder program.	I	k.A.	APA 2012	3
Small controlled trials have demonstrated the efficacy of the anticonvulsant medication topiramate, but because adverse reactions to this medication are common, it should be used only when other medications have proven ineffective.	III	k.A.	APA 2012	3
Also, because patients tend to lose weight on topiramate, its use is problematic for normal or underweight individuals.	III	k.A.	APA 2012	3
Use anxiolytic or antidepressant or other medications with caution.	CBR	EK	RANZCP 2014	4,5

Pro-motility agents such as metoclopramide may be useful for bloating and abdominal pains that occur during refeeding in some patients.	II	k.A.	APA 2012	3
Empfehlungen zu Therapie der Bulimia nervosa				
Collaboratively set achievable eating and health-related goals and be clear with the individual and family what the goals of treatment are.	EBR III	C	RANZCP 2014	4,5
The aims of treatment for patients with bulimia nervosa are to 1) reduce and, where possible, eliminate binge eating and purging; 2) treat physical complications of bulimia nervosa; 3) enhance patients' motivation to cooperate in the restoration of healthy eating patterns and participate in treatment; 4) provide education regarding healthy nutrition and eating patterns; 5) help patients reassess and change core dysfunctional thoughts, attitudes, motives, conflicts, and feelings related to the eating disorder; 6) treat associated psychiatric conditions, including deficits in mood and impulse regulation, self-esteem, and behavior; 7) enlist family support and provide family counseling and therapy where appropriate; and 8) prevent relapse.	k.A.	k.A.	APA 2012	3
During a period of growth, the individual's treatment goal weight should be reassessed every 3-6 months.	C	IV	SAHM 2015	2
Empfehlungen zu Psychotherapie bei Bulimia nervosa				
Specialist therapist-led manualised based approaches show the most promising evidence base, and as such should be first-line options.	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5
Base the content, structure and duration of psychological treatments on relevant manuals that focus on eating disorders.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Assess the impact of the home, education, work and wider social environment (including the internet and social media) on each person's eating disorder. Address their emotional, education, employment and social needs throughout treatment.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Most patients with bulimia nervosa benefit from psychotherapy such as cognitive behavior therapy and /or treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor.	B	2	AAFP 2015	3
It is recommended that psychosocial interventions be chosen on the basis of a comprehensive evaluation of the individual patient that takes into consideration the patient's cognitive and psychological development, psychodynamic issues, cognitive style, comorbid psychopathology, and preferences as well as patient age and family situation.	I	k.A.	APA 2012	3

Offer bulimia-nervosa-focused family therapy (FT-BN) to children and young people with bulimia nervosa.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Family therapy should be considered whenever possible, especially for adolescent patients still living with their parents [II] or older patients with ongoing conflicted interactions with parents [III].	II / III	k.A.	APA 2012	3
If FT-BN is unacceptable, contraindicated or ineffective, consider individual eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy (CBT-ED) for children and young people with bulimia nervosa.	Could	k.A.	NICE 2017	7
<p>FT-BN for children and young people with bulimia nervosa should:</p> <ul style="list-style-type: none"> • typically consist of 18–20 sessions over 6 months • establish a good therapeutic relationship with the person and their family members or carers • support and encourage the family to help the person recover • not blame the person, their family members or carers • include information about: <ul style="list-style-type: none"> ▪ regulating body weight ▪ dieting ▪ the adverse effects of attempting to control weight with self-induced vomiting, laxatives or other compensatory behaviours • use a collaborative approach between the parents and the young person to establish regular eating patterns and minimise compensatory behaviours • include regular meetings with the person on their own throughout the treatment • include self-monitoring of bulimic behaviours and discussions with family members or carers • in later phases of treatment, support the person and their family members or carers to establish a level of independence appropriate for their level of development • in the final phase of treatment, focus on plans for when treatment ends (including any concerns the person and their family have) and on relapse prevention. 	Should	k.A.	NICE 2017	7
Individual CBT-ED for children and young people with bulimia nervosa should:	Should	k.A.	NICE 2017	7

<ul style="list-style-type: none"> • typically consist of 18 sessions over 6 months, with more frequent sessions early in treatment • include up to 4 additional sessions with parents or carers • initially focus on the role bulimia nervosa plays in the person's life and on building motivation to change • provide psychoeducation about eating disorders and how symptoms are maintained, while encouraging the person to gradually establish regular eating habits • develop a case formulation with the person • teach the person to monitor their thoughts, feelings and behaviours • set goals and encourage the person to address problematic thoughts, beliefs and behaviours with problem-solving • use relapse prevention strategies to prepare for and mitigate potential future setbacks • in sessions with parents and carers, provide education about eating disorders, identify family factors that stop the person from changing their behaviour, and discuss how the family can support the person's recovery. 				
Some patients who do not respond initially to CBT may respond when switched to either interpersonal therapy (IPT) or fluoxetine (II) or other modes of treatment such as family and group psychotherapies (III).	II / III	k.A.	APA 2012	3
Controlled trials have also shown the utility of IPT in some cases.	II	k.A.	APA 2012	3
In clinical practice, many practitioners combine elements of CBT, IPT, and other psychotherapeutic techniques. Compared with psychodynamic or interpersonal therapy, CBT is associated with more rapid remission of eating symptoms [I], but using psychodynamic interventions in conjunction with CBT and other psychotherapies may yield better global outcomes [II].	I / II	k.A.	APA 2012	3
Clinical reports suggest that psychodynamic and psychoanalytic approaches in individual or group format are useful once bingeing and purging improve.	III	k.A.	APA 2012	3
Anorexics and Bulimics Anonymous and Overeaters Anonymous are not substitutes for professional treatment.	I	k.A.	APA 2012	3
A variety of self-help and professionally guided self-help programs have been effective for some patients with bulimia nervosa.	I	k.A.	APA 2012	3

Support groups and 12-step programs such as Overeaters Anonymous may be helpful as adjuncts in the initial treatment of bulimia nervosa and for subsequent relapse prevention, but they are not recommended as the sole initial treatment approach for bulimia nervosa.	I	k.A.	APA 2012	3
Empfehlungen zu Ernährungstherapie bei Bulimia nervosa				
Only offer dietary counselling as part of a multidisciplinary approach.	Should	k.A.	NICE 2017	7
It is important to assess nutritional intake for all patients, even those with a normal body weight (or normal BMI), as normal weight does not ensure appropriate nutritional intake or normal body composition.	I	k.A.	APA 2012	3
A primary focus for nutritional rehabilitation is to help the patient develop a structured meal plan as a means of reducing the episodes of dietary restriction and the urges to binge and purge.	I	k.A.	APA 2012	3
Include family members or carers (as appropriate) in any dietary education or meal planning for children and young people with anorexia nervosa who are having therapy on their own.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Empfehlungen zu Andere nicht-medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa				
Bright light therapy has been shown to reduce binge frequency in several controlled trials and may be used as an adjunct when CBT and antidepressant therapy have not been effective in reducing bingeing symptoms.	III	k.A.	APA 2012	3
Empfehlungen zu Medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa				
To date, fluoxetine is the best studied of these and is the only FDA-approved medication for bulimia nervosa. Sertraline is the only other SSRI that has been shown to be effective, as demonstrated in a small, randomized controlled trial. In the absence of therapists qualified to treat bulimia nervosa with CBT, fluoxetine is recommended as an initial treatment.	I	k.A.	APA 2012	3
Most patients with bulimia nervosa benefit from psychotherapy such as cognitive behavior therapy and /or treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor.	B	2	AAFP 2015	3
High dose fluoxetine has the strongest evidence base for bulimia nervosa; other selective serotonin reuptake inhibitors are also effective in both bulimia nervosa and binge eating disorder.	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5
Where psychological therapy is not available, evidence supports pharmacological treatment.	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5

Consider pharmacotherapy as an adjunctive treatment, since an additive benefit has been shown for combined psychological and pharmacological therapy.	EBR I	A	RANZCP 2014	4,5
In addition, when CBT alone does not result in a substantial reduction in symptoms after 10 sessions, it is recommended that fluoxetine be added.	II	k.A.	APA 2012	3
Some data suggest that fluoxetine in dosages of up to 60 mg/day may help prevent relapse.	II	k.A.	APA 2012	3
Do not offer medication as the sole treatment for bulimia nervosa.	Should not	k.A.	NICE 2017	7
Antipsychotic medications are generally not effective in the treatment of eating disorders.	B	2	AAFP 2015	3
A U.S. Food and Drug Administration (FDA) black box warning concerning the use of bupropion in patients with eating disorders has been issued because of the increased seizure risk in these patients. Adverse reactions to tricyclic antidepressants and monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) are more pronounced in malnourished individuals, and these medications should generally be avoided in this patient population.	I	k.A.	APA 2012	3
The use of medications, including complementary and alternative medications, should be reserved for comorbid conditions and refractory cases.	CG	strong empirical evidence	AACAP 2015	3
The limited empirical data on malnourished patients indicate that selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) do not appear to confer advantage regarding weight gain in patients who are concurrently receiving inpatient treatment in an organized eating disorder program.	I	k.A.	APA 2012	3
Tricyclic antidepressants and MAOIs have been rarely used with bulimic patients and are not recommended as initial treatments.	I	k.A.	APA 2012	3
Two drugs that are used for mood stabilization, lithium and valproic acid, are both prone to induce weight gain in patients and may be less acceptable to patients who are weight preoccupied. However, lithium is not recommended for patients with bulimia nervosa because it is ineffective.	I	k.A.	APA 2012	3
Pro-motility agents such as metoclopramide may be useful for bloating and abdominal pains that occur during refeeding in some patients.	II	k.A.	APA 2012	3

Empfehlungen zu Weiterführende Therapie nach Gewichtsstabilisierung				
Once malnutrition has been corrected and weight gain has begun, psychotherapy can help patients with anorexia nervosa understand 1) their experience of their illness; 2) cognitive distortions and how these have led to their symptomatic behavior; 3) developmental, familial, and cultural antecedents of their illness; 4) how their illness may have been a maladaptive attempt to regulate their emotions and cope; 5) how to avoid or minimize the risk of relapse; and 6) how to better cope with salient developmental and other important life issues in the future. Clinical experience shows that patients may often display improved mood, enhanced cognitive functioning, and clearer thought processes after there is significant improvement in nutritional intake, even before there is substantial weight gain.	II	k.A.	APA 2012	3
For adolescents who have been ill <3 years, after weight has been restored, family therapy is a necessary component of treatment.	I	k.A.	APA 2012	3
Once a safe weight is achieved, the focus of an exercise program should be on the patient's gaining physical fitness as opposed to expending calories.	I	k.A.	APA 2012	3
Assisting patients in determining and practicing appropriate food intake at a healthy body weight is likely to decrease the chances of their relapsing after discharge.	I	k.A.	APA 2012	3
Empfehlungen zu Therapie von Begleiterkrankungen und Komplikationen				
Eating disorder specialists and other healthcare teams should collaborate to support effective treatment of physical or mental health comorbidities in people with an eating disorder.	Should	k.A.	NICE 2017	7
When collaborating, teams should use outcome measures for both the eating disorder and the physical and mental health comorbidities, to monitor the effectiveness of treatments for each condition and the potential impact they have on each other.	Should	k.A.	NICE 2017	7
When deciding which order to treat an eating disorder and a comorbid mental health condition (in parallel, as part of the same treatment plan or one after the other), take the following into account: <ul style="list-style-type: none"> the severity and complexity of the eating disorder and comorbidity the person's level of functioning 	Could	k.A.	NICE 2017	7

<ul style="list-style-type: none"> the preferences of the person with the eating disorder and (if appropriate) those of their family or carers. 				
Refer to the NICE guidelines on specific mental health problems for further guidance on treatment.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Some patients, particularly those with concurrent personality pathology or other co-occurring disorders, require lengthy treatment.	II	k.A.	APA 2012	3
Antidepressants may be helpful for patients with substantial concurrent symptoms of depression, anxiety, obsessions, or certain impulse disorder symptoms or for patients who have not benefited from or had only a suboptimal response to appropriate psychosocial therapy.	I	k.A.	APA 2012	3
Antidepressants and other psychiatric medications may be used to treat specific, ongoing psychiatric symptoms of depressive, anxiety, obsessive-compulsive, and other comorbid disorders.	I	k.A.	APA 2012	3
However, SSRIs in combination with psychotherapy are widely used in treating patients with anorexia nervosa. For example, these medications may be considered for those with persistent depressive, anxiety, or obsessive-compulsive symptoms and for bulimic symptoms in weight-restored patients.	II	k.A.	APA 2012	3
When prescribing medication for people with an eating disorder and comorbid mental or physical health conditions, take into account the impact malnutrition and compensatory behaviours can have on medication effectiveness and the risk of side effects.	Could	k.A.	NICE 2017	7
When prescribing for people with an eating disorder and a comorbidity, assess how the eating disorder will affect medication adherence (for example, for medication that can affect body weight).	Could	k.A.	NICE 2017	7
Monitor adverse effects of any antiepileptic or antidepressants used and modify use as required.	EBR II	A	RANZCP 2014	4,5
For people with an eating disorder who are misusing substances, or over the counter or prescribed medication, provide treatment for the eating disorder unless the substance misuse is interfering with this treatment.	Should	k.A.	NICE 2017	7
If substance misuse or medication is interfering with treatment, consider a multidisciplinary approach with substance misuse services.	Could	k.A.	NICE 2017	7

Assess fluid and electrolyte balance in people with an eating disorder who are believed to be engaging in compensatory behaviours, such as vomiting, taking laxatives or diuretics, or water loading.	Could	k.A.	NICE 2017	7
Regular monitoring of serum potassium levels is recommended in patients who are persistent vomiters.	I	k.A.	APA 2012	3
Urine specimens obtained at the time of a patient's weigh-in may need to be assessed for specific gravity to help ascertain the extent to which the measured weight reflects excessive water intake.	I	k.A.	APA 2012	3
It is important to identify family stressors whose amelioration may facilitate recovery.	I	k.A.	APA 2012	3
Patients with a history of purging behaviors should also be referred for a dental examination.	I	k.A.	APA 2012	3
Encourage people with an eating disorder who are vomiting to: <ul style="list-style-type: none"> • have regular dental and medical reviews • avoid brushing teeth immediately after vomiting • rinse with non-acid mouthwash after vomiting • avoid highly acidic foods and drinks. 	Should	k.A.	NICE 2017	7
Advise people with an eating disorder who are misusing laxatives or diuretics: <ul style="list-style-type: none"> • that laxatives and diuretics do not reduce calorie absorption and so do not help with weight loss. • to gradually reduce and stop laxative or diuretic use. 	Should	k.A.	NICE 2017	7
For people with an eating disorder and continued unexplained electrolyte imbalance, assess whether it could be caused by another condition.	Could	k.A.	NICE 2017	7
Consider a bone mineral density scan: <ul style="list-style-type: none"> • after 1 year of underweight in children and young people, or earlier if they have bone pain or recurrent fractures • after 2 years of underweight in adults, or earlier if they have bone pain or recurrent fractures. 	Could	k.A.	NICE 2017	7
Before deciding whether to measure bone density, discuss with the person and their family members or carers why it could be useful.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Bone density examinations should be obtained for patients who have been amenorrhic for 6 months or more.	I	k.A.	APA 2012	3

Use measures of bone density that correct for bone size (such as bone mineral apparent density [BMAD]) in children and young people with faltering growth.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Consider repeat bone mineral density scans in people with ongoing persistent underweight, especially when using or deciding whether to use hormonal treatment.	Could	k.A.	NICE 2017	7
Do not repeat bone mineral density scans for people with anorexia nervosa more frequently than once per year, unless they develop bone pain or recurrent fractures.	Should not	k.A.	NICE 2017	7
Explain to people with anorexia nervosa that the main way of preventing and treating low bone mineral density is reaching and maintaining a healthy body weight or BMI for their age.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Before estrogen is offered, it is recommended that efforts be made to increase weight and achieve resumption of normal menses.	I	k.A.	APA 2012	3
Advise people with anorexia nervosa and osteoporosis or related bone disorders to avoid high-impact physical activities and activities that significantly increase the chance of falls or fractures.	Should	k.A.	NICE 2017	7
There is no indication for the use of bisphosphonates such as alendronate in patients with anorexia nervosa.	II	k.A.	APA 2012	3
Do not routinely offer oral or transdermal oestrogen therapy to treat low bone mineral density in children or young people with anorexia nervosa.	Should not	k.A.	NICE 2017	7
Although hormone replacement therapy (HRT) is frequently prescribed to improve bone mineral density in female patients, no good supporting evidence exists either in adults or in adolescents to demonstrate its efficacy.	II	k.A.	APA 2012	3
Before estrogen is offered, it is recommended that efforts be made to increase weight and achieve resumption of normal menses.	I	k.A.	APA 2012	3
Consider transdermal 17 β estradiol (with cyclic progesterone) for young women (13–17 years) with anorexia nervosa who have long-term low body weight and low bone mineral density with a bone age over 15.	Could	k.A.	NICE 2017	7
Consider incremental physiological doses of oestrogen in young women (13–17 years) with anorexia nervosa who have delayed puberty, long-term low body weight and low bone mineral density with a bone age under 15.	Could	k.A.	NICE 2017	7

Seek specialist paediatric or endocrinological advice before starting any hormonal treatment for low bone mineral density. Coordinate any treatment with the eating disorders team.	Should	k.A.	NICE 2017	7
Hormone therapy usually induces monthly menstrual bleeding, which may contribute to the patient's denial of the need to gain further weight.	II	k.A.	APA 2012	3
Empfehlungen zu Monitoring				
GPs should offer a physical and mental health review at least annually to people with anorexia nervosa who are not receiving ongoing treatment for their eating disorder. The review should include: <ul style="list-style-type: none"> • weight or BMI (adjusted for age if appropriate) • blood pressure • relevant blood tests • any problems with daily functioning • assessment of risk (related to both physical and mental health) • an ECG, for people with purging behaviours and/or significant weight changes • a discussion of treatment options. 	Should	k.A.	NICE 2017	7
Monitor growth and development in children and young people with anorexia nervosa who have not completed puberty (for example, not reached menarche or final height).	Should	k.A.	NICE 2017	7
During treatment, it is important to monitor the patient for shifts in weight, blood pressure, pulse, other cardiovascular parameters, and behaviors likely to provoke physiological decline and collapse.	I	k.A.	APA 2012	3
Urine specific gravity, orthostatic vital signs, and oral temperatures may need to be measured on a regular basis.	II	k.A.	APA 2012	3
The medical provider should regularly monitor the health status of adolescents and young adults at each level of care.	C	IV	SAHM 2015	2
Assess whether ECG monitoring is needed in people with an eating disorder, based on the following risk factors: <ul style="list-style-type: none"> • rapid weight loss • excessive exercise • severe purging behaviours, such as laxative or diuretic use or vomiting 	Could	k.A.	NICE 2017	7

<ul style="list-style-type: none"> • bradycardia • hypotension • excessive caffeine (including from energy drinks) • prescribed or non-prescribed medications • muscular weakness • electrolyte imbalance • previous abnormal heart rhythm. 				
Offer ECG monitoring for people with an eating disorder who are taking medication that could compromise cardiac functioning (including medication that could cause electrolyte imbalance, bradycardia below 40 beats per minute, hypokalaemia, or a prolonged QT interval).	Should	k.A.	NICE 2017	7
For children and adolescents who are severely malnourished (weight <70% of healthy body weight), cardiac monitoring, especially at night, may be desirable.	II	k.A.	APA 2012	3
Assess fluid and electrolyte balance in people with an eating disorder who are believed to be engaging in compensatory behaviours, such as vomiting, taking laxatives or diuretics, or water loading.	Could	k.A.	NICE 2017	7
In patients who purge, it is important to routinely monitor serum electrolytes.	I	k.A.	APA 2012	3
AACAP: American Academy of Child and Adolescence Psychiatry; AAFP: American Academy of Family Physicians; AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation; AN: Anorexia nervosa; APA: American Psychiatric Association; BN: Bulimia nervosa; CG: Clinical Guideline; CS: Clinical Standard; EBR: Evidence base recommendation; GoR: Grade of Recommendation; k.A.: keine Angabe; LoE: Level of Evidence; n.a.: not applicable; NICE: National Institute for Health and Care Excellence; RANZCP: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; SAHM: The Society for Adolescent Health and Medicine; SCOFF: Sick Control One stone Fat Food; UWS: University of Western Sydney				

7.5. Entwicklung des Behandlungspfads

Aus den zusammenfassenden Kernaussagen wurde in Anlehnung an die vom IAMEV bereits entwickelten Behandlungspfade Übergewicht/Adipositas [18] und COPD [20] ein graphischer Algorithmus für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen abgeleitet. Darüber hinaus wurden zu dem Algorithmus Infoboxen mit weiterführenden Informationen/Empfehlungen zu den einzelnen Themenbereichen in Rahmen der Versorgung entwickelt.

Um etwaige inhaltliche Lücken im Algorithmus bzw. in den Infoboxen zu identifizieren, erfolgte eine fokussierte Recherche nach internationalen, thematisch relevanten Behandlungspfaden zu Untergewicht bzw. Essstörungen. Diese Recherche lieferte insgesamt 5 Treffer, wobei der Behandlungspfad der NICE [21] in der weiteren Entwicklung des Behandlungspfads einbezogen wurde.

Durch Gegenüberstellung des NICE Behandlungspfads mit dem auf Basis von Kernaussagen entwickelten Behandlungspfad konnten vor allem strukturelle Defizite sowie inhaltliche Lücken im Bereich der allgemeinmedizinischen Versorgung identifiziert werden. Diese Lücken wurden anschließend, soweit möglich, durch Informationen (welche nicht als Empfehlungen gekennzeichnet waren) aus den inkludierten Leitlinien geschlossen. Darüber hinaus wurde dafür auch Empfehlungen aus der im Rahmen der Literaturrecherche als relevant identifizierte, jedoch derzeit abgelaufene S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM 2011) [4] herangezogen. Diese Abweichung in der Methodik wird damit begründet, dass in der deutsche S3-Leitlinie DGPM 2011 inhaltlich keine Widersprüche zu den inkludierten, aktuellen Leitlinien festgestellt wurde, darin jedoch eindeutiger formulierte Empfehlungen vor allem im Hinblick auf den deutschsprachigen Raum sowie einige wesentliche Empfehlungen für das allgemeinmedizinische Setting enthalten sind. Die aus der S3-Leitlinie für den Behandlungspfad verwendeten Empfehlungen sind in nachfolgender Tabelle 8 dargestellt. Nachfolgend an Tabelle 8 sind jene Kernaussage angeführt, die ausschließlich auf Basis von Empfehlungen der Leitlinie DGPM 2011 im Diagnose- und Behandlungspfad ergänzt wurden. In der Leitliniensynopse (Abschnitt 7.4) sind bei den einzelnen Kernaussagen, soweit

vorhanden, zusätzlich jene Empfehlungen aus der S3-Leitlinie angeführt, die inhaltlich mit den entsprechenden Empfehlungen aus den inkludierten Leitlinien korrespondieren.

Tabelle 8 Empfehlungen aus der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2011

Empfehlung	GoR in der Leitlinie	LoE in der Leitlinie
Allgemeine Grundsätze in der Behandlung von Untergewicht bei Kindern/Jugendlichen		
Es sollte eine Kontinuität in der Behandlung angestrebt werden.	KKP	k.A.
Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten in Einrichtungen oder bei Therapeuten erfolgen, die Expertise in der Therapie mit Essstörungen haben und störungsspezifische Therapieelemente bereithalten.	KKP	k.A.
Patientinnen mit AN sollte eine spezialisierte Therapie bei mit Essstörungen erfahrenen Behandlern angeboten werden.	B	k.A.
Stationäre bzw. teilstationäre (z. B. Tagesklinik) Behandlungen sollten in Einrichtungen erfolgen, die Erfahrungen in der Therapie mit BN haben und entsprechende essstörungsspezifische Therapieprogramme vorhalten.	KKP	k.A.
Haus- und Fachärzten kommt eine wichtige Rolle bei der Ersterkennung und der begleitenden körperlichen Betreuung zu. Sie sollten Kinder und Jugendliche dazu motivieren, eine psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen, und diese von medizinischer Seite unterstützen.	KKP	k.A.
Die beteiligten Stellen der Versorgung (niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Hausärzte) sollten sich um eine engmaschige Absprache und Kommunikation bemühen.	KKP	k.A.
Sind an der Therapie der AN mehrere Behandler beteiligt (wie z. B. Hausarzt, Psychotherapeut, Sozialarbeiter, Ernährungsberater, Familientherapeut), sollten diese sich regelmäßig untereinander absprechen.	KKP	k.A.
Wegen eines erhöhten Risikos für Rückfälle erfordern Übergänge zwischen Settings (vor allem in weniger intensive Settings: stationär → ambulant) besondere Aufmerksamkeit und Vernetzung der Therapeuten, um die therapeutische Kontinuität zu erhalten.	B	k.A.
Bei jungen Patientinnen (Kindern, Adoleszenten), die noch in der Herkunftsfamilie wohnen, sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige in die Behandlung einbezogen werden.	B	k.A.
Bei Kindern und Jugendlichen mit BN sollten die Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden.	KKP	k.A.
Bei der Behandlung einer Essstörung sollte berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wenn nicht Jahren umfasst.	KKP	k.A.
Empfehlungen zu Abklärung auf erhöhtes Risiko einer Essstörung (Initiales Assessment)		
Im allgemeinärztlichen Setting sollte bei folgenden Risikofaktoren an eine Essstörung gedacht werden: <ul style="list-style-type: none"> • junge Frauen mit niedrigem Körpergewicht 	KKP	k.A.

<ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen, die mit Gewichtssorgen kommen, aber nicht übergewichtig sind • Frauen mit Zyklusstörungen oder Amenorrhoe • Patientinnen, die mangelernährt erscheinen • Patientinnen mit gastrointestinalen Symptomen • Patientinnen mit wiederholtem Erbrechen • Kinder mit Wachstumsverzögerung <p>Zur Früherkennung von Essstörungen im allgemeinärztlichen Setting sollten zunächst die folgenden beiden Fragen erwogen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Haben Sie ein Essproblem?“ <p>„Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Gewichts oder Ihrer Ernährung?“</p>		
<p>Der Einsatz von gewichtsregulierenden Maßnahmen (Purging-Verhalten) oder auch das Vorliegen einer schweren psychischen Komorbidität sollten in der Therapie berücksichtigt werden. In Einzelfällen muss sich der aktuelle Fokus der Therapie nach der Symptomatik richten, die akut am bedrohlichsten ist (Suizidalität, autodestruktives Verhalten, Substanzabhängigkeit, massiver Laxanzienabusus).</p>	KKP	k.A.
Empfehlungen zu Stationäre/Teilstationäre Behandlung		
<p>Für eine tagesklinische Behandlung spricht das Training im Umfeld der Patientin, für eine vollstationäre Behandlung das Herausnehmen der Patientin aus einem unter Umständen problematischen Umfeld und die Notwendigkeit der ganztägigen ärztlichen Betreuung.</p>	KKP	k.A.
<p>Als Kriterien für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychische bzw. physische Komorbidität, die eine Indikation für eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung darstellt (z. B. Suizidalität, schwere Selbstverletzung, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit) • hoher Krankheitsschweregrad der Essstörung (erheblich entgleistes Essverhalten) • Versagen oder fehlende Möglichkeiten für eine ambulante Therapie <p>therapieverhindernde Umstände im Umfeld der Patientin.</p>	KKP	k.A.
<p>Folgende Kriterien sprechen für eine stationäre Behandlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20 % über sechs Monate) • gravierendes Untergewicht (BMI < 15 kg/m² bzw. bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der 3. Altersperzentile) • fehlender Erfolg einer ambulanten Behandlung • anhaltender Gewichtsverlust oder unzureichende Gewichtszunahme über drei Monate (bei Kindern und Jugendlichen früher) trotz ambulanter oder tagesklinischer Behandlung • soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung) • ausgeprägte psychische Komorbidität • schwere bulimische Symptomatik (z. B. Laxanzien-/Diuretikaabusus, schwere Essanfälle mit Erbrechen) oder 	KKP	k.A.

<p>exzessiver Bewegungsdrang, die ambulant nicht beherrscht werden können</p> <ul style="list-style-type: none"> • körperliche Gefährdung oder Komplikationen (siehe Kapitel 1.2.2 „Krankheitsverlauf“) • geringe Krankheitseinsicht • Überforderung im ambulanten Setting, da dieses zu wenig strukturierte Vorgaben (Mahlzeitenstruktur, Essensmengen, Rückmeldungen zum Essverhalten, Motivationsbildung) bieten kann. <p>Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie)</p>		
<p>Bei folgenden Gruppen kann an eine tagesklinische Behandlung gedacht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Patientinnen ohne Komorbidität und nur mäßigem Untergewicht, bei denen sich eine ambulante Therapie als nicht ausreichend erweist (Intensivierung ambulanter Therapie). • Bei Patientinnen, 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) <p>Bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die Familie engmaschig in den Behandlungsprozess mit eingebunden werden kann.</p>	KKP	k.A.
<p>Patientinnen mit AN sollten nur in Tageskliniken behandelt werden, die spezifische Konzepte für anorektische Patientinnen anbieten.</p>	B	k.A.
<p>Eine unter Zwang durchgeführte Behandlung der AN soll nur nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen inklusive der Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen erfolgen.</p>	KKP	k.A.
<p>Empfehlungen zu Diagnosestellung Essstörung</p>		
<p>Bei Patientinnen mit BN sollten komorbide psychische Störungen, insbesondere Angststörungen (vor allem soziale Phobie), Depressionen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen der Cluster B oder C gezielt erfragt werden. Bei diagnostischen Unsicherheiten ist die Vorstellung in einer Spezialambulanz zu erwägen.</p>	KKP	k.A.
<p>Bei der Diagnostik sollten Daten aus folgenden Lebensbereichen erhoben werden: Familiäre Vorgeschichte von Essstörungen und essensbezogene Verhaltensweisen in der Familie, biografische Vorgeschichte von emotionaler Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung, Selbstwertprobleme und Probleme der Impulskontrolle, Diätverhalten und exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Körper.</p>	KKP	k.A.
<p>Empfehlungen zu Weiterführendes Assessment</p>		
<p>Zur Beurteilung des medizinischen Risikos bzw. körperlicher Komplikationen sollten neben der Gewichtsentwicklung weitere Untersuchungsparameter wie Laborwerte und physische Zeichen</p>	KKP	k.A.

beachtet werden (siehe Leitlinienkapitel IX „Körperliche Folgeerkrankungen von Essstörungen“).		
Im allgemeinärztlichen Bereich sollte die medizinische Diagnostik als Minimum folgende Elemente enthalten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Körpergröße und Körpergewicht (Bewertung mit Hilfe des BMI oder mit Perzentilkurven bei Jugendlichen) Blutdruck und Puls	KKP	k.A.
Zur Abschätzung der vitalen Gefährdung durch Untergewicht und Folgen des Erbrechens können folgende Elemente hinzugezogen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Körpertemperatur • Inspektion der Körperperipherie (Durchblutung, Ödeme) • Auskultation des Herzens, Orthostasetest • Blutbild • Blutsenkung • Harnstoff • Elektrolyte • Kreatinin • Leberfunktionstest • Blutglukose • Urinstatus Elektrokardiogramm	KKP	k.A.
Der Einsatz von gewichtsregulierenden Maßnahmen (Purging-Verhalten) oder auch das Vorliegen einer schweren psychischen Komorbidität sollten in der Therapie berücksichtigt werden. In Einzelfällen muss sich der aktuelle Fokus der Therapie nach der Symptomatik richten, die akut am bedrohlichsten ist (Suizidalität, autodestruktives Verhalten, Substanzabhängigkeit, massiver Laxanzienabusus).	KKP	k.A.
Auch wenn viele jugendliche Patientinnen mit AN eine hohe Leistungsbereitschaft und gute Schulleistungen zeigen, müssen aufgrund der eingeschränkten Ernährungssituation Eingrenzungen des Sportunterrichts und des Schulbesuchs erwogen werden.	KKP	k.A.
Empfehlungen zu Therapie der Essstörung		
Patientinnen mit AN soll frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden.	A	k.A.
Das ambulante Behandlungsverfahren erster Wahl bei Patientinnen mit AN sollte eine evidenzbasierte Psychotherapie sein.	B	k.A.
Bei Vorliegen einer BN soll den Patientinnen frühzeitig eine Behandlung angeboten werden, um Chronifizierung zu vermeiden. Es sollte berücksichtigt werden, dass einige Patientinnen mit BN einer Veränderung ihres Essverhaltens ambivalent gegenüberstehen und daher aktiv für eine Behandlung motiviert werden müssen.	KKP	k.A.
Patientinnen mit BN sollten vorwiegend ambulant behandelt werden. Bei Vorliegen bestimmter Indikationskriterien ist eine stationäre oder tagesklinische Behandlung indiziert.	B	k.A.
Hinsichtlich der Settings gibt es empirische Hinweise für die Wirksamkeit von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung.	KKP	k.A.
Patientinnen mit BN sollten ambulant behandelt werden. Bei Vorliegen bestimmter Indikationskriterien (s. u.) oder fehlender	B	k.A.

Möglichkeit für eine zeitnahe ambulante Therapie ist eine stationäre oder teilstationäre Behandlung indiziert.		
Bei einer Verschlechterung oder stagnierender Entwicklung im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie sollten intensivere Behandlungsangebote gemacht werden. Dies kann eine Kombination von Behandlungsmethoden im ambulanten Rahmen sein oder aber ein tagesklinischer oder stationärer Behandlungsabschnitt.	O	k.A.
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.	KKP	k.A.
Bei Vorliegen einer Purging Disorder wird empfohlen, in der Behandlung analog zur Behandlung des Vollbilds der BN vorzugehen.	KKP	k.A.
Bei Kindern und Jugendlichen sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige ausführlich über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert und in die Behandlung mit einbezogen werden.	A	k.A.
Bei jungen Patientinnen (Kindern, Adoleszenten), die noch in der Herkunftsfamilie wohnen, sollten die Sorgeberechtigten bzw. nahe Angehörige in die Behandlung einbezogen werden.	B	k.A.
Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit der Patientin (und ggfs. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt, Umgang mit der Familie.	KKP	k.A.
Vorrangiges Ziel der ambulanten Therapie von Patientinnen mit AN ist die Normalisierung von Essverhalten und Gewicht und Arbeit an den damit verbundenen psychischen Symptomen und Schwierigkeiten.	KKP	k.A.
Ein notwendiges Therapieziel bei AN ist die Normalisierung von Mahlzeitenstruktur und -zusammensetzung mit dem Ziel einer ausreichenden Gewichtszunahme.	A	k.A.
Die körperliche Aktivität ist auf einen dem Gewicht sowie der täglichen Energieaufnahme angemessenen Umfang zu reduzieren.	O	k.A.
Die Patientinnen sollten auf mögliche körperliche Komplikationen (z. B. Frakturen) bei exzessiver sportlicher Aktivität hingewiesen werden.	KKP	k.A.
Die Patientinnen sollten darauf hingewiesen werden, dass mit Laxanzien das Körpergewicht bzw. die Energieaufnahme nicht effektiv reduziert werden kann. Ferner sollten sie über mögliche Komplikationen einer längerfristigen Laxanzieinnahme aufgeklärt werden.	KKP	k.A.
Empfehlungen zu Psychotherapie bei Anorexia nervosa		
Patientinnen mit AN 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 Behandler und sollte über den gesamten Behandlungsprozess im Auge behalten werden.	B	k.A.
Bei der Wahl der Methode sollte die Präferenz der Patientin und ihr Alter berücksichtigt werden.	KKP	k.A.

Empfehlungen zu Ernährungstherapie bei Anorexia nervosa		
Ernährungsberatung sollten nicht als alleinige Behandlung angeboten werden; dies gilt auch für Interventionen im Anschluss an eine stationäre Behandlung.	B	k.A.
Ernährungstherapie und Ernährungsberatung ist als alleinige Therapie der AN nicht geeignet (siehe auch Kapitel 2.1 „Behandlungsziele“).	B	k.A.
Patientinnen sollten im Hinblick auf eine angemessene Nahrungsmenge und -zusammensetzung beraten werden.	KKP	k.A.
Das Hinzuziehen einer Ernährungsberaterin/eines Ernährungsberaters sollte bei einer ambulanten Behandlung erwogen werden. Voraussetzung sind auf Seiten der Ernährungsberatung umfangreiche Erfahrungen im Umgang mit essgestörten Patientinnen und eine engmaschige Abstimmung mit dem behandelnden Psychotherapeuten.	O	k.A.
Im ambulanten Setting sollte eine Gewichtszunahme von 200–500 g/Woche angestrebt werden. Eine flexible Handhabung ist dabei möglich.	KKP	k.A.
Zur Orientierung in den ersten Behandlungstagen kann bei hochgradig untergewichtigen Patientinnen die initiale Nahrungszufuhr (für eine enterale Ernährung) mit ca. 30–40 kcal/kg (Körpergewicht) beziffert werden.	O	k.A.
Um eine ausreichende Nahrungszufuhr zu gewähren, kann insbesondere zu Beginn der Therapie zur Ergänzung (oder notfalls auch zum Ersatz) einer noch nicht ausreichenden normalen Ernährung Flüssigkost zum Einsatz kommen. Dabei sollten Produkte eingesetzt werden, die zur vollständigen Ernährung geeignet sind, das heißt, die alle Bestandteile einer normalen Ernährung in ausgewogener Menge enthalten.	O	k.A.
Die Wirksamkeit einer ambulanten Psychotherapie sollte kontinuierlich anhand eines Gewichtsmonitorings erfolgen.	KKP	k.A.
Bei häufigem Erbrechen ist auf eine regelmäßige Kontrolle des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes zu achten.	KKP	k.A.
Aus den Befunden lässt sich keine generelle Empfehlung zur Vitaminsubstitution ableiten. Eine unzureichende Vitaminzufuhr kann durch eine ausgewogene und ausreichende Kost in der Regel ausgeglichen werden. Bei klinischen Zeichen von Vitaminmangelzuständen (insbesondere von Thiamin [B1], Riboflavin [B2], Niacin [B3], und Folsäure [B9]) kann eine Vitaminsubstitution sinnvoll sein.	O	k.A.
Eisensubstitution ist nur in wenigen Ausnahmefällen bei nachgewiesener Eisenmangelanämie (niedriges Ferritin) sinnvoll.	O	k.A.
Bei der Behandlung der AN müssen die Serumkaliumwerte regelhaft kontrolliert werden. Bei erniedrigten Werten sollten im EKG die Hypokaliämiezeichen geprüft und Rhythmusstörungen ausgeschlossen werden. Die Hypokaliämie sollte durch exogene, möglichst orale Zufuhr von Kaliumchlorid bis zur Normokaliämie ausgeglichen werden.	B	k.A.
Eine Substitution von Zink bei der AN spielt in der klinischen Routine bis heute keine Rolle. Eine Bestimmung von Zink (und ggfs. eine	O	k.A.

Substitution) kann bei typischen Hautveränderungen als Hinweis auf Zinkmangel 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.	B	k.A.
Hypercholesterinämie ist eine häufige Begleiterscheinung der AN. Die Cholesterinwerte normalisieren sich nach Gewichtszunahme. Es ist keine spezifische diätetische oder medikamentöse Therapie indiziert.	O	k.A.
Empfehlungen zu Medikamentöse Therapie bei Anorexie nervosa		
Neuroleptika sind zur Erreichung einer Gewichtszunahme bei AN nicht geeignet.	B	k.A.
Antidepressiva sind für die Erreichung einer Gewichtszunahme bei AN nicht zu empfehlen. Dies gilt sowohl für die initiale Therapie als auch für die Rückfallprophylaxe.	A	k.A.
Appetitstimulanzien können bei der Behandlung der AN nicht empfohlen werden.	B	k.A.
Lithiumgabe zur Therapie der AN kann nicht empfohlen werden.	B	k.A.
Empfehlungen zu Therapie der Bulimia nervosa		
Vor Beginn einer ambulanten Therapie sollten die Rahmenbedingungen mit der Patientin (und ggfs. den Sorgeberechtigten) klar besprochen werden: Umgang mit Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, Kontakte mit dem Hausarzt, Umgang mit der Familie.	KKP	k.A.
Empfehlungen zu Psychotherapie bei Bulimia nervosa		
Bei der Wahl der Methode sollte die Präferenz der Patientin und ihr Alter berücksichtigt werden.	KKP	k.A.
Erwachsene und Jugendliche mit BN soll als Behandlungsverfahren der ersten Wahl eine Psychotherapie angeboten werden.	A	k.A.
Psychotherapeutische Behandlungen sind wirksamer als alleinige Pharmakotherapie.	A	k.A.
Für einige Patientinnen mit BN kann die Teilnahme an einem evidenzbasierten Selbsthilfeprogramm, das unter Anleitung erfolgt („angeleitete Selbsthilfe“) und auf Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie beruht, eine ausreichende Therapie darstellen.	B	k.A.
Empfehlungen zu Ernährungstherapie bei Bulimia nervosa		
Ernährungsberatung sollten nicht als alleinige Behandlung angeboten werden; dies gilt auch für Interventionen im Anschluss an eine stationäre Behandlung.	B	k.A.
Ernährungstherapie und Ernährungsberatung ist als alleinige Therapie der AN nicht geeignet (siehe auch Kapitel 2.1 „Behandlungsziele“).	B	k.A.
Empfehlungen zu Medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa		
Wenn eine Pharmakotherapie angeboten wird, dann sollte Fluoxetin eingesetzt werden.	B	k.A.
Fluoxetin: Nur dieser Wirkstoff ist in Deutschland in Kombination mit Psychotherapie für die Indikation der Bulimie und nur für die Behandlung von Erwachsenen zugelassen. SSRIs stellen bezogen auf Symptomreduktion, Nebenwirkungsprofil und Akzeptanz die medikamentöse Therapie der ersten Wahl in der Behandlung der BN dar.	B	k.A.

Die wirksame Dosis von Fluoxetin bei der Bulimie liegt bei 60 mg/Tag.	B	k.A.
Fluoxetin: Ein Behandlungsversuch sollte mit einer Mindestdauer von vier Wochen unternommen werden. Bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen.	KKP	k.A.
Wenn Antidepressiva in der Therapie der AN (z. B. zur Behandlung einer Depression) eingesetzt werden, sollte eine erhöhte Achtsamkeit auf möglichen Nebenwirkungen liegen (z. B. kardiale Nebenwirkungen und SIADH).	O	k.A.
Empfehlungen zu Therapie von Begleiterkrankungen und Komplikationen		
Bei ausgeprägtem Purging-Verhalten sind ein engmaschiges körperliches und laborchemisches Monitoring sowie die Einbeziehung eines Arztes erforderlich.	KKP	k.A.
Auf die Erfassung eines begleitenden Laxanzienabusus sollte besonders geachtet werden, da bei diesen Patientinnen häufiger somatische und psychische Komplikationen auftreten, die engmaschigere Kontrollen erfordern.	KKP	k.A.
Bei Patientinnen mit einem Missbrauch von Laxanzien in hohen Dosen bzw. zusätzlichem selbstinduziertem Erbrechen und/oder Diuretika-Abusus sollten regelmäßige Laborkontrollen der Elektrolyte sowie der Nierenfunktion erfolgen.	KKP	k.A.
Patientinnen mit selbstinduziertem Erbrechen sollten zahnärztlich untersucht werden. Ferner sind sie über das Risiko der Zahnschädigung sowie über präventive Maßnahmen zum Schutz der Zähne zu informieren.	KKP	k.A.
Bei Elektrolytveränderungen sollte primär versucht werden, das Erbrechen zu reduzieren, sodass eine längerfristige Elektrolytsubstitution Einzelfällen vorbehalten bleibt.	KKP	k.A.
Grundsätzlich ist nach Absetzen des Abführmittels auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme und Zufuhr von Ballaststoffen durch die Nahrung zu achten.	KKP	k.A.
Empfehlungen zu Monitoring		
Patientinnen mit AN sollten in Abhängigkeit von der körperlichen Situation aktiv und regelmäßig zu Verlaufsuntersuchungen (Hausarzt) einbestellt werden.	KKP	k.A.
Bei Patientinnen mit BN sollten komorbide psychische Störungen, insbesondere Angststörungen (vor allem soziale Phobie), Depressionen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen der Cluster B oder C gezielt erfragt werden. Bei diagnostischen Unsicherheiten ist die Vorstellung in einer Spezialambulanz zu erwägen.	KKP	k.A.
Bei der Behandlung der AN müssen die Serumkaliumwerte regelhaft kontrolliert werden. Bei erniedrigten Werten sollten im EKG die Hypokaliämiezeichen geprüft und Rhythmusstörungen ausgeschlossen werden. Die Hypokaliämie sollte durch exogene, möglichst orale Zufuhr von Kaliumchlorid bis zur Normokaliämie ausgeglichen werden.	B	k.A.
Bei ausgeprägtem Purging-Verhalten sind ein engmaschiges körperliches und laborchemisches Monitoring sowie die Einbeziehung eines Arztes erforderlich.	KKP	k.A.

Empfehlungen zu 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.	KKP	k.A.
AN: Anorexia nervosa; BN: Bulimia nervosa; GoR: Grade of Recommendation; k.A.: keine Angabe; KKP: Klinische Konsenspunkte; LoE: Level of Evidence		

7.5.1. Ergänzende Kernaussagen auf Basis von DGPM 2011 Empfehlungen:

Allgemeine Grundsätze in der Behandlung von Untergewicht bei Kindern/Jugendlichen

Kernaussage: 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.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Haus- und Fachärzten kommt eine wichtige Rolle bei der Ersterkennung und der begleitenden körperlichen Betreuung zu. Sie sollten Kinder und Jugendliche dazu motivieren, eine psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen, und diese von medizinischer Seite unterstützen. (EK)

Kernaussage: Bei der Behandlung einer Essstörung sollte berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wenn nicht Jahren umfasst.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Bei der Behandlung einer Essstörung sollte berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wenn nicht Jahren umfasst. (EK)

Diagnosestellung Essstörung

Kernaussage: Die formale Prüfung ob eine Essstörung vorliegt sollte anhand eines operationalisierten Diagnosesystems wie ICD-10 oder DSM-V erfolgen.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Falls der Verdacht einer Essstörung nach den vorangegangenen Schritten fortbesteht, sollte formal überprüft werden, ob die Kriterien einer Essstörung nach einem

operationalisierten Diagnosesystem wie ICD-10 oder DSM-IV erfüllt werden. (k.A. zu GoR)

Weiterführendes Assessment

Kernaussage: Es ist im Einzelfall zu prüfen, inwieweit deutlich untergewichtige Kinder/Jugendliche in der Lage sind weiter am Schul- bzw. am Sportunterricht teilzunehmen.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Auch wenn viele jugendliche Patientinnen mit AN eine hohe Leistungsbereitschaft und gute Schulleistungen zeigen, müssen aufgrund der eingeschränkten Ernährungssituation Eingrenzungen des Sportunterrichts und des Schulbesuchs erwogen werden. (EK)

Psychotherapie bei Anorexia nervosa

Kernaussage: 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.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Patientinnen mit AN 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 Behandler und sollte über den gesamten Behandlungsprozess im Auge behalten werden. (GoR B)

Kernaussage: Bei der Wahl der Methode sollte die Präferenz der Kinder/Jugendlichen und ihr Alter berücksichtigt werden.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Bei der Wahl der Methode sollte die Präferenz der Patientin und ihr Alter berücksichtigt werden. (EK)

Ernährungstherapie bei Anorexia nervosa

Kernaussage: Kinder/Jugendliche sollten im Hinblick auf eine angemessene Nahrungsmenge und -zusammensetzung beraten werden.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Patientinnen sollten im Hinblick auf eine angemessene Nahrungsmenge und -zusammensetzung beraten werden. (EK)

Psychotherapie bei Bulimia nervosa

Kernaussage: Bei der Wahl der Methode sollte die Präferenz der Kinder/Jugendlichen und ihr Alter berücksichtigt werden.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Bei der Wahl der Methode sollte die Präferenz der Patientin und ihr Alter berücksichtigt werden. (EK)

Therapie von Begleiterkrankungen und Komplikationen

Kernaussage: Bei Elektrolytveränderungen sollte primär versucht werden, das Erbrechen zu reduzieren, sodass eine längerfristige Elektrolytsubstitution Einzelfällen vorbehalten bleibt.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Bei Elektrolytveränderungen sollte primär versucht werden, das Erbrechen zu reduzieren, sodass eine längerfristige Elektrolytsubstitution Einzelfällen vorbehalten bleibt. (EK)

Kernaussage: Grundsätzlich ist nach Absetzen des Laxantien auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme und Zufuhr von Ballaststoffen durch die Nahrung zu achten.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Grundsätzlich ist nach Absetzen des Abführmittels auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme und Zufuhr von Ballaststoffen durch die Nahrung zu achten. (EK)

Monitoring

Kernaussage: Bei diagnostischen Unsicherheiten ist die Vorstellung in einer Spezialambulanz zu erwägen.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- Bei Patientinnen mit BN sollten komorbide psychische Störungen, insbesondere Angststörungen (vor allem soziale Phobie), Depressionen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit und Persönlichkeitsstörungen der Cluster B oder C gezielt erfragt werden. Bei diagnostischen Unsicherheiten ist die Vorstellung in einer Spezialambulanz zu erwägen. (EK)

Nachsorge

Kernaussage: 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.

Korrespondierende DGPM-Empfehlung:

- 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. (EK)

Im Zuge der Leitliniensynopse bzw. der Entwicklung des Diagnose- und Behandlungspfads wurde in einem Bereich eine wesentliche Diskrepanz zwischen den Empfehlungen der einzelnen Leitlinien festgestellt. Dies betraf die Empfehlungen zur Verwendung von Akkupunktur als adjuvante Therapie der Anorexia nervosa. Während das britische National Institute for Health and Care Excellence in ihrer Leitlinie (NICE 2017) [17] eine Negativempfehlung mit starkem Empfehlungsgrad gegen die Verwendung von physikalischen Therapien (u.a. Akkupunktur) im Rahmen der Behandlung von Anorexia nervosa aussprach, fanden sich in der Akkupunktur-Leitlinie der University of Western Sydney (UWS 2015) [12] eine Empfehlung mit starkem Empfehlungsgrad für die Verwendung von Akkupunktur in der Behandlung von Anorexia nervosa.

Diese Diskrepanz wurden basierend auf der im Abschnitt 6.3 beschriebenen Methodik unter Berücksichtigung der zugrundeliegenden Evidenz diskutiert, um eine eindeutige Empfehlung in den Behandlungspfad aufzunehmen. So wurde letztlich für den Behandlungspfad eine Empfehlung gegen die Verwendung von physikalischen Therapien (u.a. Akkupunktur) im

Rahmen der Behandlung von Anorexia nervosa formuliert. Diese Entscheidung beruht einerseits auf der Tatsache, dass die Leitlinie NICE 2017 [17], eine wesentlich höhere methodische Qualität aufweist als die Leitlinie UWS 2015 [12] (siehe Tabelle 5), andererseits wird auch in der Leitlinie UWS 2015 beschrieben, dass den positiven Empfehlungen nur eine eingeschränkte Evidenz (in Form einiger weniger Pilotstudien) zugrunde liegt.

Letztlich ergab dieser Arbeitsschritt einen idealtypischen Diagnose- und Behandlungspfad für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen für die Primärversorgungsebene in Österreich. Der Pfad besteht dabei aus einem graphischen Algorithmus sowie aus begleitenden Infoboxen. Diese Dokumente (Algorithmus + Infoboxen) sind dabei grundsätzlich ergänzend zu sehen und sollen nur gemeinsam verwendet werden.

Nachfolgend wird der Inhalt des Diagnose- und Behandlungspfads zusammenfassend dargestellt. Der graphische Algorithmus sowie die dazugehörigen Infoboxen finden sich im Anhang B des Berichts.

7.6. Inhaltliche Zusammenfassung des Behandlungspfads

Bei Kinder und Jugendlichen sollen zur Diagnose von Untergewicht die alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilenkurven BMI/Alter und die darüber festgelegten Diagnosegrenzen herangezogen werden. Dabei wird in erster Linie die Verwendung der „growth charts 2006/2007“ der WHO für Kinder und Jugendliche von 5-19 Jahren [6] empfohlen. Die Verwendung anderer Perzentilenkurven ist grundsätzlich möglich, jedoch sollte in Österreich eine einheitliche Verwendung erfolgen. Gemäß dem österreichischen Bundesministerium für Gesundheit ist Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen im Alter bis 18 Jahre mit einem BMI unter der 10. Perzentile definiert. Liegt der altersspezifische BMI unter der 3. Perzentile spricht man von schwerem Untergewicht [22].

Grundsätzlich müssen bei Kinder und Jugendlichen mit diagnostiziertem Untergewicht initial mögliche somatische Ursachen (z.B. chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Mukoviszidose, Herzfehler, Infektionen, Nierenfunktionsstörungen, Lebensmittelunverträglichkeiten, Schilddrüsenüberfunktion oder onkologische Erkrankungen) abgeklärt werden. Liegen diese vor, so soll eine Versorgung entsprechend aktueller krankheitsspezifischer Leitlinien erfolgen. Kinder und Jugendlichen mit Untergewicht ohne somatische Ursache sollen hinsichtlich einem erhöhtem Risiko für Essstörungen

untersucht werden. Liegen Faktoren für ein erhöhtes Risiko vor, soll eine weiterführende medizinische Abklärung durch den Hausarzt bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde sowie eine Diagnosestellung der Essstörung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen. Generell ist dabei in allen Fällen zu prüfen, ob eine Akutgefährdung vorliegt, die eine sofortige stationäre Aufnahme bedingt.

Die Therapie der Essstörung soll grundsätzlich durch ein multidisziplinäres Team, bestehend aus entsprechend qualifizierten Fachkräften, erfolgen, wobei dem Hausarzt bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde vor allem eine wichtige Rolle in der Koordination sowie der begleitenden medizinischen Betreuung zukommt. Dabei ist darauf zu achten, dass der Umgang mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen respektvoll und empathisch erfolgt und die jeweilige individuelle Situation und die Präferenzen in die Therapieplanung mit einbezogen werden. Dabei ist es wesentlich, auch die Eltern/Erziehungsberechtigten bzw. die gesamte Familie mit einzubeziehen und diese auch umfassend über die Essstörung des Kindes/des Jugendlichen und die Therapieoptionen aufzuklären bzw. zu beraten.

Wesentlich ist, dass eine Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht in Folge einer Essstörung so rasch als möglich begonnen werden soll, um eine Chronifizierung zu vermeiden. Dabei wird vorzugweise ein ambulantes Betreuungssetting empfohlen. Ein zentrales Element in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen stellt die Psychotherapie dar. Dabei wird primär die Familientherapie unter Einbeziehung der Eltern/Familienangehörigen empfohlen. Sollte diese nicht möglich oder nicht gewünscht sein, können auch Einzel-Therapieformen (vor allem die kognitive Verhaltenstherapie) in Betracht gezogen werden. Daneben umfassen die Behandlungsstrategien von Essstörungen mit Untergewicht immer eine Ernährungstherapie sowie, falls erforderlich, eine Therapie der körperlichen und mentalen Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen. Im Rahmen der Ernährungstherapie sollte im ambulanten Setting eine Gewichtszunahme von 200-500 g/Woche angestrebt werden. Eine regelhafte Substitution von Vitaminen und Mineralstoffen ist dabei nicht empfohlen. Neben der Wiederherstellung eines altersspezifischen normalen Körpergewichts, stellen die Normalisierung der Essgewohnheiten und das Erreichen einer normalen Wahrnehmung von Hunger und Sättigung weitere Ziele der Ernährungstherapie dar. Eine medikamentöse Therapie der Essstörung z.B. mit Neuroleptika oder Antidepressive wird für Kinder und Jugendliche generell nicht empfohlen.

Wesentlich bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen sind regelmäßige Verlaufsuntersuchungen, um den Therapiefortschritt zu evaluieren sowie das Risiko für (körperliche und psychische) Begleit-/Folgeerkrankungen zu erheben. Wichtig für einen langfristigen Therapieerfolg ist es, die Psychotherapie auch nach Normalisierung des Körpergewichts fortzusetzen. Darüber hinaus sollten auch nach Abschluss einer ambulanten Psychotherapie in regelmäßigen Abständen über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Folgetermine angeboten werden, die die Rezidivprophylaxe und die Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses zum Ziel haben.

7.7. Schnittstellen

In vielen Bereichen des Diagnose- und Behandlungspfads ergeben sich im Zuge des Managements von Untergewicht/Esstörungen Schnittstellen zwischen der Primärversorgungsebene und anderen Versorgungsebenen. In Primärversorgungseinheiten, wo ein multidisziplinärer Ansatz verfolgt wird und gemäß dem Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ der Bundeszielsteuerungskommission [23] Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Diätologen sowie klinische Psychologen und Psychotherapeuten Teil des Primärversorgungsteams sind, kann möglicherweise ein Großteil der Versorgung direkt erfolgen. Wesentliche Schnittstellen bestehen hier vor allem zu den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie zu stationären oder teilstationären Einrichtungen. Bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen in Einzelpraxen ergeben sich weitere Schnittstellen zu den oben angeführten Kinder- und Jugendheilkunde, Diätologen und klinische Psychologen/Psychotherapeuten.

Im Diagnose- und Behandlungspfad sind Tätigkeitbereiche bei denen sich eine Koordination bzw. eine Schnittstelle zu anderen Versorgungsebenen ergeben in roter Schrift gehalten. Infoboxen bzw. einzelne Empfehlungen/Tätigkeiten darin, bei denen sich eine Koordination mit bzw. eine Schnittstelle zu anderen Versorgungsebenen ergeben, sind mit dem Symbol  gekennzeichnet. Schnittstellen im Zusammenhang mit der Therapie von Begleiterkrankungen bzw. im Zusammenhang mit der Therapie von somatischen Ursachen für Untergewicht wurden nicht berücksichtigt.

8. Liste der eingeschlossenen Leitlinien

- **AACAP 2015**

Lock J, La Via MC. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54(5): 412-425.

- **AAFP 2015**

Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician* 2015; 91(1): 46-52.

- **APA 2012**

Joel Yager, Michael J. Devlin, Katherine A. Halmi, David B. Herzog, James E. Mitchell III, Pauline Powers et al. Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, 3rd Edition. *FOCUS* 2014; 12(4): 416-431.

- **NICE 2017**

National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment (NG69) [online]. 05/2017 [Zugriff: 05.12.2017]. URL:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896>.

- **RANZCP 2014**

Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48(11): 977-1008.

- **SAHM 2015**

Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK et al. Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2015; 56(1): 121-125.

- **UWS 2015**

Fogarty S, Ramjan LM. Practice guidelines for acupuncturists using acupuncture as an adjunctive treatment for anorexia nervosa. *Complement Ther Med* 2015; 23(1): 14-22.

9. Referenzen

1. Elmadfa I. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. 1. Auflage. [online] 2012. URL: <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/5/3/CH1048/CMS1348749794860/ueb12.pdf>.
2. Griebler R, P. W, T. B. Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht [online] 2016. URL: <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/9/7/CH1357/CMS1453376559886/kinderjugendgesundheitsbericht.pdf>.
3. Stamm I. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. [online] 2010. URL: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/5/CH1572/CMS1466495497539/frauengesundheitsbericht_kurzfassung.pdf.
4. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM). S3-Leitlinie - Diagnostik und Therapie der Essstörungen [online] 2011. URL: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026k_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen_2011-abgelaufen.pdf.
5. Rothenhäusler H-B, Täschner K-L. Kompendium Praktische Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage. Vienna: Springer-Verlag Wien; 2012.
6. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ 2007; 85(9): 660-667.
7. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. BMC Med 2010; 8: 31.
8. WHO. The World Health Report 2003: Shaping The Future. Geneva: 2003. URL: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf.
9. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. J Clin Epidemiol 2010; 63(12): 1308-1311.
10. Brouwers M KM, Browman GP, Cluzeau F, feder G, Fervers B, Hanna S, Makarski J on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II [online]. 2013. URL: <http://www.agreetrust.org/wp->

[content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf](#).

11. Lock J, La Via MC. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015; 54(5): 412-425.

12. Fogarty S, Ramjan LM. Practice guidelines for acupuncturists using acupuncture as an adjunctive treatment for anorexia nervosa. *Complement Ther Med* 2015; 23(1): 14-22.

13. Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician* 2015; 91(1): 46-52.

14. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK et al. Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health* 2015; 56(1): 121-125.

15. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48(11): 977-1008.

16. Joel Yager, Michael J. Devlin, Katherine A. Halmi, David B. Herzog, James E. Mitchell III, Pauline Powers et al. *Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, 3rd Edition*. *FOCUS* 2014; 12(4): 416-431.

17. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment (NG69) [online] 2017; (May 2017). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896>.

18. Jeitler K, Stigler F, Semlitsch T, Horvath K, Domke A, Abuzahra M et al. (Be-) Handlungspfad Übergewicht & Adipositas auf Primärversorgungsebene [online] 2016; (Version 1.2). URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.636045&version=1486475079>.

19. National Guideline A. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines: Eating Disorders: Recognition and Treatment. In. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK)

Copyright (c) National Institute for Health and Care Excellence 2017.; 2017.

20. Semlitsch T, Jeitler K, Horvath K, Domke A, Posch N, Spary-Kainz U et al. Behandlungspfad chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) auf Primärversorgungsebene [online] 2018; (Version 1.2). URL: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?portal=hvbportal&contentid=10007.792353&portal:componentId=gtn124e01e3-ed87-4de5-873b-5f3eaa737e13&viewmode=content>.
21. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders overview [online] 2017. URL: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/eating-disorders>.
22. Öffentliches Gesundheitsportal Österreich - Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Essen aus dem Gleichgewicht [online]. 24.11.2016 [Zugriff: 20.06.2018]. URL: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/lebenswelt/schule/gesunde-jause/essstoerungen>.
23. Bundeszielsteuerungsagentur. „Das Team rund um den Hausarzt“: Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich Wien: BMG; 2014.

Anhang A: Recherchestrategien

Tabelle 9 Recherchestrategie Leitlinien-Datenbanken

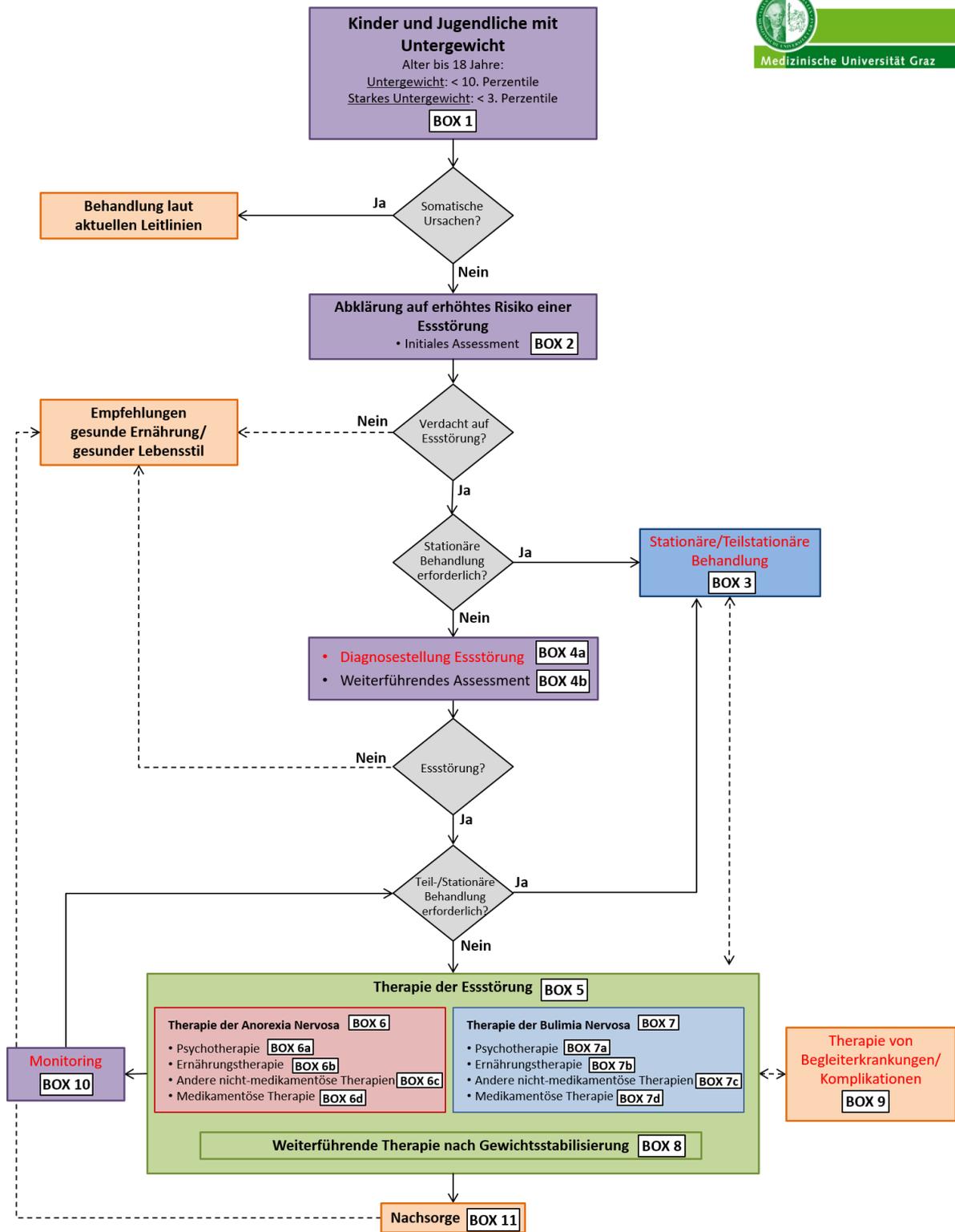
Datenbank	Suchstrategie
NGC	“thinness“ OR “leanness“ OR “underweight*“ OR “eating disorder*“ OR “anorexia“ OR “bulimia“
GIN	Thinness, Leanness, Underweight, Eating Disorders, Anorexia, Bulimia, Untergewicht, Essstörung, Bulimie, Anorexie, Magersucht, Ess-Brechsucht
AWMF	Thinness, Leanness, Underweight, Eating Disorders, Anorexia, Bulimia, Untergewicht, Essstörung, Bulimie, Anorexie, Magersucht, Ess-Brechsucht
NICE	thinness OR leanness OR underweight* OR eating disorder* OR anorexia OR bulimia
SIGN	Alle gelisteten Guidelines

Tabelle 10 Recherchestrategie PubMed NLM

Search	Query
#94	Search #90 AND #73 Filters: Publication date from 2012/01/01; English; German
#93	Search #90 AND #73 Filters: English; German
#92	Search #90 AND #73 Filters: English
#91	Search #90 AND #73
#90	Search #78 OR #81 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 Or #88 Or #89
#89	Search Leitlinie*[tt] OR Richtlinie*[tt] OR Empfehlung*[tt]
#88	Search guideline*[ti] OR recommendation*[ti] OR consensus[ti] OR standard*[ti] OR "position paper"[ti] OR "clinical pathway*" [ti] OR "clinical protocol*" [ti] OR "good clinical practice" [ti]
#87	Search Consensus Development Conference, NIH[Publication Type]
#86	Search Consensus Development Conference[Publication Type]
#85	Search Practice Guideline[Publication Type]
#84	Search Guideline[Publication Type]
#83	Search "Consensus Development Conferences, NIH as Topic"[Mesh]
#81	Search "Consensus Development Conferences as Topic"[Mesh]
#78	Search "Guidelines as Topic"[Mesh]
#73	Search #68 OR #72
#72	Search essto*[tt] OR appetitsto*[tt] OR untergewicht*[tt] OR bulimi*[tt] OR anorexi*[tt] OR anorekti*[tt] OR essverhalten*[tt] OR magersucht [tt] OR magersuecht*[tt] OR ess-brechsucht [tt] OR ess-brechsuecht*[tt]
#68	Search #53 OR #67
#67	Search #54 OR #55 OR #56 OR #64 OR #65 OR #66
#66	Search bulimi*[tiab]
#65	Search anorex*[tiab] OR anorect*[tiab]
#64	Search (eat*[tiab] OR appeti*[tiab]) AND (disorder*[tiab] OR habit*[tiab] OR behavio*[tiab])
#56	Search underweight*[tiab]
#55	Search thinness[tiab]
#54	Search leanness[tiab]
#53	Search #41 OR #44 OR #50 OR #52
#52	Search "Bulimia"[Mesh]

<u>#50</u>	Search "Anorexia"[Mesh]
<u>#44</u>	Search "Feeding and Eating Disorders"[Mesh]
<u>#41</u>	Search "Thinness"[Mesh]

Anhang B – Diagnose- und Behandlungspfad Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen mit Fokus auf Essstörungen



* Rote Schrift...Schnittstelle/Kooperation mit anderen Versorgungsebenen

Infoboxen zum Behandlungspfad Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Übersicht zu den Infoboxen

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

BOX 1: Diagnosestellung Untergewicht

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

BOX 3: Stationäre/Teilstationäre Behandlung

BOX 4a: Diagnosestellung Essstörung

BOX 4b: Weiterführendes medizinisches Assessment

BOX 5: Therapie der Essstörung

BOX 6: Therapie der Anorexia nervosa

BOX 6a: Psychotherapie bei Anorexia nervosa

BOX 6b: Ernährungstherapie bei Anorexia nervosa

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

BOX 6d: Medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa

BOX 7: Therapie der Bulimia nervosa

BOX 7a: Psychotherapie bei Bulimia nervosa

BOX 7b: Ernährungstherapie bei Bulimia nervosa

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

BOX 7d: Medikamentöse Therapie bei Bulimia nervosa

BOX 8: Weiterführende Therapie nach Gewichtsstabilisierung

BOX 9: Therapie von Begleiterkrankungen und Komplikationen

BOX 10: Monitoring

BOX 11: Nachsorge

 : (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 ihre 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 bewusst machen. Insbesondere im Wissen, dass sich Kinder/Jugendliche nach vielen Jahren der Erkrankung erholen.

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) (g/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.