

Integrierte Komplexbehandlung bei extremer Anorexia nervosa



Ein interdisziplinäres Behandlungskonzept des
Universitätsspitals Zürich

Integrated Complex Treatment for Extreme Anorexia Nervosa;
An Interdisciplinary Treatment Concept of the University Hospital Zurich

Gabriella Milos¹, Maria Wolf^{1,2}, Lara Robetin², Melanie Sprenger³, Settimio Monteverde⁴
und Dominik Schaefer²

¹Universitätsspital Zürich, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Zentrum für Essstörungen, Zürich

²Universitätsspital Zürich, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Zürich

³Universitätsspital Zürich, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung, Ernährungsberatung, Zürich

⁴Universitätsspital Zürich, Klinische Ethik, Zürich

Zusammenfassung: Die gravierende körperliche, psychische und psychosoziale Morbidität infolge von Anorexia nervosa wird von Betroffenen häufig trotz ausgeprägter Einschränkungen als weniger schwerwiegend wahrgenommen als von ihrem Umfeld. Ärzte und andere Fachpersonen im Gesundheitswesen sind daher regelmässig mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass dringend notwendige medizinische Massnahmen von Betroffenen als unnötig oder sogar bedrohlich angesehen und abgelehnt werden. Obwohl Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa sich in der Regel eine Verbesserung ihres Zustands wünschen, sind sie meist nur als Reaktion auf hohen äusseren Druck in der Lage, eine Behandlung, die auf eine Normalisierung des Essverhaltens und eine Gewichtszunahme abzielt, zuzulassen. Zur Behandlung der Patientinnen und Patienten ist in Anbetracht dieser Ausgangslage ein interdisziplinäres Team erforderlich, das Erfahrung mit diesen Behandlungen hat. Eine enge Zusammenarbeit ist nötig, um einen tragenden Behandlungsrahmen gewährleisten zu können.

Schlüsselwörter: Anorexia nervosa, extreme Anorexia nervosa, Komplexbehandlung, Interdisziplinarität, Urteilsfähigkeit

Abstract: The serious physical mental and psychosocial morbidity due to anorexia nervosa is often perceived by sufferers as less serious than from their environment. Doctors and other healthcare professionals are therefore confronted with the difficulty that urgent medical treatment is considered as unnecessary or even threatening by those affected. Although patients with anorexia nervosa usually wish to improve their condition, they are usually only able to tolerate treatment aimed at normalizing eating behavior and gaining weight in response to high external pressure. In view of this situation, an interdisciplinary team with experience in these treatments is required to treat these patients. Close cooperation is necessary to ensure a supporting treatment framework.

Keywords: Anorexia nervosa, extreme anorexia nervosa, complex treatment, interdisciplinarity, ability to judge

Résumé: La morbidité physique, psychologique et psychosociale grave causée par l'anorexie mentale est souvent perçue par les patients comme moins grave que par leur environnement, malgré des restrictions prononcées. Les médecins et autres professionnels de la santé sont donc régulièrement confrontés à la difficulté que des mesures médicales urgentes sont considérées comme inutiles, voire menaçantes et rejetées par les personnes concernées. Bien que les patients atteints d'anorexie nerveuse souhaitent généralement améliorer leur état, ils ne peuvent généralement permettre qu'un traitement visant à normaliser leur comportement alimentaire et à prendre du poids en réaction à une pression externe élevée. Face à cette situation, une équipe interdisciplinaire ayant de l'expérience dans ces traitements est nécessaire pour traiter les patients. Une coopération étroite est nécessaire pour garantir un cadre de traitement de soutien.

Mots-clés: Anorexie mentale, anorexie mentale extrême, traitement complexe, interdisciplinarité, capacité à juger

Die Anorexia nervosa (AN) ist eine schwere psychische Erkrankung, deren Lebenszeitprävalenz in der Schweizer Be-

völkerung 1,2% für Frauen und 0,2% für Männer beträgt [1]. Kardinalsymptome der AN bestehen in einem deut-

lichen, selbst induzierten Untergewicht ($\text{BMI} \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$), ausgeprägter Angst vor Gewichtszunahme, einer verzerrten Körperwahrnehmung (Körperschema-Störung) sowie einer teils unkontrollierten, innerlichen Auseinandersetzung mit der eigenen Ernährung [2]. Infolge der dauerhaften Unterernährung kommt es bei Betroffenen je nach Ausprägung und Dauer des Untergewichts zu zahlreichen somatischen Folgeerscheinungen, die teilweise irreversibel sein können ([2, 3], z.B. spontane Knochenbrüche, Niereninsuffizienz, Leberversagen). Aufgrund der schwerwiegenden körperlichen und seelischen Belastungen kann die AN auch bei jungen Menschen eine Invalidität zur Folge haben. Die standardisierte Mortalitätsrate (Todesfälle in der Studienpopulation im Vergleich zu der Anzahl an Todesfällen, die in der Normalbevölkerung erwartet würden) bei AN beträgt gemäss einer jüngeren Metaanalyse 5,6 [4]. Die meisten Todesfälle sind eine direkte Folge medizinischer Komplikationen, unter denen insbesondere kardiale Funktionsstörungen sowie schwere Infektionen zu nennen sind. Trotz hoher psychiatrischer Komorbidität bei Vorliegen einer AN stellen Suizide nur ca. 20 % der Todesursachen dar [3].

Die Erkrankung beginnt oft in der Adoleszenz oder dem frühen Erwachsenenalter. Häufig sind Diäten, die während dieser Lebensphasen häufig vorkommen, bei vulnerablen Menschen der Einstieg in eine Essstörung.

Bei Auftreten einer AN fällt es den Betroffenen – v.a. bei schweren Fällen – schwer, einen Ausweg aus dem pathologischen Essverhalten zu finden, und es besteht eine deutliche Tendenz zu einer Chronifizierung der Erkrankung [5]. Trotz intensiver Forschung konnten bis heute keine Prädiktoren identifiziert werden, die den langfristigen Verlauf vorhersagen [6, 7].

Aufgrund der prognostischen Relevanz des Ausmasses des Untergewichts werden verschiedene Schweregrade der AN voneinander abgegrenzt; von einer *moderaten* Ausprägung ($\text{BMI} 16\text{--}17,5 \text{ kg/m}^2$) wird eine *schwere* ($\text{BMI} 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$) und eine *extreme* AN ($\text{BMI} < 15 \text{ kg/m}^2$) unterschieden [8].

Internationale Leitlinien für die Behandlung der AN (z.B. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen, Tabelle 1 [9]) zielen darauf ab, ein alters- und konstitutionsangepasstes Gewicht zu erreichen und beizubehalten sowie eine Normalisierung des Essverhaltens zu etablieren. Die genannten Behandlungsziele verhalten sich somit genau entgegengesetzt zu der für die AN spezifischen, zentralen Psychopathologie, nämlich der Angst vor Gewichtszunahme. Aus dieser Konstellation lässt sich leicht ableiten, dass die Betroffenen häufig eine hohe Ambivalenz oder Ablehnung gegenüber der Behandlung aufweisen, woraus eine schwierige Situation für den behandelnden Arzt resultiert. Ihm fällt die Aufgabe zu, die Patientin für eine medizinisch-psychiatrische Behandlung zu gewinnen. (Da Frauen die Mehrheit der Betroffenen darstellen, wird im nachfolgenden Text die weibliche Form angewendet.)

Das Zentrum für Essstörungen (ZES) der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik des Universitäts-

Tabelle 1. Behandlungsziele für AN (nach S3-Leitlinien) [9]

-
- a) Wiederherstellung und Halten eines für Alter und Grösse angemessenen Körpergewichts
 - b) Normalisierung des Essverhaltens
 - c) Behandlung körperlicher Folgen von Essverhalten und Untergewicht
 - d) Beeinflussung der dem Störungsbild zugrundeliegenden Schwierigkeiten auf emotionaler, kognitiver und interaktioneller Ebene
 - e) Förderung der sozialen Integration, die oft mit einem «Nachholen» verpasster Entwicklungsschritte verbunden ist
-

spitals Zürich (USZ) hat sich seit vielen Jahren auf die integrierte Komplexbehandlung von Menschen mit schweren Essstörungen spezialisiert. Die Patientinnen, die in die Komplexbehandlung aufgenommen werden, weisen meist eine extreme Form der AN ($\text{BMI} < 15 \text{ kg/m}^2$) auf und können aufgrund der hohen somatischen Gefährdung in rein psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen nicht adäquat behandelt werden.

Die Besonderheit der Komplexbehandlung im USZ besteht darin, dass eine spezialisierte psychiatrische Behandlung im Rahmen eines somatischen Krankenhauses und unter enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin sowie mit weiteren Fachkliniken (u.a. den Kliniken für Endokrinologie, Gynäkologie und Rheumatologie) gewährleistet werden kann.

Die jahrelange interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit hat inzwischen zu der Entwicklung einer fachübergreifenden Expertise beigetragen, wodurch die Einhaltung der auf internationaler Evidenz basierenden Leitlinie zur Behandlung der AN ermöglicht wird [9, 10]. Die Behandlung hat sich in der letzten Zeit noch verbessert durch das Einrichten einer Oberarztstelle, die in beiden Institutionen angesiedelt ist, nämlich im ZES und in der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin.

Der vorliegende Artikel gibt einen Einblick in die integrierte Komplexbehandlung der AN am USZ.

Aufgrund der komplexen Ausgangssituation wird die Behandlung durch ein eng zusammenarbeitendes *interprofessionelles* (d.h. verschiedene Professionen umfassendes) und *interdisziplinäres* (d.h. unterschiedliche Fachrichtungen innerhalb der Medizin umfassendes) Team durchgeführt. Das Ziel der Behandlung ist es, primär die akute Lebensgefährdung abzuwenden, die Patientinnen beim Wiederaufnehmen einer regelmässigen Ernährung zu unterstützen und Interesse für eine weiterführende Therapie zu wecken.

Patientinnen, die nach Abschluss der Komplexbehandlung eine hinreichende Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation aufweisen, können in das störungsspezi-

Im Artikel verwendete Abkürzungen

AN	Anorexia nervosa
BMI	Body-Mass-Index
USZ	Universitätsspital Zürich
ZES	Zentrum für Essstörungen

fische stationäre oder ambulante Behandlungsprogramm des ZES oder in eine externe Therapie übernommen werden.

Beginn der Behandlung

Die Patientinnen werden meist von Hausärzten, Psychiatern, Spitälern oder Kliniken an das USZ verwiesen, nachdem sämtliche ambulanten oder stationären Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden.

Zum Zeitpunkt der Zuweisung liegt in fast allen Fällen bereits eine deutlich belastete Gesamtsituation vor. Neben einer kritischen körperlichen und psychischen Verfassung der Patientinnen besteht häufig eine ausgeprägte Hilflosigkeit in ihrem familiären und sonstigen sozialen Umfeld. Angehörige geben im Arztgespräch häufig an, dass sie bereits den Zugang zur betroffenen Person verloren haben und dass Machtkämpfe über das Essen schon zur Tagesordnung gehören. Häufig stellen sich Patientinnen infolge von Fremdmotivation durch ihre Angehörigen im USZ vor, ohne selbst von der Behandlungsnotwendigkeit überzeugt zu sein.

Bei elektiven Zuweisungen werden die Patientinnen zur Voruntersuchung und Besprechung des Behandlungsrahmens in die psychosomatische Sprechstunde der medizinischen Poliklinik eingeladen (Tabelle 2).

Zusätzlich erfolgt eine detaillierte Aufklärung über die Merkmale der AN und deren somatische sowie psychologische Bedeutung.

Bei notfallmässigen Einweisungen erfolgen die medizinische Beurteilung und das Aufnahmemanagement durch die Klinik für Notfallmedizin.

Es kann in dieser Situation vorkommen, dass Patientinnen die indizierte Behandlung trotz ausführlicher Aufklärung durch den Arzt ablehnen. Da viele Patientinnen mit tiefem Körpergewicht infolge einer AN eine eingeschränkte Urteilsfähigkeit hinsichtlich ihrer Erkrankung aufweisen, ist im Falle der Behandlungsablehnung und gleichzeitiger subakuter oder akuter Lebensbedrohung die Urteilsfähigkeit der Patientin in Frage zu stellen.

Die Urteilsfähigkeit bei Anorexia nervosa [12]

Grundsätzlich gelten bei Patientinnen mit AN dieselben gesetzlichen, berufsrechtlichen und ethischen Kriterien der Urteilsfähigkeit wie bei anderen Patientinnen auch (Art. 16 ZGB, Art. 377 ff. ZGB [13]).

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit bei AN-Patientinnen erfordert jedoch besondere psychiatrische Exploration und Kenntnisse. Im Gespräch wirken Menschen mit AN vordergründig oft klar, kohärent und überlegt. Sie erbringen nicht selten gute Leistungen in der Ausbildung

Tabelle 2. Warnzeichen für ein erhöhtes medizinisches Risiko, bzw. weitere Faktoren, die zur Risikobeurteilung von Patientinnen mit AN relevant sind und eine stationäre Hospitalisation erfordern (modifiziert nach [3, 11]).

Gewicht

- BMI <14 kg/m²
- Schneller Gewichtsverlust >1 kg/Woche

Medizinischer Status

- Puls <50/min
- Herzrhythmusstörungen
- QTc >450 ms
- Posturale Tachykardie (Anstieg >20 bpm)
- Hypotonie (< 80/50 mmHG), Posturale Hypotonie (Abfall >20 mmHg)
- Körpertemperatur <35,5 °C
- Hypokaliämie <3,0 mmol/l
- Neutropenie
- Hypophosphatämie <0,5 mmol/l
- Fehlende Fähigkeit, ohne Hinzunahme der Arme aus der Hockstellung aufzustehen

Zusätzliche Faktoren

- Ausgeprägtes Ess-Brech-Verhalten (z.B. mehrfach täglich)
- Fehlendes Ansprechen auf ambulante Behandlungen
- Untragbare familiäre Situation
- Schwere psychiatrische Komorbidität
- Suizidalität

und sind perfektionistisch veranlagt. Trotz der schweren Krankheit können sie noch erstaunlich lange im Alltag funktionieren. Nur wenn gezielt Fragen über die eigene Ernährung, über die Wahrnehmung des eigenen Körpers oder über die Notwendigkeit einer Behandlung oder der Normalisierung des Gewichtes gestellt werden, tritt die Psychopathologie der Erkrankten zu Tage.

Personen mit schwerer AN sind sehr häufig nicht mehr in der Lage, die Gefährlichkeit der Situation wahrzunehmen und vernunftgemäss zu handeln [14]. Gerade die Vernunftgemässheit im Handeln stellt aber nach juristischer Lehre ein notwendiges Merkmal von Urteilsfähigkeit dar (Art. 16 ZGB). Betroffene sind schwer unterernährt, oft depressiv und leiden an Einschränkungen der kognitiven Funktionen. Die Fähigkeit, Informationen in einen Gesamtzusammenhang einzuordnen ist reduziert, dazu sind AN-Erkrankte wenig flexibel und haben Schwierigkeiten, die Folgen des eigenen Handelns vorherzusehen. Mehrere Studien können belegen, dass die exekutiven Funktionen (z. B. die Entscheidungsfähigkeit) bei AN in der Regel beeinträchtigt sind [15–19]. Erschwerend ist, dass bei AN oft komorbide psychiatrische Störungen vorhanden sind, wie Depression, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen

gen [20]. Wegen der Komplexität der psychischen und somatischen Situation soll bei dieser Erkrankung eine Ablehnung der Behandlung vor dem Hintergrund dieser mehrdimensionalen Beeinträchtigungen verstanden und berücksichtigt werden.

In den meisten Fällen von schwerster, vital lebensbedrohlicher AN muss daher davon ausgegangen werden, dass die Urteilsfähigkeit kompromittiert ist. Diese Tatsache entbindet jedoch nicht davon, die Urteilsfähigkeit jeweils spezifisch (i.d.R. von einer Fachperson der Psychiatrie) zu prüfen und eine festgestellte Urteilsunfähigkeit zu begründen. Liegt Urteilsunfähigkeit vor, ist zwingend die vertretungsberechtigte Person beizuziehen.

Bei akuter vitaler Gefährdung einer urteilsunfähigen Patientin (z.B. Kreislaufversagen, Leberversagen), kann gestützt auf Art 379 ZGB nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person gehandelt werden. D.h. sind lebensrettende (evtl. auch intensivmedizinische) Massnahmen indiziert, sind diese unverzüglich einzuleiten, sofern anzunehmen ist, dass die Massnahmen dem mutmasslichen Willen sowie den Interessen der Patientin entsprechen. Der Therapieplan ist so bald wie möglich mit der gesetzlichen Vertretung der Patientin zu besprechen.

Liegt hingegen in der akuten Gefährdungssituation eine Urteilsfähigkeit vor, ist grundsätzlich der Patientenwille zu respektieren.

Generell ist zu berücksichtigen, dass es sich sehr oft um schwerkranke junge AN-Patientinnen handelt, bei denen das Nicht-Essen nicht als Essverweigerung im Sinne eines Hungerstreiks zu sehen ist, sondern als Äusserung einer tiefgreifenden psychiatrischen Erkrankung, die ihnen nicht erlaubt, sich adäquat zu ernähren. Bei vitaler Gefährdung haben diese Menschen damit Anrecht auf eine Behandlung [9, 21].

Mögliche Szenarien bei vitaler Gefährdung [12]

A) Patientin ist akut vital bedroht, stimmt einer stationären internistischen Behandlung zu: Je nach somatischem Zustand erfolgt die Therapie auf der Inneren Medizin oder Intensivpflegestation.

Im Vordergrund steht hier die Stabilisierung der somatischen Situation und die Initiierung einer zielführenden Behandlung. Die Patientin wird somatisch und psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelt. Es wird grossen Wert auf einen individualisierten Therapieplan gelegt unter Berücksichtigung der Hauptziele der Behandlung.

B) Patientin ist akut vital bedroht, stimmt aber einer stationären Behandlung nicht zu.

Die Urteilsfähigkeit und die Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit wird von einer Fachperson der Psychiatrie mit Erfahrung mit dem Krankheitsbild geprüft.

Liegt eine Urteilsunfähigkeit vor, ist zwingend die vertretungsberechtigte Person beizuziehen. Die beteiligten Fachpersonen – Innere Medizin, Psychiatrie, Pflege, Ernährungsberatung, klinische Ethik, je nach Situation auch Intensivmedizin und Rechtsdienst – diskutieren gemeinsam mit der vertretungsberechtigten Person sehr sorgfältig Vor- und Nachteile einer Behandlung gegen den Willen der Patientin. Bei Zustimmung der Behandlung wird die Patientin analog zu Szenario A) behandelt. C) Patientin ist chronisch krank (10–20 Jahre oder länger), hat trotz mehrerer Behandlungen konstant eine sehr schlechte Lebensqualität und will selber nicht mehr lebensverlängernd behandelt werden. Nach eingehender psychiatrischer, somatischer, medizin-ethischer und juristischer Abklärung ist – unter Einbezug der gesetzlichen Vertretung und gegebenenfalls weiterer nahestehender Personen und Angehöriger – ein palliatives Behandlungskonzept in Betracht zu ziehen.

Behandlung in der Klinik für Innere Medizin

Interessant ist die Beobachtung, dass auch Patientinnen, die die Behandlung zu Beginn ablehnen, in der Mehrheit der Fälle nach kurzer Zeit eine gute Compliance aufweisen.

Die Patientinnen werden, falls keine Überwachungspflicht besteht, auf die reguläre Bettenstation der Klinik für Innere Medizin aufgenommen.

Zu Beginn der Behandlung wird eine Therapievereinbarung getroffen, die wichtige Rahmenbedingungen der Behandlung festlegt (Tabelle 3).

Aufgrund der starken Ängste ist es den Patientinnen ohne klar definierten Therapierahmen nicht möglich, einen Weg aus der gefährlichen Situation zu finden und wieder regelmässige Mahlzeiten einzunehmen. Wegen der grossen Ängste gegenüber dem Inhalt der Behandlung versuchen Patientinnen mit Essstörungen nicht selten, Therapien und Abmachungen zu umgehen. Oft werden verschiedene Inhalte bei verschiedenen Behandlern (z.B. Ärzte, Pflegefachpersonen, weitere Therapeuten) depo-

Tabelle 3. Elemente der Behandlungsvereinbarung

Mahlzeiten	→ festgesetzter Kostenaufbau (vegetarisches Essen möglich), festgesetzte Essenszeiten und festgesetzte Dauer der Mahlzeiten
Nahrungsmittel	→ eigene Nahrungsmittel im Zimmer sind nicht gestattet
Bewegung	→ festgesetzte Dauer/Ausmass/Radius der körperlichen Betätigung
Badezimmer	→ festgesetzte Zeit für Körperhygiene
Sitzwache	je nach Ausprägung der einzelnen Essstörungssymptome

Tabelle 4. Initiale Abklärungen

- Labor: Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Cl, Ca, P, Mg), T3, fT4, TSH, Kreatinin, Blutzucker, ALAT, ASAT, Cortisol, Albumin, Präalbumin, Blutsenkung, CRP, Eisen, Ferritin, Vitamin D, Vitamin B12
- EKG
- Gehirn-MRI: bei schweren oder atypischen Verläufen (und bei Männern)

Gastroenterologische Abklärungen bei hartnäckigen Verdauungsbeschwerden

niert; damit können schnell unübersichtliche Situationen entstehen. Es ist sehr wichtig, dass möglichst alle beteiligten Behandler an den wöchentlichen Round-Table-Gesprächen teilnehmen, um die gemeinsame Hauptrichtung der Behandlung einzuhalten und häufige Missverständnisse zu klären. Das Pflegen der Kommunikation ist bei den Komplexbehandlungen extrem wichtig und eine der Hauptaufgabe der psychiatrischen Behandlung.

Anpassungen der Behandlungsbedingungen (Tabelle 3) werden im Rahmen regelmässiger interdisziplinärer und interprofessioneller Teambesprechungen, den sogenannten «Round-Table»- oder Rundtischgesprächen, vorgenommen.

Medizinische Behandlung

Neben der klinischen Aufnahmeuntersuchung bei Eintritt erfolgen umfassende laborchemische Untersuchungen sowie die Ableitung eines Ruhe-EKGs (Tabelle 4).

Bei Eintritt bestehende Hypokaliämien sind häufig ein Ausdruck von Erbrechen oder Abführmittelabusus vor Therapiebeginn [22] und können als Indiz für die Konzeption der Behandlung wegweisend sein. Weitere häufige laborchemische Auffälligkeiten wie Anämien, Leukozytopenien sowie Erhöhung der Leberwerte (ALT, AST) sind als Folge der schweren Unterernährung anzusehen [23, 24]. Leberwerterhöhungen können auf eine Autodigestion infolge anhaltender Nahrungskarenz hinweisen. Blutbildveränderungen können erst wenige Tage nach Beginn der Wiederernährung entstehen und sind häufig auf eine Knochenmarksdepression zurückzuführen. Insgesamt muss bei der Interpretation der Laborwerte von AN-Patientin-

nen berücksichtigt werden, dass unauffällige Parameter nicht mit einem reduzierten Risiko für eine vitale Gefährdung korrelieren [22].

Bei AN-Patientinnen werden häufig bradykarde Herzfrequenzen bei hypotonen Blutdruckwerten gemessen [23, 25], die zu einer Kreislaufüberwachungspflicht führen können.

Bei häufiger Einnahme von Psychopharmaka (insbesondere SSRI, atypische Neuroleptika, Benzodiazepine) sind regelmässige Kontrollen der QTc-Zeit erforderlich. Während der Phase des Kostaufbaus besteht die relevante Gefahr der Entwicklung eines sogenannten «Refeeding-Syndroms» (Tabelle 4), das zu letalen Komplikationen führen kann [26–28]. Das Risiko der Entwicklung eines Refeeding-Syndroms steigt mit Sinken des BMI-Wertes (High-risk-BMI $\leq 13 \text{ kg/m}^2$) und dem Alter der Patientinnen [29, 30]. Zur Vermeidung des Refeeding-Syndroms und dessen gefährlichen Komplikationen erfolgt eine Substitution der Elektrolyte/Vitamine, insbesondere Phosphat, unabhängig von den laborchemischen Untersuchungen.

Ziel ist es, die somatische Hospitalisation möglichst kurz zu halten und die Patientin dann in ein störungsspezifisches, interdisziplinäres und multimodales Setting zu verlegen (Station des ZES).

Ernährungstherapie

Die Ernährungstherapie (ET) begleitet, unterstützt und motiviert die Patientinnen täglich bezüglich des Umgangs mit einer ausgewogenen, bedarfsdeckenden Kost.

Nach anfänglicher Standortbestimmung (über Menge, Zusammensetzung und Gewohnheit der Nahrungsaufnahme) stellt die ET eine individuelle Ernährung für die Patientin zusammen. Die Zusammensetzung der Mahlzeiten erfolgt nach dem Drei-Komponenten-Prinzip (Kohlenhydrate, Proteine, Gemüse/Salate) und darf nicht von der Patientin mitbestimmt werden. Auf Sondernahrungsmittel (z. B. fettreduzierte Produkte oder künstliche Süsstoffe) wird bewusst verzichtet.

Während der ersten sieben Tage der Behandlung wird, je nach Nahrungszufuhr vor dem Krankenhausaufenthalt, bei BMI-Werten von $< 15 \text{ kg/m}^2$ (extreme AN), nur eine halbe Portion ohne Zwischenmahlzeiten verabreicht, um

Tabelle 5. Refeeding-Syndrom (modifiziert nach [26, 27])

- Fasten $> 72 \text{ h}$ führt zu einem katabolen Zustand (Elektrolytspeicher werden im Verlauf zunehmend aufgebraucht).
- Bei erneutem Ernährungsbeginn stellt sich der Organismus auf Glykolyse als Energielieferant (anabol) um.
- Gefahren:
 - Flüssigkeitsungleichgewicht (zwischen den Intra-/Extrazellulärräumen)
 - Elektrolytentgleisungen (Phosphat, Kalium, Magnesium, Natrium, Thiamin)

Die frühe Phase des Ernährungsaufbaus nach anhaltender Hungerphase gilt als kritisch, daher sollte der Ernährungsaufbau langsam erfolgen: **start low, go slow**

Beispiele für potenziell lebensgefährliche klinische Manifestationen des Refeeding-Syndroms sind:

Lungenödem, kardiale Arrhythmien, Blockbilder/Herzinsuffizienz, epileptische Anfälle, Rhabdomyolyse, Lactatazidose, Koma, Tod

die Gefahr eines Refeeding-Syndroms zu minimieren (Tabelle 5). Angepasst an die täglich kontrollierten Laborresultate wird die Kost im Verlauf langsam auf eine ganze Portion mit Zwischenmahlzeiten gesteigert. Die Patientinnen erhalten nach dem langsamen Kostaufbau eine tägliche Kalorienzufuhr von 40–50 kcal pro kg Körpergewicht.

Falls die orale Nahrungszufuhr und damit einhergehende Gewichtszunahme nicht gelingt, kann es notwendig werden, eine zusätzliche Ernährung via nasogastraler Sonde vorzunehmen. Die Patientinnen setzen dabei ihre orale Ernährung fort. Nicht eingenommene Nahrung wird abends als Bolus, oder über Nacht, über 8–12 h, via nasogastraler Sonde nachträglich verabreicht. Der Nutzen der Sondennahrung wird mit den Patientinnen ausführlich besprochen. Das grundsätzliche Ziel ist es, möglichst rasch wieder auf die vollständige orale Kost umzusteigen.

Psychiatrische Behandlung

Die Rolle der Psychiatrie bei der Komplexbehandlung fokussiert nicht nur auf die direkt betroffene Patientin (A), sondern auch auf die Angehörigen (B), die sich in der Regel in einer sehr belastenden Situation befinden, und die weiteren Behandler (C).

A) Die erkrankte Person braucht primär in der ungewohnten Situation auf einer somatischen Abteilung Unterstützung. Der Patientin soll mit Empathie und Verständnis für die schwere Erkrankung begegnet werden und ihr soll erklärt werden, dass Regeln und Abmachungen sich nicht gegen sie richten, sondern Massnahmen gegen die Erkrankung darstellen. Wesentlicher Wirkungsfaktor in der psychiatrischen Intervention ist der Aufbau einer tragenden therapeutischen Beziehung, die trotz der häufigen Ambivalenz und mitunter Widerständen seitens der Patientinnen in der Regel als haltend und angenehm erlebt wird. Es ist sehr wichtig, schon früh und dann konstant an der Krankheitseinsicht und an der Therapiemotivation zu arbeiten.

B) Bei den Angehörigen von AN-Patientinnen besteht häufig eine grosse Schwierigkeit, die Erkrankung und deren Symptomatik nachzuvollziehen. Den Angehörigen soll das Verhalten der Patientinnen als Äusserung der Erkrankung erklärt werden. Sie sollen auch über allgemeine Verhaltensregeln im Kontakt mit der Patientin orientiert werden. Familie und Patientin müssen beide von Schuldzuweisungen möglichst befreit werden. Angehörige sollen über Therapie und Be-

suchsregeln (z. B. der Patientin keine Esswaren mitbringen) informiert werden.

C) AN-Patientinnen lösen beim ganzen Behandlungsteam meistens starke Gefühle und Reaktionen aus: von Mitleid und übermässig enger, unterstützender Haltung bis hin zu Ablehnung und Wut. Die Rolle der Psychiater ist hier, immer wieder Verständnis für die Psychopathologie der Patientin zu signalisieren und eine konstruktive Haltung gegenüber der Therapie aufrechtzuerhalten. Die Absprachen sollten von allen Mitgliedern des Behandlungsteams kongruent vertreten werden, weshalb ein regelmässiger Austausch im Rahmen der Round-Table-Gespräche erforderlich ist. Bei unterschiedlicher Auffassung von Abmachungen und Behandlungsregeln kann es im Umgang mit AN-Patientinnen zu deutlichen Irritationen im Behandlungsteam kommen («Phänomen der Spaltung»). Aufgrund des häufigen Vorkommens ausgeprägten Misstrauens und starker Kontrollbedürfnisse seitens der Patientinnen sind regelmässige und konkrete Absprachen im Umgang mit AN-Patientinnen innerhalb des Behandlungsteams sehr wichtig. Akzeptanz und Klarheit sind immer wieder gefordert. Auch die Urteilsfähigkeitsprüfung ist Aufgabe des Psychiaters.

Klinische Ethik

Gerade bei unterschiedlichen Ansichten bezüglich des optimalen therapeutischen Vorgehens hat sich das Heranziehen der Klinischen Ethik sehr bewährt, ebenso, wenn vonseiten der Patientin eine Ablehnung einer lebensnotwendigen Behandlung von Grund auf besteht oder nach anfänglicher Kooperation im Verlauf der Hospitalisation eine Ablehnung der Behandlung entsteht. Auch bei zunehmendem Zweifel an der Urteilsfähigkeit der Patientin oder bei der Erwägung einer Zwangsbehandlung leistet die Klinische Ethik einen wichtigen Beitrag. Die Klinische Ethik gibt dem interdisziplinären Team Unterstützung bei der sorgfältigen Abwä-

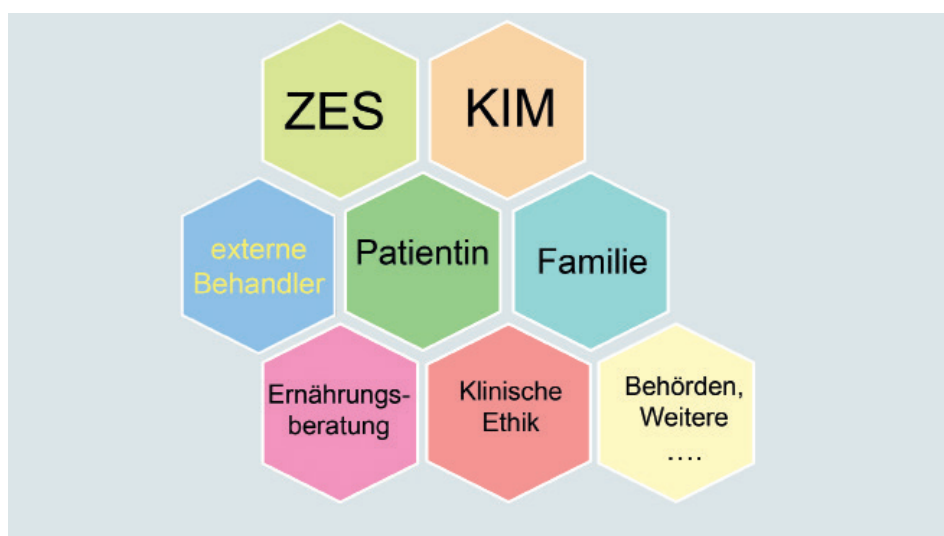


Abbildung 1. Wichtige Elemente der Komponenten der Integrierte Komplexbehandlung. ZES: Zentrum für Essstörungen, KIM: Klinik für Innere Medizin.

Key messages

- AN ist eine Erkrankung, die mit einer hohen Mortalität einhergeht und häufig junge Personen betrifft.
- Die Behandlung von Menschen mit extremer AN (BMI <15 kg/m²) erfordert mehrere Fachdisziplinen.
- Eine besondere Herausforderung stellt das häufige Fehlen von Krankheitseinsicht und Behandlungswunsch dar.
- Bei akuter Lebensgefahr ist eine zwangsweise Behandlung unter Berücksichtigung von ethischen und juristischen Aspekten in Erwägung zu ziehen.
- Der Ernährungsaufbau muss langsam, unter regelmässigen Laborkontrollen und mit Substitution von Elektrolyten und Vitaminen stattfinden.

Lernfragen

1. Welche Aussagen treffen zu? (Mehrfachauswahl)
 - a) AN ist eine schwere psychische Erkrankung.
 - b) Von AN Betroffene setzen sich innerlich sehr stark mit Ernährung auseinander.
 - c) Somatische Folgeerscheinungen der AN sind teilweise irreversibel.
2. Welche der folgenden Aussagen trifft als Behandlungsziel der AN *nicht* zu? (Einfachauswahl)
 - a) Wiederherstellung und Halten eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts
 - b) Normalisierung des Essverhaltens
 - c) Behandlung körperlicher Folgen von Essverhalten und Untergewicht
 - d) Die dem Störungsbild zugrundeliegenden emotionalen Schwierigkeiten sind zweifellos als erstes psychotherapeutisch anzugehen.

gung zwischen dem Respekt der Autonomie der Patientin, ihrem Wohl, bzw. dem Nutzen und den Lasten der Therapie. Gerade das Patientenwohl kann ein weites Spektrum an Therapiezielen beinhalten, die von der Behandlung unter Zwang bis zu Massnahmen der Palliation reichen und deshalb differenziert zu erörtern sind. Ebenso können Diskrepanzen zwischen den aktuell von der Patientin geäusserten Wünschen und dem in der Patientenverfügung festgehaltenen Willen bestehen, die im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung aufgegriffen werden. Schliesslich hat sich das Heranziehen der Klinischen Ethik auch bewährt, um Betroffene in der Klärung und Festlegung ihres Willens und in der Dokumentation ihrer Wünsche zu unterstützen (Advanced Care Planning [29, 31, 32]).

Nachbehandlung

Im Anschluss an die stationäre Behandlung in der Klinik für Innere Medizin ist eine störungsspezifische Behandlung in einer stationären psychotherapeutischen/psychiat-

rischen Einrichtung, z.B. im ZES des USZ, wünschenswert. Der Übertritt in eine störungsspezifische psychotherapeutische Behandlung setzt voraus, dass die Patientin in einer stabileren somatischen Situation ist und auch in der Lage ist, trotz relativ geringer Fremdüberwachung regelmässige Mahlzeiten einzunehmen. Immer wieder gibt es Patientinnen, die nach der somatischen Stabilisierung eine störungsspezifische stationäre Behandlung nicht absolvieren wollen. In diesen Fällen wird eine ambulante Behandlung (als minimale Variante Hausarzt und Psychotherapie) eingefädelt; falls eine ambulante Behandlung schon bestand, wird diese weitergeführt. Bei komplexen Fällen ist die Weiterführung des Kontakts mit der Institution von grossem Vorteil, weil extrem kranke Patientinnen immer wieder in kritische Situationen (akuter oder subakuter somatischer Gefährdung) kommen können.

Bibliografie

1. Mohler-Kuo M, Schnyder U, Dermota P, Wei W, Milos G: The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychol Med* 2016; 46: 2749–2758.
2. Milos G, Brunner E: *Praxis* (Bern 1994) 2018; 107: 299–306.
3. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U: Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 1099–1111.
4. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S: Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 724–731.
5. Treasure J, Zipfel S, Micali N, et al.: Anorexia nervosa. *Nat Rev Dis Primers* 2015; 1: 15074.
6. Steinhausen HC: The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1284–1293.
7. Dalle Grave R, Sartirana M, Calugi S: Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting. *Int J Eat Disord* 2019; doi: 10.1002/eat.23122. [Epub ahead of print].
8. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association 2013.
9. Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B: S3 guidelines on diagnostics and treatment of eating disorders Update. *Psychotherapeut* 2017; 62: 230–234.
10. National Institute for Health and Care and Clinical Excellence: NICE. *Eating disorders: Recognition and treatment. Guidance and guidelines*. 2017.
11. Treasure J, Claudino AM, Zucker N: Eating disorders. *Lancet* 2010; 375: 583–593.
12. Universitätsspital Zürich: Richtlinie betreffend Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerer Anorexia nervosa am USZ. Zürich; Universitätsspital Zürich; 2016.
13. SAMW: *Zwangsmassnahmen in der Medizin*. Basel; Gremper; 2018.
14. Hoff P: *Zwangsmassnahmen in der Medizin*. Schweiz Ärzteztg 2015; 96: 773–775.
15. Tchanturia K, Liao PC, Forcano L, et al.: Poor decision making in male patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20: 169–173.
16. Tchanturia K, Davies H, Roberts M, et al.: Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS One* 2012; 7: e28331.
17. Oldershaw A, Hambrook D, Stahl D, Tchanturia K, Treasure J, Schmidt U: The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35: 970–988.

18. Tchanturia K, Campbell IC, Morris R, Treasure J: Neuropsychological studies in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 37: S72–76; discussion S87–89.
19. Roberts ME, Tchanturia K, Stahl D, Southgate L, Treasure J: A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med* 2007; 37: 1075–1084.
20. Milos GF, Spindler AM, Buddeberg C, Cramer A: Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 276–285.
21. Thiel A, Paul T: [Compulsory treatment in anorexia nervosa]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2007; 57: 128–135.
22. MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa [Internet]. College report CR162. 2010.
23. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A: Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Arch Intern Med* 2005; 165: 561–566.
24. Brown C, Mehler PS: Medical complications of anorexia nervosa and their treatments: an update on some critical aspects. *Eat Weight Disord* 2015; 20: 419–425.
25. Brown CA, Sabel AL, Gaudiani JL, Mehler PS: Predictors of hypophosphatemia during refeeding of patients with severe anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2015; 48: 898–904.
26. Mehler PS, Winkelman AB, Andersen DM, Gaudiani JL: Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient. *J Nutr Metab* 2010; 2010.
27. Gaudiani JL, Sabel AL, Mascolo M, Mehler PS: Severe anorexia nervosa: outcomes from a medical stabilization unit. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 85–92.
28. Hofer M, Pozzi A, Joray M, Ott R, Hahni F, Leuenberger M, et al.: Safe refeeding management of anorexia nervosa inpatients: an evidence-based protocol. *Nutrition* 2014; 30: 524–530.
29. Kameoka N, Iga J, Tamaru M, et al.: Risk factors for refeeding hypophosphatemia in Japanese inpatients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2016; 49: 402–406.
30. MARCIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa CRI 89. London; 2014.
31. Trachsel M, Wild V, Biller-Andorno N, Krones T: Compulsory treatment in chronic anorexia nervosa by all means? Searching for a middle ground between a curative and a palliative approach. *Am J Bioeth* 2015; 15: 55–56.
32. Bundesamt für Gesundheit und Palliative Care: Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt «Advance Care Planning», Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Bern; BAG: 2018.

Manuskript akzeptiert: 27.08.2019

Interessenskonflikte: Die Autoren erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Prof. Dr. Gabriella Milos

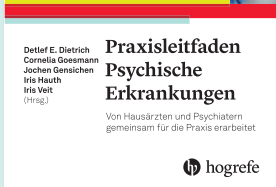
Zentrum für Essstörungen
Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik
Universitätsspital Zürich
Culmannstr. 8
8091 Zürich

gabriella.milos@usz.ch

1. Alle Antworten sind richtig.
2. Antwort (d) ist richtig.
Antworten zu den Lernfragen:

Anzeige

Notwendiges Wissen für die Praxis



Detlef E. Dietrich et al. (Hrsg.)

Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen

Von Hausärzten und Psychiatern gemeinsam für die Praxis erarbeitet

2019. 408 S., 20 Abb., 47 Tab., Gb

€ 39,95 / CHF 48,50

ISBN 978-3-456-85729-9

Auch als eBook erhältlich

Das Erkennen und Behandeln akuter psychischer Notfälle, eine individuelle medikamentöse Therapie sowie das Management der langfristigen Folgen gehören zur täglichen Routine in der Primärversorgung. Erstmalig werden die häufigsten psychischen

Erkrankungen konsequent von Allgemeinmedizinern und Psychiatern gemeinsam dargestellt. Experten legen dabei aus interdisziplinärer Sicht größten Wert auf konkrete Empfehlungen mit hoher Praxisrelevanz.

www.hogrefe.com

 **hogrefe**