

Hans Reuter (Hrsg.)

# Differenzialdiagnose für Heilpraktiker

unter Mitarbeit von

Markus Vieten, Aachen  
Dr. Markus Escher, Stuttgart  
Dr. Arne Schäffler, Augsburg

Foitzick Verlag, Augsburg

**Wichtiger Hinweis:** Die Autoren haben große Sorgfalt auf die (therapeutischen) Angaben, insbesondere Konzentrationen, Dosierungen, Indikationen und Warnhinweise, verwendet. Dennoch entbindet dies den Anwender dieses Werkes nicht von der eigenen Verantwortung. Weder die Autoren noch der Verlag können für eventuelle Nachteile und Schäden eine Haftung übernehmen, die aus den im Buch gemachten Hinweisen resultieren.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://portal.d-nb.de> abrufbar.

© 2010 Foitzick Verlag, Augsburg  
[www.foitzick-verlag.de](http://www.foitzick-verlag.de)  
Zuschriften an den Verlag an: [info@foitzick-verlag.de](mailto:info@foitzick-verlag.de)

Lektorat: Markus Vieten, Aachen; Hans Reuter, Friedberg  
Layout, Satz und Bildredaktion: Schäffler & Kollegen GmbH, Augsburg  
Druck und Bindung: Buchproduktion Thomas Ebertin, Uhlidingen/Bodensee  
Titelabbildung: Fotolia.com – Günter Menzl (Frau); Photocase.de – AllzweckJack (Tafel);  
Bearbeitung: Schäffler & Kollegen, Augsburg  
Fotos: siehe Bildnachweis S. 447

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, der Funksendung, der Wiedergabe auf fotomechanischem Weg und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, bleiben vorbehalten.

ISBN 978-3-929338-48-5

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Prinzipien</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>Neurologie, Psychiatrie</b>	<b>69</b>
1.1	Anlässe, differenzialdiagnostisch zu denken . . . . .	10	4.1	Spezielle Anamnese . . . . .	70
1.2	Notfall ausschließen . . . . .	11	4.2	Patientenuntersuchung . . . . .	70
1.3	Abwendbar gefährliche Verläufe . . . . .	11	4.3	Abwendbar gefährliche Verläufe . . . . .	85
1.4	Sammeln, ausschließen, nachweisen . . . . .	12	4.4	Synkope, Bewusstseinsstörungen . . . . .	86
1.5	Statistik berücksichtigen . . . . .	15	4.6	Schwindel unabhängig von Kopf- und Körperlage . . . . .	91
1.6	Wann ist ein Screening sinnvoll? . . . . .	21	4.7	Bewegungs- oder Lagerungsschwindel . . . . .	93
<b>2</b>	<b>Notfälle</b>	<b>25</b>	4.8	Nervosität und Reizbarkeit . . . . .	94
2.1	Anzeichen für einen Notfall . . . . .	26	4.9	Vergesslichkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen . . . . .	97
2.2	Vorgehen bei einem Notfall . . . . .	28	4.10	Verwirrtheit und Desorientierung . . . . .	99
2.3	Spezielle Notfälle . . . . .	29	4.11	Niedergeschlagenheit und depressive Verstimmung . . . . .	101
<b>3</b>	<b>Allgemeinbeschwerden</b>	<b>33</b>	4.12	Angst, Panik und grundlose Ängstlichkeit . . . . .	103
3.1	Spezielle Anamnese bei Allgemeinbeschwerden . . . . .	34	4.14	Chronische oder wiederkehrende Kopfschmerzen . . . . .	107
3.2	Patientenuntersuchung . . . . .	36	4.15	Akute Kopfschmerzen . . . . .	110
3.3	Abwendbar gefährliche Verläufe . . . . .	36	<b>5</b>	<b>Augen</b>	<b>113</b>
3.4	Gesteigerter Appetit und Heißhungerattacken . . . . .	38	5.1	Spezielle Anamnese . . . . .	114
3.5	Gewichtszunahme ohne gesteigerten Appetit . . . . .	40	5.2	Patientenuntersuchung . . . . .	114
3.6	Gewichtsverlust . . . . .	43	5.3	Abwendbar gefährliche Verläufe . . . . .	118
3.7	Übermäßiger Durst . . . . .	46	5.4	Auffälligkeiten am Augenlid . . . . .	119
3.8	Übermäßiges Schwitzen . . . . .	48	5.5	Schmerzlose Auffälligkeiten am Auge . . . . .	124
3.9	Übermäßiges Frieren oder Kältegefühl . . . . .	51	5.6	Augenschmerzen oder -jucken . . . . .	126
3.10	Zeitweilige abnorme Müdigkeit und Abgeschlagenheit . . . . .	54	5.7	Ungewöhnliche Wahrnehmungen und Doppelbilder . . . . .	130
3.11	Anhaltende abnorme Müdigkeit und Abgeschlagenheit . . . . .	55	5.8	Langsam zunehmende Sehschwäche und Erblindung . . . . .	132
3.12	Fieber mit Beschwerden im Kopf- und Halsbereich . . . . .	58	5.9	Plötzliche Sehverschlechterung . . . . .	134
3.13	Fieber mit Beschwerden im Brustbereich . . . . .	60	<b>6</b>	<b>Hals, Sprechen, Sprache, Nase, Ohren, Mund</b>	<b>137</b>
3.14	Fieber mit Beschwerden im Bauch-, Flanken- und Genitalbereich . . . . .	61	6.1	Spezielle Anamnese . . . . .	138
3.15	Fieber mit Beschwerden an Muskeln, Knochen, Gelenken und Haut . . . . .	64	6.2	Patientenuntersuchung . . . . .	139
3.16	Fieber mit uncharakteristischen Beschwerden . . . . .	66	6.3	Abwendbar gefährliche Verläufe . . . . .	145
			6.4	Halsschmerzen mit Fieber . . . . .	146
			6.5	Halsschmerzen ohne Fieber . . . . .	148
			6.6	Schluckbeschwerden vornehmlich beim Trinken . . . . .	150
			6.7	Schluckbeschwerden vornehmlich bei fester Nahrung . . . . .	152
			6.8	Heiserkeit und Stimmstörungen . . . . .	154

6.9	Sprechstörungen. . . . .	156
6.10	Sprachstörungen. . . . .	158
6.11	Nasenbeschwerden . . . . .	160
6.12	Riechstörungen. . . . .	163
6.13	Ohrenschmerzen und Ohrendruck . . . . .	164
6.14	Schwerhörigkeit oder Taubheit . . . . .	168
6.15	Tinnitus ohne andere Ohrenbeschwerden . . . . .	170
6.16	Lärm- und Geräuschüber- empfindlichkeit . . . . .	171
6.17	Knoten oder Schwellungen an Hals und Nacken. . . . .	173
6.18	Gesichts- und Zahnschmerzen . . . . .	176
6.19	Beschwerden an den Lippen . . . . .	179
6.20	Wangenschleimhaut und Zahnfleisch . . . . .	181
6.21	Beschwerden an der Zunge . . . . .	184
6.22	Trockener Mund . . . . .	186
6.23	Mundgeruch ohne weitere Beschwerden . . . . .	187
6.24	Mundgeruch mit weiteren Beschwerden . . . . .	188

## **7 Thorax, Lunge, Herz 191**

7.1	Spezielle Anamnese . . . . .	192
7.2	Patientenuntersuchung. . . . .	193
7.3	Abwendbar gefährliche Verläufe. . . . .	201
7.4	Akut auftretende Atemnot und Kurzatmigkeit . . . . .	202
7.5	Häufig wiederkehrende oder anhaltende Atemnot und Kurzatmigkeit . . . . .	205
7.6	Trockener Husten (Reizhusten) . . . . .	209
7.7	Feuchter Husten und Auswurf . . . . .	211
7.8	Schmerzen in der Brust . . . . .	213
7.9	Einmalig oder selten auftretendes Herzklopfen, -rasen und -stolpern . . . . .	217

## **8 Bauchraum 225**

8.1	Spezielle Anamnese . . . . .	226
8.2	Patientenuntersuchung. . . . .	226
8.3	Abwendbar gefährliche Verläufe. . . . .	233
8.4	Schmerzen im gesamten Bauch oder an wechselnden Stellen . . . . .	235
8.5	Schmerzen im Ober- und Mittelbauch oder in der Flanke . . . . .	238
8.6	Schmerzen im Unterbauch . . . . .	242
8.7	Übelkeit und Erbrechen mit Bauch- oder Schluckbeschwerden . . . . .	244
8.8	Übelkeit und Erbrechen ohne Bauchbeschwerden . . . . .	248

8.9	Erbrechen von Blut oder kaffeesatzartiger Flüssigkeit . . . . .	251
8.10	Akuter Durchfall (Dauer bis 2 Wochen) . . . . .	252
8.11	Chronischer Durchfall (Dauer über 2 Wochen) . . . . .	253
8.12	Obstipation. . . . .	256
8.13	Blutiger Stuhl und Blutungen aus dem Analbereich . . . . .	257
8.14	Schmerzen und Juckreiz am After. . . . .	258

## **9 Harnwege und Geschlechts- organe 261**

9.1	Spezielle Anamnese . . . . .	262
9.2	Patientenuntersuchung. . . . .	262
9.3	Abwendbar gefährliche Verläufe. . . . .	265
9.4	Schmerzen beim Wasserlassen. . . . .	266
9.5	Veränderungen des Urins . . . . .	269
9.6	Erschwertes Wasserlassen, veränderte Urinmenge . . . . .	272
9.7	Ungewollter Harnabgang (Inkontinenz), verstärkter Harndrang. . . . .	274
9.8	Schmerzlose Veränderungen am Penis . . . . .	277
9.9	Schmerzende und juckende Veränderungen am Penis . . . . .	279
9.10	Beschwerden an Hoden oder Damm . . . . .	280
9.11	Äußere Auffälligkeiten an den Brüsten . . . . .	282
9.12	Verhärtungen, Schwellungen und Knoten in der weiblichen Brust . . . . .	284
9.13	Schmerzen in einer oder beiden Brüsten . . . . .	285
9.14	Ausfluss aus der Scheide . . . . .	286
9.15	Jucken und Schmerzen im Genitalbereich . . . . .	288
9.16	Schmerzen beim oder nach dem Geschlechtsverkehr (Dyspareunie) . . . . .	290
9.17	Hautveränderungen im Genitalbereich . . . . .	294
9.18	Störungen der Monatsblutung (Menstruationsstörungen). . . . .	295
9.19	Blutungen aus der Scheide außerhalb der Menstruation. . . . .	298
9.20	Zyklusabhängige Unterleibs- schmerzen . . . . .	300

## **10 Bewegungsapparat 301**

- 10.1 Spezielle Anamnese . . . . . 302
- 10.2 Patientenuntersuchung . . . . . 302
- 10.3 Abwendbar gefährliche Verläufe. . . . . 310
- 10.4 Muskelschwäche und Lähmungen . . . . . 312
- 10.5 Zittern (Tremor) . . . . . 315
- 10.6 Muskelzuckungen . . . . . 318
- 10.7 Muskelkrämpfe. . . . . 320
- 10.8 Nackenschmerzen . . . . . 322
- 10.9 Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule. . . . . 324
- 10.10 Schmerzen in Kreuz, Steißbein oder dem ganzen Rücken. . . . . 325
- 10.11 Akute Schulterschmerzen . . . . . 327
- 10.12 Chronische Schulterschmerzen. . . . . 329
- 10.13 Arm- und Ellenbogenbeschwerden nach Gewalteinwirkung . . . . . 331
- 10.14 Arm- und Ellenbogenbeschwerden ohne Gewalteinwirkung. . . . . 333
- 10.15 Handbeschwerden nach Gewalteinwirkung . . . . . 334
- 10.16 Handbeschwerden ohne Gewalteinwirkung . . . . . 336
- 10.17 Akute Schmerzen und Funktionsstörungen der Hüfte, Leiste und Oberschenkel . . . . . 338
- 10.18 Chronische Schmerzen und Funktionsstörungen der Hüfte, Leiste und Oberschenkel . . . . . 339
- 10.19 Knie- und Beinbeschwerden nach Gewalteinwirkung . . . . . 341
- 10.20 Kniebeschwerden ohne Gewalteinwirkung . . . . . 343
- 10.21 Beinbeschwerden ohne Gewalteinwirkung . . . . . 346
- 10.22 Beschwerden in Sprunggelenk oder Ferse . . . . . 350
- 10.23 Beschwerden in Mittelfuß oder Zehen . . . . . 352
- 10.24 Einseitiges oder asymmetrisches Hinken und andere Gangstörungen . . . . . 355
- 10.25 Beidseitiges Hinken und andere Gangstörungen . . . . . 357

## **11 Haut, Haare und Nägel 361**

- 11.1 Spezielle Anamnese . . . . . 362
- 11.2 Patientenuntersuchung. . . . . 362
- 11.3 Abwendbar gefährliche Verläufe. . . . . 367
- 11.4 Flache Hautveränderungen ohne Fieber . . . . . 368

- 11.5 Erhabene Hautveränderungen ohne Fieber mit Hautverdickungen und Schuppen . . . . . 373
- 11.6 Erhabene Hautveränderungen ohne Fieber mit Quaddeln, Bläschen und Blasen . . . . . 376
- 11.7 Erhabene Hautveränderungen ohne Fieber mit Knötchen, Pusteln und Wucherungen . . . . . 380
- 11.8 Knoten unter der Haut . . . . . 387
- 11.9 Hautveränderungen mit Fieber. . . . . 388
- 11.10 Großflächiger Hautjuckreiz . . . . . 393
- 11.11 Taubheitsgefühl, Kribbeln und andere Missempfindungen . . . . . 395
- 11.12 Haarausfall und andere Haarveränderungen . . . . . 399
- 11.13 Kopfhautveränderungen . . . . . 400
- 11.14 Veränderungen von Nagelfalz und Nagelbett. . . . . 402
- 11.15 Veränderungen der Nagelplatte . . . . . 403

## **12 Labor 407**

- 12.1 Hämatologische Diagnostik . . . . . 408
- 12.2 Gerinnung. . . . . 410
- 12.3 Elektrolyte. . . . . 411
- 12.4 Eiweißstoffwechsel . . . . . 414
- 12.5 Fettstoffwechsel . . . . . 416
- 12.6 Eisenstoffwechsel . . . . . 418
- 12.7 Säure-Basen-Haushalt . . . . . 419
- 12.8 Folsäure . . . . . 420
- 12.9 Diabetesdiagnostik . . . . . 420
- 12.10 Entzündungswerte . . . . . 422
- 12.11 Herz- und Muskelwerte . . . . . 423
- 12.12 Leberwerte . . . . . 424
- 12.13 Pankreaswerte . . . . . 426
- 12.14 Nierenwerte . . . . . 426
- 12.15 Kortisol . . . . . 428
- 12.16 Schilddrüse. . . . . 428

## **13 Anhang 431**

- Register . . . . . 432
- Abkürzungen . . . . . 445
- Abbildungsquellen. . . . . 447

einem negativen Test mit einer Sensitivität von 90 % und Spezifität von 95 % bei 99,99 %, ohne den Test allerdings auch schon bei 99,9 %!

- ▶ Untersucht man mit diesem Test eine Gruppe, die eine Prävalenz der Erkrankung X von 30 % hat, beträgt die Wahrscheinlichkeit, an Erkrankung X nicht zu leiden, bei einem negativen Befund 95,7 %.

⚠ Diagnostische Maßnahmen mit hoher Segreganz sind demnach dann gut geeignet, **Sachverhalte auszuschließen, wenn die Prävalenz hoch ist**. Allerdings ist ein Teil der negativ Getesteten

betroffen. Die Segreganz wird auch negativer Vorhersagewert oder NPV (negative predictive value) genannt.

Das EKG ist ein Beispiel: Macht man z. B. im Rahmen einer Operationsvorbereitung ein EKG, wird man bei einem normalen EKG einen Infarkt ausschließen, der bei fehlenden Symptomen aber auch schon ohne das EKG unwahrscheinlich war. Liegen Symptome vor, die für einen Infarkt sprechen, macht ein normales EKG einen Infarkt ebenfalls unwahrscheinlich, schließt ihn allerdings nicht aus.

## 1.6 Wann ist ein Screening sinnvoll?

In der Diagnostik wird der Begriff Screening in zwei Bedeutungen verwendet:

1. Reihenuntersuchung auf ein bei bestimmten Erkrankungen häufig auftretendes Symptom, um die Erkrankung früh zu diagnostizieren
2. umfassende Untersuchung eines Patienten mit unspezifischen Symptomen, um die Ursache einzugrenzen. Neben Anamnese und körperlicher Untersuchung werden i. d. R. einige unspezifische Laborwerte bestimmt, die Hinweise auf Störungen und beteiligte Organe geben.

### Screening als Reihenuntersuchung

Einige Vorüberlegungen und Erkenntnisse zeigen anhand von drei Beispielen, dass nicht jedes Screening sinnvoll ist.

**Gebärmutterhalskrebs.** Nach einer Studie des British Medical Journal müssten 1000 Frauen 35 Jahre lang zur Früherkennung gehen, um **einen** Todesfall durch Gebärmutterhalskrebs zu verhindern. Bei 150 von diesen Frauen würde fälschlicherweise vermutet, dass sie einen Gebärmutterhalskrebs haben, 50 würden unnötig operiert.

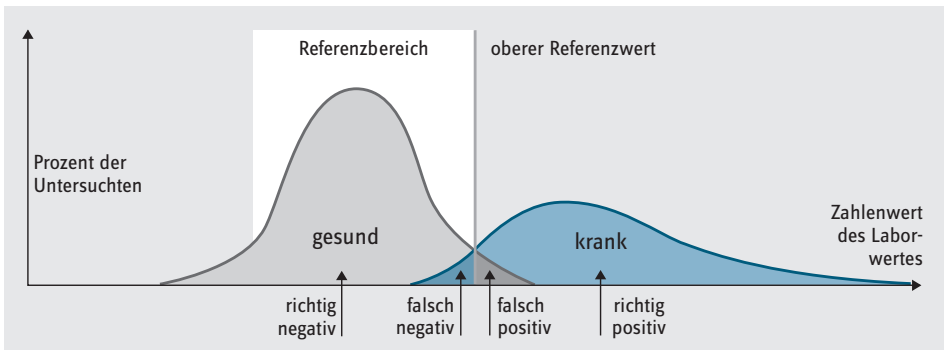


Abb. 1.2: Verteilung von Laborwerten. Die glockenförmigen Verteilungen der Werte von Gesunden und Kranken überschneiden sich. Daher ist es unvermeidlich, dass bei der Bestimmung eines Wertes einige Kranke nicht als Kranke erkannt werden und Gesunde als Kranke eingestuft werden. Vor allem im Grenzbereich ist also Vorsicht bei der Bewertung geboten. [ASM]

**Prostatakrebs.** Das prostataspezifische Antigen (PSA) dient zum Screening auf Prostatakrebs. Allerdings fehlt ein eindeutiger Grenzwert. Bei 1000 Untersuchten wird bei 40 richtig ein Krebs erkannt, bei 10 Betroffenen wird er übersehen. Bei 150 Gesunden wird ebenfalls ein Krebs vermutet. Die Folgen sind einerseits belastende Untersuchungen und Eingriffe bei 150 Gesunden, andererseits 40 Betroffene, die therapiert werden, obwohl nicht erwiesen ist, dass dies die Lebenserwartung verlängert. Erwiesen ist aber, dass ein Drittel nach der Therapie an Impotenz oder Inkontinenz leidet.

**Statistik.** Ausgehend von folgenden Werten wird die Verteilung von falsch und richtig erkannten Kranken gezeigt:

- ▶ 100 von 100 100 Personen leiden unerkannt an einer Krankheit. Der Screeningtest ist sehr zuverlässig, da er die Erkrankten zu 98 % (Sensitivität) und die Gesunden zu 99 % als richtig gesund erkennt (Spezifität).
- ▶ Von den 100 Erkrankten werden 2 nicht erkannt, 98 werden erkannt.
- ▶ Von den 100 000 Gesunden werden **1000** fälschlich als krank und 99 000 als gesund erkannt.
- ▶ Es werden also 1098 als krank diagnostiziert, von denen 98 durch weitere Untersuchungen »rausgefischt« werden müssen. Die übrigen 1000 werden unnötig belastet.

⚠ Die Vorüberlegungen zeigen, dass nur bei bestimmten Voraussetzungen ein Screening sinnvoll ist. Bei geringem Vorkommen produziert selbst eine hohe Zuverlässigkeit viele falsche Aussagen.

Sinn macht ein Screening, wenn in der Summe die Untersuchten profitieren, z. B.

- ▶ der Untersuchte ein hohes Risiko hat, z. B. Frauen, bei denen direkte Verwandte an Brustkrebs erkrankt sind
- ▶ die Erkrankung häufig vorkommt und gut behandelbar ist, z. B. TSH zum Ausschluss von Schilddrüsenfunktionsstörungen.

Es gehört zu den Aufgaben eines Therapeuten, Patienten sinnvolle Screenings zu empfehlen und sie über Vor- und Nachteile aufzuklären.

### Screening als Suchtest

Viel kritisiert wird und wurde die »Schrotschussdiagnostik« in der Schulmedizin: Ein Patient hat ein unspezifisches Symptom, und statt durch eine sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung mögliche Ursachen einzugrenzen, werden viele Laborwerte bestimmt, der Thorax geröntgt und der Bauch sonografiert. Oft findet der Untersucher dann etwas, das aber oft irrelevant ist. Der Patient wird unnötig belastet, die Diagnosefindung verzögert.

Anzahl der Tests	Personen mit mindestens einem falsch-positiven Befunde
4	20
7	25
10	40

Das Screening sollte also erst nach Anamnese und körperlicher Untersuchung beginnen. Ist die Richtung danach noch unklar, kann man mit dem Patienten besprechen, welche ergänzenden Untersuchungen sinnvoll sind.

Auch hier gilt, dass zuerst bedrohliche Erkrankungen auszuschließen sind. Dann wird die Pathogenese eingegrenzt, ob es sich z. B. um ein entzündliches, immunologisches oder psychogenes Geschehen handelt.

Sinnvoll kann auch sein, zunächst häufige Ursachen und leicht nachweisbare Ursachen auszuschließen.

## 3.2 Patientenuntersuchung

**Allgemeiner Eindruck.** Die genaue und bewusste Beobachtung u. a. von Gang, Körperhaltung, Mimik, Tonus, Haut und Sprache gibt Hinweise auf Beschwerden, Leidensdruck und Ursachen. Einige typische Befunde sind:

- ▶ stammbetonte Fettverteilung beim Cushing-Syndrom
- ▶ Ödeme v. a. in den Beinen bei Herzinsuffizienz
- ▶ Kälteempfindlichkeit, Teilnahmslosigkeit, Verlangsamung, trockene Haut bei einer Hypothyreose.

**Gewicht.** Eine geeichte Waage zeigt objektiv das tatsächliche Gewicht. Je nach Erkrankung wird der Verlauf kontrolliert:

- ▶ Bei einer Ernährungsumstellung zur Gewichtsreduktion reicht die wöchentliche Kontrolle.
- ▶ Bei einer Anorexia nervosa dient das regelmäßige, kontrollierte Wiegen auch der Patientenführung und Kontrolle von Vereinbarungen.
- ▶ Wenn eine Kontrolle der Wasserzufuhr und -ausscheidung wichtig ist, z. B. bei einer Herz- oder Niereninsuffizienz, ist das tägliche morgentliche, ggf. auch zusätzlich abendliche Wiegen eine einfache Methode.

**Hautturgor.** Die Inspektion und Palpation zeigen schon, ob die Haut trocken und das Gewebe exsikkiert ist. Eine stehende Hautfalte zeigt, dass ein Flüssigkeitsmangel vorliegt. Dazu wird Haut als Falte abgehoben, die nach Loslassen als Falte stehen bleibt. Bei Ödemen auf Grund von Wasse-

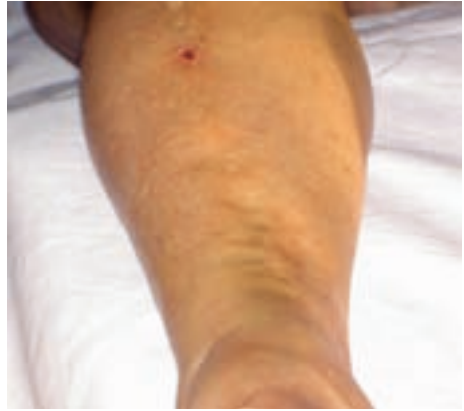


Abb. 3.1: Delle bei Ödemen. Bei Wassereinlagerung hinterlässt ein Fingerdruck eine Delle, bei anderen Ursachen wie Lymphödemen nicht. [GPR]

reinlagerung bleibt nach Eindrücken des Ödems mit dem Daumen eine Delle (→ Abb. 3.1 S. 36), bei Lymphödemen nicht.

**Fieber.** Die objektive rektale Messung gibt genaue Werte. Oft ist ein mehrmaliges Messen im Tagesverlauf hilfreich. Bevor umfangreiche Untersuchungen gestartet werden, sollten häufige Ursachen ausgeschlossen werden:

- ▶ Lungenentzündung: abhören, Röntgenthorax
- ▶ Harnwegsinfekt: Urintest, -kultur
- ▶ Sinusitis: Ultraschall oder Röntgen.

## 3.3 Abwendbar gefährliche Verläufe

**Addison-Krise.** Seltener, lebensbedrohlicher Hypokortisolismus. Symptome sind Müdigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, Übelkeit, Erbrechen, Hypotonie und Bewusstseinsstrübung. Auslöser sind oft ein Infekt oder Stress. Es werden sofort 100–200 mg Hydrokortison i.v. gegeben und der Patient auf eine Intensivstation verlegt.

**Adipositas Grad III.** Bei ausgeprägter Adipositas und erkennbarer kurz- oder mittelfristiger Gefährdung, z. B. durch Ateminsuffizienz oder Arteriosklerose, muss eine konsequente, multidisziplinäre Therapie eingeleitet werden, sobald deutlich wird, dass die eingeleitete Therapie nicht oder nur sehr langsam Wirkung zeigt.

**Anorexia nervosa.** Neben der akuten Gefährdung durch ein extremes Untergewicht sind Patienten mit Anorexia nervosa überdurchschnittlich stark selbstmordgefährdet.

**Dehydratation, Exsikkose.** Bei fiebrigen Erkrankungen oder starker körperlicher Anstrengung verliert man besonders viel Körperflüssigkeit. Weitere Ursachen für eine Dehydratation sind Durchfall und/oder Erbrechen, Nierenerkrankungen oder ein starker Blutverlust. Da das Funktionieren des Organismus eng mit einem reibungslosen Stofftransport im Körper verbunden ist, kommt einer Vorbeugung und dem Ausgleich eines Wassermangels und des damit verbundenen Mineralstoffmangels bei jeder Erkrankung eine enorme Bedeutung zu. Häufig genügt es schon, schluckweise viel zu trinken, besonders mineralhaltige Getränke wie Mineralwasser, Früchte- und Kräutertees, Saftschorlen oder Brühen. Ist der Flüssigkeitsmangel fortgeschritten und kommt es bereits zu Bewusstseinsstörungen, ist die Infusion von Flüssigkeit und Elektrolyten (Mineralstoffen) nötig.

**Fieber und akute Erkrankungen.** Meistens sind die zusätzlichen Symptome und Befunde ausreichend, um einen Notfall oder zumindest die Notwendigkeit einer stationären Therapie zu erkennen oder auszuschließen. Bei Fieber sollte man sich aber sicher sein, dass

- ▶ keine akute Stoffwechsellage vorliegt, z. B. Hyperglykämie, starke Exsikkose oder Addison-Krise
- ▶ keine eitrige Entzündung im Bauchraum, der Nieren und Harnwege oder der Gehirnhäute oder des Gehirns vorliegt.

**Fieber, ungeklärtes, länger andauerndes.** Findet man keine Ursache und klingt das Fieber nicht ab, sollte man nicht zu lange warten. Neben Tumoren können z. B. rezidivierende Lungenembolien oder verborgene Abszesse die Ursache sein.

**Gewichtsverlust, ungeklärter.** Jeder nicht erklärbare Gewichtsverlust kann Symptom einer schwerwiegenden Erkrankung, vor allem eines

Tumors, sein. Daher sollte schnell und konsequent die Ursache geklärt werden.

**Hyperthyreose.** Die Symptome sind vielfältig und selten typisch – daran denken! –, z. B.: Schwitzen, Wärmetoleranz, Gewichtsverlust, Tachykardie (Puls > 100/Min.), Rhythmusstörungen, Diarrhö, Haarausfall, Muskelschwäche, feinschlägiger Fingertremor, Unruhe, Nervosität, Müdigkeit. Eine unbehandelte oder nicht ausreichend behandelte Hyperthyreose kann zu einer thyreotoxischen Krise werden mit hohem Fieber, extremer Tachykardie und -arrhythmie, Erbrechen, Exsikkose, Delirium bis zum Koma. Der Patient muss sofort intensivmedizinisch therapiert werden.

**Hypothyreose.** Die Symptome entwickeln sich meist langsam und werden leicht mit Altersveränderungen verwechselt. Bei Müdigkeit, verringertem Antrieb, v. a. auf eine Depression, beginnenden kognitiven Einschränkungen, Obstipation oder Kälteempfindlichkeit sollte eine Hypothyreose ausgeschlossen werden.

**Kachexie** (ausgeprägtes Untergewicht). Stark untergewichtige Patienten leiden meistens an konsumierenden Erkrankungen und sind nicht nur durch ihre Grunderkrankung und Nebenwirkungen der Therapie gefährdet, sondern auch durch eine herabgesetzte Infektabwehr, Blutgerinnungsstörungen u. Ä. Sie bekommen auch leicht einen Dekubitus. Bei ihnen muss also besonders sorgfältig auf Gefährdungen geachtet und Maßnahmen abgewogen werden.

**Malignom.** Hinter allgemeinen Beschwerden stehen immer wieder auch Malignome. Besonders verdächtig sind unerklärlicher Gewichtsverlust, Schmerzen, Leistungsminderung und leichte Temperaturerhöhung, z. B. mit Nachtschweiß. Eine sorgfältige Anamnese und körperliche Untersuchung ist in so einem Fall wichtig, um nicht andere Ursachen zu übersehen und um gezielter nach Malignomen zu suchen. Laborbefunde wie erhöhte Entzündungswerte und erhöhtes Ferritin bei Anämie stützen den Verdacht auf ein Malignom, Tumormarker helfen dagegen kaum. Geben zusätzliche Beschwerden wie

Husten, Verstopfung oder Blutungen keine Hinweise auf betroffene Organe und persistieren die Beschwerden über Wochen oder verschlechtern sich, decken ein Röntgenthorax, ein Ultraschall des Abdomens und der Schilddrüse, die Untersuchung der Brüste und dann evtl. Gastro- und Koloskopie viele Malignome auf.

**Sepsis.** Jeder Patient mit schlechtem Allgemeinzustand kann eine Sepsis haben. Neben Symptomen einer Grunderkrankung können auftreten: Fieber, Schüttelfrost, Müdigkeit, Übelkeit,

Erbrechen, Tachykardie (Puls > 100/Min.), Hypotonie, Petechien (punktförmige Blutungen), Verwirrtheit. Bei Verdacht ist eine stationäre Diagnostik notwendig. Erkrankungen, die häufiger zu einer Sepsis führen, sind z. B. Entzündung oder Perforation von Bauchorganen wie Appendizitis, Cholezystitis, Divertikulitis oder Magenulkus, Durchwanderungsperitonitis bei Darmentzündungen oder Ileus, akute Pankreatitis, Pneumonie, Pyelonephritis.

### 3.4 Gesteigerter Appetit und Heißhungerattacken

Ungewöhnliches Essverhalten, egal ob in Form von Extremdiäten, gesteigertem Appetit oder Heißhungerattacken, ist oft Ausdruck **psychischer Vorgänge** - ob als Ersatzhandlung in Belastungssituationen, Übersprungshandlung in Konfliktsituationen, Ausdruck einer Depression oder Suchtmittel bei Essstörungen.

Es ist wichtig, psychische Ursachen von körperlichen abzugrenzen. Einen Hinweis auf **körperliche**

**Erkrankungen** gibt das Zusammentreffen von anhaltend gesteigertem Appetit und Gewichtsverlust. Diese Beschwerdekombination findet sich vor allem bei Diabetes, Schilddrüsenüberfunktion und manchen Krebserkrankungen und erfordert eine rasche Abklärung. Heißhungerzustände können sogar auf einen Notfall hinweisen, insbesondere bei Diabetikern.

Beschwerdebild	Was steckt dahinter?	Vorgehen
<b>Heißhungerattacken im Wechsel mit provoziertem Erbrechen und/oder extremem Fasten</b> ▶ meist normales Körpergewicht ▶ oft Missbrauch von Abführmitteln	▶ Bulimie (Ess-Brech-Sucht) ▶ Bulimarexie (Kombination von Bulimie und Magersucht)	▶ gefährdendes Untergewicht ausschließen: wiegen, BMI kontrollieren ▶ Elektrolytstörungen, vor allem Kalium-, Kalzium- (→ S. 411) und Eisenmangel (→ S. 418), ausschließen ▶ Depression, autoaggressive Handlungen, Drogenmissbrauch und Suizidgedanken ausschließen ▶ Ösophaguserkrankung und Zahnschäden durch die Magensäure ausschließen ▶ zu einer Psychotherapie motivieren, am Körperbild und -gefühl arbeiten
<b>häufige Heißhungerattacken, oft mit der Folge starken Übergewichts</b>	Binge Eating (Fressanfälle)	▶ Depression ausschließen ▶ auf weitere Risikofaktoren für Herz-Gefäßerkrankungen achten ▶ zu einer Psychotherapie motivieren

Beschwerdebild	Was steckt dahinter?	Vorgehen
gesteigerter Appetit bei Stress, seelischer Belastung, Langeweile	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ psychische Reaktion, oft im Sinne einer Ersatzhandlung</li> <li>▶ depressive Verstimmung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Depression ausschließen</li> <li>▶ Stressmanagement, Entspannungstechniken wie autogenes Training</li> </ul>
<b>Heißhunger vor der Monatsblutung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen</li> <li>▶ evtl. Brustspannen, Unterleibs-, Kopfschmerzen</li> </ul>	Prämenstruelles Syndrom (PMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Schilddrüsenfunktionsstörung ausschließen: TSH (→ S. 430) kontrollieren</li> <li>▶ salzarme Ernährung in der zweiten Zyklushälfte</li> <li>▶ Kaffee-, Tee- und Kakaoverzicht prämenstruell versuchen</li> <li>▶ viel Bewegung, evtl. Entspannungsübungen</li> <li>▶ Präparate z. B. mit Agnus castus</li> </ul>
gesteigerter Appetit, oft nur auf bestimmte Nahrungsmittel, und Heißhungerattacken bei Schwangeren	hormonelle Umstellung. Normale Gewichtszunahme im 2. Drittel bis 400 g/Woche, im 3. Drittel bis 500 g/Woche	bei größerer Gewichtszunahme und größerem Appetit Gestationsdiabetes ausschließen
gesteigerter Appetit und starker Durst bei gleichzeitigem Gewichtsverlust	Diabetes mellitus	Diabetes-Diagnostik: Nüchtern-BZ (→ S. 420), ggf. BZ-Tagesprofil, ggf. oraler Glukosetoleranztest (→ S. 421), HbA1c
<b>Heißhungerattacken mit Beschwerden wie Zittern, Schwitzen, Angst, Verwirrtheit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ oft ausgelöst durch körperliche Anstrengung, unzureichende Nahrungsaufnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hypoglykämie (Unterzuckerung) bei Diabetes</li> <li>▶ Insulinom</li> <li>▶ Entzugssyndrom bei Alkoholabhängigkeit und Drogensucht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⚠ wenn das Bewusstsein getrübt ist: Notarzt rufen</li> <li>▶ BZ (→ S. 420) kontrollieren</li> <li>▶ Traubenzucker, zuckerhaltiges Getränk oder Fruchtsaft geben</li> <li>▶ falls vorhanden: Glukagon s.c.</li> <li>▶ BZ im weiteren Verlauf kontrollieren</li> <li>▶ Auslöser suchen</li> <li>▶ bei V. a. Insulinom Insulin (→ S. 420) messen</li> </ul>
<b>gesteigerter Appetit mit gleichzeitigem Gewichtsverlust und vermehrtem Schwitzen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Zittern der Hände, Nervosität, Durchfall</li> <li>▶ manchmal: hervortretende Augen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)</li> <li>▶ Basedow-Krankheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ TSH und Schilddrüsenhormone (→ S. 429) kontrollieren</li> <li>▶ Schilddrüsenautonomie ausschließen: TRAK (→ S. 428) kontrollieren, Ultraschall, Szintigrafie</li> <li>▶ bei V. a. Augenbeteiligung Patienten an Augenarzt verweisen</li> </ul>
gesteigerter Appetit mit starkem Gewichtsverlust und deutlichem Leistungsknick	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Malignom</li> <li>▶ chronische Entzündung</li> <li>▶ Anämie</li> <li>▶ Tuberkulose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Entzündungswerte (→ S. 422), Eisenstoffwechsel (→ S. 418) kontrollieren</li> <li>▶ Malignom ausschließen</li> </ul> <p>⚠ Eine Tuberkuloseerkrankung ist meldepflichtig</p>
gesteigerter Appetit bei Medikamenteneinnahme	Nebenwirkung, z. B. von Vitamin-B-Präparaten, Kortison, Lithium	Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt

Beschwerdebild	Was steckt dahinter?	Vorgehen
Heißhungerattacken während oder nach einer schnellen Ernährungsumstellung oder Diät	Jojo-Effekt bei Diäten	Beratung: statt Diät eine langfristige, gemäßigte Ernährungsumstellung und regelmäßige Bewegung
Appetitlosigkeit im Wechsel mit Heißhungerattacken und Gewichtsverlust trotz regelmäßigem Essen.	Wurmerkrankungen, z. B. Bandwürmer. Evtl. werden sichtbare Würmern oder Wurmbestandteile ausgeschieden	kleine Stuhlprobe (halber Teelöffel) untersuchen

### 3.5 Gewichtszunahme ohne gesteigerten Appetit

Wenn der Zeiger auf der Waage nach oben klettert, steckt dahinter nicht immer eine Vermehrung von Fettgewebe - den gleichen Effekt bewirkt auch eine Zunahme der Muskelmasse - die nicht Gegenstand der untenstehenden Tabelle ist - oder eine Einlagerung von Körperwasser, entweder in Form von Ödemen oder als Flüssigkeitsansammlung z. B. in der Bauchhöhle (Aszites). Eine Zunahme des Körperfetts ist nur

dann wahrscheinlich, wenn die Steigerung des Körpergewichts relativ langsam erfolgt, denn auch bei stark erhöhter Nahrungsaufnahme ist es schwierig, pro Woche mehr als 500 g an Fettdepots zuzulegen. Rasche Gewichtszunahmen beruhen deshalb in der Regel auf einer Anreicherung von Körperflüssigkeit in Gewebe oder Körperhöhlen und weisen auf Erkrankungen oder Mangelzustände hin.

Beschwerdebild	Was steckt dahinter?	Vorgehen
Gewichtszunahme bei unangemessen häufigen, reichlichen Mahlzeiten	ernährungsbedingtes Übergewicht (Adipositas)	<b>Beratung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ regelmäßige körperliche Aktivität</li> <li>▶ Ernährung umstellen</li> </ul>
Gewichtszunahme bei Verminderung der körperlichen Aktivität, z. B. bei Bettruhe, Verletzungen, Gelenkproblemen	gestörte Balance zwischen verbrauchter und aufgenommener Energie	<b>Beratung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ernährung anpassen</li> <li>▶ körperliche Aktivität im möglichen Rahmen</li> </ul>
Gewichtszunahme bei gleichbleibender Nahrungsaufnahme während und nach den Wechseljahren	verminderter Energiebedarf aufgrund der hormonellen Umstellung	<b>Beratung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ernährung anpassen</li> <li>▶ regelmäßige körperliche Aktivität</li> </ul>
Gewichtszunahme vor und während der Monatsblutung <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ evtl. Schwellung von Füßen und Händen</li> <li>▶ evtl. Spannen der Brüste</li> </ul>	Prämenstruelles Syndrom (PMS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Schilddrüsenfunktionsstörung ausschließen: TSH (→ S. 430) kontrollieren</li> <li>▶ salzarme Ernährung in der zweiten Zyklushälfte</li> <li>▶ Kaffee-, Tee- und Kakaoverzicht prämenstruell versuchen</li> <li>▶ viel Bewegung, evtl. Entspannungsübungen</li> <li>▶ Präparate z. B. mit <i>Agnus castus</i></li> </ul>

Beschwerdebild	Was steckt dahinter?	Vorgehen
<b>übermäßige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ evtl. Schwellungen an Beinen, Händen, Gesicht</li> <li>▶ evtl. ungewöhnlich starke Zunahme des Bauchumfangs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ falsch verstandenes »Essen für zwei«</li> <li>▶ Schwangerschafts-Bluthochdruck</li> <li>▶ Präeklampsie (Schwangerschafts- Vergiftung)</li> <li>▶ Schwangerschaftsdiabetes</li> </ul>	Bei ungewöhnlich rascher Zunahme von Gewicht oder Bauchumfang und bei zusätzlichen Beschwerden wie Ödemen, starkem Durst, trübem Urin oder Kopfschmerzen: rasch zum Gynäkologen
<b>Gewichtszunahme mit Schwellungen an Beinen und Armen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ evtl. Zunahme des Bauchumfangs</li> <li>▶ häufiges Wasserlassen in der Nacht</li> <li>▶ Müdigkeit, Leistungsschwäche</li> </ul>	Ödeme bei Herzinsuffizienz. Es drohen <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ trophische Störungen an Unterschenkeln, Füßen</li> <li>▶ rückstaubedingte Organvergrößerungen mit Funktionsstörungen</li> <li>▶ Ateminsuffizienz</li> </ul>	Ein stationärer Aufenthalt zur Diagnostik und Akuttherapie lässt sich meistens nicht umgehen. <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ursache und Ausmaß der Herzschädigung klären</li> <li>▶ Flüssigkeitszufuhr kontrollieren: Gewicht darf nicht steigen</li> <li>▶ vorsichtig entwässernde Therapie beginnen</li> <li>▶ Ursache therapieren</li> </ul>
<b>massive Gewichtszunahme mit Schwellungen an Beinen, Armen, Augenlider und Gesicht</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ schaumiger Urin</li> <li>▶ erhöhte Infektanfälligkeit</li> </ul>	Ödeme bei Nephrotischem Syndrom, z. B. bei <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Glomerulonephritis</li> <li>▶ diabetischer Nephropathie und Glomerulopathie</li> </ul> Es drohen Aszites, Hydrothorax und durch IgG-Verlust Abwehrschwäche mit Hautinfekten, Pneumonie und Peritonitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ein stationärer Aufenthalt zur Diagnostik und Akuttherapie lässt sich meistens nicht umgehen</li> <li>▶ Entzündungswerte (→ S. 422), Nierenwerte (→ S. 426), Eiweiße (→ S. 414) kontrollieren</li> </ul>
<b>Gewichtszunahme mit Schwellungen an Beinen, Armen und Gesicht und chronischen Durchfällen</b>	Ödeme bei Eiweißverlust über den Darm, z. B. bei <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen</li> <li>▶ Alkoholabhängigkeit</li> </ul> Es drohen Aszites, Hydrothorax und durch IgG-Verlust Abwehrschwäche mit Hautinfekten, Pneumonie und Peritonitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ein stationärer Aufenthalt zur Diagnostik und Akuttherapie lässt sich meistens nicht umgehen</li> <li>▶ Entzündungswerte (→ S. 422), Nierenwerte (→ S. 426), Eiweiße (→ S. 414) kontrollieren</li> </ul>
<b>Gewichtszunahme mit Zunahme des Bauchumfangs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ evtl. Schwellungen an Beinen, Armen und Gesicht</li> <li>▶ evtl. Gelbsucht, Juckreiz, Gefäßsternchen</li> <li>▶ evtl. erweiterte Venen unter der Bauchhaut</li> </ul>	Aszites, z. B. bei <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Leberzirrhose, Lebertumoren</li> <li>▶ Metastasen am Bauchfell (Peritonealkarzinose)</li> <li>▶ Thrombose von Bauchvenen</li> <li>▶ Rechtsherzinsuffizienz</li> <li>▶ Eiweißmangel, z. B. bei Mager-sucht, eiweißarmer Diät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ bei drohender Ateminsuffizienz: Aszites abpunktieren</li> <li>▶ bei unklarer Ursache: Ultraschall der Leber, Aszites untersuchen</li> <li>▶ Eiweiß (→ S. 414) und Leberwerte (→ S. 424) kontrollieren</li> <li>▶ ggf. Eiweiße, in erster Linie Albumin, infundieren</li> <li>▶ bei Mangelernährung: eiweißreiche Kost</li> </ul>

Beschwerdebild	Was steckt dahinter?	Vorgehen
<b>langsame Gewichtszunahme mit teigiger Schwellung des Gesichts</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verstopfung, Verlangsamung, vermehrtes Frieren</li> <li>▶ trockene kühle Haut, struppige Haare</li> </ul>	Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion). Bei alten Menschen wird die Unterfunktion oft als Depression oder Alterserscheinung verkannt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ TSH und Schilddrüsenwerte (→ S. 429) kontrollieren</li> <li>▶ ggf. langsam steigende Schilddrüsenhormonsubstitution</li> </ul>
<b>Gewichtszunahme mit stammbetonter Fettsucht, Stiernacken und Vollmondgesicht</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ schlanke Arme und Beine</li> <li>▶ Müdigkeit, Muskelschwäche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Cushing-Syndrom bei langfristiger oder hochdosierter Kortisontherapie</li> <li>▶ Cushing-Krankheit</li> </ul> Es drohen schlecht heilende Hautinfektionen, Osteoporose, Depressionen, Hypertonie u. v. m.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kortisol (→ S. 428) kontrollieren</li> <li>▶ Bei ausgeprägten Nebenwirkungen einer Kortisontherapie Alternativen mit dem verschreibenden Arzt besprechen</li> </ul> <p>⚠ Eine länger dauernde Kortisontherapie darf nur langsam ausgeschlichen werden</p>
<b>umschriebene Vermehrung von Fettgewebe, z. B. im Hüftbereich, an Armen, Beinen, Hals</b>	Lipomatose	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ absolute Alkoholkarenz</li> <li>▶ bei ästhetisch störender Lipomatose ästhetische OP erwägen</li> </ul>
<b>Gewichtszunahme bei Medikamenteneinnahme</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ oft Schwellungen an den Beinen</li> <li>▶ evtl. Kopfschmerzen, Ohrensausen</li> </ul>	häufige Nebenwirkung, z. B. von <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Schmerz- und Rheumamedikamenten (NSAR)</li> <li>▶ Antidepressiva</li> <li>▶ Neuroleptika</li> <li>▶ Kortisonpräparaten</li> <li>▶ Östrogenpräparaten wie »Pille«</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt</li> <li>▶ »Pille« absetzen</li> </ul>

## 3.6 Gewichtsverlust

**Kurzzeitiger** oder **gelegentlicher** Appetitmangel ist eine ebenso häufige wie normale Erscheinung. Ungewohntes, ungeliebtes oder verdorbenes Essen, Stresssituationen, seelische Belastungen: Alle diese Faktoren können kurzfristig den Appetit verderben. **Längerfristige** Appetitlosigkeit ist dagegen meist ein Hinweis auf psychische oder somatische Erkrankungen, insbesondere in Verbindung mit einem Gewichtsverlust. Bei den somatischen Ursachen stehen Störungen des Magen-Darm-Trakts im Vordergrund.

Ein Gewichtsverlust bei - scheinbar oder tatsächlich - normalem oder sogar gesteigertem Appetit ist ebenfalls als krankhaft anzusehen. Er ist ein typisches Symptom von Diabetes, Schilddrüsenüberfunktion und vielen Krebserkrankungen, aber auch von Essstörungen mit provoziertem Erbrechen. Die häufigsten Ursachen einer unbe-

absichtigten Gewichtsabnahme (> 5 % innerhalb 6 Monaten) sind:

- ▶ Karzinome: Lunge, Leber, Pankreas, Ovarien, Prostata, Lymphom, Leukämie
- ▶ Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. Zöliakie, Magengeschwür
- ▶ Depression, Anorexia nervosa, Demenz
- ▶ Atemwegserkrankungen
- ▶ Diabetes, Hyperthyreose.

In 25 % der Fälle wird keine Ursache gefunden.

Ergeben Anamnese und körperliche Untersuchung keine Hinweise, sähe eine angemessene Strategie z. B. so aus:

- ▶ Röntgenthorax, Labor mit Blutzucker (→ S. 420), Blutbild (→ S. 408), Entzündungswerte (→ S. 422), Elektrolyten, Leberwerten (→ S. 424), Urinstreifen
- ▶ anschließend ggf. Gastro- und Koloskopie.

Beschwerdebild	Was steckt dahinter?	Vorgehen
Appetitlosigkeit und evtl. Gewichtsverlust bei Stress oder seelischer Belastung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reizmagensyndrom als somatoforme Störung</li> <li>▶ alle Formen der Depression</li> <li>▶ Abhängigkeitserkrankungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Depression ausschließen</li> <li>▶ Drogenabhängigkeit ausschließen</li> <li>▶ bei Stress Beratung</li> </ul>
Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust mit gedrückter Stimmung und Antriebslosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ alle Formen der Depression</li> <li>▶ Abhängigkeitserkrankungen</li> <li>▶ Krebserkrankung</li> <li>▶ Infektionserkrankung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Depression ausschließen</li> <li>▶ Drogenabhängigkeit ausschließen</li> <li>▶ Malignom ausschließen</li> <li>▶ Entzündungswerte (→ S. 422) kontrollieren</li> </ul>
starker Gewichtsverlust bei gesund wirkenden, jungen Menschen, meist Mädchen oder Frauen ▶ Essmenge stark reduziert oder gesteigert mit anschließendem, provozierten Erbrechen ▶ oft erhöhte körperliche Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Magersucht</li> <li>▶ Bulimie</li> <li>▶ Bulimarexie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ gefährdendes Untergewicht ausschließen: wiegen, BMI kontrollieren</li> <li>▶ Elektrolytstörungen, vor allem Kalium-, Kalzium- (→ S. 411) und Eisenmangel (→ S. 418), ausschließen</li> <li>▶ Depression, autoaggressive Handlungen, Drogenmissbrauch und Suizidgedanken ausschließen</li> <li>▶ Ösophagusentzündung und Zahnschäden durch die Magensäure ausschließen</li> <li>▶ zu einer Psychotherapie motivieren, am Körperbild und -gefühl arbeiten</li> </ul>

Beschwerdebild	Was steckt dahinter?	Vorgehen
<b>Gewichtsverlust trotz gesteigertem Appetit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Durchfall</li> <li>▶ Nervosität, Zittern der Hände, vermehrtes Schwitzen</li> </ul>	Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ TSH und Schilddrüsenhormone (→ S. 429) kontrollieren</li> <li>▶ Schilddrüsenautonomie ausschließen: TRAK (→ S. 428) kontrollieren, Ultraschall, Szintigrafie</li> </ul>
<b>Gewichtsverlust mit starkem Durst und vermehrtem Wasserlassen</b>	Diabetes mellitus	Diabetes-Diagnostik: Nüchtern-BZ (→ S. 420), ggf. BZ-Tagesprofil, ggf. oraler Glukosetoleranztest (→ S. 421), HbA1c
<b>ungewollter Gewichtsverlust mit Braunfärbung der Haut</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Müdigkeit, Schwäche</li> <li>▶ Erbrechen, abnorme Lust auf Salz</li> </ul>	Addison-Krankheit als häufigste Form der Nebennierenrindenunterfunktion	<ul style="list-style-type: none"> <li>⚠ Es droht eine Addison-Krise mit Kreislaufversagen, Oligurie, Exsikkose und Schock</li> <li>▶ fehlen Anzeichen für eine Krise: in den nächsten Tagen zum Endokrinologen für eine Hormonersatztherapie</li> </ul>
<b>erheblicher Gewichtsverlust mit deutlichem Leistungsknick</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Appetit vermindert oder gesteigert</li> <li>▶ evtl. Nachtschweiß</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ chronische Entzündung</li> <li>▶ Krebserkrankung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Entzündungswerte (→ S. 422) kontrollieren</li> <li>▶ Malignom ausschließen</li> </ul>
<b>Gewichtsverlust mit anhaltendem oder wiederkehrendem Fieber und Nachtschweiß</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Abgeschlagenheit</li> <li>▶ evtl. Lymphknotenschwellungen</li> <li>▶ evtl. Hautausschläge</li> <li>▶ evtl. Muskel-, Knochen-, Gelenkschmerzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ chronische Infektionen wie Tuberkulose</li> <li>▶ rheumatische Erkrankungen, z. B. Lupus erythematodes, Sklerodermie</li> <li>▶ Blut- und Krebserkrankungen, z. B. Leukämie, malignes Lymphom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Entzündungswerte (→ S. 422) kontrollieren</li> <li>▶ Malignom ausschließen</li> <li>▶ rheumatische Erkrankung ausschließen</li> <li>⚠ Eine Tuberkuloseerkrankung ist meldepflichtig</li> </ul>
<b>Gewichtsverlust mit chronischem Husten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ oft Fieber oder erhöhte Temperatur, Nachtschweiß</li> <li>▶ evtl. Bluthusten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Lungenkrebs</li> <li>▶ Tuberkulose</li> <li>▶ Lungenembolien</li> <li>▶ AIDS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Entzündungswerte (→ S. 422) kontrollieren</li> <li>▶ Malignom ausschließen</li> <li>▶ ggf. AIDS ausschließen</li> <li>⚠ Eine Tuberkuloseerkrankung ist meldepflichtig</li> </ul>
<b>Gewichtsverlust mit Schluckbeschwerden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hochwürgen von unverdauter Nahrung</li> <li>▶ Schmerzen hinter dem Brustbein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Speiseröhrenkrebs</li> <li>▶ Speiseröhren-Beweglichkeitsstörung</li> <li>▶ Speiseröhrendivertikel</li> </ul>	Ösophagoskopie

Beschwerdebild	Was steckt dahinter?	Vorgehen
<b>Appetitlosigkeit und evtl. Gewichtsverlust mit Oberbauchschmerzen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ oft Völlegefühl, Aufstoßen</li> <li>▶ evtl. Unverträglichkeit oder Ekel vor bestimmten Nahrungsmitteln</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reizmagensyndrom</li> <li>▶ Magenschleimhautentzündung</li> <li>▶ Ulkuserkrankung</li> <li>▶ Magenkrebs</li> <li>▶ chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankung</li> <li>▶ Bauchspeicheldrüsenkrebs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Entzündungswerte (→ S. 422), Eisenstoffwechsel (→ S. 418), Pankreasenzyme (→ S. 426) kontrollieren</li> <li>▶ Malignom ausschließen</li> <li>▶ Gastroskopie (Magenspiegelung) erwägen</li> </ul> <p><b>Beratung:</b> Verzicht auf Rauchen und Alkohol, Ernährungsumstellung, Stressmanagement, Entspannungsübungen</p>
<b>Gewichtsverlust mit chronischen Durchfällen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Stuhlgang auffallend voluminös, blutig, lehmig, klebrig und/oder übelriechend</li> <li>▶ evtl. wiederkehrende Bauchschmerzen</li> <li>▶ evtl. Fieber</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ chronisch-entzündliche Darmerkrankungen</li> <li>▶ chronisch verlaufende, infektiöse Durchfallerkrankungen</li> <li>▶ Darmkrebs</li> <li>▶ Verdauungsinsuffizienz, z. B. bei chronischer Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Zöliakie, Mukoviszidose, Alkoholabhängigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Koloskopie (Darmspiegelung)</li> <li>▶ Stuhlproben</li> <li>▶ Entzündungswerte (→ S. 422), Eisenstoffwechsel (→ S. 418), ggf. Pankreasenzyme (→ S. 426) kontrollieren</li> <li>▶ bei V. a. Entgleisung oder Mangel: Elektrolyte (→ S. 411), Eiweiße (→ S. 414) kontrollieren</li> <li>▶ bei V. a. Zöliakie: erst auf Antikörper gegen Gliadin testen, bei positivem Befund dann Dünndarmbiopsie</li> </ul>
<b>Gewichtsverlust bei Wechsel zwischen Appetitlosigkeit und Heißhunger</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ evtl. leichte Bauchschmerzen</li> <li>▶ evtl. Ausscheidung von sichtbaren Würmern oder Wurmbestandteilen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Wurmerkrankungen, z. B. Bandwürmer</li> <li>▶ somatoforme Störung</li> </ul>	<p>kleine Stuhlprobe (halber Teelöffel) untersuchen</p>
<b>Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust bei Medikamenteneinnahme</b>	<p>häufige Nebenwirkung, z. B. von</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bluthochdruckmitteln</li> <li>▶ Mitteln gegen Asthma</li> <li>▶ Eisenpräparaten</li> <li>▶ Antibiotika</li> <li>▶ Digitalis</li> </ul>	<p>Rücksprache mit dem verschreibenden Arzt</p>