

Anorexia nervosa

Interdisziplinäres Behandlungskonzept am Kinderspital Luzern

November 2025

Margarete Bolten, Tanja Karen, Petra Zimmermann

Inhalt

1	Symptomatik und Pathogenese der Anorexia Nervosa (AN) im Kindes- und Jugendalter	3
2	Behandlungskonzept für die stationäre AN Behandlung am KidZ	4
2.1	Prinzipien der Behandlung im KidZ	4
2.2	Ziele der stationären Behandlung im KidZ	4
2.3	Indikation für eine stationäre Therapie	5
2.4	Kontraindikation für eine stationäre Therapie	6
2.5	Aufnahmeprozedere	6
2.6	Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Aufgaben der einzelnen Disziplinen	7
3	Diagnostische Prozesse in der stationären psychosomatischen Akutbehandlung bei Anorexia Nervosa	8
3.1	Diagnostischer Prozess bei Aufnahme	8
4	Behandlung	11
4.2	Struktur der Behandlung	13
4.3	Vorgehen vor der Hospitalisation	14
4.4	Vorgehen in der Aufnahmephase (Tag 1-7)	14
4.5	Vorgehen in der Aufnahmephase Stabilisierungsphase (Tag 8-41)	14
4.6	Indikation für Sondenernährung	15
5	Somatische Stabilisierung und Überwachung	15
6	Psychotherapie im Rahmen der AN Akuthandlung	18
6.1	Einzelpsychotherapie	18
6.2	Familienpsychotherapie	19
7	Pflege im Rahmen der AN Akuthandlung	21
8	Ernährungsberatung im Rahmen der AN Akuthandlung	22
9	Physiotherapie im Rahmen der AN Akuthandlung	22
10	Ergotherapie im Rahmen der AN Akuthandlung	24
11	Schule und Nachmittagsunterricht	25
12	Allgemeine organisatorische Aspekte	26
12.1	Fallverantwortung	26
12.2	Rapporte und Fallsupervision	26
13	Zwangsmassnahmen	26
14	Übertritt in eine weiterführende Therapiemassnahme nach der Akutbehandlung im KidZ	27
15	(Vorübergehender) Austritt nach Hause	27
16	Anhang	29
16.1	Beispiel einer individuellen Behandlungsvereinbarung	34
16.2	Beispiel Stufenplan mit Verstärkersystem (für 4 Stufen)	35
16.3	Entlass-Checkliste (Kriterien innerhalb der letzten 24–48 h erfüllt)	36
16.4	Notfallplan	37

1 Symptomatik und Pathogenese der Anorexia Nervosa (AN) im Kindes- und Jugendalter

Die Anorexia nervosa (AN) im Kindes- und Jugendalter ist durch ein Untergewicht gekennzeichnet, das nicht durch konstitutionelle Faktoren, somatische Erkrankungen oder einen Nahrungsmangel erklärt werden kann. Sowohl die ICD-11¹ als auch das DSM-5² betonen den orientierenden Charakter des 5. geschlechtsspezifischen Body-Mass-Index (BMI)-Altersperzentils als Grenzwert für Untergewicht. Nach ICD-11 kann alternativ ein rascher und ausgeprägter Gewichtsverlust (> 20 % des Körpergewichtes innerhalb von 6 Monaten) das Kriterium erfüllen. Dabei ist zu beachten, dass Patientinnen und Patienten mit prämorbidem Übergewicht trotz erheblichem Gewichtsverlust normalgewichtig erscheinen können. Gemäss DSM-5 wird Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen durch einen BMI unterhalb des 5. geschlechtsspezifischen BMI-Altersperzentils definiert. Bleibt im Kindes- und Jugendalter die altersentsprechende Gewichtszunahme aus, fällt der BMI im Verlauf - unter Berücksichtigung der Zunahme der Körpergrösse - unter das 5. BMI-Altersperzentil.

Zusätzlich zum Untergewicht liegen bei den meisten Patient:innen eine Körperschemastörung und ausgeprägte Gewichtsphobie vor. Die Betroffenen empfinden sich insgesamt oder in bestimmte Körperpartien als zu dick und zeigen eine übertriebene Beschäftigung mit der eigenen Figur und dem Körpergewicht sowie intensive Ängste vor einer Gewichtszunahme bzw. vor dem "Dickwerden".

Eine länger andauernde unzureichende Energiezufuhr führt zu Starvation, die mit vielfältigen somatischen und psychischen Anpassungen einhergeht, einschliesslich Verhaltensänderungen, die die Überlebenswahrscheinlichkeit des starvierten Organismus erhöhen sollen. Zahlreiche humorale Faktoren sind daran beteiligt, insbesondere der Abfall des Leptinspiegels, der als wesentlicher, hormoneller Auslöser für die graduelle somatische und psychische Anpassung an die Starvation gilt.

Neben genetischen Vulnerabilitätsfaktoren spielen vor allem psychosoziale Einflüsse eine entscheidende Rolle in der Entstehung der AN. Die Bedeutung von (sozialen) Medien als Mit-Auslöser, Mediator oder Verstärker gestörten Ess- oder Bewegungsverhaltens wird diskutiert. Eine initiale Gewichtsreduktion kann zudem durch belastende Lebensereignisse, psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren ausgelöst werden. In Einzelfällen kann eine Gewichtsabnahme im Rahmen einer somatischen Erkrankung oder einer Adipositasbehandlung in eine AN übergehen. Zu unterscheiden sind auslösende von aufrechterhaltenden Faktoren, etwa positive Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld zum anfänglichen Gewichtsverlust oder das Erleben von Kontrolle und Stressreduktion durch restriktives Essverhalten.

Zwischen 30–80 % der Patient:innen mit AN zeigen eine gesteigerte körperliche Aktivität, in Form von exzessivem Sport und/oder ausgeprägter motorischer Unruhe. Tierexperimentelle und Humanstudien weisen darauf hin, dass diese Hyperaktivität durch eine subphysiologische Leptinsekretion mitverursacht werden kann.

¹ ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision. The global standard for diagnostic health information

² DSM 5: American Psychiatric Association (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (2. korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Bei über der Hälfte der stationär behandelten Patientinnen und Patienten finden sich komorbide psychische Störungen, insbesondere Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen. Die Depression kann eine Folge der Starvation sein und bessert sich häufig nach Gewichtszunahme. Die übrigen komorbiden Störungen bedürfen zumeist einer längerfristigen Psychotherapie.

2 Behandlungskonzept für die stationäre AN Behandlung am KidZ

2.1 Prinzipien der Behandlung im KidZ

Die multiprofessionelle AN Behandlung im KidZ versteht sich als psychosomatische Akutbehandlung, die auf eine maximale Therapiedauer von 28 Tagen ausgelegt ist. Im interdisziplinären Rahmen dieser Behandlung arbeiten alle Fachdisziplinen (Pädiatrie, Psychiatrie, Pflege, Ernährungsberatung und ggf. weitere Fachtherapien) eng zusammen und ergänzen sich gegenseitig. Neben den Massnahmen zur somatischen Stabilisierung und zum Gewichtsaufbau ist eine psychotherapeutische Begleitbehandlung indiziert, welche vor allem auf die Behandlungcompliance abzielt und damit den Therapieerfolg positiv beeinflussen soll. Dabei ist jedoch der oftmals somatisch sehr kritische Zustand der Patient:innen zu beachten. Entsprechend müssen die therapeutischen Massnahmen angepasst werden. Dies kann beispielsweise bedeuten, dass mehreren Kurzkontakten der Vorzug vor längeren Gesprächen gegeben werden sollte.

Das Behandlungskonzept AN am KidZ umfasst auch psychoedukative Elemente, welche auf die Vermittlung eines normalen Essverhaltens und die Reduktion der Angst der Patient:innen vor einer Gewichtszunahme abzielt. Zudem ist der Einbezug der Familie sehr wichtig. Das KidZ Behandlungsteam handelt im Auftrag der Eltern. Die Eltern werden in ihrer Verantwortung belassen.

Die Anorexiebehandlung im KidZ ist nur eine erste Etappe in der gesamten AN Behandlung, deshalb sollte frühzeitig die Weiterbehandlung der Patient:in organisiert und mit der Familie besprochen werden. Weiterführende Behandlungsoptionen werden durch das K+L Team geprüft und entsprechende Vorgespräche organisiert.

2.2 Ziele der stationären Behandlung im KidZ

Nationale und internationale Leitlinien (z.B. S3-Leitlinien der AWMF) betonen eine rasche Gewichtsrestitution als zentrales Behandlungsziel. Die Gewichtsrestitution ist Voraussetzung für die psychische und körperliche Genesung und die Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen.

Die Behandlung im KidZ versteht sich in erster Linie als Akutbehandlung im Rahmen einer somatischen Gefährdung aufgrund der aktuellen Symptomausprägung der AN (vgl. Abschnitte 1.1 und 1.2.2). Entsprechend ist das Ziel der Behandlung die somatische Stabilisierung und eine Reduktion somatischer und psychischer Folgeerscheinungen des Untergewichts. In diesem Rahmen liegt der Fokus im KidZ auf der Ernährungstherapie mit Kostaufbau und Gewichtszunahme. Zudem soll auch begonnen werden, das Essverhalten zu normalisieren. Ein sekundäres Behandlungsziel im KidZ ist eine Stabilisierung des psychischen Wohlbefindens und Aufbau von Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Belastungssituationen und Konflikten.

Für die stationäre Behandlung von AN Patient:innen im KidZ gelten die folgenden vorrangigen Behandlungsziele:

- Medizinische Stabilisierung (Gewichtszunahme, Ausgleich von Mangelzuständen, Überwachung somatischer Komplikationen)
- Psychische Stabilisierung und Motivation zur Therapie (inkl. Psychoedukation, Erarbeiten Problemverständnis)
- Förderung eines gesunden Essverhaltens und Körperbewusstseins
- Vorbereitung auf die Weiterbehandlung in einer spezialisierten Einrichtung oder ambulanten Therapie

2.3 Indikation für eine stationäre Therapie

Im stationären somatischen Setting des Kinderspitals Zentralschweiz werden jene Patient:innen mit AN aufgenommen, welche jünger als 16 Jahre sind und primär folgenden somatischen Hospitalisationskriterien erfüllen:

Vitalzeichen & Kreislauf

- BD < 80/50 mmHg oder < 5. Perzentile für Alter/Grösse
- Ruhepuls < 40-45/min
- Arrhythmie
- Orthostatische Dysregulation (Pulsanstieg > 40/min oder systolischer BD-Abfall > 20 mmHg oder symptomatische Orthostase/Synkope)
- Hypothermie < 35.5 °C (oder klinisch kalt/marmoriert, verzögerte Rekap)
- QTc verlängert (\approx > 450-460 ms) oder andere EKG-Auffälligkeiten
- Synkopen/Beinahe-Synkopen, Bewusstseinsstörung, Thoraxschmerzen, Palpitationen

Hydratation/Ernährung

- Totale oder fast totale Nahrungs-/Flüssigkeitsverweigerung (Nahrungsverweigerung über mehrere Tage und/oder Trinkverweigerung > 1 Tag)
- Dehydratation (z. B. keine Miktion > 8–12 h oder <3x/24h, sehr dunkler Urin), Diurese < 0.5 mL/kg/h, spezifischen Gewicht Urin > 1.020, Ketonurie
- Intractable purging (= nicht-kontrollierbares Erbrechen, Laxanzien- oder Diuretika-Abusus), Hämatemesis

Ernährungszustand/Gewichtsverlauf

- BMI < 75% median BMI (oder < P3 oder < 13 kg/m²)
- Anhaltender oder rascher Gewichtsverlust (> 1 kg/Woche oder > 10 % in 1–2 Monaten, >20% in 6 Monaten)

Labor

- Elektrolytstörung (z. B. K < 3.0 mmol/L, Na < 130 mmol/L, Phosphat < 0.8 mmol/L, Mg < 0.7 mmol/L)
- Glukose < 3.0 mmol/L oder wiederholt < 3.5 mmol/L bzw. symptomatisch
- Niereninsuffizienz/prärenale Azetonämie
- Ausgeprägte Leukopenie oder Thrombozytopenie

Psychiatrisch/Sozial

- Fehlende häusliche Sicherheit/Überwachung, Eltern nicht in der Lage, Mahlzeiten zuverlässig zu leiten; fehlende ambulante Struktur
- **Cave:** Kinder/Jugendliche mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, akuter Psychose, schwerer Angst/Depression oder Suchtmittelabhängigkeit brauchen einen geschlossenen therapeutischen Rahmen und können nicht am KidZ hospitalisiert werden

Bei somatischer Stabilität bzw. nicht erfüllten somatischen Eintrittskriterien ist eine Aufnahme bei Erschöpfung des familiären Systems sowie bei fehlenden Fortschritten im ambulanten Setting nur dann möglich, wenn eine Aufnahme in den psychiatrisch stationären Institutionen nicht erfolgen kann.

Sind die somatischen Kriterien nicht erfüllt, muss eine stationäre psychiatrische oder ambulante psychiatrische Weiterbetreuung evaluiert und angestrebt werden, falls diese noch nicht installiert ist.

2.4 Kontraindikation für eine stationäre Therapie

Kontraindikation für eine Behandlung im KidZ sind:

- Akute Selbst- oder Fremdgefährdung
- Suchtmittelabhängigkeit
- Akute Psychosen

2.5 Aufnahmeprozedere

Die stationäre Aufnahme erfolgt entweder:

- Über das Kinder- und Jugendnotfallzentrum KJNO in Rücksprache mit dem Kaderarzt / der Kaderärztin des KidZ. Zu den üblichen Bürozeiten wird der hausinterne Konsiliar- und Liaison-Dienst der Kinder- und Jugendpsychiatrie (K&L-Dienst) mitinvolviert.
- Direkt auf die Station, sofern es sich um einen planbaren Eintritt handelt mit vorliegenden Laborwerten / Vitalwerten und erfolgtem Indikationsgespräch mit dem K&L-Dienst. Die Zuweisung erfolgt durch den Haus- oder Kinderarzt / die Haus- oder Kinderärztin.

2.6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Aufgaben der einzelnen Disziplinen

Profession	Rolle	Spezifische Aufgaben
<i>Pädiatrie</i>	Somatische Fallführung und Überwachung des Allgemeinzustandes	<p>Aufnahmeuntersuchung inkl. Gewicht, Grösse, BMI, Laborwerte, EKG</p> <p>Überwachung von Vitalparametern, Elektrolythaushalt und Stoffwechsel</p> <p>Behandlung von Komplikationen (z. B. Herzrhythmusstörungen, Mangelernährung, Osteoporose)</p> <p>Entscheidung über Ernährungsschemata und ggf. enterale/parenterale Ernährung</p>
<i>K&L Dienst</i>	Psychiatrische Diagnostik, Therapieplanung und Krisenintervention	<p>Erfassung des Essverhaltens und bestehender Ängste/Überzeugungen</p> <p>Psychiatrische Diagnostik (psychische Komorbiditäten wie Depression, Zwangsstörungen, Angststörungen)</p> <p>Einzels psychotherapie zur Motivationsförderung, Emotionsregulation und kognitiver Umstrukturierung</p> <p>Krisenintervention bei Suizidalität oder starker Ablehnung der Ernährungstherapie</p> <p>Psychoedukation für Patient:innen und Eltern</p> <p>Entscheidung über ggf. notwendige psychopharmakologische Behandlung</p>
<i>Pflege</i>	Tägliche Betreuung und Unterstützung der Patient*innen im Stationsalltag	<p>Überwachung der Nahrungsaufnahme, Begleitung während der Mahlzeiten</p> <p>Gewichtskontrollen und Dokumentation des Allgemeinzustandes</p> <p>Unterstützung bei der Körperpflege</p> <p>Beobachtung und Dokumentation von Verhalten</p> <p>Krisenmanagement bei Widerständen gegen die Behandlung</p> <p>Enge Kommunikation mit den anderen Fachdisziplinen</p>
<i>Ernährungsberatung</i>	Entwicklung eines individuellen Ernährungsplans und Förderung eines gesunden Essverhaltens	<p>Erstellung eines Ernährungsplans mit schrittweiser Kaloriensteigerung</p> <p>Beratung der Patient:in und der Familie zur altersgerechten, ausgewogenen Ernährung</p> <p>Unterstützung der Patient:innen im Umgang mit Angst vor Gewichtszunahme</p>
<i>Physiotherapie</i>	Unterstützung bei der körperlichen Stabilisierung und Verbesserung der Körperwahrnehmung	<p>Sanftes Bewegungstraining zur Verbesserung der Muskelkraft und Kreislaufstabilität</p> <p>Förderung eines gesunden Körpergefühls ohne exzessiven Sport</p> <p>Körperwahrnehmungsübungen zur Verbesserung des Körperbildes</p> <p>Atemtherapie und Entspannungstechniken zur Stressreduktion</p>
Profession	Rolle	Spezifische Aufgaben
<i>Ergotherapie</i>	Förderung der Körperwahrnehmung,	<p>Übungen zur Körperwahrnehmung und Körperbildarbeit</p> <p>Förderung alltagspraktischer Kompetenzen (z. B.</p>

	Alltagshandlungen und Selbstregulation Stärkung des Selbstbewusstseins	Strukturierung von Tagesabläufen, Essenszubereitung) Training von Handlungsplanung und Entscheidungsfähigkeit Arbeit an Selbstwirksamkeit und Motivation im geschützten Setting
<i>Musiktherapie</i>	Emotionale Ausdrucksförderung, Selbstwahrnehmung und Beziehungsgestaltung	Ermöglichung nonverbaler Ausdrucksformen und Affektregulation Beziehungsaufbau und -reflexion über musikalische Interaktion Förderung von Ressourcen und innerer Stabilisierung (z. B. durch Improvisation, Musik hören oder gestalten)

3 Diagnostische Prozesse in der stationären psychosomatischen Akutbehandlung bei Anorexia Nervosa

Die Diagnostik und Evaluation erfolgt standardisiert, multidisziplinär und fortlaufend, um eine umfassende Behandlungsplanung und -steuerung zu gewährleisten.

3.1 Diagnostischer Prozess bei Aufnahme

Anamnese & klinische Untersuchung	Verantwortlich: Pädiatrie, Psychiatrie, Pflege
Somatische Anamnese	Gewichtsverlauf Menstruation Kälteempfinden Schwindel Ohnmachtsanfälle Magen-Darm-Beschwerden (Laxantienabusus, induziertes Erbrechen) Exzessives Bewegungsverhalten
Psychiatrische Anamnese	Essverhalten Ängste Zwangssymptome Depression Suizidalität Selbstverletzung Körperbildstörung
Familienanamnese	Essstörungen Psychische Erkrankungen Erziehungsstil Familiäre Konflikte
Soziale Anamnese	Schule Soziale Integration Mobbing Perfektionismus Stressoren
Allgemeine klinische Untersuchung	Vitalparameter Körperzusammensetzung (BIA-Messung?) Inspektion Mundhöhle (Zahnstatus, Speicheldrüsen) Inspektion Haut (trockene, schuppige Haut, Cutis)

	marmorata, Akrozyanose) Alopezie Beurteilung Cor/Pulmo/Abdomen Erhebung Gefässstatus (Hypothermie und vaskuläre Hypotonie) Somatische Zeichen von Mangelernährung (z.B. trockene Haut, Lanugobehaarung, Bradykardie) Pubertätsstadien nach Tanner Neurostatus Zeichen der Selbstverletzung
--	---

Diagnostischer Prozess nach Eintritt

Ausführliche somatische Diagnostik	Verantwortlich: Pädiatrie
Anthropometrie	Gewicht Grösse BMI Perzentilenkurven
Somatischer Status	Klinische Untersuchung allgemein-internistischer Status mit besonderer Berücksichtigung Haut (Kolorit, Turgor, Lanugohaare, Ödeme, Akrozyanose, Zeichen der Selbstverletzung, übermässige Hautbelastung über Wirbelkörperfortsetzen) Neurologischer Status inkl. Funduskopie Pubertätsstadien nach Tanner
Labor	Blutbild Gerinnung Elektrolyte (insbes. Hypokaliämie, Hyponatriämie, Hypophosphatämie) Glukose Leberwerte (ALAT, ASAT, GGT, Gesamt- und direktes Bilirubin, Albumin, Gesamteiweiss) Amylase, Lipase Nierenwerte (Kreatinin), Urinstatus Schilddrüsenwerte (TSH, fT4, fT3) und Cortisol Bei männlichem Geschlecht Testosteron Vitamin D, Vitamin B1 und Zink Bei Patientinnen mit Amenorrhoe LH/FSH, Prolaktin, hcG Abklärung von M. Crohn und Zöliakie -Calprotectin im Stuhl -Transglutaminase-AK-IgA und Gesamt-IgA
Kardiologische Diagnostik	EKG (Bradykardie, QT-Zeit-Verlängerung) ggf. Echokardiographie (bei klin. V.a. Perikarderguss wie anhaltend tiefer BD, relative/absolute Tachykardie)
Gastrointestinale Diagnostik	Sonographie bei Verdacht auf verzögerte Magenentleerung oder Verstopfung
Knochendichtemessung	DXA-Scan bei Verdacht auf Osteopenie/Osteoporose

	(bei längerem Krankheitsverlauf)
MRI ZNS	Bei nicht eindeutig anorektischem Denkmuster, bei klinischem V.a. Läsionen/Tumoren im ZNS, auffälliger Kopfschmerzanamnese
Psychiatrische Diagnostik	Verantwortlich: K&L Dienst
Strukturierte Klinische Interviews	EDI-3 (Eating Disorder Inventory) Kinder DIPS
Fragebögen	YSR (allgemeines Psychopathologie Screening) SCOFF, EDE / chEDE-Q (Screening Essstörungen) Erhebung von Coping-Strategien & Krankheitsmotivation Störungsspezifische Fragebögen bei Indikation: PHOKI (Angst) DIKJ / DYSIPS (Depressionen) Y-BOCS (Zwangsstörungen)
Körperbildanalyse	Zeichentests Fragebögen zur Körperschemastörung
Verhaltensbeobachtung	Beobachtung Essverhalten während der Mahlzeiten (Pflege) Beobachten allgemeines Verhalten

Ernährungsdiagnostik	Verantwortlich: Ernährungsberatung
	Ernährungsprotokoll & Essverhalten: Lebensmittelpräferenzen & -ängste Kalorienrestriktionen & Essensrituale Trinkverhalten Hunger- & Sättigungsgefühl

Funktionsdiagnostik (bei Bedarf)	Verantwortlich: Ergotherapie, Physiotherapie
	Motorik & Muskelstatus: Muskelkraftmessung, Beweglichkeit Körperwahrnehmung & Selbstbild: Spiegeltest, Körperumrisszeichnung

Verlaufskontrolle und Abschlussuntersuchung

Verlaufskontrollen & Behandlungsevaluation	Verantwortlich: Interdisziplinäres Team (Pädiatrie, K+L, Pflege, Ernährungsberatung, Therapeut*innen)
	Gewichtskontrolle (max. 2x/Woche zur Reduzierung von Angst & Kontrolle) Laborkontrollen je nach Bedarf (Refeeding-Labor (siehe auch 5), BZ, Elektrolyte bei Erbrechen/Laxanzienabusus, Phosphat), ggf Kontrolle

	auffälliger Werte bei Eintritt EKG-Kontrollen bei initial auffälligen Befunden Psychische Stabilität: Regelmässige psychiatrische Visiten Bewertung von Ängsten, Depressivität, Selbstverletzung, Motivation Compliance zur Ernährungstherapie Essverhalten & Ernährungsstatus: Beobachtung der Mahlzeiten Evaluierung des individuellen Ernährungsplans Therapeutische Fortschritte: Reflexion in Psychotherapie & Ergotherapie Entwicklung der Körperwahrnehmung Fortschritte in kreativen & körperorientierten Therapien Elterneinbindung: Rückmeldung zum Essverhalten & psychischen Zustand Anleitung zur Unterstützung der Genesung zu Hause
--	--

Abschlussdiagnostik vor Austritt	Verantwortlich: Pädiatrie, K+L Dienst
	Abschlussuntersuchung somatisch (wie Eintrittsstatus) Ausstellen von Rezepten (Medikamente) Weitere Untersuchungen, Anbindung an Spezialprechstunden nach Austritt? Abschlussuntersuchung psychiatrisch Finales Essverhalten Körperbilddiagnostik

4 Behandlung

Gemäss den S3-Leitlinien sollte die Gewichtszunahme bei 500–1000 g pro Woche im stationären Setting liegen. Da der Energiebedarf für eine adäquate Gewichtszunahme phasenweise bei über 3000 kcal/d liegen kann, ist eine hohe Energiedichte empfehlenswert. Gastrointestinale Beschwerden (Völlegefühl, Übelkeit, Bauchschmerzen, Blähungen, Obstipation) treten häufig vor oder zu Beginn der Wiederernährung auf, nehmen aber mit fortschreitender Gewichtsrestitution ab. In neueren Untersuchungen wurde bei der Realimentation mit initial höherer/normokalorischer Kalorienzahl (z.B. 2000 kcal/d ab Therapiebeginn mit steigender Energiezufuhr je nach Gewichtsentwicklung) unter engmaschiger klinischer Laborkontrolle (Phosphat, Kalzium, Kalium, Magnesium) und gegebenenfalls Phosphat- und Thiaminsubstitution bei schwer mangelernährten Kindern und Jugendlichen (BMI < 15 kg/m²) kein Refeeding-Syndrom³ beobachtet.

Orientierung für die Bestimmung des individuellen gesunden Körpergewichts und damit auch das Gewichtsziel für die Entlassung bietet das prämorbid BMI-Perzentil. Als Gewichtsziel für die Entlassung aus der stationären Behandlung sollte das 25. BMI-Perzentil avisiert werden. Bei prämorbid habituell niedrigerem BMI-Perzentil kann auch ein geringeres Gewichtsziel festgelegt werden, allerdings nach Ansicht der S3-Leitlinien nicht unter dem 10. BMI-Perzentil.

³ Refeeding-Syndrom: Hypophosphatämie und andere Elektrolytverschiebungen sind Leitsymptome dieser schweren metabolischen Entgleisung.

4.2 Struktur der Behandlung

Aufnahmephase (Tag 1-7)	Stabilisierungsphase (Tag 8-41)
<p>Medizinische und psychiatrische Diagnostik</p> <p>Ernährungsaufbau mit engmaschiger Überwachung</p> <p>Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum ärztlichen, Pflege- und Therapeutenteam</p> <p>Motivationsarbeit</p> <p>Psychoedukation für Patient*innen und Eltern</p>	<p>Strukturiertes Essverhalten mit zunehmender Eigenverantwortung</p> <p>Einbindung körperorientierter Therapien</p> <p>Familiensitzungen zur Unterstützung des Therapieprozesses</p> <p>Entwicklung eines individuellen Nachsorgeplans</p> <p>Förderung der Eigenverantwortung für Ernährung und Emotionen</p> <p>Planung und Triagierung der stationären oder ambulanten Weiterbehandlung</p>

Allgemeine Behandlungsregeln

Regel	Aufnahmephase (Tag 1-7)	Stabilisierungsphase (Tag 8-41)
Besuchs- und Kontaktregelung	Elternbesuch (inkl. Geschwister) täglich 90 min sowie 3 Stunden am Wochenende	Elternbesuch (inkl. Geschwister) täglich 90 min sowie 3 Stunden am Wochenende 1x90min à 2 Personen / Woche
Medien	Bildschirmmedien: 30 min nach dem Mittagessen und 2h nach dem Abendessen plus einen ganzen Film mit Mitpatient:innen	
Freizeit	Keine Spaziergänge und Urlaube	Spaziergänge und Urlaube als Vergünstigung
Mahlzeiten	<p>Der Kostaufbau folgt einem von Ernährungsberatung festgelegten Schema Essensmenge und -auswahl wird mit Patient:innen besprochen, aber nicht verhandelt. Die Nahrungsaufnahme (inkl. Getränke) wird durch die Pflege protokolliert.</p> <p>Mahlzeiten werden gemeinsam mit Mitpatient:innen, begleitet durch Pflegefachperson, eingenommen. Während der Mahlzeiten wird nicht über das Essen gesprochen. Im Patientenzimmer werden keine Esswaren aufbewahrt.</p>	
Ruhepausen	Jeweils 30 min nach den Hauptmahlzeiten findet eine Bettruhe statt.	
Gewichtszunahme	Angestrebte Gewichtszunahme mind. 500g-1000g/Woche Gewichtskontrollen (inkl. Spez. Gewicht im Urin) täglich am Morgen (Nüchterngewicht, in Unterwäsche)	Angestrebte Gewichtszunahme mind. 500g-1000g/Woche Gewichtskontrollen 2x/Woche (Nüchterngewicht, in Unterwäsche)
Vergünstigungen	---	Erreichen von vereinbarten Zielen kann mit Vergünstigungen verstärkt werden.

4.3 Vorgehen vor der Hospitalisation

Vor der stationären Aufnahme findet ein ambulantes Vorgespräch (Indikationsgespräch) statt. Dabei werden die Patient:in und ihre Eltern über das Behandlungskonzept und die Behandlungsregeln informiert. Eine Aufnahme ohne Vorgespräch erfolgt nur in Ausnahmefällen, bei erheblicher somatischer Dringlichkeit. Bei klarer Hospitalisationsindikation erfolgt ein möglichst rascher Spitaleintritt.

4.4 Vorgehen in der Aufnahmephase (Tag 1-7)

Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
Eintrittstag	Nüchterngewicht morgens (gilt als Eintrittsgewicht)	tägliche Gewichtskontrolle				
Aufnahmegespräch (K+L zusammen mit Pflege) inkl. K+L-Regeln, Behandlungsblatt Anmeldung für die Therapien (Physio, Ergo, ERB) Einführung auf der Abteilung durch die Pflege Essen bestellt durch Pflege Somatischer Eintrittsstatus durch AA/OA	Anamnese und psychiatrische Abklärung im Einzelsetting durch K+L-Dienst Essbestellung durch ERB (ganze Woche) Festlegung des Sondengewichts Pflegeanamnese durch Bezugspflege (BP) bei Indikation weitere somatische US durch AA/OA	Therapeutischer Beziehungsaufbau durch K+L-Dienst (3-4 Sitzungen/Woche) 2-3x/Woche Physiotherapie im Einzelsetting 2-3x/Woche Ergotherapie im Einzelsetting Schulbesuch bei somatischer und psychischer Stabilität nach Ermessen möglich Pflege (täglich) Beobachtung des Essverhaltens/Ess- und Trinkprotokoll, Besucherprotokoll führen, Verhaltensbeobachtung				Standortgespräch zur Vereinbarung der Therapieziele mit Vergünstigungsplan und Austrittsgewicht (Familiensetting) nach ca. 1 Woche

4.5 Vorgehen in der Aufnahmephase Stabilisierungsphase (Tag 8-41)

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
K+L	Ernährungsplan für die Woche (erstellt durch ERB) besprechen 3-4x/Woche Psychotherapie Teambesprechungen/Interdisziplinärer Austausch						Familien-Standortgespräch zur Vereinbarung der Therapieziele und Austrittsgewicht, Vergünstigungsplan
AA/OA	weitere somatische Untersuchungen falls indiziert						
Pflege	Essbegleitung Ess- und Trinkprotokoll Besuchsprotokoll Beobachtung Ess- und Trinkverhalten sowie Verhalten auf Station/ in sozialen Interaktionen Gewichtskontrolle (inkl. Spez. Gewicht im Urin) (je nach Verlauf täglich oder 2x/Woche)						
ERB	Essbestellung und Erstellen Ernährungsplan inkl. Nachtrink- und bei Bedarf Sondenschema						

	Psychoedukation der Patient:in/Familie
Program m/Aktivitä ten	Essen mit Mitpatient:innen nach festgelegtem Essensplan Bettruhe nach Mahlzeiten Zimmerruhe/ Aktivitäten auf Station 2-3x/Woche Physiotherapie im Einzelsetting 1-2x/Woche Ergotherapie im Einzelsetting Schulbesuch bei somatischer und psychischer Stabilität nach Ermessen möglich
Besuche	Familie täglich 90min, am WE 3h 1x90min à 2Personen / Woche

4.6 Indikation für Sondenernährung

Eine Zwangsernährung mittels einer Ernährungssonde sollte nur bei akuter Lebensgefahr und nach sorgfältiger ethischer Abwägung erfolgen. Sie ist stets nur als eine akute Therapiemassnahme und muss immer in Kombination mit psychotherapeutischen Massnahmen erfolgen. Gemäss den S3-Leitlinien ist die Indikation für eine Sondenernährung bei Anorexia Nervosa:

1. Extrem niedriges Körpergewicht: BMI < 70 % des Perzentil-Medians bei Jugendlichen
2. Rasche und bedrohliche Gewichtsabnahme (mehr als 1 kg pro Woche über mehrere Wochen)
3. Schwere Mangelernährung mit klinischen Zeichen: Elektrolytstörungen (z. B. Hypokaliämie); Hypalbuminämie; Vitamin- oder Spurenelementmangel
4. Schwere medizinische Komplikationen: Bradykardie (< 40/min); Hypothermie (< 35°C); Hypotension; Organversagen
5. Unfähigkeit zur oralen Nahrungsaufnahme: Totale Nahrungsverweigerung; Ausgeprägte Angst vor dem Essen, die eine ausreichende orale Ernährung verhindert
6. Erfolglosigkeit einer intensiven psychotherapeutischen Ernährungsintervention (Keine Gewichtszunahme trotz strukturiertem Ernährungsmanagement)

5 Somatische Stabilisierung und Überwachung

ZIELE: Stabilisierung der lebenswichtigen Körperfunktionen; Prävention akuter somatischer Komplikationen (z. B. Refeeding-Syndrom, Elektrolytverschiebungen, kardiale Risiken); Engmaschige medizinische Überwachung zur Sicherstellung einer medizinisch gesicherten Gewichtszunahme; Grundlage für psychotherapeutische Interventionen schaffen

Stationäre Überwachung:

- EKG-Monitor: nachts: untere Herzfrequenzgrenze auf 40 setzen, schrittweise bei Unterschreitung auf 35 und dann 30 setzen, EKG tagsüber nur bei spezifischer Indikation (z.B. Herzfrequenz tagsüber < 30 oder Bettruhe mit Sedation)
- Herzfrequenz: 1x/Schicht, Blutdruck 2x/Tag

Refeeding Syndrom:

Das Refeeding-Syndrom ist eine potenziell lebensbedrohliche Stoffwechselentgleisung, die auftreten kann, wenn nach einer längeren Phase des Hungerns oder der Mangelernährung plötzlich wieder Nahrung (insbesondere kohlenhydratreiche Nahrung) zugeführt wird. Auftreten in der Regel innerhalb der ersten 7 Tage nach Beginn des Nahrungsaufbaus durch übermässige Insulinausschüttung: Glukose gelangt in die Zellen – und zieht Elektrolyte mit sich (besonders Phosphat, aber auch Kalium und Magnesium). Es kommt zu einem plötzlichen Abfall dieser Elektrolyte im Blut → sogenannte Hypophosphatämie, Hypokaliämie, Hypomagnesiämie, aber auch per-/postprandiale Hypoglykämien

Risiko Population

- BMI $<16 \text{ kg/m}^2$, stark reduzierte oder keine Nahrungszufuhr innerhalb der letzten 10 Tage, niedrige Serumkonzentration an Kalium, Phosphat und/oder Magnesium vor Beginn der Nahrungszufuhr

Klinische Manifestation

- Flüssigkeitsretention mit Ödemen , Tachykardie / Herzrhythmusstörungen , Tachypnoe
Krämpfe, Muskelschwäche , Rhabdomyolyse , Hämolyse

Laboruntersuchungen bei Refeeding Risiko

Zeitraum der Überwachung:

- Höchstes Risiko: in den ersten 5-7 Tagen nach Beginn der Ernährungstherapie
- Gesamtdauer der Überwachung: mindestens 2 Wochen, bei hohem Risiko auch länger

Zeitraum	Kontrolle der Elektrolyte (Na, K, Cl, Ca, Ph, Mg) +BZ
Tag 0 (vor Beginn)	Ausgangswerte bestimmen
Tag 1–7	Täglich (evtl. bis 2× täglich)
Woche 2	Alle 2 Tage je nach Stabilität
Ab Woche 3	2x/Woche (Montag und Donnerstag)

Vorgehen Realimentation

- Cave! Wenn das Risiko eines Refeeding Syndroms besteht, muss die Realimentation immer in enger Zusammenarbeit mit dem Team der Ernährungsberatung erfolgen.

Aufgaben der Pädiatrie

- Tägliche klinische Visiten mit Dokumentation von Gewicht, Vitalparametern und Allgemeinzustand
- Überwachung und ggf. Korrektur des Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalts, bzw. Blutzucker
- Festlegung und Überwachung des Ernährungsplans in enger Zusammenarbeit mit dem Ernährungsteam
- Einschätzung und Management medizinischer Risiken (z. B. Bradykardie, Hypothermie, Hypotonie)

- Diagnostik und Therapie von Komorbiditäten oder Folgeerkrankungen der Mangelernährung

Zu erhebende Parameter:

- Körpergewicht (täglich, zur selben Uhrzeit, unter standardisierten Bedingungen)
- Körpertemperatur, Blutdruck, Puls (mind. 2× täglich)
- Laborwerte: Elektrolyte, Blutzucker, Leber- und Nierenwerte, Blutbild, ggf. Phosphat und Magnesium
- EKG (bei Einweisung sowie bei Auffälligkeiten oder Risikokonstellationen regelmäßig wiederholen)
- Flüssigkeitsbilanz bei Risikopatient:innen

Vorgehen bei akuter Dekompensation:

- Sofortige ärztliche Einschätzung und ggf. Verlegung auf eine pädiatrische Intensiv- oder Überwachungsstation
- Intravenöse Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution bei Entgleisungen
- Anpassung der Ernährungstherapie, ggf. temporäre enterale Ernährung (Sondenernährung)
- Enge interdisziplinäre Abstimmung mit Psychiatrie, Psychologie, Diätologie und Pflege

Indikation für die Überwachung/Behandlung auf der Intensivstation:

Es gibt keine evidenzbasierten Empfehlungen für die Indikation für eine Behandlung/Überwachung auf der Intensivstation. Mit dem Ziel der Einigung über die Indikationsstellung hat

eine Arbeitsgruppe aus Expertinnen und Experten der Deutschschweiz Empfehlungen ausgearbeitet (Rutishauser et al. 2023)

Absolute Indikationen

- Schwerwiegende Elektrolytstörungen (inklusive schweres Refeeding-Syndrom)
- Herzrhythmusstörungen (zusätzlich zur Bradykardie)
- Hämodynamisch relevante Herzfunktionsstörung (z.B. Perikarderguss mit arterieller Hypotonie und relativer Tachykardie)
- Schwere zerebrale Funktionsstörung
- Anderweitige schwerwiegende Organfunktionsstörungen

Relative Indikationen (in Abhängigkeit klinikspezifischer Faktoren)

- Akute Suizidalität: bei medizinisch bedingter Unmöglichkeit der Verlegung in eine akutpsychiatrische Klinik
- und fehlender Möglichkeit der 1:1-Überwachung rund um die Uhr

- Zwangsernährung: bei Notwendigkeit einer medikamentösen Sedation und/oder fehlender 1:1-Betreuung auf der medizinischen Station
- Persistierende Bradykardie <30/min im Wachzustand: bei Unmöglichkeit einer Telemetrie respektive 1:1-Überwachung mit rascher Interventionsmöglichkeit

6 Psychotherapie im Rahmen der AN Akuthandlung

6.1 Einzelpsychotherapie

ZIELE: Das Hauptziel der Einzelpsychotherapie im Rahmen der Akutbehandlung der AN ist die Stabilisierung der betroffenen Person und die Reduktion akuter psychischer Symptome (Ängste, Zwänge). Die Akutphase der Behandlung fokussiert sich darauf, die Patientin oder den Patienten aus einer lebensbedrohlichen Unterernährung und den damit verbundenen psychischen und physischen Gefährdungen herauszuführen. Gleichzeitig soll die Therapie eine erste Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden emotionalen, kognitiven und sozialen Aspekten der Erkrankung ermöglichen, die das Essverhalten und die Körperwahrnehmung prägen.

In der Akutbehandlung der Anorexie spielt die Einzelpsychotherapie eine zentrale Rolle, da sie nicht nur dabei hilft, die akuten Symptome zu lindern, sondern auch tiefere Ursachen der Erkrankung anspricht. Durch die Therapie sollen die Patient:innen angeregt werden, sich mit den emotionalen, kognitiven und sozialen Aspekten der Anorexie auseinanderzusetzen, was langfristig zu einer besseren Prognose führt.

Inhalte der Einzelpsychotherapie:

1. **Stabilisierung und Krisenintervention:** In der Akutphase der Behandlung geht es vor allem darum, die Patientin oder den Patienten in einer psychischen und körperlichen Krise zu stabilisieren. Hierbei wird gezielt auf akute Ängste und den Umgang mit der Nahrungsaufnahme eingegangen. Die/der Psychotherapeut:in bietet ein sicheres und unterstützendes Umfeld, in dem die betroffene Person ihre Ängste und den Kontrollzwang gegenüber der Nahrungsaufnahme thematisieren kann.
2. **Reduktion von Angst und Zwang:** Ein zentrales Thema in der Einzeltherapie ist die intensive Arbeit an den Ängsten vor Gewichtszunahme und dem Zwang, das Essverhalten zu kontrollieren. Diese Ängste sind oft übersteigerte Reaktionen auf den Körper und die Nahrungsaufnahme, die in der Therapie systematisch bearbeitet werden. Die Patientin oder der Patient lernt, die irrationalen Ängste zu erkennen und zu hinterfragen sowie gesündere Denkmuster zu entwickeln.
3. **Förderung eines realistischen Körperbildes:** Ein zentrales Ziel der Einzelpsychotherapie ist die Veränderung des verzerrten Körperbildes, das für viele AN-Betroffene prägend ist. Die Patient:in lernt, ihren Körper auf eine objektivere Weise wahrzunehmen und zu akzeptieren.
4. **Entwicklung von Bewältigungsstrategien:** Neben der Reduktion von Symptomen ist ein weiteres Ziel der Einzeltherapie, die Patient:in mit gesunden Bewältigungsstrategien auszustatten. Dies umfasst sowohl den Umgang mit emotionalen Belastungen als auch den Umgang mit Stress und zwischenmenschlichen Konflikten, ohne auf die Kontrolle des Essverhaltens oder ungesunde Verhaltensweisen zurückzugreifen.
5. **Förderung von Selbstwertgefühl und Identität:** Ein wichtiger Aspekt der Therapie ist die Arbeit an einem positiven Selbstbild und einem differenzierten Selbstwertgefühl.

Häufig ist die AN mit einer tiefen Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität und einem geringen Selbstwertgefühl verbunden. In der Therapie wird an der Wiederherstellung eines gesunden Selbstwertes gearbeitet, um die Patient:in in die Lage zu versetzen, ein selbstbestimmtes und erfülltes Leben zu führen.

6. **Förderung der Selbstreflexion:** Die Patient:in wird dazu angeregt, sich mit den tiefer liegenden emotionalen und psychischen Ursachen ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Hierzu gehören oft ungelöste Konflikte, traumatische Erlebnisse, familiäre Dynamiken oder unbewusste emotionale Belastungen, die das Essverhalten beeinflussen. Die Patient:innen werden dabei unterstützt, diese Themen zu erkennen und zu verstehen.

Methoden der Einzelpsychotherapie:

In der Einzelpsychotherapie bei Anorexie kommen verschiedene therapeutische Methoden zum Einsatz, die individuell auf die Bedürfnisse der betroffenen Person abgestimmt sind. Zu den häufigsten Methoden gehören:

- **Kognitive Verhaltenstherapie (KVT):** Diese Methode wird verwendet, um dysfunktionale Denkmuster zu erkennen und zu verändern. Besonders wichtig ist die Arbeit an den irrationalen Überzeugungen zur Nahrungsaufnahme, zum Körperbild und zum Selbstwertgefühl.
- **Psychodynamische Therapie:** Hierbei werden unbewusste Konflikte und emotionale Blockaden aufgedeckt, die das Essverhalten beeinflussen. Die Therapie hilft, emotionale Auslöser zu identifizieren und gesunde Ausdrucksformen für diese Emotionen zu finden.
- **Motivierende Gesprächsführung (MI):** Diese Technik wird genutzt, um die intrinsische Motivation der betroffenen Person zur Veränderung zu fördern und die Patientin oder den Patienten in ihrer Bereitschaft zur Behandlung zu unterstützen.

6.2 Familienpsychotherapie

ZIELE: Ein zentrales Ziel der Familienpsychotherapie im Rahmen der AN Akutbehandlung am KidZ ist es, das familiäre Umfeld als unterstützendes System zu stärken und die Rolle der Familie im Heilungsprozess aktiv und konstruktiv zu nutzen. Die Familienpsychotherapie hat zum Ziel, die Kommunikation innerhalb der Familie der AN Patient:innen zu verbessern, das Verständnis für die Erkrankung und ein gesundes, konstruktives Familienklima zu fördern. Familiengespräche bieten zudem die Gelegenheit, emotionale Konflikte, die mit der AN zusammenhängen, anzusprechen und Lösungen zu finden, die das gesamte familiäre System stabilisieren.

Familiengespräche sind von grosser Bedeutung im Rahmen der Akutbehandlung der AN, da sie die familiäre Dynamik in den Heilungsprozess einbeziehen. Indem die Familie lernt, besser zu kommunizieren, ein tieferes Verständnis für die Erkrankung entwickelt und unterstützende Rollen auf gesunde Weise übernimmt, wird ein stabiler Rahmen für die betroffene Person geschaffen. Dies trägt nicht nur zur Stabilisierung in der Akutphase bei, sondern auch zu einer nachhaltigeren Heilung und langfristigen Genesung.

Inhalte der Familienpsychotherapie:

1. **Förderung des Verständnisses für die Erkrankung:** Im Rahmen von Familiengesprächen soll allen Familienmitgliedern ein tieferes Verständnis für die AN vermittelt werden. Dies umfasst die Aufklärung über die psychischen, physischen und emotionalen Aspekte der Krankheit sowie darüber, wie familiäre Interaktionen das Essverhalten und die Behandlung beeinflussen können. Ein besseres Verständnis hilft, Missverständnisse und

Schulduzuweisungen zu vermeiden und das familiäre Umfeld als unterstützendes System zu stabilisieren.

2. **Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Familie:** Die Anorexie kann zu einer Vielzahl von Kommunikationsbarrieren führen, wie etwa dem Verschweigen von Problemen oder der Vermeidung schwieriger Themen. Ziel der Familienpsychotherapie ist es, diese Barrieren zu überwinden und eine offene, ehrliche und respektvolle Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern zu fördern. Hierbei wird auch auf die Bedürfnisse und Gefühle aller Beteiligten eingegangen, um eine konstruktive und unterstützende Atmosphäre zu schaffen.
3. **Bearbeitung von familiären Konflikten:** Familiäre Konflikte oder dysfunktionale Muster können die Anorexie verstärken oder aufrechterhalten. In der Therapie werden diese Konflikte offen thematisiert und nach Lösungen gesucht. Dabei kann es sich um ungelöste Spannungen, unterschiedliche Auffassungen bezüglich der Behandlung oder um das Verhaltensmuster der Eltern und Geschwister handeln. Ziel ist es, die familiäre Dynamik zu verändern und neue, gesunde Bewältigungsstrategien zu entwickeln.
4. **Stärkung der Unterstützung durch die Familie:** Die Familie spielt eine zentrale Rolle im Genesungsprozess, insbesondere in der Akutphase. Die Therapie hilft, die Familie in ihre unterstützende Rolle zu integrieren, ohne sie zu überlasten. Ziel ist es, dass die Familie lernt, der betroffenen Person die notwendige Unterstützung zu bieten, sei es bei der Nahrungsaufnahme oder im Umgang mit psychischen Belastungen. Dabei wird auch die Selbstständigkeit der betroffenen Person respektiert und gefördert.
5. **Erarbeitung von klaren Regeln und Struktur im Umgang mit der Erkrankung:** Ein weiteres Ziel der Familiengespräche ist die Schaffung von klaren, aber gleichzeitig flexiblen Regeln, die der Familie helfen, in ihrer Unterstützung und Begleitung der betroffenen Person sicherer zu werden. Hierzu gehört auch, dass die Familie lernt, wie sie im Alltag mit der Krankheit umgehen kann, ohne selbst in eine zu dominante oder überfürsorgliche Rolle zu verfallen, was die Heilung behindern könnte.
6. **Förderung eines positiven familiären Zusammenhalts:** Die Anorexie kann die Familie stark belasten und zu einem Rückzug oder emotionaler Distanz führen. Die Therapie soll den familiären Zusammenhalt stärken, indem gemeinsame Ziele und Werte herausgearbeitet werden. Ein positiver Zusammenhalt innerhalb der Familie unterstützt die betroffene Person, die Erkrankung zu überwinden und zu gesunden.

Methoden der Familienpsychotherapie:

In der Familienpsychotherapie werden unterschiedliche methodische Ansätze genutzt, um die genannten Ziele zu erreichen. Dazu gehören:

- **Systemische Therapie:** Hier wird die Familie als ein System betrachtet, in dem jedes Mitglied eine wichtige Rolle spielt. Der Fokus liegt auf den Wechselwirkungen und den Mustern innerhalb der Familie, die das Verhalten der betroffenen Person beeinflussen. Die therapeutische Arbeit zielt darauf ab, diese Muster zu erkennen und zu verändern, um das gesamte System zu stabilisieren.
- **Kognitive Verhaltenstherapie (CBT):** In dieser Form der Therapie wird die Familie dabei unterstützt, dysfunktionale Denkmuster und Verhaltensweisen zu erkennen, die das

Essverhalten der betroffenen Person negativ beeinflussen. Die Familienmitglieder lernen, gesunde Denkmuster zu entwickeln und neue Wege der Interaktion zu finden, die den Heilungsprozess fördern.

- **Kommunikationstraining:** Hierbei werden Techniken erlernt, die es den Familienmitgliedern ermöglichen, schwierige Gespräche in einer respektvollen und lösungsorientierten Weise zu führen. Ziel ist es, die Kommunikationsfähigkeiten der Familie zu stärken und so die Dynamik im Umgang mit der Erkrankung zu verbessern.

7 Pflege im Rahmen der AN Akuthandlung

ZIELE: Ein primäres Ziel der pflegerischen Unterstützung ist es, die Patient:innen während der oft schwierigen Genesungsphase zu stabilisieren, sowohl körperlich als auch psychisch. Pflegekräfte leisten nicht nur eine entscheidende Unterstützung in der unmittelbaren Behandlung der Essstörung, sondern tragen auch zur Förderung eines ganzheitlichen Heilungsprozesses bei. Dazu gehört die Unterstützung bei der Gewichtszunahme bzw. der Nahrungsaufnahme (oral oder enteral) und der emotionalen Stabilisierung. Ein weiteres Ziel ist die Förderung einer positiven Beziehung zur Nahrungsaufnahme und die Unterstützung der Patient:in beim Erlernen gesunder Essgewohnheiten. Die Pflegekräfte spielen zudem eine wesentliche Rolle im interdisziplinären Team, da sie als Brücke zwischen den Patient:innen, dem Ärzte- und Therapeutenteam wirken.

Aufgaben der Pflege

1. **Überwachung des körperlichen Zustands:** Die Pflegekräfte überwachen kontinuierlich den körperlichen Zustand der Patient:in, einschliesslich Vitalzeichen, Gewicht, Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitsbilanz. Die regelmässige Kontrolle dieser Parameter ermöglicht es, frühzeitig auf gesundheitliche Veränderungen zu reagieren und die Therapie gegebenenfalls anzupassen.
2. **Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme:** Ein zentrales Element der Pflege ist die Unterstützung der betroffenen Patient:innen bei der Nahrungsaufnahme. Dies beinhaltet nicht nur die Bereitstellung der Mahlzeiten und die Überwachung des Essverhaltens, sondern auch eine einfühlsame Begleitung, um den Druck und die Ängste, die mit der Nahrungsaufnahme verbunden sind, zu verringern. Pflegekräfte helfen dabei, die Patient:innen beim Überwinden von Angstgefühlen vor der Nahrungsaufnahme oder der Gewichtszunahme zu unterstützen, ohne sie dabei zu überfordern.
3. **Emotionaler Beistand und psychische Unterstützung:** Pflegekräfte sind die ersten Ansprechpartner für die Patient:innen. Sie bieten emotionale Unterstützung und helfen, ein Vertrauen aufzubauen, das es den Betroffenen ermöglicht, ihre Ängste zu äussern und Schritte in Richtung einer gesünderen Beziehung zu ihrem Körper und zur Nahrungsaufnahme zu unternehmen.
4. **Förderung der Selbstständigkeit und Autonomie:** Ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Betreuung ist die schrittweise Förderung der Selbstständigkeit der Patient:innen. Dies umfasst die Unterstützung bei der Entwicklung gesunder Gewohnheiten, das Erlernen von Strategien zur Stressbewältigung und den Aufbau eines stabilen Selbstwertgefühls. Pflegekräfte arbeiten mit den Patient:innen daran, dass diese zunehmend Verantwortung für ihre Behandlung übernehmen und sich aktiv in den Heilungsprozess einbringen.

8 Ernährungsberatung im Rahmen der AN Akuthandlung

ZIELE: Die Ernährungsberatung ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Akutbehandlung von AN im Kindes- und Jugendalter. Sie bietet die nötige fachliche Unterstützung, um gesunde Ernährungs-gewohnheiten zu entwickeln. Ihr zentrales Ziel ist es, den Patient:innen (und ihren Familien) eine gesunde und ausgewogene Ernährung näherzubringen und eine positive, nicht angstbesetzte Beziehung zur Nahrungsaufnahme zu fördern. Die Beratung hilft, den physischen Zustand zu stabilisieren, indem sie zur Wiederherstellung eines gesunden Körpergewichts und zur Normalisierung des Ernährungsstatus beiträgt. Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Bedürfnisse der wachsenden Körper und die psychologischen Barrieren gelegt, die mit der Essstörung verbunden sind.

Inhalte und Aufgaben der Ernährungsberatung

- 1. Erstellung individueller Ernährungspläne:** Die Ernährungsberatung beginnt mit einer detaillierten Anamnese, um die spezifischen Ernährungsbedürfnisse des Kindes oder Jugendlichen zu erfassen. Auf dieser Grundlage wird ein individueller Ernährungsplan entwickelt, der auf die spezifischen Bedürfnisse, Vorlieben und Ängste der Patientin oder des Patienten abgestimmt ist. Der Plan enthält klare, erreichbare Ziele zur Gewichtszunahme und zur Normalisierung der Nahrungsaufnahme.
- 2. Aufklärung über die physiologischen Bedürfnisse des Körpers:** Die Ernährungsberatung klärt über die physiologischen Prozesse auf, die im Körper während der Ernährung und Gewichtszunahme ablaufen. Ein wichtiger Aspekt ist die Erklärung, wie der Körper durch eine gesunde Ernährung mit Energie versorgt wird und wie eine ausgewogene Ernährung das körperliche und geistige Wohlbefinden stärkt. In diesem Rahmen bringt die Ernährungsberatung den Patient:innen die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung, die alle notwendigen Makro- und Mikronährstoffe wie Proteine, Fette, Kohlenhydrate, Vitamine und Mineralstoffe umfasst, näher.
- 3. Mahlzeitenplanung:** Um das Essverhalten zu normalisieren, gibt die Ernährungsberatung konkrete Anleitungen zur Gestaltung regelmässiger Mahlzeiten und Snacks Haupt- und Zwischenmahlzeiten. Ziel ist es, eine strukturierte und regelmässige Nahrungsaufnahme zu etablieren, die der Patient:in hilft, ein gesundes Verhältnis zum Essen zu entwickeln und den natürlichen Hunger und Appetit wiederzuerlangen.
- 4. Beratung und Unterstützung der Familie:** Gerade im Kindes- und Jugendalter ist es wichtig, dass auch die Familie in den Behandlungsprozess integriert wird. Die Ernährungsberatung umfasst daher auch die Unterstützung der Eltern und anderer Familienmitglieder, um gesunde Essgewohnheiten zu fördern und bei der Durchführung des Ernährungsplans zu helfen.

9 Physiotherapie im Rahmen der AN Akuthandlung

ZIELE: Ein zentrales Ziel der physiotherapeutischen Behandlung im Rahmen der AN Akutbehandlung im KidZ ist die körperliche Stabilisierung und die Unterstützung des Heilungsprozesses auf mehreren Ebenen. Dabei steht neben dem Muskelaufbau auch die Förderung des Körperbewusstseins, der Beweglichkeit und einer gesunde Körperwahrnehmung im Focus. Die Patient:innen werden auf ihrem Weg bei der Rückgewinnung von Kraft, Ausdauer und Flexibilität unterstützt. Zudem sollte ein Gleichgewicht zwischen körperlicher Aktivität und Ruhe gefunden werden. Physiotherapeutische Interventionen können auch helfen, die körperliche Angst der Patient:innen zu verringern.

Inhalte und Aufgaben der Physiotherapie

Körperliche Stabilisierung und Mobilisation: Ein wichtiger Bestandteil der physiotherapeutischen Behandlung bei AN ist die Förderung der körperlichen Stabilität. Physiotherapeutinnen und -therapeuten arbeiten daran, durch gezielte Mobilisation die Gelenke zu lockern, die Flexibilität zu erhöhen und die Muskulatur langsam wieder aufzubauen. Dies trägt nicht nur zur körperlichen Stabilisierung bei, sondern hilft auch, das Körperbewusstsein zu stärken.

Muskelaufbau und Stärkung der Muskulatur: Die Physiotherapie konzentriert sich darauf, die Muskelkraft durch gezielte Kräftigungsübungen schrittweise wieder aufzubauen. Hierbei wird auf individuell abgestimmte Übungen und eine schrittweise Steigerung der Belastung geachtet, um den Körper nicht zu überfordern und den Heilungsprozess zu fördern.

Förderung der Beweglichkeit und Flexibilität: Spezielle Übungen, die die Beweglichkeit der Gelenke fördern und die Flexibilität der Muskulatur wiederherstellen tragen nicht nur zu einer besseren körperlichen Funktionalität bei, sondern helfen auch dabei, das Körpergefühl und die Körperwahrnehmung zu normalisieren.

Verbesserung der Ausdauer und Kreislauffunktion: Die Unterernährung beeinträchtigt nicht nur die Muskulatur, sondern auch die Kreislauffunktion und Ausdauer. Gezielte physiotherapeutische Interventionen zielen darauf ab, die Ausdauer schrittweise zu verbessern. Durch leicht dosierte Ausdauerübungen wird der Kreislauf stabilisiert und die Patient:innen wieder an körperliche Belastung gewöhnt.

Schulung des Körperbewusstseins: Ein zentraler Bestandteil der Physiotherapie ist die Arbeit am Körperbewusstsein. Viele AN-Patient:innen haben eine gestörte Wahrnehmung ihres Körpers und empfinden oft bereits kleinste körperliche Veränderungen als bedrohlich. Physiotherapeuten helfen den Patient:innen dabei, ein positives Körpergefühl zu entwickeln, indem sie zu achtsamem Bewegen und Wahrnehmen des eigenen Körpers anregen. Hierbei wird besonders auf eine sanfte und respektvolle Annäherung an die eigene Körperwahrnehmung geachtet.

Methoden der Physiotherapie

Assessments zum Einschätzen der körperlichen Leistungsfähigkeit: z.B. Dordel-Koch-Tests Erlernen von Übungen mit der eigenen Muskelkraft, Einsatz von spezifischen Hilfsmitteln wie Therabänder, Gewichten, Geräten, Gewichtsbällen.

Gezielte Kräftigungsübungen: Zur Förderung des Muskelaufbaus werden spezielle Kräftigungsübungen durchgeführt, die auf die individuellen Bedürfnisse und das körperliche Leistungsniveau der Patientin oder des Patienten abgestimmt sind. Diese Übungen sind sanft und progressiv, um den Körper nicht zu überlasten, und sollen helfen, die Muskulatur nach und nach zu stärken.

Bewegungs- und Dehnübungen: Dehn- und Bewegungsübungen werden eingesetzt, um die Flexibilität und Mobilität der Gelenke und Muskulatur zu verbessern. Diese Übungen werden vorsichtig und in einem Tempo durchgeführt, das der aktuellen körperlichen Verfassung entspricht, um den Körper nicht zu überfordern. Sehr gut eignen sich hier Yogaübungen und Gleichgewichtsübungen. Methoden: Yoga, PIR, Arbeit mit Schaukel, stabilen und instabilen Unterlagen, Einsatz von Galileo und anderen Geräten

Atem- und Entspannungsübungen: Atemtechniken und Entspannungsübungen können helfen, die körperlichen Spannungen zu lösen und die Patientin oder den Patienten in ihrer Fähigkeit zu beruhigen zu unterstützen. Diese Methoden tragen nicht nur zur physischen, sondern auch zur emotionalen Entspannung bei. Methoden: Yoga, PIR, Autogenes Training, Traumreisen etc., Erlernen spezifischer Atemtechniken, Einsatz von Sandsäckchen

Kreislauftraining: Ein sanftes Training der Ausdauer stärkt das Herz-Kreislaufsystem und verbessert die körperliche Fitness der Patientin oder des Patienten. Dies geschieht in individuell

dosierten Einheiten, um den Kreislauf zu stabilisieren und eine bessere Ausdauer zu entwickeln. Methoden: Yoga, Wassertherapie, Einsatz von Geräten, Spaziergänge

Psychomotorische Übungen: Psychomotorische Übungen fördern die Wahrnehmung des eigenen Körpers und helfen, ein positives Körperbewusstsein zu entwickeln. Diese Übungen können Bewegungskoordination, Gleichgewichtsschulung und Körperwahrnehmung beinhalten und unterstützen so die ganzheitliche Genesung. **Methoden:** Einsatz von verschiedenen Hilfsmitteln wie Schaukel, Hängematte, Galileo, stabilen und instabilen Unterlagen, Einsatz von verschiedenen Spielen zur Förderung der WN

Wissenstransfer: Psychoedukation zur Verdauung und zur Funktion von Muskeln und Organen. Brauchen Knochen Bewegung und warum? Was macht eine ruhige Atmung aus? Wie funktioniert unser Körper? Warum brauchen wir Schlaf? **Methoden:** Einsatz der Organpuppe, Spiele, Bilderbücher zum Thema Körper gemeinsam betrachten und besprechen

Alle Übungen und Methoden kommen in Einzel- und Gruppentherapien zur Anwendung.

Die Kinder und Jugendlichen lernen ihren Körper besser kennen, Grenzen werden bewusst erfahren, positive Werte und Gefühle werden angestrebt und erlebt. Verschiedene Techniken zum Stressabbau, zur Eigenregulation, Entspannung und zur Stärkung des Selbstbewusstseins werden erlernt und geübt.

Einzeltherapie dauert 30-45 min und findet 2-3-mal pro Woche statt.

Gruppentherapie dauert 45-60 min und kann ab 2 Teilnehmern durchgeführt werden. Die Stiftung Theodora kann unterstützen, Gruppen können 1 bis mehrmals /Woche angeboten werden.

Es werden folgende Gruppen angeboten: Entspannungsgruppe, Bewegungsgruppe, Wasserguppe, Laufgruppe

10 Ergotherapie im Rahmen der AN Akuthandlung

ZIELE: Die Ergotherapie stärkt die Patientin bzw. den Patienten in der Selbstwahrnehmung und unterstützt sie oder ihn dabei, die eigene Handlungsfähigkeit zurückzugewinnen. Durch gezielte therapeutische Angebote erlebt die Patientin oder der Patient Erfolgsmomente, entdeckt persönliche Ressourcen und kann daraus Kraft und Selbstbewusstsein für den Genesungsprozess schöpfen. Im Rahmen der ergotherapeutischen Begleitung werden verschiedene Emotionen erkannt, wahrgenommen und durch gestalterische sowie ausdrucksorientierte Methoden zum Ausdruck gebracht.

Ein besonderer Fokus liegt auf der Förderung der Körperwahrnehmung, um eine positive Beziehung zum eigenen Körper zu entwickeln und ein besseres Gespür für persönliche Bedürfnisse zu ermöglichen. Darüber hinaus unterstützt die Ergotherapie die Entwicklung emotionaler, sozialer und kognitiver Fähigkeiten. Dies trägt zu einer verbesserten Lebensqualität bei und fördert eine selbstständigere Gestaltung des Alltags – ein zentraler Bestandteil für eine nachhaltige und langfristige Genesung.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Förderung der Handlungsplanung und -umsetzung: Die Patientin oder der Patient lernt, ein Rezept zu lesen und umzusetzen, sicher mit Küchenutensilien und Lebensmitteln umzugehen und den Arbeitsplatz strukturiert zu organisieren. Die gemeinsame Gestaltung der Esssituation – von der Menüplanung über das Kochen und Tischdecken bis zur Dekoration – soll das gemeinsame Essen zu einem positiven und lustvollen Erlebnis machen. Dabei können auch Tischgespräche, das Schöpfen für sich

oder andere sowie das Beobachten eines unauffälligen Essverhaltens bei anderen Kindern hilfreich sein.

Die Auswahl der Mittel und Methoden erfolgt bewusst so, dass die Patientin herausgefordert wird, eigene Handlungsmuster und Zwänge zu überdenken und gegebenenfalls zu verändern. Dies kann etwa durch eine Modifikation bekannter Tätigkeiten geschehen – statt einem Seidentuch mit Cutta-Technik zu bearbeiten, wird es mit einer Pipette gestaltet; statt der technisch perfektionierbaren Würstli-Technik mit Ton wird eine freie Tonfigur geformt, bei der keine exakte Perfektion möglich ist. Die gestellten Aufgaben verlangen immer wieder Flexibilität und das Finden neuer Lösungsansätze, die möglichst eigenständig erarbeitet werden sollen – zum Beispiel bei der selbständigen Planung und Umsetzung eines gesamten Werkstücks, inklusive Materialwahl und Übertragung.

Die gezielte Auswahl von Materialien, die Widerstand erzeugen (wie Holz, Ton, Stein oder Draht), fördert die Auseinandersetzung mit Frustration, das Aushalten von Unvollkommenheit und die Wahrnehmung eigener Affekte. Insgesamt sollen Eigeninitiative und Autonomie ebenso wie die Körperwahrnehmung gestärkt werden, um eine realistischere Körperwahrnehmung und letztlich eine bessere Körperakzeptanz zu ermöglichen.

Im Rahmen der Konsolidierungsphase bei Anorexia nervosa verfolgt die Ergotherapie spezifische Zielsetzungen, die gezielt auf Selbstkompetenz, soziale Interaktion, Handlungsplanung und den positiven Umgang mit dem Thema Essen ausgerichtet sind. Die Patientin bzw. der Patient soll lernen, eigene Bedürfnisse zu formulieren (z. B. was esse ich gerne oder nicht gerne?), Gefühle differenzierter wahrzunehmen und Verantwortung für Teile eines Menüs zu übernehmen. Soziale Kompetenzen wie Mitverantwortung, Hilfsbereitschaft, die Fähigkeit, Kompromisse einzugehen, und die aktive Teilnahme am Tischgespräch werden gefördert.

Einzeltherapie

Rahmenbedingungen: Die Anmeldung für die Ergotherapie erfolgt durch die/den verantwortliche/n Psychologin/en. Die Einzeltherapie findet 2-3 Mal wöchentlich in den Räumen der Ergotherapie statt.

Gruppentherapie Kochgruppentherapie

Rahmenbedingungen: Voraussetzung ist die Bereitschaft, vom Gekochten am Tisch mit den anderen zu essen. Der genaue Zeitpunkt wird mit der/dem verantwortlichen Psychologin/en abgesprochen.

Die Gruppentherapie findet jeweils montags, von 15.00-18.00 Uhr in der Therapieküche der Ergotherapie statt.

Es handelt sich um eine Gruppe von Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern und Altersgruppen. Die Gruppengrösse ist 2 oder 3 PatientInnen.

11 Schule und Nachmittagsunterricht

ZIELE: Die Beziehungsfähigkeit, die krankheitsbedingt eingeschränkt ist, wieder fördern und aufbauen.

Der Schulbesuch in der Patientenschule ist Teil der Therapie. Erhalt und Wiederaufbau der Normalität sind grundlegende pädagogische Komponenten im Genesungsprozess. Schule im

Spital bietet gewohnte Tagesstrukturen und Normalität. Darum ist die regelmässige und pünktliche Teilnahme am Schulunterricht, sofern dies der Gesundheitszustand erlaubt, äusserst wichtig.

Die pädagogische/heilpädagogische Unterrichtsarbeit ist von fünf zentralen Bereichen geprägt. In der ersten Krankheitsphase wird vor allem auf die sozialen Fähigkeiten und auf die Lebensfreude geachtet. Beide Bereiche sind in der Regel stark eingeschränkt. Deshalb wird die Teilnahme an den heilpädagogischen Kleingruppen als Erstes angestrebt. In einem weiteren Schritt wird der Fokus auf die Schulleistung gelegt. Mit positiv verlaufendem Genesungsprozess verknüpft sich die Patientenschule zunehmend mit der Herkunftsklasse.

Im Schulzimmer haben die Schüler*innen die Möglichkeit, sich auszutauschen, Kontakte zu knüpfen und freundschaftliche Beziehungen zu erleben. Förderung der Sozialkompetenz geschieht ganz besonders in den heilpädagogischen Kleingruppen am Nachmittag. Hier stehen gemeinsame Aktivitäten sowie Partner- und Gruppenspiele im Vordergrund.

12 Allgemeine organisatorische Aspekte

12.1 Fallverantwortung

Die Fallführung der AN Patient:innen liegt in den ersten 7 Behandlungstagen bei der Pädiatrie des KidZ. Ab dem 8. Behandlungstag kann bei somatischer Stabilität die Fallverantwortung zum K+L-Dienst wechseln. Eine Ausnahme ist das Vorliegen schwerer somatischer Komplikationen.

An allen Wochenenden und Feiertagen finden die Visiten auch bei K+L geführten Patienten durch die Pädiatrie statt.

12.2 Rapporte und Fallsupervision

Einmal wöchentlich findet ein interprofessioneller K+L-Rapport mit dem behandelnden Ärzte- und Pflege team, Ernährungsberatung, Physiotherapie, Ergotherapie, Lehrpersonen, Musiktherapie, Seelsorge und bei Bedarf Sozial- und Austrittsberatung statt, in der sich die verschiedenen Disziplinen zu den aktuell behandelten Patient:innen austauschen. Im Rapport werden die nächsten Therapieschwerpunkte festgelegt

Ausserdem besprechen die Therapeut:innen des K+L-Dienstes die Patient:innen in ihrer individuellen Supervision. Die Pflege hat die Möglichkeit, Fälle in ihrer Teamsupervision zu reflektieren. Therapeut:innen der anderen Disziplinen besprechen bei Bedarf die Fälle mit den Fallführenden des K+L-Teams.

13 Zwangsmassnahmen

Zwangsmassnahmen kommen bei Patient:innen mit Anorexia nervosa im KidZ nur in besonders schwerwiegenden Fällen von Nahrungsverweigerung zum Einsatz, wenn eine akute vitale Gefährdung besteht und alle freiwilligen therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden. Sie stellen einen gravierenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Betroffenen dar und sind daher ausschliesslich unter strengen medizinischen, ethischen und rechtlichen

Voraussetzungen zulässig. Ziel der Massnahmen ist der Schutz von Leben und Gesundheit der Patient:in, nicht die Durchsetzung pädagogischer oder disziplinarischer Ziele.

Das detaillierte Vorgehen ist im SOP Zwangsmassnahmen bei Nahrungsverweigerung (KISPIWiki) beschrieben. Dazu zählen die sorgfältige interdisziplinäre Entscheidungsfindung innerhalb weniger Stunden bei akuter Gefährdung, die ärztliche Dokumentation der Indikation und Rechtsgrundlage, die tägliche Reevaluation sowie die umfassende Information der Eltern bzw. Sorgeberechtigten. Jede Massnahme erfolgt nach dem Prinzip der Ultima Ratio, muss verhältnismässig, zeitlich begrenzt und rechtlich abgestützt sein. Die Durchführung erfolgt unter ruhiger, transparenter Kommunikation und unter Beizug erfahrener Pflegekräfte mit Schulung in Deeskalation. Begleitend wird eine psychologische Unterstützung angeboten, um Belastungen und Traumatisierungen zu minimieren. Ziel bleibt stets die rasche Rückkehr zur freiwilligen Mitwirkung an der Behandlung.

14 Übertritt in eine weiterführende Therapiemassnahme nach der Akutbehandlung im KidZ

Der Übertritt in eine weiterführende Therapiemassnahme, sei es ambulant oder stationär, stellt einen wichtigen Schritt im Behandlungsprozess bei AN dar. Ziel der weiterführenden Therapiemassnahmen ist es, die Patient:in in einem längerfristigen Rahmen weiter zu stabilisieren und die Therapie auf eine tiefere Ebene zu lenken.

Es ist wichtig, bereits vor dem Übertritt klare Ziele für die Weiterbehandlung zu formulieren, um diese mit der weiterführenden Therapieeinrichtung bzw. dem ambulanten Therapeuten vorbesprechen zu können.

Zudem muss die Pädiatrie rechtzeitig über den Austritt informiert werden, insbesondere über das somatische Austrittsmanagements (z.B. Ausstellen von Rezepten, Kostengutsprache von Fresubin).

Bei einem Übertritt in eine Klinik oder Einrichtung ausserhalb des Wohnkantons muss eine Kostengutsprache eingeholt werden. Insgesamt muss der Übertritt in eine weiterführende Therapie immer als notwendiger Schritt betrachtet werden, um eine nachhaltige und umfassende Genesung zu ermöglichen. Dabei ist es wichtig, die spezifischen Bedürfnisse und Ziele der Patient:in und ihrer Familie zu berücksichtigen, um den Heilungsprozess effektiv zu unterstützen.

15 (Vorübergehender) Austritt nach Hause

Für die Entlassung aus dem KidZ müssen von somatischer Seite Mindestkriterien erfüllt sein. Diese finden sich im Anhang unter Punkt 16.3. Falls ein direkter Übertritt in eine weiterführende Therapiemassnahme aus Kapazitätsgründen oder auf Wunsch der Familie nicht stattfinden kann, erfolgt der Austritt ins heimische Setting. Mit der Familie wird ein Übergangskonzept besprochen, welches Folgendes vorsieht:

1. Festhalten klarer Ziele für die nächsten Wochen zu Hause
2. Erstellen eines Verstärkerplans für die nächsten Gewichtsziele
3. 1-2x wöchentliches Wiegen beim Kinderarzt
4. Anbindung an ambulante Ernährungsberatung durch K+L Dienst

5. Tägliches Protokollieren des Essverhaltens (Menge feste Nahrung, Menge Fresubin, Dauer, Vermeidungsverhalten und Familienstress)
6. Empfehlung einer therapeutischen App zu Überbrückung
7. 1x wöchentliche Rückmeldung des oben beschriebenen Protokolls an den Behandler:in im KidZ
8. Schulbesuch innerhalb von 3 Tagen nach Austritt für tgl. 2h mit langsamer Steigerung gemäss Verstärkerkonzept (Übergabe durch Spitalschule)

16 Anhang

BEHANDLUNGSVERTRAG

Behandlung auf der kinderpsychosomatischen Abteilung des Kinderspitals Zentralschweiz (KidZ)

Name der Patientin/des Patienten: @Name@

Geburtsdatum @Geburtsdatum@

Eintrittsdatum:

Behandlungsziel

Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung und Stabilisierung der körperlichen Gesundheit sowie die psychotherapeutische Bearbeitung der zugrundeliegenden psychischen Problematik. Insbesondere sollen erreicht werden:

- Erreichen eines medizinisch vertretbaren Gewichts
- Förderung der Krankheitseinsicht
- Normalisierung des Essverhaltens
- Stärkung der emotionalen und sozialen Kompetenzen

Verpflichtungen der Patientin / des Patienten

Die Patient:in verpflichtet sich, aktiv an der Behandlung mitzuwirken und insbesondere:

- an den therapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen teilzunehmen
- sich auf das therapeutische Setting einzulassen
- sich an die gemeinsam vereinbarten Essenspläne zu halten
- die medizinische Überwachung (z. B. Gewichtskontrollen, Laboruntersuchungen) und medizinische Massnahmen (z.B. Sondierung) zu akzeptieren
- sich an die Behandlungs- und Stationsregeln (siehe Anhang) zu halten

Verpflichtungen der Erziehungsberechtigten

Die Eltern/Erziehungsberechtigten verpflichten sich:

- die therapeutischen Massnahmen zu unterstützen
- an Elterngesprächen teilzunehmen
- eine unterstützende Haltung gegenüber der Gewichtszunahme und Verhaltensänderung einzunehmen
- das Behandlungsteam über relevante familiäre Entwicklungen zu informieren
- die Einhaltung der Behandlungs- und Stationsregeln zu unterstützen

Regelung zur Gewichtsentwicklung

In der Regel wird ein wöchentlicher Gewichtsanstieg von ca. 500–700 g angestrebt (je nach Ausgangsgewicht und ärztlicher Einschätzung).

Bei Ausbleiben der Gewichtszunahme trotz adäquater Ernährung oder bei medizinischer Gefährdung kann die Einleitung zusätzlicher Massnahmen notwendig sein, z. B.:

- vorübergehende Einschränkungen von Aktivitäten oder Besuchen
- intensivierete Unterstützung beim Essen (z. B. ernährungstherapeutisch)
- medizinische Zwangsmassnahmen im Rahmen gesetzlicher Vorgaben (ZGB Art. 307 ff)

Medizinische Überwachung

Zur Sicherstellung der körperlichen Stabilität finden regelmässig folgende Kontrollen statt:

- Gewichtskontrollen (anfänglich täglich, bei gutem Verlauf 2×/Woche)
- Puls- und Blutdruckmessung
- Temperaturkontrollen

- Laboruntersuchungen und ggf. EKG

Vertraulichkeit und Informationsaustausch

Das Behandlungsteam unterliegt der Schweigepflicht. Ein Informationsaustausch mit externen Stellen (z. B. Schule, Hausarzt, Psycholog:innen) erfolgt nur mit schriftlicher Einwilligung der Erziehungsberechtigten oder im Rahmen gesetzlicher Vorgaben.

Krisen und Notfälle

Im Falle einer akuten gesundheitlichen oder psychischen Gefährdung behält sich das Behandlungsteam vor, geeignete Massnahmen zum Schutz der Patient:in zu ergreifen, u.a.:

- Überwachung auf der Intensivstation
- Zwangsernährung unter medizinischer Indikation im Rahmen gesetzlicher Vorgaben (ZGB Art. 307 ff.)
- Einleitung von Schutzmassnahmen nach Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESB)

Behandlungsdauer und Entlassungskriterien

Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem individuellen Verlauf. Eine Entlassung ist möglich, wenn:

- ein medizinisch unbedenkliches Gewicht bzw. BMI erreicht ist
- eine ausreichende Krankheitseinsicht und Motivation zur weiteren Behandlung in einem anderen Setting (stationär, teilstationär, ambulant) besteht
- eine stabile Weiterbehandlung gesichert ist

Vertragsdauer und Gültigkeit

Dieser Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft und gilt für die Dauer der aktuellen Behandlung.

Ort / Datum: _____

Unterschriften:

Patientin / Patient:

Erziehungsberechtigte/r 1:

Erziehungsberechtigte/r 2:

K&L Fallverantwortlicher:

Leitung K&L Dienst LUKS/lups:

Anhang: Behandlungs- und Stationsregeln

Mahlzeiten

- Die Essenszeiten sind wie folgt: Frühstück 07.30 Uhr; Mittagessen 11.30 Uhr; Abendessen um 17.30 Uhr.
- Die Mahlzeiten werden mit der Ernährungsberatung (ERB) geplant. Das Frühstück darfst Du selbst zusammenstellen.
- Zusätzlich zu den Hauptmahlzeiten darfst Du 3 Zwischenmahlzeiten auswählen (Znüni, Zvieri und Spätimbiss).
- Du vereinbarst wöchentlich mit der ERB Ziele für Deine Portionsgrössen, die sich am Gewichtsziel von 500 -1000g pro Woche orientieren.
- Die Mahlzeiten werden gemeinsam mit den anderen Patient:innen im Beisein einer Pflegefachperson UND/ODER Therapeutin am Tisch auf der Abteilung eingenommen.
- Die Hauptmahlzeiten dauern 30 Minuten. Für die Zwischenmahlzeit 15 Minuten. Bei Bedarf 10min zum Nachtrinken.
- Bevor Du Dein Tablett abräumst, zeigst Du es der zuständigen Pflegefachperson (es wird ein Essprotokoll geführt).
- Während den Mahlzeiten sind WC-Gänge nicht erlaubt.
- Während den Mahlzeiten wird nicht über das Essen gesprochen.
- Essensreste gehen zurück in die Küche. Im Patientenzimmer werden keine Esswaren geduldet.
- Fettreduzierte Produkte (Light-Produkte) sowie vegane Ernährung werden im KidZ nicht angeboten.

Bettruhe

- Direkt nach den Hauptmahlzeiten machst Du 3x am Tag 30 min Bettruhe, das heisst Du sitzt oder liegst auf Deinem Bett. WC-Gänge sind nach der Mahlzeit und während der Bettruhe nicht erlaubt. Besuche während der Bettruhe sind ebenfalls nicht erlaubt.

Magensonde zur Ernährung

- Wir streben eine Gewichtszunahme von wöchentlich 500g bis 1kg an. Um dieses Ziel zu erreichen, ist manchmal die Ernährung über eine Sonde als Unterstützung unumgänglich.
- Folgende Situationen führen dazu, dass wir Dir Nahrung über eine Sonde geben müssen:
 - Du nimmst mehr als 500g vom Eintrittsgewicht ab UND/ODER
 - Du nimmst über mehr als 5 Tage nicht zu UND/ODER
 - Unsere Kinderärzte erachten es als medizinisch zwingend notwendig.

- Die Sondierung erfolgt während der Hauptmahlzeiten für ca. 30 Min. Auch wenn Du über eine Sonde ernährt wirst, darfst Du bei den Mahlzeiten gemeinsam mit Deinen Mitpatient:innen am Tisch sitzen, danach verbringst Du 1 Stunde im Bett (auch wenn die Sonde noch nicht ganz durchgelaufen ist).
- Wenn Du es Dir zutraust, darfst Du die Sondennahrung auch trinken.

Gewichtskontrollen

- In der ersten Woche wirst du täglich morgens nach dem Toilettengang in Unterwäsche gewogen.
- Sobald Du das bei Eintritt vereinbarte Gewicht erreicht hast, erfolgt die Gewichtskontrolle zweimal wöchentlich.

Bewegung

- Zu Beginn der Hospitalisation darfst Du Dich auf der Abteilung bewegen. Spaziergänge und Sport sind nicht erlaubt.
- In die verschiedenen Therapien wirst Du anfänglich von der Pflege begleitet.
- Spaziergänge können verdient werden (siehe unter 'Vergünstigungen').
- Ausgänge und Urlaube werden ebenfalls bei gutem Therapieverlauf möglich.

Therapieprogramm

- Während Deines Aufenthalts bei uns hast Du nebst regelmässigen Einzelsitzungen bei Deiner/Deinem Psycholog*in wöchentlich auch ein Familiengespräch.
- Daneben bekommst Du Physio- und Ergotherapie im Einzel- und Gruppensetting.
- Die Therapiesitzungen haben oberste Priorität und dürfen nur in begründeten Ausnahmen ausgelassen werden (Schulbesuch ist kein Grund)

Vergünstigungen

- Mit jeder Gewichtszunahme von 500g kannst Du Dir Vergünstigungen aussuchen. Die Vergünstigungen werden gemeinsam mit dem K+L-Team festgelegt. Du kannst zum Beispiel aus folgenden Möglichkeiten auswählen:
 - Besuch Kreativwerkstatt
 - Empfang zusätzlicher Besuche
 - Spaziergänge (z.B. 30 Min. in Begleitung)
 - später auch Ausgang und Urlaube zu Hause
- Sollte Dein Gewicht wieder abnehmen, verlierst Du die verdienten Vergünstigungen bis zum erneuten Erreichen des vereinbarten Gewichts.

Besuche

- Du darfst von Deinen Eltern und Geschwistern täglich max. 90 Min. Besuch haben, am Wochenende max. 3 Std./Tag.

- Pro Woche darfst Du zudem einen weiteren Besuch à 90 Min. (max. zwei Besuchende, wie zum Beispiel Grosseltern, Freunde, Gotte oder Götti) empfangen.
- Zusätzliche Besuche kannst Du Dir in Form von Vergünstigungen verdienen. Bei gutem Therapieverlauf sind bis zu vier weitere Besuche pro Woche möglich (à max. 2 Personen).
- Die Besuche sind ausserhalb der Essens- und Therapiezeiten zu planen, abends bis spätestens um 21.00 Uhr.

Handy/elektronische Medien

- Die Benützung Deines Handys oder anderen internettauglicher Geräte ist täglich
 - mittags für max. 30 Min. (12.00 – 12.30 Uhr)
 - abends für max. zwei Stunden (18.00 – 20.00 Uhr) (für Patient*innen unter 12 Jahren abends max. eine Stunde) erlaubt.
 - Die restliche Zeit musst Du Dein Smartphone abgeben.
- Abends darfst Du mit Deinen Mitpatient:innen einen Film schauen.

16.1 Beispiel einer individuellen Behandlungsvereinbarung

	Allgemein	Individuelle Vereinbarungen
ESSEN	Frühstück Mittagessen Abendessen Znüni Zvieri Spätmahlzeit	¼ Portion noch keines noch keine
ZUSATZNAHRUNG		Sondengrenze bei 31,5kg Patient:in trinkt die gesamte Sondennahrung innerhalb von 30 Min.
TRINKEN		1,5 l/d Trinkprotokoll führen
GEWICHT	Eintrittsgewicht Austrittsgewicht Sondengrenze	32,3kg 36,0kg 31,5kg
GEWICHTSKONTROLLE		täglich bis 34kg 2x wöchentlich ab 34 kg
BETTRUHE	30 min nach Hauptmahlzeiten Keine Bettruhe nach Zwischenmahlzeiten	
VERGÜNSTIGUNGEN		32,3kg Eintrittsgewicht 32,8kg Balkon in Begleitung 33,3kg 30 Min. Spaziergang in Begleitung 34,8kg 90 Min. zusätzlicher Besuch/pro Woche 35,3kg Teilnahme am Bewegungsprogramm Physio

16.2 Beispiel Stufenplan mit Verstärkersystem (für 4 Stufen)

Stufe	Kriterien für Stufenaufstieg	Rechte / Privilegien (Verstärker)
1	Nahrungsaufnahme (angebotene Mahlzeit) nach Plan ($\geq 25\%$) Rest nachgetrunken (Fresubin) ($\geq 80\%$)	Tägliche Besuche der Eltern (90 min) Gruppenangebote (ausser Schule)
2	Regelmässige Nahrungsaufnahme (angebotene Mahlzeit) nach Plan ($\geq 50\%$) Erste Gewichtszunahme Keine kompensatorischen Verhaltensweisen	Besuch einer Freund:in Spaziergang mit Begleitung (30 min)
3	Gewichtszunahme (≥ 500 g/Woche) Keine Essensverweigerung oder Manipulation	Teilnahme Bewegungstherapie (Physio) Spaziergänge mit Familie (1h) Tagesurlaub am Wochenende

16.3 Entlass-Checkliste (Kriterien innerhalb der letzten 24–48 h erfüllt)

Vitalzeichen & Kreislauf

- Ruhepuls $\geq 45/\text{min}$ am Tag (nachts $\geq 40/\text{min}$), keine Synkope/Prä-Synkope
- Blutdruck $\geq 90/60 \text{ mmHg}$
- Orthostase: Pulsanstieg $< 30/\text{min}$ und systolischer Abfall $< 20 \text{ mmHg}$ beim Aufstehen
- Temperatur $\geq 36.0 \text{ }^{\circ}\text{C}$; keine Hypothermie, normale Rekap

Hydration & Ausscheidung

- orale Flüssigkeitsaufnahme $\geq 1 \text{ Liter/Tag}$
- ≥ 3 Miktionen/24 h, Urin hell; keine Ketone, SpG ≤ 1.020
- Kein i. v. Volumenersatz in den letzten 24 h

Labor & EKG (ohne i. v. Korrektur in den letzten 24 h)

- K $\geq 3.5 \text{ mmol/L}$, Phosphat $\geq 1.0 \text{ mmol/L}$, Mg $\geq 0.7 \text{ mmol/L}$, Glukose normal
- Nierenwerte/BSB unauffällig
- QTc $< 460 \text{ ms}$, keine Arrhythmien

Wenn ein oder mehrere Punkte nicht erfüllt: Keine Entlassung möglich!!!

Psychosozial & Sicherheit

- Keine akute Suizidalität/Selbstverletzung; Krisenplan unterschrieben (Pat./Eltern)
- Eltern geschult (Mahlzeitenleitung, Trinkziele, Warnzeichen), einverstanden mit enger Überwachung
- Ärztliche Kontrolle (Hausarzt) aufgegleist: Labor (K, Mg, Phosphat \pm Nüchtern-Glukose) innerhalb 48 h nach Entlassung, dann gemäss Risiko (mind. 2–3×/Woche in den ersten 2 Wochen)
- Psychotherapeutische Weiterbehandlung aufgegleist
- Ernährungsberatung terminiert (wöchentlich)

16.4 Notfallplan

Tägliches Monitoring zu Hause (Eltern)

- Trink- und Ausscheidungsprotokoll führen (Uhrzeit, Menge/Schlucke, Anzahl Wasserlassen, Farbe)
- Puls 2×/Tag im Sitzen 1 Minute zählen (Arterie am Handgelenk; Schulung im KidZ)
- Temperatur 1×/Tag
- Bewegung stark limitieren (kein Sport/Spaziergänge, Treppen nur falls nötig)

Feste Kontaktpunkte

- Kontrolle beim Kinderarzt 48 h nach Entlassung; Labor/EKG je nach Befundlage
- Notfallnummer Kinderspital: 041 205 31 66

Sofort in den Notfall (heute, ohne zu warten)

- Totale oder fast totale Nahrungs-/Flüssigkeitsverweigerung (<20mL/kg/24h)
- Rascher Gewichtsverlust (> 1 kg/Woche)
- Bewusstseinsstörung, Ohnmacht/Synkopen, starker Schwindel beim Aufstehen
- Ruhepuls < 40-45/min
- Körpertemperatur < 35.5 °C, kalte, marmorierte Haut
- Brustschmerz, Palpitationen
- Erbrechen, Blut im Stuhl/Erbrochenen
- < 3x Urinlösen innerhalb 24h, sehr dunkler Urin
- Suizidgedanken / Selbstverletzung oder akute psychische Krise (dann zusätzlich Krisennummern nutzen)
- Fieber, Infektzeichen