



Anorexiekonzept

Dokumentenhistory	Datum	Verantwortlich	Status	Vers.
	08.2011	Anette Mori	Erstellung	1.0
	08.2019	Dr. Philipp Schütz Dr. Bettina Isenschmid Dr. Pia Kaiser Manuela Deiss	Prüfung, Ergänzung	2.0
	10.2019	Fabia Stettler/ PE Medizin	Aktualisierung	2.0
	11.2019	Susanne Schirlo	Freigabe	2.0
Dokumententyp	Richtlinie			
Dokumentenname/ Ablage	U:\KSAPlatformPE_MED\5_Richtlinien Medizin\PE_Medizin\Anorexie\Anorexie Konzept 2019\Anorexiekonzept 2019\Anorexie Konzept.doc			

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Geltungsbereich	2
2	Ziel der Behandlung am KSA.....	2
3	Definitionen	3
4	Das Wichtigste in Kürze	4
5	Eintritt	5
5.1	Ablaufschema Eintritt Anorexie Patientinnen / Verantwortlichkeiten	6
5.2	Ärztliche Anamnese	7
5.3	Differentialdiagnosen.....	7
5.4	Körperliche Folgen einer Anorexia nervosa	8
5.5	Somatisches Risiko	8
5.6	Gefahr eines Refeeding Syndrom	9
5.7	Medikamentöse Therapie	9
5.8	Eintrittsdokumentation	9
6	Behandlungsvereinbarung	10
6.1	Behandlungsvertrag (Basisvertrag).....	10
6.2	Zusatzvertrag	10
6.3	Vertragsbruch	11
6.3.1	Vorgehen	12
6.3.2	Zwangsmassnahmen	13
7	Erläuterungen zum Behandlungsvertrag	13
7.1	Ernährung.....	13
7.2	Gewichtskontrollen	13
7.3	Mobilität	14
8	Betreuungsteam	14
8.1	Rolle der Bezugspflegeperson	14
8.2	Rolle des ärztlichen Dienstes	14
8.3	Rolle der Ernährungsberatung	15
8.4	Rolle des Konsiliar & Liasondienst (K&L) der psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG).....	15
8.5	Rolle des Sozialdienstes	15
9	Herausforderungen während der Hospitalisation.....	16
9.1	Kommunikation.....	16
9.2	Umgang auf der Station und im Behandlungsteam	16
9.3	Teamarbeit und Wahrnehmung im interdisziplinären Team	16
10	Entlassung und Anschlussbehandlung	17
11	Beilagen	17
	Vorlage Behandlungsvertrag	17
	Vorlage Zusatzvertrag	17
12	Referenzen / Quellen	18



1 Einleitung und Geltungsbereich

Das vorliegende Konzept beschreibt den Behandlungsprozess von Patientinnen mit Anorexia nervosa an der Medizinischen Universitätsklinik (MUK) am Kantonsspital Aarau (KSA). Es beinhaltet ärztliche, pflegerische, therapeutische und organisatorische Aspekte des Spitalaufenthaltes sowie Empfehlungen und Überlegungen für das Therapievorgehen.

Das Anorexiekonzept gilt für alle Bettenstationen der MUK. Dieses Konzept ist eine verbindliche Arbeitsgrundlage für das interdisziplinäre Behandlungsteam.

2 Ziel der Behandlung am KSA

Patientinnen, die in der MUK aufgrund einer Essstörung mit lebensbedrohlichem Untergewicht behandelt werden, befinden sich in einem kritischen Allgemeinzustand. Meist führt eine somatisch bedrohliche Situation, wie zum Beispiel kritische Elektrolytverschiebungen, zu einer Einweisung ins KSA. Als Akutspital ist unsere Aufgabe die somatische Behandlung. Wir therapieren die lebensbedrohliche Situation mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln:

- Anstreben einer Gewichtszunahme, Erreichung des vereinbarten Zielgewichtes, Korrektur kritischer Stoffwechselsituationen
- Planung einer weiteren, angepassten Behandlung in einer entsprechend spezialisierten Institution oder im ambulanten Setting.

Es ist nicht das Ziel, eine längerdauernde Behandlung im KSA durchzuführen.

Hinweis: Um die Lesbarkeit zu vereinfachen, wird im Text nur die weibliche Form verwendet. Es sind aber jeweils beide Geschlechter gemeint.



3 Definitionen

Essstörungen treten häufig bei adolescenten Mädchen oder jungen Frauen auf, aber auch heranwachsende Jungen, junge Männer sowie Kinder vor der Pubertät und ältere Frauen können davon betroffen sein. Die Ursache der Essstörungen sind komplex und multifaktoriell bedingt, sie können schwere Folgen auf somatischer und psychosozialer Ebene haben. Essstörungen werden der Gruppe von psychosomatischen Erkrankungen mit Suchtcharakter zugeordnet. Die folgenden Definitionen stammen in erster Linie aus dem Klassifikationssystem für Krankheiten (ICD-10), Kapitel V (F50, F50.2)[14], der S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen [8] sowie dem Netzwerk für Essstörungen [2]:

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa beschreibt eine Essstörung, bei der durch restriktives Essverhalten u.U kombiniert mit Hypermotorik ein Gewichtsverlust herbeigeführt wird. Zur Verhinderung einer Gewichtszunahme vermeiden die Betroffenen bewusst die Nahrungsaufnahme und/oder setzen gegenregulierende Massnahmen ein wie übermässige körperliche Aktivität, die Einnahme von Appetitzüglern, Laxantien und/oder Diuretika. Das Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem für Geschlecht, Grösse und Alter zu erwartendem Gewicht bzw. bei Erwachsenen unterhalb von einem Body-Mass-Index (BMI) von 17.5 kg/m². Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie und Körperschemastörung verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und Körperform als eine tief verwurzelte Idee besteht. In der Regel liegt eine Unterernährung in unterschiedlichen Schweregraden vor, was als Folge zu endokrinen Störungen auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse und metabolischen Veränderungen sowie körperlichen Funktionsstörungen führt:

- Bei Frauen Amenorrhoe und oft vorgängig Oligomenorrhoe, nicht selten „maskiert“ durch Einnahme von Ovulationshemmern
- Bei Männern Libido- und Potenzverlust
- Veränderte Wachstums- und Kortisolspiegel
- Änderung des Stoffwechsels von Schilddrüsenhormonen
- Störungen der Insulinsekretion

Bulimia nervosa

Die Hauptsymptomatik der Bulimia nervosa besteht aus wiederholenden Essanfällen, die von kompensatorischen Verhaltensweisen gefolgt werden. Die Betroffenen haben Angst, aufgrund der Essanfälle an Gewicht zuzunehmen und versuchen mit unterschiedlichen Massnahmen dies zu verhindern. Dazu gehören selbstinduziertes Erbrechen, Vermeidung hochkalorischer Lebensmittel, Missbrauch von Medikamenten (Laxantien, Diuretika, Appetitzügler, Schilddrüsenhormone), häufige Diäten, Fasten und exzessive sportliche Betätigung. Viele psychische Merkmale dieser Störung gleichen derjenigen von Anorexia nervosa, so die überwertige Sorge um Körperform und Gewicht. Elektrolytstörungen sowie allgemeine körperliche Komplikationen können eine Folge von wiederholtem Erbrechen sein. In der Regel kommen Essanfälle und gewichtsreduzierende Massnahmen mehrmals pro Woche vor (über 3 Monate mindestens ein Essanfall wöchentlich).

A-typische Essstörungen

Darunter fallen diejenigen Essstörungen, bei welchen nicht alle Kriterien für die Diagnosen Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa erfüllt sind. Es sind verschiedene Essverhaltensstörungen und Mischformen bekannt.



4 Das Wichtigste in Kürze

Behandlungsteam	Strukturierte, interprofessionelle Zusammenarbeit mit eindeutig zugewiesenen Aufgaben.
Bezugspflege → siehe Kapitel 8.11	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtig im Umgang mit den Patientinnen ist die Kontinuität. Von Seiten der Pflege sollten der Patientin zwei Bezugspflegepersonen zur Seite gestellt werden. • Die Bezugspflege ist bei Fragen oder Problemen die Ansprechperson für die Patientinnen, ihre Angehörigen, für das Pflege- Team und andere involvierte Dienste.
Behandlungsvertrag erstellen (innerhalb von 48h) → siehe Kapitel 6	<ul style="list-style-type: none"> • Der Arztdienst bespricht innerhalb von 24 Stunden mit dem Patienten den Behandlungsvertrag., in Absprache mit der Pflege und Ernährungsberatung. (In Ausnahmefällen auch innerhalb 48h möglich) • Evaluation des Behandlungsvertrages bei Vertragsbruch der Patientin → Ziele werden neu definiert, Massnahmen eingeleitet. • Auf der Chefarztvisite (1x pro Woche) findet ein interdisziplinärer Standort mit der ERB, Pflege und ggf. mit dem K&L PDAG statt.
Ernährung (Bis zur Erstellung des Behandlungsvertrages, wird die Essensbestellung von der Pflege übernommen, danach von der Ernährungsberatung) → siehe Kapitel 7.1	Essregeln <ul style="list-style-type: none"> • Essen bleibt 30 Min. im Zimmer • Die Pat. muss 30 Min. liegen nach dem Essen • Es sollen keine Esswaren bei der Patientin bleiben • Zwischenmahlzeiten werden zu den vorgegebenen Zeiten gebracht, gegessen und dann weggeräumt • Einmalige Essbegleitung zu Beginn durch die Pflege, später bei Bedarf. Essprotokoll und Bestellung der Mahlzeiten <ul style="list-style-type: none"> • Essprotokoll wird von der Pflege auf dem Sanalogic Ausdruck geführt- Wichtig! Tägl. Kalorienmenge pro Mahlzeit erfassen! Details siehe Richtlinie Essprotokoll. • Die Essensbestellung wird von der Ernährungsberatung übernommen und gemeinsam mit der Patientin besprochen
Gewichtskontrollen (2x/Woche Montag und Donnerstag und bei Bedarf/ auf Verordnung des Arztes) → siehe Kapitel 7.2	<ul style="list-style-type: none"> • Vor dem Frühstück, mit geleerter Blase • In Unterwäsche (Slip, Unterleibchen, ohne Schmuck, ohne Uhr, ohne Schuhe) • Wichtig ist die Verwendung der stets gleichen Waage, um nicht Anlass zu Diskussionen zu geben (evtl. Waage speziell kennzeichnen).
Mobilität → siehe Kapitel 7.3	1. Woche Aufenthalt im Zimmer und auf der Abteilung erlaubt. Untersagt ist der Aufenthalt im Freien oder auf anderen Abteilungen, auch nicht in Begleitung. → Wird die geforderte wöchentliche Gewichtszunahme erreicht und je nach psychischer Verfassung, können den Patientinnen zunehmend mehr Freiheiten gewährt oder bei nichterreichen des geforderten Gewichtes die Mobilität eingeschränkt werden. Details siehe Behandlungsvertrag. → Raucherinnen wird es gestattet, 2-3x/Tag in Begleitung einer PP eine Zigarette zu rauchen.
Untersuchung bei Eintritt	<ul style="list-style-type: none"> • Labor Gemäss separater Verordnung. → siehe KISIM Favorit „Anorexie- Behandlung stationär“ • EKG • Blutdruck / Puls liegend und nach 5 Min. stehend messen
Vertragsbruch → siehe Kapitel 6.3	Siehe Flussdiagramm Kapitel 6.3.2 Vorgehen bei Vertragsbruch.

Tabelle 1: „Das Wichtigste in Kürze“, eigene Darstellung



5 Eintritt

Es gilt die bedrohliche somatische Situation zu behandeln und Informationen einzuholen. Anschliessend wird mit der Patientin (und deren Bezugspersonen), der Pflege, dem Arztdienst (AA, OA, CA) und der Ernährungsberatung (ERB) ein Behandlungsziel definiert, das Therapievorgehen am KSA festgelegt und der Behandlungsvertrag abgeschlossen. Wenn die Patientin den Behandlungsvertrag nicht unterschreiben will, dann wird die Patientin wieder entlassen.

In der Zeit bis zum Inkrafttreten des Behandlungsvertrages, während den ersten 24 Stunden, gelten folgende allgemeine Regeln:

Ernährung

Die Essensbestellung erfolgt bis zur Übernahme durch die ERB (Behandlungsvertrag) durch den Pflegedienst. 1 Vollkost- Portion (oder vegetarisch als einzige Ausnahme), ca. 1600 kcal ohne Salat, Suppe und Dessert, keine Zwischenmahlzeiten, Frühstück mit kalorienhaltigem Getränk (Milch od. Orangensaft).

Essensregeln

- Das Essen bleibt 30 Min. im Zimmer
- Die Patientin muss 30 Min. liegen nach dem Essen
- Es bleiben keine Esswaren bei der Patientin
- Zwischenmahlzeiten werden zu den vorgegebenen Zeiten gebracht, gegessen und dann weggeräumt

Mobilität

Aufenthalt im Zimmer und auf der Abteilung für eine Woche, während dieser Zeit auch nicht in Begleitung ins Freie oder auf andere Abteilungen.

Gewichtskontrollen

In Unterwäsche (Unterhose, Unterleibchen, ohne Schmuck, ohne Uhr, ohne Schuhe) vor dem Frühstück und mit geleerter Blase. Es können an jedem Tag zusätzliche Gewichtskontrollen zu unterschiedlichen Zeiten ohne Vorankündigung erfolgen.

Überwachung

Blutdruck und Puls werden 1x täglich kontrolliert.

→ siehe KISIM Favorit „Anorexie- Behandlung stationär“

Blutentnahmen

Gemäss separater Verordnung.

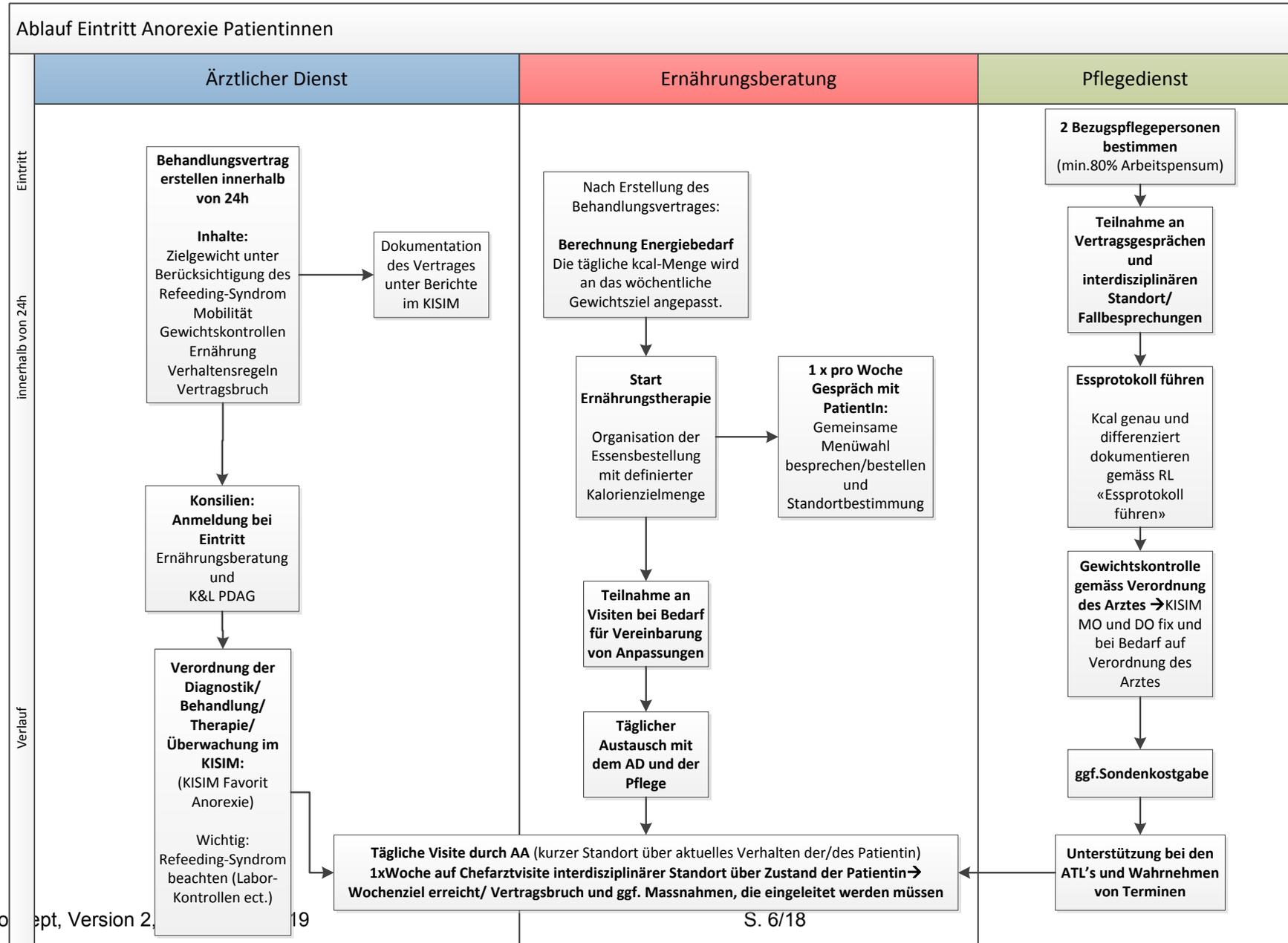
→siehe KISIM Favorit „Anorexie- Behandlung stationär“

Tagesplan

Eine Tagesstruktur im eigentlichen Sinn kann nicht angeboten werden. Der Patientin muss vermittelt werden, dass die medizinische Symptombehandlung im Vordergrund steht.

Bei entsprechender somatischer Indikation kann die Physiotherapie (z.B. für Massagen, Wickel) und Ergotherapie (mit dem Ziel der Förderung der Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz) angemeldet werden

5.1 Ablaufschema Eintritt Anorexie Patientinnen / Verantwortlichkeiten





5.2 Ärztliche Anamnese

Ziel: Das Anamnesegespräch mit der Patientin (und ggf. ihren Bezugspersonen) sollte wenn möglich vom Arztdienst und Pflegedienst zusammen durchgeführt werden.

Neben den bisher erfolgten ambulanten und stationären Therapien, sollen der Gewichtsverlauf und dessen Eckdaten erfragt werden: Gewicht zu Beginn der Erkrankung, minimales Gewicht, maximales Gewicht und die aktuelle Dynamik der Gewichtsabnahme.

Die **Ernährungsanamnese** beinhaltet die Schilderung der derzeitigen Essenaufnahme (feste Nahrung und Flüssigkeiten). Es ist nach Essanfällen und Erbrechen (selbstinduziert oder „spontan“) zu fragen sowie nach dem Gebrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Medikamenten (Appetitzügler, Ritalin, Amphetamine, Schilddrüsenhormone, etc.) und nach der körperlichen Aktivität/Sport (wie viele Stunden am Tag und was).

Zur **spezifisch psychiatrischen Anamnese** gehören das Fragen nach vorherrschenden Gefühlen, Gedanken, Stimmungslage (Selbstwert, Depression, Zwänge, Angst, Impulsivität), Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten (z.B. sich schneiden etc.), vorbestehenden psychischen Erkrankungen sowie nach den aktuellen körperlichen Symptomen, Zufriedenheit mit dem Körper und Vorstellungen eines Zielgewichts.

Ausserdem sind die **Behandlungsmotivation sowie die Vorstellungen über den Ablauf** für die aktuelle Hospitalisation zu ergründen (Bereitschaft für die eigene Gesundheit zuzunehmen). Für eine nachfolgende ambulante Therapie oder bei Vertragsbruch und Entlassung ist das Wissen über das soziale Umfeld sowie die Arbeits- (Schule, Lehre) Situation der Patientinnen sehr wichtig.

5.3 Differentialdiagnosen

Bei den meisten Patientinnen, die an einer Anorexia nervosa leiden und ins KSA zur Behandlung eintreten, ist die Diagnose einer Anorexia nervosa bereits bekannt. Eine sorgfältige Anamnese dient der Untermauerung der Diagnose resp. Neudiagnose und dem Ausschluss von Differentialdiagnosen des Untergewichts und der gastrointestinalen Symptomatik (viele Anorexia nervosa Patientinnen leiden an Verdauungsproblemen wie Übelkeit, verlangsamte Magenentleerung und Darmperistaltik).

Bei Verdacht oder unklarer Situation sollten weiterführende Abklärungen erfolgen:

Differentialdiagnosen der Anorexia nervosa

- **Chronische Infekte**
z.B Tuberkulose, HIV
- **Gastrointestinale Krankheiten**
z. B Zöliakie, M. Chron, Colitis Ulcerosa, Lactoseintoleranz, Achalasie
- **Endokrine Krankheiten**
z.B Diabetes Typ 1 und 2, Hyperthyreose, Nebenniereninsuffizienz, Hypophysendysfunktion
- **Malignome, Hirntumore**
- **Einzelne neuromuskuläre Krankheiten**

Tabelle 2: Eigene Darstellung; in Anlehnung an Isenschmid B.: 2010; Suter P.M.: 2008.



5.4 Körperliche Folgen einer Anorexia nervosa

Das Untergewicht, die Mangelernährung, das Erbrechen und die Einnahme von Medikamenten können zu erheblichen körperlichen Störungen führen, die mitunter lebensbedrohlich sein können.

Erbrechen führt zu Zahnschäden, einer Parotishypertrophie und Hyperkeratosen im Bereich der Fingerknöchel (beim selbstinduzierten Erbrechen).

Mangelernährung und Gewichtsverlust führen zu Hautveränderungen (trockene Haut, Haarausfall, Lanugobehaarung, Akrozyanose), kardiovaskulären Symptomen (arterielle Hypotonie, Bradykardie, Long-QT, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelatrophie, Cutis marmorata), Elektrolytstörungen, Anämie, Leukopenie, Hypercortisolismus, endokrinen Störungen (Amenorrhoe, Low-T3-Syndrom) und zu Osteopenie sowie Osteoporose mit dem Risiko von pathologischen Frakturen.

Schweres Untergewicht kann zu Nieren- und Leberversagen führen und es kann sich eine Hirnatrophie entwickeln, die in der Regel nach Erreichen eines physiologischen Gewichts reversibel ist [5].

Zur Objektivierung des Schweregrades der körperlichen Folgeerscheinungen gehören neben dem Status mit Augenmerk auf die erwähnten Befunde folgende Abklärungen:

Eine **Knochendichtemessung** (DEXA-Osteodensitometrie) soll bei Patientinnen, die länger als ein Jahr einen BMI unter 18kg/m² hatten, diskutiert werden [5]. Wichtig ist die Frage bezüglich Menstruation, um die hormonelle Versorgung besser einschätzen zu können. Zusätzliche Hormonmessungen der Hypophysen- Gonaden- Achse sind routinemässig nicht zu empfehlen und für einen positiven Effekt einer Hormonsubstitution auf die Frakturraten bzw. Osteoporose besteht bislang keine klare Evidenz [2].

5.5 Somatisches Risiko

Aufgrund der erhobenen Befunde kann das somatische Risiko durch bestimmte Beurteilungskriterien abgeschätzt werden.

Beurteilungskriterien für das somatische Risiko bei Essstörungen:

	mittleres Risiko	hohes Risiko
Ernährungszustand		
BMI [kg/m ²]	< 15	< 13
Gewichtsverlust [kg/Wo]	> 0,5	> 1,0
Purpura/Petechien		+
Zirkulation		
BD [mmHg]	< 90/60	< 80/50
Posturaler BD-Abfall [mmHg]	> 10	> 20
Puls [Schläge/min.]	< 50	< 40
Sauerstoffsättigung [%]	< 90	< 85
Zyanose der Extremitäten		+
Muskuloskelettal		
Unfähigkeit, aus der Hockstellung aufzustehen, ohne mit den Armen zu balancieren	+	
Unfähigkeit, aus der Hockstellung aufzustehen, ohne sich mit den Armen aufzustützen		+
Körpertemperatur [°C]	< 35	< 34,5
Labor	Bei Abweichungen von der Norm	Kalium <2,5mmol/l Natrium <130mmol/l Phosphat <0,5mmol/l
EKG		QT-Verlängerung (v.a. bei gleichzeitigem Kalium-Mangel)

Tabelle 3: Beurteilungskriterien für das somatische Risiko bei Essstörungen, in Anlehnung an Hepp U, Milos G: 2010; NICE Guideline. Eating disorders: 2004.



5.6 Gefahr eines Refeeding Syndrom

Unter dem Begriff Refeeding Syndrom fasst man eine Gruppe teils lebensbedrohlicher Symptome zusammen, die durch Zufuhr normaler Nahrungsmengen nach langer Zeit der Unterernährung hervorgerufen werden können. Der Nahrungsaufbau bei Anorexie Patientinnen stellt ein erhöhtes Risiko dar und muss bei der Therapie berücksichtigt werden. Deshalb erhalten Anorexie Patientinnen von Beginn an zur Substitution Vit.B, Vit.K sowie Vit.D und regelmässige Labor Kontrollen. Ausführliche Informationen siehe [Pocket Guide](#) unter „Klinische Ernährung & Ernährungsberatung“.

5.7 Medikamentöse Therapie

Es gibt keine essstörungsspezifischen Medikamente, einzig der SSRI Fluoxetin hat eine spezifische Wirkung auf Food Craving und Binges.

Der Einsatz von Psychopharmaka kann vor allem bei psychischer Komorbidität in Absprache mit dem Konsiliardienst der PDAG sinnvoll sein und richtet sich nach den Symptomen [5]. Wenn solche Medikamente verordnet werden, sollte das insbesondere kardiale Nebenwirkungspotential bei den stark manglernährten Patientinnen beachtet werden [6].

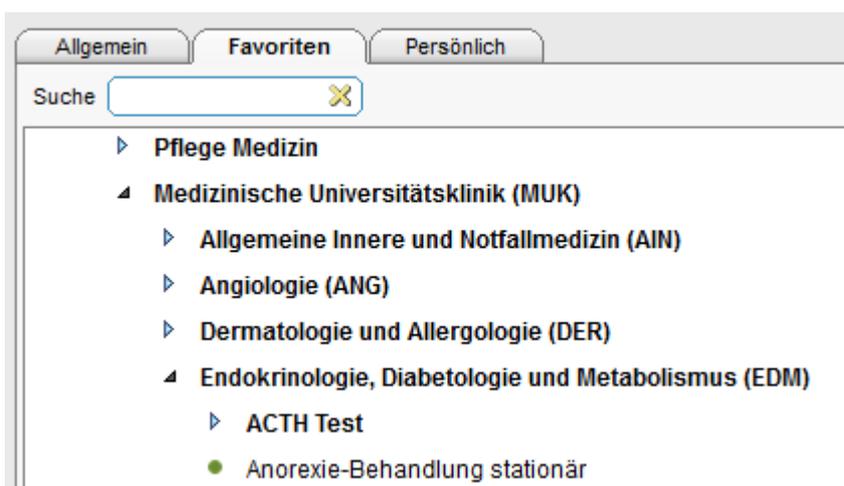
Für die Prävention und Behandlung der Osteoporose besteht bisher nur für die Kalzium und Vitamin D-Supplementation eine Evidenz. Jede Patientin sollte mindestens 1000mg Kalzium und 800 IE Vitamin D erhalten [2]. Biphosphonate sind nicht empfohlen [4].

Während der stationären Behandlung empfehlen wir eine Supplementation von Vit.K, Vit.B sowie Vit.D. Bei Entlassung der Patientin muss die Zufuhr von Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen evaluiert werden. Eine unzureichende Vitaminzufuhr wird in der Regel durch eine ausgewogene und ausreichende Kost ausgeglichen [8].

Die Supplementation von Thiamin zur Verhinderung einer Wernicke- Encephalopathie ist bei intensiver Wiederernährung (Sondenkost) prophylaktisch einzusetzen [8]. Ansonsten richtet sich die Substitution nach den spezifischen Mangelzuständen (z.B. Vitamin B12, Folsäure, Eisen, Kalium) [2].

5.8 Eintrittsdokumentation

Bei Eintritt in der KISIM Kurve den Favorit „Anorexie- Behandlung stationär“ auslösen
→siehe Abbildung.





Anorexie-Behandlung stationär																			
Ärztin/Arzt		Stettler Fabia «KSAFASTT»																	
Bemerkungen																			
Neu		Di 22.10.2019 - Fr 08.11.2019																	
Globaler Start		auf Bond James, 01.01.1950																	
Aktuelle Zeit		mit Schema-Gruppierung übertragen																	
Name	Inhalt	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10	+11	+12	+13	+14	+15	+16	+17
		Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr
<input checked="" type="checkbox"/> Spitaltag	SPT																		
<input checked="" type="checkbox"/> Mitteilungen	Essprotokoll im Sanalogic führen																		
<input checked="" type="checkbox"/> Mitteilungen	Anorexievertrag erstellen u. unterschreiben lassen																		
Verlaufsparameter																			
<input checked="" type="checkbox"/> Gewicht	gem. Zeitplan (07:00)																		
Medikamente enteral																			
<input checked="" type="checkbox"/> Becozym forte (Drag) / Vitamin B Komplex	0 - 0 - 1 - 0 Drag p.o.; für 10 Tage																		
<input checked="" type="checkbox"/> Benerva (Tabl 300 mg) / Thiamin hydrochlorid 30...	1 - 0 - 0 - 0 Tabl p.o.; für 10 Tage																		
<input checked="" type="checkbox"/> Calcium Sandoz (IMP D) Brausetabl 1000 mg fort...	0 - 1 - 0 - 0 Tabl p.o.																		
<input checked="" type="checkbox"/> Supradyn energy Filmtabl / Vitamine und Mineral...	0 - 1 - 0 - 0 Tabl p.o.																		
<input checked="" type="checkbox"/> Vitamin D3 Streuli 4000 IE/ml Prophylaxe (ersetzt...	0.2 - 0 - 0 - 0 E. p.o.																		
Spezielle Massnahmen																			
<input checked="" type="checkbox"/> aktuelles Kalorienziel: ____; aktuelles Zielg...																			
<input checked="" type="checkbox"/> - Kaloriendokumentation pro Mahlzeit	X - X - X - 0																		
<input checked="" type="checkbox"/> - Kalorienzufuhr total pro Tag	gem. Zeitplan (22:00)																		
<input checked="" type="checkbox"/> - Kontrolle Zielgewicht	(Mo, Do um 07:00)																		
Labor																			
<input checked="" type="checkbox"/> Blutentnahme Eintrittslabor	einmalig; Na, Ka, Ca, Mg, Phosphat, Cl, Glucose, Albumin, Präalbumin...																		
<input checked="" type="checkbox"/> Blutentnahme refeeding (erste 2 Wochen)	Alle 3 Tg.; K, Na, Phosphat, Krea Diese Verordnung wird nicht elektr...																		
<input checked="" type="checkbox"/> Blutentnahme refeeding (nach 2 Wochen)	Alle 7 Tg.; K, Na, Phosphat, Krea Diese Verordnung wird nicht elektr...																		
Anmeldungen																			
<input checked="" type="checkbox"/> Anmeldung	Anmeldung ERB: Ernährungsberatung																		
<input checked="" type="checkbox"/> Anmeldung	Konsilium Konsilardienst Psychiatrie PDAG																		

6 Behandlungsvereinbarung

6.1 Behandlungsvertrag (Basisvertrag)

Der [Behandlungsvertrag](#) regelt die Nahrungsaufnahme, das Ausmass der Mobilität, die wöchentlich geforderte Gewichtszunahme/ Gewichtskontrollen sowie die Massnahmen bei Nichterreichen. Ein allfälliges Verlegungs- / Entlassungsgewicht wird interdisziplinär festgelegt und im Vertrag dokumentiert (Pflegedienst, Arztdienst, ERB, K&L PDAG).

Ist kein spezifischer Behandlungsauftrag von den zuweisenden Ärztinnen und Therapeutinnen im Vorfeld definiert worden, ist das primäre Ziel die somatische Behandlung mit Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustandes, mit Korrektur spezifischer Mangelzustände, Gewichtszunahme und Behandlung somatischer Komorbiditäten und Komplikationen. Dies muss in Form eines Behandlungsvertrag innerhalb von 24h nach Eintritt festgehalten werden.

Rahmenbedingungen Vertragsgespräch

Teilnehmende	Patientin, Angehörige bzw. gesetzliche Vertretung, Oberarzt, Assistenzarzt, Pflegedienst (Bezugspflegeperson).
Inhalt	Besprechung des Behandlungsvertrages (Basisvertrag), Ziel, Unterschrift.
Dokumentation	Ein Exemplar wird der Patientin gegeben, ein Exemplar im KISIM unter Berichte hinterlegt.

6.2 Zusatzvertrag

Ergibt sich eine Änderung einzelner Punkte im Vertrag im Verlauf der Hospitalisation, sind diese in einem [Zusatzvertrag](#) neu festzulegen und im KISIM unter „Berichte“ abzulegen.

Vertragsänderungen werden nur während der gemeinsamen Visite mit dem Pflege- und Arztdienst von Montag – Freitag besprochen und schriftlich im Zusatzvertrag festgehalten.



6.3 Vertragsbruch

Werden die im Behandlungsvertrag getroffenen Vereinbarungen nicht eingehalten resp. im Zusatzvertrag festgehaltene Änderungen nicht akzeptiert, muss die Situation mit der Patientin in einem ausführlichen Gespräch geklärt und eine Änderung des Behandlungsziels und auch die Möglichkeit einer Entlassung diskutiert werden. Nichteinhalten des Vertrages sind auch folgende Punkte:

- Essen verstecken, austauschen, wegwerfen, nichteinhalten der Zeiten beim Essen, „Spielen“ mit dem Essen, übermässiges Wasser trinken vor dem Wägen, Erbrechen
- Turnen im Zimmer, übermässig Treppen steigen, Rennen im Zimmer/Station, Liegestütze, Hüpfen [11]

Befehlsässige Ultimaten sind nach Möglichkeit zu vermeiden, hingegen sollen die festgelegten Regeln und Vereinbarungen konsequent gefordert werden und die Patientin direkt bei Nichteinhalten des Vertrages damit konfrontiert werden. Ein fürsorglicher Druck und Beharrlichkeit vor dem Hintergrund der lebensbedrohlichen Situation und in Anbetracht der grossen Ambivalenz trotz guter Motivation sind notwendig. Wenn immer möglich sollte die Behandlung freiwillig erfolgen und die Patientin an der Entscheidung mitwirken können. Änderungen des Behandlungsziels und die Entlassung müssen immer auch mit den Bezugspersonen (Eltern, Partner) besprochen werden.

Liegt keine somatisch bedrohliche Situation vor (siehe somatisches Risiko [Kapitel 5.5](#)), kann eine Entlassung und ambulante Weiterbehandlung vertreten werden.

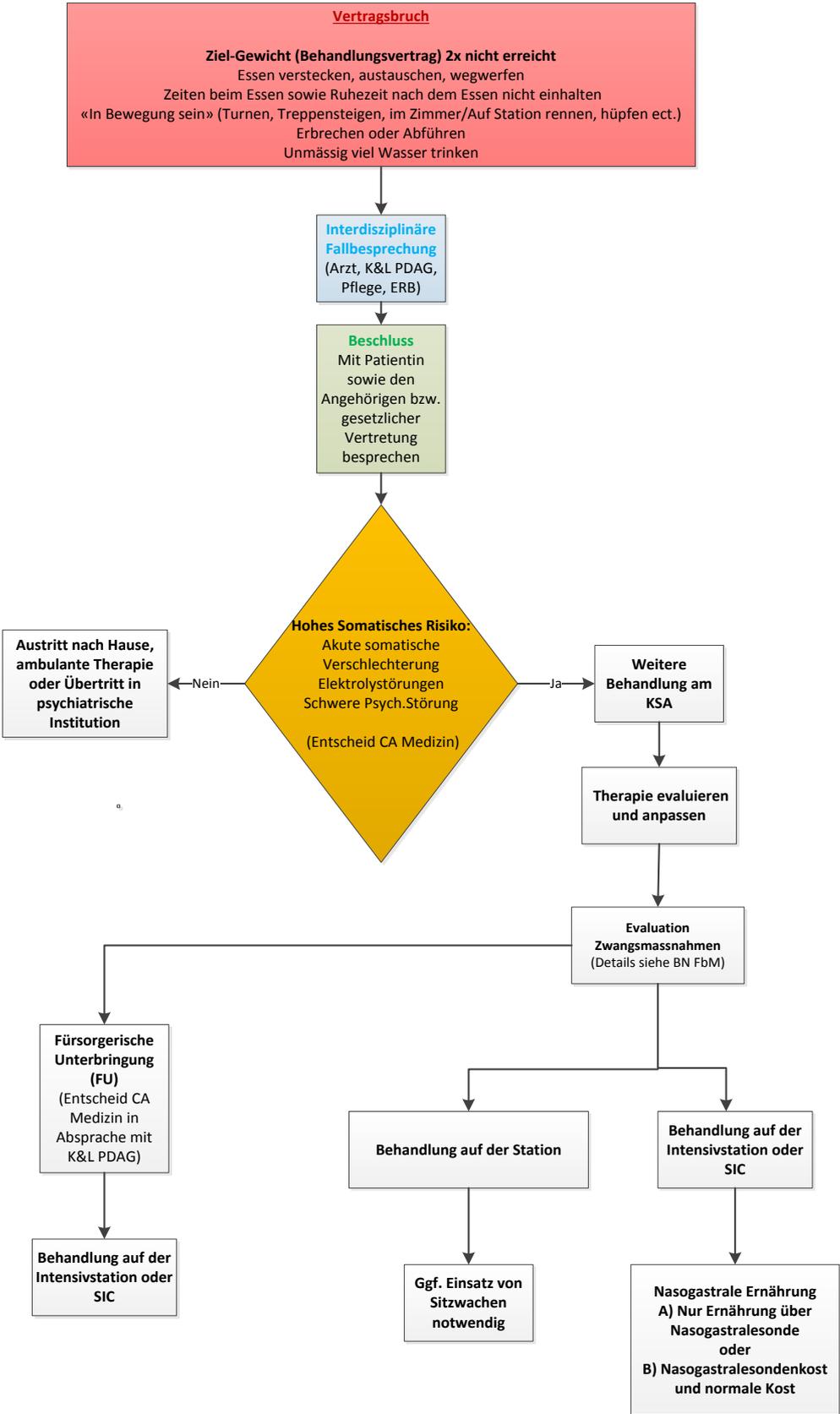
Besteht hingegen ein somatisch vitales Risiko („Gefahr im Verzug“) muss vor dem Hintergrund der lebensbedrohlichen Situation mit Selbstgefährdung, unter Annahme und Dokumentation einer Urteilsunfähigkeit bei Behandlungsabbruch und Entlassung eine Zwangsbehandlung mit damit verbundener Fürsorgerischen Unterbringung (FU) evaluiert werden.

Wann immer möglich sollte eine solche Behandlung gegen den Willen der Patientin vermieden aber im Bedarfsfall konsequent durchgeführt werden. Bei der Beurteilung sind die eingeschränkten kognitiven Funktionen bei extremem Untergewicht sowie die beeinträchtigte freie Willensbildung bei starker Ausprägung der Angst vor Gewichtszunahme zu beachten. Somit kann eine Zwangsbehandlung medizinisch notwendig und ethisch vertretbar sein.

Die Anmeldung zur FU wird vom Chefarzt der Medizin in Absprache mit dem K&L PDAG angeordnet. (→ [Anmeldeformular](#)).

6.3.1 Vorgehen

Folgendes Vorgehen wird auf der Station bei einem Vertragsbruch der Patientin empfohlen:





6.3.2 Zwangsmassnahmen

Detaillierte Informationen zu den Zwangsmassnahmen ist in der [klinisch- medizinischen Empfehlung „Freiheitsbeschränkenden Massnahmen“](#) (FbM) zu entnehmen.

7 Erläuterungen zum Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag regelt die Abmachungen mit der Patientin und dem Behandlungsteam während des stationären Aufenthaltes. Die Inhalte werden im Folgenden erläutert:

7.1 Ernährung

Die Bestellung der Mahlzeiten wird bis zum Tag der Vertragserstellung von der Pflege übernommen, danach läuft dies über die Ernährungsberatung (ERB). Die ERB bespricht und bestellt mit der Patientin die Mahlzeiten, welche ausgewogen gestaltet sein sollen. Die tägliche kcal- Menge ist an das wöchentliche Gewichtsziel angepasst.

Die Patientin schreibt eine Woche im Voraus ihre gewünschten Mahlzeiten (inkl. Zwischenmahlzeiten) auf und bespricht diese dann 1x wöchentlich mit der ERB, damit die Bestellrichtlinien eingehalten und die benötigten Kalorien erreicht werden. Die Mahlzeiten sind fix und werden nicht mehr angepasst. Veränderung bzgl. Mahlzeitenbestellung/ Ernährung (Portionengrösse, Zwischenmahlzeit (ZMZ), etc.) werden jeweils nur auf der Visite im Beisein der Pflege, AA, (OA, CA) und ERB vorgenommen.

Energiebedarfsberechnung: Die Bedarfsberechnung erfolgt über die ERB.

Nasogastrale Sonde: Gemäss Vertrag wird die Sonde eingesetzt, wenn die Patientin das Gewichtsziel in zwei aufeinanderfolgenden Messungen nicht erreicht hat. Die nasogastrale Sonde bleibt, bis das Gewicht wieder zweimal innerhalb des vorgegebenen Gewichtsbandes liegt. Die Behandlung wird entweder auf der normalen Bettenstation oder IPS/SIC nach Rücksprache mit den zuständigen Ärzten durchgeführt. Die ERB berechnet individuell auf die Patientin bezogen die Menge / Volumen der Sondennahrung, um die geforderte Kalorienmenge zu erreichen.

Mit der Patientin müssen die zwei Möglichkeiten der enteralen Ernährung besprochen werden:

- 1) zum normalen Essen zusätzlich die Sondennahrung oder
- 2) nur Sondennahrung verabreichen

7.2 Gewichtskontrollen

In der Regel geht es um das Erreichen eines definierten Zielgewichtes, damit eine andere Institution die Patientin aufnimmt. Als Faustregel (Zwischenziel) kann ein BMI von mind. 16 kg/m^2 genannt werden. Dies wird jedoch von den Institutionen individuell gehandhabt, am besten klärt man direkt mit den Institutionen die BMI Limite ab. Bei Eintritt werden zudem die Umstände, die eine Sondeneinlage erfordern, gemeinsam mit der Patientin definiert und vertraglich festgehalten.

Gewichtszunahme: Eine durchschnittliche Gewichtszunahme von mind. 500 g pro Woche ist realistisch und sinnvoll. Wird die Limite unterschritten, sind Massnahmen zur Erhöhung der Energiezufuhr zu treffen. Zum Beispiel: Mobilitätsrestriktion, Einsatz von Sitzwachen, Zusatzdrinks, Therapieabbruch, FU, Zwangsbehandlung, Zwangsernährung ggf. auf der IPS oder SIC.

Gewichtskontrollen: Es werden Gewichtskontrollen am Tag der Chefvisite als Stichtag durchgeführt, sowie an einem weiteren vordefinierten Tag in der Woche, gemäss KISIM Favorit (Montag und Donnerstag). Auf Verordnung werden unangekündigte (Zusatz)- Messungen durchgeführt. Gewichtskontrollen am Wochenende sind nach Möglichkeit zu vermeiden. Aus medizinischen Gründen kann vorübergehend tägliches Wägen notwendig sein.



7.3 Mobilität

Mobilität: Häufig braucht es zu Beginn eine Einschränkung der körperlichen Aktivität für eine Gewichtszunahme. Während einer Woche ist der Aufenthalt im Zimmer und auf der Abteilung erlaubt. Untersagt ist der Aufenthalt im Freien oder auf anderen Abteilungen, auch nicht in Begleitung.

Wird die geforderte wöchentliche Gewichtszunahme erreicht und je nach psychischer Verfassung, können den Patientinnen zunehmend mehr Freiheiten gewährt werden, wie beispielsweise:

- Aufenthalt im Park oder in der Cafeteria in Begleitung (1x30 Min. > 2x30 Min.)
- Aufenthalt im Park ohne Begleitung (1x15 Min. > 2x15 Min.)
- 1 Tag Urlaub am Wochenende
- etc.

Wird die geforderte Gewichtszunahme nicht erreicht, kann eine Einschränkung der Mobilität sinnvoll sein. Das Ausmass der Mobilität wird im interdisziplinären Behandlungsteam während einer Fallbesprechung festgelegt und bei Änderungen im Zusatzvertrag festgehalten.

Raucherinnen wird es gestattet, 2-3x/Tag in Begleitung einer PP eine Zigarette zu rauchen.

8 Betreuungsteam

8.1 Rolle der Bezugspflegerperson

Definition Rolle Bezugspflegerperson

Wichtig im Umgang mit den Patientinnen ist die Kontinuität. Von Seiten der Pflege sollten der Patientin zwei Bezugspflegerpersonen zur Seite gestellt werden. Eine der beiden Bezugspflegerpersonen sollte nach Möglichkeit ein 80% Pensum auf der Abteilung haben, es wird empfohlen die Fachexpertin Pflege der Patientin als Bezugspflegerperson einzuteilen. Sie sind die Hauptansprechpersonen der Patientin und gleichzeitig die Ansprechpersonen fürs Team und andere involvierte Dienste, bei Fragen oder Problemen. Bei Fragen bezüglich des Vertrags ist der Arztdienst Ansprechperson. Nach Möglichkeit werden die Bezugspflegerpersonen in der Schicht jeweils der Anorexie-Patientin zugeteilt. Bei Bedarf einer Fallbesprechung, ist die Bezugspflegerperson für die Organisation verantwortlich. Die Fachexpertin Pflege auf der Station und ggf. die Pflegeexpertin involvieren. Mindestens 1 x wöchentlich wird mit der Ernährungsberatung Kontakt aufgenommen für einen interdisziplinären Austausch.

8.2 Rolle des ärztlichen Dienstes

- Klären der Behandlungsziele gemeinsam mit dem interdisziplinären Behandlungsteam
- Erstellen eines Behandlungsvertrages innerhalb von 24h
→ Bei Fragen bezüglich des Vertrags ist der Arztdienst Ansprechpartner
- Anmeldung Konsil Ernährungsberatung zur Mitbetreuung via KISIM
- Anmeldung Konsil K&L PDAG zur Mitbetreuung via KISIM
- Verordnung der Diagnostik / Behandlung / Therapie / Überwachung: (KISIM Favorit)
 - Eintritts-Blutentnahme und weitere Kontrollen
 - ggf. EKG
 - Regelmässige Vitalzeichenkontrolle
 - ggf. weitere Konsiliar-Dienste hinzuziehen
- Regelmässige Besprechung der aktuellen Situation bei der Chefarztvisite 1 x pro Woche im interdisziplinären Team (Wichtig: genauer Zeitpunkt dem interdisziplinären Team mitteilen- ERB, K&L PDAG, Bezugspflegerperson).
- Massnahmen bei Nichteinhalten des Behandlungsvertrages diskutieren:
→ siehe Fluss-Diagramm Vorgehen bei Vertragsbruch, [Kapitel 6.3.1](#): Mobilitätsrestriktion, Einsatz von Sitzwachen, Zusatzdrinks, Therapieabbruch, FU, Zwangsbehandlung, Zwangsernährung ggf. auf der IPS oder SIC.



8.3 Rolle der Ernährungsberatung

Die Aufgabe der Ernährungsberatung ist in Rücksprache mit dem Behandlungsteam, die Zusammenstellung der Kost, gemäss der Ziele des Behandlungsvertrages und hält dies im KISIM fest. Das Fernziel der Ernährungstherapie ist die Normalisierung des Essverhaltens, d.h die Rückkehr zu einer gesunden, ausgewogenen Ernährung. Die stationäre Zielsetzung ist die körperliche Stabilisierung.

Während dem Essen sind die Patientinnen belastenden Gefühlen und körperlichen Symptomen ausgesetzt. Die geäusserten Beschwerden und Gefühle bespricht die Ernährungsberatung mit den Patientinnen und unterstützt sie nach Möglichkeit darin, einen Weg zur Überwindung resp. einen Umgang damit zu finden. Eine tiefere Auseinandersetzung mit den Gefühlen/Gedanken ist der Psychotherapie vorbehalten. Wenn der Organismus wieder regelmässig ernährt wird, sind Verstopfung, Blähungen, Völlegefühl nicht zu unterschätzen, die Ernährungsberatung geht auf die Problematik ein und bietet ihr Unterstützung im Umgang damit an.

- Hauptverantwortlich für den Organisationsprozess der Essensbestellung, siehe [Kapitel 7.1 Ernährung](#)

8.4 Rolle des Konsiliar & Liasondienst (K&L) der psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG)

Die Rolle des Konsiliardienstes der psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG):

Eine Psychotherapie im eigentlichen Sinne kann im Kantonsspital Aarau nicht durchgeführt werden. Der PDAG soll konsiliarisch, in jedem Fall bei Eintritt, und danach individuell (nach Möglichkeit mindestens wöchentlich) unter anderem für folgende Situationen beigezogen werden:

- Konsiliarische Begleitung und stützende Gespräche mit den Patientinnen und Angehörigen
- Exploration einer psychischen Komorbidität
- Indikationsstellung für eine Psychopharmakotherapie
- Team-Supervision vor allem bei längerer Hospitalisationsdauer
- Interdisziplinäre Festlegung eines Behandlungsziels insbesondere in komplexen Situationen
- Nach Möglichkeit Teilnahme am interdisziplinären Austausch während der Chefarzt-Visite 1x wöchentlich
- Beurteilung bei Vertragsbruch/ Behandlungsabbruch/ Entlassung im Hinblick auf eine akute Selbstgefährdung

Zuständig sind primär die [Fachärzte des K&L der PDAG](#).

8.5 Rolle des Sozialdienstes

Der Sozialdienst kann individuell bei Rechts- und Versicherungsfragen hinzugezogen werden. Zudem kann, falls kein weiterer klinischer Aufenthalt geplant wird, der Sozialdienst beim Austrittsmanagement bzw. für das Suchen einer geeigneten Anschlusslösung Unterstützung leisten.



9 Herausforderungen während der Hospitalisation

9.1 Kommunikation

Die Betroffenen und ihre Bezugspersonen müssen über die Krankheit und deren Folgen informiert werden, um so das Bewusstsein der Behandlungsbedürftigkeit zu wecken und eine Therapiemotivation entstehen zu lassen. Aber selbst bei guter Motivation erschwert eine hohe Ambivalenz, die grosse Angst vor Gewichtszunahme, die hohen Autonomiebedürfnisse und die Scham, die Therapie. Oft verleugnen die Patientinnen den Krankheitswert ihres Zustandes und sehen sich als „normal“ an. Folgende Punkte sollten im Umgang mit Anorexia nervosa Patientinnen beachtet werden[13]:

- Offenheit und Transparenz signalisieren
- Empathie, Geduld und Verständnis zeigen
- Miteinbezug der Patientin in den Stations- und Behandlungsalltag
- Deutliches und ehrliches Lob aussprechen
- Bewusster Umgang mit Nähe und Distanz
- Aufgrund von fehlender Tagesstruktur Beschäftigung anbieten

9.2 Umgang auf der Station und im Behandlungsteam

Verhalten des Teams:

- Die diplomierte Pflegefachperson bespricht Anliegen der Patientin, die im Vertrag nicht abgedeckt sind, mit dem Arztdienst und notiert getroffene Abmachungen im KISIM unter Mitteilungen. Damit wird ein Ausspielen der Pflegenden und anderen Diensten verhindert.
- Die Regeln des Vertrags und die Abmachungen werden strikt durchgesetzt.
- Bei Auftreten von Uneinigkeiten bezüglich Behandlung und Betreuung im Team ist es wichtig, diese Uneinigkeiten nicht vor der Patientin zu besprechen, sondern im Team (siehe 9.3). Die getroffenen Teamentscheidungen sind für alle verbindlich und auch der Patientin mitzuteilen.
- Destruktives Verhalten oder Täuschungsmanöver seitens der Patientin, werden von der Bezugspflegerperson/ dipl. Pflegefachperson und dem Arztdienst mit der Patientin besprochen und Konsequenzen festgelegt. Die zutreffenden Abmachungen sind vorgängig interdisziplinär abzusprechen, ggf. Einbezug der K&L PDAG.
- Projektionen/Spaltungen: Informationen von der Patientin werden an verschiedenen Orten deponiert und lösen im Behandlungsteam Reaktionen und Diskussionen aus– das Problem „wird nach aussen projiziert, scheint das Team in Aufruhr zu bringen und zu spalten“ [7]. Wichtig für das Behandlungsteam ist es, diese Mechanismen zu erkennen und ihnen durch eine offene Kommunikation im Team, gegebenenfalls auch im Beisein der Patientin, entgegenzuwirken. Hierfür ist auch eine vom PDAG angebotene Fallbesprechung hilfreich.
- Die Gefühlswelt der Patientinnen ist meist sehr labil. Sie sind häufig nervös, schüchtern und gehemmt. Die Patientinnen versuchen häufig, von Tag zu Tag den Therapieplan selbst zu ändern und zu bestimmen. Striktes Durchsetzen der Therapien und Vereinbarungen im Vertrag können mit der Zeit zu einer Beruhigung der Situation führen. Auspielungen werden so unterbunden.
- Auf Aussagen der Patientin über andere Dienste oder andere Pflegenden nicht eingehen, aber zuhören und ins Team weiterleiten.

9.3 Teamarbeit und Wahrnehmung im interdisziplinären Team

- Der primäre Informationsaustausch zwischen dem Arzt- und dem Pflegedienst erfolgt anlässlich der täglichen Visiten mit dem Ziel, beide Seiten à Jour zu halten.
- **Vor der Chefarztvisite beim Patienten findet eine kurze Standortbestimmung ausserhalb des Patientenzimmers** statt, mit Pflege, Fach- oder Pflegeexpertin, Ernährungsberatung, ggf. K&L PDAG, Assistenz- und Chefarzt.
- Wichtige Informationen werden im KISIM festgehalten. Entscheide die getroffen worden sind, klar im Zusatzvertrag dokumentieren und dem restlichen Team kommunizieren.



Weiterreichende Entscheide wie Vertragsänderungen und Massnahmen bei Vertragsbruch sind mit dem Oberarzt, der Ernährungsberatung und gegebenenfalls auch mit dem K&L PDAG abzusprechen. Ein regelmässiger Informationsaustausch (1x wöchentlich) des gesamten Teams sowie Konsentsentscheide betreffend des weiteren Vorgehens sind wenn immer möglich anzustreben.

10 Entlassung und Anschlussbehandlung

Die Auswahl der Institutionen, die Anorexie Patientinnen für eine Weiterbehandlung aufnehmen, muss entsprechend dem Alter und dem Geschlecht, sowie der sozialversicherungsrechtlichen Situation erfolgen. Die Liste ist nicht abschliessend und bezieht sich nur auf den Kanton Aargau:

Stationäre Behandlung:

Abteilung Psychosomatik, Klinik Barmelweid, 5017 Barmelweid

Leitung: Dr. med. Pia Bircher, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Sekretariat: Tel. 062 857 22 51, Fax 062 857 27 41

<https://www.barmelweid.ch/>

Ambulante und stationäre Behandlung:

Klinik Schützen, 4310 Rheinfelden

Leitung/Chefarzt: Dr. med. Hanspeter Flury, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

Stv. Chefärztin Dr. med. Ute Dahm, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie EMBH PHW

Sekretariat: Tel. 061 836 26 25, Fax 061 836 26 20

sekretariat.klinikschoetzen@hin.ch

<https://www.klinikschoetzen.ch/home>

Ambulante Behandlung:

Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche (KEA), 4800 Zofingen

Chefärztin KEA: Dr. med. Bettina Isenschmid, M.M.E

Sekretariat: Tel. 062 746 56 56, Fax 62 746 56 57

kea@spitalzofingen.ch

<https://www.spitalzofingen.ch/leistungen/innere-medizin/kea.html>

Weitere Adressen und ambulante Therapie-Angebote unter www.netzwerk-essstoerungen.ch

11 Beilagen

[Vorlage Behandlungsvertrag](#)

[Vorlage Zusatzvertrag](#)



12 Referenzen / Quellen

- [1] Isenschmid B. Anorexie. Kontrolle ist gut, Vertrauen ist besser. Hausarzt Praxis. 2010;7-8:23-26.
- [2] Empfehlungen des Experten-Netzwerks Essstörungen Schweiz (ENES). Behandlung von Menschen mit Essstörungen. Zürich : 2019 www.netzwerk-essstoerungen.ch
- [3] Suter PM. Checkliste Ernährung. Thieme-Verlag. 3. Auflage 2008.
- [4] Kamber V. Essstörungen – nicht nur ein psychiatrisches Problem. Schweiz Med Forum. 2005;5:1195-1202.
- [5] Hepp U, Milos G. Essstörungen. Eine Einführung. Schweiz Med Forum. 2010;10(48):834-840.
- [6] NICE Guideline. Eating disorders. NHS National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 9. January 2004. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health.
- [7] Münger D, Loppacher D. Stationäre Therapie von Patientinnen mit Anorexia nervosa in der Kinderklinik des Kantonsspitals Aarau. 2008.
- [8] Herpertz S., Herpertz-Dahlmann B., Fichter M., Tuschen-Caffier B., Zeeck A. S3-Leitlinie, Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Heidelberg: Springer Verlag 2011.
- [9] Schnyder U., Milos G., Mohler-Kuo M., Demota P. Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Zürich: 2012. [Essstörungen](http://www.esstoerungen.ch)
- [10] Strüby B., Imhasly S., Fischer T. Konzept für die Betreuung der Patientinnen mit Anorexie auf der Psychosomatik, C.L. Lory-Haus, Station G1. Bern: 2010.
- [11] Optobyte AG. Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB), Art.427, Art.428, Art.434. Eggliswil: 2019. http://www.gesetze.ch/sr/210/210_049.htm
- [12] Kellnhauser E., Schewior-Popp S., Sitzmann F., Geissner U., Gümmer M., Ullrich L. Thiemes-Pflege. Pflege heute. 8. Auflage. Stuttgart: 2000.
- [13] Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Köln: 2018. [DIMDI - ICD-10-GM Version 2018](http://www.dimdi.de/dip/di/ICD10/GM/Version2018)

Siehe Link



Bereich Pflege Medizin, Medizinische Universitätsklinik

Behandlungsvertrag für Patientinnen/Patienten mit Anorexia nervosa auf medizinischen Bettenstationen des KSA AG

Patientin/ Patient:

Stationsärztin/-arzt:

Pflegeperson:

Bezugsperson/ gesetzliche Vertretung:

Vertrag erstellt am:

Eintrittsgewicht*: kg am

Grösse: cm

* =1. Nüchterngewicht bei Beginn der Hospitalisation

BMI: kg/m²

Gesamtziel während des Spitalaufenthalts (Behandlungsziel) sowie weitere Verhaltensziele (wie z.B. Reduzierung der Hypermotorik etc.):

Geforderte wöchentliche Gewichtszunahme:

- wöchentliche Gewichtszunahme im Bandbereich, durchschnittlich mind. 500g pro Woche
 - anderes:
-

Gewichtskontrollen:

- 2x wöchentlich am Montag und Donnerstag, Stichtag ist der Donnerstag
 - anderes:
-

In Unterwäsche (Unterhose, Unterleibchen, ohne Schmuck, ohne Uhr, ohne Schuhe) vor dem Frühstück und mit geleerter Blase. Versuchen Sie nicht, zum Beispiel mit Trinken von grossen Wassermengen frühmorgens, Ihr Gewicht kurzfristig anzuheben. Es können auch zusätzliche Gewichtskontrollen zu unterschiedlichen Zeiten ohne Vorankündigung erfolgen.

**Ernährung:**

Die Ernährung ist ein zentraler Bestandteil Ihrer Behandlung. Das Essen ist für Sie wie ein Medikament, das Sie für die Behandlung Ihrer Krankheit benötigen und damit Ihr Körper wieder normal funktionieren kann. Die verordnete Menge erlaubt Ihnen eine Gewichtszunahme von rund 500g pro Woche und die Zusammensetzung mit allen Komponenten ergibt eine ausgewogene, bedarfsdeckende Ernährung. Sie verpflichten sich, die Mahlzeiten resp. Sondenkost einzunehmen und weder zu erbrechen noch auf irgendeine andere Art zu entsorgen.

- Die Kost besteht aus drei Hauptmahlzeiten inklusive Dessert zusätzlich zwei Zwischenmahlzeiten in Form von Crèmes, Frappées oder Brot mit Käsli (Quark, Hüttenkäse)

Sie können zwischen den drei Kostformen „classique“, „legère“ und „vegetarisch“ wählen. Das Essen bleibt zum Verzehr 30 Minuten im Zimmer, danach sind Sie aufgefordert, sich eine ½ Stunde hinzulegen und zu ruhen. Es dürfen keine Esswaren im Zimmer bleiben. Zwischenmahlzeiten werden zu den vorgegebenen Zeiten gebracht, von Ihnen verzehrt und ev. Reste dann weggeräumt.

- Sondenkost: Liegt das Gewicht zweimal unterhalb des vorgegebenen Gewichtsbandes oder bei Gewichtsabnahme von mehr als 1kg/Woche erfolgt eine Ernährung über Magensonde bis das Gewicht wieder zweimal innerhalb des vorgegebenen Gewichtsbandes liegt

anderes:

Mobilität:

Das Ausmass der Mobilität wird aufgrund der Schwere Ihrer Erkrankung festgelegt. Bei fehlender Gewichtszunahme und/oder Zunahme der psychischen Symptome wird Ihre Mobilität eingeschränkt. Dies dient zu Ihrem Schutz. Bei positivem Verlauf werden Ihnen wieder mehr Freiheiten eingeräumt.

In der 1. Woche „abteilungsmobil“ (Datum bis:.....), das heisst Sie dürfen sich im Zimmer und auf der Abteilung aufhalten, nicht jedoch auf anderen Abteilungen oder im Freien (auch nicht in Begleitung). Wird die geforderte wöchentliche Gewichtszunahme erreicht, kann die eingeschränkte Mobilität erweitert werden (z.B. 30 Minuten KSA-Park oder Cafeteria in Begleitung).

Bei Vertragsbeginn:

Verhaltensregeln während dem Spitalaufenthalt:

Während dem Spitalaufenthalt sind wir auf die Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Dies bedeutet, dass sie sich an Abmachungen / Regeln halten, damit wir das definierte Behandlungsziel erreichen können. Falls dies nicht der Fall sein sollte, kommt es zu einem Vertragsbruch und wir müssen die stationäre Behandlung evaluieren, ggf. Zwangsmassnahmen einleiten oder die Entlassung in Betracht ziehen.

Verhaltensregeln:

- Während den Mahlzeiten das Essen nicht verstecken, austauschen oder wegwerfen
 - Zeiten beim Essen sowie die Ruhezeit nach den Mahlzeiten (30 Min.) einhalten
 - Konstantes „in Bewegung sein“ unterlassen, d.h. kein turnen, rennen, hüpfen im Zimmer oder auf der Abteilung
 - Die Mahlzeiten nicht erbrechen oder abführen
 - Vor, während und nach den Mahlzeiten sowie vor den Gewichtskontrollen nicht unmässig viel Flüssigkeit/ Wasser trinken
-

Ich akzeptiere die festgehaltenen Punkte vollumfänglich und erkläre mich mit den getroffenen Vereinbarungen einverstanden.

Vertragsänderungen werden nur während der gemeinsamen Visite mit dem Pflege- und Arzt-dienst von Montag – Freitag besprochen und schriftlich festgehalten → Zusatzvertrag.

Datum:

Patientin/ Patient:

Ärztin/ Arzt:

Pflegeperson:

Der Vertrag ist gültig ab Datum und Unterschrift der Patientin



Bereich Pflege Medizin, Medizinische Universitätsklinik

Zusatzvertrag für Patientinnen/Patienten mit Anorexia nervosa auf der Medizinischen Bettenstation KSA

Patientin/Patient:

Stationsärztin/-arzt:

Pflegeperson:

Bezugsperson/ gesetzlicher Vertreter:

Erstellt am:

Zusätzlich zum Behandlungsvertrag gelten die folgenden neuen Vereinbarungen (nur Änderungen vermerken) ab Datum der Unterzeichnung:

Behandlungsziel:

Gewichtszunahme:

Ernährung:

Mobilität:

Verhalten:

Ich erkläre mich mit diesen zusätzlichen/neuen Vereinbarungen einverstanden.

Vertragsänderungen werden nur während der gemeinsamen Visite mit dem Pflege- und Arztdienst von Montag – Freitag besprochen und immer schriftlich festgehalten.

Datum:

Patientin/ Patient:

Ärztin/ Arzt:

Pflegeperson:
