Universitäres Lehr- und Forschungsspital

kinderspital zentralschweiz LUZERN

Anorexia nervosa
Interdisziplinäres Behandlungskonzept am Kinderspital Zentralschweiz (KidZ)

18. März 2026

Margarete Bolten (Leitung des Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischen Dienstes der Luzerner Psychiatrie am Kinderspital Zentralschweiz)

Tanja Karen (Oberärztin Pädiatrie)

Petra Zimmermann (Ärztliche Leitung pädiatrische Station))

Andrea Stalder (Leitung Pflege Station)

Anja Koch (Ernährungsberatung)

Irene Zemp (Leitung Ergotherapie)

Manuela Zihlmann (Leitung Physiotherapie)

Nadja Stirnimann PEx1 (Pflege Pädiatrie)

Aline Kiser (Leitung Patientenschule)

Jacqueline Jung, Razia Chaudhry (Musiktherapie)

Inhaltsverzeichnis

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 6
3 Diagnostische Prozesse in der stationären psychosomatischen Akutbehandlung bei Anorexia Nervosa 8
3.1 Diagnostischer Prozess bei Aufnahme 8
4 Behandlung 12
4.1 Struktur der Behandlung 12
4.2 Vorgehen vor der Hospitalisation 13
4.3 Vorgehen in der Aufnahmephase (Tag 1-7) 14
4.4 Vorgehen in der Stabilisierungsphase (Tag 8-32) 14
4.5 Indikation für Sondenernährung 15
5 Somatische Stabilisierung und Überwachung (Aufnahmephase, evtl. auch Stabilisierungsphase) 15
6 Psychotherapie im Rahmen der AN Akutbehandlung 18
6.1 Einzelpsychotherapie 18
6.2 Familienpsychotherapie 19
7 Pflege im Rahmen der AN Akutbehandlung 22
8 Ernährungsberatung im Rahmen der AN Akutbehandlung 22
9 Physiotherapie im Rahmen der AN Akutbehandlung 23
10 Ergotherapie im Rahmen der AN Akutbehandlung 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 Behandlungsvertrag 29
16.2 Behandlungs- und Stationsregeln 31
16.3 Beispiel einer individuellen Behandlungsvereinbarung 33
16.4 Wochenplan 34
16.5 Beispiel Stufenplan mit Verstärkersystem (für 4 Stufen) 35
16.6 Entlass-Checkliste 36

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-11[1] als auch das DSM-5[2] 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.

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.

---

[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.

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 28-32 Tagen ausgelegt ist. Im interdisziplinären Rahmen dieser Behandlung arbeiten alle Fachdisziplinen (Pädiatrie, Psychiatrie, Pflege, Ernährungsberatung, Ergotherapie und Physiotherapie) 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 Behandlungscompliance 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 legt grossen Wert auf eine familienzentrierte Behandlung 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 organsiert 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. 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 vorrangingen 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 **eines oder mehr** der 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 (≈ > 450-460 ms) oder andere EKG-Auffälligkeiten
- Synkopen/Beinahe-Synkopen, Bewusstseinsstörung, Thoraxschmerzen, Palpitationen

Hydration/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, spezifisches Gewicht Urin > 1.020, Ketonurie
- Itractable 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 ohne Hypoglykämiezeichen oder wiederholt < 3.5 mmol/L mit Hypoglykämiezeichen
- 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 therapeutischem 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 und Kapazitäten im KidZ vorhanden sind.

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
- Suchtmittelabhängkeit
- 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 Konsiliar- und Liaisonpsychiatrische Dienst der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Luzerner Psychiatrie am Kinderspital Zentralschweiz mitinvolviert.
- Direkt auf die Station, sofern es sich um einen planbaren Eintritt handelt mit vorliegenden Laborwerten / Vitalwerten und erfolgtem Indikationsgespräch mit dem kinderpsychiatrischen Team. 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**
Pädiatrie	Somatische Fallführung und Überwachung des Allgemeinzustandes	Bestandteil des Kernteams Aufnahmeuntersuchung inkl. Gewicht, Grösse, BMI, Laborwerte, EKG Überwachung von Vitalparametern, Elektrolythaushalt und Stoffwechsel Behandlung von Komplikationen (z. B. Herzrhythmusstörungen, Mangelernährung, Osteoporose) Entscheidung über Ernährungsschemata und ggf. enterale/parenterale Ernährung
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychiatrische Diagnostik, Therapieplanung und Krisenintervention	Bestandteil des Kernteams Erfassung des Essverhaltens und bestehender Ängste/Überzeugungen Psychiatrische Diagnostik (psychische Komorbiditäten wie Depression, Zwangsstörungen, Angststörungen)

		Einzelpsychotherapie zur Motivationsförderung, Emotionsregulation und kognitiver Umstrukturierung Krisenintervention bei Suizidalität oder starker Ablehnung der Ernährungstherapie Psychoedukation für Patient:innen und Eltern Entscheidung über ggf. notwendige psychopharmakologische Behandlung
Pflege	Tägliche Betreuung und Unterstützung der Patient*innen im Stationsalltag	Bestandteil des Kernteams Überwachung der Nahrungsaufnahme, Begleitung während der Mahlzeiten und während der Bettruhe Gewichtskontrollen und Dokumentation des Allgemeinzustandes Unterstützung bei der Körperpflege Beobachtung und Dokumentation von Verhalten Krisenmanagement bei Widerständen gegen die Behandlung Enge Kommunikation mit den anderen Fachdisziplinen
Patientenschule	Täglicher Schulbesuch Tagesstruktur	Beschulung Beobachtung im Schulsetting Milieutherapie Hilfe zur Wiedereingliederung in Herkunftsschule
Ernährungsberatung	Entwicklung eines individuellen Ernährungsplans und Förderung eines gesunden Essverhaltens	Erstellung eines Ernährungsplans mit schrittweiser Kaloriensteigerung Beratung der Patient:in und der Familie zur altersgerechten, ausgewogenen Ernährung Unterstützung der Patient:innen im Umgang mit Angst vor Gewichtszunahme
Physiotherapie	Unterstützung bei der körperlichen Stabilisierung und Verbesserung der Körperwahrnehmung	Entspannungstechniken und Atemwahrnehmungsübungen zur Stressreduktion instruieren und anwenden Kenntnis von der Anatomie und physiologischer Abläufe der Organe vermitteln Körperwahrnehmungsübungen zur Verbesserung des Körperbildes erlernen

		Förderung eines gesunden Körpergefühls durch sanftes, individuelles Bewegungstraining Förderung der Sozialkompetenz durch Teilnahme an Gruppentherapien
Ergotherapie	Förderung der Körperwahrnehmung, Alltagshandlungen und Selbstregulation Stärkung des Selbstbewusstseins	Übungen zur Körperwahrnehmung und Körperbildarbeit Förderung alltagspraktischer Kompetenzen Training von Handlungsplanung und Entscheidungsfähigkeit Arbeit an Selbstwirksamkeit und Motivation im geschützten Setting Förderung von Ressourcen
Musiktherapie	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 Hobbies
Allgemeine klinische Untersuchung	Vitalparameter Körperzusammensetzung (BIA-Messung aktuell nicht möglich) Inspektion Mundhöhle (Zahnstatus, Speicheldrüsen) Inspektion Haut (trockene, schuppende 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-internistsicher 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 (Na, K, Ca, P, Mg) Glukose Leberwerte (ALAT, ASAT, GGT, Gesamt- und direktes Bilirubin, Albumin, Gesamteiweiss)

	Ferritin Amylase, Lipase Nierenwerte (Kreatinin, Harnstoff), Urinstatus Schilddrüsenwerte (TSH, fT4, fT3) und Cortisol Vitamin D, Holotranscolbamin, Thiamin, Folsäure, und Zink Bei männlichem Geschlecht Testosteron Bei Patientinnen mit Amenorrhoe LH/FSH, Prolaktin, hcG IGF-1/IGF-BP3 bei Wachstumsstöungen 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: Psychosomatisches Team***
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, BGA und 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

	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/m^2) kein Refeeding-Syndrom[3] beobachtet.

Orientierung für die Bestimmung des individuellen gesunden Körpergewichts und damit auch das Gewichtsziel für die Entlassung bietet das prämorbide 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.

4.1 Struktur der Behandlung

Aufnahmephase (Tag 1-7)	***Stabilisierungsphase (Tag 8-32)***
Medizinische und psychiatrische Diagnostik Ernährungsaufbau mit engmaschiger Überwachung Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum ärztlichen, Pflege- und Therapeutenteam Motivationsarbeit Psychoedukation für Patient*innen und Eltern Schulbesuch (ab ca. Tag 3)	Strukturiertes Essverhalten mit zunehmender Eigenverantwortung Einbindung körperorientierter Therapien Familiensitzungen zur Unterstützung des Therapieprozesses Entwicklung eines individuellen Nachsorgeplans Förderung der Eigenverantwortung für Ernährung und Emotionen Planung und Triagierung der stationären oder ambulanten Weiterbehandlung Schulbesuch

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

Allgemeine Behandlungsregeln

Regel	***Aufnahmephase (Tag 1-7)***	***Stabilisierungsphase (Tag 8-32)***
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 2Personen / Woche
Schulbesuch	Ab ca. Tag 3 (AD informiert Schule bei Eintritt: Info über Schüler:in X) Idealerweise werden Kontaktinformationen über Herkunftsschule bereits im ambulanten Vorgespräch durch das psychosomatische Team eingeholt (bei Notfalleintritten nicht möglich)	
Medien	Medienzeit (Musik, Soziale Medien, Whatsapp etc.): 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	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. 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.	
Ruhepausen	Jeweils 30 min nach den Hauptmahlzeiten findet eine Bettruhe statt.	
Gewichtszunahme	Angestrebte Gewichtszunahme mind. 500g-1000g/Woche Gewichtskontrollen 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.

4.2 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.

4.3 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, Falls nicht vorliegend: Schulkontakt Anmeldung Therapien (Physio, Ergo, ERB) & Schule 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 Vergünstigungs-plan und Austrittsgewicht (Familiensetting) nach ca. 1 Woche

4.4 Vorgehen in der Stabilisierungsphase (Tag 8-32)

	Tag 8	**Tag 9**	**Tag 10**	**Tag 11**	**Tag 12**	**Tag 13**	**Tag 14…..32**
K+L	Ernährungsplan für die Woche (erstellt durch ERB) besprechen 3-4x/Woche Psychotherapie Teambesprechungen/Interdisziplinärer Austausch						Kernteam-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 (je nach Verlauf täglich oder 2x/Woche)
ERB	Essbestellung und Erstellen Ernährungsplan inkl. Nachtrink- und bei Bedarf Sondenschema Psychoedukation der Patient:in/Familie
Programm/Aktivitäten	Essen mit Mitpatient:innen nach festgelegtem Essensplan Bettruhe nach Mahlzeiten Zimmerruhe/ Aktivitäten auf Station 2-3x/Woche Physiotherapie im Einzelsetting und 2x Gruppe (falls möglich) 2-3x/Woche Ergotherapie im Einzelsetting und Gruppe (falls möglich) Schulbesuch bei somatischer und psychischer Stabilität nach Ermessen möglich
Besuche	Familie täglich 90min, am WE 3h 1x90min à 2Personen / Woche

4.5 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:

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

5 Somatische Stabilisierung und Überwachung (Aufnahmephase, evtl. auch Stabilisierungsphase)

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 initial auf 40 setzen, schrittweise bei Unterschreitung auf 35 und dann 30 setzen, EKG tagsüber nur bei spezifischer Indikation (z.B. Herzfrequenz tagsüber < 40 oder Bettruhe mit Sedation)
- Herzfrequenz: 1x/Schicht, Blutdruck 2x/Tag, kann im Verlauf bei Stabilisierung gestreckt werden
- Temperatur 1x/Tag
- Körpergewicht (täglich, zur selben Uhrzeit, unter standardisierten Bedingungen)

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 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**),** solange im Nahrungsaufbau
Woche 2	Alle 2-3 Tage je nach Stabilität
Ab Woche 3	1x/Woche je nach Stabilität

Vorgehen Realimentation

Cave! Wenn das Risiko eines Refeeding Syndroms besteht, muss die Realimentation immer in enger Zusammenarbeit mit dem Team der Ernährungsberatung erfolgen. An Tag 1 soll für 3 Tage Benerva und für 10 Tage Supradyn Brausetabletten verordnet werden.

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

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

<u>Indikation für die Überwachung/Behandlung auf der Intensivstation</u>

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 Notwendigkeit einer 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 Akutbehandlung

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 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 zu 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 Schuldzuweisungen 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 Musiktherapie im Rahmen der AN Akutbehandlung

ZIELE: Die Patient:innen lernen Musik als nonverbales Ausdrucksmedium kennen und nutzen, um innere Anspannungen und emotionale Belastungen wahrzunehmen, auszudrücken und zu regulieren. Der musikalische Ausdruck lässt starre Denk- und Verhaltensmuster erkennen und im besten Fall durchbrechen.

Inhalte der Musiktherapie:

- **Verbesserung der Körperwahrnehmung:** Anorexie-Patient:innen leiden häufig unter einer Körperschema-Störung. Durch gezielte musiktherapeutische Interventionen verbessern sie ihre Körperwahrnehmung und entwickeln über musikalische und rhythmische Erfahrungen einen neuen Zugang zum eigenen Körperempfinden. Dabei lernen sie, körperliche Empfindungen bewusster wahrzunehmen und wertfrei zu beschreiben.
- **Reduktion von Angst vor Mahlzeiten:** Ein kritischer Moment in der stationären Behandlung ist die Zeit nach dem Essen. Studien zeigen, dass Musiktherapie (z. B. Gruppensingen) die Angst nach den Mahlzeiten signifikant reduzieren kann. Sie dient als gesunde Ablenkung von zwanghaften Gedanken rund um das Essen. Die Patient:innen erleben Musik als unterstützendes Element zur Reduktion von Anspannung, Ängste und belastenden Gedanken, insbesondere im Zusammenhang mit Mahlzeiten und der Zeit danach.
- **Emotionsregulation:** Viele Betroffene haben Schwierigkeiten, Emotionen wie Angst oder Wut zu identifizieren oder konstruktiv zu verarbeiten. Musik dient als Brücke zum inneren Erleben und erlaubt es, Gefühle auszudrücken, für die Worte fehlen. Sie hilft dabei, Emotionen zu regulieren und emotionale Blockaden zu lösen. Die Patient:innen stärken ihr Selbstwertgefühl, ihre Selbstwirksamkeit und ihre Kreativität durch aktives Musizieren und Improvisieren. Sie erleben einen leistungsfreien Raum, in dem Ausdruck und persönliche Erfahrung im Vordergrund stehen.
- **Therapeutische Beziehungsgestaltung:** Die Patient:innen erleben über musikalische Interaktion Beziehung und Resonanz und reflektieren eigene Beziehungsmuster im Kontakt mit anderen. Sie lernen, Nähe und Distanz wahrzunehmen und eigene Grenzen zu setzen.
- **Stärkung des Selbstwertgefühls und der Autonomie:** Aktives Musizieren und Improvisieren fördert die Selbstakzeptanz und das Selbstvertrauen. Es gibt den Patient:innen einen Raum für kreativen Ausdruck und Autonomie, in dem es kein "Richtig" oder "Falsch" gibt – ein wichtiger Gegenpol zum Perfektionismus. Dadurch können Erfahrungen von Selbstwirksamkeit, Kreativität und Eigenwahrnehmung gefördert werden.

Methoden der Musiktherapie

In der Musiktherapie kommen verschiedene musiktherapeutische Methoden zum Einsatz:

- **Therapeutische Beziehungsgestaltung in Form von Vertrauensaufbau:** Ein stabiles Beziehungsangebot fördert das Kohärenzgefühl und bietet eine solide Basis für weitere therapeutische Prozesse. Die musikalische Interaktion bietet den Patient:innen die Möglichkeit, Beziehungsgestaltung auf nonverbaler Ebene zu erleben und zu reflektieren. Im gemeinsamen Musizieren werden Themen wie Nähe und Distanz, Ausdruck, Resonanz, Führung und Anpassung erfahrbar. Die Patient:innen lernen, eigene Impulse wahrzunehmen, in Kontakt mit anderen zu treten und Beziehungsmuster im geschützten therapeutischen Rahmen zu erkennen und zu reflektieren.
- **Freie oder themenzentrierte Improvisation:** Musikalische Darstellung in freier Form oder zu einem gegebenen Thema.
- **Körperzentrierter Fokus:** Entspannungsübungen, geführte Körperreisen, PMR (Progressive Muscle Relaxation nach Jacobson) fördern die Körperwahrnehmung.
- **Motivierende Gesprächsführung (MI) nach Rollnick & Miller:** Diese Gesprächstechnik ist ein direktiver Beratungsansatz, um die innere Motivation für eine Verhaltensänderung zu wecken. Sie hilft den Patient:innen, ihre eigene Ambivalenz zu überwinden und Veränderungssprache (Change Talk) zu entwickeln.

Rahmenbedingungen:

Die Anmeldung für die Musiktherapie erfolgt durch das somatische Team. Die Einzeltherapie findet im Raum der Musiktherapie statt. Zusätzlich wird ein offenes Musizieren geplant, das für alle zugänglich ist (Patient:innen, Besucher:innen, Ärzte, Pflegefachpersonal usw.)

8 Pflege im Rahmen der AN Akutbehandlung

ZIELE: Ein primäres Ziel der pflegerischen Unterstützung ist es, die Patient:innen während der oft schwierigen Genesungsphase zu stabilisieren, sowohl körperlich als auch psychisch. Pflegefachpersonen 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 Pflegefachpersonen 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 Pflegefachpersonen 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. Pflegefachpersonen 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:** Pflegefachpersonen sind die ersten Ansprechpartner:innen 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. Pflegefachpersonen arbeiten mit den Patient:innen daran, dass diese zunehmend Verantwortung für ihre Behandlung übernehmen und sich aktiv in den Heilungsprozess einbringen.

9 Ernährungsberatung im Rahmen der AN Akutbehandlung

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, wenn Urlaube oder der Austritt bevorsteht, auch die Unterstützung der Eltern und anderer Familienmitglieder, um gesunde Essgewohnheiten zu fördern und bei der Durchführung des Ernährungsplans zuhause zu helfen.

10 Physiotherapie im Rahmen der AN Akutbehandlung

ZIELE:

- Die Patient:innen lernen in der Physiotherapie Entspannungs- und Atemtechniken zur Selbstregulation bei körperlicher Unruhe, Anspannung oder Angst

- Die Patient:innen erwerben ein Grundverständnis ausgewählter anatomischer und physiologischer Abläufe im Körper (z. B. Atmung, Herz-Kreislauf, Verdauung) und verstehen, warum dieser Nahrung benötigt.

- Die Patient:innen verbessern ihre Körperwahrnehmung und lernen, körperliche Empfindungen wertfrei zu beschreiben.

- Die Patient:innen nehmen, sofern ihr Allgemeinzustand dies zulässt, regelmässig an einem sanften, symptomangepassten Bewegungstraining teil und können dabei eigene Belastungsgrenzen wahrnehmen, benennen und einhalten, ohne leistungsorientiertes oder kompensatorisches Bewegungsverhalten zu zeigen.

- In der Gruppentherapie üben sich die Patient:innen in sozialer Interaktion, lernen eigene Bedürfnisse und Emotionen in einer Kleingruppe zu formulieren, Kompromisse einzugehen und können am Modell lernen.

Methoden und Mittel der Physiotherapie

Erlernen von Atem- und Entspannungstechniken: Entspannungs- und Atemtechniken sind ein wichtiger Bestandteil der physiotherapeutischen Behandlung bei Anorexia nervosa. Sie unterstützen die Patient:innen dabei, Stress, innere Unruhe und körperliche Anspannung zu reduzieren. Durch gezielte Atemwahrnehmungsübungen lernen die Patient:innen, den eigenen Atem bewusst wahrzunehmen und als regulierendes Element zu nutzen.

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.

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.

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.

Gruppentherapie: In der Gruppentherapie üben sich die Patient:innen in sozialer Interaktion, lernen eigene Bedürfnisse und Emotionen in einer Kleingruppe zu formulieren, Kompromisse einzugehen und können am Modell lernen.

Rahmenbedingungen

Die Anmeldung für die Physiotherapie erfolgt durch das somatische Team am Eintrittstag. Die Einzeltherapie findet 2-3 Mal wöchentlich in den Räumen der Physiotherapie statt. Patient:innen die nicht am Gruppenprogramm teilnehmen können, erhalten 3x Therapie pro Woche.

Die Anmeldung für die Gruppentherapie wird nach mündlicher Absprache am Dienstagsrapport mit dem Kernteam schriftlich im Epic verordnet. Die Gruppentherapie findet garantiert 2x pro Woche statt, davon 1x Bewegungsgruppe und 1x Körperwahrnehmungsgruppe.

11 Ergotherapie im Rahmen der AN Akutbehandlung

ZIELE

Die Ergotherapie stärkt die Patientin/den Patienten in ihrer/seiner Selbstwahrnehmung und unterstützt sie im Wiedererlangen der Handlungsfähigkeit.

Die Patientin/der Patient hat Erfolgserlebnisse, erkennt eigene Ressourcen und kann daraus für den Genesungsprozess Stärke und Selbstbewusstsein gewinnen.

Die Patientin/der Patient kennt verschiedene Emotionen, kann diese wahrnehmen und mit gestalterischen und ausdrucksorientierten Mitteln zum Ausdruck bringen.

Mit gezielter Arbeit an der Körperwahrnehmung fördert die Ergotherapie eine positive Beziehung zum eigenen Körper, damit eigene Bedürfnisse wahrgenommen werden können.

Emotionale, soziale und kognitive Fähigkeiten werden gefördert, damit die Lebensqualität gesteigert und eine selbständigere Alltagsgestaltung gelingt, was wiederum für eine langfristige Genesung notwendig ist.

Lässt es der Genesungsprozess zu, besteht auch die Möglichkeit, gemeinsam Essen zu zu bereiten und somit das Kochen und Backen wie auch das gemeinsame Essen am Tisch wieder als einen ganzheitlichen, lustvollen Prozess zu erleben.

Methoden und Mittel der Ergotherapie

Die Auswahl der Mittel und Methoden erfolgt bewusst so, dass die Patientin/der Patient 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 Perfektion möglich ist.

Die Patientin/der Patient arbeitet wenn möglich, an einem selbstgewählten Projekt, welches sie/er möglichst selbständig plant und umsetzt. Diese Aufgaben verlangen immer wieder Flexibilität und das Finden neuer Lösungsansätze, die möglichst eigenständig erarbeitet werden sollen.

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.

In der Gruppentherapie übt sich der/die Patient:in in sozialer Interaktion, lernt eigene Bedürfnisse und Emotionen in einer Kleingruppe zu formulieren, Kompromisse einzugehen und kann am Modell lernen.

Rahmenbedingungen

Die Anmeldung für die Ergotherapie erfolgt durch das somatische Team am Eintrittstag. Die Einzeltherapie findet 2-3 Mal wöchentlich in den Räumen der Ergotherapie statt.

Die Ergotherapeutin entscheidet gemeinsam mit dem Kernteam am Rapport, ob Essenszubereitung möglich ist und ob der/die Patient:in zusätzlich in eine Gruppentherapie integriert wird. Es kann sich um eine Gruppe von Patienten mit unterschiedlichen Krankrankheitsbildern und Altersgruppen handeln. Die Gruppe besteht aus 2 oder 3 PatientInnen.

12 Schule und Nachmittagsunterricht

ZIELE: Die Beziehungsfähigkeit, wenn krankheitsbedingt eingeschränkt, wieder fördern und aufbauen. In die Zukunft schauen und Anschluss an Herkunftsschule sichern.

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 Unterrichtsarbeit ist von fünf zentralen Bereichen geprägt. Von Anfang an fokussieren die Pädagoginnen der Patientienschule sowohl auf die sozialen Fähigkeiten und die Lebensfreude als auch auf die Schulleistung. Im Verlauf nimmt die Patientenschule Kontakt mit der Herkunftsklasse auf und unterstützt und begleitet die Schüler:innen im Prozess der Wiedereingliederung.

Im Schulzimmer haben die Schüler*innen die Möglichkeit, sich auszutauschen, Kontakte zu knüpfen und freundschaftliche Beziehungen zu erleben. Förderung der Sozialkompetenz geschieht ganz während aller Unterrichtseinheiten, besonders aber im Nachmittagsunterricht. Hier stehen gemeinsame Aktivitäten sowie Partner- und Gruppenspiele im Vordergrund.

13 Allgemeine organisatorische Aspekte

13.1 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.

13.2 Rapporte und Fallsupervision

Einmal wöchentlich findet ein interprofessioneller K+L-Rapport mit dem behandelnden Ärzte- und Pflegeteam, 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.

14 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 Pflegefachpersonen 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.

15 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 Austrittsmanagement (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.

16 (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:

- Festhalten klarer Ziele für die nächsten Wochen zu Hause
- Erstellen eines Verstärkerplans für die nächsten Gewichtsziele
- 1-2x wöchentliches Wiegen beim Kinderarzt
- Anbindung an ambulante Ernährungsberatung durch K+L Dienst
- Tägliches Protokollieren des Essverhaltens (Menge feste Nahrung, Menge Fresubin, Dauer, Vermeidungsverhalten und Familienstress)
- Empfehlung einer therapeutischen App zu Überbrückung
- 1x wöchentliche Rückmeldung des oben beschriebenen Protokolls an den Behandler:in im KidZ
- Schulbesuch innerhalb von 3 Tagen nach Austritt für tgl. 2h mit langsamer Steigerung gemäss Verstärkerkonzept (Übergabe durch Spitalschule)

17 Anhang

17.1 Behandlungsvertrag

Behandlung auf der kinderpsychosomatischen Abteilung des Kinderspital 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. 500–1000 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
- intensivierte 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:

_____

Fallverantwortlicher Psychosomatik:

_____

Leitung Psychosomatik LUKS/lups:

_____

17.2 Behandlungs- und Stationsregeln

Mahlzeiten

- Die Essenszeiten sind wie folgt: Frühstück 07.45 Uhr; Mittagessen 11.45 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:
- 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.

17.3 Beispiel einer individuellen Behandlungsvereinbarung

	Allgemein	**Individuelle Vereinbarungen**
ESSEN	Frühstück Mittagessen Abendessen Znüni Zvieri Spätmahlzeit	 1/2 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

17.4 Wochenplan

Datum							
Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7:00 - 7:45	Aufstehen und Morgentoilette / 7:45 bereit für Frühstück						
7:45 - 8:15	Frühstück, inkl. kurze Tagesbesprechung						
8:15- 08:30						Aufstehen / Morgentoilette	
8:30 - 9:00						Frühstück, inkl. kurzeTagesbesprechung	
9:00 - 9:30							
9:30 - 10:00							
10:00 - 10:30							
10:30 - 11:00							
11:00 - 11:45							
11:45 - 12:15	Mittagessen						
12:15 - 12:45	Siesta & / oder Medienzeit						
12:45 - 13:00							
13:00 - 13:30	Aladdin-Stiftung 13.00 - 15.00						
13:30 - 14:00			K&L Gruppe 13.45 - 14.45				
14:00 - 14:30							
14:30 - 15:00							
15:00 - 15:30		Bettwäsche wechseln					
15:30 - 16:00					Zimmer aufräumen		
16:00 - 16:30							
16:30 - 17:00							
17:00 - 17:30							
17:30 - 18:00	Abendessen						
18:00 - 18:30	Medienzeit (für Jugendliche von 12 - 16 Jahren)						
18:30 - 19:00							
19:00 - 19:30							
19:30 - 20:00							
20:00 - 20:30							
20:30 - 21:00							
21:00 - 21:30							
21:30 - 22:00							
22:00 - 22:30	Nachtruhe						
22:30 - 23:00							
23:00 - 23:30							
23:30 - 24:00							

17.5 Beispiel Stufenplan mit Verstärkersystem (für 4 Stufen)

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

17.6 Entlass-Checkliste

(Alle Kriterien müssen innerhalb der letzten 24–48 h erfüllt sein)

1 Vitalzeichen & Kreislauf

☐ Ruhepuls tagsüber ≥ 45/min, nachts ≥ 40/min
☐ Keine Synkope oder Prä-Synkope
☐ Blutdruck ≥ 90/60 mmHg
☐ Orthostase unauffällig
☐ Pulsanstieg < 30/min
☐ systolischer RR-Abfall < 20 mmHg
☐ Körpertemperatur ≥ 36.0 °C
☐ Keine Hypothermie, normale Rekapillarisationszeit

2 Hydration & Ausscheidung

☐ Orale Flüssigkeitsaufnahme ≥ 1 Liter/Tag
☐ ≥ 3 Miktionen/24 h, Urin hell
☐ Keine Ketone im Urin
☐ Spezifisches Gewicht ≤ 1.020
☐ Kein i. v. Volumenersatz in den letzten 24 h

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

☐ Kalium ≥ 3.5 mmol/L
☐ Phosphat ≥ 1.0 mmol/L
☐ Magnesium ≥ 0.7 mmol/L
☐ Glukose im Normbereich
☐ Nierenwerte und BSB unauffällig
☐ QTc < 460 ms
☐ Keine Arrhythmien

⚠ Wenn ein oder mehrere Punkte nicht erfüllt sind → KEINE ENTLASSUNG möglich! ⚠

4 Psychosozial & Sicherheit

☐ Eltern mit Entlassung und Überwachung zu Hause einverstanden und geschult (Mahlzeitenbegleitung; Trinkziele; Warnzeichen)
☐ Keine akute Suizidalität oder Selbstverletzung
☐ Krisenplan unterschrieben (Patient:in / Eltern)
☐ Psychotherapeutische Weiterbehandlung aufgegleist
☐ Ernährungsberatung ambulant terminiert (wöchentlich)
☐ Ärztliche Nachkontrolle organisiert (Hausarzt):

Notfallplan

🏠 Tägliches Monitoring zu Hause (Eltern)

☐ Trink- und Ausscheidungsprotokoll (Uhrzeit, Menge/Schlucke, Anzahl Miktionen, Urinfarbe)
☐ Puls 2×/Tag im Sitzen, 1 Minute zählen: ≥ 40/min
☐ Temperatur 1×/Tag: ≥ 36.0 °C
☐ Bewegung stark limitiert
☐ Kein Sport
☐ Keine Spaziergänge
☐ Treppen nur wenn nötig

📞 Feste Kontaktpunkte

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

🚨 Sofort in den Notfall (heute, nicht abwarten!), bei:

☐ Totale oder fast totale Nahrungs-/Flüssigkeitsverweigerung (< 20 mL/kg/24 h)
☐ Rascher Gewichtsverlust (> 1 kg/Woche)
☐ Bewusstseinsstörung, Ohnmacht, Synkopen
☐ Starker Schwindel beim Aufstehen
☐ Ruhepuls < 40/min
☐ Körpertemperatur < 35.5 °C, kalte/marmorierte Haut
☐ Brustschmerzen oder Palpitationen
☐ Erbrechen oder Blut im Stuhl/Erbrochenen
☐ < 3× Urin in 24 h oder sehr dunkler Urin
☐ Suizidgedanken, Selbstverletzung, akute psychische Krise
☐ Fieber oder Infektzeichen