

Anorexia nervosa

Interdisziplinäres Behandlungskonzept im Kinderspital Luzern

Inhaltsverzeichnis

1	Theoretischer Teil	4
1.1	Indikation für eine stationäre Therapie	4
1.2	Kontraindikation für eine stationäre Therapie	4
1.3	Ziele der stationären Therapie	4
1.4	Grundsätzliches zum BMI (Body-Mass-Index) und zum Gewicht	4
1.5	Prinzipien der Therapie	5
1.6	Parameter für Fortschritte	5
1.7	Therapeutische Angebote im Kinderspital Luzern	6
1.8	Prinzipien der Team-Kooperation	6
2	Phasen der stationären Therapie	6
2.1	Praktisches Vorgehen vor der Hospitalisation	6
2.2	Phase der Beobachtung	7
2.2.1	Ziele	7
2.2.2	Allgemeine Regeln	7
2.2.3	Therapien	7
2.2.4	Standortgespräch am Ende der Beobachtungsphase	8
2.2.5	Wochenplan Beobachtungsphase (allgemeine Übersicht)	8
2.2.6	Wochenplan Beobachtungsphase (Übersicht nach Disziplinen)	8
2.3	Phase der Wende	9
2.3.1	Ziele	9
2.3.2	Anorektisches Paradox	9
2.3.3	Indikation für Sondenernährung	9
2.3.4	Allgemeine Regeln	10
2.3.5	Vergünstigungen	10
2.3.6	Therapien	10
2.4	Phase des Aufbaus	10
2.4.1	Ziele	10
2.4.2	Therapien	10
2.5	Phase der Aussenorientierung und des Austritts	10
2.5.1	Ziele	10
2.5.2	Therapien	11
2.5.3	Urlaubstage/Belastungsproben im Alltag	11
2.5.4	Vorgehen bei Austritt nach Hause	11
2.5.5	Vorgehen bei Übertritt in eine andere Institution	11
2.6	Phase der ambulanten Weiterbehandlung	11
2.6.1	Ziele	11
2.7	Überblick Therapiephasen	13
3	Zu den einzelnen Therapien	14
3.1	Somatische Abklärung	14

3.1.1	Erfassen vitaler Störungen und Komplikationen	14
3.1.2	Ausschluss von nicht psychiatrischen Grunderkrankungen (Differentialdiagnose)	14
3.1.3	Untersuchungen bei allen Anorexie-Patient*innen	14
3.1.4	Weiterführende Untersuchungen bei entsprechenden klinischen Hinweisen	14
3.1.5	Refeeding Syndrom	15
3.2	Psychotherapie	15
3.2.1	Einzelpsychotherapie	15
3.2.2	Familiengespräche in wechselndem Setting	16
3.2.3	Gruppenpsychotherapie (K+L-Gruppe)	17
3.3	Pflege	18
3.3.1	Allgemeine Regeln	18
3.3.2	Schwerpunkte in den verschiedenen Behandlungsphasen	18
3.4	Physiotherapie	19
3.4.1	Einzeltherapie – Schwerpunkte in den Behandlungsphasen	19
3.4.2	Gruppentherapien	19
3.5	Ergotherapie	20
3.5.1	Einzeltherapie - Schwerpunkte in den Behandlungsphasen	20
3.5.2	Gruppentherapien	21
3.6	Schule und Heilpädagogik	22
3.6.1	Einleitung	22
3.6.2	Behandlungsschwerpunkte	22
3.7	Ernährungsberatung	23
3.7.1	Allgemeine Richtlinien	23
3.7.2	Ziele	23
3.7.3	Schwerpunkte in den verschiedenen Behandlungsphasen	24
3.8	Seelsorge	24
3.9	Musik-/Kunsttherapie	24
3.10	Allgemein organisatorische Aspekte	24
3.10.1	Wöchentliche Rapporte	24
3.10.2	Fallverantwortung	25
3.10.3	Supervision	25
4	Anhang	26
4.1	Information und Regeln für Anorexie-Patient*innen	26
4.2	Beispiel einer individuellen Behandlungsvereinbarung	28

1 Theoretischer Teil

1.1 Indikation für eine stationäre Therapie

- Unklare psychiatrische und somatische Diagnostik
- Sehr tiefer BMI (weit unter der 3. Altersperzentile)
- Rasche Gewichtsabnahme
- Bedrohliche somatische Situation
- Komorbidität: Depression, latente Suizidalität, Zwänge u.a.
- Erschöpfung des familiären Systems und des/der Patient*innen
- Fehlende Fortschritte in der ambulanten Therapie

Die Hospitalisierung darf weder Strafaktion noch pädagogische Massnahme sein. Sie ist eine somatisch und/oder psychiatrisch begründete Therapiemassnahme.

1.2 Kontraindikation für eine stationäre Therapie

Akut selbst- oder fremdgefährdende, verwahrloste, suchtmittelabhängige oder akut psychotische Kinder und Jugendliche, die einen geschlossenen therapeutischen Rahmen benötigen, können nicht im Kinderspital hospitalisiert werden.

1.3 Ziele der stationären Therapie

- Behandlung der somatischen Folgeerscheinungen des Untergewichts
- Normalisierung des Essverhaltens und Stabilisierung des Gewichts
- Gewichtszunahme bis zu einem Wert, mit dem der/die Patient*in in ein ambulantes Setting wechseln kann (Austrittsgewicht in der Regel mind. BMI P 3 – 10)
- Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und Reduktion der psychiatrischen Begleitsymptomatik wie Depressivität, eingeengtes Denken auf das Thema Essen, Zwanghaftigkeit und Rigidität sowie Wahrnehmungsverzerrung
- Copingstrategien im Umgang mit verschiedenen Belastungssituationen entwickeln und Förderung von funktionalerem Umgang mit Konflikten
- Neue Verhaltensmuster einüben, Hilfe zur Selbsthilfe, Motivierung zu Wachstum und Entwicklung aller Beteiligten
- Förderung der sozialen Kompetenzen und Unterstützung der sozialen Reintegration in die Peergruppe sowie in das schulische Umfeld
- Die Gewichtsveränderung ist nur ein Teilaspekt der Behandlung. Mindestens so wichtig sind veränderte Selbstwahrnehmung, verbessertes Copingpotential, anstossen der Autonomieentwicklung, Beruhigung der sozialen Situation usw.

1.4 Grundsätzliches zum BMI (Body-Mass-Index) und zum Gewicht

- Der BMI verändert sich im Laufe der Kindheit, daher wird die BMI-Altersperzentile bestimmt.
- Untergewicht bedeutet nicht automatisch Anorexie.

- Es gibt normale tägliche Gewichtsschwankungen. Ein einzelner tiefer bzw. hoher Wert bedeutet noch keine Gewichtsab- oder -zunahme. Der Gewichtsverlauf über mehrere Wochen ist massgebend.

1.5 Prinzipien der Therapie

- Der Fokus der Therapie liegt im Hier und Jetzt sowie in der Zukunft. Die Vergangenheit wird soweit einbezogen, als sie Fortschritte verhindert.
- Die Einzeltherapie besteht aus verhaltens-, psychodynamisch und systemisch ausgerichteten Elementen sowie Psychoedukation:
 - Durch verhaltenstherapeutische Anteile sollen dysfunktionale Schemata bezüglich Gewicht, Körperform und Ernährung korrigiert werden.
 - Psychoedukation zielt auf Vermittlung von normalem Essverhalten und Umgang mit der Angst der Patient*innen vor einer übermässigen Gewichtszunahme.
 - Psychodynamische Elemente fokussieren die Bedeutung der Symptomatik auf dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte sowie der aktuellen Situation.
- Es soll ein breiteres Affektspektrum ermöglicht werden.
- Ressourcen und Stärken werden positiv konnotiert.
- Die Anorexie verstehen wir als Ausdruck von Autonomiebestreben innerhalb des familiären Systems. Daher sollen die Patient*innen in ausreichendem Masse das Gefühl von Kontrolle und Autonomie bewahren können.
- Die Essstörung verstehen wir als ein Versuch zur Lösung dysfunktionaler familiärer Muster. Daher erachten wir die familientherapeutische Arbeit als sehr wichtig. Es sollen dysfunktionale Interaktionen aufgelöst werden, die Beeinträchtigung der Beziehung durch die Essstörung reduziert und die elterliche Hilflosigkeit überwunden werden.
- Die Eltern sollen in der Verantwortung belassen werden, wir handeln nur im Auftrag der Eltern.
- Der Schwerpunkt liegt auf der familientherapeutischen Arbeit. Kooperative, lösungsorientierte und ehrliche Kommunikation ist die Basis der Zusammenarbeit.
- Die stationäre Behandlung ist nur eine Etappe in der gesamten Therapie der Anorexie. Nach einer Hospitalisationsdauer von ca. 3 Monaten muss bei Stagnation eine neue stationäre Lösung angestrebt werden (z.B. JPS).
- Nach 4 – 6 Wochen soll ein behandlungsleitendes Standortgespräch stattfinden, bei dem bei schwierigem Verlauf bereits weiterführende Behandlungsoptionen geprüft und entsprechende Vorgespräche organisiert werden sollen (z.B. JPS).

1.6 Parameter für Fortschritte

- Angst vor Veränderung und Kontrollverlust nimmt ab.
- Angst vor Gewichtszunahme und vor dem Essen wird kleiner.
- Veränderung im Essverhalten (grösseres Nahrungsmittelspektrum, grössere Mengen)
- Beginnende Krankheitseinsicht
- Gewichtszunahme
- Normales pubertäres Verhalten wie Aufbegehren, Auseinandersetzungen, Opposition
- Soziale Kompetenzen nehmen zu. Die Integration in die Gruppe auf der Abteilung gelingt.
- Belastbarkeit nimmt zu.
- Depressivität nimmt ab.

- Auseinandersetzungen in der Familie über andere Themen als die Krankheit sind möglich.
- Flexibilität nimmt zu.
- Konfliktfähigkeit und Copingpotential nehmen zu.

1.7 Therapeutische Angebote im Kinderspital Luzern

- Pflege, Alltagsgestaltung
- Psychotherapie (Einzel- und Familientherapie)
- K+L-Gruppentherapie
- Psychopharmakotherapie
- Ergotherapie einzeln
- Physiotherapie einzeln
- Turngruppe, Schwimmgruppe, Kochgruppe
- Schule, Heilpädagogik
- Ernährungsberatung
- Pädiatrische Betreuung
- Seelsorge
- Musik- und Kunsttherapie (im Aufbau)

1.8 Prinzipien der Team-Kooperation

- Therapie und Fortschritt sind das Produkt der Bemühungen und Interventionen aller Beteiligten.
- Interdisziplinarität, Komplementarität, Unité de doctrine und „Einheit in der Vielfalt“ sind Grundlagen der Kooperation.
- Fachliche Meinungsverschiedenheiten werden ausgesprochen und gelöst.
- Persönliche Spannungen verhindern Fortschritte. Sie werden deshalb mit Sorgfalt und in gegenseitigem Respekt geklärt.
- Abmachungen sind für alle Beteiligten verbindlich.
- Misserfolge und Rückschritte werden Umständen und nicht einzelnen Personen zugeschrieben.

2 Phasen der stationären Therapie

2.1 Praktisches Vorgehen vor der Hospitalisation

- Vor der stationären Aufnahme findet ein ambulantes Vorgespräch (Indikationsgespräch) statt. Dabei sollen der/die Patient*innen und die Eltern über unser Behandlungskonzept informiert werden. Eine Aufnahme ins Behandlungsprogramm erfolgt idealerweise nur bei ausreichender Motivation sowohl der Patient*in als auch der Eltern. Eine Aufnahme ohne Vorgespräch soll nur in Ausnahmefällen bei erheblicher Dringlichkeit erfolgen.
- Bei klarer Hospitalisationsindikation möglichst rascher Spitaleintritt
- Informationen und Berichte einholen

2.2 Phase der Beobachtung

2.2.1 Ziele

- Somatische und psychiatrische Abklärung
- Beobachtung der Beziehungen und des Verhaltens auf der Abteilung
- Vertrauen schaffen, Beziehungsaufbau
- Zugang zu Familien finden, familiäre Verhaltens- und Copingmuster erkennen. Konfliktfähigkeit der Familie fördern (in der Regel fehlen Auseinandersetzungen und Aggressionen werden nur negativ konnotiert).
- Ziele für den Spitalaufenthalt festlegen, Austrittsgewicht sowie weitere Austrittsbedingungen werden gemeinsam mit den Eltern definiert.
- Dauer: max. 1 Woche

2.2.2 Allgemeine Regeln

- Auszeit: eingeschränkte Besuche und Kontakte zum sozialen Umfeld
- Elternbesuch (inkl. Geschwister) täglich 90 Min. sowie je 3 Stunden am Wochenende
- Stark eingeschränkter Konsum von Handy, Tablet oder ähnlichem, TV abends 1 Film erlaubt, allg. keine internetfähigen Geräte (z.B. zum Musik hören)
- Keine Spaziergänge und Urlaube
- Essen gemeinsam mit Mitpatient*innen, begleitet durch Pflegefachperson, dabei wird nicht über das Essen gesprochen.
- Essensbestellung mit den Einzelpsychotherapeut*innen
- Essensmenge und -auswahl wird von den Patient*innen selber bestimmt (Beginn mit ¼-Portion)
- keine speziellen Verhinderungsvorkehrungen von Heisshungerattacken (wenn überhaupt möglich) oder Erbrechen
- Keine Esswaren im Patientenzimmer
- Übers Essen und die erhaltenen Besuche wird Protokoll geführt, Trinkprotokoll nur bei entsprechender Indikation
- Bettruhe jeweils 1 Stunde nach den Hauptmahlzeiten
- keine vorgeschriebene wöchentliche Gewichtszunahmen, jedoch wird eine Gewichtszunahme von mind. 500g mit sog. Vergünstigungen von uns verstärkt (Ziel: Pat. übernimmt so für sich selbst Verantwortung im Sinne des starken Autonomiebedürfnis)
- Gewichtskontrollen in der ersten Woche täglich am Morgen (Nüchterngewicht, in Unterwäsche) sowie spezifisches Gewicht des Urins bestimmen
- Sondengewicht festlegen (siehe 2.3.3.)
- Vergünstigungsplan mit Patient*in festlegen

2.2.3 Therapien

- Einzelpsychotherapie (mehrmals wöchentlich)
- Familien- und Elterngespräche in wechselndem Setting (wöchentlich)
- Keine Schule und keine Gruppentherapien, K+L-Gruppe nach Absprache
- Einzelergo- und -physiotherapie
- Somatische Kontrollen

2.2.4 Standortgespräch am Ende der Beobachtungsphase

- Resultate der somatischen und psychiatrischen Abklärung sowie der Verhaltensbeobachtungen erläutern
- Beurteilung und Therapieverschlagn
- Stationär zu erreichendes Zielgewicht (Austrittsgewicht) und andere Therapieziele definieren

2.2.5 Wochenplan Beobachtungsphase (allgemeine Übersicht)

Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7
	Nüchterngewicht morgens (gilt als Eintrittsgewicht)	tägliche Gewichtskontrolle				
Eintrittstag: Aufnahmegespräch mit K+L-Dienst Anmeldung für die Therapien Einführung auf der Abteilung durch die Pflege Essen bestellt durch die Pflege Somatischer Eintrittsstatus durch AA/OA Keine Besuchszeitbeschränkung	Anamnese und psychiatrische Abklärung im Einzelsetting durch K+L Essbestellung durch K+L (ganze Woche) Festlegung des Sondengewichts Pflegeanamnese durch Beziehungspflegefachperson (BPP) bei Indikation weitere somatische US durch AA/OA	Therapeutischer Beziehungsaufbau durch K+L-Dienst (3-4 Sitzungen/Woche) 2-3x/Woche Physiotherapie im Einzelsetting 1-2x/Woche Ergotherapie im Einzelsetting Beobachtung des Essverhaltens durch die Pflegefachperson (täglich) Ess- und Trinkprotokoll führen (Pflege, täglich) Besucherprotokoll führen (Pflege, täglich)				Standortgespräch zur Vereinbarung der Therapieziele mit Vergünstigungsplan und Austrittsgewicht (Familiensetting) nach ca. 1 Woche

2.2.6 Wochenplan Beobachtungsphase (Übersicht nach Disziplinen)

	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7	
K+L	Aufnahmegespräch inkl. K+L-Regeln, Behandlungsblatt Anmeldungen für Therapien	Anamnese und psychiatrische Abklärung im Einzelsetting Essbestellung für ganze Woche in Rücksprache mit EB Festlegung Sondengewicht	3-4x/Woche Psychotherapie, therapeutischer Beziehungsaufbau			Familiensetting		Familien-Standortgespräch zur Vereinbarung der Therapieziele und Austrittsgewicht, Vergünstigungsplan
AA/OA	Somatischer Eintrittsstatus	weitere somatische Untersuchungen falls indiziert						
Pflege	Einführung auf Abteilung Essensbestellung für erste Mahlzeiten Ess- und Trinkprotokoll Besuchsprotokoll Vorstellung Beziehungspflegeperson	Nüchterngewicht morgens (= Eintrittsgewicht) Pflegeanamnese durch BPP <u>ganze Woche</u> : Beobachtung Ess- und Trinkverhalten sowie Verhalten auf Station/ in sozialen Interaktionen	Tägliche Gewichtskontrolle					

Programm/ Aktivitäten	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 3-4x/Woche K+L Einzel- und Familiensetting K+L-Gruppe
-----------------------	--	--

Besuche	am 1. Tag keine Einschränkung der Besuchszeit für Familie	Familie täglich 90min, am WE 3h 1x90min à 2Personen / Woche
---------	---	--

2.3 Phase der Wende

2.3.1 Ziele

- Gewichtsabnahme stoppen, anaboler statt kataboler Metabolismus
- Stabilisieren des Zustandes und erste Gewichtszunahme
- Wichtige Haltung: Gewichtszunahme ist nicht primär Gehorsam, Stillstand nicht Verweigerung oder absichtliche Opposition. Fehlende Gewichtszunahme darf nicht bestraft werden, Gewichtszunahme wird aber verstärkt. Ehrlichkeit und Auseinandersetzung mit der Situation soll gefördert werden.
- Systematische Desensibilisierung der Gewichtspohobie, der Angst vor Kontrollverlust, vor Konflikten und anderem
- Ruhe, Entspannung und Stressabbau
- Behandlung der Depression und der Zwangssymptomatik
- Positive Konnotation einer grossen Gefühlspalette
- Emotionale Kompetenz der Patient*innen wie auch des familiären Systems fördern, beide Elternteile einbeziehen
- Suchen und Stärken von Ressourcen statt Verharren bei den Defiziten und der Ursachenforschung
- Anorektisches Paradox thematisieren (s. 2.3.2.)
- Kontakt dem/der Patient*in mit den Eltern strukturiert und verpflichtend aufrecht halten
- Kontakt mit Geschwistern und Peers fördern, motivieren zu Kontakten
- Dauer: bis zu einer klaren Gewichtszunahme (ca. 1 - 2kg über dem tiefsten Gewicht)

2.3.2 Anorektisches Paradox

Angst der Umgebung vor Gewichtsverlust, Angst der Eltern, ihr Kind zu verlieren, d.h. Kontrollverlust bei Gewichtsabnahme und gleichzeitig Angst des/der Patient*in vor Gewichtszunahme, d.h. Kontrollverlust bei Gewichtszunahme

2.3.3 Indikation für Sondenernährung

Sondenernährung wird ausschliesslich bei klarer somatischer oder psychiatrischer Indikation durchgeführt. Sie darf keine Strafaktion sein. Die Zusatzernährung via Magensonde soll lediglich verhindern, dass das Gewicht in einen somatisch bedrohlichen Bereich fällt. Mit der Magensonde soll eine Gewichtsstabilisierung angestrebt werden.

Das sogenannte Sondengewicht wird aufgrund des aktuellen BMIs und des somatischen Zustandes festgelegt. Es liegt wenn möglich d.h. falls somatisch vertretbar mind. 500g unter dem Eintrittsgewicht. Mögliche Gründe für eine Sondierung sind:

- Trinkverweigerung mit spez. Gewicht im Urin von >1030 während mehreren Tagen
- Niereninsuffizienz
- Elektrolytverschiebungen
- Lebensbedrohlich rasche Gewichtsabnahme, die nicht zu stoppen ist
- BMI (gemäss Altersperzentile) lebensbedrohlich tief
- Entlastung der Patient*in, wenn der Druck, essen zu müssen, zu gross ist

Cave: Bei der Indikationsstellung der Sondenernährung müssen die Gefahren eines Refeeding-Syndroms berücksichtigt werden.

2.3.4 Allgemeine Regeln

- Bettruhe nach den Hauptmahlzeiten (1 Stunde): Verdauung fördern, Entspannung, Auseinandersetzung mit dem Körper und mit der Krankheit
- Essensmenge kontinuierlich steigern
- Gewichtskontrollen zweimal wöchentlich

2.3.5 Vergünstigungen

- Aufenthalt auf dem Balkon
- Besuch Heilpädagogik
- Teilnahme Patientenschule
- Empfang zusätzlicher Besuche
- Spaziergänge (z.B. 30 Min. in Begleitung)
- später auch Ausgang und Urlaube zu Hause

2.3.6 Therapien

Zusätzlich zu bereits bestehenden Therapien:

- Schule und Gruppentherapien nach Absprache
- Bei klarer Indikation Psychopharmakotherapie als Ergänzung

2.4 Phase des Aufbaus

2.4.1 Ziele

- Verschiedene Gefühle zulassen, Spannungen aushalten, Probleme ansprechen und Lösungen suchen, Durststrecken überwinden
- Gewichtszunahme wenn möglich 500 g bis max. 1000 g pro Woche, bevorzugt langsam, dafür konstant und parallel zu den übrigen Veränderungen (z.B. Abnahme der Angst)
- Dauer: bis kontinuierliche Gewichtszunahme

2.4.2 Therapien

Zusätzlich zu bereits bestehenden Therapien:

- Gruppentherapien: Schwimmen, Turnen (schrittweise)
- Heilpädagogik (siehe Vergünstigungen)
- Schule je nach Gewicht (siehe Vergünstigungen)
- Alltagsgestaltung auf der Abteilung
- Ernährungsberatung: Essbestellung mit der Ernährungsberaterin

2.5 Phase der Aussenorientierung und des Austritts

2.5.1 Ziele

- Ein Austritt nach Hause ist möglich, wenn in Bezug auf Gewichtszunahme, Copingpotential, Umgang in der Familie und übrige somatische und psychiatrische Symptomatik Fortschritte gemacht wurden, sodass eine ambulante Therapie verantwortbar erscheint. Der Entscheid wird

vom therapeutischen Team und den Eltern zusammen mit dem/der Patient*in gefällt. Die Verantwortung liegt in jedem Fall letztlich bei den Eltern.

- Transfer in den Alltag mittels Urlaube (Essen mit Familie, zu Hause übernachten, Ausgang mit Peers, Schulbesuche usw.)
- Organisation ambulante oder stationäre Nachsorge
- Dauer: bis zum Erreichen des festgelegten Austrittsgewichtes und der anderen Ziele, in der Regel max. 3 Monate wegen fehlender Infrastruktur für längere Hospitalisationen (enge, kleine Zimmer, fehlende Privatsphäre, fehlende Wohnstruktur usw.)

2.5.2 Therapien

Zusätzlich zu bereits bestehenden Therapien:

- Kochgruppe

2.5.3 Urlaubstage/Belastungsproben im Alltag

Die Urlaubstage sind erfolgreich, wenn:

- Essen zu Hause am Tisch mit den anderen zusammen möglich ist,
- am Familientisch eine entspannte Essatmosphäre herrscht,
- Abmachungen eingehalten werden,
- bei Uneinigkeit konstruktive Diskussionen und Lösungen möglich sind.

2.5.4 Vorgehen bei Austritt nach Hause

Vorgehen, wenn ein Austritt nach Hause möglich erscheint:

- Besuche und Urlaub zu Hause, Training des neuen Umganges untereinander
- Rasche Gewichtszunahme verlangsamen: Die Patient*innen sollen Sicherheit haben, ihr Gewicht unter Kontrolle zu haben.
- Reintegration zu Hause und in der Schule
- Übergang in eine ambulante Therapie organisieren
- Kontrollen beim Hausarzt organisieren (Gewicht und ggf. Labor)
- Festlegen der Rehospitalisationsbedingungen (z.B. Wiedereintrittsgewicht)

2.5.5 Vorgehen bei Übertritt in eine andere Institution

- Ein Übertritt ist notwendig, wenn die Symptomatik der Anorexie oder der komorbiden Störungen noch zu schwerwiegend ist und die nötigen Ressourcen zu Hause nicht ausreichen.
- Ziele bis zum Übertritt festlegen, da jeder Stillstand einen Rückschritt bedeutet.
- Bei ausserkantonalen Hospitalisationen ist eine Bewilligung durch den Kantonsarzt nötig.

2.6 Phase der ambulanten Weiterbehandlung

2.6.1 Ziele

- Erreichen des individuellen Normalgewichtes
- Verbesserte Frustrationstoleranz gegenüber der Angst vor dem Zunehmen, Abbau der Angst
- Veränderte emotionale Auseinandersetzung intra- und extrafamiliär (verbesserte Konfliktfähigkeit)
- Erhöhung der Flexibilität
- Differenziertes Selbstkonzept und positives Selbstbild

- Verbesserte Selbstwirksamkeit
- Autonomie
- Altersgerechte Konflikt- und Beziehungsfähigkeit
- Normalisierung des Hormonhaushalts, regelmässige Menstruation nach Amenorrhoe

2.7 Überblick Therapiephasen

Therapiephasen	Beobachtungsphase	Wendephase	Aufbauphase	Aussenorientierung und Austritt
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - somatische und psychiatrische Abklärung - Beziehungsverhalten und Verhalten auf Station beobachten - Vertrauen schaffen, Beziehungsaufbau - Standortgespräch zur Vereinbarung Therapieziele, Vergünstigungsplan sowie Austrittsgewicht 	<ul style="list-style-type: none"> - Gewichtsabnahme stoppen, anaboler statt kataboler Metabolismus, erste Zunahme - in Therapien Ruhe, Entspannung & Stressabbau fördern - durchbrechen der Negativspirale, Vertrauen schaffen, Angstabbau - systematische Desensibilisierung der Gewichtshobie 	<ul style="list-style-type: none"> - verschiedene Gefühle zulassen können, Spannungen aushalten - Probleme ansprechen und Lösungen suchen - langsame, stetige Gewichtszunahme von 500 - 1000g / Woche - Förderung der Selbstwahrnehmung, leichte körperliche Aktivierung 	<ul style="list-style-type: none"> - weitere Gewichtszunahme bei erhöhter Aktivierung - Fortschritte in Copingpotential, Umgang in der Familie und übrige somatische und psychiatrische Symptomatik - Austritt nach Hause oder Übertritt in andere Institution vorbereiten
Zeitraum	- max. 1 Woche	bis klare Gewichtszunahme (1 - 2kg über tiefstem Gewicht)	bis stetige Gewichtszunahme	bis Austrittsgewicht oder nach max. 3 Monaten
Therapien und Tagesstruktur	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelpsychotherapie - wöchentliche Eltern-/Familiengespräche - Einzel-Ergo- und Physiotherapie - K+L-Gruppe nach Absprache 	neu: <ul style="list-style-type: none"> - Start Schule und HP nach Vergünstigungsplan - evtl. Psychopharmaka als Ergänzung 	neu: <ul style="list-style-type: none"> - Gruppentherapien - Ernährungsberatung 	neu: <ul style="list-style-type: none"> - Kochgruppe
Mahlzeiten / Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> - am Tisch mit Mitpatient*innen - Ess- und b.B. Trinkprotokoll - Essensbestellung mit MA des K+L-Dienstes - Menge mind. ¼ Portion - Gewichtskontrolle täglich 	<ul style="list-style-type: none"> - Bestellmenge kontinuierlich steigern - Gewichtskontrollen 2x/Woche 	<ul style="list-style-type: none"> - Essensbestellung mit Ernährungsberatung 	<ul style="list-style-type: none"> - Mahlzeiten zuhause und auswärts planen und durchführen
Aktivitäten (Spaziergänge, Urlaube, Besuche)	<ul style="list-style-type: none"> - keine Spaziergänge oder Urlaube - Besuche Fam. tägl. 90 Min, ein weiterer Besuch à 90 Min./Woche - keine internetfähige, elektronische Medien (Musik sonst erlaubt) - Ruhezeiten nach Mahlzeiten 1h - keine sportlichen Aktivitäten 	- nach Vergünstigungsplan	<ul style="list-style-type: none"> - Alltagsgestaltung auf der Abteilung - Spaziergänge - Kurzurlaube, dabei Kontakte zu Familie und Peers fördern - leichte sportliche Aktivierung möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - längere Urlaube - Mahlzeiten auswärts - externe Schulbesuche bei Indikation

3 Zu den einzelnen Therapien

3.1 Somatische Abklärung

3.1.1 Erfassen vitaler Störungen und Komplikationen

- Hypotonie
- Bradykardie
- Elektrolytstörungen
- Herz-Rhythmusstörungen

3.1.2 Ausschluss von nicht psychiatrischen Grunderkrankungen (Differentialdiagnose)

- Primäre Funktionsstörungen von Hypothalamus und/oder Hypophyse
- Hirntumor, andere Malignome
- Malabsorptions-Syndrome, Zöliakie
- Niereninsuffizienz
- Endokrinopathien: Hyperthyreose, M. Addison, Hypopituitarismus
- Chronische Vergiftungen
- Chronische Infektionskrankheiten
- Bei Bulimie: GIT Obstruktion, z.B. Achalasie

3.1.3 Untersuchungen bei allen Anorexie-Patient*innen

- Labor: Blutbild (Hb₂), BGA mit Elektrolyte (Na, K, Cl, Ca, Ph, Mg), fT₃, fT₄, TSH, Kreatinin, Harnstoff, Blutzucker, HbA_{1c}, ASAT, ALAT, Albumin, Quick, Blutsenkung, CRP, Eisen, Ferritin, IgA, tTG-IgA
- EKG
- bei Bedarf bzw. entsprechenden Hinweisen ausführlicher Neurostatus
- Bei einer klassischen Anorexia nervosa sind gewisse endokrinologische Abweichungen sekundär und funktioneller Art und müssen nicht speziell gesucht werden.

3.1.4 Weiterführende Untersuchungen bei entsprechenden klinischen Hinweisen

Andere, oben erwähnte Differentialdiagnosen können mit einer genauen Anamnese und der klinischen Untersuchung meist eliminiert werden. Bestehen Unsicherheiten, können je nach klinischem Befund folgende Untersuchungen veranlasst werden:

- EEG oder cerebrale Bildgebung: MRI bei klarer Indikation in Absprache mit der Neuropädiatrie → Hypophysentumor?
- Ophthalmologisches Konsilium: Gesichtsfeld → Hypophysentumor?
- Mehrfachbestimmung des basalen Prolaktins (Werte bis 20 ng/l normal) → Prolaktinom?
- ACTH sowie Cortisol (Morgens um 08:00h) → M. Addison / M. Cushing (atypischer Verlauf)?
- Stuhluntersuchung auf Parasiten, Bakteriologie, Fettbestimmung, Endoskopie → Malabsorption, chron. Entzündung?
- spez. Amenorrhoeabklärungen: LH, FSH, Progesteron, evtl. Testosteron u. Androstendion, evtl. β-HCG?

- Kardiologie/Herzecho → Syndromverdacht

3.1.5 Refeeding Syndrom

3.1.5.1 Definition

Ein Refeeding Syndrom ist ein lebensgefährlicher Zustand, der bei Wiederernährung nach einer langen Hungerperiode auftreten kann. Es ist durch Elektrolytverschiebungen mit Auftreten von Ödemen und Herzinsuffizienz gekennzeichnet.

3.1.5.2 Risiko Population

- BMI <16 kg/m²
- Stark reduzierte oder keine Nahrungszufuhr innerhalb der letzten 10 Tage
- Niedrige Serumkonzentration an Kalium, Phosphat und/oder Magnesium vor Beginn der Nahrungszufuhr

3.1.5.3 Laboranalytische Auffälligkeiten

- Hypophosphatämie
- Hypokaliämie
- Hypomagnesiämie
- Störungen des Säure-/Basenhaushaltes

3.1.5.4 Klinische Manifestation

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

3.1.5.5 Laboruntersuchungen bei Refeeding Risiko

- Tägliche BGA Kontrolle mit Elektrolyte (Na, K, Cl, Ca, Ph, Mg)

3.1.5.6 Vorgehen Realimentation

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

3.2 Psychotherapie

3.2.1 Einzelpsychotherapie

3.2.1.1 Erstgespräch bei Spitaleintritt

- Joining
- Empathie, Respekt gegenüber allen Beteiligten

- Explizite Patient*inzentrierung: Ohne Kooperation und damit Einverständnis des/der Patient*in und der Eltern sind keine Veränderungen möglich. Die Eltern tragen in jedem Fall die Verantwortung.
- Kranke und gesunde Anteile ansprechen
- Regeln und Interdisziplinarität erklären

3.2.1.2 Psychiatrisch-psychologische Abklärung in der Beobachtungs- und Wendephase

Je nach Indikation:

- Psychostatus bei Eintritt
- Persönliche und Familienanamnese inkl. Gewichtsverlauf
- diagnostische Verfahren wie beispielsweise Baum- und Familienzeichnung, Satzergänzungstest, Selbsteinschätzungsfragebogen
- Erfassung der komorbiden Symptomatik (z.B. mittels Screeningfragebogen CBCL)

3.2.1.3 Ziele der Einzelpsychotherapie

- Abwenden von der ständigen gedanklichen und realen Beschäftigung mit dem Essen hin zu anderen, altersangemessenen Themen
- Familiendynamiken und -muster erkennen, thematisieren und Veränderungen bezüglich der Beziehungs- und Konfliktgestaltung anstreben (sich in anderen Themenbereichen als dem Essen gegen die Erwartungen der Eltern stellen)
- Gewichtsphobie, Selbstwahrnehmungsprobleme und mangelndes Selbstwertgefühl thematisieren
- Fähigkeit entwickeln, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, auszudrücken und durchzusetzen
- Eingehen und Austragen von Konflikten als wichtigen Prozess zur Gesundheit, Krisen ausdrücken und bewältigen können
- Eine Vielfalt an Gefühlen (offene Wut und Trauer, aber auch Freude etc.) zulassen können, affektives Mitschwingen
- Finden von neuen, angemessenen Ausdrucksformen, sich selbst mit seinem Autonomiestreben durchsetzen und verwirklichen können
- Kontakte zur Peergroup fördern
- Fördern der sozialen Kompetenz

3.2.1.4 Haltung des/der Therapeut*in

- Klare Regeln, die nicht starr die zwanghaften Strukturen der Patient*innen perpetuieren, sondern immer wieder Raum zu kompromisshaftem Aushandeln und konstruktivem Streiten bieten (Gratwanderung zwischen Sturheit und Beliebigkeit/Chaos).
- Offene Aggressionen der Patient*innen grundsätzlich positiv sehen (das sich Einsetzen für die eigenen, lebensbejahenden Bedürfnisse)
- Verständnis dafür, dass sich hinter dem manchmal höchst aggressiven oder abschätzigen und abweisenden Verhalten eine sehr einsame und zutiefst nach Zuwendung und Anerkennung „hungernde“ Person verbirgt.

3.2.2 Familiengespräche in wechselndem Setting

3.2.2.1 Abklärung in der Beobachtungs- und Wendephase

- Familienanamnese (andere Familienmitglieder mit Anorexie oder psychischen Erkrankungen)

- Familiengeschichte
- Einstellung zum Essen und zum Körper
- Bisherige Lösungsversuche
- Ideen über Therapie
- Kommunikationsmuster: Hierarchie, Koalitionen, Grenzen, Copingpotential
- Auseinandersetzung mit einem neuen Familienlebensabschnitt („Kind in Ablösung“)

3.2.2.2 Ziele der Therapie

- Zu Beginn Informationen geben, Schuldfrage diskutieren, Druck wegnehmen
- Im Familiensystem bestehende Strukturen (Koalitionen und Hierarchien) erkennen, thematisieren und Veränderungen einleiten
- Intrafamiliäre Kommunikation fördern, andere Gesprächsinhalte als das Essen finden, gemeinsame Konfliktstrategien erarbeiten und üben
- Veränderung ermöglichen
- Ressourcen suchen und diese stärken
- Alltagsfragen lösen und verbindliche Regeln erarbeiten
- Verpflichtungen und Verbindlichkeit klären, d.h. Abmachungen sind für alle Beteiligten bindend, Nichteinhalten von Regeln wird thematisiert

3.2.2.3 Vorgehensweise

- Gespräche wöchentlich in wechselnder Zusammensetzung
- Einhaltung der Abmachungen einfordern
- Eltern in eigener Krise stützen
- Aushalten der Aggressionen bei fehlendem Fortschritt und bei Spaltungstendenzen

3.2.3 Gruppenpsychotherapie (K+L-Gruppe)

Die Teilnahme an der K+L-Gruppe ist für die Patient*innen bereits ab der Beobachtungs- und Wendephase möglich.

Zielsetzungen:

- Bei der K+L-Gruppe handelt es sich um eine offene Psychotherapiegruppe. Je nach Gruppenkonstellation werden störungsspezifische oder störungsübergreifende Themen bearbeitet und so das individuelle Krankheitsverständnis und Bewältigungspotential gefördert.
- Durch den Austausch persönlicher Krankheitserfahrungen und Lösungsstrategien in der Gruppe werden psychosoziale Kompetenzen, Empathie- wie auch Mentalisierungsfähigkeiten gestärkt.
- Im Detail werden folgende Themen bearbeitet:
 - Psychosomatik (Psychoedukation über Zusammenhänge zwischen Körper– Emotionen–Gedanken–Verhalten)
 - Training sozialer Kompetenzen
 - Emotionsregulation
 - Ressourcenarbeit
 - Entspannungstechniken / hypnotherapeutische Übungen
 - Achtsamkeit / ACT
 - persönliche Grenzen und Selbstwert
 - Kommunikation mit Familie und Freunden

- Je nach Gruppenkonstellation können auch anorexietypische Gedanken- und Verhaltensmuster thematisiert werden.

Organisation:

Die Anmeldung erfolgt durch die MA des K+L-Dienstes. Die K+L-Gruppe wird durch die MA des K+L-Dienstes geleitet und findet einmal wöchentlich statt. Die Gruppe findet ab 2 Personen statt und wird je nach Gruppengrösse durch 1-2 MA geleitet.

3.3 Pflege

3.3.1 Allgemeine Regeln

- Wägen: die Patient*innen werden initial täglich morgens nach dem Besuch der Toilette in Unterwäsche gewogen. Der Wert am ersten Morgen nach Eintritt ins Kinderspital gilt als Eintrittsgewicht. Im Urin wird das spezifische Gewicht gemessen. Ab der zweiten Woche werden die Patient*innen noch zweimal wöchentlich gewogen
- Patient*innen essen gemeinsam mit Mitpatient*innen am Tisch auf dem Gang. Dauer max. 30 Minuten, Zwischenmahlzeiten max. 15 Minuten.
- Sie dürfen sich frei auf der Abteilung bewegen, mit den anderen spielen und gemeinsam abends einen TV-Film anschauen, wenn sie möchten.
- Sie sind verantwortlich für die Ordnung im und um das Bett.
- Keine Esswaren im Zimmer, persönliche Esswaren werden abgegeben und in der Küche gelagert.
- Den Patient*innen werden zwei Beziehungspflegefachpersonen zugeteilt, welche regelmässige Gespräche mit den Patient*innen führen.

3.3.2 Schwerpunkte in den verschiedenen Behandlungsphasen

3.3.2.1 Phase der Beobachtung

- Kennenlernen des/der Patient*in und ihrer Familien, Vertrauen aufbauen
- Einleben ermöglichen
- Abläufe erklären
- Beobachten und Kontrolle, aber keine Dauerüberwachung und kein Polizistenspiel
- Essverhalten und gegessene Menge sowie ggf. Trinkmenge protokollieren
- Besuche protokollieren

3.3.2.2 Phase der Wende

- Bettruhe nach den Hauptmahlzeiten einfordern
- Ermutigen und Geduld üben
- Einfordern von Abmachungen und diese auch selber einhalten
- Zwanghaftes Verhalten protokollieren und gemäss Abmachungen darauf reagieren

3.3.2.3 Phase des Aufbaus

- Soziale Kompetenzen fördern. Altersgemässes Verhalten in der Gruppe positiv konnotieren
- Beginnendes Aufbegehren und pubertäres Verhalten aushalten und angemessen darauf reagieren

- Alltagsgestaltung auf der Abteilung fördern
- Bei möglicher Gewichtsstagnation oder gar -abnahme Geduld zeigen und Unterstützungsmöglichkeiten mit dem/der Patient*in und im Behandlungsteam besprechen

3.3.2.4 Phase der Aussenorientierung und des Austritts

- Weiterhin Einfordern der Abmachungen
- Patient*innen haben die Verantwortung für ihren gesamten Stundenplan (Schule, Therapien, Besuche usw.).
- Soziale Kontakte ausserhalb des Spitals fördern

3.4 Physiotherapie

3.4.1 Einzeltherapie – Schwerpunkte in den Behandlungsphasen

Die Einzeltherapie findet in der Regel 2-3 Mal wöchentlich statt.

3.4.1.1 Phase der Beobachtung und Wende

- | | |
|---|---|
| - Entspannung (weg vom Kalorienverbrauch) | Massage, postisometrische Relaxation, Atemübungen, z.T. mit Musik |
| - Körperwahrnehmung verbessern | alle Sinne mit einbeziehen, Selbstwahrnehmung und -betrachtung |
| - Magen-Darm-Trakt kennen lernen | Funktion spielerisch erklären |
| - Geschicklichkeit, Koordination verbessern | weiche Unterlage, Jonglieren |
| - Beweglichkeit verbessern | Dehnen und Bewegen aller Gelenke |
| - Eigeninitiative ergreifen können | eigene Ideen erkennen, äussern, durchsetzen |
| - Grenzen akzeptieren | Nein-Sagen |
| - Selbstbewusstsein und -annahme stärken | Erfolge ermöglichen, schrittweise Neues zulassen |

3.4.1.2 Phase des Aufbaus und der Aussenorientierung

- | | |
|---|---|
| - Sport und Spiel = Spass (nicht Kalorienverbrauch) | Badminton, Basketball, Fussball etc. |
| - Kraft und Ausdauer mit Koordination verbinden | allgemeine Kräftigung, Joggen, Laufband, Parcours |
| - aktives Tun und Passivität geniessen lernen | Wechsel von Bewegung und Entspannung |
| - Aggressionen zulassen und abbauen | sich austoben, boxen, schreien |

3.4.2 Gruppentherapien

Die MA des K+L-Dienstes entscheiden je nach Therapiefortschritt, wann die Gruppentherapien zusätzlich zur Einzeltherapie besucht werden dürfen. Im Allgemeinen werden die Gruppentherapien im Laufe der Aufbauphase besucht.

3.4.2.1 Schwimmgruppe (findet im spitalinternen Bad statt)

- | | |
|--|--|
| - sozialen Kontakt fördern, sich gegenseitig respektieren und annehmen | Gruppenspiele (mit- und gegeneinander) |
|--|--|

- sich einbringen, kreativ sein
 - Freude an entspannter Bewegung wecken
 - Entspannung
 - Scham überwinden, sich selber annehmen
- Spiele im und am Wasser erfinden und mitmachen
Bewegung im Wasser
sich gegenseitig massieren

Organisation:

- Anzahl Kinder: Mind. 2. Bei zu vielen Kindern 2. Physiotherapeutin oder Pflegeperson zuziehen.
- Die MA des K+L-Dienstes füllen ein Verordnungsformular (elektronische Anmeldung) aus.
- Nebendiagnosen, z.B. geistige Behinderung, Diabetes, müssen immer auf der Verordnung vermerkt sein.
- Bei Epilepsie oder Inkontinenz ist keine Schwimmtherapie möglich.
- Wöchentliche Anmeldung: bis Mittwochabend (durch die Pflege)
- Bedingung: die Kinder müssen frei schwimmen können (bei passender Gruppe evtl. mit Schwimmhilfen möglich).

3.4.2.2 Turngruppe (findet in den Physiotherapieräumen im UG statt)

siehe 3.5.2.2.

3.5 Ergotherapie

3.5.1 Einzeltherapie - Schwerpunkte in den Behandlungsphasen

Die Einzeltherapie findet 2-3 Mal wöchentlich statt.

3.5.1.1 Phase der Beobachtung

- Kontaktaufnahme mit der Therapeutin und Aufbau einer gegenseitigen Vertrauensbasis mittels gestalterischen und ausdrucksorientierten Mitteln und Gesprächen
- Erkennen von Ressourcen und Problemstellungen
- Körperwahrnehmung fördern

3.5.1.2 Phase der Wende

- Mit gestalterischen und ausdrucksorientierten Mitteln tätig werden und dadurch Zugang zu Gefühlen und eigenen Bedürfnissen ermöglichen
- Gesunde Anteile stärken und neue Fähigkeiten entwickeln
- Selbstbewusstsein stärken
- Erfolgserlebnisse ermöglichen
- Die Technik und die Materialwahl sollen den Patient*innen entsprechen, damit die Freude am Tun zentral ist und eine positive Beziehung zum Entstandenen möglich wird.

3.5.1.3 Phase des Aufbaus und der Aussenorientierung

- Mittel und Methoden so wählen, dass die Patient*innen gefordert werden, ihr Handeln und ihre Zwänge zu überdenken und zu verändern
- Aufgabe so wählen, dass der Weg immer wieder Flexibilität und neue Lösungsansätze fordert, welche von den Patient*innen selbstständig erarbeitet werden können

- Auseinandersetzung mit Widerstand durch gezielte Materialwahl
- Eigeninitiative und Autonomieentwicklung fördern und fordern
- Körperwahrnehmung verbessern und dadurch Körperakzeptanz und ein realistisches Körperbild erlangen
- Ressourcen spiegeln, festigen und erweitern

3.5.2 Gruppentherapien

3.5.2.1 Kochgruppe

Die Patient*innen nehmen in der Regel erst in der Phase der Aussenorientierung an der Kochgruppe teil. Voraussetzung ist die Fähigkeit und Bereitschaft, vom Gekochten am Tisch mit den anderen zu essen. Der genaue Zeitpunkt wird mit den MA des K+L-Dienstes abgesprochen. Die Kochgruppe wird vom Ergotherapieamt geleitet.

Zielsetzungen:

- Soziale Kompetenzen fördern: Mitverantwortung tragen, Hilfsbereitschaft, Kompromisse eingehen, sich am Tischgespräch beteiligen
- Selbstkompetenz: eigene Bedürfnisse formulieren (was esse ich gerne/nicht gerne?), eigene Gefühle wahrnehmen, für einen Teil des Menüs Verantwortung übernehmen
- Handlungsplanung: ein Rezept lesen und umsetzen, Hantieren mit Küchenutensilien und Esswaren, Arbeitsplatzorganisation
- Esssituation gemeinsam gestalten: gemeinsame Menüplanung, kochen, Tisch decken, Tischdekoration gestalten, sich selbst und/oder anderen schöpfen, Tischgespräche, abwaschen
- Essen als lustvoll erleben
- Bei anderen Kindern normales Essverhalten beobachten

Organisation:

- Anzahl Kinder: mind. 2 und max. 3
- Die MA des K+L-Dienstes melden die Patient*innen an.
- Nebendiagnosen, z.B. Diabetes oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten müssen auf der Verordnung vermerkt sein.
- Wöchentliche Anmeldung bis Donnerstagmittag, Anmeldung durch die Pflege an die Ergotherapie

3.5.2.2 Turngruppe

- Die Patient*innen nehmen in der Regel erst in der Phase des Aufbaus an der Gruppentherapie teil. Der genaue Zeitpunkt wird mit den MA des K+L-Dienstes abgesprochen.
- Die Turngruppe wird interdisziplinär unter der Leitung einer Physiotherapeutin durchgeführt.
- Es handelt sich um eine Gruppe von Patient*innen verschiedenen Alters mit unterschiedlichen Krankheitsbildern. Der Inhalt der Stunde wird spezifisch auf diese gemischte Gruppenkonstellation ausgerichtet.

Zielsetzungen:

- Soziale Kompetenzen fördern: sich in eine Gruppe integrieren, Gemeinschaft erleben, (Spiel-) Regeln akzeptieren, Hilfsbereitschaft, Durchsetzungsvermögen, Kompromisse eingehen,

Konflikte erleben und bewältigen (wenn sich z.B. nicht alle an Spielregeln halten), Umgang mit Sieg und Niederlage

- Ausdrucksfähigkeit: Mittels gestalterischen, kreativen Mitteln, Spiel- und Sportgeräten oder/und dem eigenen Körper Freude an Spiel und Bewegung erfahren, Variationen im Spielverhalten kennen lernen
- Körperwahrnehmung fördern: Abwechslung zwischen Anspannung und Entspannung erleben, Geschicklichkeit fördern

Organisation:

- Anzahl Kinder: mind. 2. Bei Bedarf wird die Gruppe durch 2 Therapeut*Innen geleitet.
- Die Anmeldung (mit Informationen auch zu Nebendiagnosen) erfolgt über die/den Fallverantwortliche*n.
- Wöchentliche Anmeldung bis Montagabend, bei Neueintritten bis spätestens Dienstag vor dem Rapport (durch die Pflege)

3.6 Schule und Heilpädagogik

3.6.1 Einleitung

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.

3.6.2 Behandlungsschwerpunkte

3.6.2.1 Förderung der Sozialkompetenz

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.

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

3.6.2.2 Erhalt der Lebensfreude

Parallel zur Sozialkompetenz wird auf den Erhalt und die Steigerung der Lebensfreude geachtet. Die Patientenschule bietet Animationsprojekte, kreative Prozesse im Werkunterricht und einen sorgfältig ausgewählten Einsatz von Internet, E-Mail und Lernsoftware an.

Ziel: Wieder zu Spass, Fröhlichkeit und Interesse zurückfinden

3.6.2.3 Umgang mit Lernen und Leistung

Im Unterricht müssen die Schüler*innen eine gute Balance zwischen Anforderung und Leistung finden. Gearbeitet wird in den Hauptfächern Mathematik, Deutsch und Fremdsprachen. Neue Lernformen und das Einhalten von Zeitvorgaben und Abmachungen werden erprobt. Speziell geachtet wird auf Arbeitshaltung, Konzentration und Ausdauer.

Ziel: Möglichst lückenlose Gewährleistung des Anschlusses an die Herkunftsklasse

3.6.2.4 Differenzierte Schüler*innenbeobachtung

Die Lehrpersonen arbeiten mit einem speziell entwickelten Beobachtungsinstrument für die Patientenschule. Dieses beinhaltet Beobachtungen zum persönlichen Befinden, zu den einzelnen Lernbereichen und zum Arbeits- und Sozialverhalten. Darüber wird täglich Protokoll geführt.

Ziel: Positive und negative Veränderungen festhalten, heilpädagogische Sichtweise am interdisziplinären Rapport vertreten

3.6.2.5 Reintegration in die Herkunftsklasse

Die Patientenschule pflegt regelmässig Kontakt mit den Lehrpersonen der Herkunftsklassen. Dabei werden gegenseitig Lerninhalte und Stoffvorgaben abgesprochen. Da die Patientenschule dem vorgeschriebenen Datenschutz grösste Beachtung schenkt, bleibt der Austausch grundsätzlich auf Schulbücher, Stoff- und Unterrichtspläne beschränkt.

Ziel: Eine erleichterte Rückkehr in den Schulalltag ermöglichen

3.7 Ernährungsberatung

3.7.1 Allgemeine Richtlinien

Die Ernährungsberaterin bespricht im Laufe der Aufbauphase mindestens wöchentlich mit dem/der Anorexie-Patient*in den Menüplan. Dabei gelten folgende Kriterien:

- Die Menüs werden aus den Hauptkostformen (3 verschiedene Menüs) ausgewählt. Dabei sollen jeweils ganze Menüs bestellt und gegessen werden. Als Ziel soll das komplette Menü ohne Spezialwünsche wie das Ersetzen einzelner Komponenten bestellt und gegessen werden.
- Es sollen regelmässige Mahlzeiten, in der Regel mit Zwischenmahlzeiten, geplant werden.
- Die Essensbestellung soll auf einer gesunden Ernährung basieren. Vegetarierinnen müssen die Eiweissbeilage durch andere eiweissreiche Speisen ersetzen. Eine vegane Ernährung ist während der stationären Anorexiebehandlung bei uns nicht möglich.
- Die Energiezufuhr soll dem Gewichtsverlauf und dem Zustand des/der Patient*in angepasst werden.
- Diskussionen über den Kaloriengehalt von Lebensmitteln sollen vermieden werden.
- Mit der Zeit sollen auch wieder zunehmend Lebensmittel, die aufgrund der Anorexie gemieden wurden, gegessen werden (z.B. Süssigkeiten, Rahm).

3.7.2 Ziele

- Vermittlung einer gesunden und ausgewogenen Ernährung bezüglich Lebensmittelauswahl, Mahlzeitenzusammensetzung und Mahlzeitenverteilung
- Erlernen einer situationsangepassten Energiezufuhr, um während der Hospitalisation an Gewicht zuzunehmen und nach Austritt langsam bis zum individuellen Zielgewicht weiter zuzunehmen - in der Regel mit dem Einsetzen der Menstruation erreicht
- Energiebedarf je nach körperlicher Aktivität anpassen (ohne zwanghaftes Kalorienzählen)

- Auseinandersetzung mit dem gestörten Verhalten am Esstisch
- Erreichen des vereinbarten Austrittsgewichtes (Etappenziel)

3.7.3 Schwerpunkte in den verschiedenen Behandlungsphasen

3.7.3.1 Beobachtungsphase

Essensbestellung durch die MA des K+L-Dienstes in Rücksprache mit der Ernährungsberatung. Die Patient*innen können die Essensmenge initial selber bestimmen (mind. ¼ Portion), Zwischenmahlzeiten nach Absprache. Im Zimmer dürfen sie keine Esswaren haben.

3.7.3.2 Phase der Wende

Der Menüplan wird 1-2 Mal wöchentlich mit den MA des K+L-Dienstes besprochen und ausgefüllt. Die Essensmenge wird mit den Patient*innen ausgehandelt. Ziel sind 3 Haupt- und 2-3 Zwischenmahlzeiten.

3.7.3.3 Phase des Aufbaus und der Ausserorientierung

Der Menüplan wird mit der Ernährungsberatung besprochen.

Anfangs wird strikt die Auswahl eines ganzen Menüs gefordert. Mit der Zeit sind Variationen erlaubt, solange dies nicht in einen Kampf um Kalorien und wählerischem, heiklem Essverhalten mündet. Vor Austritt sollen die Ernährung zu Hause und falls indiziert ambulante Verlaufskontrollen geplant werden.

3.8 Seelsorge

Das Seelsorgeteam, bestehend aus katholischen und reformierten Theologinnen und Theologen, steht allen Patient*innen und ihre Angehörigen, unabhängig von ihrer weltanschaulichen und religiösen Orientierung, zur Verfügung. Die Kernaufgabe der Seelsorge besteht in der seelisch-geistigen und religiös-spirituellen Unterstützung der Patient*innen und ihren Angehörigen. Je nach Wünschen und Bedürfnissen besteht die Möglichkeit, sich in einem Gespräch auszutauschen, Orte der Stille und Besinnung zu besuchen oder durch Spiele oder Geschichten eine kreative Abwechslung im Alltag erfahren zu können. Das Angebot der Seelsorge ist freiwillig und aufsuchend und richtet sich dabei ganz nach den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patient*innen in der jeweiligen Therapiephase.

3.9 Musik-/Kunsttherapie

Der Aufbau einer musik- und kunsttherapeutischen Gruppe ist in Planung.

3.10 Allgemein organisatorische Aspekte

3.10.1 Wöchentliche Rapporte

- Interdisziplinärer K+L-Rapport mit Pflegefachperson, Physiotherapie, Ergotherapie, Lehrpersonen, Seelsorge, Ernährungsberatung bei Bedarf Sozial- und Austrittsberatung und K+L-Mitarbeitenden. Im Rapport werden die nächsten Therapieschwerpunkte festgelegt.
- Rapport mit Pädiater*innen und MA des K+L-Dienstes, in dem auch spezifisch medizinische Fragen besprochen werden
- Rapport mit Lehrpersonen und MA des K+L-Dienstes

- Teamsitzung und Fallbesprechung sowohl intern im K+L-Team als auch mit dem Konsiliarpsychiater

3.10.2 Fallverantwortung

Die Fallverantwortung liegt bei den MA des K+L-Dienstes (Stufe 3), ausser wenn schwere körperliche Komplikationen auftreten (Stufe 2).

3.10.3 Supervision

Die Mitarbeitenden des K+L-Dienstes besprechen die Patient*innen in ihrer individuellen Supervision. Die Pflege hat die Möglichkeit, Fälle in ihrer Teamsupervision zu reflektieren. Besprechung der Patient*innen mit MA des K+L-Teams und dem Pflorgeteam bei Bedarf. Die Therapeut*innen aus den anderen Disziplinen können bei Bedarf die Fälle mit den Zuständigen aus dem K+L-Team besprechen.

4 Anhang

4.1 Information und Regeln für Anorexie-Patient*innen

Liebe/r Patient*in

Gerne geben wir Dir und Deinen Eltern detaillierte Informationen über die Behandlung bei uns im Kispil.

Essen

Die Essenszeiten sind wie folgt: Frühstück um 07.30 Uhr, Mittagessen um 11.30 Uhr und Abendessen um 17.30 Uhr.

Du kannst für das Mittag- und Abendessen aus drei vorgegebenen Menüs auswählen und musst mit mindestens Viertelportionen beginnen. Das Frühstück darfst Du selber zusammenstellen.

Die Hauptmahlzeiten werden gemeinsam mit den anderen Patient*innen im Beisein einer Pflegefachperson am Tisch auf der Abteilung eingenommen. Dafür stehen Dir 30 Minuten Zeit zur Verfügung. 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 auch nicht über das Essen geredet. Essensreste gehen zurück in die Küche. Im Patientenzimmer werden keine Esswaren geduldet. Fettreduzierte Produkte (Light-Produkte) sowie vegane Ernährung werden im Kinderspital nicht angeboten.

Zusätzlich zu den Hauptmahlzeiten darfst Du drei Zwischenmahlzeiten auswählen (Znüni, Zvieri und Spätimbiss). Die Zwischenmahlzeiten nimmst Du ebenfalls am Tisch ein, später darfst Du sie in Absprache mit der/dem Therapeut*in vom K+L-Dienst auch in eigener Verantwortung einnehmen (z.B. in der Schule). Für die Zwischenmahlzeit stehen Dir 15 Minuten zur Verfügung.

Das Ziel ist es, 5 - 6 Mahlzeiten pro Tag einzunehmen.

Betruhe

Direkt nach den Hauptmahlzeiten machst Du 3x am Tag 1 Stunde Betruhe, d.h. Du sitzt oder liegst auf Deinem Bett. WC-Gänge sind während der Betruhe nicht erlaubt. Besuche während der Betruhe sind erlaubt. Wenn Du das ganze Schulprogramm besuchen darfst, reduziert sich die Betruhe morgens auf 30 Min.

Die Betruhe wird im Verlauf gekürzt, sodass Du vor Austritt nach Hause keine Betruhe mehr machen musst.

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. Wenn Du mehr als 500g vom Eintrittsgewicht abnimmst und/oder es somatisch indiziert ist oder wenn die Gewichtszunahme stagniert, bekommst Du eine Sonde. Du sitzt während der Sondierung der Hauptmahlzeiten 30 Min. mit den Mitpatient*innen am Tisch, danach gehst Du 1 Stunde in die Betruhe (auch wenn die Sonde noch nicht ganz durchgelaufen ist).

Wenn Du es Dir zutraust, darfst Du die Sondennahrung auch trinken. Zwischenmahlzeiten werden sitzend oder liegend im Bett verabreicht.

Gewichtskontrollen

In der ersten Woche wirst du täglich morgens nach dem Toilettengang in Unterwäsche gewogen. Anschliessend erfolgt die Gewichtskontrolle noch zweimal wöchentlich.

Mobilität

Zu Beginn der Hospitalisation darfst Du Dich nur auf der Abteilung bewegen (ohne Balkon). 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 bei gutem Therapieverlauf möglich.

Therapieprogramm

Während Deines Aufenthalts bei uns hast Du nebst regelmässigen Einzelsitzungen bei Deiner/Deinem Psycholog*in wöchentlich auch ein Familiengespräch. Einmal wöchentlich nimmst Du an unsere K+L-Gruppe teil. Daneben bekommst Du Physio- und Ergotherapie im Einzelsetting. Wenn Du an Gewicht zunimmst, wirst Du auch die Patientenschule sowie die Heilpädagogik besuchen können. Weiter kommen bei gutem Verlauf die Gruppenangebote Turnen, Schwimmen und Kochen dazu.

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:

- Aufenthalt auf dem Balkon
- Besuch Heilpädagogik
- Teilnahme Patientenschule
- 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 entsprechenden Gewichts.

Besuche

Du darfst Deine Eltern und Geschwister täglich max. 90 Min. zu Besuch haben, am Wochenende 3 Std./Tag. Pro Woche darfst Du zudem einen weiteren Besuche 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 maximal vier weitere Besuche pro Woche möglich (à max. 2 Personen).

Besuche sind ausserhalb der Essens- und Therapiezeiten zu planen, abends bis spätestens um 21.00 Uhr.

Handy/elektronische Medien

Die Benützung von Deinem Handy oder anderen internettauglichen Geräten ist täglich mittags 30 Min. (12.00 – 12.30 Uhr) sowie abends zwei Stunden (18.00 – 20.00 Uhr) bzw. für Patient*innen unter 12 Jahren abends eine Stunde (18.00 – 19.00 Uhr) erlaubt. Die restliche Zeit musst Du Dein Smartphone abgeben. Abends darfst Du mit Deinen Mitpatient*innen einen Film schauen.

Regelverstösse

Du leidest an einer sehr schweren Krankheit, die eine schwere/anstrengende Therapie benötigt. Bei all den Regeln kann es vorkommen, dass Du gegen gewisse Regeln verstösst. Das Nichteinhalten der abgemachten Regeln führt zu Konsequenzen, die mit dem K+L-Team und Dir individuell besprochen werden.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Das K+L-Team

4.2 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 xy trinkt die Sondennahrung innerhalb von 30 Min.
TRINKEN		1,5 l/d Trinkprotokoll führen
GEWICHT	Eintrittsgewicht Austrittsgewicht Sondengrenze	32,3kg 36,0kg 31,5kg
GEWICHTSKONTROLLE		vorläufig täglich (bis 34kg)
BETTRUHE	1h nach Hauptmahlzeiten Keine Bettruhe nach Zwischenmahlzeiten	
VERGÜNSTIGUNGEN		32,3kg Eintrittsgewicht 32,8kg Balkon in Begleitung 33,2kg 30 Min. Spaziergang 33,8kg Schulbesuch 1h 34,2kg Schulbesuch 2h 34,8kg 90 Min. zusätzlicher Besuch/ pro Woche 35,3kg 60 Min. Spaziergang 35,8kg