

Die Therapie von Essstörungen in Südtirol

Ergebnis einer langen Entwicklung

*Wir stehen auf den Schultern derer die vor uns waren
(Ludwig Börne)*

Die 4 Gesundheitsbezirke in Südtirol



Das Netzwerk in Südtirol

Die ambulante Betreuung erfolgt durch die 4 Fachambulanzen:

- GB Bozen: ambulante Betreuung von Pat. mit Essstörungen durch SABES (Dienst für Diät und Ernährung, Dienst für KJP) Città Azzurra, INFES (Fachstelle für Essstörungen mit Beratung, Elterngruppen, Prävention)
- Meran: ambulante Betreuung von Pat. mit Essstörungen durch SABES (Dienst für Diät und Ernährung), Familienberatung Lilith, Familienberatung FABE, Caritas (im Vinschgau)
- Brixen: ambulante Betreuung von Pat. mit Essstörungen durch SABES (Pädiatrie, Dienst für Diät und Ernährung, Psychologischer Dienst, Innere Medizin, Psychiatrie)
- Bruneck: ambulante Betreuung von Pat. mit Essstörungen durch SABES (Dienst für Diät und Ernährung, Psychologischer Dienst) Sozialgenossenschaft EOS

Das Netzwerk Essstörungen in Südtirol

Stationäre Therapie

- Referenzzentrum für Pädiatrische Essstörungen Brixen (stationäre Patienten aus allen 4 Gesundheitsbezirken) stationäre Betreuung von Jugendlichen in der KJP Meran
- Nach der Entlassung, Weiterbetreuung im Day Hospital bzw. ambulant im jeweiligen Gesundheitsbezirk
- Stationäre Therapie Erwachsener auf alle 4 Gesundheitsbezirke aufgeteilt
- Referenzzentrum für Essstörungen im Erwachsenenalter in Planung
- Therapiezentrum Bad Bachgart (post-akute stationäre Rehabilitation für Erwachsene und Jugendliche ab 15 Jahren)

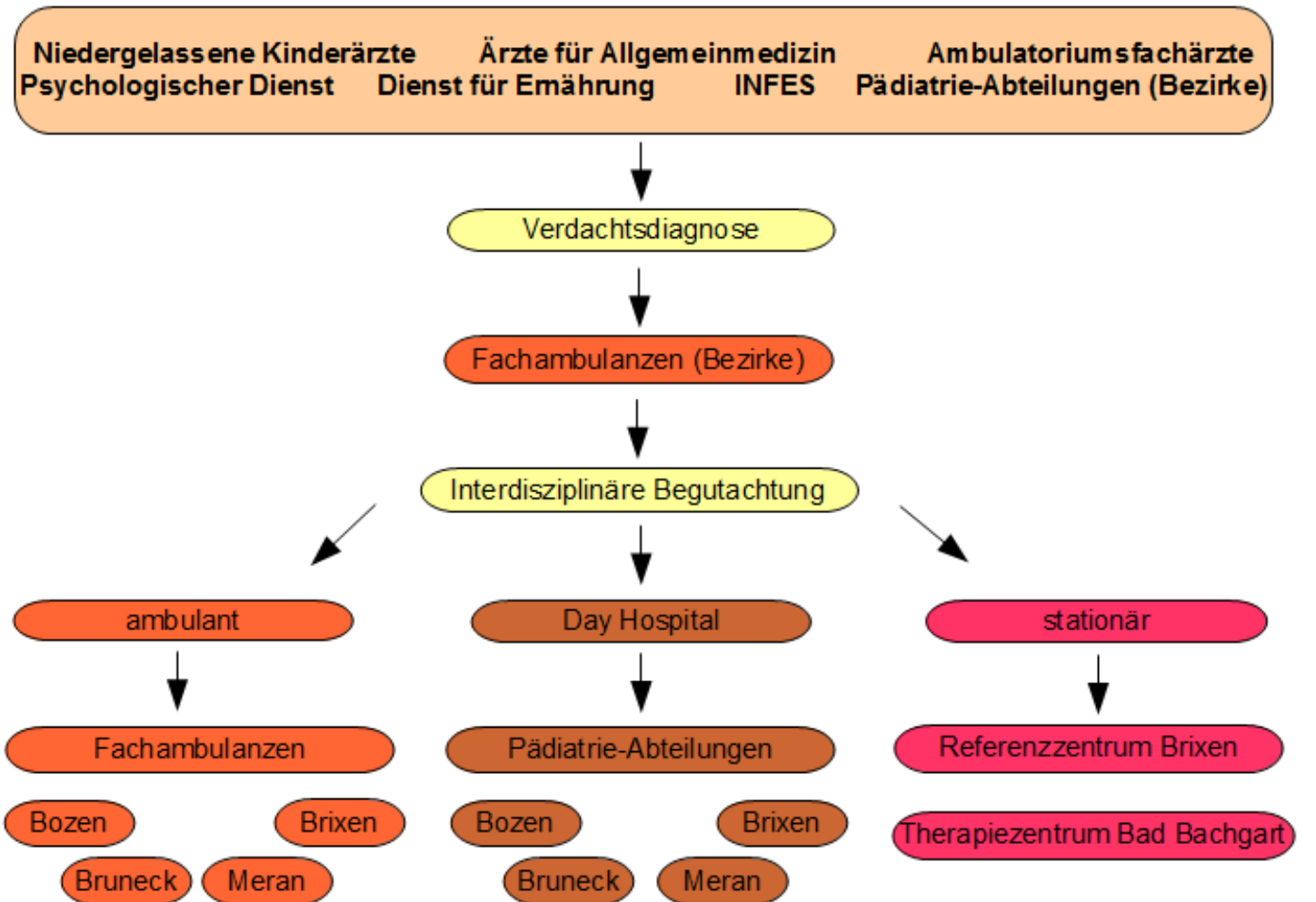
Das Netzwerk Essstörungen in Südtirol

Seit 01.07.2012 „Klinischer Betreuungspfade für Kinder und Jugendliche, die an einer Essstörung leiden“ aufbauend auf: *Percorso diagnostico terapeutico assistenziale 07.11.2006*

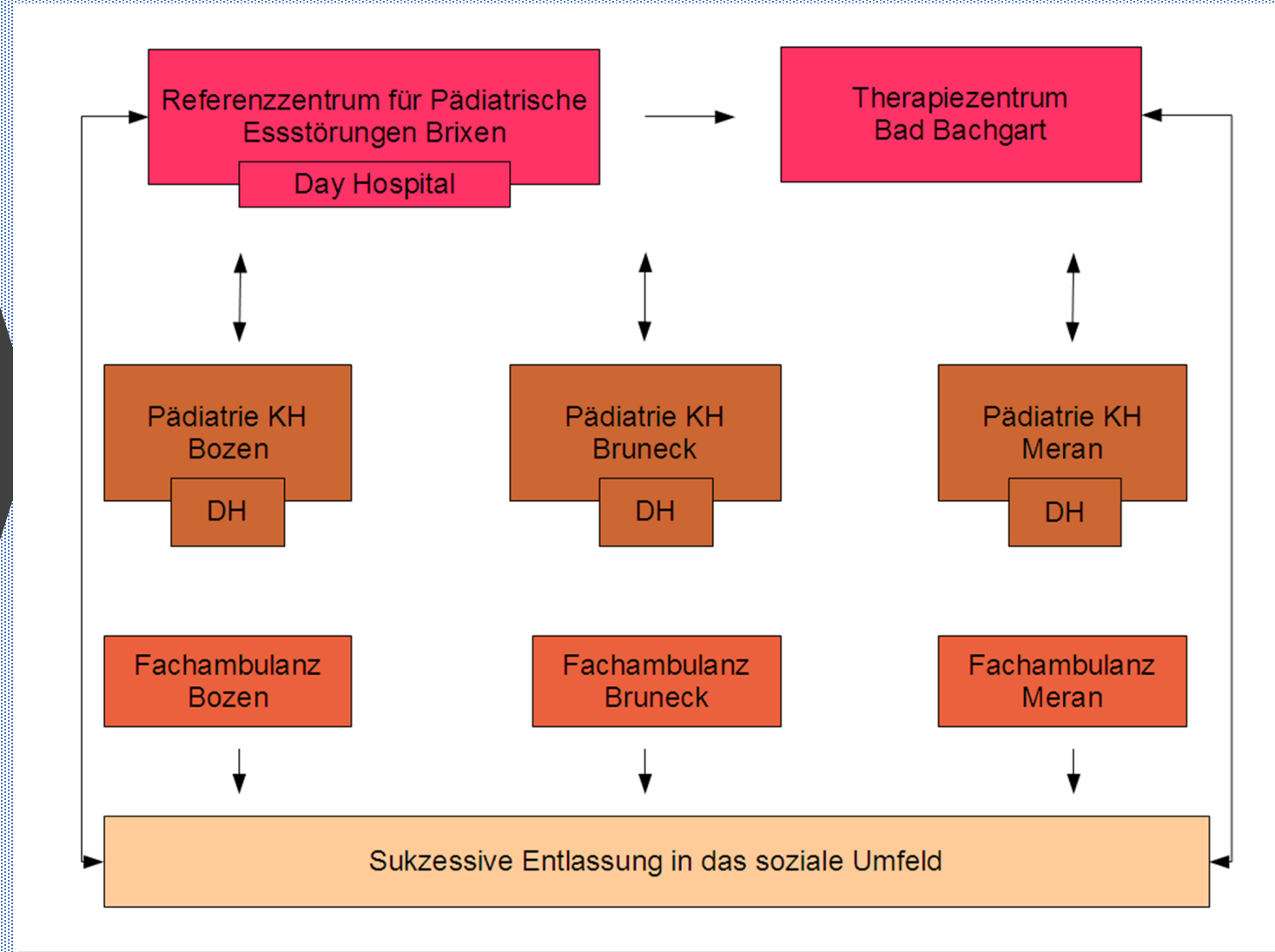
Gemeinsam mit allen in Südtirol tätigen Fachambulanzen für Essstörungen erarbeitet, orientiert sich an den wissenschaftlichen Leitlinien.

Nach genauer pädiatrisch-internistischer, psychologischer und ernährungsmedizinischer Diagnostik in den Fachambulanzen wird das weitere therapeutische Procedere festgelegt.

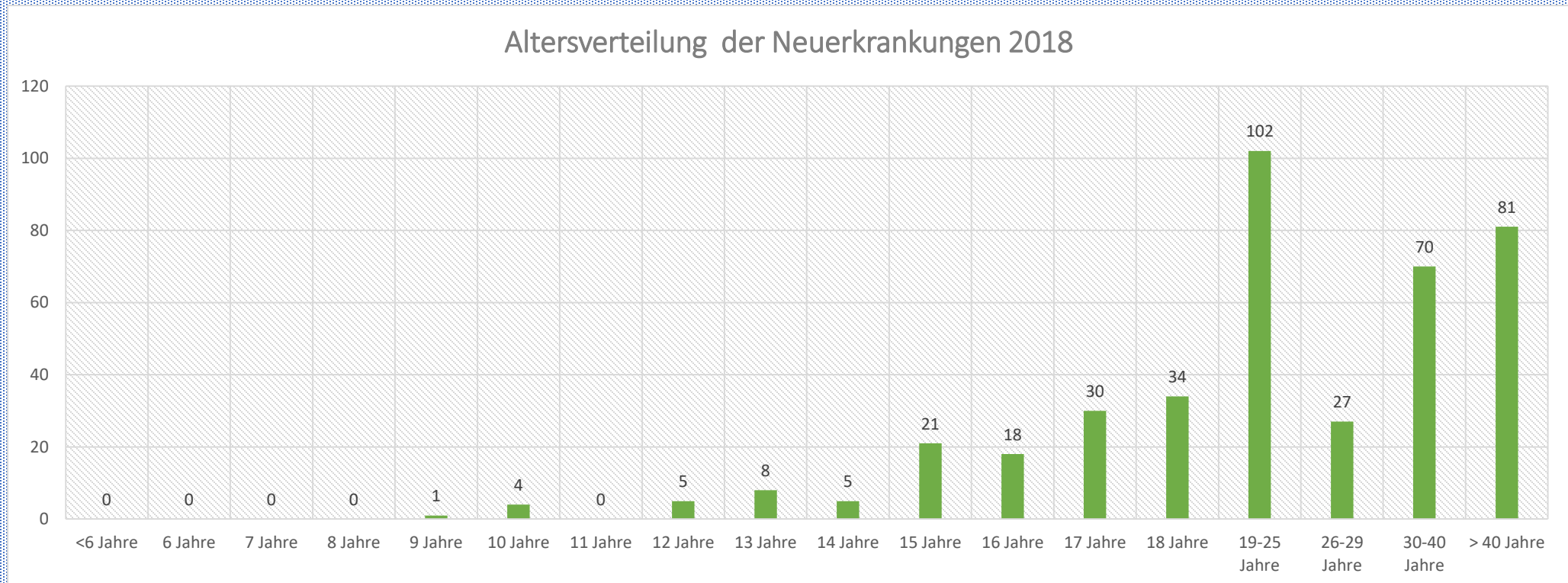
Netzwerk Essstörungen Südtirol



Netzwerk Essstörungen Südtirol (Minderjährige)



Statistik

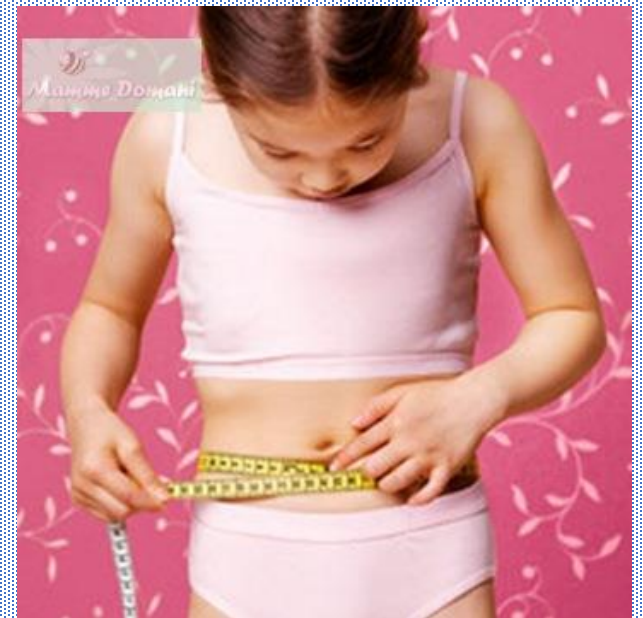


Insgesamt wurden **406 Patienten/Innen** mit Essstörungen im Jahr 2018 in Südtirol behandelt, davon waren **173 Neuerkrankungen**, 126 Neuerkrankungen im Alter von 9 bis 18 Jahren

Statistik

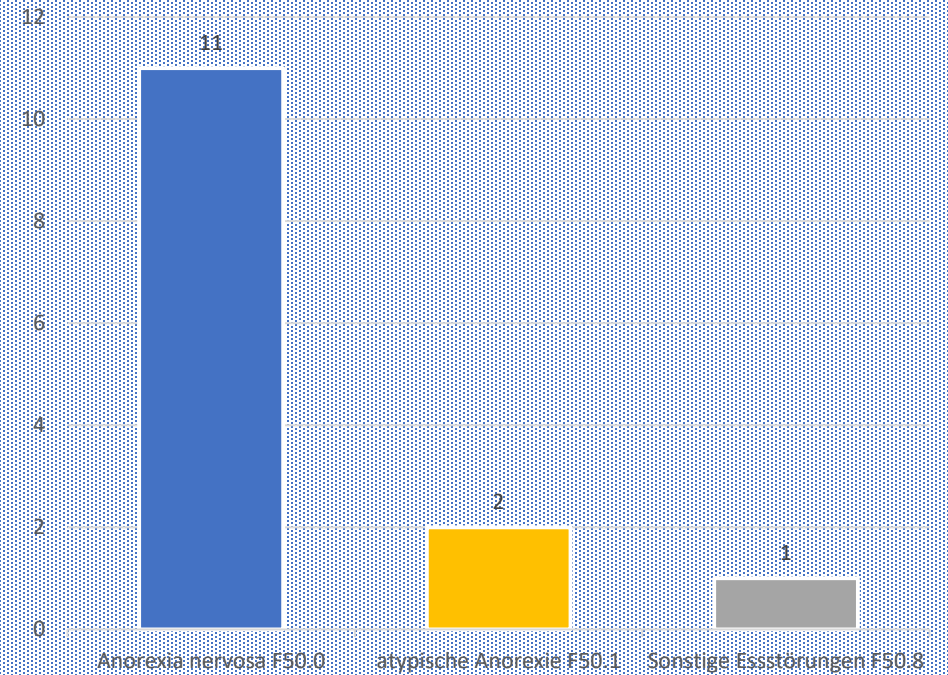
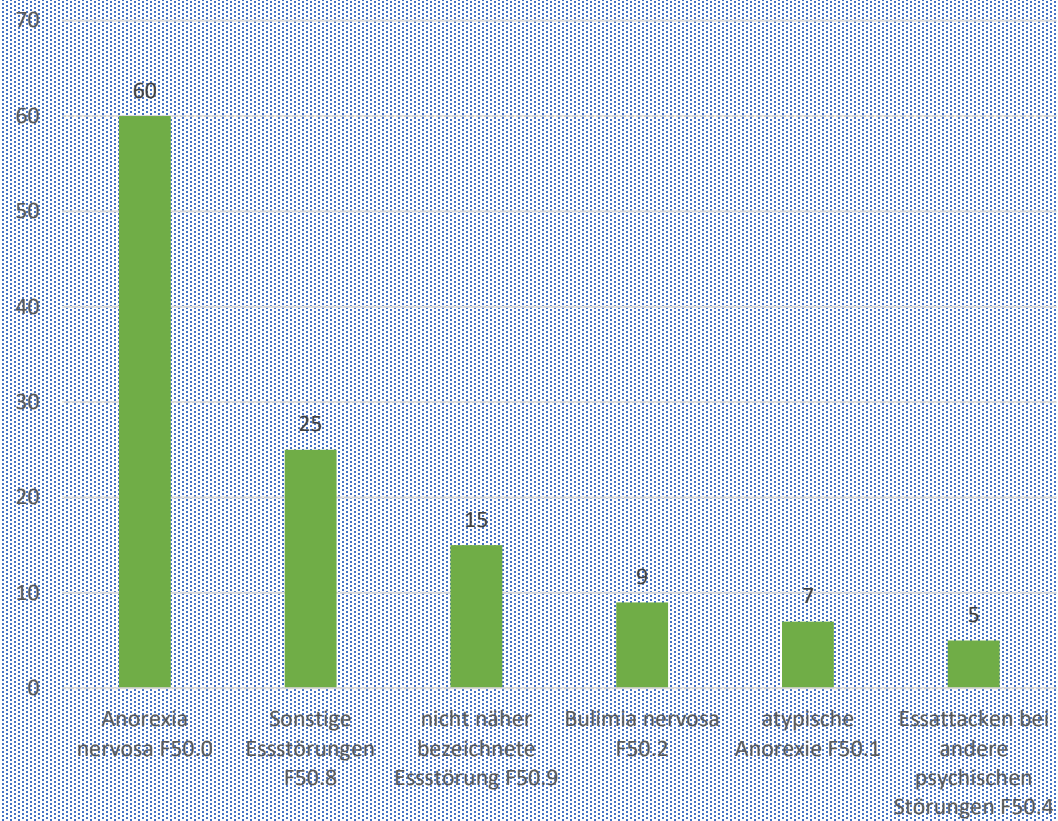
Diagnose	Anzahl	Prozent
Anorexia nervosa F50.0	157	39%
Sonstige Essstörungen F50.8	59	15%
Essattacken bei andere psychischen Störungen F50.4	58	14%
nicht näher bezeichnete Essstörung F50.9	56	14%
Bulimia nervosa F50.2	47	12%
atypische Anorexie F50.1	21	5%
atypische Bulimie F50.3	6	1,5%
Erbrechen bei anderen psychischen Störungen F50.5	2	0,5%

92% der Betroffenen sind **weiblich**, **8%** männlich.



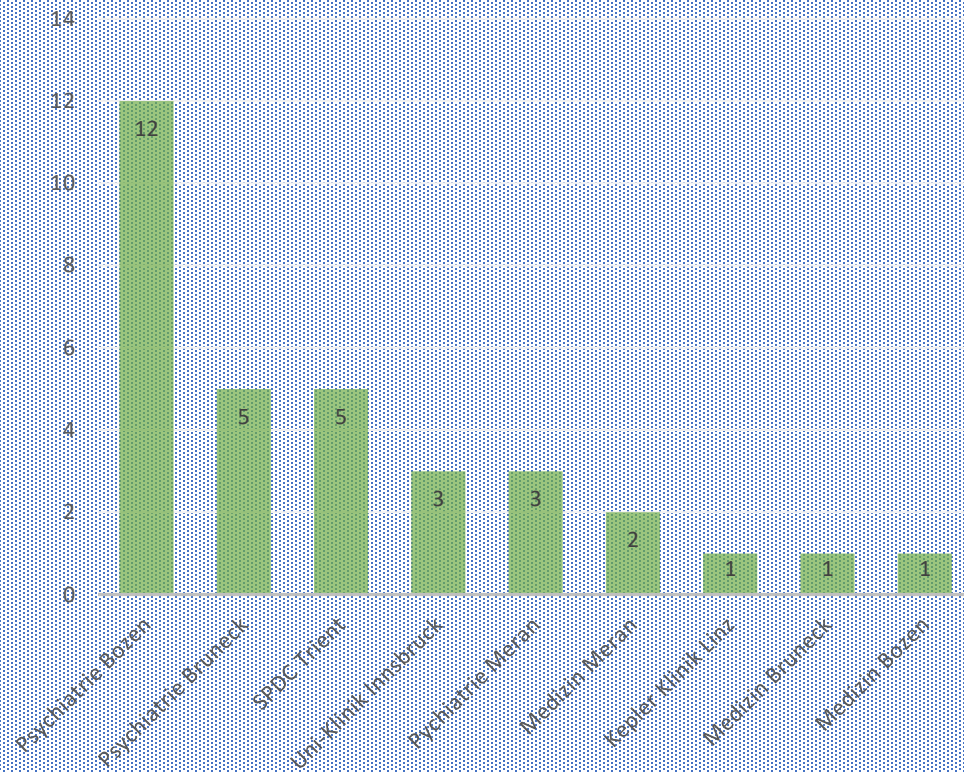
Statistik

Diagnosen 11-18 Jährige

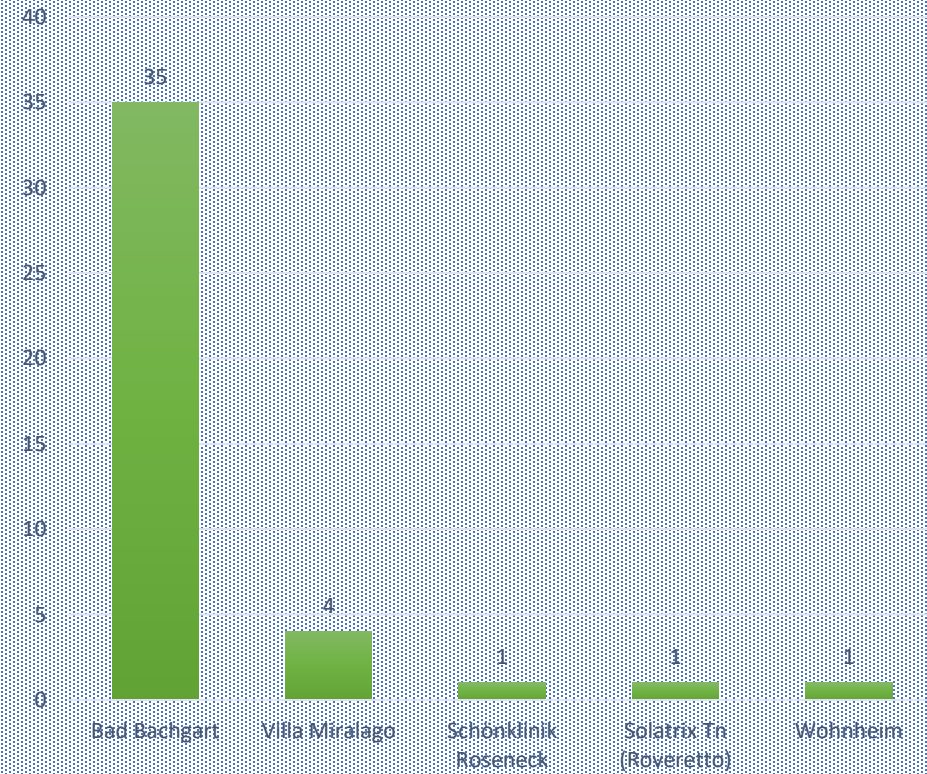


Diagnosen der im Referenzzentrum Brixen stationären pädiatrischen PatientInnen

Statistik



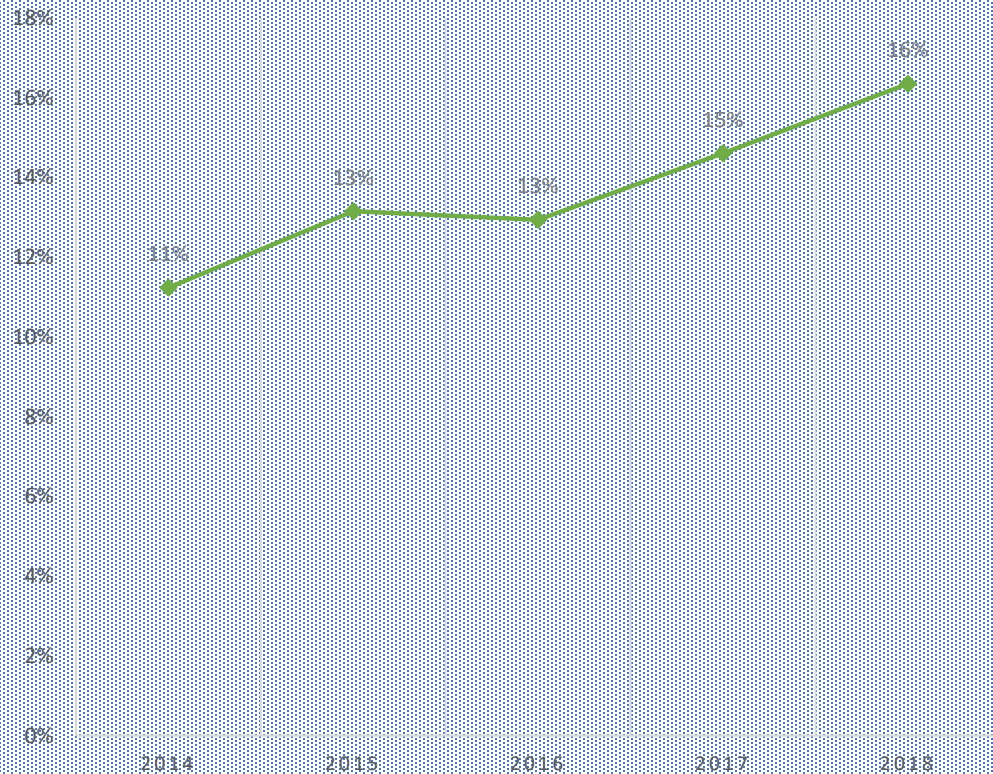
akut stationäre Aufenthalte Erwachsene



postakute stationäre Aufenthalte Erwachsene

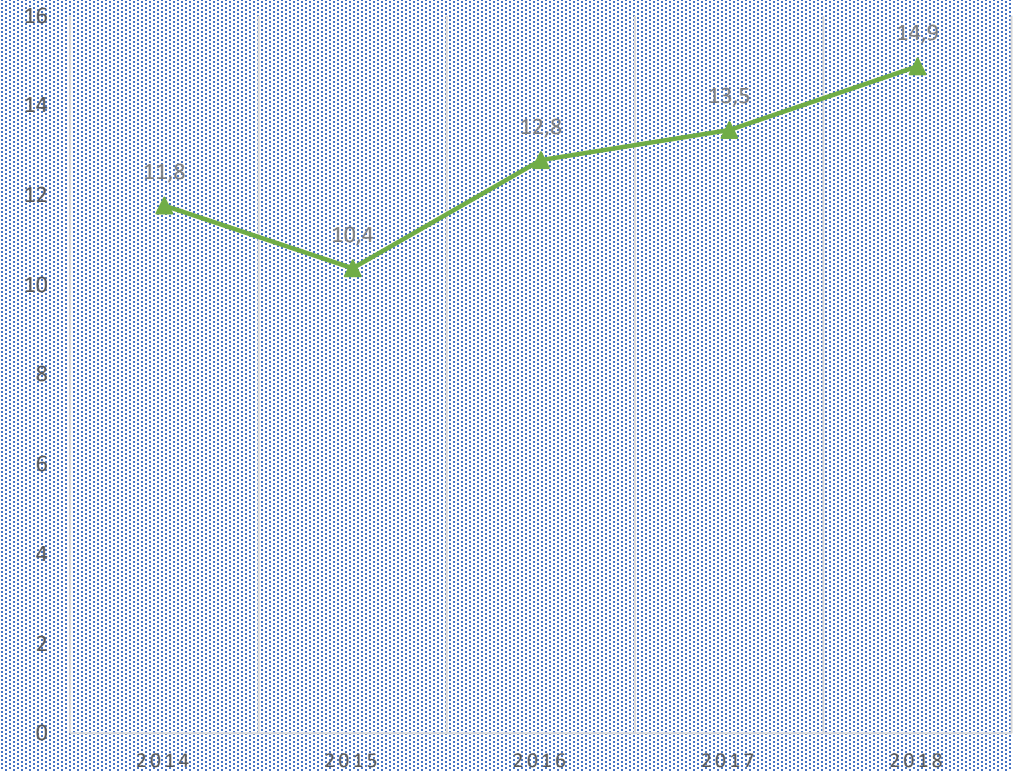
Statistik

Werden die Patienten mit Essstörungen immer jünger?



*Ersterkrankungen unter 14 Jahren in Prozent aller
Ersterkrankungen bis 18 Jahre (2014-2018)*

Nehmen die Essstörungen zu?



Inzidenz der Anorexia nervosa in der Gesamtbevölkerung von 2014 bis 2018

Therapie- Konzept allgemein

ambulante Therapie in der jeweiligen Fachambulanz des zuständigen Sanitätsbezirkes.

Bei Erfolglosigkeit Day Hospital (DH) bzw. eine stationäre Behandlung im Therapiezentrum Bad Bachgart

akute medizinischen Gefährdung:
in jedem Fall eine stationäre Behandlung im Referenzzentrum für Pädiatrische Essstörungen Brixen.

Rückfallprophylaxe DH im Anschluss an den stationären Aufenthalt (Umsetzen der erlernten Fähigkeiten, schrittweiser Übergang in den Alltag)




Interdisziplinäre
Behandlung

interdisziplinäre Behandlung (ambulant, teilstationär und stationär)

Fachleute aus dem internistisch- ernährungsmedizinischen Bereich und
Fachleute aus dem psychologisch-psychiatrischen Bereich arbeiten in
einem gemeinsamen und definierten Kontext zusammen.

Psychotherapie, integriert mit Ernährungsrehabilitation
Ernährungstherapie erhält psychotherapeutische Bedeutung, die
Psychotherapie schlägt sich im Ernährungsverhalten nieder.



Zusammensetzung
des Teams

Kinder- und Jugendpsychiater

Psychologe – Psychotherapeutin

Arzt mit internistischen und ernährungsmedizinischen Kenntnissen

Personal das unter Supervision von den oben angeführten Fachleuten arbeitet: Diätassistentin, Krankenpfleger, Sozialpädagogen, Pädagogen, Therapeuten und Personal in Ausbildung



Behandlungsziele

Wiederherstellung eines gesunden Ernährungszustandes mit gesunden und physiologischen Ernährungsgewohnheiten

unterbrechen der kompensatorischen Verhaltensweisen

Psychoedukation im Sinne der Veränderung der veränderten Ernährungsgewohnheiten

Identifikation und Therapie der psychologischen und verhaltensauffälligen Symptome

Identifikation und Behandlung der Komorbidität.

Kriterien für
eine
stationäre
Aufnahme

medizinische Kriterien:

- **kritisches Untergewicht mit BMI < 15** bei Adoleszenten und fortschreitender Gewichtsverlust oder keine hinreichende Gewichtszunahme, häufiges Erbrechen, unkontrollierbare Essattacken
- bei sehr jungen Patienten **Gewicht < 3er Perzentile**
- **somatische Komplikationen**, wie schwere Elektrolytentgleisung, schwere Ödeme, rezidivierende Synkopen
- **Gefährdung vitaler Funktionen** (RR<80/50mmHg, HF<40/min)
- da Kinder häufig über eine geringere prämorbidie Fettmasse verfügen, sind die somatischen Folgen des Hungerns meist gravierender als bei Jugendlichen, oder jungen Erwachsenen.

Kriterien für
eine
stationäre
Aufnahme

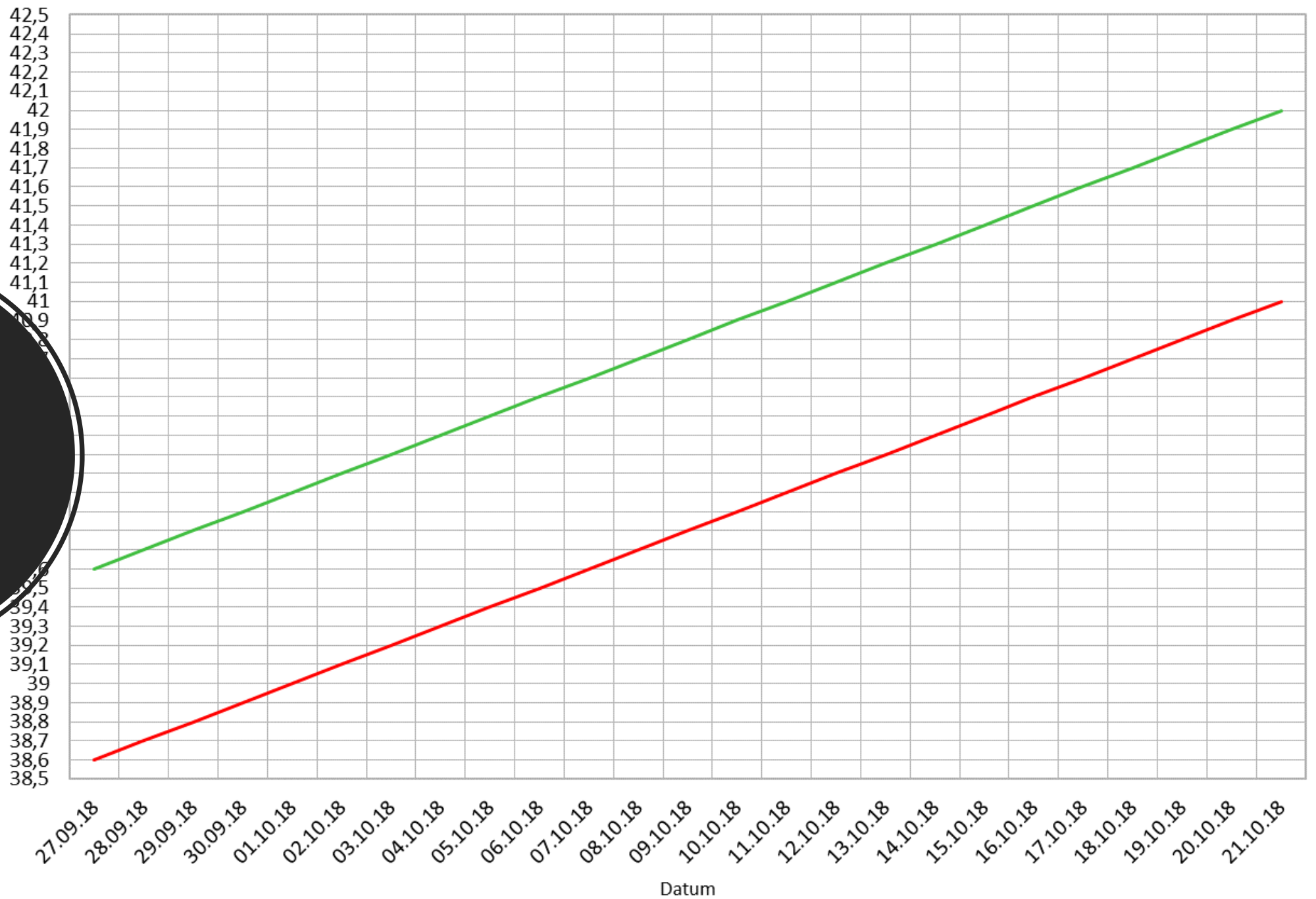
psychosoziale Kriterien:

- festgefahrene familiäre Interaktion
- V.a. Missbrauch oder Misshandlung
- soziale Isolation
- Selbstverletzung
- fehlgeschlagene Therapieversuche im ambulanten Setting und /oder Tagesklinik

Das stationäre Betreuungskonzept

- **Entlassungsgewicht** >10. Perzentile des BMI
- **3 Phasen**
- Differenz zwischen aktuellem Gewicht und Entlassungsgewicht geteilt durch 3

Phasenmodell



Phase 1

- **Gewichtszunahme:**
 - Dadurch Verbesserung der körperlichen, aber auch der psychischen Symptome.
- Ev. intensive **Überwachung** und Therapie
- manchmal Sondenernährung erforderlich
- Aufbau einer Behandlungsmotivation wird u.a. durch ein „**Bonus- malus**“- **Prinzip**
- **Therapievertrag:** Festlegung der Ziele
- Individuelle Berechnung der Kalorienzufuhr
- Bioimpedanzmessungen
- Essensbegleitung
- psychoedukative Interventionen.

Phase 2

- Verstärkung der Psychotherapie:
- auf Symptomebene im Sinne einer Psychoedukation
- Bearbeitung der zugrundeliegenden psychischen oder familiären Problematiken.
- Weiterhin strikt vorgegebener Ernährungsplan
- Lehrküche
- Musiktherapie, Ergotherapie, körperbezogene Therapien, tiergestützte Therapie



Phase 3

- Patienten sollen selbst die Nahrungsaufnahme steuern lernen. (schöpfen selbst die Portionen)
- Weiterführung der Psychotherapie
- Vorbereitung auf die Entlassung: psychotherapeutischen Schwerpunkt auf der Familientherapie bei jüngeren Kindern bei älteren: Förderung der Selbständigkeit
- Dauer der stationären Behandlung: je nach Behandlungserfolg und der stabiles Körpergewicht (mit BMI über der 10er Perzentile) stabile Persönlichkeitsstruktur
- Supportive Therapien



Ernährungsberatung

- Prinzipien einer gesunden, ausgewogenen Ernährung und deren Bedeutung für den Organismus
- Ziel: Überwindung der Gewichtspubie, Erreichen und Stabilisieren eines normalen Körpergewichtes.
- Wiederaufbau eines angemessenen Essverhaltens
- Einschätzen lernen von Portionsgrößen
- Aufbau einer Mahlzeitenstruktur
- Aufgeben der „Schwarzen Liste“
- regelmäßige Gewichtskontrollen
- Arbeiten mit Ernährungsprotokollen
- Bio-Impedanzanalyse zu Therapiebeginn und als Verlaufskontrolle

Das Refeeding-Syndrom

Entsteht, wenn zuvor mangelernährte Patienten eine zu kohlehydratreiche Nahrung bekommen

Leitsymptome:
Phosphatmangel und Ödeme

Vgl. Tod von KZ-Häftlingen nach Befreiung

Minnesota Experiment 6 Monate Hungern, in Wiederernährung Herzinsuffizienz und Atemnot

Hungerstoffwechsel

Glucosearmer Stoffwechsel

Im wesentlichen Fette (subcutanes Fett) und Proteine (Muskel) verstoffwechselt

Deutliche Verminderung der Herzmuskelmasse, exzessives Trinken kann zu plötzlichem Herzversagen führen

Eingeschränkter Zellstoffwechsel mit relativem Mangel an Mineralstoffen

Wiederernährung

Kohlehydratvermittelter Einstrom von Kalium, Phosphat und Magnesium

Mineralstoffmangel im Blut

Phosphatverbrauch weil es für viele lebenswichtigen Stoffwechselfvorgänge benötigt wird (z. B. Verbrennung der Glucose)

Hoher zirkulierender Insulinspiegel → weniger Wasser wird über die Nieren ausgeschieden + erhöhte Durchlässigkeit der Gefäßwände für Wasser

Folge: Ödeme und Herzversagen

Risikopatienten für Refeeding- Syndrom

„Null-Diät“ länger als 10 Tage

Bereits vorbestehende Elektrolytstörung, Ödeme,
Perikarderguß

Forcierte Wiederernährung (durch Pat. Selbst –
vermehrtes Essen von Schokoriegeln, durch
Glucoseinfusionen im Krankenhaus)

Niedriger BMI $<14,5/12$

Purging-Form der Anorexie

Risikopatienten für Refeeding- Syndrom

Parameter für ein hohes Risiko für ein Refeeding-Syndrom

BMI < 14 kg/m²

Verlust von 15 % Körpergewicht innerhalb 3 Monate

Sehr geringe oder keine Nahrungsaufnahme > 7 Tage vor
Beginn der Wiederernährung

Niedrige Serumwerte von Kalium, Magnesium oder
Phosphat vor Beginn der Wiederernährung

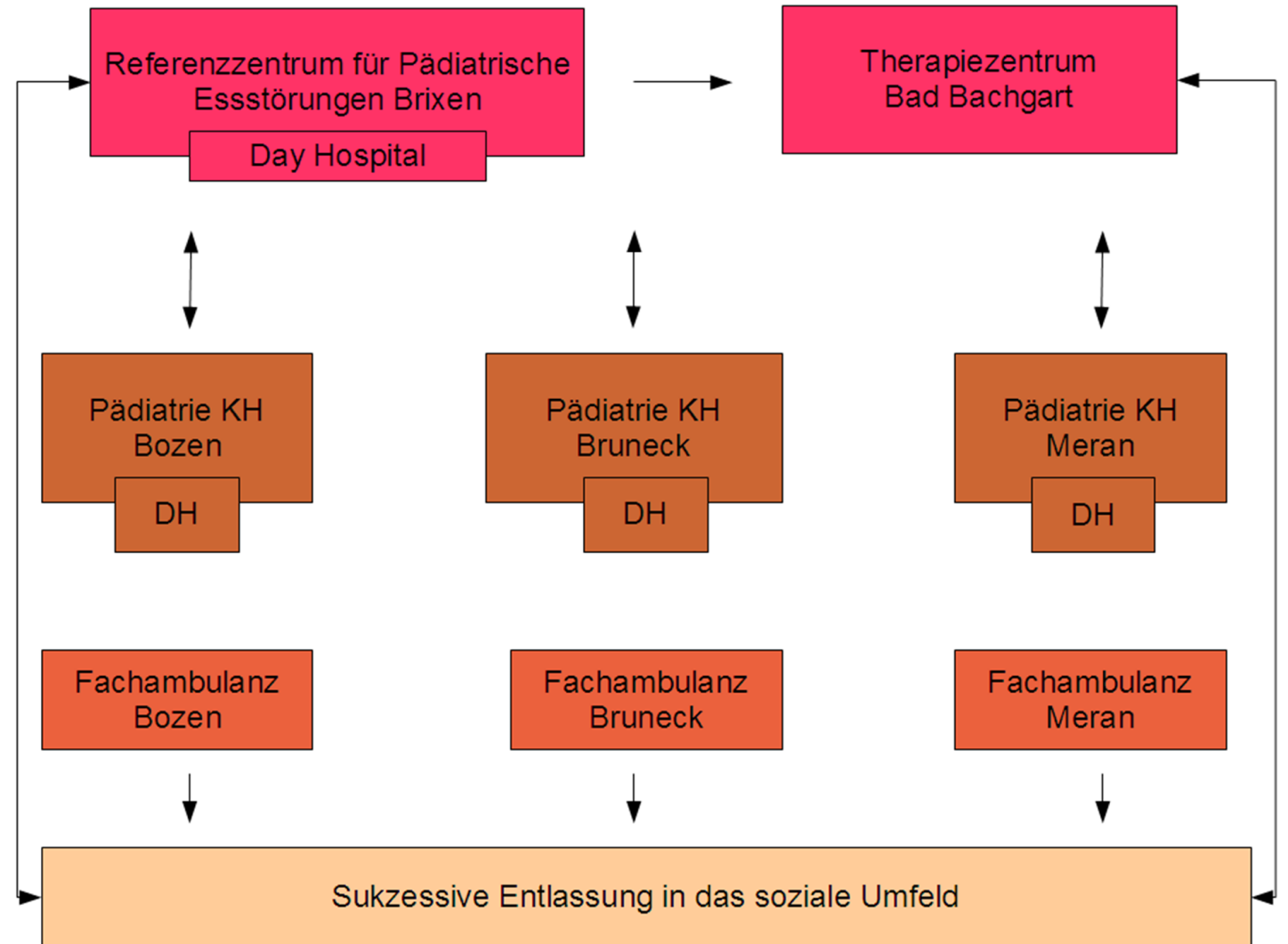
Ausgeprägtes Erbrechen oder ausgeprägter Gebrauch von
Diuretika oder Laxantien bei einem BMI < 16 kg/m²

Prophylaxe Refeeding Syndrom

- **Vermeidung eines Insulinexzesses** durch Begrenzung der Kohlehydratzufuhr
- Vermeidung einer zu starken Steigerung des intrazellulären Stoffwechsels durch **langsames steigern der Kalorienzufuhr**

Übergangsphase

- **Day Hospital**
- Der Alltag in Schule, Freizeit und Familie wird schrittweise geübt und gefestigt.
- Selbständigkeit der Speisenauswahl und der Portionenmenge
- enge Einbindung der Diätassistentinnen bei der Erstellung einer Essensplanung und bei der Beratung der Speisenwahl..



Übergangsphase – Day Hospital

an Wochentagen tagsüber zu vereinbarten Zeiten in den Pädiatrie Abteilungen der zuständigen Gesundheitsbezirke.

Dauer ca. 8-12 Wochen an 5-7 Tagen pro Woche (wird bei Erfolg reduziert)

Eventuell als Zwischenschritt, um eine stationäre Therapie zu vermeiden

Anforderungen an ein DH:

1 Raum, Kinderkrankenpflegerinnen der Abteilungen, Pädagogin /Sozialpädagogin, Konsiliarisches Personal: PsychologIn, ErnährungsberaterIn, Arzt.

Vorteile des Day Hospital

Beibehaltung der Sozialkontakte

Schulbesuch ist möglich

Die neu erworbenen Fähigkeiten können in der gewohnten Umgebung eingesetzt und erprobt werden

Verstärkt die Selbständigkeit und Unabhängigkeit

Schrittweise Wiedereingliederung in das soziale Umfeld mit Sicherheit der stationären Esssituation

Ernährungsrehabilitation

Bessere Behandlung von auslösenden oder aufrechterhaltenden Faktoren (soziales Umfeld, Familie etc.)

Übernachtung zu Hause in gewohnter Umgebung

Ambulante Nachbetreuung

Wichtige Rückfallprophylaxe !!

Ernährungsberatung

Integrationshilfe für Schule, Beruf und Freizeit,
einschließlich des Kontaktes zu Gleichaltrigen

Unterstützung beim Erwerb
altersentsprechender Kompetenzen

Fortführung der psychotherapeutischen
Behandlung und der Familienarbeit.

Das zukünftige
Netzwerk
Essstörungen in
Südtirol

*Wohngemeinschaft in Bozen mit
Tagesklinik*

Tageszentrum in Meran

Landesweites Zentrum für Essstörungen
im Erwachsenenbereich an der
Psychiatrie am Krankenhaus Brixen



Danke für die Aufmerksamkeit