

Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Fehlgewicht

Teil 2: Untergewicht mit Fokus auf Essstörungen



Dieser Bericht ist ein Produkt der STGKK im Rahmen des Competence Center Integrierte Versorgung.

Stand: April 2019

Impressum

Herausgeber & Druck:

Competence Center Integrierte Versorgung
Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Josef-Pongratz-Platz 1
8010 Graz

April 2019

Redaktion & Gestaltung:

Competence Center Integrierte Versorgung
Abteilung Verwaltung der eigenen Einrichtungen/Integrierte Versorgung (STGKK)

Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse gestattet. Satz- und Druckfehler vorbehalten.

Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz siehe www.stgkk.at -> Impressum

Aus Gründen der leichten Lesbarkeit beziehen sich alle geschlechtsspezifischen Formulierungen stets gleichermaßen auf Frauen und Männer.

Autorenteam/Mitwirkende

Jasmin Briesner, BSc., Diätologin der STGKK

Unser besonderer Dank gilt allen Personen, die als Interviewpartner und zur Beantwortung des Fragebogens zur Verfügung standen und somit wesentlich zur Entstehung dieses Berichts beigetragen haben.

Interviewpartner:

Univ.-Prof. Dr. **Andreas Karwautz**, Leiter der Ambulanz für Essstörungen im Kindes- und Jugendalter am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen, Past-Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2016-2018)

Prim. Dr. **Michael Merl**, Vorstand der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Kepleruniversitätsklinikum in Linz

Prim. Dr. **Katharina Purtscher-Penz**, Leitung der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Landeskrankenhaus Graz Süd-West

OÄ Dr. **Sigrid Hartlieb**, Leitung des Bereichs Essstörungen/Psychosomatik am Universitätsklinikum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter am Landeskrankenhaus Hall in Tirol

OÄ Dr. **Ellen Auer-Welsbach**, Landeskrankenhaus Klagenfurt, Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

Inhaltsverzeichnis

1	Abbildungsverzeichnis	VII
2	Einleitung	1
2.1	Hintergrund	1
2.2	Zielsetzung	2
2.3	Methodische Gestaltung	2
3	Grundlagen zu Untergewicht und Mangelernährung im Kindes- und Jugendalter	5
3.1	Definition und Diagnose von Untergewicht	5
3.2	Mögliche Ursachen von Untergewicht	5
3.3	Essstörungen als Ursachen für Untergewicht	6
3.3.1	Anorexia nervosa	6
3.3.2	Bulimia nervosa	7
3.4	Epidemiologische Daten	8
3.4.1	Prävalenz von Untergewicht	8
3.4.2	Prävalenz von Essstörungen	10
3.5	Gesundheitliche Auswirkungen	13
3.6	Vulnerable Bevölkerungsgruppen	14
4	Nationale evidenzbasierte Leitlinien zur Therapie von Untergewicht bedingt durch Essstörungen im Kindes- und Jugendalter	15
4.1	Diagnose- und (Be-)Handlungspfad für Untergewicht aufgrund von Essstörungen der Medizinischen Universität Graz	15
4.1.1	Hintergrund zur Entwicklung des Diagnose- und (Be-)Handlungspfads	15
4.2	Diagnose- und Behandlungspfad Untergewicht	16
4.3	Infoboxen zum Diagnose- und (Be-)Handlungspfad Untergewicht	17
4.3.1	Allgemeine Grundsätze in der Behandlung von Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen	17
4.3.2	BOX 1: Diagnosestellung Untergewicht	18
4.3.3	BOX 2: Initiales Assessment	18
4.3.4	BOX 3: Stationäre/Teilstationäre Behandlung	18
4.3.5	BOX 4a und 4b: Diagnosestellung Essstörung und weiterführendes medizinisches Assessment	20
4.3.6	BOX 5 – 7: Therapie der Essstörung sowie die spezielle Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa	20
4.3.7	BOX 8: Weiterführende Therapie nach Gewichtsstabilisierung	26
4.3.8	BOX 9: Therapie von Begleiterkrankungen und Komplikationen	27

4.3.9	BOX 10 und 11: Monitoring und Nachsorge	28
4.3.10	Schnittstellen-Management	29
5	Analyse der aktuellen Versorgungslage untergewichtiger Kinder und Jugendlicher in Österreich	30
5.1	Ergebnisse zur bundesweiten Recherche der Therapieangebote	30
5.1.1	Krankenanstalten, Kliniken und Ambulatorien	30
5.1.2	Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage	31
5.1.3	Angebote und Maßnahmen der Sozialversicherung	33
5.1.4	Weitere spezialisierte Einrichtungen und Angebote	34
5.1.5	Unspezifische Angebote	35
5.1.6	Fachexperten im niedergelassenen Bereich	36
5.1.7	Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche	38
5.1.8	Angebote im Rahmen der Selbsthilfe	39
5.1.9	Ergänzungen der Recherche mittels Fragebogenerhebung	40
5.2	Qualitätskriterien für Betreuungsstrukturen	49
5.2.1	Qualitative und quantitative Kriterien	49
5.2.2	Ergebnisse der Beurteilung	50
5.3	Nationale Beispiele zur Umsetzung einer regionalen Versorgung	50
5.3.1	Versorgung am Beispiel Wien	50
5.3.2	Versorgung am Beispiel Oberösterreich/Linz	53
5.3.3	Versorgung am Beispiel Tirol/Hall	55
5.3.4	Versorgung am Beispiel Kärnten/Klagenfurt	57
5.3.5	Konzept für Essstörungenbehandlung in der Steiermark	58
5.4	Versorgungsbeispiele aus dem internationalen Raum	60
5.4.1	ANAD e.V. Versorgungszentrum Essstörungen	60
5.4.2	Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche GmbH	63
5.4.3	GGZ Riverduinen Eetstoornissen Ursula	65
6	Ergänzungen und Qualitätssicherung mittels Experteninterviews	68
6.1.1	Methodische Vorgehensweise und Auswahl der Interviewpartner	68
6.1.2	Details zum Interview-Leitfaden	69
6.1.3	Darstellung der Ergebnisse aus den Befragungen	71
6.1.4	Zusammenfassende Darstellung der Kernaussagen	77
7	Umsetzungsvorschläge zur Optimierung der Versorgung	79
7.1	Gegenüberstellung: Soll- und Ist-Zustand	79
7.2	Darstellung der Bedarfssituation in Österreich	80
7.3	Handlungsempfehlungen für die Praxis	81

7.3.1	Handlungsfeld 1: Vertiefende Erhebung des Bedarfs an Versorgungsstrukturen	81
7.3.2	Handlungsfeld 2: Bedarfsgerechter Ausbau von Versorgungsstrukturen	81
7.3.3	Handlungsfeld 3: Anpassung der Qualität an die Vorgaben des Diagnose- und (Be-)Handlungspfads	82
7.3.4	Handlungsfeld 4: Identifikation und Ausbau von Schnittstellen	82
7.3.5	Handlungsfeld 5: Früherkennung und Awareness	82
7.3.6	Handlungsfeld 6: Übergeordnete Maßnahmen	83
8	Anhang	85
8.1	Fragebogen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen	85
9	Literaturverzeichnis	91

1 **Abbildungsverzeichnis**

ABBILDUNG 1: COSI-STUDIE (2017). BMI (WHO) VERTEILUNG DER 8-JÄHRIGEN, NACH GESCHLECHT (JUNGEN N=574, MÄDCHEN N = 638)	9
ABBILDUNG 2: COSI-STUDIE (2017). BMI (WHO) VERTEILUNG BEI SCHÜLERN ÄLTER UND JÜNGER ALS 9 JAHRE, NACH GESCHLECHT (<9 JAHRE JUNGEN N=576, MÄDCHEN N=645; >9 JAHRE JUNGEN N=715, MÄDCHEN N=587)	10
ABBILDUNG 3: COSI-STUDIE (2017). REGIONALE ERGEBNISSE BMI (WHO)-VERTEILUNG (OSTREGION N=551, WESTREGION N=465, SÜDREGION N=267).	10
ABBILDUNG 4: FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION NIEDERÖSTERREICH: PRÄVALENZ FÜR ANOREXIA NERVOSA	11
ABBILDUNG 5: FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION NIEDERÖSTERREICH: PRÄVALENZ FÜR BULIMIA NERVOSA	11
ABBILDUNG 6: DIAGNOSE ANOREXIE UND BULIMIE NACH ALTER IN OBERÖSTERREICH 2016. FÄLLE PRO 100.000 EINWOHNER DER JEWEILIGEN ALTERSKATEGORIE	12
ABBILDUNG 7: ESSSTÖRUNGEN NACH GESCHLECHT IN OBERÖSTERREICH 2001 - 2016	12
ABBILDUNG 8: HOTLINE FÜR ESSSTÖRUNGEN. ANTEIL DER ANFRAGEN VIA TELEFON UND E-MAIL IN DEN JAHREN 2016 UND 2017.	13
ABBILDUNG 9: DIAGNOSE- UND BEHANDLUNGSPFAD UNTERGEWICHT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT FOKUS AUF ESSSTÖRUNGEN, INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND EVIDENZBASIERTE VERSORGENGSFORSCHUNG DER MEDIZINISCHEN UNIVERSITÄT GRAZ	16
ABBILDUNG 10: BETTENMESSZIFFER IN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE (ERGÄNZT NACH HARTL & KARWAUTZ, 2017)	32
ABBILDUNG 11: BETREUUNGSPLÄTZE DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND – PSYCHOTHERAPIE	33
ABBILDUNG 12: VERHÄLTNIS STATIONÄRE ZU TAGESKLINISCHEN BETREUUNGSPLÄTZEN	33
ABBILDUNG 13: FACHÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE MIT KASSENVERTRAG (ERGÄNZT NACH HARTL & KARWAUTZ, 2017)	36
ABBILDUNG 14: KINDER-REHABILITATION IN ÖSTERREICH UND DEREN STANDORTE (HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄG	39
ABBILDUNG 15: MULTIPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT IN DER BEHANDLUNG VON PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN AM BEISPIEL DES THERAPIEKONZEPTS WTAM	51
ABBILDUNG 16: ANGEBOTE FÜR ANGEHÖRIGE VON PATIENTINNEN MIT ESSSTÖRUNGEN AM BEISPIEL DES THERAPIEKONZEPTS WTAM	52
ABBILDUNG 17: VIER „SÄULEN“ DER ESSSTÖRUNGSTHERAPIE, KEPLERUNIVERSITÄTSKLINIKUM LINZ	53
ABBILDUNG 18: NETZWERK DER ANBIETER, KEPLERUNIVERSITÄTSKLINIKUM LINZ	54
ABBILDUNG 19: BEHANDLUNGSKETTE ESSSTÖRUNGEN (KONZEPT ESSSTÖRUNGSBEHANDLUNG STMK., 2018)	59
ABBILDUNG 20: ANAD E.V. – ANGEBOTE DES VERSORGENGSZENTRUMS ESSSTÖRUNGEN	63
ABBILDUNG 21: BEAT EATING DISORDERS. KNOW THE FIRST SIGNS? TIPS POSTER.	83

2 Einleitung

2.1 Hintergrund

Nachdem im Vorjahr im Rahmen des Arbeitsprogrammes 2017 des Competence Center Integrierte Versorgung die Behandlungsstrukturen von übergewichtigen sowie adipösen Kindern und Jugendlichen einer Analyse unterzogen wurden, erfolgt 2018 im zweiten Schritt die österreichweite Recherche der bestehenden Versorgungslandschaft für das Themenfeld Untergewicht.

Im Vergleich zu Übergewicht und Adipositas nimmt Untergewicht einen erheblich niedrigeren gesundheitspolitischen Stellenwert ein. Innerhalb der gegenwärtigen Datenlage wird auf die geringe Prävalenz von Untergewicht in der Allgemeinbevölkerung, aber auch in den spezifischen Lebensphasen Kindheit sowie Jugend, verwiesen.

So zeigen die Ergebnisse des Österreichischen Ernährungsberichts von 2012, dass 3,8 Prozent der 7- bis 14-jährigen Kinder und Jugendlichen untergewichtig oder deutlich untergewichtig sind. Davon können 2 Prozent als untergewichtig und weitere 1,8 Prozent als deutlich untergewichtig bezeichnet werden.¹

Aktuellere Zahlen einer 2017 publizierten weltweiten Studie bestätigen die Resultate aus dem Ernährungsbericht. Demnach sind 2,2 Prozent der Buben und 1,7 Prozent der Mädchen von moderatem bis starkem Untergewicht betroffen.² In der ebenfalls im Jahr 2017 veröffentlichten „Childhood Obesity Surveillance Initiative“, kurz COSI genannt, werden vornehmlich 8- bis 9-jährigen Schüler untersucht. Unter Berücksichtigung der WHO-Kriterien für den Body Mass Index dieser Altersgruppe weisen 13,2 Prozent der Burschen und 11,9 Prozent der weiblichen Probandinnen ein geringgradig vermindertes Körpergewicht auf. Jeweils 1,8 und 2,2 Prozent der 8-jährigen Kinder leiden unter moderatem bis schwerem Untergewicht.³ Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass das Thema Untergewicht in den Industrieländern auch vor dem Hintergrund wachstumsbedingter Gewichtsentwicklung betrachtet werden sollte.

Ein erniedrigtes Körpergewicht kann sich als Folge unterschiedlichster Ursachen manifestieren, die je nach Art und Ausprägung einer gesonderten Behandlungsweise bedürfen.⁴ Diese enorme Variabilität machte es erforderlich, die hier vorliegende Analyse auf Essstörungen zu beschränken, die - mit anderen Ursachen in Relation gesetzt - am häufigsten vorkommen. Aus diesem Grund wurde der Versorgungsstatus von untergewichtigen Kindern und Jugendlichen, ausgelöst durch Essstörungen, innerhalb Österreichs kritisch beleuchtet. Unter den Essstörungen liegt der Fokus insbesondere auf Anorexia sowie Bulimia nervosa, die nach den internationalen ICD-10 Standards als eigenständige Diagnosen klassifiziert sind⁵. Bei beiden handelt es sich um schwerwiegende psychische Erkrankungen, die die körperliche Gesundheit massiv bedrohen. Hierbei wäre insbesondere das Krankheitsbild Anorexia nervosa zu nennen, das bei ausbleibender oder inadäquater Therapie eine hohe Mortalität aufweist und nicht zuletzt dadurch auch sozio-ökonomisch betrachtet von großer Relevanz ist⁶.

Trotz mäßiger Datenlage kann davon ausgegangen werden, dass der Manifestationshöhepunkt von Anorexie und Bulimie im späten Kindes- bzw. Jugendalter angesiedelt ist.⁷ Mit der Schaffung einer bedarfsgerechten Betreuung dieser Zielgruppe

¹ Vgl. Elmadfa et al. (2012)

² Vgl. Abarca-Gómez et al. (2017)

³ Vgl. Arrouas et al. (2017)

⁴ Vgl. Nützenadel (2011)

⁵ Vgl. BMGF (2017)

⁶ Vgl. DGPM (2011)

⁷ Vgl. PRO MENTE Oberösterreich (2016)

könnten Therapieeinrichtungen für die erwachsene Bevölkerung möglicherweise entlastet und Folgekosten in dieser Altersgruppe gesenkt werden.

2.2 Zielsetzung

Seit Anfang 2017 wird im Rahmen des Arbeitsprogramms des Competence Centers Integrierte Versorgung das Thema „Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Fehlgewicht“ bearbeitet. In der ersten Phase wurde der Fokus auf die Betreuungssituation im Rahmen von Übergewicht und Adipositas gelegt. 2018 wurde der Bereich Untergewicht schwerpunktmäßig bearbeitet. Wie im vorangegangenen Abschnitt „Hintergrund“ bereits skizziert, kann ein vermindertes Körpergewicht multifaktoriell bedingt sein. Je nach zu Grunde liegender Erkrankung wird auch die Wahl der Therapie festgelegt. Diese Tatsache machte es bereits im Vorfeld der Berichterstellung erforderlich, die Beleuchtung von Untergewicht als Folge einer definierten Ursache zu beschränken.

Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierter Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz wurde durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse mit der Entwicklung des „Diagnose- und (Be-)Handlungspfades Untergewicht auf Primärversorgungsebene“ beauftragt. Von Seiten der MedUni wurde empfohlen, als Ursache Essstörungen zu analysieren, da diese verhältnismäßig häufig an der Entstehung von Untergewicht beteiligt sind.

Das Ziel des hier vorliegenden Berichts besteht darin, die aktuelle Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen einer kritischen Analyse zu unterziehen. In diesem Zusammenhang sollen neben quantitativen auch qualitative Betreuungsaspekte berücksichtigt werden. Eine qualitative Betrachtung machte die Erstellung des bereits erwähnten nationalen „Diagnose- und (Be-)Handlungspfades“ für die Zielgruppe erforderlich. Die dafür verwendeten medizinischen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie stellen die Basis dieses Berichts - auch im Sinne eines ersten Bewertungsinstruments - dar. Da sich die Pfade der MedUni Graz auf die Altersgruppe der 5- bis 18-jährigen beziehen, wird diese Limitierung in der hier vorliegenden Arbeit übernommen.

Letztlich soll diese Arbeit dazu beitragen, die Betreuungssituation innerhalb aller österreichischen Bundesländer sichtbar zu machen und daraus gegebenenfalls Optimierungspotenzial in Form von praktischen Handlungsempfehlungen (s. Kap. 7) abzuleiten. Die Handlungsempfehlungen wiederum sollen als Orientierungshilfe für die Erarbeitung von konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung gesehen werden.

2.3 Methodische Gestaltung

Im Folgenden wird die methodische Vorgehensweise erörtert, die zur Verfassung dieses Berichts - und damit in erster Linie zur Recherche der Versorgungsstrukturen für untergewichtige Kinder und Jugendliche - angewendet wurde. Wie bereits näher beschrieben, wurde Untergewicht dabei ausschließlich als Auswirkung einer definierten Essstörung betrachtet.

Internet- sowie Telefonrecherche zur Beleuchtung der Versorgungslandschaft

Die Identifikation der Therapieangebote innerhalb der einzelnen Bundesländer erfolgte zunächst mittels einer umfassenden Internetrecherche. Diese bezog sich neben spezifischen Angeboten auch auf relevante Fachgesellschaften, Berufsverbände und Interessensgemeinschaften sowie Positionspapiere, Behandlungskonzepte und Presseaussendungen. Im Anschluss an diese erste Sichtung, die einen groben Überblick über

die Versorgungssituation bot, wurden die analysierten Strukturen einer näheren Betrachtung unterzogen und zum Teil telefonisch kontaktiert. Eine persönliche telefonische Kontaktaufnahme erfolgte jedenfalls dann, wenn im Rahmen der Online-Recherche keine aussagekräftigen Informationen ermittelt werden konnten oder die recherchierten Informationen zu widersprüchlichen Ergebnissen führten.

Im Zuge der Berichtslegung wurden Krankenanstalten mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde mit psychiatrischem, psychosomatischem und psychotherapeutischem bzw. neurologischem Schwerpunkt, fachspezifische Ambulatorien, Sozialversicherungsträger, Anbieter von Betreuungsprogrammen und Wohngruppen, Gesundheitszentren und Beratungsstellen kritisch beleuchtet. Daneben wurde die Versorgung durch niedergelassene Fachärzte und Säuglings-, Kinder- sowie Jugendpsychotherapeuten analysiert. Als wertvolle Grundlagen wurden eine Kontaktliste der Arbeitsgemeinschaft Essstörungen des Berufsverbandes der Diätologen Österreichs und eine Liste der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation herangezogen. Des Weiteren dienten diverse Publikationen auf der Webseite der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und der Webseite des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapeuten herangezogen. Die Ergebnisse der Recherche werden in Kapitel 5 zusammengefasst.

Fragebogenerhebung unter Einschluss ausgewählter Betreuungsstrukturen

Von den recherchierten Therapieinstitutionen wurden jene in die Fragebogenerhebungen eingeschlossen, die die Betreuung der betroffenen Kinder und Jugendlichen im therapeutischen Sinne gewährleisteten. Lose Angebote von Einzelpersonen - beispielsweise im Rahmen der Psychotherapie - wurden nicht in die Erhebung miteinbezogen, da die Qualität aufgrund mangelnder Daten nicht eingeschätzt werden konnte. Diese Vorgehensweise soll nicht als Bewertung der Einzelangebote interpretiert werden, da durch diese durchaus ein qualitativer Beitrag zur Behandlung erfolgen kann.

Des Weiteren wurde darauf geachtet, dass sich die einbezogenen Institutionen in ihrer Vorgehensweise an den Leitlinien aus dem „Diagnose- und (Be-)Handlungspfad Untergewicht“ der Medizinischen Universität Graz anlehnen.

Schlussendlich konnten 52 Institutionen in die Fragebogenerhebung eingeschlossen werden. Die daraus resultierenden Daten ermöglichen einen objektiveren Blick auf die Gesamtsituation und werden im Kapitel 5 im Detail dargestellt.

Abgleich der recherchierten Datenlage mittels Experteninterviews

Die Ergebnisse aus den Recherchen spiegeln die hohe Heterogenität der bundesweiten Versorgungslandschaft wider. Aufgrund der komplexen Behandlungsstrukturen und der enormen Vielfalt an unterschiedlichen Therapieangeboten, die in Hinblick auf ihre Qualität zum Teil äußerst schwierig einzuschätzen waren, bestand die dringende Notwendigkeit, Experten aus der Praxis einzubeziehen.

Im ersten Schritt wurde ein Interviewleitfaden erstellt, dessen Fragestellungen neben der Versorgungssituation und den Behandlungsmöglichkeiten auch spezifische Krankheitsaspekte zu Essstörungen enthielten. Im Zuge der Internetrecherche konnten Experten aus den verschiedensten Regionen Österreichs identifiziert werden. Mittels einer anschließenden näheren Analyse, innerhalb der die beruflichen Erfahrungen und Funktionen als Qualitätsmerkmale vordergründig berücksichtigt wurden, konnten schließlich 6 Experten ausgewählt werden, von denen sich 5 für das Interview zur Verfügung stellten.

Sämtliche Interviewpartner leben in verschiedenen Teilen Österreichs und üben hier eine Facharztfunktion für Kinder- und Jugendheilkunde mit einer psychiatrischen Zusatzausbildung aus. Die Befragungen, die größtenteils telefonisch durchgeführt wurden, dienten der Sicherung der bis dato erhobenen Versorgungssituation. Eine Aufstellung der

Gesprächspartner und eine Zusammenfassung der Interviewergebnisse finden sich in Kapitel 6.

3 Grundlagen zu Untergewicht und Mangelernährung im Kindes- und Jugendalter

3.1 Definition und Diagnose von Untergewicht

Zur Ermittlung des Körpergewichts wird, wie bereits in Kapitel 2.2 detailliert beschrieben, auf internationaler Ebene der BMI (Body-Mass-Index) empfohlen.

Der Einsatz des BMI erfordert wegen des Gestaltenwandels in der Kindheit eine altersgemäße sowie geschlechtsspezifische Normierung, die sich aus den Perzentilen (WHO „growth charts“ 2006/2007⁸) für den BMI der verschiedenen Altersstufen ableiten lässt. Diese Kurven sollten von Geburt an über die folgenden Entwicklungsjahre seitens des betreuenden Kinderarztes geführt werden.

Mittels der alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilen können die individuellen BMI-Werte eingeschätzt und beurteilt werden.⁹ Als Richtwert für das anzustrebende Zielgewicht wird in der Regel die 25. Altersperzentile, nach Möglichkeit mindestens die 10. Altersperzentile genannt. Als Kriterium für Untergewicht wird ein Unterschreiten der 10. BMI-Perzentile bezeichnet. Als starkes Untergewicht sowie als Indikation für eine stationäre Behandlung ist das Unterschreiten der 3. BMI-Perzentile bei Kindern und Jugendlichen definiert.

Für Kinder und Jugendliche ergeben sich somit die folgenden Parameter zur Diagnose von Untergewicht:

Beurteilungskriterien

- Ein unzulässiges Verhältnis von Körperlänge zu Gewicht mit einem Längen-Sollgewicht < 70-79 Prozent
- Bei einem Body-Mass-Index (BMI) < 10. Perzentile spricht man von Untergewicht
- Bei einem Body-Mass-Index (BMI) < 3. Perzentile spricht man von starkem Untergewicht
- Ein fehlender Zuwachs an Körperlänge und/oder Gewicht mit Abweichungen der Perzentile um > 2 Hauptperzentilen

3.2 Mögliche Ursachen von Untergewicht

Untergewicht kann durch multifaktorielle Ursachen bedingt sein und ist je nach Betroffenen auch unterschiedlich medizinisch relevant. Zwar geht Untergewicht in vielen Fällen auch mit einer qualitativen Mangelernährung einher, dies muss aber nicht immer zutreffend sein: So können einige Menschen mit Veranlagung zu medizinisch definiertem Untergewicht durchaus ausreichend ernährt und damit auch optimal versorgt sein.

Unbestritten ist Untergewicht jedoch ein grundsätzlicher Risikofaktor für Malnutrition. Gerade im Kindsalter kann es schwerwiegende Gedeihstörungen nach sich ziehen und bedarf daher entsprechender Interventionsmaßnahmen - nämlich der Diagnose und der Therapie der Grunderkrankung sowie der Wahl einer Ernährungstherapie, die der Pathogenese entspricht.

Weltweit zählt die in zahlreichen Nationen herrschende Nahrungsmittelknappheit zu den wichtigsten Ursachen für Untergewicht. Aufgrund der Unterversorgung mit (Haupt-)

⁸ Vgl. WHO (2007)

Nährstoffen kommt es bei den Betroffenen zu einem Abbau von Körperfett und Muskelmasse, was schließlich zum medizinischen Untergewicht führt.

Dieser Ursache kommt in Österreich jedoch erwartungsgemäß eine äußerst geringe Bedeutung zu. Weitere mögliche Gründe für das Bestehen bzw. die Manifestation von Untergewicht werden daher in der nachfolgenden Zusammenfassung dargestellt.

Körperliche Erkrankungen

Dazu zählen beispielsweise chronische Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes wie Morbus Crohn oder Zöliakie.

Funktionsstörungen des Körperstoffwechsels

Dazu zählt beispielsweise die Hyperthyreose. Diese liegt vor, wenn es durch die Schilddrüse zu einer vermehrten Hormonbildung kommt. Die Schilddrüsenhormone bewirken eine Steigerung des Gesamtstoffwechsels und fördern aus diesem Grund auch das Wachstum und die Entwicklung.

Unverträglichkeiten, die in speziellen Fällen die Entstehung von Untergewicht fördern können

Hierzu gehören beispielsweise Histamin-, Laktose- und Fruktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption und andere Nahrungsmittelintoleranzen.

Psychische Erkrankungen

Psychosoziale Beeinträchtigungen wie etwa Essstörungen können zu einem unterschiedlich stark ausgeprägten Untergewicht, auch in Kombination mit qualitativer Malnutrition, beitragen. Die medizinische Bandbreite der möglichen Ursachen ist äußerst vielfältig. Sie reicht von frühkindlichen Fütterungsstörungen (z.B. im Rahmen von Interaktionsschwierigkeiten zwischen Mutter und Kind; bei frühgeborene Säuglingen, die über einen längeren Zeitraum via Sonde ernährt wurden) bis hin zu Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa). Diese wiederum können multifaktoriell begründet sein.

Aber auch durch medizinisch auffälliges Essverhalten, wie etwa innerhalb einer Orthorexia nervosa, die nicht als eigenständiges Krankheitsbild im Sinne einer ICD-10 Klassifikation gilt, kann es zu einer Senkung des Körpergewichts unter den Normbereich kommen.^{10,11}

3.3 Essstörungen als Ursachen für Untergewicht

Wie bereits in der Einleitung dieser Arbeit abgebildet, fungieren Essstörungen als wesentliche Ursache für die Ausbildung von Untergewicht wie auch Malnutrition. Zu den am häufigsten vorkommenden Essstörungen mit einer internationalen Klassifizierung nach ICD-10 zählen Anorexia sowie Bulimia nervosa, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Inhaltlich orientieren sich die Beschreibungen der Krankheitsbilder an der Patientenleitlinie „Diagnostik und Behandlung von Essstörungen“, die im Jahr 2015 von der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen herausgegeben wurde.

3.3.1 Anorexia nervosa

Bei Anorexia nervosa, umgangssprachlich auch als „Magersucht“ bezeichnet, handelt es sich um eine schwere psychische Erkrankung, die sich vordergründig in einem gestörten

¹⁰ Vgl. Nützenadel (2011)

¹¹ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (2015)

Essverhalten ausdrückt. Etwa 7 Prozent der Betroffenen aus allen Altersgruppen versterben an den Folgen.¹²

Die Anorexie kann auch als Auswirkung einer anderen psychischen Erkrankung auftreten oder aber eine solche auslösen.

Zu den stärksten Charakteristika zählen die deutliche Einschränkung der Nahrungsauswahl- und -zufuhr, der Kontrollverlust über das persönliche Essverhalten, die Störung der Selbstwahrnehmung sowie eventuell auch kompensatorische Verhaltensmuster im Sinne von exzessiver körperlicher Betätigung, Laxantienabusus und/oder Erbrechen. Die Ausprägung der Erkrankung kann sehr unterschiedlich sein und erfordert je nach Bedürfnis eine individuell angepasste Therapie.

Betroffene verlieren im Zuge der Störung massiv an Gewicht, was mit einer Vielzahl an körperlichen Komplikationen wie Herzrhythmusstörungen und Organversagen einhergehen kann. Des Weiteren kann in besonderen Fällen auch ein Suizidrisiko bestehen. Trotz möglicher extremer Gewichtsabnahme fühlen sich Anorektiker als „zu dick“ und streben weiterhin eine Reduktion an. Die Mahlzeitaufnahme wird zunehmend zu einem Ritual, bei dem die Nahrung beispielsweise sehr lange in kleine Stücke geschnitten wird oder die Bissen am Teller hin- und hergeschoben werden.

Die Entstehung der Anorexie basiert zumeist auf einer Reihe an biopsychosozialen Faktoren. Häufig bestehen Schwierigkeiten in der Entwicklung, weshalb sich der Erkrankungsgipfel in der Pubertät zeigt. Weitere Ursachen finden sich sehr häufig im familiären Setting. Ein mangelnder Selbstwert, Bindungsproblematik und soziale Faktoren spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle.

Bei der Therapie sollten psychosoziale Aspekte vordergründig berücksichtigt werden und die zugrunde liegenden Ursachen im Fokus stehen. Viele Betroffene sind zumindest in der ersten Behandlungsphase nicht krankheitseinsichtig. Ernährungsberatung sowie spezielle weitere Behandlungsformen wie Bewegungs- oder Ausdruckstherapien können das therapeutische Gesamtkonzept auf sinnvolle Weise unterstützen. Die Betreuung von Anorexie nimmt abhängig von der Erkrankungsdauer und bestehenden Begleit- sowie Folgeerkrankungen in der Regel einen längeren Zeitraum von mehreren Monaten bis Jahren in Anspruch und sollte unter Einbezug des familiären Umfelds erfolgen. Die Gefahr eines Rückfalls ist relativ hoch, weshalb ein gutes Nachsorgemanagement empfohlen wird. Je früher die Erkrankung erkannt wird, desto günstiger sind auch die Erfolgschancen einer Therapie.

3.3.2 **Bulimia nervosa**

Neben der Anorexie stellt die Bulimie – auch Ess-Brech-Sucht genannt – eine häufige Form von Essstörungen dar. In manchen Fällen ist der bulimischen Störung eine anorektische Erkrankung vorausgegangen. Betroffene weisen zumeist ein Körpergewicht im unteren Normbereich auf, können aber je nach individuellen Gegebenheiten und Verläufen auch leicht bis schwergradig untergewichtig sein. Da die Diagnose aufgrund dieser Tatsache oft später gestellt wird als im Fall der Anorexie, beginnt die Behandlung meist verzögert.

Bulimia nervosa ist für gewöhnlich durch regelrechte Ess-Anfälle mit anschließendem Erbrechen gekennzeichnet. Das Purging-Verhalten (Erbrechen, Laxantien- und Medikamentenmissbrauch, übermäßige Bewegung) kann aber auch episodisch stattfinden und muss nicht zwangsläufig nach einer großen Nahrungszufuhr auftreten. Im Rahmen der Ess-Attacken werden typischerweise enorme Mengen an Lebensmitteln innerhalb einer kurzen Zeitperiode verzehrt. Wie auch im Fall der Anorexie wird der physiologische Hunger- und Sättigungsmechanismus zunehmend gestört. Häufig findet man bei Bulimikern ein rigides, oft restriktives Essverhalten. Die Patienten leiden an einer gestörten

¹² Vgl. Rothenhäusler et al. (2012)

Selbstwahrnehmung und gehen von der Annahme aus, nur als möglichst schlanke Person gesellschaftlich akzeptiert zu werden.

Bei einem deutlich erniedrigten Körpergewicht kann die Erkrankung zu ähnlichen gesundheitlichen Folgen führen wie die Anorexie. Häufiges Erbrechen kann Funktionsstörungen im Magen-Darm-Trakt hervorrufen, der Laxantienabusus kann eine chronische Obstipation bedingen. Außerdem können Zähne und Speiseröhre durch den sauren Mageninhalt langfristig stark geschädigt werden.

Die Behandlung sollte wie im Fall der Anorexie einem multidisziplinären Gesamtkonzept folgen und auf die zugrunde liegenden Ursachen für das Verhalten abzielen. Nachdem es sich auch bei der Bulimie um eine psychische Erkrankung handelt, stehen psychotherapeutische und medizinische Therapieansätze im Vordergrund. Da die Ursachen und Auslöser der Essstörung jenen der Anorexia nervosa gleichgesetzt werden können, ist auch hier der Einschluss der nahen sozialen Bezugspersonen für den Behandlungserfolg unabdingbar.

3.4 Epidemiologische Daten

Dieser Bericht beleuchtet Untergewicht als Folge von Essstörungen. Da in Österreich allerdings keine Daten zu Kindern und Jugendlichen vorliegen, deren Untergewicht ausschließlich auf einem gestörten Essverhalten beruht, müssen diese beiden Aspekte getrennt voneinander betrachtet werden. Außerdem gilt es zu berücksichtigen, dass Betroffene in der Anfangsphase von Essstörungen bzw. Personen mit bulimischem Verhaltensmuster im Allgemeinen kein auffälliges Gewicht besitzen müssen. In den nächsten Abschnitten werden daher die Prävalenzen von erniedrigtem Körpergewicht und dem von Essstörungen unabhängig voneinander dargestellt.

3.4.1 Prävalenz von Untergewicht

Die Prävalenz von mangelndem Körpergewicht lässt sich mit Hilfe des Österreichischen Ernährungsberichts - einer periodischen, landesweit durchgeführten Erhebung - verfolgen. Gemäß den Daten aus dem Ernährungsbericht von 2012 wurden 3,8 Prozent der Buben und Mädchen im Alter von 7 bis 14 Jahren als untergewichtig eingestuft. 1,8 Prozent davon wurden als „ausgeprägtes Untergewicht“, definiert mit einem Gewicht unter der 3. Perzentile, klassifiziert. Generell war Untergewicht zu diesem Zeitpunkt bei den weiblichen Kindern und Jugendlichen mit 5 Prozent häufiger anzutreffen.

Vergleicht man diesen Bericht mit den Zahlen aus der „Österreichischen Studie zum Ernährungsstatus 2008“, ist eine Verminderung der Prävalenz zu erkennen. Damals konnte bei 5 Prozent dieser Altersgruppe ein erniedrigtes Körpergewicht festgestellt werden.

Eine deutlich höhere Prävalenz lässt sich aus den Daten des Ernährungsberichts von 2000 ablesen. In diesem Jahr lag die Zahl bei insgesamt 8 Prozent. Bemerkenswert ist dabei die Tatsache, dass bei dieser Untersuchung 6- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche miteingeschlossen wurden. Demzufolge könnte eventuell geschlussfolgert werden, dass die Zahl der Betroffenen im höheren Alter ansteigt, was allerdings bislang widerlegt wurde.

In der zuletzt in Auftrag gegebenen Erhebung von 2017 wurde nur die erwachsene Bevölkerung berücksichtigt, weswegen hier generell auf keine aktuelleren Ergebnisse zurückgegriffen werden kann.

Ähnliche Resultate liefert eine weltweite Studie, die die Entwicklung von Unter- sowie Übergewicht bei 5- bis 19-jährigen Kindern und Jugendlichen zwischen 1975 und 2016

untersucht. Demnach weisen 2,2 Prozent der Buben und weitere 1,7 Prozent der Mädchen moderates bis starkes Untergewicht auf.¹³

Nähere Rückschlüsse auf die Prävalenz von Untergewicht lassen sich durch die „Childhood Obesity Initiative“¹⁴, einer weltweiten Beobachtungsstudie, ziehen. In die genannte Untersuchung wurden vorrangig 8- bis 9-jährige Schulkinder einbezogen. Hierbei wurden die Daten von 2510 österreichischen Schulkindern erhoben, die zuvor einer anthropometrischen Untersuchung unterzogen wurden. Durch den annähernd gleichen Anteil an weiblichen sowie männlichen Probanden sind geschlechtsspezifische Rückschlüsse möglich.

Bei der Altersgruppe der 8-jährigen konnte bei 13,2 bzw. 11,9 Prozent der Mädchen und Buben ein leichtes Untergewicht ermittelt werden. Mäßiges bis starkes Untergewicht konnte bei 1,8 Prozent der Mädchen und weiteren 2,2 Prozent der Burschen festgestellt werden.

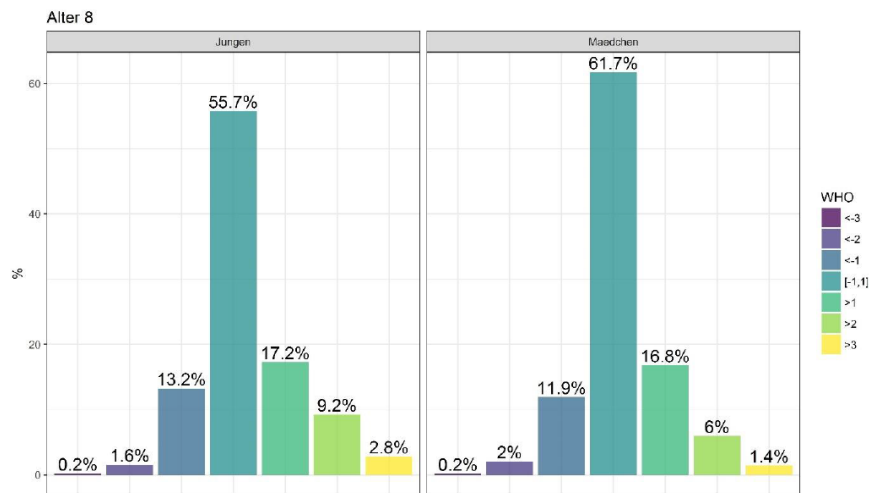


Abbildung 1: COSI-Studie (2017). BMI (WHO) Verteilung der 8-jährigen, nach Geschlecht (Jungen N=574, Mädchen N = 638)

Vergleicht man diese geschlechtsspezifischen Daten mit einer höheren Altersgruppe von 9 Jahren und älter, kann bei den Buben ein signifikanter Rückgang leichtgradigen Untergewichts von 3,8 Prozent und ein um 1,3 Prozent vermehrtes Auftreten von stärkerem Untergewicht beobachtet werden. Bei den Mädchen ist in beiden Fällen ein Anstieg zu erkennen.

Es gilt allerdings auch zu berücksichtigen, dass der Erkrankungshöhepunkt für Essstörungen üblicherweise in einem etwas höheren Lebensalter angesiedelt ist und diese Tatsache die Aussagekraft der Ergebnisse erheblich einschränkt.

¹³ Vgl. NCD-Risc (2017)

¹⁴ Vgl. Arrouas et al. (2017)

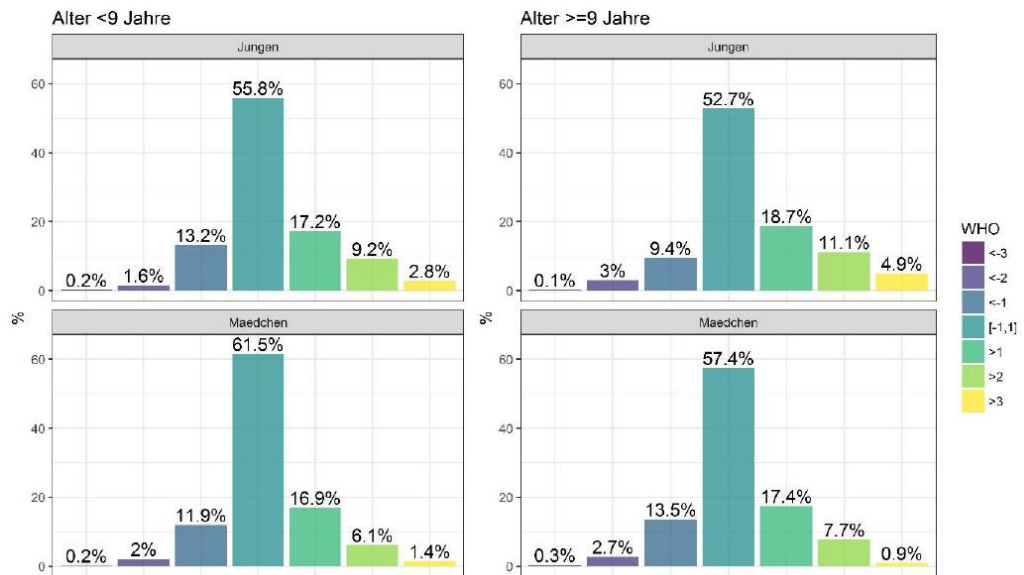


Abbildung 2: COSI-Studie (2017). BMI (WHO) Verteilung bei Schülern älter und jünger als 9 Jahre, nach Geschlecht (<9 Jahre Jungen N=576, Mädchen N=645; >9 Jahre Jungen N=715, Mädchen N=587)

Aus den zusätzlich ermittelten regionsspezifischen Daten der Studie lassen sich keine exakten Rückschlüsse ziehen. Die Prävalenz eines deutlich erniedrigten Körpergewichts ist bei beiden Geschlechtern in den westlichen Regionen am stärksten gegeben, im Fall der Mädchen wurde hier auch leichtes Untergewicht am häufigsten beobachtet. Grundsätzlich können zwischen den einzelnen Bereichen aber keine so großen Unterschiede festgestellt werden wie bei Übergewicht und Adipositas.

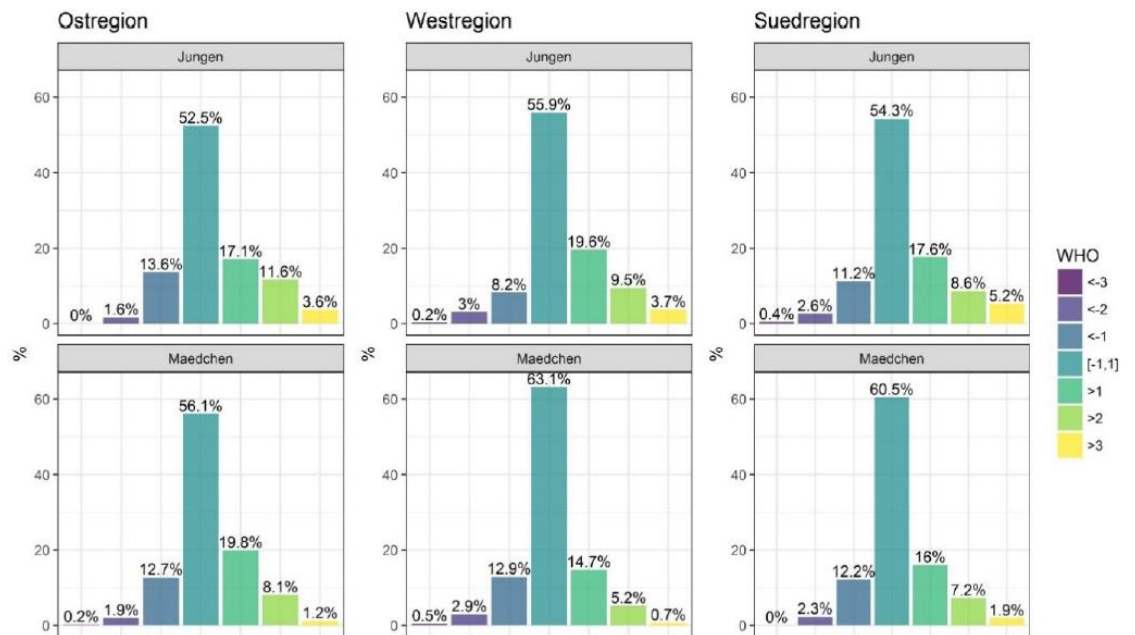


Abbildung 3: COSI-Studie (2017). Regionale Ergebnisse BMI (WHO)-Verteilung (Ostregion N=551, Westregion N=465, Südregion N=267).

3.4.2 Prävalenz von Essstörungen

Für Österreich liegen keine repräsentativen Daten zur Häufigkeit von Essstörungen vor. Grundsätzlich herrscht in der nationalen und internationalen Literatur aber Einigkeit darüber,

dass Essstörungen hauptsächlich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene betreffen und mehrheitlich Mädchen bzw. Frauen erkranken. Dies belegt unter anderen eine Studie von Jacobi et al.¹⁵

Schätzungen zufolge sind 200.000 Frauen zumindest einmal in ihrem Leben von einer Essstörung nach ICD-10 betroffen.¹⁶ Laut dem Deutschen Bundesministerium für Gesundheit litten früher 20 von 100.000 Mädchen im Alter von 15 bis 24 Jahren an Anorexia nervosa. Mittlerweile ist die Zahl bereits auf 50 gestiegen.¹⁷ Aus einer nicht mehr aktuellen, aber dennoch erwähnenswerten Studie im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert-Koch-Instituts lässt sich feststellen, dass jedes 5. Kind zwischen 11. und 17. Jahren Symptome einer Essstörung aufweist.¹⁸

Die niederösterreichische Fachstelle für Suchtprävention hat in einer Arbeit Zahlen zu Essstörungen für Österreich aus deutschen Erhebungen abgeleitet. Nachfolgend werden die Ergebnisse präsentiert.¹⁹

Prävalenz	Geschlecht	Alter (Erkrankungsgipfel)	soziale Schicht
Frauen: 0,5 – 1 %	ca. 95 % aller Erkrankten sind weiblich	12 – 23 Jahre (14. und 18. Lebensjahr)	vor allem: höhere Mittelschicht

Abbildung 4: Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich: Prävalenz für Anorexia nervosa

Eine Prävalenz von 1 Prozent der 12- bis 23-jährigen Mädchen und Frauen würde demnach 5.700 Betroffene für ganz Österreich ergeben.

Prävalenz	Geschlecht	Alter	soziale Schicht
Frauen: 2 – 4 %	ca. 95 % aller Erkrankten sind weiblich	20 – 30 Jahre	vor allem: Mittelschicht

Abbildung 5: Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich: Prävalenz für Bulimia nervosa

Bezogen auf Bulimie lassen sich bei einer Prävalenz von 4 Prozent 22.5000 Betroffene zwischen 20 und 30 Jahren beziffern.

Repräsentativere Daten konnten in Oberösterreich erhoben werden. Demzufolge wurden 2009 373 Diagnosen zu Anorexie und Bulimie in Krankenhäusern gestellt. 2015 wurden 701 Diagnosen gestellt, wobei hier keine Differenzierung zwischen den einzelnen Krankheitsformen erfolgte. Das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Betroffenen lag bei 1:6. Untenstehende Tabellen lassen nähere Rückschlüsse auf alters- und geschlechtsspezifische Aspekte von Essstörungen zu.²⁰

¹⁵ Vgl. Jacobi et al. (2013)

¹⁶ Vgl. Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2017)

¹⁷ Vgl. Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (2018)

¹⁸ Vgl. KIGGS-Studie (2008)

¹⁹ Vgl. Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2017)

²⁰ Vgl. Gschwandtner et al. (2017)

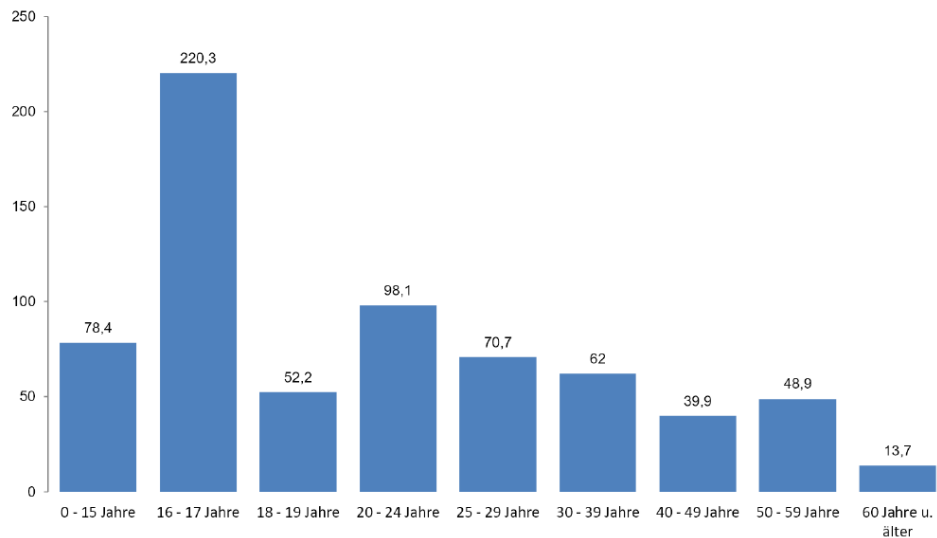


Abbildung 6: Diagnose Anorexie und Bulimie nach Alter in Oberösterreich 2016. Fälle pro 100.000 Einwohner der jeweiligen Alterskategorie

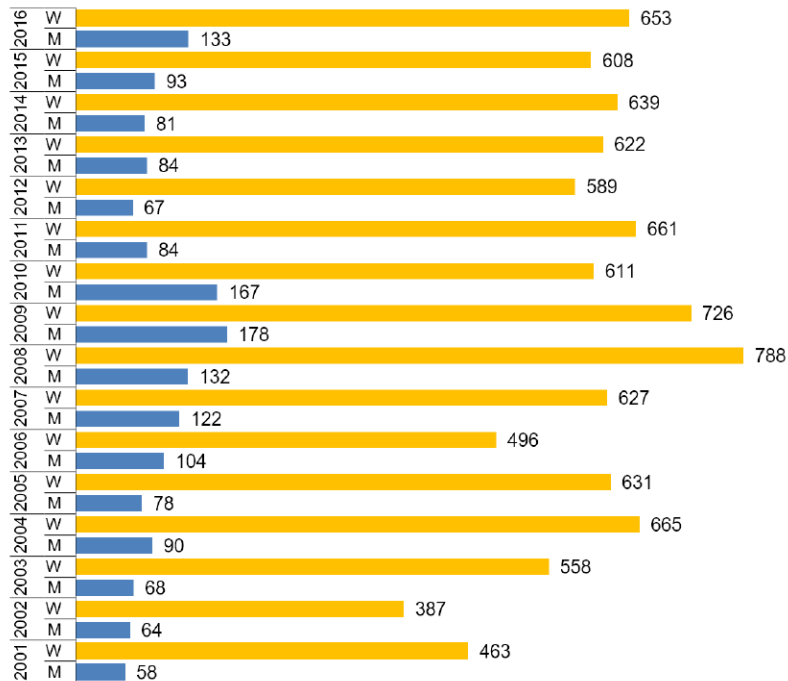


Abbildung 7: Esstörungen nach Geschlecht in Oberösterreich 2001 - 2016

Österreichweite Hotline für Esstörungen

Die österreichische Esstörungen-Hotline wurde durch das Wiener Programm für Frauengesundheit ins Leben gerufen und versteht sich als niederschwellige, kostenfreie Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige. Die Kontaktaufnahme erfolgt telefonisch oder per E-Mail. Die Anfragen werden zu statistischen Zwecken erhoben, jene aus den Jahren 2016 und 2017 finden sich in einer Darstellung in der nachfolgenden Tabelle.

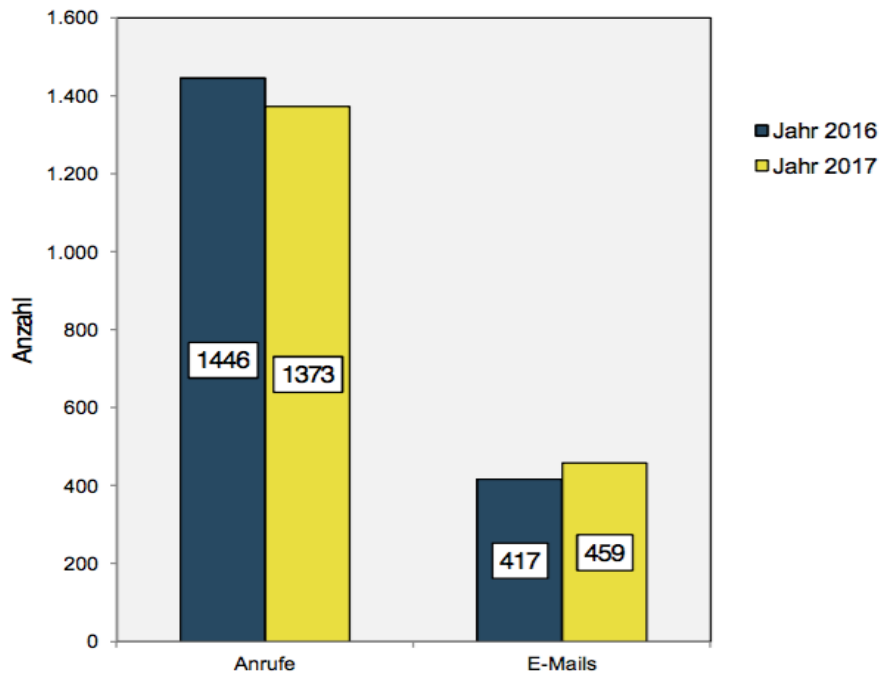


Abbildung 8: Hotline für Essstörungen. Anteil der Anfragen via Telefon und E-Mail in den Jahren 2016 und 2017.

Der Großteil der Anfragen erfolgte durch weibliche Betroffene. Mit 84,5 Prozent der Kontaktaufnahmen im Jahr 2017 ist der Anteil gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen. Prozentuell betrachtet sind die E-Mail-Anfragen von 56 auf 39,3 Prozent deutlich gesunken. Werden alle telefonischen Kontaktaufnahmen - also auch jene, die nicht von Patienten selbst getätigt wurden - anhand der zugrunde liegenden Essstörungen beurteilt, ergibt sich folgendes Bild: 16 Prozent gaben keine Auskunft, in 21,2 Prozent der Fälle wurde Anorexie thematisiert. 38,9 Prozent der Anrufe bezogen sich auf Bulimie, bei weiteren 4,6 Prozent war eine anorektische Form der Bulimie von Relevanz. Die übrigen Kontaktaufnahmen betrafen sonstige, nicht näher bezeichnete Essstörungen sowie Binge Eating-Störung und Adipositas.²¹

3.5 Gesundheitliche Auswirkungen

Geht Untergewicht mit einer qualitativen Unterernährung einher, so kann es in seinem Verlauf zu verschiedenen Folgeerscheinungen und Komplikationen kommen. Zu den negativen gesundheitlichen Auswirkungen gehören beispielsweise eine Mangelversorgung mit Mineralstoffen und Vitaminen. Diese könne in vielfältiger Form auf Stoffwechsel und Hormonhaushalt Einfluss nehmen, wodurch es bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen zu geistigen und körperlichen Entwicklungsstörungen kommen kann. Anhaltendes und ausgeprägtes Untergewicht kann ein herabgesetztes Immunsystem mit dem Resultat einer höheren Infektanfälligkeit nach sich ziehen und bedingt mitunter eine reduzierte Lebenserwartung. Außerdem kann sich das körperliche Wachstum verlangsamen. Zu den möglichen Komplikationen zählen somit eine chronische Immunschwäche und Missbildungen. Aufgrund der teilweise sehr hohen Komorbidität muss andauerndes Untergewicht in jedem Fall von einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde abgeklärt werden. Stellt sich das Untergewicht bei einem Betroffenen als behandlungsbedürftig heraus, so ist die Basis für eine gezielte Therapie in der Regel eine ausführliche Diagnostik der Ursache bzw. der Ursachen des Untergewichts. Ziel einer medizinischen Behandlung ist es im weiteren Schritt, vorliegende Begründungen zu erkennen und zu bekämpfen. Liegen

²¹ Vgl. Knell et al. (2017)

einem Untergewicht beispielsweise Erkrankungen oder Funktionsstörungen zugrunde, gehört die Therapie dieser zu den vordergründigen Behandlungszielen.

3.6 Vulnerable Bevölkerungsgruppen

Psychische Erkrankungen sind bei Österreichs Kindern und Jugendlichen auf dem Vormarsch. Die seelische Verfassung dieser Altersgruppen wird gesundheitspolitisch betrachtet zu einem immer bedeutsameren Thema.²²

Zu den größten Risikofaktoren zählen ein weibliches Geschlecht sowie das Jugendalter bzw. die Pubertät, kindliche Angststörungen sowie Trauma-Erfahrungen und eine perfektionistische Lebenshaltung. Bulimia nervosa tritt gehäuft als gescheiterte Bewältigungsstrategie einer vorangegangenen Anorexie auf. Diätverhalten kann die Entstehung von Essstörungen generell begünstigen.

Die Strukturen innerhalb des Elternhauses - z.B. im Rahmen einer fehlenden Gesprächskultur - können per se nicht zu einer Essstörung führen, aber eine starke auslösende Wirkung entfalten. Die Erkrankungen Anorexie und Bulimie können durch eine erschwerte Ablösung von den nahen sozialen Bezugspersonen oder ein bestehendes Kontrollverhalten mitbedingt werden. In den betroffenen Familien können häufiger Anpassungsschwierigkeiten mit der Adoleszenz des betroffenen Kindes oder Jugendlichen beobachtet werden.

Wenn in der Familie bereits eine Essstörung, eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit besteht, kann dies ebenfalls einen Risikofaktor darstellen.

Bei Bulimie lässt sich außerdem feststellen, dass kindliches Übergewicht bzw. kindliche Adipositas vermehrt in der Anamnese beschrieben wurde.

Außerdem scheint eine genetische Prädisposition für Essstörungen vorzuliegen, wonach sensible Personengruppen anfälliger sind. Klare wissenschaftliche Aussagen erfordern in diesem Zusammenhang allerdings noch nähere Untersuchungen.²³

²² Vgl. Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (2018)

²³ Vgl. Karwautz (2013)

4 Nationale evidenzbasierte Leitlinien zur Therapie von Untergewicht bedingt durch Essstörungen im Kindes- und Jugendalter

4.1 Diagnose- und (Be-)Handlungspfad für Untergewicht aufgrund von Essstörungen der Medizinischen Universität Graz

Im Juni 2018 publizierte die Medizinische Universität Graz einen Diagnose- und (Be-)Handlungspfad zur Therapie untergewichtiger Kinder und Jugendlicher im Alter von 5- bis 18 Jahren auf Primärversorgungsebene²⁴. Bis zu diesem Zeitpunkt waren keine aktuellen nationalen Behandlungsrichtlinien für diese Zielgruppe vorhanden.

Die evidenzbasierten Pfade stellen Diagnose- und (Be-)Handlungsempfehlungen für die medizinische Praxis dar und sind, wie bereits eingangs erwähnt, wesentliche Grundlagen der hier vorliegenden Analyse zur Versorgungssituation innerhalb Österreichs.

Im Vorfeld wurde durch das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierter Versorgungsforschung eine Recherche zu aktuellen Therapieleitlinien bei Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht, hervorgerufen durch Essstörungen, unternommen. Aus dieser Recherche resultierten in Summe 7 internationale Leitlinien, deren wesentlichen Aspekte zu einer Synopse zusammengefasst wurden. In diesem Kapitel erfolgt eine detailgetreue Abbildung durch Zitierung dieser Synopse.

4.1.1 Hintergrund zur Entwicklung des Diagnose- und (Be-)Handlungspfads

Im Jahr 2017 wurde das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse mit der Entwicklung von nationalen Richtlinien für die idealtypische Diagnose und Therapie von untergewichtigen Kindern und Jugendlichen auf Primärversorgungsebene beauftragt. Die beiden häufig auftretenden Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa wurden als Ursachen für das mangelnde Körpergewicht herangezogen. Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung begann im November 2017 mit einer systematischen Recherche nach bereits bestehenden Leitlinien. Durch diese konnten insgesamt 758 medizinische Leitlinien identifiziert werden. Nach einem eingehenden Screening konnten schließlich 7 inhaltlich relevante, internationale Leitlinien extrahiert werden. Diese wiederum wurden einer Beurteilung mittels des AGREE II Bewertungsinstruments unterzogen. Die Beurteilung ergab, dass nur die Leitlinie des britischen National Institute for Health and Care Excellence eine hohe Qualität aufweist. Grundlage für die Erstellung des Diagnose- und (Be-)Handlungspfad bildeten 246 Empfehlungen aus den Leitlinien - darunter mehr als 60 Prozent mit hohem Empfehlungsgrad. Da im Rahmen der Recherche keine anderen Ergebnisse zu Untergewicht gefunden werden konnten, befassen sich alle 7 Leitlinien mit der Thematik Essstörungen. Die aktuell in Überarbeitung befindliche S-3 Leitlinie „Essstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie²⁵ aus dem Jahr 2010 wurde ergänzend herangezogen, da sie wichtige Empfehlungen für die allgemeinmedizinische Praxis beinhaltet.

Basierend auf den Kernaussagen dieser Leitlinien konnten standardisierte, nationale Behandlungspfade für Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 18 Jahren formuliert werden. Diese grundlegenden Punkte, die in Form eines grafischen Algorithmus in Kombination mit Infoboxen zur entsprechenden medizinisch-therapeutischen Vorgehensweise dargestellt werden, werden in den folgenden Kapiteln näher beschrieben.

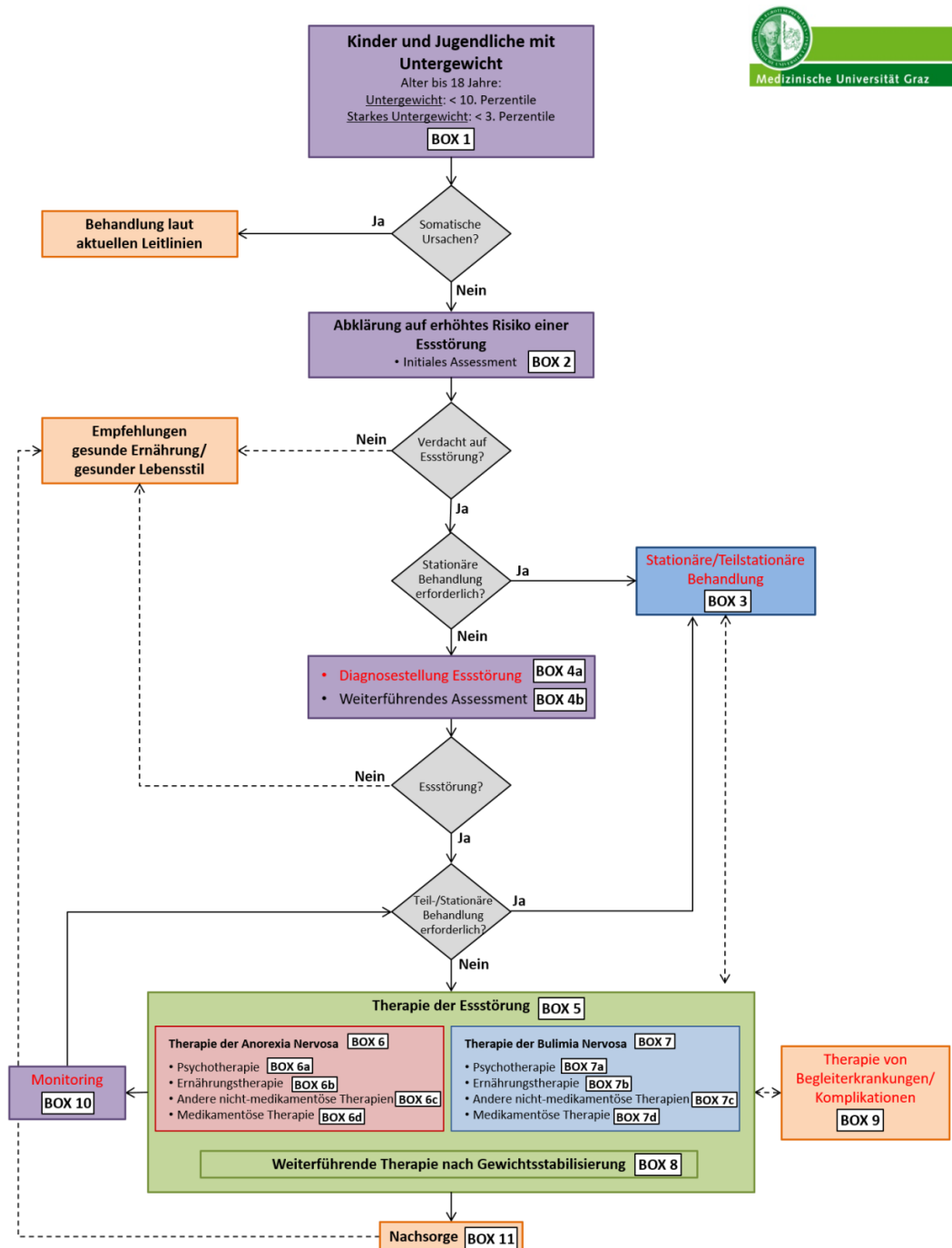
²⁴ Vgl. Siebenhofer-Kroitzsch (2018)

²⁵ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2011)

4.2 Diagnose- und Behandlungspfad Untergewicht

In der anschließenden Grafik wird der „Diagnose- und Behandlungspfad Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen mit Fokus auf Essstörungen“ vollständig abgebildet.

Innerhalb des Pfads werden – ausgehend von der zuvor unternommenen Leitliniensynopse und Festlegung der Kernaussagen – alle Diagnose- und Therapieschritte systematisch dargestellt. Jede Maßnahme ist an eine spezielle Infobox gekoppelt, aus der sich die Behandlung ableitet.



* Rote Schrift...Schnittstelle/Kooperation mit anderen Versorgungsebenen

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung,
Medizinische Universität Graz
Stand: Juni 2018

Abbildung 9: Diagnose- und Behandlungspfad Untergewicht bei Kindern und Jugendlichen mit Fokus auf Essstörungen, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz

4.3 Infoboxen zum Diagnose- und (Be-)Handlungspfad Untergewicht

Der im vorangegangenen Abschnitt bildlich dargestellte Diagnose- und Behandlungspfad für die Primärversorgungsebene wurde mittels entsprechender Infoboxen mit weiterführenden Empfehlungen zur leitliniengerechten Vorgehensweise bei Diagnosestellung und Therapie versehen. Im nächsten Teil des Berichts erfolgt eine Präsentation der Infoboxen, die an dieser Stelle sinngemäß zitiert werden.

4.3.1 Allgemeine Grundsätze in der Behandlung von Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen bedürfen einer gut strukturierten Therapie, in der alle wichtigen Player - von den betroffenen Kindern und Jugendlichen über deren Betreuungspersonen bis hin zum Behandlungsteam - von Beginn an einbezogen werden. Die wesentlichsten Behandlungsprinzipien werden in der folgenden Auflistung genannt:

- Häufig sind Haus- und Fachärzte erste Ansprechpartner der Betroffenen. Sie sollten diese von einer psychotherapeutischen Behandlung überzeugen und die Therapie medizinisch begleiten.
- Die Behandlung von Essstörungen dauert je nach Art und Ausprägung in der Regel Monate bis Jahre. Viele Patienten zeigen besonders zu Beginn keine Krankheitseinsicht. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind häufig für Stigmatisierung und Scham anfällig, wodurch ein besonders sensibles Therapievorgehen notwendig ist.
- Die Therapie muss multidisziplinär ausgerichtet sein. Zu den qualifizierten Fachkräften zählen Psychiater oder Psychotherapeuten, Allgemeinmediziner, Diätologen und Experten für Essstörungen. Eine Fachkraft – vorzugsweise ein Arzt – übernimmt die Hauptkoordination der Therapie.
- Zwischen den einzelnen Disziplinen sollte ein regelmäßiger Austausch über den Therapiefortschritt und die Rolle der einzelnen Behandlungspersonen erfolgen.
- Die Kontinuität der Betreuung sollte sichergestellt werden, insbesondere dann,
 - wenn die Behandlung in mehr als einer Institution durchgeführt wird,
 - wenn zwischen Versorgungsebenen gewechselt wird,
 - wenn eine Einrichtung innerhalb einer Versorgungsebene gewechselt wird,
 - wenn die Transition von der Jugendlichen- in die Erwachsenenbetreuung erfolgt.
- Nahe Bezugspersonen und das enge soziale Umfeld (Eltern, Geschwister, Lehrer, Schulärzte etc.) nehmen einen wichtigen Stellenwert in der Therapie ein. Schuldzuweisungen gegenüber Familienmitgliedern sind zu unterlassen und können zu einer Nichtbeteiligung am Behandlungsgeschehen führen.
- Die einzelnen Informationen und Therapieschritte sollten engmaschig besprochen und an das jeweilige Alter und die Verfassung der betroffenen Kinder und Jugendlichen angepasst werden. Eine respektvolle Behandlungsweise und eine empathische Gesprächsführung sowie die Vermeidung von Begriffen wie „Ideal-“ und „Normalgewicht“ sind wesentliche Erfolgsparameter.
- Es sollte ein regelmäßiger, vorurteilsfreier Austausch mit den Patienten und den nahen Bezugspersonen in einem vertrauensvollen Umfeld erfolgen.

4.3.2 **BOX 1: Diagnosestellung Untergewicht**

Bei Verdacht auf Untergewicht erfolgt die Bestimmung der alters- und geschlechtsspezifischen Perzentilenkurven (BMI/Alter). Nach Feststellen eines mangelnden Körpergewichts sollte dieses bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren im weiteren Verlauf folgendermaßen kategorisiert werden:

Untergewicht:	< 10. Perzentile
Starkes Untergewicht:	< 3. Perzentile

4.3.3 **BOX 2: Initiales Assessment**

Zur Abklärung eines erhöhten Risikos für Essstörungen werden gemäß den Leitlinien die folgenden Schritte empfohlen. Im Zuge dessen sollte bestimmt werden, ob eine sofortige weiterführende ambulante oder stationäre Therapie aufgrund einer akuten Gesundheitsgefährdung notwendig ist.

- Im niedergelassenen Bereich können Haus- und Fachärzte einfache Fragestellungen in Erwägung ziehen:
 - „Hast du ein Problem mit dem Essen?“
 - „Machst du dir Sorgen wegen deines Gewichts oder deiner Ernährung?“
- Die exaktere Abklärung des Untergewichts sollte jedoch nicht ausschließlich auf Screening-Tools (z.B. SCOFF-Fragebogen) basieren, sondern weitere Aspekte berücksichtigen, die nachstehend angeführt werden.
- Folgende Faktoren machen ein detailliertes Assessment (s. BOX 4b) erforderlich:
 - Rascher Gewichtsverlust
 - Einschränkung beim Essen, auffällige Änderungen des Essverhaltens
 - Ergänzende psychische Probleme und Erkrankungen
 - Soziale Isolation, insbesondere in Bezug auf Ernährung
 - Fehlerhafte Selbst- und Körperwahrnehmung
 - Körperliche Störungen, wie menstruale oder endokrine Auffälligkeiten, Wachstumsstörungen und verzögerter Pubertätseintritt sowie gastrointestinale Beschwerden unklarer Pathogenese
 - Verdacht auf Malnutrition
 - Anzeichen von kompensatorischem Verhalten wie Laxantienmissbrauch, Erbrechen oder übermäßige sportliche Betätigungen
 - Unklare Elektrolytstörungen oder Hypoglykämien
 - Atypischer Zahnabrieb
 - Tätigkeiten, die mit einem erhöhten Risiko einer Essstörung in Zusammenhang stehen: Profisport, Mode, Tanz oder Modeling
 - Schwierigkeiten im Umgang mit chronischen Erkrankungen, die eine besondere Diät erfordern, wie Diabetes mellitus Typ 1 oder Zöliakie

4.3.4 **BOX 3: Stationäre/Teilstationäre Behandlung**

Stationäre Behandlung

Im Rahmen des zuvor beschriebenen ersten Assessments muss der weitere Behandlungsablauf von ärztlicher Seite festgelegt werden. Dies kann auch die Entscheidung über eine teilstationäre oder stationäre Therapieform beinhalten. Eine Überweisung zu einer entsprechenden Einrichtung sollte nicht allein aufgrund des Körpergewichts oder der Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Betreuung erfolgen. So kann eine intensive Betreuung auch essentiell sein, wenn es zu (noch) keinem großen Gewichtsverlust

gekommen ist. Das Vorliegen folgender Parameter macht eine akutmedizinische Weiterbehandlung jedenfalls erforderlich:

- Schwere Malnutrition bzw. deutlich erniedrigtes Körpergewicht unter der 3. Perzentile
- Entgleisung des Elektrolythaushalts
- Schwere Dehydratation
- Akute Gefährdung des körperlichen Wohlergehens (z.B. Anzeichen eines beginnenden Organversagens)
- Akute psychische Probleme (z.B. Suizidrisiko), die eine Hospitalisierung verlangen

Bei Vorliegen der folgenden Parameter kann eine Überweisung in eine akutmedizinische Einrichtung notwendig sein:

- Schwere begleitende medizinische Probleme wie eine metabolische Störung oder unkontrolliertes Erbrechen
- Rascher oder anhaltender Rückgang der oralen Nahrungszufuhr
- Weiterhin bestehender Gewichtsverlust oder mangelnde Gewichtszunahme trotz ambulanter oder teilstationärer Betreuung
- Existenz von Stressoren, die das Essverhalten zusätzlich ungünstig beeinflussen
- Wissen um ein Körpergewicht in der Vergangenheit, bei dem der Patient bereits instabil wurde
- Weigerung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen, sich an der Therapie innerhalb eines weniger intensiven Settings zu beteiligen
- Schwerer Alkohol- oder Drogenabusus
- Soziale und/oder familiäre Einflussfaktoren, die den Genesungsprozess behindern
- Ausgeprägte psychische Begleiterkrankungen
- Geringe Krankheitseinsicht

Teilstationäre Behandlung

Neben einer stationären Therapie kann auch eine tagesklinische bzw. teilstationäre Betreuung in Erwägung gezogen werden. Das zugrunde liegende Konzept sollte eine Behandlung an mindestens 5 Tagen pro Woche im Ausmaß von je 8 Stunden beinhalten, um die Erfolgchancen zu steigern. Ausschlaggebend dafür können folgenden Parameter sein:

- Bei chronischem Krankheitsverlauf mit wiederholten stationären Therapien in der Vorgeschichte, wenn das Ziel in einer verbesserten Integration in das Sozialleben und einer Tagesstrukturierung liegt
- Wenn eine Intensivierung der ambulanten Therapie erforderlich ist, die Betroffenen sich aber ausreichend beteiligen und der Gesundheitszustand keine stationäre Aufnahme erfordert
- Im Rahmen des Übergangs von einer stationären in eine ambulante Behandlungsform („Step-down approach“)
- Wenn das nahe soziale Umfeld engmaschig eingebunden und als eine Art „Co-Therapeut“ fungieren kann

Zwangsbehandlung

In schwerwiegenden Fällen kann eine Therapie auch ohne Einwilligung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen unumgänglich sein. Die Zwangsbehandlung stellt allerdings den letzten Schritt innerhalb der medizinischen Betreuung dar und sollte nur durchgeführt werden, wenn eine lebensbedrohende Situation vorliegt, die Patienten aber gleichzeitig einer Therapie nicht zustimmen.

Die Zwangsbehandlung sollte ausschließlich im interdisziplinären Setting umgesetzt werden. Im Vorfeld sind die Zustimmung der Erziehungsberechtigten einzuholen und ethische sowie rechtliche Aspekte zu berücksichtigen bzw. zu klären.

4.3.5 **BOX 4a und 4b: Diagnosestellung Essstörung und weiterführendes medizinisches Assessment**

BOX 4a: Diagnosestellung Essstörung

Besteht ein Verdacht auf Vorliegen einer Essstörung, sollten die Patienten an Behandler/Therapeuten überwiesen werden, die sich auf die Thematik spezialisiert haben.

Zur Diagnosestellung und Abklärung der Art der Essstörung sowie gegebenenfalls bestehender psychischer sowie körperlicher Begleiterkrankungen und einer Akutgefährdung muss an eine spezialisierte Stelle (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie) überwiesen werden.

Die Diagnose einer Essstörung wird mittels eines operationalisierten Diagnosesystems (z.B. ICD-10 oder DSM-V) vorgenommen.

BOX 4b: Weiterführendes medizinisches Assessment

Betroffene mit einem erhöhten Risiko für Essstörungen sollten einer detaillierten medizinischen Einschätzung unterzogen werden, die die hier angeführten Aspekte berücksichtigt:

- Kontrolle der Notwendigkeit einer akuten therapeutischen Maßnahme im Fall einer gesundheitlichen Beeinträchtigung und/oder eines erhöhten Selbstmordrisikos
- Körperliche Untersuchung, die die etwaigen Folgen einer Malnutrition und des selbstinduzierten Erbrechens umfasst:
 - Körpertemperatur
 - Inspektion der Körperperipherie hinsichtlich Durchblutung und Ödeme
 - Auskultation des Herzens, Orthostasetest
 - Blutbild inkl. Blutsenkung, Elektrolyte, Nierenfunktionsparameter, Leberfunktionstest, Blutglukose
 - Urinstatus
 - Elektrokardiogramm
- Alkohol- und/oder Substanzmissbrauch
- Beurteilung der Sorgeberechtigten in Bezug auf deren Wissen über Essstörungen
- Einschätzung, ob eine akutmedizinische Behandlung bzw. eine sofortige stationäre Therapie erforderlich ist
- Beurteilung, ob eine Vernachlässigung oder ein Missbrauch des Kindes oder Jugendlichen vorliegen könnte
- Entscheidung darüber, inwieweit der körperliche Zustand eine Teilnahme am Schul- bzw. Sportunterricht zulässt

4.3.6 **BOX 5 – 7: Therapie der Essstörung sowie die spezielle Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa**

Die Behandlungspfade des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung wurden für die Zielgruppe Kinder und Jugendlicher entwickelt, die aufgrund einer Essstörung unter einem zu geringen Körpergewicht leiden. In diesem Abschnitt des hier vorliegenden Berichts werden die einzelnen Therapieleitlinien im Detail vorgestellt. Nachdem die beiden Erkrankungen Anorexie und Bulimie einen erheblichen

Anteil der Essstörungen ausmachen, werden die Behandlungsempfehlungen dieser ebenfalls einer eingehenderen Betrachtung unterzogen.

BOX 5: Therapie der Essstörung

Bei der Therapie einer Essstörung ist ein frühzeitiger Beginn von großem Vorteil, um irreversible Schädigungen in der Entwicklung zu vermeiden und eine möglichst hohe Erfolgsquote zu erzielen. Die Behandlung sollte – sofern aufgrund des individuellen Gesundheitszustandes und der strukturellen Gegebenheiten möglich – in erster Linie in einem ambulanten Setting erfolgen. Alternativ kann ein (teil-)stationäres Angebot zur Anwendung kommen. Werden wesentliche Therapieziele nicht oder in einem zu geringen Ausmaß erreicht, sollte die ambulante Betreuung intensiviert werden oder eine (teil-)stationäre Behandlung unternommen werden.

Für die Entscheidung über eine Therapie und die Art dieser sollten nicht alleine der BMI oder die bisherige Krankheitsdauer herangezogen werden. Weisen die Betroffenen eine subsyndromale Form einer Anorexie oder Bulimie auf, ist das empfohlene Behandlungsschema dem einer voll ausgeprägten Essstörung gleichzusetzen.

Der Einbezug des nahen sozialen Umfelds ist unerlässlich. Es ist darauf zu achten, den Patienten als auch ihren Bezugspersonen Informationen zur Verfügung zu stellen und im regelmäßigen Austausch zu bleiben. Es sollte eine – im Fall der Patienten altersgerechte - Aufklärung über Behandlungsoptionen und -risiken erfolgen. In diesem Zusammenhang sollten die Bezugspersonen auch zu den Auswirkungen auf ihr eigenes Leben beraten werden und bei Bedarf Informationen zu Unterstützungen erhalten.

BOX 6: Therapie der Anorexia nervosa

Vor Therapiebeginn sind sämtliche Rahmenbedingungen zu klären und mit den Betroffenen sowie ihren Betreuungspersonen zu klären. Alle wesentlichen Punkte sind gemeinschaftlich festzulegen. Dazu gehören folgende Bereiche:

- Therapieziele
- Umgang mit dem Wiegen des Körpergewichts
- Vorgehen bei weiterer Gewichtsabnahme
- Kontakte mit dem Hausarzt
- Umgang mit der Familie

Zu den allgemeinen Therapiezielen zählen:

- Normalisierung des Körpergewichts
- Therapie der körperlichen sowie seelischen Begleit- und Folgeerkrankungen
- Verhaltensänderung und Umstellung der Ernährung
- Einschluss des familiären Umfelds und wichtiger Bezugspersonen in das Therapieschehen
- Rückfallprävention

Anorektiker sollten starke körperliche Beanspruchung und sportliche Betätigungen vermeiden. Die Art und Dauer der Bewegungseinheiten ist an die gesundheitlichen Bedingungen und die tägliche Energieaufnahme anzupassen. Begleiterkrankungen wie eine verminderte Knochendichte oder Herzrhythmusstörungen müssen unbedingt Berücksichtigung finden.

BOX 6a: Psychotherapie der Anorexia nervosa

Kinder und Jugendliche mit Anorexie stehen einer Gewichtsveränderung hochambivalent gegenüber. Motivation stellt daher eine zentrale Aufgabe des Betreuungsteams dar. Die

Betroffenen sollten jeweils in die Wahl der Therapie einbezogen werden. Individuelle Bedingungen wie das Alter sind dabei zu beachten.

Das zur Anwendung kommende Psychotherapieprogramm sollte auf anerkannten, relevanten Manualen für die Behandlung von Essstörungen basiert sein. Im Rahmen der Therapie sind Einflüsse aus dem sozialen Bezugssystem, dem schulischen und/oder Arbeitsumfeld sowie von sozialen Medien zu berücksichtigen.

Familientherapeutische Ansätze stellen das zu bevorzugende Behandlungskonzept dar. Sollte eine Therapie dieser Art nicht realisierbar sein, kann alternativ eine individuelle kognitive Verhaltenstherapie oder eine „Adolescent-focused psychotherapy“ eingesetzt werden. Erfolgt die Behandlung unter Einbezug der Familie, ist zu gewährleisten, dass den Kindern und Jugendlichen neben gemeinsamen Sitzungen auch Einzelsitzungen zur Verfügung gestellt werden. Neben Einzelfamilien- können auch Mehrfamilientherapien gewählt werden oder beide Behandlungsformen kombiniert werden. Im Rahmen der Therapie sollten Hilfsmittel und Informationsunterlagen sowie persönliche Beratungen für Betroffene und deren Angehörige bereitgestellt werden. Die Psychotherapie sollte unabhängig von der Erkrankungsdauer zum Einsatz kommen. Das Behandlungsteam sollte sich den möglichen negativen Folgen einer Gegenübertragung bewusst sein.

Sollte es den Kindern und Jugendlichen schwerfallen, über ihre Essstörung zu sprechen, so können nonverbale Therapieformen wie Ausdrucks-, Tanz-, Ergotherapie oder Kunsttherapie angewendet werden.

Programme, die sich ausschließlich auf die Therapie des anorektischen (Ernährungs-)Verhaltens beziehen, werden nicht empfohlen. Selbsthilfegruppen stellen keine alleinige Therapieform dar.

Kriterien zur Umsetzung der Familientherapie

- 18 – 20 Sitzungen verteilt über 12 Monate
- Re-Evaluierung der Sitzungshäufigkeit nach einem Monat, danach alle 3 Monate
- Bestärkung der Familienmitglieder, ihre Rolle im Genesungsprozess zu erkennen
- Strikte Vermeidung von Schuldzuweisungen gegenüber Betroffenen und Angehörigen
- Ernährungsberatung sowie Aufklärung über Folgen der Mangelernährung
- Erste Behandlungsphase: Schaffung einer guten therapeutischen Allianz aus allen Therapiebeteiligten
- Zweite Behandlungsphase: Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, unter Einschluss der Angehörigen einen ihrem Entwicklungsgrad angemessenen Grad an Selbstständigkeit zu erreichen
- Finale Behandlungsphase: Planung des Therapieendes sowie Rückfallprophylaxe und Aufklärung über Unterstützungs- und Nachsorgemaßnahmen

Kriterien zur Umsetzung der „Adolescent-focused psychotherapy“

- 32 – 40 Einzelsitzungen verteilt über ein bis eineinhalb Jahre, und dabei eine erhöhte Sitzungsfrequenz zu Beginn avisieren
- 8 – 12 ergänzende Familiensitzungen mit dem Ziel, den Angehörigen zu helfen, das Verhalten der Betroffenen zu ändern
- Re-Evaluierung der Sitzungshäufigkeit nach einem Monat, danach alle 3 Monate
- Ernährungsberatung sowie Aufklärung über Folgen der Mangelernährung
- Fokus auf das Selbstbild, die Gefühle und sozialen Beziehungen der Jugendlichen legen und den Einfluss auf die Essstörung analysieren
- Erarbeitung der psychischen Probleme im Detail

- Erarbeitung des anorektischen Verhaltens als Coping-Strategie und Entwicklung alternativer Strategien zum Stress-Coping
- Ausräumung von Ängsten vor der Gewichtszunahme und Aufklärung über die Bedeutung eines gesunden Körpergewichts und eines ausgewogenen Essverhaltens im Rahmen der Therapie
- Spätere Behandlungsphase: Klärung der Identitätsfrage und Stärkung der Unabhängigkeit
- Gegen Therapieende: Übertragung von Therapieerlebnissen auf Alltagssituationen
- Am Behandlungsende Unterstützungs- und Nachsorgemöglichkeiten vorstellen

Kriterien zur Umsetzung der individuellen kognitiven Verhaltenstherapie

- 40 Sitzungen verteilt über 40 Wochen, dabei zwei wöchentliche Sitzungen in den ersten 2 bis 3 Wochen
- 8 – 12 ergänzende Familiensitzungen mit dem Ziel, den Angehörigen zu helfen, das Verhalten der Betroffenen zu ändern
- Ernährungsberatung sowie Aufklärung über Folgen der Mangelernährung
- Familiensitzungen: Besprechung von Faktoren, die zu einer Aufrechterhaltung der Essstörung beitragen sowie von Ernährungsplänen
- Verringerung des Gesundheitsrisikos und der Essstörungssymptomatik
- Motivation zu einem gesunden Körpergewicht und Essverhalten
- Wesentliche Themen: Ernährung, Rückfallprophylaxe, kognitive Restrukturierung, Stimmungsregulierung, soziale Kompetenz, Körperwahrnehmung und Selbstwertgefühl
- Beachtung der individuellen Entwicklungsbedürfnisse der Betroffenen
- Realisierung der Selbstwirksamkeit
- Fokus auf das Selbstmonitoring des persönlichen Ernährungsverhaltens und der damit in Zusammenhang stehenden Gefühlswelt
- Implementierung von Hausaufgaben zur Umsetzung des Gelernten im Alltag
- Am Behandlungsende Unterstützungs- und Nachsorgemöglichkeiten vorstellen

BOX 6b: Ernährungstherapie der Anorexia nervosa

Diätetische Maßnahmen stellen keine alleinige Therapieoption dar, sondern sollten nur im Rahmen eines umfassenden Betreuungsansatzes zur Anwendung kommen.

Zu den Zielen der Ernährungstherapie gehören die Wiederherstellung des Gewichts, die Normalisierung der Essgewohnheiten, das Erreichen einer physiologischen Wahrnehmung von Hunger und Sättigung sowie die Beseitigung psychologischer und körperlicher Auswirkungen der Malnutrition.

Empfehlungen zur Ernährungstherapie

- Ausführliche Anamnese vor Behandlungsbeginn
- Beratung über eine den individuellen Bedürfnissen angepasste Ernährung bezüglich Menge und Zusammensetzung
- Erweiterung der Nahrungsmittelauswahl bzw. Erweiterung der Nahrungspalette
- Einbezug des nahen sozialen Umfelds bei der Erarbeitung von Essensplänen
- Ambulante Therapie:
 - Eventuell Eingliederung eines mit Essstörungen erfahrenen Diätologen, um die Betroffenen bei der Erstellung von Ernährungsplänen und einer ausgewogenen Ernährungsweise zu unterstützen
 - Gewichtszunahme von 200 – 500 g pro Woche

- Energiezufuhr bei stark untergewichtigen Kindern:
 - In den ersten Behandlungstagen ca. 30 – 40 kcal/kg pro Tag (enteral)
 - In der Phase der Gewichtszunahme ca. 70 – 100 kcal/kg pro Tag
 - Gegebenfalls Einsatz von Formulanahrungen
- Erfassung des Gewichtsstatus:
 - Wöchentliches oder bei Bedarf 2 – 3 x wöchentliches Gewichtsmonitoring unter einheitlichen Bedingungen (nach dem Toilettengang bei gleicher Bekleidung)
 - Besteht ein deutlich geringerer Kalorienbedarf oder Verdacht auf erhöhte Flüssigkeitsaufnahme, sollte das Gewichtsmonitoring täglich durchgeführt werden und eventuell die Trinkmenge überwacht werden
- Laborchemische Untersuchungen:
 - In den ersten 5 Tagen des Nahrungsaufbaus jeweils Überprüfung von Kalium, Magnesium, Phosphat und Calcium
 - Anschließende Überprüfungen sollten jeden 2. Tag erfolgen
- Mikronährstoffstatus
 - Über eine ausgewogene Ernährung kann der Bedarf gedeckt werden
 - Ist diese nicht möglich oder besteht eine Elektrolytstörung, kann eine Ergänzung von Vitaminen (B, D) und/oder Mineralstoffen (z.B. Eisen, Phosphat, Kalium, Calcium, Magnesium) sinnvoll sein
 - Zink sollte nicht regelhaft überprüft werden, bei typischen Hautveränderungen kann eine Bestimmung aber sinnvoll sein
 - Hyponatriämie wird meist durch ein erhöhtes Trinkvolumen verursacht; ein Ausgleich sollte über ein normales Trinkverhalten und bedarfsgerechte Natriumzufuhr erfolgen
 - Hypercholesterinämie muss nicht gesondert behandelt werden, da sich die Blutfettwerte durch die Stabilisation des Gewichts wieder normalisieren
 - Bei Abdominalschmerzen und Meteorismus kann die Gabe von Antiemetika sinnvoll sein

BOX 6c: Andere nicht-medikamentöse Therapie der Anorexia nervosa

Der Effekt von physikalischen Therapieformen wie Akupunktur oder Wärmebehandlungen ist nicht ausreichend belegt. Daher erfolgt in diesem Zusammenhang keine Empfehlung.

BOX 6d: Medikamentöse Therapie der Anorexia nervosa

Aktuell wird der Einsatz von Medikamenten nicht empfohlen.

BOX 7: Therapie der Bulimia nervosa

Vor Therapiebeginn sind sämtliche Rahmenbedingungen zu klären und mit den Betroffenen sowie ihren Betreuungspersonen zu klären. Alle wesentlichen Punkte sind gemeinschaftlich festzulegen. Dazu gehören folgende Bereiche:

- Therapieziele
- Umgang mit dem Wiegen des Körpergewichts
- Vorgehen bei weiterer Gewichtsabnahme
- Kontakte mit dem Hausarzt
- Umgang mit der Familie

Zu den allgemeinen Therapiezielen zählen:

- Rückgang bzw. Eliminierung von Binge-Eating (Essanfälle) und Purging-Verhalten (Erbrechen, Laxantienabusus, etc.)
- Therapie der körperlichen sowie seelischen Begleit- und Folgeerkrankungen
- Verhaltensänderung und Umstellung der Ernährung
- Einschluss des familiären Umfelds und wichtiger Bezugspersonen in das Therapiegesehen
- Rückfallprävention

Die Therapieziele bei Kindern und Jugendlichen sollen während der Wachstumsphase alle 3 - 6 Monate evaluiert und bei Bedarf angepasst werden.

BOX 7a: Psychotherapie bei Bulimia nervosa

Betroffenen sollten jeweils in die Wahl der Therapie einbezogen werden. Individuelle Bedingungen wie das Alter sind dabei zu beachten.

Das zur Anwendung kommende Psychotherapieprogramm sollte auf anerkannten, relevanten Manualen für die Behandlung von Essstörungen basiert sein. Im Rahmen der Therapie sind Einflüsse aus dem sozialen Bezugssystem, dem schulischen und/oder Arbeitsumfeld sowie von sozialen Medien zu berücksichtigen.

Psychotherapie stellt - im Rahmen einer Familientherapie - das zu bevorzugende Behandlungskonzept dar. Im Vorfeld sollte die Vorgehensweise individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden. Sollte eine Therapie dieser Art nicht realisierbar sein, kann alternativ eine individuelle kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt werden.

Kriterien zur Umsetzung der Familientherapie

- 18 – 20 Sitzungen verteilt über 6 Monate
- Schaffung einer guten therapeutischen Allianz aus allen Therapiebeteiligten
- Eltern und Bezugspersonen unterstützen, die den Betroffenen im Heilungsprozess helfen
- Vermeidung von Schuldzuweisungen gegenüber Patienten und deren nahen Bezugspersonen
- Informationen zur Normalisierung des Körpergewichts, zur Ernährung sowie zu möglichen negative Auswirkungen des Purging-Verhaltens
- Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und deren engen Bezugspersonen nutzen, um die Etablierung eines ausgewogenen Essverhaltens zu erreichen und die kompensatorischen Maßnahmen zu reduzieren
- Regelmäßige Einzelsitzungen mit den Betroffenen selbst forcieren
- Selbstmonitoring des bulimischen Verhaltens unter Einbezug der Familie verstärken
- Spätere Behandlungsphase: Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, unter Einschluss der Angehörigen einen ihrem Entwicklungsgrad angemessenen Grad an Selbstständigkeit zu erreichen
- Finale Behandlungsphase: Planung des Therapieendes sowie Rückfallprophylaxe und Aufklärung über Unterstützungs- und Nachsorgemaßnahmen

Kriterien zur Umsetzung der individuellen kognitiven Verhaltenstherapie

- 18 Sitzungen verteilt über 6 Monate, dabei häufigere Sitzungen zu Beginn festlegen
- Bis zu 4 ergänzende Familiensitzungen unter Einschluss von wesentlichen Bezugspersonen

- Behandlungsbeginn: Auf die Rolle der Erkrankung innerhalb der individuellen Lebenssituation eingehen, Motivation zur Veränderung
- Beratung über Ernährungsstörung und Faktoren klären, die zur Aufrechterhaltung des bulimischen Verhaltens führen
- Gemeinschaftliche Erstellung einer Fallformulierung
- Erarbeitung von Zielsetzungen und lösungsorientiertem Handeln
- Implementierung von Strategien zur Rückfallprophylaxe
- Schulung des Selbstmonitoring von Gedanken und Gefühlen
- Familiensitzungen: Aufklärung über Essstörungen, Identifizierung von familiären Gegebenheiten, die zu einer Aufrechterhaltung der Bulimie führen, Unterstützung des Heilungsprozesses

Kognitive Verhaltenstherapie führt in der Regel zu einer beschleunigten Genesung. Bringt diese Therapieform allerdings keinen Erfolg, so können weitere Behandlungsstrategien wie interpersonale oder psychodynamische Therapieformen zur Anwendung kommen. Die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie mit einer der genannten Behandlungen kann zu besonders guten Ergebnissen führen. Der begleitende Besuch einer Selbsthilfegruppe kann sinnvoll sein, stellt aber keinesfalls eine Alternative zur genannten Behandlung dar.

BOX 7b: Ernährungstherapie der Bulimia nervosa

Diätetische Maßnahmen stellen keine alleinige Therapieoption dar, sondern sollten nur im Rahmen eines umfassenden Betreuungsansatzes zur Anwendung kommen.

Bei untergewichtigen bulimischen Kindern und Jugendlichen sollten dieselben Ernährungsempfehlungen zur Anwendung kommen wie im Fall der Anorexie (s. BOX 6b).

Empfehlungen zur Ernährungstherapie

- Ausführliche Anamnese vor Behandlungsbeginn
- Unterstützung bei der Erstellung eines strukturierten Ernährungsplans unter Einbezug des nahen sozialen Umfelds zur Vermeidung bzw. Verminderung von Purging-Verhalten
- Bei Abdominalschmerzen und Meteorismus kann die Gabe von Antiemetika im Einzelfall sinnvoll sein

BOX 7c: Andere nicht-medikamentöse Therapie der Bulimia nervosa

„Bright-Light-Therapie“ kann im Bedarfsfall ergänzend eingesetzt werden, um die kompensatorischen Verhaltensweisen zu reduzieren, sollte die kognitive Verhaltenstherapie alleine nicht oder nicht ausreichend zielführend sein.

BOX 7d: Medikamentöse Therapie der Bulimia nervosa

Aktuell wird der Einsatz von Medikamenten nicht empfohlen. Das Präparat Fluoxetin ist nur bei erwachsenen Personen zugelassen.

4.3.7 BOX 8: Weiterführende Therapie nach Gewichtsstabilisierung

Steigt das Körpergewicht auf ein (vorerst) gewünschtes Maß, sollte die Psychotherapie fortgesetzt werden und folgende Aspekte beinhalten:

- Reflexion der Erfahrungen mit der Essstörungen
- Erkennen einer verzerrten Selbstwahrnehmung als Motivation für das Verhalten
- Bestimmung von Ursachen für die Entstehung/Aufrechterhaltung der Erkrankung
- Rückfallprophylaxe und Maßnahmen bei einem Rückfall

- Verbesserter Umgang mit Schwierigkeiten im Alltag
- Hilfestellung bei ausgewogener Ernährung als Rückfallprävention
- Bei sportlichen Betätigungen soll der Fokus dauerhaft auf körperliche Fitness anstelle von Gewichtsreduktion gelegt werden

Wenn die Erkrankungsdauer 3 Jahre überschreitet, sollte die Familientherapie im Sinne der Rückfallprävention weitergeführt werden.

4.3.8 **BOX 9: Therapie von Begleiterkrankungen und Komplikationen**

Begleiterkrankungen:

- Die Behandlung von Begleiterkrankungen soll leitliniengerecht erfolgen
- Die Entscheidung über die Reihenfolge der Behandlung richtet sich nach dem individuellen Gesundheitszustand und den Vorlieben der Betroffenen bzw. deren Eltern
- Psychische Begleiterkrankungen erfordern in der Regel insgesamt eine längere Therapiedauer
- Bei psychischen Erkrankungen kann der Einsatz von Antidepressiva sinnvoll sein, wenn eine Psychotherapie nicht den gewünschten Erfolg bringt
- Das Verhalten der Patienten (z.B. Purging) und eine bestehende Malnutrition können die Wirksamkeit und Sicherheit von Medikamenten beeinträchtigen
- Bei Antidepressiva-Gabe ist eine engmaschige gesundheitliche Überwachung empfehlenswert
- Bei begleitendem Substanzmissbrauch oder begleitender Medikamenteneinnahme steht die Therapie der Essstörung im Vordergrund – wird die Behandlung durch diese Aspekte erschwert, können spezialisierte Stellen (z.B. Suchtgiftberatung) hinzugezogen werden
- Bei bestehendem Purging-Verhalten sind Elektrolyt- sowie Harnuntersuchungen angezeigt, die sich in ihrer Frequenz nach der Ausprägung des kompensatorischen Verhaltens richten sollen
- Elektrolytsubstitutionen sollen Einzelfällen vorbehalten sein; zuvor soll durch die Therapie versucht werden, das Erbrechen auf ein mögliches Minimum zu beschränken
- Kommt es zu selbstinduziertem Erbrechen, sollten
 - die Betroffenen engmaschig zahnärztlich kontrolliert werden,
 - über die mögliche Zahnschädigungen informiert werden und
 - über präventive Maßnahmen aufgeklärt werden
- Den Patienten sollten auf die möglichen gesundheitlichen Folgen eines Laxantienmissbrauchs hingewiesen werden und auch auf die Tatsache, dass diese hinsichtlich Gewichtsreduktionen keinen Erfolg bringen
- Bei bestehenden Elektrolytstörungen sind weitere Ursachen abzuklären

Knochenerkrankungen:

- Im Fall eines über mindestens 6 – 12 Monaten bestehenden Untergewichts, bei Knochenschmerzen und wiederholten -frakturen sollte eine Knochendichtemessung in Erwägung gezogen werden
- Bei Wachstumsstörungen müssen entsprechende Parameter zur Beurteilung der Knochendichte herangezogen werden

- Wiederholte Knochendichtemessungen werden bei langfristigem Untergewicht, aber auch in Zusammenhang mit Hormonbehandlungen (davor und währenddessen) empfohlen
- Knochendichtemessungen sollten prinzipiell nicht öfter als einmal jährlich erfolgen, sofern keine Begründung für eine häufigere Untersuchung vorliegt (z.B. wiederkehrende Frakturen und Schmerzen)
- Die Patienten sollten über die positiven Auswirkungen einer ausgewogenen Ernährung auf die Knochendichte informiert werden
- Bei bestehender Osteoporose oder ähnlichen Knochenerkrankungen sollten starke sportliche Betätigungen und Aktivitäten mit einem hohen Sturzrisiko vermieden werden
- Medikamentengabe:
 - Der Einsatz von Bisphosphonaten oder einer routinemäßigen Östrogentherapie wird nicht empfohlen
 - Bei 13- bis 17-jährigen Mädchen mit Anorexie, längerfristigem Untergewicht und einer verminderten Knochendichte kann bei einer Skelettreife von über 15 Jahren eine transdermale Östradioltherapie erfolgen (bei einer Skelettreife unter 15 Jahren nur bei ansteigender physiologischer Dosierung)
 - Vor einer Hormonbehandlung empfiehlt es sich, einen Endokrinologen oder Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zuzuziehen
 - Es ist zu beachten, dass eine Hormontherapie zu einer Normalisierung der Menstruation führen kann, wodurch Mädchen und junge Frauen keine Begründung für eine weitere Gewichtszunahme erkennen könnten

4.3.9 **BOX 10 und 11: Monitoring und Nachsorge**

Monitoring

Begleitende Verlaufsuntersuchungen im Rahmen des Monitorings sollten folgende Parameter beinhalten:

- Körpergewicht oder BMI
- Körpergröße und -entwicklung bei Jugendlichen vor Abschluss der Pubertät
- Blutdruck
- Relevante Blutlaboruntersuchungen
- Schwierigkeiten im Alltag
- Risiko für seelische sowie körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen
- Elektrokardiogramm bei Kindern und Jugendlichen mit Purging-Verhalten oder starkem Gewichtsverlust
- Besprechung von Behandlungsmöglichkeiten
- Anzeichen von Vernachlässigung/Missbrauch

Die Untersuchungen sollten mindestens einmal Jährlich stattfinden, sofern sich die Betroffenen in keinem Behandlungssetting befinden. Bei unklarer Diagnose kann die Überweisung an eine Spezialambulanz sinnvoll sein.

Die folgenden Aspekte können ein Elektrokardiogramm erforderlich machen:

- Schnelle Gewichtsabnahme
- Exzessive körperliche Belastungen und ausgeprägtes Purging-Verhalten
- Bradykardie, Hypotonie

- Exzessiver Koffeinkonsum (z.B. Energy-Drinks)
- Einnahme von Medikamenten, die entsprechende gesundheitliche Folgen herbeiführen können (z.B. Störung des Elektrolythaushalts, Hypokaliämie, etc.)
- Muskelschwäche
- Störungen im Elektrolythaushalt
- Vorherige Herzrhythmusstörungen

Liegt ein massives Untergewicht vor, d.h. weniger als 70 Prozent ausgehend vom Normalgewicht), ist eine Überwachung der Herzfunktion in Erwägung zu ziehen. Besteht ein ausgeprägtes kompensatorisches Verhalten, ist eine Elektrolytbestimmung wichtig. Die Therapie sollte unter Einbezug eines Mediziners erfolgen.

Nachsorge

Nach ambulantem Therapieende sollten regelmäßige Betreuungsmöglichkeiten über mindestens ein Jahr gewährleistet sein. Ziele dieser Maßnahmen sind die Prävention eines Rückfalls sowie Beibehaltung der positiven Therapieergebnisse.

4.3.10 Schnittstellen-Management

Auf Primärversorgungsebene stellen Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinische Psychologen, Psychotherapeuten und Diätologen wesentliche Akteure in der Betreuung von Patienten mit Essstörungen dar. Zwischen diesen Akteuren und Allgemeinmedizern im niedergelassenen Bereich ergeben sich innerhalb der vertiefenden Versorgung Nahtstellen. Im Diagnose- und Behandlungspfad lassen sich wiederum in einigen Bereichen wichtige Schnittstellen zwischen den erstgenannten Berufsgruppen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie (teil-)stationären Einrichtungen feststellen.

Die erwähnten Schnittstellen beziehen sich auf die Diagnosestellung, stationäre/teilstationäre Therapien, die Behandlung von Begleiterkrankungen und Komplikationen sowie auf das Monitoring. Diese sollten bei der Entwicklung von Versorgungsstrategien berücksichtigt werden.

5 Analyse der aktuellen Versorgungslage untergewichtiger Kinder und Jugendlicher in Österreich

5.1 Ergebnisse zur bundesweiten Recherche der Therapieangebote

Der Diagnose- und (Be-)Handlungspfad der Medizinischen Universität Graz, der im vorangegangenen Kapitel im Detail thematisiert wird, stellt eine Synopse aktueller internationaler Leitlinien dar und definiert Qualitätsmerkmale für eine optimale Betreuung der Zielgruppe. Neben der Entwicklung dieses Pfads fungiert die Analyse der aktuellen Versorgungssituation in den Bundesländern als Hauptteil dieses Berichts. Mittels einer umfassenden Recherche, auf die im Kapitel 1.3 näher eingegangen wird, konnte der aktuelle IST-Zustand erhoben werden. Die Verfasser dieses Berichts weisen an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass die Recherche aufgrund der unübersichtlichen Strukturen und der Vielfalt an Angeboten keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Zur Ermittlung der Versorgungssituation wurden zunächst eine Telefon- sowie Internetrecherche unternommen. Letztere stützt sich insbesondere auf die Publikationen und Suchregister namhafter Fachgesellschaften. Die daraus resultierenden Ergebnisse wurden im nächsten Schritt entsprechend der Art des Angebots zusammengefasst und werden in den nun folgenden Kapiteln detaillierter beschrieben.

5.1.1 Krankenanstalten, Kliniken und Ambulatorien

Zum aktuellen Zeitpunkt bestehen in Österreich 42 Einrichtungen mit einer spezialisierten Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde. In dieser Aufzählung wurde weder das bereits bestehende Reha-Angebot in der Steiermark in Wildbad-Einöd noch in Planung befindliche Institutionen berücksichtigt, da diese gesondert in einem nachfolgenden Kapitel erwähnt werden.

Unter den genannten 42 Einrichtungen finden sich Landes- und Universitätskliniken, Bezirkskrankenhäuser, Ambulatorien sowie die Zentren für Entwicklungsförderung in Wien, die mit der Versorgung geistig und/oder körperlich beeinträchtigter Kinder und Jugendlicher betraut sind.

Überblick über die medizinischen Institutionen

Von den genannten Einrichtungen weisen 34 einen psychiatrischen und/oder psychosomatischen und/oder psychologischen Schwerpunkt auf und stellen entsprechende Personalressourcen in Form von Fachkräften – Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und eventuell Neurologie, Psychologen und Psychotherapeuten – zur Verfügung. Unter den Institutionen finden sich 24 Krankenanstalten und Kliniken, 7 Ambulatorien und 4 Zentren. Eine detaillierte Betrachtung des klinischen Settings ergibt, dass in Summe 24 Einrichtungen eine stationäre, 32 eine ambulante und weitere 8 eine teilstationäre bzw. tagesklinische Betreuung anbieten. Allerdings muss an dieser Stelle dringend ergänzt werden, dass es bis dato keine genauen Daten zu den Zahlen der Ambulanzen und Ambulatorien in Österreich gibt, da diese keiner einheitlichen strukturellen Organisation folgen.²⁶

Dennoch kann ersten Informationen aus der Recherche nach gesagt werden, dass in den meisten Fällen stationäre sowie ambulante Behandlungsformen parallel zueinander angeboten werden und die Zahl der Tageskliniken am geringsten ist. Da viele Betroffene eine intensiviertere Therapie benötigen, ein stationäres Setting jedoch (noch) nicht erforderlich

²⁶ Vgl. Fliedl et al. (2018)

bzw. mit neuen Hürden verbunden ist, ergibt sich im Rahmen der teilstationären Betreuung noch deutlicher Aufholbedarf.

Interdisziplinärer Betreuungsumfang

Nicht in allen Institutionen kann eine multiprofessionelle Betreuung der Zielgruppe gewährleistet werden. So bestehen praktisch auch Einrichtungen, die beispielsweise „nur“ psychologische Unterstützungsmaßnahmen anbieten können. In allen Einrichtungen wird berücksichtigt, dass Essstörungen psychischen Funktionsstörungen zuzuordnen sind und einer entsprechenden Vorgehensweise bei der Planung und Umsetzung der Therapie benötigen.

Neben Fachärzten, Allgemeinmedizinerinnen, Psychotherapeuten und Klinischen Psychologen finden sich Professionen aus Diätologie, Physiotherapie, Ergotherapie sowie spezielle Angebote in Form von Bewegungs- (z.B. tiergestützte Therapieformen, Klettern) und Ausdruckstherapie (z.B. Tanz-, Kunsttherapie)

Art der Angebote

Während alle Einrichtungen Einzelberatungen vorsehen, sind Gruppensettings in einer deutlich geringeren Zahl vorhanden. Sehr positiv zu erwähnen ist, dass alle Institutionen die enge Einbindung des sozialen Umfelds, insbesondere der Erziehungsberechtigten und Sorgebeauftragten, forcieren. Die Bezugspersonen werden engmaschig in die Wahl und Umsetzung der Therapien einbezogen und nehmen in manchen Einrichtungen die Funktion eines „Co-Therapeuten“ wahr. Auch der gesetzlich verankerte Kinderschutz wird in den einzelnen Institutionen stark berücksichtigt.

Beratungsfrequenz

Im Rahmen der stationären Behandlung zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche mit Essstörungen in der Regel langfristig, das heißt zumeist über mehrere Wochen bis Monate, betreut werden. Sofern möglich, besteht im Anschluss eine ambulante Therapiemöglichkeit. Die tagesklinische Betreuung ist hingegen stark limitiert. Auch die Nachsorge der Patienten ist in vielen Fällen ungeklärt. Da das Patientengut sehr inhomogen ist und die Bedürfnisse stark variieren können, ist der Ruf nach spezialisierten Einrichtungen, wie etwa den Essstörungsambulanzen am Universitätsklinikum Tirol und dem AKH Wien oder dem Multidisziplinären Versorgungszentrum in Linz, als sehr groß zu bewerten.

Die Aussagen der Experten innerhalb der Experteninterviews zeigen, dass ambulante und stationäre Therapien von der Verfügbarkeit abhängig sind, da die Nachfrage nach kostenfreien Angeboten enorm ist und durch die Institutionen in der Regel nicht bewältigt werden kann.

Zuweisungsmodalitäten

In der Regel erfolgt die Zuweisung durch andere, interne Einrichtungen wie die allgemeine Ambulanz für Kinder- und Jugendheilkunde oder durch niedergelassene Allgemeinmediziner und Fachärzte. In Akutsituationen erfolgt der Kontakt zwischen den Eltern des Patienten und der Einrichtung auf direktem Weg.

Auch andere externe Stellen wie Gesundheitszentren, psychosoziale Dienste etc. sind an der Überweisung beteiligt. In vielen Fällen wenden sich Angehörige der Betroffenen zuerst an die Einrichtungen und lassen sich in weiterer Folge vom Hausarzt eine Überweisung ausstellen.

5.1.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage

Zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung innerhalb Österreichs liegen konkrete Daten vor. Die Behandlung von Essstörungen kann den Einbezug einer psychiatrischen

Abteilung jedenfalls dringend erforderlich machen. Es gilt hier jedoch zu beachten, dass Esstörungen nur einen kleinen Anteil der zu behandelnden Diagnosen im stationären, ambulanten und teilstationären bzw. tagesklinischen Setting ausmachen. Da aber aktuell keine ausreichende Versorgung in diesem Bereich vorliegt, kann daraus rückwirkend geschlossen werden, dass auch für die Therapie von Esstörungen nicht genügend Ressourcen vorhanden sind. Mit dieser Auffassung gehen auch die Fachärzte aus den Experteninterviews (s. Kap. 5) konform. In Österreich existieren derzeit nur in drei Bundesländern spezialisierte Stellen, die direkt in das Krankenhaussetting eingebunden sind.

Die folgenden Daten beziehen sich auf eine Beschreibung von Fliedl et al.²⁷.

Stationäre Versorgungslage

Laut dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit²⁸ ist im Rahmen der stationären Betreuung eine Bettenmessziffer von 0,08 bis 0,13 pro 1000 Einwohner für die Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen.

Wie in der unten angeführten Abbildung gezeigt, hat sich die Betreuungssituation zwischen 2015 und 2018 österreichweit um 0,01 Promille verbessert. Der geforderte Ist-Stand von 0,1 Promille konnte aber in nur einem Bundesland nahezu erreicht werden.

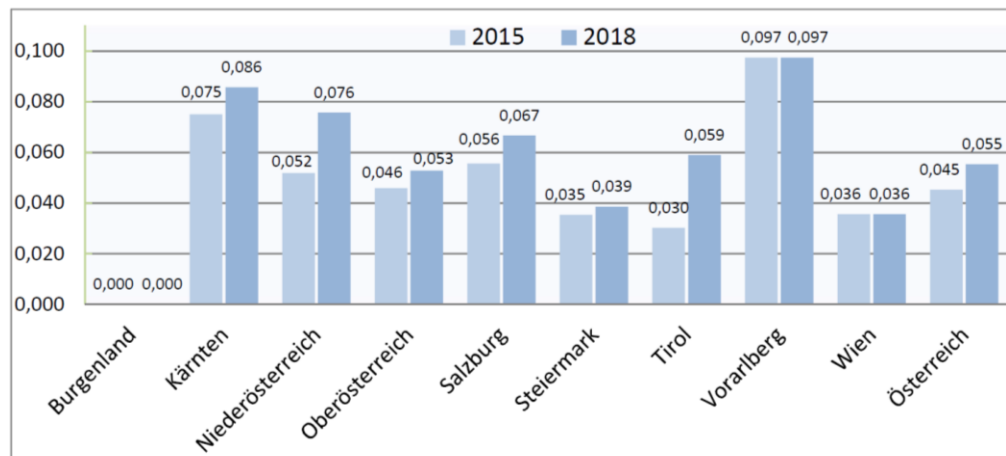


Abbildung 10: Bettenmessziffer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (ergänzt nach Hartl & Karwautz, 2017)

Die Zahl der stationären, ambulanten und tagesklinischen Betreuungsplätze konnte zwischen 2016 und 2018 weiter ausgebaut werden.

²⁷ Vgl. Fliedl et al. (2018)

²⁸ Vgl. Auer et al. (2018)

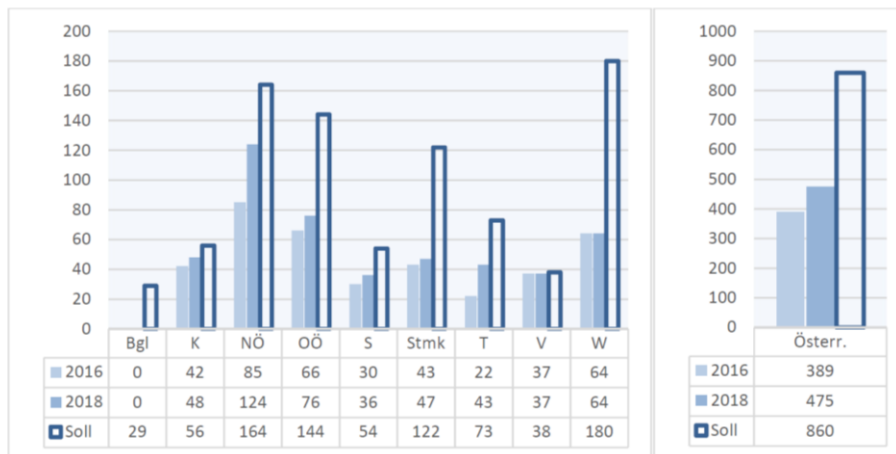


Abbildung 11: Betreuungspätze der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Die österreichische Versorgungslandschaft zeigt ein homogenes Bild bezüglich der Relation von stationären zu tagesklinischen Betreuungsangeboten. Diese liegt im Bundesdurchschnitt bei einem Verhältnis von 70:30.

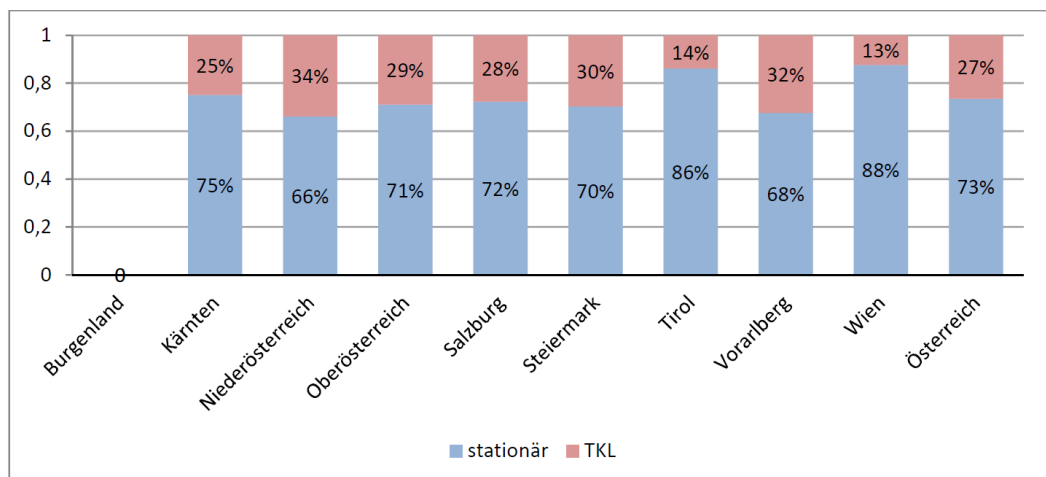


Abbildung 12: Verhältnis stationäre zu tagesklinischen Betreuungspätzen

5.1.3 Angebote und Maßnahmen der Sozialversicherung

Wie im Abschnitt 5.1.5 näher erläutert, wurde in diesem Jahr bereits eine Leistungsharmonisierung in Hinblick auf Psychotherapie im Einzelsetting realisiert. Diese schließt alle Gebietskrankenkassen österreichweit ein. Zudem wird der Ausbau der Kinder- und Jugendrehabilitation im Bereich Mental Health weiter forciert (s. Kap. 5.1.6).

Gebietskrankenkassen

Im Rahmen dieser Recherche konnten mehrere Angebote von Seiten der Gebietskrankenkassen identifiziert werden. Zu diesen zählen – als kleiner Teil der multiprofessionellen Versorgung von Essstörungen-Patienten – die ernährungsmedizinischen Beratungsstellen. Allerdings beziehen sich nicht alle Angebote direkt auf die Zielgruppe. Im Fall der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse werden Jugendliche ab dem 17. Lebensjahr diätologisch beraten. In der Kärntner sowie in der Salzburger Gebietskrankenkasse werden auch Kinder und Jugendliche in früheren Lebensjahren betreut.

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat im Jahr 2017 die Verträge mit der Vinzenz Gruppe Service GmbH zur ambulanten Therapie von Essstörungen im Rahmen des Kompetenzzentrums sowohl neu ausverhandelt. Damit wurde ein kassenfinanziertes

Angebot geschaffen, an dem alle Gebietskrankenkassen sowie die SVB, die VAEB, die Betriebskrankenkassen Mondi und die Wiener Verkehrsbetriebe beteiligt sind. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen und nach Maßgabe freier Plätze die gesamten Kosten der Behandlung für bis zu drei Jahren.

Zudem stellen die Wiener als auch die Burgenländische Gebietskrankenkasse mit 2019 je eine neue Planstelle für klinisch-psychologische Diagnostik mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche zur Verfügung.²⁹

Das Land Oberösterreich hat in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse im Jahr 2010 einen ersten integrierten Gesundheits- und Sozialplan für Menschen mit Essstörungen³⁰ initiiert. Im Zuge dessen wurde das Multidisziplinäre Versorgungszentrum für Menschen mit Essstörungen eröffnet, auf das im Abschnitt 5.3.2. näher eingegangen wird.

Die Kärntner Gebietskrankenkasse hat im Frühjahr 2018 in Zusammenarbeit mit dem Kärntner Landesverband für Psychotherapie mit einem Pilotprojekt für die therapeutische Behandlung von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gestartet. Seit April wird das Angebot mit dem Ausbau von Therapieplätzen in Villach, Völkermarkt und Spittal umgesetzt. Die Therapiekosten werden durch die KGKK getragen. Es ist geplant, die Maßnahme in den Jahren 2019 und 2020 im gesamten Bundesland flächendeckend auszuweiten. Ersten Schätzungen zufolge sollen dadurch ca. 1.700 Kinder und Jugendliche pro Jahr erreicht werden. Essstörungen zählen zu den Schwerpunkten der Beratungen. Neben Einzel- und Gruppenberatungen werden auch spezielle Beratungen für die Angehörigen von Betroffenen zur Verfügung gestellt³¹.

In der Steiermark ist 2016 in der Landeszielsteuerungskommission sowie der Gesundheitsplattform der Beschluss zur Etablierung einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung gefallen. In den Folgejahren 2017 und 2018 wurden die Aktivitäten auf die Schaffung der strukturellen und personellen Voraussetzungen für den Aufbau und Betrieb der sozialpsychiatrischen Ambulatorien und psychosozialen Beratungsstellen gerichtet. Im Bundesland stehen nun 4,5 Vollzeit-Äquivalente für Fachärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Ambulatorien der Standorte Graz (inkl. Voitsberg), Feldbach, Weiz, Hartberg, Deutschlandsberg, Kapfenberg und Leibnitz zur Verfügung. Im Mur- sowie Ennstal konnte bislang noch keine Besetzung erfolgen. Der Zugang zu den Angeboten wird niederschwellig über die Psychosozialen Dienste vermittelt. Betroffene sowie Angehörige können sich direkt an die Einrichtungen wenden. Nach Anamnesestellung wird die weitere therapeutische Vorgehensweise geklärt bzw. spezialisierte Einrichtungen zugezogen. Die Finanzierung ist zwischen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und dem Gesundheitsfonds des Landes Steiermark aufgeteilt, wobei Erstere im Rahmen einer Pauschale für die fachärztliche Leistung aufkommt.

5.1.4 Weitere spezialisierte Einrichtungen und Angebote

Im folgenden Teil dieses Berichts wird versucht, ein möglichst realistisches Abbild der aktuellen Versorgungslandschaft in Österreich darzulegen. Dies gestaltet sich durch die starke Varianz in der vorherrschenden Angebotspalette grundsätzlich schwierig, da sich zu wenige strukturelle Vorgaben finden. Außerdem kommt es bei einem breiten, uneinheitlichen Angebot natürlicher Weise zu steten Veränderungen. Aus diesem Grund wurde bei der Darlegung auf die Nennung konkreter Zahlen zum Teil bewusst verzichtet. Es gilt zu beachten, dass kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

²⁹ Vgl. Österreichische Sozialversicherung (2018)

³⁰ Vgl. Schmadlbauer et al. (2015)

³¹ Vgl. KGKK (2018)

Ausgewählte Angebote

Das *Netzwerk Essstörungen* und das *Zentrum für Essstörungen* können auf eine jahrelange Erfahrung in der Beratung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen verweisen. Das Zentrum für Essstörungen beschäftigt Experten aus den Bereichen Psychotherapie und Ernährung und wird in Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, der Steiermark und dem Burgenland angeboten.

Daneben stehen bundesweit Frauen- und Männergesundheitszentren zur Verfügung, die Therapieangebote für die Zielgruppe bereitstellen (u.a. *Frauengesundheitszentrum Graz*, *F.E.M. Süd in Wien* oder die Zentren in Linz, Wels, Salzburg und Klagenfurt). In Klagenfurt besteht ergänzend ein *Mädchenzentrum*, das Beratungen für weibliche Jugendliche – und somit die Hauptzielgruppe - bereitstellt.

In Wien findet sich neben der Einrichtung *sowhat* auch *intakt*, ein Therapiezentrum für Essstörungen. Intakt bietet neben der Betreuung von Betroffenen auch eigene Veranstaltungen für Angehörige an. Sowhat versteht sich als Kompetenzzentrum für Menschen mit Essstörungen, das weitere Anlaufstellen in Niederösterreich (St. Pölten und Mödling) eingerichtet hat. Das Institut *Lichterregen* in Wien entspricht einem Verein und fokussiert sich auf Essstörungspatienten sowie deren Angehörige.

In Oberösterreich sind die *Psychosoziale Beratungsstelle Pro Mente* und der *JugendService Oberösterreich* zu nennen. Der JugendService fungiert mit seinen Beratungsstellen in ganz Oberösterreich flächendeckend. Beide Angebote schaffen neben der Betreuung von Betroffenen gute Schnittstellen zum Universitätsklinikum Linz. Außerdem gibt es ausgehend vom Diakoniezentrum Spattstraße die *Wohngruppe KAYA* in Linz, welche auf Jugendliche und junge Erwachsene mit Essstörungen spezialisiert ist.

In der Steiermark stellt die *Steirische Gesellschaft für Suchtfragen b.a.s.* („betrifft Abhängigkeit und Sucht) flächendeckende Beratungsstellen zur Verfügung. In Graz wurde in diesem Jahr die Esslernambulanz *NoTube* eingerichtet. Dabei handelt es sich um eine ambulante Behandlungsmöglichkeit für Kinder mit Fütter- und Essstörungen. Daneben werden auch Sonden-Entwöhnungen vorgenommen. Die Kosten müssen von den Eltern übernommen werden.

Im Bundesland Vorarlberg bestehen ausgehend vom *Sozialmedizinischen Dienst* Kontaktstellen. Diese befassen sich hauptsächlich mit der Prävention von Essstörungen, sind aber auch in der Beratung tätig. Die Gemeinschaftspraxis für Logopädie, Psychologie und Psychotherapie im Heilpädagogischen Zentrum *CARINA* bietet ebenfalls Unterstützungsmöglichkeiten an, stellt diese jedoch nicht vordergründig für Essstörungen zur Verfügung.

Finanzierung

Die Betreuungskosten der einzelnen Angebote variieren sehr stark. Auch in Hinblick auf Förderungen bestehen sehr uneinheitliche Regelungen, die die Beurteilung erschweren. In Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit wäre es aus Sicht der Verfasser dieser Arbeit aber jedenfalls sinnvoll, mehr vollfinanzierte Angebote zu schaffen. Diese müssten evidenzbasierten Therapiekonzepten folgen und den Behandlungskriterien der Medizinischen Universität Graz entsprechen.

5.1.5 Unspezifische Angebote

Neben spezifischen Betreuungsmöglichkeiten existiert auch eine Vielzahl an unspezifischen Angeboten, deren medizinisch-therapeutische Qualität aufgrund mangelnder Daten nicht bewertet werden kann. Eine detaillierte Beleuchtung dieser Strukturen würde den Rahmen der hier vorliegenden Arbeit bei Weitem überschreiten.

Zu den unspezifischen Angeboten werden Beratungs- und Informationsstellen gezählt, darunter finden sich beispielsweise Familienberatungsstellen, psychosoziale Dienstleistungen, Frauenberatungen, Mädchensprechstunden, Kinderschutzzentren, Beratungsmöglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsförderung und Ähnliches, die in verschiedene Settings eingebunden sind und deren finanzielle Situation sich äußerst unterschiedlich gestaltet. Es kann keine Auskunft darüber gegeben werden, inwieweit Betreuungen in diesen Stellen stattfinden, welche Qualitätsmerkmale diese aufweisen und ob bzw. in welcher Form eine Weiterempfehlung an eine oder mehrere spezialisierte Institutionen erfolgt. Auch die Zahl dieser Angebote kann ob der hohen Varianz nicht festgelegt werden.

5.1.6 Fachexperten im niedergelassenen Bereich

Nachdem die beiden Essstörungen Anorexia sowie Bulimia nervosa wie im Kapitel 2 bereits beschrieben keine Ernährungsstörungen im eigentlichen Sinne, sondern vielmehr komplexe psychiatrische Krankheiten³² darstellen, muss die Therapie durch speziell ausgebildete Fachkräfte erfolgen.

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bei den Experten, die im Zuge dieser Berichterstellung befragt wurden herrscht Konsens darüber, dass im niedergelassenen Bereich zu wenige Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kassenvertrag zur Verfügung stehen (s. Kapitel 6.1.3). Die Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater hat sich in den Jahren von 2016 bis 2018 mäßig erhöht; in diesem Zeitraum wurden in Summe 2,5 neue Stellen in Niederösterreich sowie Vorarlberg geschaffen. In den Bundesländern Steiermark und Burgenland bestehen derzeit keine Kassenverträge für diese Fachärzte. In der Steiermark wurde ein Konzept für die Essstörungenbehandlung entwickelt, das umfassende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen vorsieht (s. Kap. 5.3.5). Zudem wurde durch das Land Steiermark und die Steiermärkische Gebietskrankenkasse ein neues Angebot geschaffen, dass die kostenfreie Behandlung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiater vorsieht. Eine nähere Vorstellung des Angebots findet sich im Unterkapitel 5.1.3.

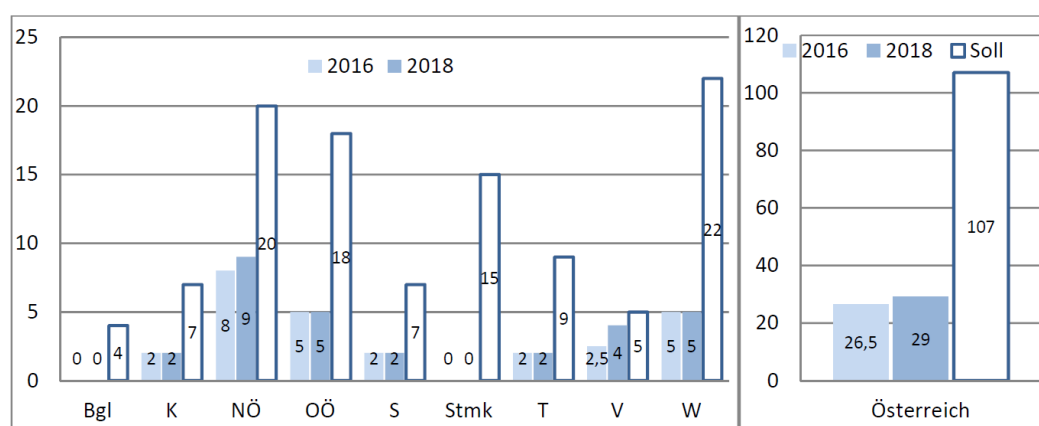


Abbildung 13: Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kassenvertrag (ergänzt nach Hartl & Karwautz, 2017)

³² Vgl. Karwautz (2013)

Psychotherapeuten

Gemäß der österreichischen Gesetzeslage sind nur speziell ausgebildete Psychotherapeuten zur Arbeit mit Kindern und Jugendlichen befugt. Es besteht eine eigene Zertifizierung für die Weiterbildung zur Säuglings-, Kleinkind- und Jugendlichenpsychotherapie.

Der Österreichische Berufsverband für Psychotherapeuten hat auf seiner Webseite eine Suchmaschine mit der Gesamtliste aller entsprechend qualifizierten Therapeuten publiziert, die unter <https://www.psychotherapie.at/skj-pt> abrufbar ist.

Die Gesamtliste beinhaltet folgende Angaben:

- Titel
- Name
- Zusatzbezeichnung
- Praxisadresse 1 / Praxisadresse 2
- Telefonnummer / E-Mail
- Homepage

Die Gesamtliste vermisst die Suchmöglichkeit nach spezifischen Therapieangeboten, wie dies im Fall von Essstörungen erforderlich wäre. Daher kann keine Auskunft darüber gegeben werden, ob die im nächsten Schritt angeführten Psychotherapeuten nicht nur die Zielgruppe selbst, sondern auch die Behandlung der Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa übernehmen.

Ergebnisse aus der Suchmaschinen-Befragung

Die Suche erfolgt bei allen Zielgruppen in sämtlichen österreichischen Bezirken und Bundesländern, innerhalb aller Beratungssettings und unter Einbezug beider Geschlechter der Therapeuten (Stichtag 29.10.2018).

Suche nach freien Kassenplätzen für Kinder (3 bis 13 Jahre):

Die Suche ergab 9 Treffer mit aktuell 20 freien Kassenplätzen.

Davon fanden sich je 4 Angebote in Salzburg, 3 in Wien, 3 in Niederösterreich sowie 2 in Oberösterreich.

Wurde die Suche nicht auf Kassenplätze beschränkt, resultierte diese in 376 Treffern.

Suche nach freien Kassenplätzen für Jugendliche (ab 14 Jahre):

Die Suche lieferte 10 Treffer mit aktuell 21 freien Kassenplätzen.

Davon fanden sich je 3 Angebote in Salzburg, 2 in Tirol, 2 in Wien, 3 in Niederösterreich und 3 weitere in Oberösterreich. Somit bietet ein Teil der Therapeuten seine Dienstleistungen an mehreren Orten an.

Wurde die Suche nicht auf Kassenplätze beschränkt, resultierte diese in 438 Treffern.

Finanzierung der Betreuung

Die Sozialversicherung erweitert die Psychotherapie-Angebote. Im Rahmen des Gesundheitsziels „Psychosoziale Gesundheit fördern“ wird in den Jahren 2018 und 2019 in Zusammenarbeit mit allen wesentlichen Playern ein Konzept für die psychologische und psychotherapeutische Versorgung entwickelt.

Mit 01.09.2018 tritt eine neue, bundesweite Regelung in Kraft, wonach € 28,- pro Psychotherapieeinheit im Zuge einer Einzelsitzung á 60 Minuten rückerstattet werden. Dieser Kostenzuschuss wird von den Gebietskrankenkassen, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft sowie der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau gewährt. Das Ziel besteht darin, im Jahr 2019 mindestens 78.000 Personen österreichweit

eine Psychotherapie als Sachleistung zukommen zu lassen. Ergänzend sollen zusätzlich rund 3.500 Kinder und Jugendliche in multiprofessionellen Einrichtungen versorgt werden.³³ Aktuell sind etwa 50 Prozent aller Psychotherapien in Österreich durch die Betroffenen bzw. deren Angehörigen selbstfinanziert. Von Seiten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter besteht ein Zuschuss zur Therapie in Höhe von € 40,-, von Seiten der Sozialversicherungsanstalt der Bauern werden € 50,- zugesteuert.³⁴

Klinische Psychologen

Klinische Psychologen sind in der Diagnostik und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen tätig. Sie können eine Psychotherapeuten-Ausbildung besitzen und eine ergänzende, aber nicht gesetzlich verpflichtende Weiterbildung im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie besuchen.

Die Versorgungs- und Finanzierungslage kann ähnlich jener der Psychotherapeuten gesehen werden. Es stehen kassenfinanzierte Beratungsplätze zur Verfügung, für die jedoch in der Regel lange Wartezeiten bestehen. Hilfesuchende können über das Online-Informationssystem PSYCHNET (s. www.psychnet.at) spezifische Angebote – darunter auch kassenfinanzierte Leistungen - einholen.

Diätologen

Essstörungen stellen ein psychiatrisches Krankheitsbild dar. Die Berufsgruppe der Diätologen verfügt oft nicht über die für die Therapie von Essstörungen notwendigen Zusatzqualifikationen. Zudem gilt es zu beachten, dass eine reine diätologische Intervention kein ganzheitliches Behandlungsschema ersetzt und damit dem Grundsatz einer interdisziplinären Betreuung widersprochen wird.

Freiberuflich tätige Diätologen verfügen zudem über keine Kassenverträge. Mit wenigen regionalen Ausnahmen, wie beispielsweise dem steiermarkweiten Projekt „GEMEINSAM G'SUND GENIESSEN - daheim und unterwegs“ oder der für Kinder und Jugendlichen kostenfreien Ernährungsberatung des Landes Tirol, erfolgt im niedergelassenen Bereich keine Kostenübernahme der Ernährungsberatung. Das an dieser Stelle genannte Projekt bezieht die Zielgruppe auch nicht vordergründig in die Beratungstätigkeit ein, da hier Personen aus benachteiligten Strukturen und ältere Menschen grundsätzlich präferiert werden.

5.1.7 Reha-Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

In Österreich werden insgesamt 6 Reha-Zentren für Kinder und Jugendliche in den Versorgungszonen Süd, Nord, Ost und West zur Verfügung gestellt.

Wie in der unten abgebildeten Grafik im Detail ersichtlich wird an vier Standorten eine psychosoziale Reha für die Zielgruppe realisiert. Der Startschuss für die Reha in Wildbad-Einöd/Steiermark fiel mit April 2018. Die Eröffnungen der psychosozialen Zentren in Wiesing/Tirol, Bad Erlach/Niederösterreich und Rohrbach/Oberösterreich sind für 2019 geplant.

³³ Vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018)

³⁴ Vgl. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (2018)



Abbildung 14: Kinder-Rehabilitation in Österreich und deren Standorte (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

5.1.8 Angebote im Rahmen der Selbsthilfe

Aus der Leitliniensynopse der Medizinischen Universität Graz geht bereits hervor, dass die alleinige Therapie mittels Selbsthilfegruppen und –programmen keinesfalls eine Alternative zu multiprofessionellen Behandlungsformen darstellen kann (s. Kap. 3). Eingebettet in einen ganzheitlichen Betreuungsansatz kann Selbsthilfe allerdings einen Beitrag zur Genesung von anorektischen sowie bulimischen Kindern und Jugendlichen leisten. Die Belastung des familiären Umfelds kann durch Angehörigen-Gruppen eventuell reduziert werden. Grundvoraussetzung hierfür ist die Anleitung durch einen Experten für Essstörungen. Die Anwendung einer entsprechenden Maßnahme sollte von Fall zu Fall spezifisch überlegt werden, da z.B. Selbsthilfegruppen die Erkrankungssymptome eventuell auch verstärken können, wie man vor allem aus den Gesprächen mit den Experten (s. Kap. 6) schließen kann. Dennoch wird versucht, in diesem Teil des Berichts einen kleinen Überblick über Angebote im Rahmen der Selbsthilfe zu geben.

Die Recherche erfolgte über die jeweiligen Dachverbände für Selbsthilfe der einzelnen Bundesländer sowie im Zuge einer weiterführenden internetbasierten Analyse. Aufgrund mangelnder Daten - beispielsweise bedingt durch fehlerhafte Kontaktangaben und Informationen auf Webseiten - kann eine vollständige Erhebung nicht gewährleistet werden. Neben Störgruppen, die auf die Betroffenen selbst abzielen, konnten Angehörigen-Gruppen auffindig gemacht werden. Österreichweit konnten 11 Selbsthilfegruppen identifiziert werden, von denen sich 9 auf die Zielgruppe selbst beschränken. In einem Fall besteht das Angebot für Betroffene als auch für Angehörige, wobei die Gruppen unabhängig voneinander agieren. Das Netzwerk Essstörungen in Tirol bietet Unterstützung bei der Initiierung und Organisation von Selbsthilfegruppen an und wurde daher nicht berücksichtigt. Nicht bekannt ist, ob Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen, Sucht- oder Zwangsstörungen Menschen mit Essstörungen und/oder deren Angehörige in das Angebot aufnehmen.

In einigen Fällen erfolgen konkrete Angaben, wonach die Essstörungsgruppen durch einen Experten angeleitet und betreut werden. Ein Teil der Angebote bezieht sich auch auf Personen mit Binge Eating-Störung oder zielt nur auf die weibliche Bevölkerung ab. Die Betreuungsfrequenz variiert zwischen einmal wöchentlich und einmal monatlich, in einem Fall erfolgen die Termine bedarfsgerecht nach Anfrage. In Wien konnte eine Gruppe identifiziert werden, die ihr Angebot allen Betroffenen von Essstörungen - also auch jenen, die keiner ICD-10-Klassifizierung folgen – zur Verfügung stellen. In Tirol ist eine Gruppe direkt an die Kinder- und Jugendambulanz für Essstörungen angeschlossen. Grundsätzlich konnten mit Ausnahme des Burgenlandes in allen Bundesländern essstörungsspezifische Selbsthilfegruppen aufgefunden werden.

5.1.9 Ergänzungen der Recherche mittels Fragebogenerhebung

Wie aus den bereits vorangegangenen Inhalten dieses Kapitels ersichtlich, weist Österreich eine äußerst heterogene Versorgungslage für Kinder und Jugendliche mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen auf. Neben ambulanten sowie teil- und vollstationären Strukturen finden sich in den einzelnen Bundesländern zahlreiche unterschiedlich organisierte Beratungsstellen und nicht näher beschriebene Hilfsangebote. Es wurden jene Strukturen einer näheren Betrachtung unterzogen, die gemäß der im Vorfeld durchgeführten Recherche die Betreuung der Zielgruppe in variierendem Umfang und laut eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Erhebungen bereits gewährleisteten, ein multimodales Behandlungskonzept vorsahen oder sich als Teil davon etabliert hatten.

Im Rahmen der hier vorliegenden Analyse konnte aufgrund der fehlenden Datenlage keine konkrete Aussage über die Betreuungsform oder Qualität aller einzelnen Angebote gemacht werden. Daher wurden jene Institutionen, die als unspezialisierte, lose Beratungsstellen fungierten und für die es keine therapeutische Evidenz gab, nicht einbezogen. Niedergelassene Fachärzte, Psychologen/Psychotherapeuten und medizinische Praxen wurden ebenfalls nicht berücksichtigt.

In diesem Bericht können Fehleinschätzungen regionaler Betreuungssituationen nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Etwaige Fehlinterpretationen sollten jedoch durch die vorangegangene Recherche und die Bestätigung der Ergebnisse durch die Experten-Interviews auf ein Minimum reduziert sein. Aufgrund fehlender nationaler Bewertungskriterien wurde diese Auswahlmethode herangezogen.

Die im Anschluss präsentierte, österreichweite Fragebogenerhebung basiert in ihren Fragestellungen auf den Leitlinien aus dem „Diagnose- und (Be-)Handlungspfad Untergewicht“ der Medizinischen Universität Graz. Das Ziel der Erhebung bestand darin, eine möglichst objektive Einschätzung der aktuellen Versorgungslage und weitere Informationen zur Thematik zu erhalten.

Es wurden in Summe 52 Institutionen in die Erhebung eingeschlossen, die sich auf folgende Einrichtungen verteilen:

- Allgemeine Krankenhausabteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde
- Krankenhausabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie-, -psychosomatik und -psychotherapie und/oder Neurologie des Kindes- und Jugendalters
- Ambulante Versorgungsangebote (z.B. für Kinder- und Jugendpsychiatrie-, -psychosomatik sowie –psychotherapie)
- Psychosoziale Clearing-, Versorgungs- und Beratungsstellen (z.B. Frauengesundheitszentren, Familienberatung und Jugendservice)
- Spezialisierte Therapiezentren, Vereine und eine Wohngruppe

Die Fragebögen wurden mittels einer E-Mail-Aussendung an die betreffenden Institutionen verteilt. Es haben 25 Personen auf die Befragung geantwortet, von denen 18 Personen einen ausgefüllten Fragebogen zurückgesendet haben. Dies entspricht einer Rücklaufquote von ca. 34,6 Prozent.

Sechs Institutionen teilten in Ihrem Antwortschreiben mit, dass sie die Betreuung der Zielgruppe zum Zeitpunkt der Erhebung nicht mehr übernehmen, obwohl dies laut Recherche zutreffen sollte. Eine weitere Institution sah von einer Teilnahme an der Befragung ab, da in dieser Jugendliche mit Essstörungen erst ab dem 16. Lebensjahr betreut werden.

Der im Vorfeld entwickelte, detaillierte Befragungsbogen kann im Anhang dieses Berichts eingesehen werden.

Ergebnisse der Fragebogenerhebungen

Die Ergebnisse werden in den folgenden Ausführungen anhand der einzelnen Therapieaspekte dargestellt. Alle Fragestellungen beziehen sich auf Essstörungen als Ursache für das erniedrigte Körpergewicht.

- ***Aktuelle Umsetzung der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht/Esstörungen***

Es haben 25 Institutionen auf die E-Mail-Aussendung geantwortet. In 7 Rückmeldungen wurde mitgeteilt, dass die entsprechende Einrichtung die Zielgruppe zum aktuellen Zeitpunkt nicht bzw. nicht mehr betreut und/oder kein spezifisches Angebot für Essstörung bereitstellt. Es erfolgte in diesen Fällen daher auch keine Beantwortung der Fragebögen.

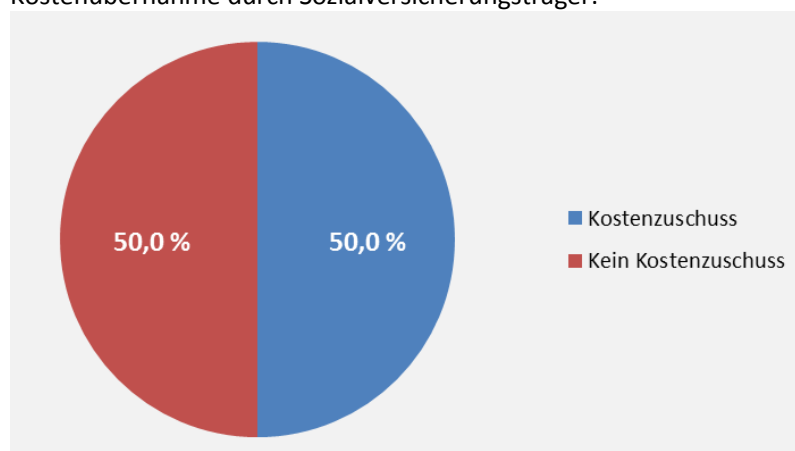
Die übrigen 18 Institutionen bejahten, derzeit Kinder und Jugendliche mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen zu betreuen.

- ***Zeitliche Verfügbarkeit des Angebots***

Die Therapieangebote wurden zwischen den Jahren 1985 und 2017 initiiert, drei davon erst im Jahr 2017. In zwei Fällen konnte keine Auskunft gegeben werden.

- ***Kostenzuschuss durch einen oder mehrere Sozialversicherungsträger und/oder durch einen weiteren Fördergeber***

Kostenübernahme durch Sozialversicherungsträger:

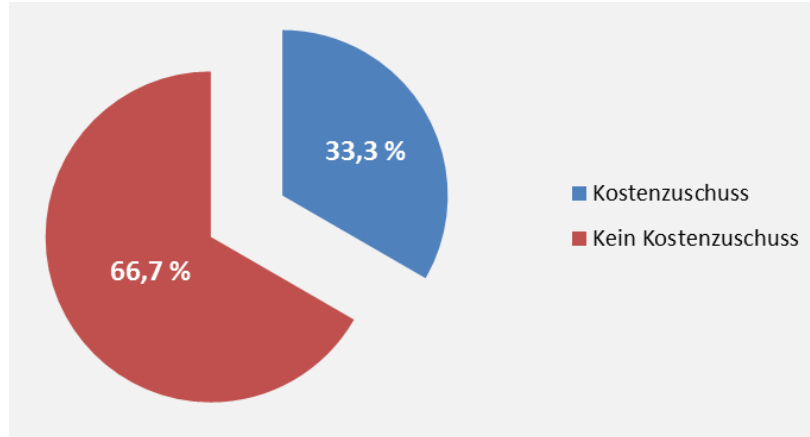


Die (Teil-)Übernahme der Kosten durch einen oder mehrere Sozialversicherungsträger gestaltet sich äußerst individuell. 3 Institutionen machten keine Angabe zur Höhe des

Zuschusses. In 50 % der Fälle besteht zwar eine finanzielle Unterstützung, jedoch gibt es hierfür keine einheitlichen Umsetzungsstandards. Diese bewegt sich zwischen 22,- Euro pro Therapiestunde und einer Übernahme der Gesamtkosten.

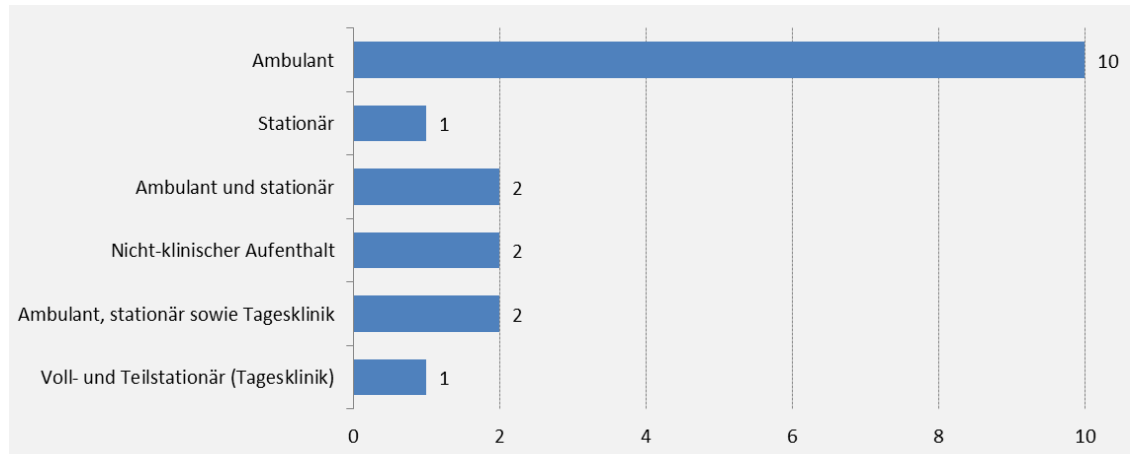
Es gilt zu berücksichtigen, dass auch Krankenhausabteilungen an der Befragung beteiligt waren.

Kostenübernahme durch eine weitere Einrichtung/Stelle:



Die Mehrheit der befragten Institutionen konnte auf keinen weiteren Fördergeber verweisen. In einem Fall wurde die Frage zwar bejaht, allerdings keine Ergänzung gemacht. Bei den übrigen Anbietern fungiert das Land als Fördergeber.

- **Betreuungssetting**



Der Großteil der Angebote ist im ambulanten Bereich angesiedelt. Kliniken bieten in der Regel neben einer stationären auch eine ambulante Betreuungsmöglichkeit an, Tageskliniken sind jedoch nur in manchen Fällen angeschlossen. In nur einer Einrichtung wird auf ein rein stationäres Angebot verwiesen.

- **Details zur Betreuung**

Art der Betreuung im Sinne von Einzel- und Gruppenangeboten

Fast alle - nämlich 17 von 18 der befragten Institutionen – verweisen auf ein Einzelangebot. 7 Befragte stellen ergänzende Gruppenangebote bereit. Nur in einem Fall erfolgt die Betreuung ausschließlich im Gruppensetting. Etwa die Hälfte der Gruppenangebote ist als störungsübergreifende Maßnahme zu verstehen.

Dauer und Intensität der Betreuung

Die stationäre Betreuung findet im Ausmaß von mehreren Wochen bis Jahren statt, in der Regel aber von einigen Monaten. In manchen Fällen besteht keine Obergrenze, oder es sollte ein spezifischer Entlassungs-BMI erreicht werden.

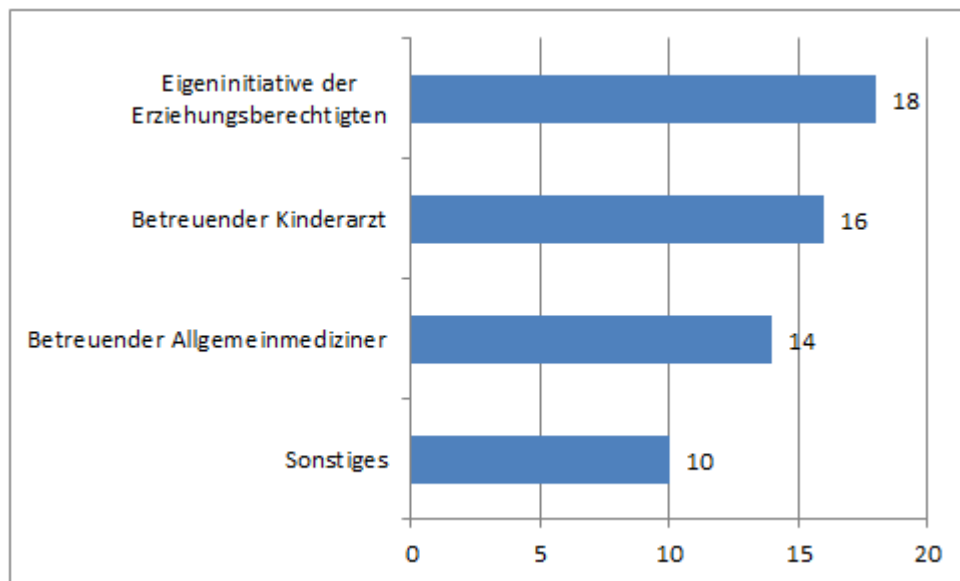
Zur tagesklinischen Behandlung machten nur 2 von 3 Anbietern eine Angabe. Demnach umfasst das Betreuungsausmaß zumeist mehrere Wochen bis Monate bzw. ist vom Therapieziel abhängig.

Im Bereich der ambulanten Therapie haben 3 Institutionen keine Angaben gemacht. Eine Einrichtung hat angegeben, dass den Betroffenen pro Kalenderjahr bis zu 70 Beratungsstunden zur Verfügung stehen. In weiteren Fällen ist das Betreuungsausmaß limitiert (max. 5 Treffen oder 1 Beratung im Quartal), in anderen wird dieses an die individuellen Bedürfnisse angepasst.

- ***Gewährleistung einer Nachbetreuung***

Die meisten Einrichtungen (14) bieten eine Nachbetreuung an. In einem Fall wurde keine Aussage getroffen. Weitere drei Einrichtungen legen individuell fest, ob und in welchem Ausmaß Nachbetreuung stattfinden kann. Die Betreuungsfrequenz variiert zwischen 2 Terminen und einer bedarfsgerechten Nachbehandlung, die an keine speziellen Vorgaben gebunden ist.

- ***Interne und externe Zuweisungen zu den Angeboten***



Der Großteil der Betroffenen gelangt über die Eigeninitiative der Erziehungsberechtigten zum Angebot. Daneben werden aber auch viele Betroffene durch den betreuenden Kinderarzt und/oder Allgemeinmediziner zugewiesen.

Unter dem Punkt „Sonstiges“ wurden Zuweisungen von Spitälern, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater sowie Psychologen und Psychotherapeuten, weitere psychosoziale Einrichtungen, Schulen (Schulärzte), freiberufliche Diätologinnen und andere betreuende Fachärzte genannt.

- ***Kriterien für die Teilnahme an der Maßnahme***
Einschlusskriterien

In 8 Fällen bestehen keine definierten Einschlusskriterien. Daneben wurden eine medizinische Diagnose sowie eine erkennbare Bereitschaft zur Therapie mehrfach genannt.

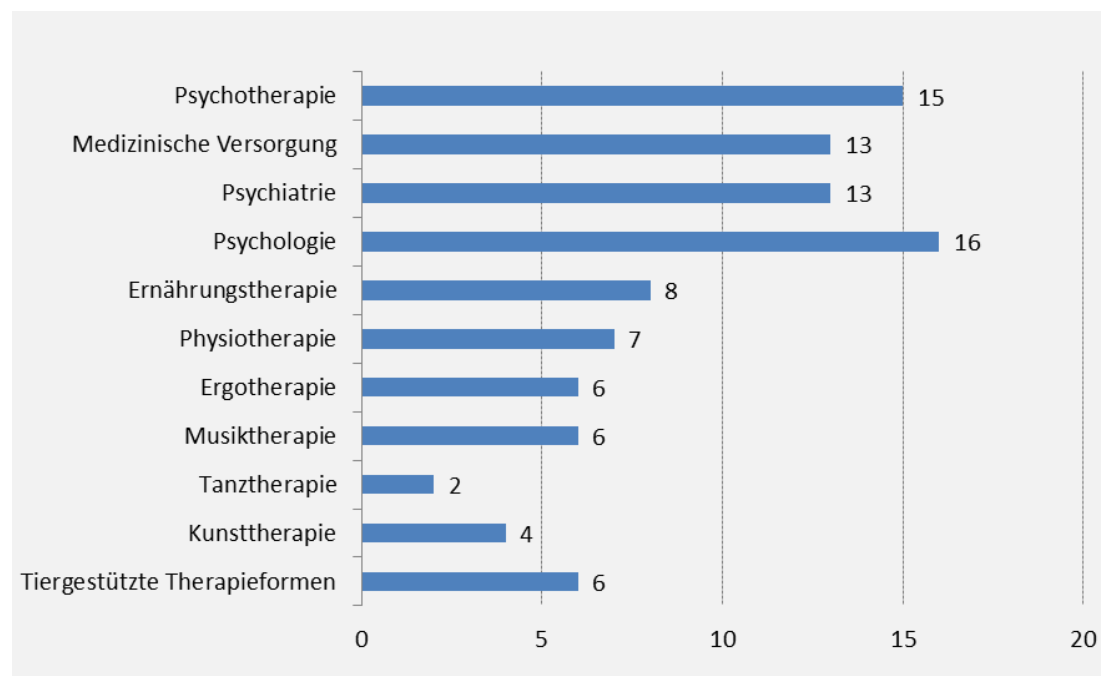
Ausschlusskriterien

In 8 Fällen bestehen keine definierten Ausschlusskriterien. Andere Anbieter verwiesen auf einen zu geringen BMI oder der Gefahr einer Selbstgefährdung, einer fehlenden Fähigkeit zur Therapie und einer bestehenden Drogenabhängigkeit. Ein weiteres Ausschlusskriterium war die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme, welches sich mit den ersten Punkten deckt.

Zielgruppe (Alter)

2 Institutionen legten keine altersspezifischen Kriterien fest. 7 Anbieter betreuten Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren, eine weitere Einrichtung von 0 bis 24 Jahren. In 2 Fällen war eine Behandlung ab dem 14. Lebensjahr möglich, in einem weiteren von 12 bis 26 Jahren. Eine Institution gab ein Alter von 12 bis 25 Jahren an, eine weitere von 12 bis ca. 30 Jahren. Andere Anbieter machten unspezifischere Angaben, wie die (frühe) Kindheit oder das Jugendalter bis ins hohe Erwachsenenalter. Grundsätzlich lässt sich aber feststellen, dass die Hauptzielgruppe - gemessen an der altersspezifischen Häufigkeit von Essstörungen - zumeist in die Betreuung eingeschlossen wird.

- **Umsetzung von Therapiemaßnahmen/Therapieformen**

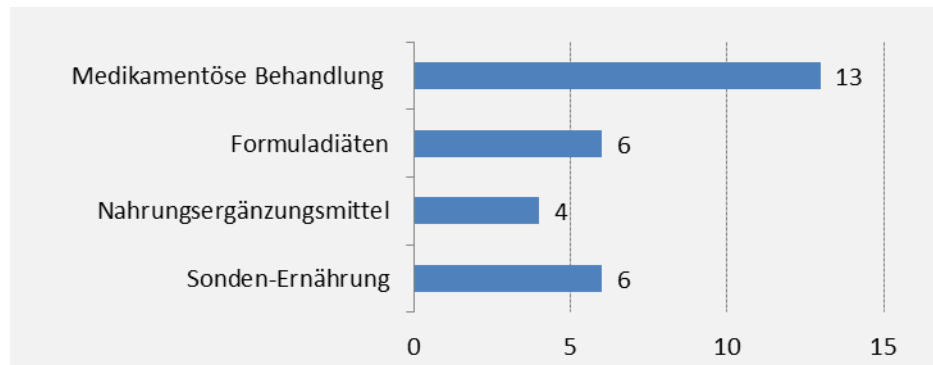


In der oben angeführten Auswertung spiegelt sich der hohe Stellenwert der psychosozialen und medizinischen Versorgung bei Essstörungen wieder. Weitere Angebote können aus Ressourcengründen nicht zur Verfügung gestellt werden oder haben eine geringere Priorität innerhalb der Behandlung. Zu diesen zählen Ernährungs-, Bewegungs- als auch spezifische therapeutische Angebote.

Ergänzend wurden Biofeedback und diverse Entspannungstechniken wie Autogenes Training und Progressive Muskelrelaxation, spezifische Essanleitung, Sozialarbeit, Logopädie und Sozialpädagogik genannt.

Hinsichtlich der Art der Psychotherapie wurde auf folgende Formen verwiesen: Tiefenpsychologische und systemische Angebote, personenzentrierte Fachrichtungen, Familientherapie, Psychodrama, Integrative (Gestalt-)Psychotherapie, Kognitiv-behaviorale und – in einem Fall – Verhaltenstherapie.

- **Einsatz von Nahrungsergänzungen, Medikamenten, Formuladiäten, Sonden-Ernährung**



Medikamente sollten laut dem Diagnose- und (Be-)Handlungspfad (s. Kap. 3) in der Behandlung von Essstörungen nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommen. In der Befragung gab ein Drittel der Institutionen an, Medikamente einzusetzen. Dies geschah in der Regel bei bestehenden Komorbiditäten, bei psychischen Erkrankungsbildern wie Depressionen und Schlafproblemen. In vier Fällen wurden die Medikamente auch zur Therapie der Grunderkrankung herangezogen.

Alle anderen Maßnahmen werden vergleichsweise seltener eingesetzt. Formuladiäten kommen im Verlauf einer hochkalorischen Ernährung bei extremem Mangelgewicht, im Verlauf einer Sondenentwöhnung, als Ergänzung zu einer ungenügenden Nahrungsaufnahme sowie bei der Verweigerung von Mahlzeiten und einer fehlenden Gewichtszunahme zum Einsatz.

Zu den Nahrungsergänzungsmitteln erfolgten die Angaben, dass diese bei medizinischer Notwendigkeit und fehlender Gewichtszunahme bzw. Stagnation des Körpergewichts angewendet werden. In einem Fall werden bestehende Mahlzeiten über andere Maßnahmen kalorisch angereichert.

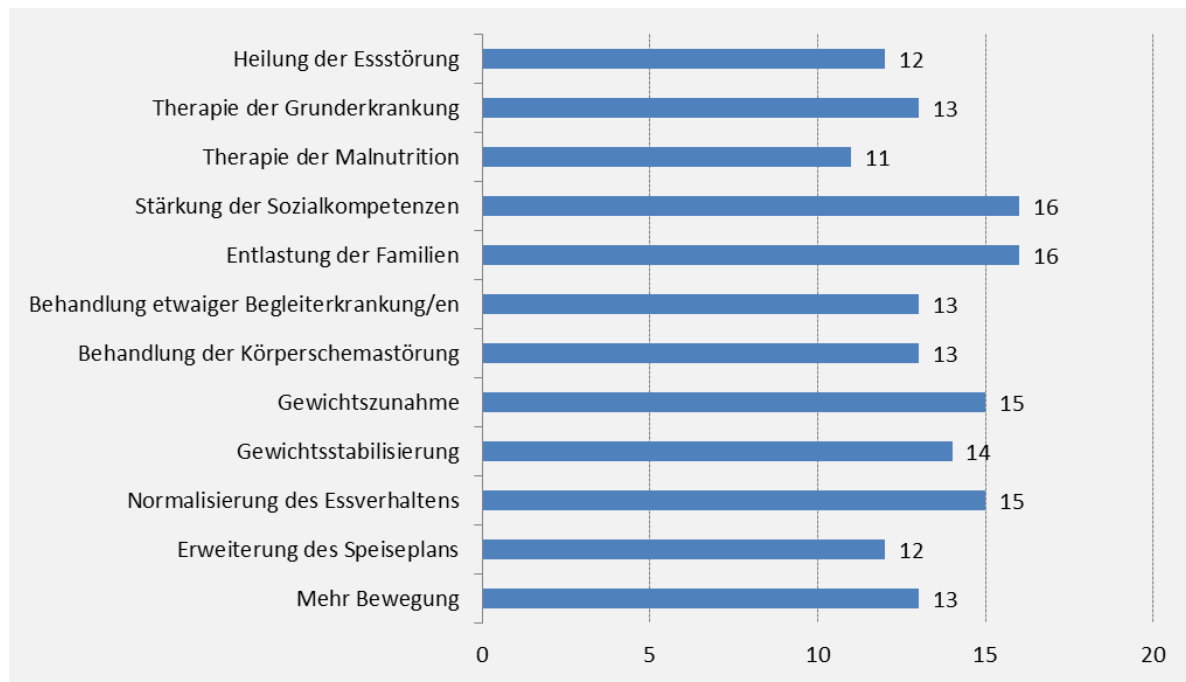
Die (zwanghafte) Ernährung über die Sonde wird bei Akutgefährdung aufgrund des niedrigen Gewichts eingesetzt.

- **Einbindung des sozialen Umfelds**

Alle Angebote bezogen das nahe soziale Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen in die Behandlung ein. Meist geschieht dies über persönliche Elterngespräche, in wenigen Fällen aber auch über Vorträge und Elterngruppen. Bei einem Drittel bestanden des weiteren therapeutische Angebote.

- **Definierte Programmziele**

Die Therapieziele werden in der nachfolgenden Darstellung abgebildet. Es zeigt sich, dass nicht alle Institutionen eine Therapie der Grunderkrankung anstrebten. Die Entlastung der Familien machte hingegen einen sehr großen Anteil der Antworten aus.

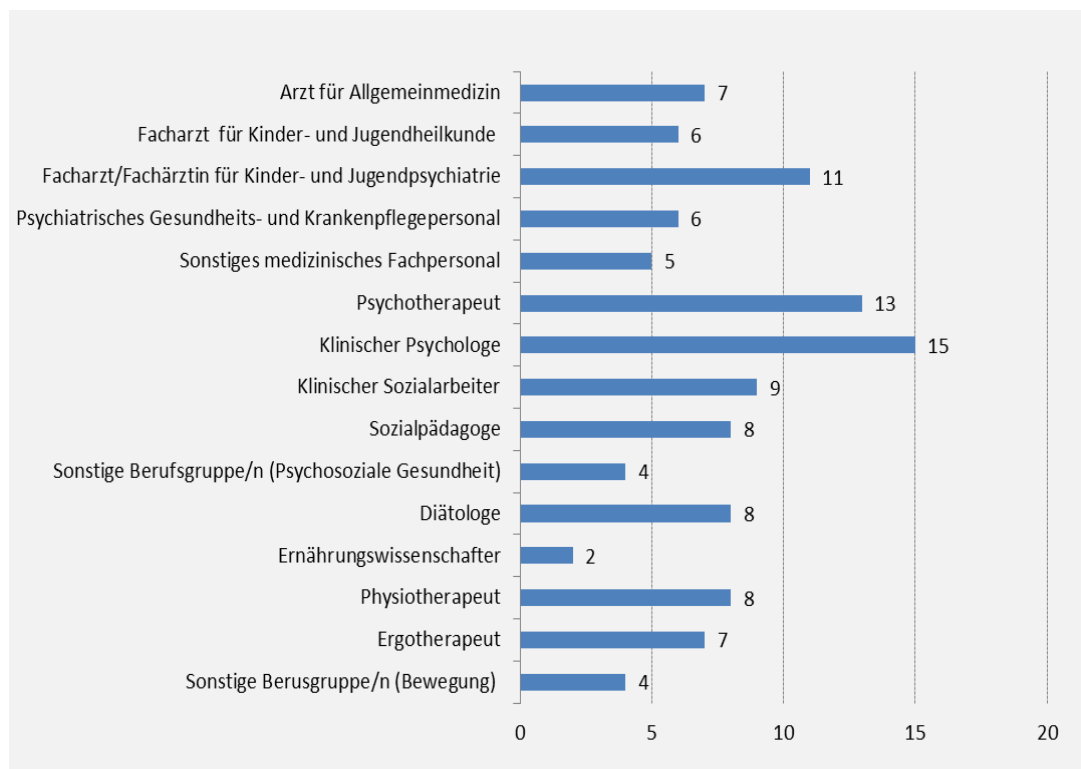


- **Vorliegen eines schriftlichen Curriculums zur Abhaltung der Interventionen**

Während in 8 Fällen ein schriftliches Therapiekonzept vorlag, konnte dies in 10 Fällen nicht bestätigt werden.

- **Bereitstellung eines interdisziplinären Betreuungsteams**

Zwei Drittel beantworteten diese Frage positiv, ein Drittel konnte auf keine multiprofessionelle Therapie verweisen. Die involvierten Berufsgruppen werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

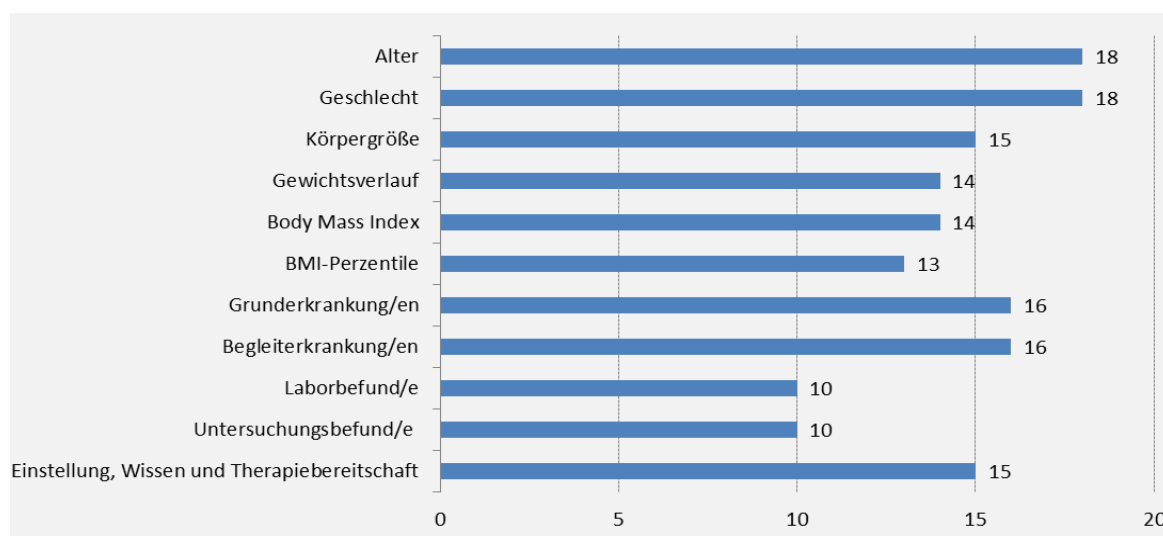


In den meisten Fällen wiesen die Behandler eine fach einschlägige Ausbildung auf. Daneben standen der Erwerb von Zusatzqualifikationen und Fortbildungen, u.a. im Bereich von Essstörungen sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, im Vordergrund.

- **Bereitstellung von Informationsunterlagen und bedarfsgerechte Materialien zur Maßnahme**

13 Anbieter stellten Informationsunterlagen und andere Materialien für Betroffene zur Verfügung. Weitere 8 Institutionen verwiesen auf Informationsunterlagen für Erziehungsberechtigte. In 7 Fällen waren auch Unterlagen für Betroffene und in 4 für medizinisches Personal erhältlich. 10 Einrichtungen gaben an, keine Unterlagen bereitstellen zu können.

- **Dokumentation von (Verlaufs-)Parametern im Rahmen der Behandlung**



Wesentliche Untersuchungs- und Verlaufsparemeter wurden von den meisten Angeboten erhoben. Interessant ist die Tatsache, dass Grund- und Begleiterkrankungen von 2 Institutionen nicht berücksichtigt wurden. Auch Labor- und Untersuchungsbefunde fließen nicht immer in die Behandlung mit ein. Diese Parameter werden in der Regel nur innerhalb eines klinischen Settings erfasst.

Neben den erwähnten Aspekten wurden psychologische Testresultate, Ernährungsprotokolle, Medikamenteneinnahme, Psychotherapie, Sozial- und Familienanamnese erfasst.

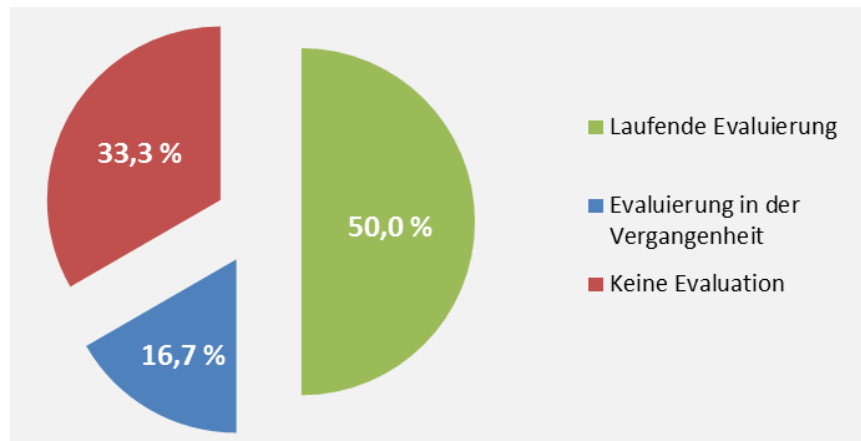
- **Transition von der Jugendlichen- in die Erwachsenenbetreuung**

3 Einrichtungen gaben zu dieser Fragestellung keine Auskunft. Eine Einrichtung vermerkte allerdings, dass die Weiterbetreuung direkt in der Stelle fortgesetzt werden würde.

In 10 Fällen wurden die Jugendlichen bei der Wahl der Weiterbetreuung unterstützt, in 2 Fällen bestand eine direkte Vernetzung mit einer anderen Therapiemöglichkeit.

5 Institutionen gaben an, dass keine speziellen Maßnahmen getroffen werden. In 3 Fällen bestand dazu auch keine Veranlassung, da eine Weiterbetreuung erfolgt oder die Zielgruppe bereits nach mit Beginn des Jugendalters endete.

- **Evaluation des Angebots**



Ein Drittel der befragten Institution konnte bis dato keine Evaluation des Angebots durchführen. Die Hälfte konnte auf eine laufende Evaluierung verweisen.

- **Hemmnisse und Schwierigkeiten in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen**

Im Zuge der Erhebung wurden in einer offenen Fragestellung mögliche Hemmnisse und Schwierigkeiten erfasst, die es in der Therapie der Zielgruppe zu berücksichtigen gilt. Es können folgende Aspekte unter Beachtung des jeweiligen Bundeslandes, in dem es zu dieser Aussage gekommen ist, zusammengefasst werden. Dabei handelt es sich – trotz entsprechender Fragestellung – auch um positive Anmerkungen.

- Oberösterreich:
 - In Linz gibt es mit dem MVZ am Neuromed Campus eine sehr gute Versorgungsmaßnahme für Jugendliche mit Essstörungen. Es sollte eine gute Vernetzung zwischen dem MVZ und den Hausärzten sowie anderen Beratungseinrichtungen bestehen.
 - Es fehlt an spezialisierten Kliniken und Einrichtungen.
 - Der Umgang mit Patienten, die einen extrem niedrigen BMI und eine damit verbundene vitale Bedrohung aufweisen, ist für Beratungsstellen problematisch.
- Niederösterreich
 - Die Compliance der Angehörigen ist aufgrund von familiendynamischen Schwierigkeiten häufig nicht gegeben.
- Salzburg:
 - Die Zahl der spezialisierten Angebote für diese Zielgruppe ist zu gering.
- Tirol:
 - Teilweise besteht eine zu geringe Finanzierung für ambulante Strukturen wie z.B. Einzeltherapien (Psychotherapie), Gruppenangebote, Elternberatung, Ernährungsberatung und auch andere Therapieformen, wie z.B. Reittherapie.
- Vorarlberg:
 - Termine bei Psychiatern oder Psychotherapeuten erfordern in der Regel lange Wartezeiten.

- Es wird ein Mangel an stationären Einrichtungen und betreuten Wohnformen für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen wahrgenommen.
- **Kärnten:**
 - Häufig findet sich ein mangelndes Commitment von Seiten der Patienten aufgrund von koexistierenden Störungen.
 - Dem Bedarf von Patienten, mehr als einmal pro Woche einen Termin im Rahmen der Behandlung anzubieten, kann im ambulanten Setting nicht begegnet werden.
 - Die Patienten weisen häufig eine gedankliche Fixierung auf bestimmte Nahrungsmittel auf. In manchen Fällen erfolgt eine Ablehnung der Nasogastralsonde bei Unterschreitung eines kritischen Gewichtes, wodurch die Therapie erheblich erschwert wird. Immer wieder kann eine mangelnde Unterstützung durch die Eltern beobachtet werden.
- **Steiermark:**
 - Die Suche nach geeigneten Beratungs- und Therapiestellen gestaltet sich für die Erziehungsberechtigten und die Betroffenen oft schwierig
 - Durch die Veränderungen in der Kinderklinik Graz gibt es Lücken in der stationären Versorgung
 - Da die Angebote durch die Erziehungsberechtigten oft nicht finanziert werden können oder eine Selbstfinanzierung nicht erwünscht ist, bestehen Hemmnisse gegenüber privaten Therapieeinrichtungen. Im kostenfreien Therapiebereich fehlt die Zeit und Expertise für die oft langwierige Behandlung und Versorgung dieser Zielgruppe. Dies entspricht auch dem Feedback vieler niedergelassener Vertragsärzte. Es mangelt an einem Netzwerk zwischen den einzelnen Anbietern.
- **Burgenland:**
 - Bundesweit und auch im Burgenland bestehen deutlich zu wenige spezialisierte Angebote. Dies betrifft den ambulanten, vor allem aber auch den stationären Bereich. Die Betreuung der Zielgruppe in Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde ohne weitere Spezialisierung ist - mit Ausnahme von Akutsituationen - nicht zielführend

5.2 Qualitätskriterien für Betreuungsstrukturen

5.2.1 Qualitative und quantitative Kriterien

Ausgehend von der Leitlinien-Synopse der Medizinischen Universität Graz konnten wesentliche Parameter identifiziert werden, die die Qualität eines Angebots definieren. Diese werden hier zusammengefasst:

- Therapie gemäß aktuellen evidenzbasierten Leitlinien
- Multiprofessionelle Betreuung
- Einschluss des familiären Umfelds und wichtiger sozialer Bezugspersonen
- Auswahl des geeigneten Therapiesettings im Rahmen von stationären, (teil)-stationären und ambulanten Formen unter Berücksichtigung gesundheitlicher und persönlicher Faktoren von Betroffenen und deren Umfeld

5.2.2 Ergebnisse der Beurteilung

Nach Anwendung der im vorangegangenen Kapitel vorgestellten Qualitätsmarker konnten auf regionaler Ebene Betreuungsstrukturen ermittelt werden, bei denen auf eine gute Versorgung geschlossen werden könnte. Es gilt jedoch zu beachten, dass diese einer näheren Betrachtung unterzogen werden müssten. Derzeit gibt es laut der Recherche keine Kriterien, die die Begriffe „Model of good practice“ bzw. „Model of best practice“ definieren.

Die entsprechenden Angebote werden im nun folgenden Kapitel näher erläutert.

5.3 Nationale Beispiele zur Umsetzung einer regionalen Versorgung

Die Recherche der bundesweiten Betreuungsstrukturen hat die aktuell vorherrschende inhomogene Versorgungslage verdeutlicht. Zwar konnte zunächst eine Vielzahl an Angeboten identifiziert werden, eine eingehendere Betrachtung dieser zeigte aber große Behandlungsdefizite aufgrund uneinheitlicher Organisationen, Prozesse und Strukturen. Die Qualität der einzelnen Betreuungsangebote kann häufig nicht exakt eingeschätzt werden. Obwohl die Ernährungsstörungen, wie bereits innerhalb dieser Arbeit im Detail beschrieben, ihren Erkrankungshöhepunkt bzw. ihren Beginn in der Adoleszenz haben, fokussieren viele Versorgungszentren die adulte Bevölkerung.

Dennoch kann gesagt werden, dass in Österreich durchaus qualitätsvolle Behandlungsstrukturen bestehen, die auf regionaler Ebene eine gute Versorgung der Zielgruppe leisten. In diesem Kapitel werden einige Angebote vorgestellt. Die vorgenommene Reihung spielt dabei keine Rolle. Institutionen, die hier nicht genannt werden, werden von den Verfassern dieses Berichts nicht automatisch als weniger geeignete Konzepte eingeschätzt.

Nachdem sich zum aktuellen Zeitpunkt keine klare Definition für „Best Practice Modelle“ im Bereich der Essstörungsbehandlung findet, wird bei den angeführten Beispielen von einer solchen Klassifikation abgesehen. Dennoch soll an dieser Stelle betont werden, dass es sich bei diesen Angeboten auch um jene handelt, die von Seiten der Experten häufig genannt und zur bundesweiten Ausrollung empfohlen wurden (s. Kap. 6).

Die Auswahl der unterschiedlichen Betreuungsstrukturen (z.B. institutionalisierte Wohngruppe, Essstörungsambulanz, etc.) folgt einer bewussten Vorgehensweise, da durch diese Wahl unterschiedliche Settings näher beleuchtet werden können.

5.3.1 Versorgung am Beispiel Wien

In diesem Abschnitt werden die essstörungsspezifischen Betreuungsstrukturen des AKH Wien dargestellt. Die Informationen basieren auf dem „Leistungsbericht 1993 – 2018: Essstörungen und Assoziierte Krankheitsbilder“³⁵ von Dr. Andreas Karwautz und einem persönlichen Gespräch mit dem Experten im Rahmen eines Interviews (s. Kap. 5).

Die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des AKH Wien stellt ein hochgradig spezialisiertes Angebot für die Behandlung von Essstörungen bereit. Die Spezialambulanz bietet im Rahmen der Therapie folgende Möglichkeiten:

- State-of-the-art Diagnostik und Therapie auf internationalem Niveau
- Mehrdimensionale Diagnostik (medizinisch, psychologisch, psychiatrisch, psychosozial)
- Indikationsstellung für die individuell passenden Therapien
- Kontrolluntersuchungen

³⁵ Vgl. Karwautz (2018)

- Medizinische Therapie und Psychotherapie
- Spezialisierte Psychotherapieangebote für Angehörige von Betroffenen sowie für Anorektiker
- Beratung
- Konsultation für andere Abteilungen des AKH und andere Krankenanstalten
- Teilnahmemöglichkeit an Forschungsvorhaben in Diagnostik und Behandlung

Die Spezialambulanz wurde im Jahr 2003 eröffnet. Seitdem wurden dort 1150 Patienten mit Anorexia sowie Bulimia nervosa und anderen kindlichen Essstörungen betreut.

Die Spezialambulanz ist an eine stationäre Therapiemöglichkeit angeschlossen, die 4 bis 8 Behandlungsplätze umfasst. Das stationäre Angebot gilt insbesondere Kindern und Jugendlichen von 10 bis 18 Jahren mit schwergradiger Anorexie. Die Zuweisung erfolgt üblicherweise direkt über die Spezialambulanz. Grundlage für das Behandlungskonzept bildet die langjährige klinische Erfahrung mit den Betroffenen. Somit wurde ein eigenständiges „Wiener Therapiekonzept für Adoleszente mit Magersucht“, kurz WTAM, geschaffen. Dieses wurde und wird von internen sowie externen Experten stetig modifiziert.

WTAM umfasst einen multidimensionalen Behandlungsansatz, der den Einbezug verschiedenster Professionen sowie des sozialen Umfelds der Betroffenen vorsieht.

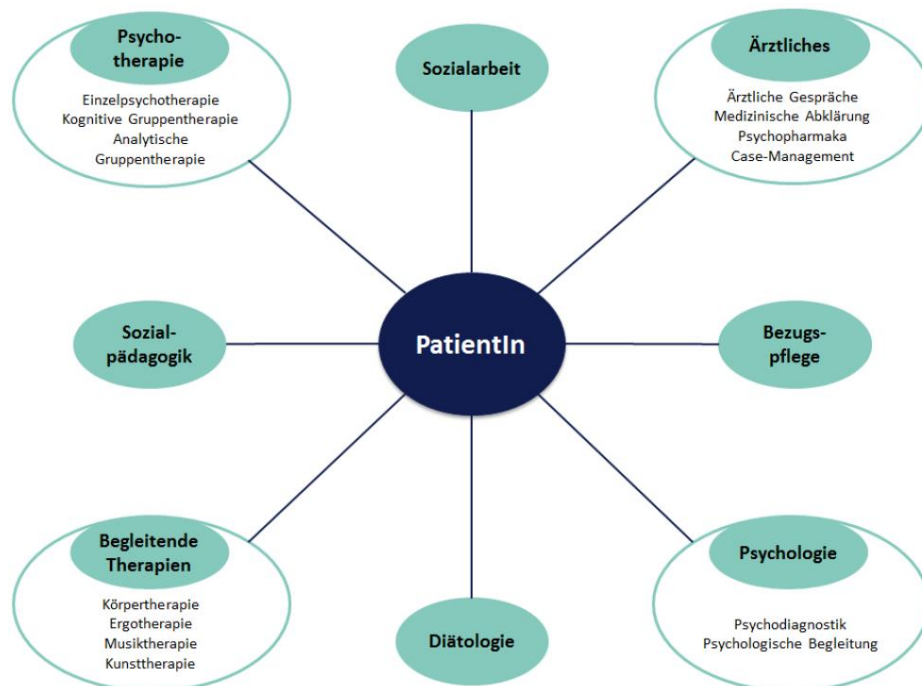


Abbildung 15: Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen am Beispiel des Therapiekonzepts WTAM

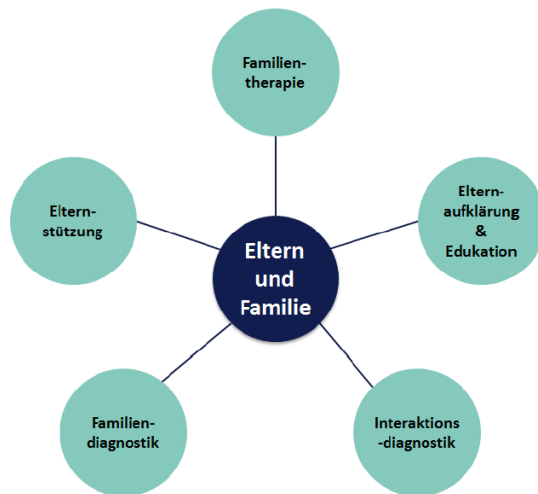


Abbildung 16: Angebote für Angehörige von PatientInnen mit Essstörungen am Beispiel des Therapiekonzepts WTAM

Die Therapie ist im Einzel- sowie Gruppensetting angesiedelt. Zu den Behandlungssäulen gehören eine ärztliche/fachärztliche Behandlung, kinder- und jugendpsychiatrische Pflege, und psychologische Diagnostik. Die Gruppenangebote sind spezifisch auf Anorexia nervosa ausgerichtet und umfassen Ernährung, Psychotherapie, Sozialpädagogik, Physiotherapie, Ergotherapie, Pflege und Musiktherapie. Die vier letztgenannten stehen auch in Form von Einzelangeboten zur Verfügung. Sozialarbeit, Interaktionsdiagnostik, Logopädie und Biofeedback werden ebenfalls im Einzelsetting angeboten. Zudem wurde eine „Kritische Gruppe“ für Essstörungen geschaffen, in der gesellschaftliche und kulturelle Einflüsse auf Jugendliche analysiert und näher thematisiert werden.

MANTR-a („Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for adolescents and young adults“): Therapie für Jugendliche und junge Erwachsene mit Anorexia nervosa

Das Programm MANTR-a ist ein unter der Leitung von Prof. Ulrike Schmidt in England entwickeltes Therapiekonzept³⁶, das vom AKH Wien im Rahmen eines Forschungsprojekts übernommen und für die Betreuung der von Anorexie betroffenen Kinder und Jugendlichen adaptiert wurde.

Das modular aufgebaute Behandlungsschema erlaubt eine starke Einbindung der Familie und eine individuelle Therapie, die sich an den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten orientiert. MANTR-a ist ein bereits gut evaluiertes und erprobtes Konzept. Das kostenlose Angebot besteht als ambulante Psychotherapie im Einzelsetting. Wöchentlich sind dabei einstündige Sitzungen mit speziell geschulten Psychotherapeuten vorgesehen. Die Behandlungsdauer je nach Bedarf beträgt zwischen 9 und 12 Monaten. Grundlegende Ziele des Programms sind die Minimierung der Essstörungssymptomatik bzw. Heilung der Essstörung, die Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens und die Prävention von Rückfällen.

Das Angebot kann auf der Essstörungsambulanz am AKH Wien als auch in einigen Wiener Ordinationen von Psychotherapeuten wahrgenommen werden. Es erfolgt eine Förderung durch die „Gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag“.

SUCCEAT („Supporting Carers of Children and Adolescents with Eating Disorders in Austria“): Unterstützung Angehöriger von Kindern und Jugendlichen mit einer Essstörung in Österreich

³⁶ Vgl. Schmidt et al. (2014)

Im Gegensatz zu MANTR-a zielt das Programm SUCCEAT nicht auf die Patienten selbst, sondern deren Angehörigen ab. Die Teilnahme ist durch eine Förderung der „Gemeinsamen Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag“ kostenfrei.

Hintergrund ist, dass Angehörige mit Essstörungen häufig überfordert sind. Dadurch fällt es ihnen schwer, sich in einem verträglichen Ausmaß an der Therapie zu beteiligen. Oftmals kommt es zu Verhaltensweisen, die das Bestehenbleiben der Essstörung fördern. Mit Unterstützung von SUCCEAT sollen diese hinderlichen Familienstrukturen aufgebrochen, die Angehörigen in ihrer Rolle gestärkt und kritische Verhaltensweisen gegenüber den Betroffenen vorgebeugt oder reduziert werden. Zu diesem Zweck sollen wesentliche Bezugspersonen mit Informationen und Fähigkeiten ausgestattet werden, die es ihnen ermöglichen, die Therapie der Kinder und Jugendlichen auf sinnvolle Weise zu begleiten und zu unterstützen.

Die Programm wurde von einer Forschungsgruppe aus London entwickelt und umfasst eine dreimonatige Betreuung. Als Zielgruppe fungieren Angehörige von Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 18 Jahren, die an einer Essstörung leiden. Es wird am AKH Wien im Rahmen einer Workshop- oder E-Mail-geleiteten Selbsthilfe angeboten.

5.3.2 Versorgung am Beispiel Oberösterreich/Linz

Die oberösterreichische Landeshauptstadt weist mit dem Kepleruniversitätsklinikum, dem daran angeschlossenen Multidisziplinären Versorgungszentrum für Betroffene von Essstörungen und der Wohngruppe KAYA einen guten Betreuungsstandard auf. Die Inhalte in diesem Abschnitt beziehen sich neben Rechercheergebnissen auf das Experten-Interview mit Hrn. Prim. Dr. Michael Merl, dem Vorstand der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie auf den Bericht „Integrierte Versorgung von Patient/innen mit Essstörungen am Beispiel des MVZ“³⁷.

Das Versorgungskonzept des Universitätsklinikum fasst folgende 4 Säulen der Essstörungstherapie zusammen:

1. Somatische Rehabilitation
Ernährungstherapie und Psychoedukation, bei AN Zielgewicht BMI > 19
2. Psychotherapeutische Behandlung
3. Einbeziehung der Familie
4. Medikamentöse Therapie und Behandlung der Komorbidität

Abbildung 17: Vier „Säulen“ der Essstörungstherapie, Kepleruniversitätsklinikum Linz

Die Versorgung der Patienten basiert auf dem Oberösterreichischen Gesundheits- und Sozialplan zu Essstörungen, der im Oktober 2010 durch das Land Oberösterreich und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse initiiert wurde. Dieser beinhaltet die Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung von Personen mit Anorexia sowie Bulimia nervosa und Binge Eating Störung. Die letztgenannte Essstörung wird im hier vorliegenden Bericht nicht behandelt.

³⁷ Vgl. Mayr et al. (2018)

Die Versorgungsstrukturen sehen ein Netzwerk aus verschiedenen Angeboten in enger Zusammenarbeit und Abstimmung innerhalb der einzelnen Settings vor. Eine detaillierte Darstellung erfolgt in dieser Grafik:

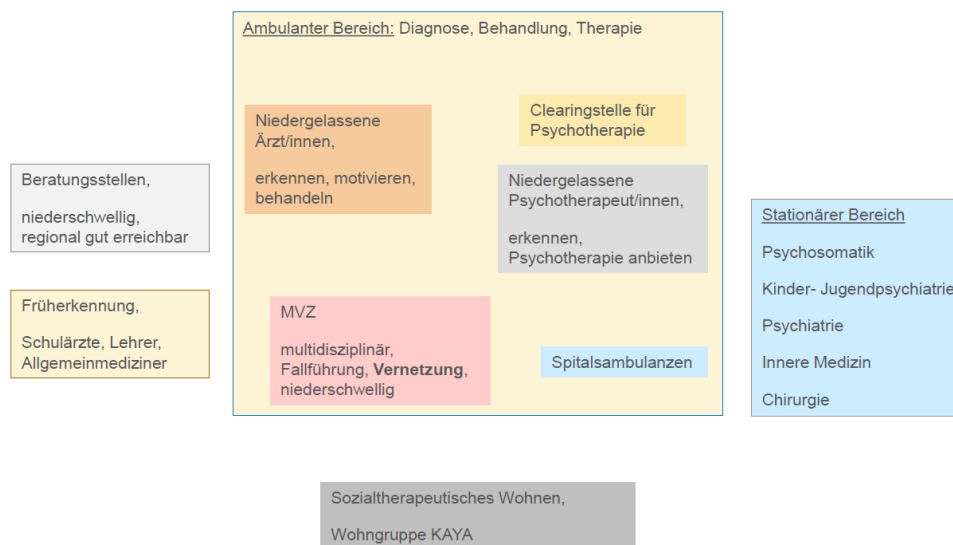


Abbildung 18: Netzwerk der Anbieter, Kepleruniversitätsklinikum Linz

Klinik für Jugendpsychiatrie am Kepleruniversitätsklinikum Linz

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst einen stationären, tagesklinischen sowie ambulanten Bereich und enthält eine Nachsorgemöglichkeit. Der Behandlungsschwerpunkt liegt unter anderem auf Essstörungen. Neben zwei Stationen für Kinder und Jugendliche zwei Tageskliniken für die Altersgruppen der 5- bis 12-jährigen sowie der 12- bis 18-jährigen zur Verfügung. In beiden Fällen besteht das Angebot wochentags von 08:00 bis 16:00. Zudem gibt es zwei altersspezifische Ambulanzen.

Die Behandlung von Essstörungen folgt einem multidimensionalen Ansatz. Es steht ein interdisziplinäres Betreuungsteam aus Medizinern (Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie), Klinischen Psychologen, Psychotherapeuten, Klinischen Sozialarbeitern, Logo- und Ergotherapeuten, Klinischen Heilpädagogen, Physio- und Musiktherapeuten für die Versorgung der Betroffenen bereit. Das Angebot wird durch eine Heilstättenschule abgerundet.

Multidisziplinäres Versorgungszentrum für Menschen mit Essstörungen und deren Angehörige

Beim MVZ handelt es sich um hochspezialisiertes, niederschwelliges ambulantes Versorgungsangebot für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Die Einrichtung wurde im Mai 2016 eröffnet, ist direkt an das Department für Psychosomatik des Kepleruniversitätsklinikums angeschlossen und beschäftigt ein multiprofessionelles Behandlungsteam. Es besteht ein störungsspezifisches Angebot im Einzel- und Gruppensetting, das beispielsweise auf Essstörungsgruppen, Koch- und Körperwahrnehmungsgruppen sowie Kunsttherapiegruppen basiert. Die Behandlung richtet sich in jedem Fall nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten. Das soziale Umfeld der Betroffenen wird in die Therapie integriert, zu diesem Zweck wurden auch eigene Angehörigengruppen eingerichtet.

Das MVZ stellt eine ergänzende, kostenfreie Versorgungsoption dar, die keine ärztliche Zuweisung erfordert.

Wohngruppe KAYA für junge Menschen mit Essstörungen

Das Diakonie Zentrum Spattstraße bietet in Linz zwei Wohngruppen für junge Menschen von 12 bis 30 Jahren an. Jede Gruppe bietet 8 Plätze. Der Beratungsumfang beträgt in der Regel 12 bis 18 Monate.

Die Betroffenen leben in der Wohngruppe und gehen ihrem jeweiligen schulischen oder beruflichen Alltag nach. Sie werden abgestimmt auf ihre persönlichen Bedürfnisse von spezifischen Bezugspersonen und in einem interdisziplinären Setting betreut. Das Behandlungsteam setzt sich aus Ärzten, Klinischen Psychologen und Sozialarbeitern, Diätologen, Sozialpädagogen und Psychiatrischen Krankenpflegern zusammen. Des Weiteren bestehen Kooperationen mit Psycho-, Ergo-, Physio- und Körpertherapeuten. Die Betreuung erfolgt während 24 Stunden des Tages.

Betroffene aus Oberösterreich können das Angebot kostenfrei in Anspruch nehmen. Personen aus anderen Bundesländern benötigen eine Kostenzusage der jeweiligen Bezirksverwaltungsbehörde. In diesen Fällen kann es jedoch zu Zuzahlungen von Seiten der Patienten kommen.

5.3.3 Versorgung am Beispiel Tirol/Hall

In diesem Abschnitt werden die Versorgungsstrukturen des Landeskrankenhauses Hall in Tirol abgebildet, die eine spezialisierte Behandlung von jungen Patienten mit Essstörungen vorsehen. Die Informationen beziehen sich auf ein Experten-Interview mit OÄ Dr. Sigrid Hartlieb (s. Kap. 6), der Beantwortung des Fragebogens (s. Kap. 5.1.9) sowie einer internetbasierten Recherche.

Station mit Schwerpunkt Essstörungen

Das Landeskrankenhaus Hall besitzt innerhalb der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik eine Station, die einen eigenen Bereich für Essstörungen vorsieht.

Die Behandlung folgt einer interdisziplinären Struktur und richtet sich nach einem ganzheitlichen Betreuungsschema.

Es stehen 6 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Aufenthaltsdauer der Patienten beträgt meist mehrere Wochen.

Im Klinikum werden Essstörungen als „riskanter Lösungsversuch psychischer und sozialer Konflikte und Probleme“³⁸ betrachtet. Neben Patienten mit Anorexie und Bulimie werden auf der Station auch Kinder und Jugendliche mit Adipositas und psychischen Begleiterkrankungen bzw. Binge Eating-Störung betreut.

Das Angebot am Klinikum umfasst folgende Punkte:

- Umfassende medizinische Behandlung, Abklärung und Diagnostik
- Psychologische/psychotherapeutische Behandlung im Einzel- und Gruppensetting inklusive psychologischer Diagnostik
- Einbindung aller engen sozialen Bezugspersonen im Rahmen einer Familienpsychotherapie/Familienberatung
- Beratung und Unterstützung durch Sozialarbeiter
- Ernährungstherapie im Einzel- und Gruppensetting (z.B. Kochgruppen)
- Ergo- sowie Physiotherapie
- Kunst-, Reit- und Tanztherapie
- Begleitung durch das Pflege- und Sozialpädagogische Personal (z.B. Ausflüge)
- Schulbesuch in der Heilstättenschule in enger Kooperation mit der Stammschule

³⁸ Vgl. Landeskrankenhaus Hall in Tirol (2018)

Alle zur Anwendung kommenden Maßnahmen und Therapien werden in engmaschiger Abstimmung mit den Erziehungsberechtigten und den Betroffenen koordiniert und umgesetzt und richten sich nach den individuellen Gegebenheiten wie dem gesundheitlichen Status und den persönlichen Bedürfnissen. Das Behandlungsteam pflegt einen engen Austausch.

Die Therapieziele werden ebenfalls individuell festgelegt und können unter anderem die folgenden Aspekte beinhalten:

- Wiedererlernen eines gesunden, genussvollen Essverhaltens
- Erreichen und Halten eines gesunden Körpergewichts
- Stabilisierung des körperlichen Zustandes
- Entwicklung eines positiven Selbstbildes
- Förderung von sozialer und emotionaler Kompetenz
- Entwicklung von Zukunftsperspektiven
- Entwicklung von Vertrauen in die gemeinsamen Kräfte und Stärken der Familie

Wie bereits erläutert, liegt der Fokus in der Therapie neben den Patienten auch sehr deutlich auf dem familiären Umfeld. Es besteht das Angebot einer eigenen Gruppe für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen. Zu Beginn und am Ende der Therapie ist die Teilnahme verpflichtend. Alle weiteren Einheiten können frei besucht werden. Die Elterngruppe kann auch von Personen besucht werden, deren Kinder in der Ambulanz (nach-)betreut werden. In den Elterngruppen werden Informationen zur Therapie auf der Station und in der Ambulanz weitergegeben und spezifisches Wissen rund um die Erkrankungen vermittelt. An zentraler Stelle steht dabei, den Eltern ihre Rolle innerhalb der Entstehung einer Essstörung bewusst zu machen und sie zu befähigen, ihre Kinder bei der Bewältigung ihrer Schwierigkeiten zu unterstützen. Die Gruppentreffen werden einmal pro Monat abgehalten und sind als wesentlicher Teil der Therapie zu verstehen.

Esstörungen-Ambulanz und Tagesklinik

Ergänzend zur Station stehen eine eigene Essstörungen-Ambulanz sowie eine Tagesklinik zur Betreuung zur Verfügung. Letztere wird als Schnittstelle zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung gesehen. Auch in diesen Fällen bestehen die Angebote für Kinder und Jugendliche mit Adipositas, sofern eine entsprechende psychische Grund- oder Begleiterkrankung besteht.

Voraussetzung für die ambulante Therapie ist ein entsprechender körperlicher sowie seelischer Zustand. Bei Akutgefährdung, sei es durch drohende medizinische Komplikationen oder durch ein Suizidrisiko, kommt die stationäre Behandlung zum Tragen. In der Ambulanz wird ein ebenfalls multidimensionales Therapieschema unter engmaschiger Einbindung der nahen sozialen Bezugspersonen angewendet. Die Behandlung wird individuell auf die Betroffenen abgestimmt und gemeinsam mit diesen sowie den Eltern geplant und umgesetzt.

Die ambulante Betreuung hält folgende Angebote bereit:

- Orientierende Erstgespräche
- Information und Aufklärung über die verschiedenen Formen von Essstörungen, deren mögliche Folgen und Behandlungsmöglichkeiten
- Organische Abklärung (körperliche Untersuchung, Labor, EKG, gegebenenfalls MRT)
- Befundbesprechung und Behandlungsplanung
- Behandlung

Die Zielsetzungen ähneln jenen der stationären Betreuung, werden aber ebenfalls gemeinschaftlich erarbeitet. Nach Möglichkeit wird eine Zusammenarbeit mit dem

niedergelassenen Bereich forciert bzw. erfolgt eine Unterstützung bei der Suche nach weiteren begleitenden Therapiemöglichkeiten. Ambulant werden laufende etwa 40 bis 50 Patienten betreut (Stand August 2015).

Die tagesklinische Betreuung kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren wahrgenommen werden. Sie kommt beispielsweise als Weiterbetreuung nach einer vollstationären Therapie zur Anwendung. Die Tagesklinik kann aber auch genutzt werden, wenn eine stationäre Behandlung nicht mehr benötigt wird, das ambulante Setting therapeutisch betrachtet aber (noch) nicht in Frage kommt. Essstörungen sind kein Schwerpunkt der Tagesklinik, weshalb nicht immer ein freier Platz für die Betroffenen zur Verfügung gestellt werden kann.

5.3.4 Versorgung am Beispiel Kärnten/Klagenfurt

Dieser Teil des Berichts widmet sich den Betreuungsstrukturen in Kärnten mit Fokus auf Klagenfurt. Die Inhalte stützen sich auf die Recherchedaten, auf die Experten-Gespräche (s. Kap. 5) sowie auf das Therapiekonzept, das vom Klinikum Klagenfurt zur Unterstützung der hier vorliegenden Arbeit zur Verfügung gestellt wurde³⁹.

Am Klinikum Klagenfurt besteht ein sehr gutes Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen. Innerhalb der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters können stationäre sowie ambulante Therapien angeboten werden.

Therapiekonzept für Anorexia nervosa im Rahmen der stationären Betreuung

Für die stationäre Aufnahme von Essstörungspatienten bestehen medizinische Kriterien. Laut diesen ist bei einem BMI von unter 14 die stationäre Therapie angezeigt. Darüber hinaus erfolgt eine Entscheidung in der Ambulanz, in der die Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern einbezogen werden. Wenn die Krankheit aber bereits sehr lange besteht oder es unter einem weniger engmaschigen Setting zu keiner Besserung im Sinne einer Gewichtssteigerung kommt, ist eine stationäre Betreuung grundsätzlich ebenfalls indiziert.

Vor der stationären Aufnahme wird – sofern die Möglichkeit dazu besteht – eine ambulante Erstvorstellung unternommen. Notwendige medizinische Untersuchungen sollten bereits im Vorfeld im niedergelassenen Bereich erfolgen. Zu diesem Zweck wurden von der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters bereits Informationsunterlagen mit Standarduntersuchungen ausgearbeitet.

Die Koordination der Therapie erfolgt durch einen Arzt aus dem multiprofessionellen Behandlungsteam. Dieses umfasst neben der medizinischen Komponente auch die Bereiche Psychologie, Diätologie, Logopädie, Physio- sowie Ergotherapie, Pflege und Pädagogik. Die Behandlung gliedert sich in ein Stufenmodell bestehend aus 4 Therapiephasen. Phase 1 entspricht dabei der „vitalen Bedrohung“ – und wird deshalb in einem intensivmedizinischen Setting bearbeitet-, Phase 2 wird als „Stabile Phase“ bezeichnet. Der Übergang von Phase 1 in Phase 2 wird vom Bezugsarzt festgelegt. Alle weiteren Übergänge in das nächste Therapiemodul erfolgen durch eine interdisziplinäre Abstimmung, in die das gesamte Behandlungsteam einbezogen wird. Neben dem Gewichtsverlauf spielen die aktive Beteiligung an der Therapie sowie die Kooperationsbereitschaft, Eigeninitiative, physische sowie psychische Belastbarkeit eine zentrale Rolle. Zu den Therapiezielen zählen die folgenden:

- Ausgewogenes Essverhalten, Wiedererlangen der Freude und des Genusses an den Mahlzeiten
- Wiederherstellung und Halten eines für Alter und Größe adäquaten Gewichtsbereichs
- Therapie von körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen der Malnutrition

³⁹ Vgl. Klinikum Klagenfurt (2015)

- Beeinflussung der dem Störungsbild zugrunde liegenden Schwierigkeiten auf emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene
- Soziale (Re-)Integration

Die psychotherapeutische Betreuung beginnt mit Phase 1 unter Einbezug des engen sozialen Umfelds im Rahmen von Elterngesprächen und Familientherapie. Es kommen dabei verschiedene Therapieformen zur Anwendung. Diätologische und physiotherapeutische Behandlungen werden in enger Abstimmung mit den Betroffenen ausgewählt. Die Wahl und Intensität der Therapie richtet sich jeweils an die individuellen Bedürfnisse. Daneben steht das Angebot der tiergestützten Ergotherapie mittels Pferden zur Verfügung, die einem fünfstufigen Interventionsplan folgt.

Die Entlassungskriterien beinhalten ein adäquates Ernährungsverhalten sowie einen Mindest-BMI von 18, wobei die Krankheitsprognose mit der Höhe des BMI steigt. Im Anschluss erfolgen in der Regel eine ambulante Weiterbetreuung und eine Vernetzung mit Experten aus dem niedergelassenen Bereich. Eine tagesklinische Nach- bzw. Weiterbetreuung ist aufgrund mangelnder Ressourcen bei Essstörungen nicht möglich. Manche Patienten, die sich auf der Station befinden, verlassen diese jedoch an den Wochenenden und verbringen diese Zeit in ihrem zu Hause.

Ambulante Therapie

Die Betreuung auf der Ambulanz umfasst Einzel- und Familiengespräche, Blutlaborkontrollen und die Möglichkeit einer einmal wöchentlichen Gewichtskontrolle bzw. der Kontrolle des Gewichtsverlaufs.

In vielen Fällen wird das Angebot eigenmotiviert durch die Eltern oder auch durch die Betroffenen selbst in Anspruch genommen. Mittels Mundpropaganda werden die Therapiemöglichkeiten im Klinikum auch zwischen den Eltern betroffener Kinder und Jugendlicher weitergetragen. Daneben erfolgen Zuweisungen von Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde sowie von Schulärzten.

5.3.5 Konzept für Essstörungenbehandlung in der Steiermark

Das Land Steiermark hat 2018 unter der Leitung von Experten aus dem Fachteam Drogenberatung, dem Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin und dem Landtag Steiermark sowie dem Suchtkoordinator des Landes Steiermark ein Konzept für die Behandlung von Menschen mit Essstörungen entwickelt.⁴⁰

In diesem ist die Etablierung eines adäquaten und strukturierten Behandlungsangebots für Betroffene aller Altersgruppen vorgesehen. Laut Angaben des Gesundheitsministeriums sind österreichweit 200.000 Menschen zumindest einmal im Laufe ihres Lebens von einer Essstörung betroffen. Umrechnungen zufolge kann demnach auf ca. 30.000 Betroffene in der Steiermark geschlossen werden. Anorexia nervosa weist mit einer Sterblichkeitsrate von etwa 5-10 % die höchste Mortalität unter den psychischen Erkrankungen in westlichen Industriestaaten auf. Die Therapie setzt ein umfassendes Konzept voraus und findet oft über einige Jahre statt. 2015 nahmen 177 Personen eine Behandlung auf Kostenersatz durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse wahr. Werden alle vorhandenen Betreuungsstrukturen in ihrer Gesamtheit betrachtet, wird deutlich, dass diese keine ausreichende Versorgung ermöglichen.

Unter diesen Gesichtspunkten wurden die in den nachfolgenden Abschnitten näher erläuterten Ziele erfasst.

⁴⁰ Vgl. Gruber et al. (2018)

Mögliche optimale Behandlungskette

Im Rahmen des Konzepts wurde ein Vorschlag für eine optimale Behandlungskette definiert und grafisch aufbereitet:

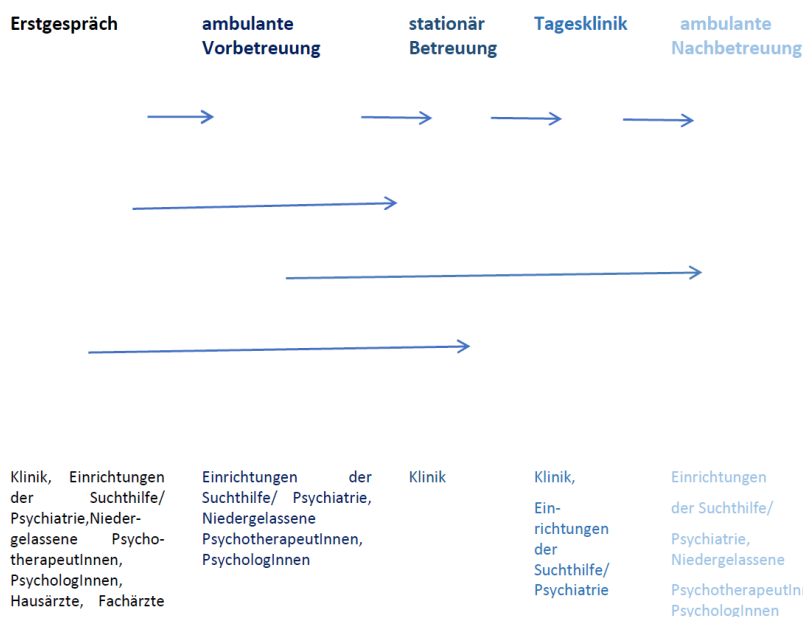


Abbildung 19: Behandlungskette Essstörungen (Konzept Essstörungenbehandlung Stmk., 2018)

Für die Realisierung dieser Betreuung sind die Schaffung neuer sowie der Ausbau bereits bestehender Behandlungsstrukturen erforderlich.

Errichtung eines zentralen tagesklinischen Angebots

Tageskliniken gewährleisten einen guten Übergang von der vollstationären in die ambulante Betreuung. Sie richten sich an Patienten, die eine stationäre Therapie abgeschlossen haben. Sollte eine stationäre Betreuung nicht notwendig sein, ein rein ambulantes Konzept aber zu wenig tief greifen, kann eine Tagesklinik ebenfalls eine sinnvolle Alternative darstellen. Die Tagesklinik sollte an einem zentralen Ort (Graz) errichtet werden und als hochspezialisiertes Therapieangebot für Essstörungen, angeschlossen an ein stationäres Setting, fungieren.

Schaffung von Erstkontaktstellen im ambulanten Bereich

Die Erstkontaktstellen sollten der Diagnostik und Gestaltung eines Therapieplans dienen und ein kostenloses Angebot für junge Betroffene sowie Frauen mit geringen finanziellen Mitteln zur Verfügung stellen. Die Umsetzung sollte laut dem Essstörungenkonzept in engem Austausch mit regionalen Versorgungseinrichtungen in den Bezirken und mittels punktueller Unterstützung von VIVID, der Fachstelle für Suchtprävention in der Steiermark, erfolgen.

Ausbau der Behandlungsplätze für eine stationäre Betreuung von Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen

Grundvoraussetzung für eine optimale stationäre Therapie ist die Bereitstellung einer störungsspezifischen, separaten Behandlungseinheit. Das Therapieschema sollte dabei einem multidimensionalen Behandlungsansatz folgen und die Familie einschließen. Dieses Angebot kann durch Wohngruppen und/oder mobilbetreutes Wohnen ergänzt werden. Zielgruppe stellen Betroffene dar, die keine stationäre Therapie mehr benötigen, aber noch Defizite insbesondere in der sozialen Interaktion aufweisen.

Überprüfung einer Reimplementierung der Essstörungshotline

Es sollten umfassende Überlegungen zu weiterführenden Betreuungsmöglichkeiten, wie einer Essstörungshotline und einem Online-Beratungsangebot, erfolgen. In der Vergangenheit wurde bereits eine Hotline implementiert, die jedoch immer geringer frequentiert wurde. Entsprechende Angebote sollten nur im Rahmen einer wohlgedachten Öffentlichkeitsarbeit geschaffen werden.

Prävention von Essstörungen

Vorsorgemaßnahmen sollten auf zwei Säulen aufgebaut werden: Der Verminderung ungünstiger sozialer Einflüsse sowie der Stärkung der Resilienz von Risikogruppen. In die Präventionsarbeit müssen Pädagogen, Erzieher, Trainer im Sport- und Tanzbereich sowie Ärzte im niedergelassenen Bereich engmaschig einbezogen werden. Die letztgenannte Berufsgruppe sollte einen sensiblen Umgang mit Essstörung pflegen und in der Früherkennung geschult werden.

Zielgruppen

Gemäß den alters- und geschlechtsspezifischen Daten zu Essstörungen stellen Jugendliche und junge Erwachsene eine bedeutsame Zielgruppe dar. Es sollten aber auch erwachsene Klienten mit chronischem Krankheitsverlauf und Mehrfachdiagnose verstärkt Berücksichtigung finden. Essstörungen sind dabei als (Begleit-)Symptom von Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatischen Störungen etc. zu begreifen.

5.4 Versorgungsbeispiele aus dem internationalen Raum

Im Rahmen der Recherche wurde nicht nur die nationale Versorgungslandschaft beleuchtet, sondern auch internationale Betreuungsstrukturen und –modelle einer näheren Betrachtung unterzogen. Nachdem die Analyse der österreichweiten Versorgungslage bei der Erstellung dieses Berichts im Vordergrund stand und hier bereits gute Strukturen erhoben werden konnten, wurde auf dieses Kapitel kein inhaltlicher Schwerpunkt gelegt.

Dennoch konnten einige Angebote aus dem deutschsprachigen Raum identifiziert werden, die wesentliche Qualitätsmerkmale des Diagnose- und (Be-)Handlungspfades Untergewicht der Medizinischen Universität Graz erfüllen und von welchen ein Teil in den folgenden Unterkapiteln detailliert beschrieben wird.

5.4.1 ANAD e.V. Versorgungszentrum Essstörungen

Der Verein ANAD (Anorexia Nervosa and Associated Disorders) wurde bereits 1984 in München ins Leben gerufen. Das Versorgungszentrum stellt umfassende Hilfs- und Begleitmöglichkeiten für Betroffene von Essstörungen zur Verfügung, die neben Wohn- und Therapie- auch innovative Beratungsangebote beinhalten. Zielgruppe des Therapieprogramms sind Mädchen ab 12 Jahren sowie erwachsene Personen beider Geschlechter. Eine professionelle Begleitung vom Jugend- ins Erwachsenenalter ist somit zumindest für weibliche Patienten gewährleistet. Die Informationen in diesem Unterkapitel stammen von der Website des Vereins.⁴¹

Das therapeutische Konzept hinter ANAD wird laufend weiterentwickelt und wissenschaftlich von der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik der Universität Lübeck begleitet. Unter anderem folgt es dem Beispiel der „Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation“⁴².

⁴¹ Vgl. ANAD e.V. Versorgungszentrum Essstörungen (2018)

⁴² Vgl. Sipos et al. (2016)

Therapeutische Wohngruppen für Mädchen von 12 bis 17 Jahren

In den intensivtherapeutischen Wohngruppen werden bis zu 16 weibliche Kinder und Jugendliche für eine Dauer von bis zu zwei Jahren multiprofessionell betreut. Die Einrichtung befindet sich direkt im Zentrums München. Neben der Betreuung können die Betroffenen ihrem Alltagsleben wie gewohnt nachgehen und besuchen die Schule bzw. absolvieren eine Ausbildung. Die Gruppen werden über 24 Stunden des Tages betreut.

Für die Therapie steht ein auf Essstörungen spezialisiertes Behandlungsteam bereit. Neben Bezugs- und Psychotherapeuten sind Sozialpädagogen und Ernährungstherapeuten Teil des Kernteams. Das Programm setzt sich aus Einzel- und Gruppenangeboten im Sinne von Störgruppen zusammen. Die Behandlung erfolgt in einem hochspezialisierten Umfang und wird jeweils auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt.

Neben Anorektikerinnen und Bulimikerinnen werden auch Jugendliche mit erhöhtem Körpergewicht in der Einrichtung betreut. Als Voraussetzung gilt ein BMI von mindestens 16, bei 12- bis 13-jährigen liegt der Mindest-BMI bei 15. Die Notwendigkeit einer stationären, intensivmedizinischen Therapie stellt den wichtigsten Hinderungsgrund für die Aufnahme in die Wohngruppe dar. Die Essstörung kann mit anderen Erkrankungen, wie etwa Depressionen, kombiniert auftreten, es sollten aber keine begleitende Psychose oder Selbstmordgefährdung vorliegen. Alkohol- und Drogenmissbrauch gelten neben einer geistigen sowie körperlichen Beeinträchtigung ebenfalls als Ausschlussgründe. Nicht zuletzt sollten die Teilnehmer zumindest eine gewisse Bereitschaft dazu zeigen, die Essstörung aufzugeben.

In den Wohngruppen steht Eigenverantwortung im Zentrum. Ab einem Alter von 14 Jahren sind die Betroffenen für die Haushaltsführung verantwortlich und lernen mit Unterstützung, sich ihre Mahlzeiten selbstständig zuzubereiten. Jüngere Mädchen werden durch eine Hauswirtschafterin vollständig versorgt. Zu Beginn der Therapie besteht eine Übernachtungsverpflichtung. Nach Absolvierung der Probezeit können die Betroffenen für bis zu zwei Wochenenden im Monat für Heimfahrten beurlaubt werden.

Das Psychotherapieangebot ist verhaltenstherapeutisch sowie systemisch angelegt und erfolgt unter Einbindung des sozialen Umfelds. Zu diesem Zweck finden eigene Familientherapien statt. Die medizinischen Angebote umfassen eine initiale internistische sowie psychiatrische Untersuchung. Am Ende der Therapie erfolgen entsprechende Abschlussuntersuchungen. Dazwischen bestehen regelmäßige Besuchstermine. Die ANAD Wohngruppe kooperiert mit auf Essstörungen spezialisierten Fachärzten wie etwa Zahnärzten und Gynäkologen, die eine begleitende Therapie sicherstellen.

Ziel der Therapie ist das Erreichen eines gesundheitsförderlichen (Normal-)Gewichts. Zur Kontrolle erfolgen wöchentliche Wiegeungen.

ANAD unterstützt alle Betroffenen bei der Planung der Finanzierung. Die Kostenträger sind das Jugendamt sowie die jeweilige Krankenkasse. Vor Beginn des Therapieprogramms sind die finanzielle Zusage von Seiten der beiden Stellen sowie eine Einwilligung der Eltern erforderlich. Nach Beendigung der Therapie wird die weitere Vorgehensweise gemeinsam mit den Eltern koordiniert. Jugendliche, die in München wohnhaft sind oder nach der Therapie dort bleiben, können direkt bei ANAD ambulant weiterbetreut werden. Ansonsten werden ein ambulantes Behandlungsprogramm oder eine sozialpädagogische Betreuung durch das Jugendamt zur Nachsorge herangezogen.

Dadurch, dass die Betroffenen von Beginn an am Alltagsleben teilnehmen, ist die Gefahr für Rückfälle bereits reduziert.

Telefon- und Online-Beratung sowie Mobile Beratung

Neben der spezialisierten Wohngruppe bietet ANAD auch Beratungen via Telefon und Internet sowie eine Mobile Beratung durch erfahrene Experten für Fachpersonal, Betroffene

und Angehörige an. Diese Unterstützungsmöglichkeiten bestehen in München, Füssen im Allgäu sowie in Weilheim.

Da enge Angehörige in der Regel hochbelastet sind, erhalten diese an speziellen Elternabenden oder in Geschwistergruppen besondere Hilfestellung. Während der Großteil dieser Angebote kostenfrei genutzt werden kann, muss die systemische Paar- und Familienberatung muss dabei selbst finanziert werden. Die Höhe der Kosten liegen 75,- Euro für eine Beratungseinheit á 60 Minuten.

Im Rahmen des Projektes „ANAD mobil“ werden in den Bezirken Oberbayern und Schwaben Informationen und Beratungen zu Essstörungen angeboten. Diese beziehen neben Schulen und Beratungsstellen auch andere Einrichtungen, die mit den Zielgruppen konfrontiert sind, mit ein. Im schulischen Umfeld werden Workshops für Schüler, Elternabende und Fachvorträge für alle Schulformen – insbesondere im Rahmen der Prävention sowie frühen Diagnose - umgesetzt. Als konkretes Beispiel für eine Maßnahme wäre der interaktive Projekttag für Schulen zu nennen, der unter dem Titel „Schlankheitswahn und Diäten – Freund oder Feind?“ versucht, die Thematik rund um gängige Schönheitsideale und Essstörungen aufzugreifen. Neben der Vermittlung von Informationen liegt Schwerpunkt auf Diskussionen und Übungen zur persönlichen Weiterentwicklung. Es erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit Mediendarstellungen und Schönheitstrends, die mit Übungen zum Ernährungsverhalten, zu Krankheitsbildern, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten abgerundet wird. Ziel dieses Angebots ist die Prävention von Essstörungen durch Aufklärung und die Information über Hilfsangebote für betroffene Schüler.

ANAD e.V. stellt mit seiner breiten Palette an Unterstützungs- und Versorgungsmaßnahmen eine gut etablierte Stelle dar, die über ein langjähriges und breites Wissen rund um Essstörungen und damit assoziierte Krankheitsbilder verfügt. In der folgenden Grafik werden die einzelnen Angebote für die jeweiligen Ziel- und Altersgruppen noch einmal bildlich dargestellt.

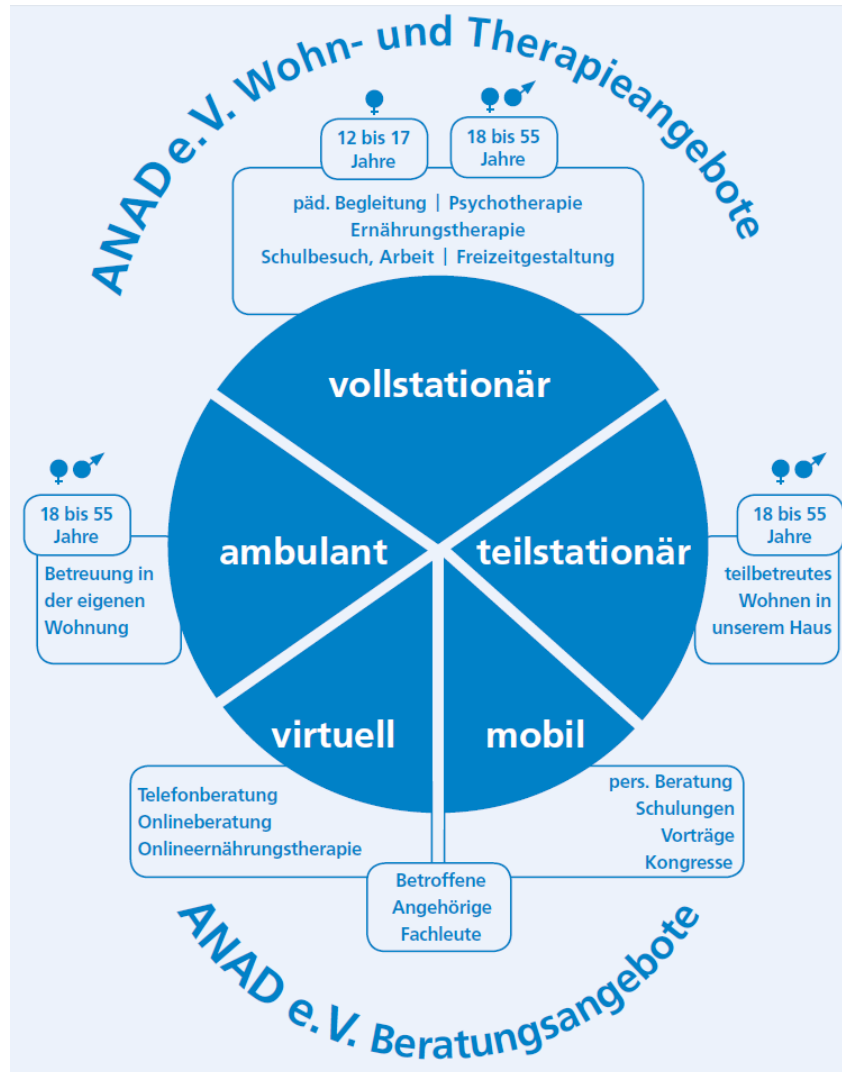


Abbildung 20: ANAD e.V. – Angebote des Versorgungszentrums Esstörungen

5.4.2 Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche GmbH

Die Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik in Bad Salzungen im Bundesland Thüringen verfügt über ein eigenes Therapiekonzept für Kinder und Jugendliche mit Esstörungen.⁴³

Ein- und Ausschlusskriterien

Neben Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa werden auch Kinder und Jugendliche mit Binge-Eating-Störung und anderen, nicht näher bezeichneten Esstörungen, für die eine Kategorisierung nicht möglich ist, betreut. Daneben können auch Begleiterkrankungen wie Affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Störungen der Impulskontrolle und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen mitbetreut werden.

Esstörungen werden in der Einrichtung als schwerwiegende psychosomatische Erkrankungen behandelt, wenn eine ambulante Therapiemaßnahme nicht ausreichend bzw. erfolgsversprechend ist. Es gibt einige Kontraindikationen für die Therapie:

- Akute Gefahr von Selbst- oder Fremdgefährdung
- Psychosen

⁴³ Vgl. Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche GmbH (2018)

- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Ein zu geringes Körpergewicht: Kinder vom 10. bis 12. Lebensjahr unter der 10. Perzentile, Jugendliche vom 13. bis 18. Lebensjahr unter der 3. Perzentile

Die Behandlung erfolgt über 8 bis 10 Wochen. Es stehen 10 Betreuungsplätze im Rahmen einer offenen Gruppe zur Verfügung.

Therapiekonzept bei Essstörungen im Kindes- und Jugendalter

Die Therapie beinhaltet ein umfassendes, hochspezialisiertes Betreuungskonzept. Zu den wesentlichsten Therapiezielen zählen die somatische Rehabilitation sowie Ernährungstherapie, die individuelle psychotherapeutische Behandlung als auch der Einbezug der nahen sozialen Bezugspersonen. Letztlich soll die Behandlung zu einer Normalisierung des Körpergewichts und Essverhaltens als auch zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls beitragen.

Besteht ein durch die restriktive Ernährung hervorgerufenen „starvationsbedingtes Psychosyndrom“, steht die Erhöhung des Körpergewichts zunächst im Vordergrund, da die Kinder und Jugendlichen erst im Anschluss therapiefähig werden.

Verhaltenstherapeutisch geprägtes Psychotherapiekonzept

Vor Beginn einer systemischen Verhaltenstherapie erfolgt ein ambulanter Erstkontakt mit einer verhaltenstherapeutischen Analyse des Krankheitsbilds nach dem SORCK-Modell. Ergänzend werden der Leidensdruck sowie die Bereitschaft zur Mitarbeit der Betroffenen als auch der Eltern erhoben. Das Erstgespräch dient dazu, die Therapiefähigkeit im Rahmen der Rehabilitation auszuloten. Nach der stationären Aufnahme werden Behandlungsziele festgelegt. Darunter fällt auch ein Zielgewicht, das im unteren Normalbereich angesiedelt sein kann. Neben der Essstörung bzw. der zugrunde liegenden Erkrankung werden deren Begleitsymptome wie etwa die Körperschemastörung mitbehandelt.

Die Kinder und Jugendlichen sollen langfristig Konfliktbewältigungsmechanismen beherrschen, mehr Selbstbewusstsein erlangen und im eigenverantwortlichen Handeln geschult werden.

Einbindung des engen sozialen Umfelds

Die Familie wird von Beginn an engmaschig in die Behandlung miteinbezogen. Am Anfang erfolgt ein familientherapeutisches Orientierungsgespräch, bei dem die Angehörigen wesentliche Informationen zu Essstörungen und zum Therapieablauf erhalten. Außerdem werden Informationen zu den familiären Umständen und dem bisherigen Umgang mit der Erkrankung gesammelt. In der Beratung wird der Fokus zudem auf die Reduktion von Schuldgefühlen und die Entlastung aller involvierten Personen gelegt.

Im Abstand von drei Wochen werden ab Therapiestart Gespräche mit den Eltern wie auch Themennachmittage für die Angehörigen organisiert. In den individuellen Einzelgesprächen werden Beziehungsthemen und –konflikte besprochen, die unter anderem die soziale Ablösung vom Elternhaus als auch aufrechterhaltende Faktoren beinhalten. Ergänzend zu diesen Angeboten erhalten die Eltern die Möglichkeit - begründet durch die meist großen Distanzen zwischen Therapieeinrichtung und Wohnort -, telefonische Sprechstunden in Anspruch zu nehmen. Am Ende der Behandlung erfolgt ein Abschlussgespräch, in dem auch die weitere Vorgehensweise bearbeitet wird.

Multiprofessionelles Behandlungsteam

Die Therapie von Essstörungen ist interdisziplinär angelegt und umfasst die Einbindung folgender Berufsgruppen:

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie

- Diplom-Psychologe als Verhaltenstherapeut
- Ökotrophologe
- Ergo- und Psychotherapeuten
- Sozial-/Heilpädagoge
- Gestaltungstherapeut
- Musiktherapeut
- Freizeit-/Sporttherapeut
- Pädagogen
- Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger für Kinder und Jugendliche

Das Personal wird mittels interner sowie externer Weiterbildungsveranstaltungen mit dem Betätigungsfeld Essstörungen vertraut gemacht. Die einzelnen Therapien finden in enger Abstimmung zwischen den jeweiligen Verantwortlichen statt. In wöchentlichen Teambesprechungen werden der Behandlungsverlauf eruiert, die Therapieziele festgelegt und zukünftige Vorgehensweisen geklärt. Die Besprechungen dienen zudem der Supervision. Alle Mitglieder des Behandlungsteams fungieren im Rahmen einer milieuthérapeutischen Arbeit als Therapeuten. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind in die Strukturierung und Koordination des stationären Tagesablaufs eingebunden, lernen auf diese Weise die Übernahme von Verantwortung und entwickeln dadurch ein alternatives Verhaltensrepertoire.

Weitere Therapieangebote und Unterstützungsmöglichkeiten

Neben der psychosozialen Versorgung runden weitere Angebote das multimodale Behandlungskonzept ab. In der Rehabilitationseinrichtung sind ein Schwimmbecken, Sport- und Gymnastikräume, Ergo- und Mototherapieräume, Schulungsräume, eine Lehrküche sowie räumliche Möglichkeiten zur Spannungsregulation vorhanden. Die Außenanlage umfasst ein weitläufiges Areal mit Sport- und Spielflächen.

Neben Psychotherapien werden verschiedene körperbezogene Behandlungen, die durch Entspannungstechniken wie Autogenes Training und Gestaltungstherapien ergänzt werden, angeboten. Die Ernährungstherapeutische Begleitung zieht sich über die gesamte Betreuungsdauer der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Während der Therapie erhalten die Patienten Schulunterricht in den Kernfächern. Der Unterricht wird durch die hauseigenen Pädagogen vorgenommen und dient der unterstützenden Reintegration nach Beendigung der Behandlung. Zudem erhalten die Betroffenen eine individuelle Sozial- und Berufsberatung.

5.4.3 GGZ Riverduinen Eetstoornissen Ursula

In den Niederlanden wurden eigene Kliniken mit spezifischen Einrichtungen für Essstörungen installiert. Die Behandlung umfasst neben erwachsenen Personen auch Kinder und Jugendliche.

Bei der Klinik Ursula⁴⁴ in Leiden - Provinz Südholland -, die an das Psychotherapeutische Gesundheitszentrum Riverduinen angeschlossen ist, handelt es sich um die erste dieser Institutionen, die im Jahr 1987 eröffnet wurde. Die Klinik beinhaltet eine eigene, hochspezialisierte Abteilung für Menschen mit Essstörungen. 2000 erhielt das Zentrum die ministerielle Anerkennung zum nationalen Wissens- und Behandlungszentrum für Essstörungen. Neben der Therapie und Prävention liegt der Schwerpunkt auch auf

⁴⁴ Vgl. GGZ Rivierduinen (2018)

Forschungsprojekten und Untersuchungen zu den Erkrankungen Anorexia und Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung sowie nicht näher bezeichnete Essstörungen.

Im Rahmen der Therapie werden betroffene Kinder und Jugendliche ab dem 7. Lebensjahr einer äußerst individuellen Betreuung zugeführt. Diese setzt die engmaschige Einbindung der sozialen Bezugspersonen, die auf die jeweilige Krankheit und ihre Ausprägung abgestimmte Behandlung, eine flexible Auswahl der unterschiedlichen Therapie- und Pflegeangebote sowie bei Bedarf die Zusammenarbeit mit weiteren psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen voraus.

Vor Beginn der Therapie erfolgt ein umfassendes Erstgespräch, indem gemeinsam mit den essgestörten Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern ein Behandlungsplan festgelegt wird. Dieser kann nach Bedarf im weiteren Verlauf adaptiert werden.

Behandlungskonzepte in der Ursula-Klinik für Essstörungen

In der Betreuung kommt in der Regel das Konzept der Multi-Familien-Therapie zur Anwendung. Ein ähnliches Behandlungsschema - das Programm MANTR-a - wird auch im Zuge eines Forschungsprojekts am AKH Wien (s. Kap. 5.3.1) umgesetzt.

Die Multi-Familien-Therapie schließt mehrere Familien mit betroffenen Kindern und Jugendlichen innerhalb einer Gruppe in die Behandlung mit ein. Ziel ist der wechselseitige Austausch der verschiedenen Bezugspersonen untereinander sowie die persönliche Hilfestellung. Die Familie soll ihre bedeutsame Rolle bei der Bewältigung der Essstörung erkennen und begreifen. Durch das Verhalten der einzelnen Familienmitglieder sollen die Symptome der Essstörungen zukünftig nicht mehr gefördert werden. Das Programm wurde insbesondere für die Essstörung Anorexia nervosa gut evaluiert. Teilnehmende weisen im Vergleich zu Personen, die eine rein patientenzentrierte Therapieform in Anspruch nehmen, eine wesentlich geringere Rückfallrate auf.

Neben dieser Basisbehandlung können ergänzende therapeutische Ansätze miteinfließen:

Individuelle Systemtherapie

In der Individuellen Systemtherapie wird das familiäre Umfeld der Betroffenen verstärkt inkludiert und erhält weitreichende Unterstützung. Die Beratung richtet sich jeweils nach den individuellen Bedürfnissen und kann auch von Freunden der Betroffenen in Anspruch genommen werden.

P(I)T – Psychiatrische (intensive) häusliche Pflege

Bei diesem ergänzenden Pflegeangebot werden spezielle Fachkräfte zugeschaltet, die die Kinder und Jugendlichen sowie deren Familie im häuslichen Umfeld unterstützen. Die Maßnahme kann beispielsweise auf das Essverhalten abzielen und Hilfestellung bieten, das Erlernte auch zu Hause umzusetzen.

Jugendgruppe

In die ambulanten Jugendgruppen werden nur die Betroffenen selbst eingebunden. In der Klinik Ursula stehen insgesamt zwei nach Alter geteilte Gruppen zur Verfügung.

Die Betroffenen stehen im Mittelpunkt der Therapie und werden darin gefördert, ein gutes Selbstwertgefühl zu entwickeln. Außerdem werden sie zu einer gesteigerten Selbstreflexion sowie Emotionsregulation befähigt und in der Aufnahme von sozialen Kontakten geschult. Ängste und Frustrationen in Bezug auf die Essstörung werden gezielt thematisiert und die Kinder und Jugendlichen erhalten Aufgaben für ihren Alltag.

Intensive Behandlung für junge Menschen

Die Intensive Behandlung ähnelt dem Konzept der Tagesklinik. Die Patienten können nur nach Absprache mit der Klinik an diesem Angebot teilnehmen. Sie erhalten hier eine wesentlich intensivere Betreuung, die im Ausmaß von bis zu 5 Tagen pro Woche stattfindet. Die Kinder und Jugendlichen können wählen, an wie vielen Tagen sie an der Behandlungsgruppe teilnehmen möchten. Es werden verschiedene tagesstrukturierte Therapiekomponenten angeboten, die jeweils auch eine gemeinsame Mahlzeit beinhalten. Die Therapie zielt darauf ab, Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Betreuungsbedarf eine daran angepasste Behandlung zukommen zu lassen und sie in ihren emotionalen sowie sozialen Fähigkeiten weiter zu stärken. Die Ziele werden in einem Konsens aus Therapeuten, Eltern sowie Betroffenen festgelegt.

Vollstationäre Aufnahme an den Werktagen

Wenn eine ambulante bzw. tagesstrukturierte Betreuung nicht den gewünschten Therapieerfolg bringt, kann im Einzelfall auch eine stationäre Behandlung in Erwägung gezogen werden. Diese wird von der Ursula-Klinik generell nicht forciert, da die Kinder und Jugendlichen lernen sollten, ihre Schwierigkeiten auch im Alltag zu bewältigen. Bestehen dazu keine geeigneten Ressourcen von Seiten des familiären Umfelds oder der Betroffenen selbst, kann eine engmaschigere Betreuung im Ausmaß von bis zu einem Monat erfolgen. An den Wochenenden befinden sich die Betroffenen jeweils an ihrem Wohnort.

Essgruppen ab 15 Jahren

In 15 Sitzungen mit anfänglich ein-, im weiteren Verlauf zumeist zwei- bis dreiwöchigen Abständen werden die Kinder und Jugendlichen sensibel auf die Einnahme gemeinsamer Mahlzeiten vorbereitet. Begleitend finden 3 Elternabende statt, an denen die Eltern ihre Rolle im Krankheitsgeschehen erkennen und ungünstige Verhaltensmuster ablegen sollen. Ergänzend können Einzel- sowie Familienberatungen in Anspruch genommen werden.

Medikamentöse Behandlung

In der Ursula-Klinik können psychische Begleiterkrankungen wie beispielweise Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen mittherapiert werden. Bei bestehender Indikation kann eine ergänzende medikamentöse Behandlung erfolgen.

Psychomotorische Therapie

Eine psychomotorische Therapie unterstützt die Selbstwahrnehmung und fördert damit den Abbau einer Körperschemastörung. Kinder und Jugendliche können zwischen 12 und 18 Jahren an einem Einzel- und/oder Gruppenangebot teilnehmen. Mittels gezielter Übungen lernen die Betroffenen, Stress abzubauen. Die Treffen finden einmal wöchentlich an Nachmittagen statt.

Betreuungskosten und Therapie-Vorbereitungen

Die niederländischen Gemeinden sind für die Jugendbetreuung bis zum Alter von 18 Jahren zuständig. Diese umfasst auch die psychiatrische Versorgung. Das GGZ Rivierduinen hat im Rahmen des Jugendgesetzes für 2018 mit allen niederländischen Gemeinden Verträge getroffen. Die Eltern der Betroffenen sollten sich daher mit der jeweiligen Wohngemeinde in Verbindung setzen. Bei einer teil- oder vollstationären Aufnahme in die Klinik besteht ab dem 18. Lebensjahr ein gesetzlich verpflichtender Beitrag, der sich im Jahr 2018 auf 385,- Euro beläuft. Vor Antritt einer Therapie ist eine Überweisung durch einen Haus- oder Facharzt erforderlich.

6 Ergänzungen und Qualitätssicherung mittels Experteninterviews

Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Ergebnisse zur Therapie von Untergewicht bedingt durch Essstörungen verdeutlichen die Wichtigkeit einer frühzeitigen und umfassenden Behandlung, die neben den Betroffenen insbesondere auch ihre nahen Bezugspersonen einschließt. Ein ganzheitliches Behandlungskonzept sieht den Einschluss eines multidisziplinären Teams vor, welches die Patienten zum Zweck einer vollständigen Genesung individuell und über einen längerfristigen Zeitraum betreut. Da die Rezidivraten bei Essstörungen relativ hoch sind, sollte das Konzept daneben auch eine direkt anschließende, gut geeignete Nachsorgemöglichkeit beinhalten. Die an dieser Stelle erneut genannten Aspekte sind für den Therapieerfolg unerlässlich und erfordern einen hohen gesamtökonomischen Aufwand.

Die Analyse der Versorgungsstrukturen innerhalb der einzelnen österreichischen Bundesländer ergibt ein äußerst heterogenes Bild (s. Kap. 5). Die verschiedenen Betreuungsangebote treten sehr unterschiedlich in Erscheinung. In zahlreichen Fällen konnte der genaue Angebotsumfang allein durch die internetbasierte Recherche nicht korrekt ermittelt werden. Außerdem konnte aufgrund mangelnder oder irreführender Angaben nicht immer auf die Zielgruppe geschlossen werden bzw. wurde diese nicht zwingend durch die betreffende Einrichtung definiert. Diese Faktoren machten in Zusammenspiel mit der mangelnden Datenlage die Einbindung von Experten aus der Praxis unerlässlich.

Neben der quantitativen Erhebung der Betreuungsangebote wurde ein Versuch unternommen, diese einer qualitativen Bewertung zu unterziehen. Die Therapieleitlinien der Medizinischen Universität Graz (s. Kap. 3) bildeten die wesentliche Grundlage und fungierten als erstes „Bewertungsinstrument“. Inwieweit dieses dem tatsächlichen Bedarf entspricht, kann an dieser Stelle aufgrund fehlender Daten nicht gesagt werden. Die Expertenbefragungen liefern hierzu wertvolle Erfahrungen aus dem praktischen Behandlungsvorgehen. Mit dieser Unterstützung konnte ein umfangreicher Einblick in das Thema gewonnen werden.

6.1.1 Methodische Vorgehensweise und Auswahl der Interviewpartner

Im Zuge der Erhebung der Versorgungsstrukturen konnten namhafte Experten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen identifiziert werden. Die Auswahl der Interviewpartner folgte dem zentralen Kriterium umfassender Expertise auf diesem Behandlungsgebiet. Demnach wurden ausschließlich Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit psychiatrischer bzw. neuropsychiatrischer Zusatzqualifikation in die Befragung eingeschlossen, die zum aktuellen Zeitpunkt mit der Betreuung von untergewichtigen sowie stark mangelernährten Anorexie- sowie Bulimiepatienten betraut waren. Die Experten waren bereits vor dem Interview mehr- bis langjährig medizinisch in diesem Bereich tätig, an der Erstellung und/oder Weiterentwicklung von Therapiekonzepten und teilweise an der Durchführung von Studien beteiligt. Diese Voraussetzungen werden von Dr. Karwautz aus dem AKH Wien voll erfüllt, der in Österreich als der größte Spezialist gilt. Die weiteren Interviewpartner üben ihren Beruf in der Steiermark, Kärnten, Oberösterreich und Tirol aus. Durch diese Auswahl wird eine ganzheitliche Betrachtungsweise der österreichischen Betreuungsverhältnisse ermöglicht.

In diesem Kapitel wird der Fragenkatalog zum Interviewleitfaden vorgestellt. Nachdem sich die Handlungsintentionen decken, orientieren sich die Fragen inhaltlich teilweise am Leitfaden zu Übergewicht und Adipositas. Weitere wesentliche Aspekte, die für ein qualitatives Interview von Relevanz sind, konnten mit Hilfe der Rechercheergebnisse zur Versorgungssituation ermittelt werden. Im Folgenden wird der Interviewleitfaden abgebildet.

6.1.2 Details zum Interview-Leitfaden

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über den Fragenkatalog zum Interviewleitfaden. Für das Interview konnten im Vorfeld - ausgehend von den Rechercheergebnissen zur aktuellen Versorgungssituation - folgende Fragestellungen als wesentlich identifiziert werden:

1. Gibt es neue Erkenntnisse und Forschungen in Hinblick auf Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen (im Folgenden „KuJ“)?
2. Wie kommt es zur Ausbildung der Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa?
 - a. Welche Ursachen/Faktoren begünstigen die Entstehung?
 - b. Wie sieht die Verteilung zwischen weiblichen und männlichen Betroffenen aus?
 - c. Ist aus Ihrer Sicht ein Anstieg des prozentuellen Anteils männlicher Betroffener zu beobachten?
3. Ab welchem Alter können Essstörungen auftreten bzw. wann manifestiert sich der Erkrankungshöhepunkt bei Anorexie und Bulimie?
4. Wie kann man die Entstehung verhindern? Wo müsste man Ihrer Meinung nach ansetzen? Wer könnte etwas bewirken?
5. Aktuelle Leitlinien postulieren günstigere Therapiechancen bei möglichst frühzeitigem Therapiebeginn. Was ist Ihre Einschätzung zur Früherkennung von Essstörungen – insbesondere bei klinisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen?
 - a. Sind ausreichend Schnittstellen zum niedergelassenen Bereich vorhanden?
 - b. Wenn nein, wie könnte eine gute Vernetzung im Idealfall aussehen?
6. Wie würden Sie die aktuelle Versorgungssituation von KuJ mit Essstörungen in Österreich beurteilen?
 - a. Sind qualitätsgesicherte Angebote vorhanden?
 - b. Von welchen Institutionen werden diese angeboten?
 - c. Sind Mängel erkennbar? Wenn ja, an welchen Stellen?
Was könnte verbessert werden?
7. Welche Kriterien zeichnen ein qualitatives Therapieprogramm für Essstörungen im KuJ-Alter aus? Können Sie wesentliche Punkte nennen, die bei der Konzeption eines neuen Programmes auf jeden Fall berücksichtigt werden sollten?

8. Welche übergeordneten/„politischen“ Voraussetzungen müssen aus Ihrer Sicht erfüllt sein, um diese qualitative Betreuung möglichst flächendeckend und langfristig zu gewährleisten?

9. Ist es üblich, dass in Ihrer Einrichtung KuJ, die an Essstörungen leiden, teilstationär oder stationär betreut werden?
 - a. Wenn ja, wie sieht diese Betreuung aus?
 - b. Welche Voraussetzungen müssen vor Therapiebeginn erfüllt sein?
 - c. Besteht das Angebot auch im Fall von klinisch unauffälligen PatientInnen?
 - d. Wenn nein, welche Hemmnisse bestehen?
 - e. Wenn nein, wäre der Bedarf gegeben?

10. Ist eine ambulante Betreuung für KuJ mit Essstörungen vorgesehen?
 - a. Wenn ja, wie sieht diese Betreuung aus?
 - b. Welche Voraussetzungen müssen vor Therapiebeginn erfüllt sein?
 - c. Besteht das Angebot auch im Fall von klinisch unauffälligen PatientInnen?
 - d. Nehmen die KuJ bzw. die Erziehungsberechtigten Ihr Angebot eigenmotiviert in Anspruch oder werden sie in der Regel von AllgemeinmedizinerInnen/ FachärztInnen überwiesen?

11. Erfolgt eine Zusammenarbeit mit einer oder mehreren weiteren Institution/en?
 - a. Wenn ja, wie gestaltet sich diese Kooperation in der Praxis?
 - b. Wenn nein, warum nicht? Wäre eine Kooperation wünschenswert bzw. Ihrer Meinung nach sinnvoll?

12. Aktuelle Daten verweisen auf die Wichtigkeit eines interdisziplinären Betreuungsansatzes.
 - a. Deckt sich diese Aussage mit Ihren Vorstellungen bzw. Erfahrungen?
 - b. Welche Berufsgruppen sollten Ihrer Meinung nach involviert sein?
 - c. Wie ließe sich dieser aus Ihrer Sicht am besten gestalten?

13. Mit welchen Maßnahmen kann/können das soziale Umfeld/die Erziehungsberechtigten der betroffenen KuJ frühzeitig eingebunden werden?

14. Können Sie (inter-)nationale Therapieprogramme für diese Zielgruppe nennen, die als Best Practice Modelle für Gesamtösterreich fungieren könnten?
 - a. Wenn ja, bitte nennen Sie die Trägerinstitution/en und erläutern Sie das/die Angebot/e.

15. Möchten Sie abschließend noch etwas zum Thema ergänzen?

6.1.3 Darstellung der Ergebnisse aus den Befragungen

Im Zuge der Erstellung des hier vorliegenden Berichts wurden telefonische Interviews mit fünf Experten geführt. Das Interview mit Fr. Dr. Purtscher-Penz fand im Rahmen eines persönlichen Gesprächs im LKH Graz Süd-West statt.

Die Befragungen folgten dem bereits präsentierten Leitfaden und resultierten weitestgehend in sehr ähnlichen Aussagen zur Versorgungssituation. Nachdem alle Interviewpartner ihren Beruf in Krankenhäusern ausüben, spiegeln die Ergebnisse im Besonderen die Versorgungslage im klinischen Setting wider.

Im Folgenden werden die Experten angeführt und ihre Antwort in Form einer Summary dargestellt. Im Anschluss werden die wichtigsten Kernaussagen noch einmal prägnant zusammengefasst.

Interviewpartner

Wien

Univ.-Prof. Dr. Andreas Karwautz, Leiter der Ambulanz für Essstörungen im Kindes- und Jugendalter am AKHWien, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Essstörungen, Past-Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2016-2018)

Oberösterreich (Linz)

Prim. Dr. Michael Merl, Vorstand der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Kepleruniversitätsklinikum in Linz

Steiermark (Graz)

Prim. Dr. Katharina Purtscher-Penz, Leitung der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am LKH Graz Süd-West

Tirol (Innsbruck)

OÄ Dr. Sigrid Hartlieb, Leitung des Bereichs Essstörungen/Psychosomatik am Universitätsklinikum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter am LKH Hall in Tirol

Kärnten (Klagenfurt)

OÄ Dr. Ellen Auer-Welsbach, Landeskrankenhaus Klagenfurt, Abteilung für Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters

Zusammenfassung der Interviews

1. Der Expertenkreis geht konform, dass laufend neue Erkenntnisse und Forschungen rund um Untergewicht und Essstörungen publiziert werden. Diese beziehen sich im Besonderen auf das biopsychosoziale Entstehungsmodell, wonach die Erkrankungen immer durch mehrere Faktoren begünstigt sowie aufrechterhalten werden. Auch in Hinblick auf die Präventionsthematik werden anhaltend neue Ansätze und Konzepte veröffentlicht. Da bei Anorexia nervosa auch im unmittelbaren Vergleich zu anderen psychischen Krankheitsgeschehen eine hohe Sterblichkeitsrate – beobachtet werden kann, stellen vorbeugende Maßnahmen einen zentralen Part da. Alle Experten sind von der Wichtigkeit regelmäßiger Weiterbildung und dem Austausch mit anderen Therapieanbietern überzeugt. In den letzten Jahren konnten keine

„bahnbrechenden“ neuen Erkenntnisse zur Behandlung gewonnen werden, was laut Angaben einiger Experten nicht zuletzt auf die enorme Heterogenität der Zielgruppe zurückzuführen sein dürfte.

2. Essstörungen sind immer als Ausdruck von tiefgreifenden Problemen zu verstehen. Die Entstehung der Essstörungen Anorexia sowie Bulimia nervosa ist auf multikausale Gegebenheiten zurückzuführen. Zudem können auslösende Faktoren wie die Scheidung der Eltern, ein Wohnortwechsel oder Mobbing beschrieben werden. Begünstigt werden die Erkrankungen durch eine gering ausgeprägte Streitkultur und die Verdrängung von Emotionen innerhalb der Familie. Außerdem erhöht sich das Risiko für eine Essstörung, wenn Kinder und Jugendliche in der Familie Aufgaben übernehmen müssen, die nicht ihrem Alter entsprechen, wie etwa die Betreuung kleinerer Geschwister aufgrund von psychischen Erkrankungen eines oder beider Elternteile. Die Betroffenen weisen in der Regel charakteristische Persönlichkeitsstrukturen auf. Sie gelten als eher ehrgeizig und streben nach Anerkennung. Die Experten gehen konform, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale vorliegen müssen, um an einer manifesten Essstörung zu erkranken. Diese können auch auf biologische Ursachen zurückzuführen sein. Oft sind die Betroffenen aufgrund der Familienstrukturen nicht in der Lage, Konflikte auf sinnvolle Weise zu bewältigen, ihre Gefühle ausreichend wahrzunehmen oder mit diesen umzugehen. Belastende Situationen können rasch überfordern, die Fähigkeit zum Stress-Coping ist meist nicht ausreichend vorhanden. Die Bindung zu den Eltern und anderen nahen Bezugspersonen kann sehr stark sein, wodurch die Loslösung und Selbstfindung deutlich erschwert sein kann. Essstörungen können auch als Alleinstellungsmerkmal dienen. In Familien mit mehreren Kindern herrscht in der Regel ein gesunder Konkurrenzkampf zwischen den Geschwistern. Besitzt ein Kind jedoch nicht die erforderliche psychische Stabilität, mit dieser Konkurrenz umzugehen, so kann dieser Umstand in Zusammenhang mit weiteren Faktoren die Basis für Essstörungen sein. Nicht zuletzt kann das Scheitern an einem wesentlichen Entwicklungsschritt die Ausbildung der Erkrankungen und somit auch das Untergewicht wesentlich fördern. Essstörungen entstehen in der Regel in der Kindheit und Adoleszenz, sind daher also kritischen Lebens- und Entwicklungsphasen zuzuordnen. Das „Feststecken“ in einem oder Versäumen eines Entwicklungsschritts kann sehr negative Folgen für die kindliche Psyche haben. Von den Experten werden die Betroffenen als Personen beschrieben, die in ihrer Reife häufig nicht ihrem Lebensalter entsprechen. Neben diesen werden das moderne Frauenbild, soziale Medien als auch die Modebranche als Co-Faktoren für die Manifestierung von Essstörungen - und damit langfristig auch Untergewicht – genannt.
3. Anorexia nervosa tritt laut den Experten für gewöhnlich früher in Erscheinung als Bulimie. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass eine unzureichend therapierte Anorexie in eine Bulimie übergehen kann. Demgegenüber stehen wissenschaftliche Erhebungen, die auf eine spätere Diagnose der Bulimie verweisen. Manifestes anorektisches Verhalten kann ab der Kindheit, in etwa ab dem 8. Lebensjahr, beobachtet werden. Bulimische Tendenzen treten erst in der Adoleszenz in Erscheinung und zeigen sich eher zwischen dem 14. bis 16. Lebensjahr. Praktisch erfolgen heute seltener starre Abgrenzungen der beiden Erkrankungsbilder. Jede

Essstörung sollte für sich isoliert betrachtet und dementsprechend behandelt werden.

4. Die Experten stimmen überein, die Entwicklung einer Essstörung nie vollständig vorbeugen zu können, da die Entstehungsmechanismen äußerst komplex und vielfältig sind. Dennoch sind alle Ärzte der Meinung, dass die Prävention eine wichtige Rolle spielt und damit ein Rückgang der Erkrankungen erreicht werden kann.

Zu den bedeutsamsten Präventionsmaßnahmen zählen die Einführung gesetzlicher Regelungen innerhalb der Modeindustrie und Werbung. In anderen EU-Ländern wie Frankreich wurden bereits verschärfte Richtlinien eingeführt, die sich beispielsweise auf einen Mindest-BMI von Laufsteg-Models beziehen.

Außerdem sollte es klare Regelungen für soziale Medien geben. Ein sensibler Umgang mit Plattformen wie Facebook und Instagram wäre anzustreben. Besonders erwähnenswert sind in diesem Zusammenhang Pro Ana-Foren und Pro Mia-Foren, die auf die Verbreitung von anorektischen bzw. bulimischen Verhaltensmustern abzielen. Die Foren werden von den Betroffenen selbst gestaltet; diese streuen ein unrealistisches Körperbild von Frauen und motivieren andere Jugendliche zu nicht notwendigen Diäten bis hin zu Essstörungen. Die Betreiber von sozialen Medien unternehmen zwar Versuche, die Foren zu stoppen, können dies aber alleine nicht bewältigen.

Neben diesen Einflüssen spielt das enge soziale Umfeld eine entscheidende Rolle. Das Erziehungs- und Gesundheitsverhalten von nahen Bezugspersonen kann Essstörungen mitbedingen. Tatsächlich kann Eltern- und Familienarbeit praktisch aber erst umgesetzt werden, wenn bereits Schwierigkeiten aufgetreten sind. Familienförderliche Strukturen können auf politischer Ebene umgesetzt werden, etwa durch die Etablierung von flexiblen Arbeitszeiten und der Entlastung von Alleinerziehenden.

Im schulischen Bereich sollten die Stärkung von Sozialkompetenzen, Gruppenarbeiten und die kritische Auseinandersetzung mit Körperidealen forciert werden. Essstörungen und ihre Auswirkungen offen zu thematisieren kann in dieser sensiblen Altersgruppe einen unerwünschten auslösenden Effekt haben bzw. die Entstehung und Manifestation der Erkrankung mitunter auch begünstigen. Lehreinheiten, die auf Körperwahrnehmung und Selbstbewusstsein abzielen, tragen hingegen zur Vorbeugung von Essstörungen bei. Leistungsdruck und Konkurrenzdenken sollten durch das Schulumfeld generell nicht gefördert werden.

5. Alle Experten verweisen auf die hohe Bedeutung eines rechtzeitigen Behandlungsbeginns. Derzeit bestehen in Österreich jedoch nicht die notwendigen Strukturen, um diesem Kriterium gerecht zu werden. Viele Therapieangebote beziehen sich auf erwachsene Zielgruppen, die laut den Experten jedoch nicht vordergründig angesprochen werden sollten, da der Erkrankungsbeginn meist in jüngeren Jahren angesiedelt ist.

In den einzelnen Bundesländern sind zwar gewisse Schnittstellen zum niedergelassenen Bereich vorhanden, jedoch können diese nicht als ausreichend bezeichnet werden. Allgemeinmediziner sind auf das spezifische Thema Essstörungen in der Regel nicht genügend vorbereitet. Erschwerend kommt hinzu, dass die Patienten oft erst bei deutlichem Untergewicht vorstellig werden und ihre Erkrankung verbergen. Sinnvoll wäre es daher, im Rahmen von Fachgruppen- und

Bezirkstreffen entsprechende Schulungen und Fortbildungen für Allgemeinmediziner zu etablieren.

Klinisch unauffällige Patienten – etwa bedingt durch vorangegangenes Übergewicht – werden oft nicht als solche erkannt. Zumeist können diese aufgrund des Ressourcenmangels keiner Betreuung im Sinne der Prävention von mäßigem bis starkem Untergewicht zugeführt werden.

6. Es herrscht Konsens darüber, dass in Österreich eine qualitativ hochwertige Versorgung vorhanden ist. Allerdings mangelt es an ausreichenden Strukturen. So stehen in den meisten Bundesländern nicht genügend Betten für die stationäre Betreuung zur Verfügung. Im niedergelassenen Bereich stehen zu wenige Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie mit Kassenverträgen zur Verfügung. Außerdem mangelt es an Versorgungseinrichtungen im nicht-klinischen Setting sowie im Rahmen der Nachsorge und Weiterbetreuung von Betroffenen im Erwachsenenalter.

Die Therapie des Untergewichts alleine ist nicht ausreichend, da die Wahrscheinlichkeit für ein Wiederauftreten der ursächlichen Erkrankung sehr hoch ist. Um eine gute Versorgung zu gewährleisten, muss daher immer die eigentliche Grunderkrankung mit ihren individuellen Aspekten behandelt werden. Diese Behandlungsform gestaltet sich äußerst zeitintensiv, wodurch stationäre Betten bei Therapie meist über mehrere Monate durch einen Patienten belegt sind.

Zurzeit bestehen keine oder keine ausreichenden Behandlungsmaßnahmen für leichtgradig Erkrankte und Betroffene im Anfangsstadium. Der ambulante Bereich und Tageskliniken müssten deutlich ausgeweitet werden, ebenso wäre die flächendeckende Einführung qualitätsgesicherter Angebote wie die Wohngruppe „Kaya“ in Linz sinnvoll.

In den Bundesländern Wien, der Steiermark und dem Burgenland ist die aktuelle Versorgungssituation laut den Experten besonders alarmierend. Abschließend kann zusammengefasst werden, dass sich die Versorgung landesweit sehr inhomogen gestaltet und es an einem adäquat strukturierten Schnittstellenmanagement fehlt.

7. Für Österreich besteht derzeit kein einheitliches Gesamtkonzept zur Betreuung der Zielgruppe. Gemäß den Aussagen der Experten muss ein Konzept individuellen Spielraum zulassen und mehrere Behandlungsaspekte beinhalten, um auf die psychischen als auch physischen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen zugeschnitten werden zu können. Es darf keine starre Vorgehensweise bestehen, die über alle Betroffenen gestreut wird.

Auf der anderen Seite bestehen in Österreich sehr viele unterschiedliche Therapieangebote, die mitunter nicht evidenzbasiert sind. Davon sind vor allem Kinder und Jugendliche im Anfangsstadium betroffen, die aufgrund des Ressourcenmangels keiner Betreuung im ambulanten, stationären oder tagesklinische Setting zugeführt werden können. Hier sollten klare Regelungen implementiert werden, wonach nur qualitätsgesicherte Therapieformen flächendeckend umgesetzt werden. Alle Experten können wesentliche Voraussetzungen nennen, die eine erfolgreiche Behandlung ermöglichen.

Zu diesen zählt ein multidisziplinärer Betreuungsansatz. Neben Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst dieser im Idealfall folgende Berufsgruppen: Klinische Psychologen und Sozialarbeiter, Psychiatrisches Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Diätologen sowie Physio- und Ergotherapeuten. Der

unterstützende Einschluss von Therapieformen wie Reit-, Musik-, Gestalttherapie und spezifischen Bewegungstherapien ist von Vorteil. Für letztere fehlen allerdings wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise.

Neben dem interdisziplinären Ansatz ist auf die Einbindung des nahen sozialen Umfelds der Betroffenen zu achten. Eltern, Geschwister und weitere enge Bezugspersonen müssen unbedingt in die Therapie integriert werden, da die vorhandenen Familienstrukturen die Essstörungen begünstigen und diese eine Beibehaltung des Verhaltens herbeiführen können. Die Einbindung des sozialen Umfelds ist für einen günstigen Therapie-Output unbedingt erforderlich. Dies kann nur durch die Bereitstellung regionaler Versorgungsangebote sichergestellt werden. Daneben ist der Ausbau ambulanter Therapiemöglichkeiten empfehlenswert.

Innerhalb der Behandlung müssen Essstörungen als Ausdruck eines anderen Problems erkannt werden. Nur auf diese Weise können auch die der Essstörung zugrunde liegenden Faktoren identifiziert und angemessen therapiert werden. Die Therapie könnte in Module gegliedert sein, die entsprechend der individuellen Bedürfnisse angewendet werden. Neben Einzel- und Gruppentherapien sollte jedenfalls auch Elternarbeit und Familientherapien in das Behandlungskonzept integriert werden.

Nicht zuletzt sollten Bestrebungen stattfinden, die langwierige Therapie in einen möglichst alltagsnahen Ablauf zu integrieren. Dies kann u.a. durch die Einbindung von Heilpädagogischen Schulen im Krankenhaussetting gelingen.

Die Entwicklung eines Therapiekonzepts erfordert auch entsprechende Finanzierungsmaßnahmen. Die Finanzierung sollte jedenfalls alle Ressourcen umfassen, die gemäß dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit erforderlich sind. Des Weiteren sollte sich die Finanzierung auf qualitätsgesicherte Versorgungsangebote beschränken. Bislang werden in Österreich verschiedenste, auch nicht-evidenzbasierte Angebote teilfinanziert. Anstelle dieses Systems schlagen die Experten die ausschließliche und vollständige Kostenübernahme evidenzbasierter Therapieformen vor.

8. In erster Linie wäre eine Bereitschaft, die Zielgruppe in adäquatem Maße zu behandeln, notwendig. Die Experten verweisen auf das aktuelle teure System in Österreich, da Essstörungen unbehandelt in den meisten Fällen weiterbestehen und bedingt durch beispielsweise Schul- oder Ausbildungsabbrüche und stationäre Aufenthalte hohe Folgekosten herbeiführen.

Demzufolge müssten finanzielle als auch personelle Ressourcen für eine flächendeckende Bereitstellung evidenzbasierter Therapieformen zur Verfügung gestellt werden. Daneben sollten Schnittstellen zum niedergelassenen Bereich und spezialisierten Angeboten wie Wohngruppen hergestellt und entsprechende Ausbildungen für die involvierten Berufsgruppen geschaffen und auch gefördert werden.

9. In allen Einrichtungen besteht ein stationäres Therapieangebot. In den meisten Fällen steht eine gewisse maximale Anzahl der Bettenplätze für Patienten mit Essstörungen zur Verfügung. Im Klinikum Hall in Tirol gibt es eine eigene Spezialstation für Essstörungen.

Die Patienten werden jeweils längerfristig, das heißt meist über mehrere Monate, betreut. Nur in einer Einrichtung können bereits klinisch unauffällige Patienten oder Patienten im Anfangsstadium ihrer Erkrankung – also auch ohne akut

gesundheitsgefährdendes Untergewicht – betreut werden. In den übrigen Institutionen erfolgt die Aufnahme aus Ressourcengründen gemäß der medizinischen Notwendigkeit. In Graz oder Wien können beispielsweise nur schwerkranke Betroffene betreut werden. Voraussetzung zur Behandlung bildet die Zustimmung der Erziehungsberechtigten. Die Betroffenen sind zu Beginn meist nicht krankheitseinsichtig.

Da sich Essstörungen ohne adäquate Therapie verschlimmern und im weiteren Verlauf massive Folgen für die Gesundheit nach sich ziehen, wird ein möglichst frühzeitiger Therapiebeginn von allen Experten begrüßt.

10. Alle Krankenhäuser bieten ambulante Therapien für die Zielgruppe an. Das Ausmaß der ambulanten Möglichkeiten ist jedoch sehr uneinheitlich. So besteht beispielsweise im AKH Wien eine Spezialambulanz für Essstörungen. Voraussetzung für die Behandlung ist eine gewisse körperliche Konstitution, die es erlaubt, diese im nicht-stationären Setting anzusiedeln oder fortzuführen. Bei bestimmten BMI-Untergrenzen ist eine stationäre Aufnahme jedenfalls erforderlich. In vielen Fällen werden die Angebote eigenmotiviert durch die Familien in Anspruch genommen.
11. Ob und inwieweit eine Vernetzung mit anderen Einrichtungen besteht, hängt laut Meinung der Experten von den bundeslandspezifischen Gegebenheiten ab. In Linz wurde 2015 das Multidisziplinäre Versorgungszentrum im niedergelassenen Bereich unter dem Dach des Kepler Universitätsklinikums eröffnet. Es handelt sich dabei um ein kostenfreies und niederschwelliges Angebot, das ohne ärztliche Zuweisung in Anspruch genommen werden kann. Durch dieses Zentrum und mit Hilfe der ebenfalls in Linz angesiedelten Essstörungs-Wohngruppe „Kaya“ können für diese Region Österreichs eine gute Vernetzung gewährleistet werden.
In anderen Bundesländern fehlen vergleichbare Strukturen. Hier gibt es oft gute Kontakte zu Ärzten aus dem niedergelassenen Bereich, jedoch ersetzen diese keine spezialisierten Weiterbetreuungs- und Nachsorgezentren.
12. Die Experten gehen mit dem Erfordernis eines interdisziplinären Betreuungsansatzes konform. Details dazu wurden im hier vorliegenden Bericht bereits unter Punkt 7 zusammengefasst.
Neben einer umfassenden medizinischen und psychotherapeutischen Basistherapie sollten weitere Betreuungsangebote bestehen, die die grundlegende Behandlung unterstützen und ebenfalls auf die persönlichen Bedürfnisse abgestimmt sind. Ergänzend sollten der gesamten Familie therapeutische Maßnahmen, etwa Einzelberatungen, Elterngruppen oder Familienaufstellungen, bereitgestellt werden.
13. Die Therapie von Essstörungen erfordert die engmaschige Einbindung des sozialen Umfelds. Nähere Informationen dazu finden sich ebenfalls unter Punkt 7.
Die Experten können gelegentlich Schwierigkeiten bei der Eingliederung der Eltern in das Therapiegesehen identifizieren, wenn diese ihr „Mitwirken“ an der Entstehung der Erkrankung nicht eingestehen können oder wollen. Im Rahmen von persönlichen Elterngesprächen, -Vorträgen und Elterngruppen lassen sich diese Hemmschwellen meist reduzieren. Alle Experten gehen konform, eine qualitative Behandlung ohne das soziale Umfeld nicht umsetzen zu können.

14. Die Interviewpartner vertreten den Standpunkt, dass in Österreich grundsätzlich gute Arbeit geleistet wird, es jedoch an den notwendigen personellen als auch strukturellen Ressourcen mangelt. Als nationales Best Practice Modell wurde das Therapieangebot unter der Leitung von Dr. Andreas Karwautz genannt, welches unter anderem das ambulante Supportprogramm „MANTRA“ als auch das spezifisch auf Angehörige abgestimmte Online-Programm „SUCCEAT“ umfasst. Auch Oberösterreich wurde mit dem Kepler Universitätsklinikum und dem Multidisziplinären Versorgungszentrum in Linz als sehr guter Maßstab für die flächendeckende Umsetzung genannt. Darüber hinaus verweist ein Teil der Experten auf die ebenfalls in Linz ansässige Wohngruppe „Kaya“, die ein bundesweit einzigartiges Angebot insbesondere in der Weiterbetreuung und Nachsorge von Essstörungen-Patienten im niedergelassenen Bereich darstellt.

Im internationalen Raum verweisen die Experten vordergründig auf Programme aus England sowie Holland, nennen aber keines namentlich.

15. Es wurden keine ergänzenden Anmerkungen gemacht.

6.1.4 Zusammenfassende Darstellung der Kernaussagen

Unter den Experten herrscht großer Konsens über die österreichweite Versorgungslandschaft sowie über die wesentlichen Qualitätskriterien für eine Therapie von Untergewicht aufgrund der beiden Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa. Aus einer Zusammenfassung der Gespräche lassen sich Kernaussagen ableiten, welche in der folgenden Tabelle skizziert werden.

Thema	Kernaussage/n
Diagnose (Früherkennung)	<p>Je länger eine Essstörung besteht, desto schwieriger gestaltet sich die Behandlung und desto geringer ist der Therapie-Output.</p> <p>Die Erstvorstellung der Patienten erfolgt in der Regel im niedergelassenen Bereich.</p> <p>Ärzte und Behandler aus dem niedergelassenen Bereich, aber auch Schulärzte und Pädagogen, sollten für die frühen Warnzeichen von Essstörungen sensibilisiert werden und Unterstützungsmöglichkeiten anbieten.</p> <p>Das Thema Essstörung sollte mittels geeigneter öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen enttabuisiert und entstigmatisiert werden.</p>
Therapie von Essstörungen	<p>Essstörungen müssen als komplexes Krankheitsbild nach dem biopsychosozialen Entstehungsmodell betrachtet werden, das eine umfassende Therapie unbedingt notwendig macht.</p> <p>Die Einbindung des familiären Umfelds bzw. aller nahen Bezugspersonen stellt eine Grundvoraussetzung in der Behandlung von Essstörungen dar.</p> <p>Bezugspersonen können dabei die Rolle eines „Co-Therapeuten“ einnehmen und müssen gemeinsam mit den Betroffenen umfassend aufgeklärt und motiviert werden, sich aktiv am Behandlungsgeschehen zu beteiligen.</p> <p>Die Therapie soll gemäß evidenzbasierten Richtlinien erfolgen.</p>

Behandlungsteam	<p>Ein multiprofessioneller Betreuungsansatz bildet die Grundlage einer guten Behandlung.</p> <p>Die Therapie sollte unter Leitung einer Person (Arzt) erfolgen. Das Betreuungsteam sollte sich regelmäßig fortbilden und austauschen, den Therapiefortschritt evaluieren und bei Bedarf Adaptierungen vornehmen.</p>
Behandlungssetting	<p>Essstörungen sind individuelle Erkrankungen und erfordern den Einsatz verschiedenster Therapiemöglichkeiten.</p> <p>Neben spezialisierten Einrichtungen mit Stationen, Ambulanzen und Tageskliniken können Wohngruppen die Behandlungsoptionen ergänzen.</p> <p>Da Essstörungen langfristiger Therapien bedürfen, sollten in den Settings Nachsorgemöglichkeiten etabliert werden, die auch auf die Transition ins Erwachsenenalter abzielen.</p>
Nahtstellen-Management	<p>Der Austausch und die enge Vernetzung zwischen dem niedergelassenem Bereich und den spezialisierten Einrichtungen fördert eine gute Therapie in Österreich.</p> <p>Besondere Nahtstellen ergeben sich im Bereich der Diagnose (Früherkennung), aber auch im Bereich unterstützender Maßnahmen sowie in der Nachsorge.</p> <p>Zwischen den spezialisierten Einrichtungen sollte ein gutes Schnittstellen-Management erfolgen, um den Patienten bei Bedarf eine breite Möglichkeit an Behandlungen zukommen zu lassen.</p>
Ressourcen	<p>Die Schaffung eines spezialisierten Zentrums – besser aber vier solcher Zentren in den Regionen Nord/Ost/Süd/West – stellt eine dringende Notwendigkeit dar.</p> <p>Grundsätzlich sollten neben stationären vor allem auch ambulante und tagesklinische Angebote ausgebaut werden.</p> <p>Es müssen regionale Versorgungslücken geschlossen werden, um den für den Behandlungserfolg so essentiellen Einbezug des engen sozialen Umfelds gewährleisten zu können.</p> <p>Es sollte genügend Zeit für Austausch und Vernetzung zwischen den Akteuren zur Verfügung stehen.</p>
Finanzierung	<p>Eine Vollfinanzierung von evaluierten Therapieformen und -programmen sollte innerhalb Österreichs vorgenommen werden. Diese dient nicht zuletzt der gesundheitlichen Chancengleichheit.</p> <p>Programme und Maßnahmen, die keinen evidenzbasierten Hintergrund aufweisen, sind finanziell nicht zu unterstützen.</p>

7 Umsetzungsvorschläge zur Optimierung der Versorgung

Dieser Teil des Berichts sieht Handlungsempfehlungen für praktische Maßnahmen vor. Die Grundlagen für die Handlungsempfehlungen bilden die Analyse der österreichweiten Versorgungslage, die Interviews mit den Experten sowie der Diagnose- und (Be-)Handlungspfad der Medizinischen Universität Graz. Die darin enthaltene Leitliniensynopse wird als wesentlicher Qualitätsmarker für Betreuungsangebote im Rahmen der Therapie von Untergewicht aufgrund der Essstörungen Anorexia und Bulimie nervosa betrachtet.

Die Handlungsvorschläge stellen eine Empfehlung für nationale Maßnahmen dar. Jedes Handlungsfeld muss vor der Umsetzung einer Detailanalyse unterzogen werden. Basierend auf diesen Ergebnissen können in weiterer Folge entsprechende Maßnahmen in Abstimmung mit Experten ausgearbeitet werden.

7.1 Gegenüberstellung: Soll- und Ist-Zustand

Der Soll-Zustand

Der „Diagnose- und (Be-)Handlungspfad Untergewicht auf Primärversorgungsebene“ des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz definiert den „Soll-Zustand“ einer qualitativ hochwertigen Betreuung. Die Details zu dieser Maßnahme werden im Kapitel 3 näher erläutert.

Die Studie führte eine systematische Recherche von evidenzbasierten, qualitativ hochwertigen, internationalen Leitlinien zu diesem Thema durch. Daraus ergaben sich 7 Leitlinien, die in weiterer Folge zu einer Synopse zusammengefasst wurden. Die Empfehlungen zeigten weitgehend einheitliche Ergebnisse. Für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen wurden dabei folgende wesentliche Qualitätsparameter erhoben:

- Die Therapie soll einem multidimensionalen Ansatz folgen und unter Einschluss eines interdisziplinären Behandlungsteams aus entsprechend qualifizierten Fachkräften erfolgen
- Die Behandlung muss an die individuelle Situation der betroffenen Person angepasst sein und sich an einem evidenzbasierten Konzept orientieren, das eine Betreuung über mehrere Monate bis Jahre (inkl. Nachsorge) vorsieht
- Um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden, umfasst die Betreuung den stationären, ambulanten und tagesklinischen Bereich, wobei die beiden letzteren dem ersten nach Möglichkeit vorzuziehen sind
- Unter gewissen Voraussetzungen (z.B. akute Gesundheitsgefährdung, erhöhtes Suizidrisiko) ist eine stationäre Einweisung obligat
- Der niedergelassene Bereich (z.B. Hausärzte) nimmt einen hohen Stellenwert bei der Früherkennung, begleitenden Betreuung und Nachsorge ein
- Die Therapie muss in jedem Fall unter Einbeziehung aller relevanten, nahen sozialen Bezugspersonen erfolgen
- In der Behandlung müssen körperliche und psychische Begleit- sowie Folgeerkrankungen berücksichtigt werden
- Eine begleitende medikamentöse Therapieform kann nur bei Bulimia nervosa in Kombination mit Psychotherapie und nur bei Erwachsenen in Erwägung gezogen werden
- Eine isolierte Ernährungstherapie ist für die Behandlung von Essstörungen unzureichend
- Zwangsbehandlungen (z.B. Ernährung) sollten nur in Extremfällen, unter Abwägung moralischer Aspekte und Einbezug des sozialen Umfelds erfolgen

Der Ist-Zustand

Im Rahmen der österreichweiten Recherche (s. Kap. 5) wurde die enorme Heterogenität der Versorgungslage sichtbar. Es konnte eine Vielzahl an unterschiedlichsten Betreuungsstrukturen identifiziert werden, die jedoch zum Teil sehr unspezifisch waren - wie etwa im Fall von nicht näher definierten Beratungsstellen sowie Einzelangeboten - und daher nicht näher beleuchtet werden konnten. Laut den Experten-Interviews ist davon auszugehen, dass die Angebotspalette hinsichtlich des Therapiekonzepts von einer mangelhaften bis zu einer hohen Qualität reicht. In manchen Regionen Österreichs konnte eine umfangreiche Versorgung festgestellt werden, wie dies beispielsweise in Linz möglich war. In vielen Bundesländern und Regionen mangelt es jedoch an störungsspezifischen Betreuungseinrichtungen. Problematisch können auch die Bereiche Diagnose/Früherkennung sowie Nachsorgemöglichkeiten und Transition vom Jugend- ins Erwachsenenalter gesehen werden.

Erfüllung/Nichterfüllung von Qualitätskriterien

In Österreich gibt es kein einheitliches Therapiekonzept, was jedoch nicht mit einer minderen Betreuungsqualität einhergehen muss. Viele Anbieter, wie das Universitätsklinikum Hall oder das Landeskrankenhaus Klagenfurt, orientieren sich an einem eigens entwickelten und erfolgreichen Konzept, das den derzeit in Überprüfung befindlichen S3-Leitlinien zur „Diagnostik und Therapie von Essstörungen“⁴⁵ sowie den NICE Guidelines „Eating disorders: recognition and treatment“⁴⁶ folgt und persönliche Erfahrungen der Experten berücksichtigt. Die Qualitätskriterien (hinsichtlich Art der Therapie, Betreuungsteam, Einbindung der Eltern etc.) werden von spezialisierten Einrichtungen in der Regel erfüllt. Aufgrund von defizitären Ressourcen in den Bereichen Personal, störungsspezifische Angebote (z.B. auf Essstörungen spezialisierte Tageskliniken oder Wohngruppen) und Behandlungsplätze im Allgemeinen liegt allerdings ein quantitativer Betreuungsmangel vor.

Unspezifische Angebote wie lose Beratungen durch Einzelpersonen konnten in Hinblick auf ihre Qualität aufgrund mangelnder Datenlagen nicht beurteilt werden. Es liegt aber der Verdacht nahe, dass hierbei wesentliche Qualitätsmarker nicht erfüllt werden.

Die nächsten Schritte: Prinzipien

Als übergeordnete Ziele lassen sich nachstehende Prinzipien definieren. Einerseits geht es darum, das Angebot dem Bedarf anzupassen, andererseits darum, die Qualität des Angebots den Qualitätskriterien anzupassen.

7.2 Darstellung der Bedarfssituation in Österreich

Eine möglichst realitätsnahe Abbildung der Bedarfssituation kann aufgrund der mangelnden Datenlage – insbesondere von rezenten Zahlen zu Essstörungen – aktuell nicht erfolgen. Daher kann in diesem Abschnitt des Berichts nur ein Bezug zu den Interviews mit den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie (s. Kap. 6) und dem daraus abzuleitenden Bedarf gegeben werden. Erwähnenswert ist die Tatsache, dass alle Experten mit der notwendigen Erweiterung von regionalen Versorgungsangeboten konform gehen. Gemäß den Aussagen der Ärzte herrscht vor allem in den Bereichen der teilstationären und außerklinischen Betreuung sowie in der Nachsorge ein Mangel. Die beiden letztgenannten Aspekte könnten durch ein unzureichendes Schnittstellen-Management (mit-)begründet sein. Diese Bedingungen führen in ihrer Gesamtheit dazu, dass in der Praxis häufig nur schwerstkranken Kinder und Jugendliche therapiert werden können. Da sich die

⁴⁵ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2011)

⁴⁶ Vgl. National Institut for Health and Care Excellence (2017)

Krankheitsprognose bei verzögerter Therapie allerdings zunehmend verschlechtert, ist Handlungsbedarf gegeben.

7.3 Handlungsempfehlungen für die Praxis

In diesem Kapitel werden ausgehend von der Analyse der bundesweiten Versorgungslandschaft und den Diagnose- und (Be-)Handlungspfaden auf Primärversorgungsebene Vorschläge zur Optimierung der Therapie von untergewichtigen Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen abgeleitet. Im Folgenden werden die einzelnen Empfehlungen in Handlungsfelder gegliedert und grob beschrieben. Die Reihenfolge stellt dabei nicht zwingend eine thematische Priorisierung dar.

7.3.1 Handlungsfeld 1: Vertiefende Erhebung des Bedarfs an Versorgungsstrukturen

Wie bereits im Kapitel 7.2 umrissen, kann innerhalb Österreichs auf keine aktuellen Zahlen zu Essstörungen verwiesen werden. In diesem Zusammenhang sollte beachtet werden, dass nicht alle Kinder und Jugendliche, die an Anorexie, Bulimie oder Mischformen leiden, auch untergewichtig sind. Speziell Bulimiker treten nicht immer durch ein vermindertes Körpergewicht in Erscheinung, jedoch kann sich dieses im Verlauf der Erkrankung noch entwickeln. Auch Anorektiker können im Anfangsstadium ein völlig unauffälliges Körpergewicht aufweisen, das je nach Ausgangslage und Ausprägung der Krankheitssymptome unterschiedlich lange bestehen bleiben kann.

Aus den genannten Gründen wäre es wichtig, die Bedarfssituation in allen österreichischen Bundesländern zu erheben. In der Steiermark wurde dies mit dem Konzept für die Behandlung von Essstörungen (s. Kap. 4.3.5) bereits realisiert. Das Konzept kann daher als Orientierungshilfe herangezogen werden. Des Weiteren könnten die „Empfehlungen zur integrierten Versorgung von Essstörungen in Deutschland“⁴⁷ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Abschlussbericht „Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen“⁴⁸ im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur Österreichs als Hilfestellungen dienen.

7.3.2 Handlungsfeld 2: Bedarfsgerechter Ausbau von Versorgungsstrukturen

Nach Abschluss von Handlungsfeld 1 kann mit dem Ausbau bzw. der gegebenenfalls notwendigen Schaffung von Versorgungsstrukturen begonnen werden. Die Rechercheergebnisse dieses Berichts geben Hinweise darauf, dass es insbesondere an (hoch-)spezialisierten Einrichtungen mangelt. Als Alternative zur Schaffung neuer Strukturen könnten bestehende, qualitätsgesicherte Angebote erweitert werden. Von hoher Bedeutung scheinen dabei Tageskliniken als Schnittstelle zwischen dem vollstationären und ambulanten Bereich zu sein.

Letztlich sollte nicht nur der exakte Versorgungsbedarf erfasst, sondern auch die unterschiedlichen Erkrankungsphasen von Anorexie und Bulimie - und die damit verbundenen Therapiebedürfnisse - in die Überlegungen miteinbezogen werden.

Neben den Betroffenen sollten auch Angehörige von Essstörungs-Patienten einbezogen werden. Diese benötigen zumeist ebenfalls eine Betreuung aufgrund der psychosozial sehr belastenden Lebensumstände. Zumindest sollte allerdings eine engmaschige Einbindung in das Therapiegeschehen, z.B. mittels Beratungsangeboten, Vorträgen und Angehörigen-Gruppen, sichergestellt werden.

⁴⁷ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011)

⁴⁸ Vgl. Kern (2017)

7.3.3 Handlungsfeld 3: Anpassung der Qualität an die Vorgaben des Diagnose- und (Be-)Handlungspfads

Derzeit besteht neben gut strukturierten Versorgungszentren eine Vielzahl an Angeboten in Form von Clearing- sowie Beratungsstellen und Einzelangeboten. Es kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob diese Stellen eine qualitätsgesicherte Begleitung der Betroffenen anbieten (können). Aus diesem Grund wäre es wichtig, Qualitätsvorgaben auf Bundesebene zu installieren, die sich nach dem Diagnose- und (Be-)Handlungspfad der MedUni Graz (s. Kap. 3) richten. In weiterer Folge könnten Maßnahmen angestrebt werden, wonach nur jene Angebote, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen, verstärkt teil- oder vollfinanziert werden würden. Damit soll den Betroffenen der Zugang zu evidenzbasierten Angeboten langfristig erleichtert und die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme einer Behandlung reduziert werden.

Zu den wesentlichsten Voraussetzungen gehören ein multimodales Therapiekonzept sowie ein multiprofessionelles Behandlungsteam. Beides erfordert entsprechende strukturelle, zeitliche wie auch personelle Ressourcen.

7.3.4 Handlungsfeld 4: Identifikation und Ausbau von Schnittstellen

Im Zuge der Erstellung dieses Berichts konnten zwar regionale Schnittstellen identifiziert werden, jedoch keine einheitliche nationale Vorgehensweise hinsichtlich der Vernetzung von Anbietern. In den Experten-Gespräche wurde dieses Bild verstärkt, da gemäß den Fachärzten in der Praxis kaum zeitliche Ressourcen für Austausch und Vernetzung zur Verfügung stehen. Zudem hat die Fragebogenauswertung ergeben, dass in vielen Fällen keine Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Wahl einer Weiterbetreuung nach Erreichen des Erwachsenenalters bestehen.

Laut dem Behandlungspfad der MedUni ergeben sich in den Bereichen Diagnosestellung, stationäre/teilstationäre Therapien, Behandlung von Begleiterkrankungen und Komplikationen sowie Monitoring Nahtstellen.

Da Essstörungen in der Regel einer langfristigen Therapie bedürfen, die nicht zwingend nach Erreichung eines gesundheitsförderlichen Körpergewichts endet, sollten im Sinne der Rückfallprophylaxe entsprechende Schnittstellen zu geeigneten Weiterbetreuungseinrichtungen forciert werden. Zudem muss eine gute Kooperation zwischen der Jugendlichen- und Erwachsenenbetreuung geschaffen werden, um eine optimale Transition zu erreichen.

7.3.5 Handlungsfeld 5: Früherkennung und Awareness

Ein möglichst frühzeitiger Therapiebeginn fördert eine günstigere Krankheitsprognose. Daher sollte der Fokus auf Früherkennung und Diagnose gelegt werden. Zu diesem Zweck wären Sensibilisierungsmaßnahmen für Allgemeinmediziner, Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde, Berufsgruppen wie Diätologen und Physiotherapeuten, Pädagogen und Schulärzte sinnvoll. Die verschiedenen Professionen sollten ausreichend über die frühen Warnzeichen von Essstörungen informiert werden und im Umgang mit möglichen Betroffenen geschult werden. In der Vergangenheit wurden bereits mehrere Informationsunterlagen entwickelt, die dazu eine Anleitung geben. Zu diesen zählen u.a. die Leitfäden für Ärzte, Angehörige und Patienten der in Großbritannien angesiedelten

Wohltätigkeitsorganisation „Beat“⁴⁹, der durch die österreichische Servicestelle „give“ entwickelte Leitfaden zur Prävention von Essstörungen in der 5. bis 13. Schulstufe⁵⁰ sowie die Informationsbroschüre „x.act Essstörungen“ von PRO MENTE Oberösterreich⁵¹.

Im Rahmen einer Awareness-Kampagne wurde durch Beat ein Plakat entwickelt, das die frühen Warnzeichen von Essstörungen abbildet:



Abbildung 21: Beat eating disorders. Know the first signs? Tips poster.

Die Umsetzung vergleichbarer Awareness-Maßnahmen könnten auch für Österreich angedacht werden.

7.3.6 Handlungsfeld 6: Übergeordnete Maßnahmen

Zu den übergeordneten Maßnahmen zählen in erster Linie die Prävention von Anorexia und Bulimia nervosa, aber in weiterer Folge auch die Entstigmatisierung von Betroffenen⁵² und die Enttabuisierung von Essstörungen im Allgemeinen.

Mit der ersten Präventionsarbeit kann bereits in Betreuungseinrichtungen für die frühe Kindheit angesetzt werden. Verstärkt sollte sie allerdings in den vulnerablen Altersgruppen zum Einsatz kommen.

Zwar steht bei Essstörungen das Gewicht nur scheinbar im Vordergrund, dennoch können ungünstige Einflüsse aus der Wirtschaft (z.B. Werbemaßnahmen der Modeindustrie, die ein

⁴⁹ Vgl. Beat eating disorders (2017)

⁵⁰ Vgl. Schuch (2015)

⁵¹ Vgl. PRO MENTE Oberösterreich (2016)

⁵² Vgl. Arrouas et al. (2017)

gängiges Schönheitsideal suggerieren, Werbemaßnahmen für vermeintliche Diätprodukte etc.) zur Entstehung der Erkrankungen beitragen. So wurde im Rahmen der Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC-Studie)⁵³ herausgefunden, dass sich etwa 27 bis 51 Prozent der 11- bis 17-jährigen zu dick finden. Die Zahlen differieren nach Alter und Geschlecht, wobei Mädchen eine höhere Unzufriedenheit mit ihrem Körper aufweisen. Dieses Resultat liegt über dem internationalen Durchschnitt. Eine weitere quantitative Untersuchung⁵⁴ hat mittels einer Onlinebefragung ergeben, dass sich 39 Prozent der Mädchen und 22 Prozent der Buben durch negative Kommentare zu ihren in sozialen Netzwerken veröffentlichten Bildern gekränkt fühlen. Je 22 Prozent der Mädchen führen weiter an, Schamgefühle empfunden und das Foto gelöscht zu haben, mit ihrem Äußeren unzufrieden geworden zu sein und ihr Selbstbewusstsein verloren zu haben. Die Untersuchung wurde im Winter 2016/2017 durch das Wiener Programm für Frauengesundheit und der Wiener Gesundheitsförderung beauftragt. Es haben 171 Jugendliche im Alter zwischen 15 und 19 Jahren daran teilgenommen.

Diese und weitere Untersuchungen verdeutlichen die Wichtigkeit einer gesunden Körperwahrnehmung und eines guten Körperbewusstseins für diese sensible Altersgruppe, die besonders anfällig für die Entwicklung von Essstörungen ist. Hier kann mit spezifischen Maßnahmen angesetzt werden, um ein positives Selbstbild der Kinder und Jugendlichen zu fördern.

In Österreich wurde 2016 die Arbeitsgruppe "Legistische Maßnahmen gegen Magermodels" eingerichtet. Bislang wurde noch kein Mindest-BMI in der Modebranche auf gesetzlicher Ebene verankert, wie von vielen Akteuren gefordert. Frankreich geht hier beispielhaft voran. Im Code de la Santé wurde eine Bestimmung erlassen, der einen Hinweis auf digital bearbeiteten Werbebildern vorsieht. Bei Nichteinhaltung drohen Strafen im Ausmaß von bis zu 37.500,- Euro. Außerdem wurden verpflichtende ärztliche Gesundheitsatteste für Models gesetzlich verankert⁵⁵.

In Deutschland wird bereits seit 2007 die Initiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“⁵⁶ durch die Bundesministerien für Gesundheit, Bildung und Forschung sowie Familie, Senioren, Jugend und Frauen umgesetzt. Das Ziel besteht in der Vermittlung eines positiven Körperbilds und der Stärkung des Selbstwertgefühls. Die Zielgruppe der Initiative sind junge Menschen. In Kooperation mit Experten aus Verbänden und Medizin sowie Hilfseinrichtungen soll die Bevölkerung für das Thema sensibilisiert werden. Die Initiative wird von einem eigens eingerichteten Expertengremium fachlich unterstützt. In den vergangenen Jahren wurden verschiedene Veranstaltungen durchgeführt, Materialien publiziert und eine freiwillige Selbstverpflichtung der Textil- und Modebranche verabschiedet. In Modellprojekten wurden konkrete Aspekte wie die Stärkung des Selbstmanagements, die Qualifizierung von Multiplikatoren und die Entwicklung von Beratungsmodulen für Frauen und Mädchen mit Essstörungen gefördert.

In den Niederlanden und in Belgien wurde 2009 die Internet-Plattform „Proud2Beme“ (www.proud2beme.nl) initiiert. Mittlerweile zählt die Webseite mehr als 200.000 Besucheraufrufe pro Monat. Die Plattform richtet sich an alle, die Probleme mit ihrem Essverhalten und Selbstbild haben. Zudem ermöglicht sie eine einfache Suchfunktion für Experten und Hilfsangebote.

Nationale Maßnahmen könnten nach dem Vorbild dieser EU-Staaten und in enger Einbindung mit Experten entwickelt und etabliert werden.

⁵³ Vgl. Teutsch et al. (2017)

⁵⁴ Vgl. Wiener Programm für Frauengesundheit (2017)

⁵⁵ Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2017)

⁵⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2018)

8 Anhang

8.1 Fragebogen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen



Fragebogen – Analyse zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht aufgrund von Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa)

Untergewicht stellt in den frühen Lebensjahren ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar und kann massive Folgen für die körperliche sowie geistige Entwicklung der Betroffenen haben. Neben zahlreichen anderen Erkrankungen spielen psychogen bedingte Essstörungen eine bedeutsame Rolle bei der Ausbildung von Untergewicht und Mangelernährung.

Unter diesem Hintergrund beleuchtet das *Competence Center Integrierte Versorgung* aktuell die Betreuungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Untergewicht aufgrund der beiden Essstörungen Anorexia sowie Bulimia nervosa. Die Ergebnisse dieser und weiterer Recherchen bilden die Basis eines Berichts mit möglichen Handlungsempfehlungen für praktische Maßnahmen.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten (oder gegebenenfalls von einer verantwortlichen Person ausfüllen zu lassen) und bis **Fr., den 31.08.2018, an uns zu retournieren**. Sollten Sie keine Angebote für die Zielgruppe bereitstellen, bitten wir Sie um kurze Mitteilung per Mail.

Die gesammelten Daten werden in anonymisierter Form im Bericht aufbereitet und die Fragebögen als solche nicht publiziert.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Jasmin Briesner, BSc.
Diätologin der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse
Tel.: 0316/8035-5438
E-Mail: jasmin.briesner@stgkk.at

Mit Ihrer Mitarbeit leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur Entstehung dieser Analyse.
Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Kontaktperson: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)
Telefonnummer: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)
E-Mail: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Können Sie im Rahmen der Versorgung von untergewichtigen Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen Schwierigkeiten und Hemmnisse identifizieren?

Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Wird die Zielgruppe zum aktuellen Zeitpunkt in Ihrer Institution betreut?

Ja Nein

Falls ja, ergänzen Sie das Angebot bitte in folgender Tabelle:

Name der Institution	Angebot/e
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Leiter/in	Kontakt
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte führen Sie im nächsten Schritt anhand der nachstehenden Punkte Details zu Ihrem Angebot / Ihren Angeboten an:

Das Angebot besteht seit: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Gibt es einen Kostenzuschuss von Seiten eines Sozialversicherungsträgers?

Ja Nein

In Höhe von: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Besteht ein Kostenzuschuss von Seiten einer anderen Einrichtung/Stelle?

Ja Nein

Institution: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

In Höhe von: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Die Betreuung gestaltet sich

Ambulant Stationär Teilstationär

Innerhalb einer Tagesklinik

Im Rahmen eines nicht-klinischen Aufenthalts (z.B. Wohngruppe)

Art der Betreuung

Gruppenangebot (Störgruppe) Einzelangebot

Gruppengröße: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Falls erforderlich, bitte ergänzen Sie Details zur Betreuung:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte geben Sie Details zur Betreuungsdauer und –intensität bekannt:

Im Falle einer stationären Betreuung:

Die Betreuung erstreckt sich in der Regel über Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Tage/Wochen.

Im Falle einer tagesklinischen Betreuung:

Das Angebot umfasst Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Treffen/Termine über
Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Wochen/Monate.

Im Falle einer Betreuung im ambulanten/niedergelassenen Bereich:

Das Angebot umfasst Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Treffen/Termine.

Besteht die Möglichkeit einer Nachbetreuung?

Ja Nein Individuell

Umfang (Dauer der Nachbetreuung): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wie erfolgt die Überweisung der betroffenen Kinder/Jugendlichen zum Angebot/zu den Angeboten?

Eigeninitiative der Erziehungsberechtigten/der Betroffenen

Betreuender Kinderarzt/betreuende Kinderärztin

Betreuender Allgemeinmediziner/betreuende Allgemeinmedizinerin

Sonstiges: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Welche Teilnahmekriterien gibt es?

Einschlusskriterien: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ausschlusskriterien: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zielgruppe (Alter): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Auf welchen Therapiesäulen beruht das Programm?

Psychotherapie

Falls ja, bitte erläutern Sie die zur Anwendung kommende/kommenden
Therapie(r)en: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Medizinische Versorgung

Psychiatrie

Psychologie

Ernährungstherapie

Physiotherapie

Ergotherapie

Musiktherapie

Tanztherapie

Kunsttherapie

Tiergestützte Therapieformen

Weitere: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Sind ein oder mehrere der folgenden Aspekte Bestandteil(e) des Konzeptes?

Medikamentöse Behandlung:

Kommt zur Anwendung bei: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- Formuladiäten:
Kommt zur Anwendung bei: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
- Nahrungsergänzungsmittel:
Kommt zur Anwendung bei: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
- Sonden-Ernährung:
Kommt zur Anwendung bei: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
- Sonstiges:
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird das soziale Umfeld der PatientInnen integriert bzw. werden die Eltern /Erziehungsberechtigten beraten?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form erfolgt die Einbindung?

Beratungsgespräch/e

Vorträge

Sonstiges:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Welche Ziele werden in der Behandlung definiert?

Heilung der Essstörung

Therapie der Grunderkrankung

Therapie der Malnutrition

Stärkung der Sozialkompetenzen

Entlastung der Familien

Behandlung etwaiger Begleiterkrankung/en

Behandlung der Körperschemastörung

Gewichtszunahme

Gewichtsstabilisierung

Normalisierung des Essverhaltens

Erweiterung des Speiseplans

Verbesserung des Bewegungsverhaltens

Sonstige Ziele:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Besteht ein schriftliches Curriculum/Manual für den Therapieablauf?

Ja Nein In Erarbeitung

Steht ein interdisziplinäres Betreuungsteam zur Verfügung?

Ja Nein

Welche Berufsgruppen sind involviert?

- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde
- Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychiatrisches Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
- Sonstiges medizinisches Fachpersonal

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- PsychotherapeutIn
- Klinische PsychologIn
- Klinische/r SozialarbeiterIn
- Sozialpädagogen
- Sonstige Berufsgruppe/n mit Ausbildung im psychosozialen Bereich

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- DiätologIn
- ErnährungswissenschaftlerIn
- ErnährungspädagogIn
- Sonstige Berufsgruppe/n mit Ausbildung im Ernährungsbereich

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

- PhysiotherapeutIn
- ErgotherapeutIn
- Sonstige Berufsgruppe/n mit Ausbildung im Bewegungsbereich

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wie wird das Betreuungsteam auf die Zielgruppe vorbereitet?

- Facheinschlägige Ausbildung
- Keine Ausbildung

Sonstige Ausbildung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Erhalten die PatientInnen bedarfsgerechte Materialien/Unterlagen?

Ja Nein

Wird eine Informationsunterlage angeboten (z.B. in Form einer Broschüre)?

- Ja, für Erziehungsberechtigte
- Ja, für Betroffene
- Ja, für medizinisches Personal
- Ja, für Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
- Nein

Welche der folgenden Parameter werden dokumentiert?

- Alter
- Geschlecht
- Körpergröße
- Gewichtsverlauf
- Body Mass Index
- BMI-Perzentile
- Grunderkrankung/en
- Begleiterkrankung/en
- Laborbefund/e
- Untersuchungsbefund/e
- Einstellung, Wissen und Verhalten der TeilnehmerIn
(Therapiebereitschaft)

Sonstige Parameter:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wie erfolgt die Überführung von der Jugendlichen- in die Erwachsenenbetreuung?

Unterstützung bei der Wahl der Weiterbetreuung

Sonstige Maßnahmen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Es können keine speziellen Maßnahmen getroffen werden

Falls ja, bitte begründen Sie Ihre Aussage:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wird das Angebot evaluiert?

Laufende Evaluierung Evaluierung in der Vergangenheit

Keine Evaluation

An dieser Stelle können Sie persönliche Anmerkungen ergänzen:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens Fr., den 31.08.2018, an

jasmin.briesner@stgkk.at.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe!

9 Literaturverzeichnis

Elmadfa, I. et al. (2012). Österreichischer Ernährungsbericht 2012. In: https://nutrition.univie.ac.at/uploads/media/oesterr_ernaehrungsbericht_2012.pdf (Zugriff am 01.08.2018).

Abarca-Gómez, L., Abdeen, Z.A. et al. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. In: The Lancet, Volume 390, Issue 10113, 16–22 December 2017, Pages 2627-2642.

Deutsche Gesellschaft für Essstörungen, Zeeck, A., Herpertz, S. (Hg.) (2015). Patientenleitlinie „Diagnostik und Behandlung von Essstörungen“. In: <https://www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html> (Zugriff am 01.08.2018).

Rothenhäusler H.-B., Täschner K.-L. (2012) Kompendium Praktische Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage. Springer-Verlag Wien.

NCD Risk Factor Collaboration (Hg.) (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. In: The Lancet, Volume 390, ISSUE 10113, P2627-2642, December 16, 2017. Download unter: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2932129-3>.

Arrouas, M., Weber, A. et al. (2017). Childhood Obesity Surveillance Initiative. In: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/3/3/CH1048/CMS1509621215790/cosi_2017_20171019.pdf (Zugriff am 01.08.2018).

Nützenadel, W. (2011). Gedeihstörungen im Kindesalter. In: Deutsches Ärzteblatt International 2011; 108(38): 642–9. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0642 (Zugriff am 19.10.2017).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – BMGF-Version 2017. In: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/icd-10_bmgf_2017_-_systematisches_verzeichnis_sp1_neu.pdf (Zugriff am 01.08.2018).

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM). S3-Leitlinie - Diagnostik und Therapie der Essstörungen 2011. In: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026k_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen_2011-abgelaufen.pdf (Zugriff am 02.08.2018).

PRO MENTE Oberösterreich, Institut für Suchtprävention (2016). x-act Essstörungen. Download unter <https://www.praevention.at/infobox/informationenmaterialien/verhaltenssuechte.html>.

Hahn, A., Ströhle, A., Wolters, M. (2016). Ernährung: physiologische Grundlagen, Prävention, Therapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Biesalski, H.K., Grimm, P., Nowitzki-Grimm, S. 2015.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J. et al. (2013). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-Mh). In: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/degs_w1_n_ode.html (Zugriff am 29.10.2018).

Fachstelle für Suchtprävention NÖ (Hg.) (2016) Basiswissen Sucht und Suchtprävention. ZAHLEN, DATEN & FAKTEN. Abhängigkeitserkrankungen und ausgewählte Störungen. In: <https://www.fachstelle.at/produkt/basiswissen-sucht-in-zahlen/> (Zugriff am 02.11.2018).

Deutsches Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2018). In: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/essstoerungen/wenn-essen-das-leben-bestimmt.html> (Zugriff am 02.11.2018).

Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2008) Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin. In: <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/ergebnisse/kiggs-basiserhebung/gbepublikationen.html> (Zugriff am 02.11.2018).

Gschwandtner, F., Lehner, R., Paulik, R. et al. (2017). FACTSHEET Sucht. Überblick über statistische Kennzahlen zur Abhängigkeit, zum Konsum von psychoaktiven Substanzen und zu Verhaltenssuchten in Österreich. In: <https://www.praevention.at/news/news-detail/article/aktualisiertes-factsheet-sucht.html> (Zugriff am 29.10.2018)

Knell, U., Haselberger, G. (2017). Hotline für Essstörungen 0800 20 11 20: Statistische Auswertung der Anrufe und E-Mail Anfragen 2017. In: <https://www.wig.or.at/Hotline%20f%C3%BCr%20Essst%C3%B6rungen.186.0.html> (Zugriff am 02.11.2018).

Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (Hg.) (2018). Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2018. Unser aktuelles Schwerpunktthema: Seelische Gesundheit. Download unter https://www.kinderjugendgesundheit.at/files/cto_layout/downloads/jahresbericht/LIGA_JB_2018_print.pdf (Zugriff am 31.10.2018).

Karwautz, A. (2013). Essstörungen. In: Österreichische Ärztezeitung. Download unter http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2013_Verlinkungen/StateEssstoerungen.pdf (Zugriff am 01.08.2018).

Siebenhofer-Kroitzsch, A., Semlitsch, T., Horvath, K. et al. (2018). Entwicklung eines Diagnose- und (Be-)Handlungspfads für die österreichische Primärversorgungsebene zu Untergewicht aufgrund von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2011). S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Essstörungen (abgelaufen). Download unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026k_S3_Diagnostik_Therapie_Esst%C3%B6rungen_2011-abgelaufen.pdf (Zugriff am 01.08.2018).

Österreichische Sozialversicherung. (2018). Online-Information unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.796673> sowie unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.796044&portal=hvbportal&viewmode=content> (Zugriff am 05.11.2018).

Schmadlbauer, H., Jachs, U. (2015). Pressekonferenz Land Oberösterreich, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg: Neues multidisziplinäres Versorgungszentrum für Menschen mit Essstörungen und deren Angehörige. In: https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/LK/PKMVZPU15.09.2015_FREI.pdf (Zugriff am 06.08.2018).

Kärntner Gebietskrankenkasse (2018). Kinder- und Jugendpsychotherapie. In: <https://www.kgkk.at/cdscontent/?contentid=10007.792383&viewmode=content> (Zugriff am 30.10.2018)

Fliedl, R., Hartl, Ch., Karwautz, A. (2018). Ist-Stand Versorgung 2018. In: <https://oegkip.at/2018-ist-stand-der-versorgung/> (Zugriff am 29.10.2018)

Auer, C.-M. im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur (2018). Österreichischer Strukturplan Gesundheit. In: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH3967/CMS1136983382893/oesg_2017_textband_stand_29.06.2018.pdf (Zugriff am 01.08.2018)

Karwautz, A. (2013). Essstörungen. In: Österreichische Ärztezeitung, http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2013_Verlinkungen/StateEssstoerungen.pdf (Zugriff am 01.08.2018)

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2018). Presseinformation aktuell: Sozialversicherung erweitert Psychotherapie-Angebote. In: http://www.hauptverband.at/cdscontent/content_print.xhtml?contentid=10007.693731&viewmode=content&print=true (Zugriff am 29.10.2018).

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (2018). Kassenvertrag. In: <https://www.psychotherapie.at/oebvp/berufspolitik/kassenvertrag> (Zugriff am 29.10.2018).

Karwautz, A. (2018). Leistungsbericht 1993 – 2018. „Essstörungen und Assoziierte Krankheitsbilder“: 25 Jahre Kompetenz für Menschen mit Essstörungen an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus.

Schmidt, U., Wade, T.D., Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, Key Features, and Preliminary Evidence. (2014). Download unter: https://www.researchgate.net/publication/263340687_The_Maudsley_Model_of_Anorexia_Nervosa_Treatment_for_Adults_MANTRA_Development_Key_Features_and_Preliminary_Evidence (Zugriff am 05.11.2018).

Mayr, H. (2018). Integrierte Versorgung von Patient/innen mit Essstörungen am Beispiel des MVZ. In: https://www.fh-ooe.at/fileadmin/user_upload/fhooe/ueberuns/kongresswesen/2017/iv/docs/fhooe-iv2017-ppt-mayr-hertha.pdf (Zugriff am 01.08.2018).

ANAD e.V. Versorgungszentrum Essstörungen (2018). Online-Informationen unter <https://www.anad.de/> (Zugriff am 29.10.2018).

Sipos, V., Schweiger, U. (2016). Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation. Download unter: <https://www.lwl.org/psychiatrie-marsberg-download/PDF/ADHS/Therapie%20der%20Essstoerungen%20durch%20Emotionsregulation.pdf> (Zugriff am 31.08.2018).

Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik für Kinder und Jugendliche GmbH (2018). Therapiekonzept Essstörungen. Download unter: [https://charlottenhall.com/fileadmin/user_upload/Downloads/Therapiekonzept_Esst%C3%B6rungen_Charlottenhall\(1\).pdf](https://charlottenhall.com/fileadmin/user_upload/Downloads/Therapiekonzept_Esst%C3%B6rungen_Charlottenhall(1).pdf) (Zugriff am 29.10.2018).

GGZ Rivierduinen (2018). Eetstoornissen Ursula. Online-Information unter <https://www.rivierduinen.nl/eetstoornissen>.

Gruber, S., Ederer, K.P., Lahousen-Luxenberger, T., Holsasek, S. (2018). Konzept Essstörungsbehandlung in der Steiermark.

Landeskrankenhaus Hall in Tirol (2018). Infoblatt Station Essstörungen. In: <https://www.tirol-kliniken.at/data.cfm?vpath=ma-wartbare-inhalte/lkh-hall/kinder--und-jugendpsychiatrie-hall/infolder-essstoerungen-neu>. (Zugriff am 01.08.2018).

Klinikum Klagenfurt, Neurologie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. (2015). Konzept Anorexia nervosa.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2011). Empfehlungen zur integrierten Versorgung von Essstörungen in Deutschland. Download unter: <https://www.bzga-essstoerungen.de/verwandte-freunde0/materialien/broschueren/>.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2011). S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie von Essstörungen (abgelaufen). Download unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026k_S3_Diagnostik_Therapie_Esstoeungen_2011-abgelaufen.pdf (Zugriff am 01.08.2018).

National Institut for Health an Care Excellence (2017). Eating disorders: recognition and treatment. Download unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813> (Zugriff am 01.08.2018).

Kern, D., Sagerschnig, S. (2017). Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Abschlussbericht). Download unter: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Psychosoziale_Versorgung_von_Kindern_und_Jugendlichen.

Beat eating disorders (2017). Seeking treatment for an eating disorder? The first step is a GP appointment. Download unter <https://www.beateatingdisorders.org.uk/types/downloadable-resources>.

Schuch, S. im Auftrag von give Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen (2015). Prävention von Essstörungen. 5. – 13. Schulstufe. Download unter <http://www.give.or.at/material/praevention-von-essstoerungen-5-13-schulstufe/>.

PRO MENTE Oberösterreich, Institut für Suchtprävention (2016). x-act Essstörungen. Download unter <https://www.praevention.at/infobox/informationen/materialien/verhaltenssuechte.html>.

Arrouas, M. und Fleischmann, A. (2017). Gesundheitsziele Österreich. Weiter denken. Weiter kommen. Download unter: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/6/CH1452/CMS1456918040083/gz9_psychoziale_gesundheit_foerdern.pdf (Zugriff am 01.08.2018).

Teutsch, F., Maier, G., Felder-Puig, R. (2017). HBSC Factsheet 05. Das Körperbild von österreichischen Schülerinnen und Schülern: HBSC Ergebnisse 2014. Download unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Kinder_und_Jugendgesundheit/Schulgesundheit/Gesundheit_und_Gesundheitsverhalten_oesterreichischer_SchuelerInnen.

Wiener Programm für Frauengesundheit (Hg.) (2017). Download unter <https://www.wien.gv.at/kontakte/frauengesundheit/publikationen.html>.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2017). Ungesunde Schönheitsideale: Maßnahmen für ein selbstbewusstes Körperbild. Online-Information unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Frauen_Gleichstellung/Diskriminierungsfreie_Werbung/Ungesunde_Schoenheitsideale/Ungesunde_Schoenheitsideale_Massnahmen_fuer_ein_selbstbewusstes_Koerperbild.

Bundesministerium für Gesundheit (2018). Leben hat Gewicht. Online-Information unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/essstoerungen/leben-hat-gewicht.html>