

KOMPETENZBEREICH FÜR ERNÄHRUNGSPSYCHOLOGIE UND ADIPOSITAS

Prävention, Abklärung und Behandlung von Essverhaltensstörungen am Inselspital Bern

verfasst von Kurt Laederach-Hofmann und Bettina Isenschmid

April 2001

1. Rev. und Erg. Januar 2006

2. Rev. Mai 2006

3. Rev. November 2008

Vorbemerkung

Das vorliegende Konzeptpapier zur Erstabklärung von Patientinnen und Patienten mit Gewichtsproblemen und Essverhaltensstörungen ist das Ergebnis von Erfahrung und intensiver, interdisziplinärer Diskussion. Es stellt dar, wie komplexe Störungen des Essverhaltens nützlicherweise triagiert und für eine weitere interne oder externe therapeutische Betreuung indiziert werden. Zudem ist unserer Betreuung vom Einsatz der verschiedenen therapeutischen Segmente (z.B. Ernährungsberatung, Bewegungstherapie, Gruppentherapien, operative Interventionen) geprägt, wie diese am Zentrum in gemeinsamer Arbeit durchgeführt werden kann.

Die Prävention, als separates Engagement, wird am Inselspital mit Unterstützung des Kantons auf privater Ebene (Verein PEP, geleitet durch die beiden Autoren) durchgeführt, weil das Universitätsspital keine präventiven Aufgaben erfüllen kann.

Epidemiologie

Unter einer Anorexie leiden bis zu 2% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz, unter einer Bulimie bis zu 8% {Zimmermann, 2004 #8797; Steinhausen, 1997 #8798; Isenschmid Gerster, 1997 #8799; Milos, 2004 #8800}. Adipositas ist eine Krankheit, die in der Bevölkerung seit Jahren zunehmend auftritt. Heute rechnet man nach einer Studie in der Schweiz mit einem Anteil von 40% Übergewichtigen, 18% Adipösen und 6% morbid adipösen Patienten {Zimmermann, 2004 #8797}. Die Behandlung von Essverhaltensstörungen hat deshalb einen grossen Stellenwert in der Prävention der Folgekrankheiten (Kardiovaskuläre Erkrankungen, Neoplasien, degenerative Körperschäden, psychosoziale Folgen bei Adipositas, Osteoporose, Zahnschädigungen, cerebrale, kardiale und renale Probleme durch Elektrolytstörungen bei Erbrechen und Laxantienabusus sowie Stoffwechselstörungen durch Malnutrition bei Bulimie und Anorexie) und soll demnach auch fachlich kompetent und auf einem universitären Niveau durchgeführt werden.

Diese sorgfältige universitäre Abklärung und Behandlung zu gewährleisten ist das Ziel unseres Konzepts.

Kennzeichnend für den Bereich Anorexie und Bulimie die hohe Zahl (fast 50%) an Selbstzuweisungen oder Anmeldungen über Eltern, Partner, Lehrkräfte und das häufig noch geringe Alter der Patientinnen (ab 13 Jahre). Dies bedingt einen besonderen Umgang mit dem sozialen Netz sowie ein besonders hohes Mass an Diskretion bei der Weitergabe von Informationen. Das Besondere bei der Adipositas ist die unterschiedliche Wertigkeit der Störung in Abhängigkeit der Sozialklassen (Krankheitswahrnehmung und Stigmatisierung) sowie die epidemiologisch-ökonomische Bedeutung einer Behandlung. Zudem sind in allen Ländern (Entwicklungs- und Industrieländer) in den letzten Jahren deutlich mehr Jugendliche und Kinder von der Krankheit betroffen als früher, was auch ein Konzept im Umgang mit Betreuungspersonen verlangt. Des Weiteren ist die deutliche

Zunahme von Misch- und Übergangsformen der verschiedenen Essstörungen auffallend, die die Konzeptualisierung eines gemeinsamen Hintergrundes und als Konsequenz auch eines gemeinsamen Vorgehens zukünftig erforderlich machen.

Klinisches Team

Leitung: Frau Dr. med. et MME B. Isenschmid, PD Dr. med. Kurt Laederach-Hofmann,
Abklärungstermine: Tel. 031/632 08 00

- Gruppentherapien Essverhaltensstörungen (Leitung: Frau Dr. B. Isenschmid, Dr. K. Laederach-Hofmann, Herr lic. phil. Th. Grob, Frau lic. phil. M. Blank Gebre), Montag 17.00 - 18.30 Uhr, Dienstag 17.15 - 18.45 Uhr, Donnerstag 12.15 – 13.45 Uhr, Anmeldungen via Sprechstunde.
- Spezialisierte Ernährungsberatung: Fr. P. Teuscher, Frau B. Fischer, Ernährungsberatung für Essverhaltensstörungen Tel. 031/632 08 00. Fr. N. Meyer, Ernährungsberatung für Adipöse Tel. 031/ 632 38 95.
- Bewegungstherapie: Körperwahrnehmung und Bewegungsimprovisation für Frauen mit Essstörungen, Leitung: Fr. T. Rytz. Gruppensitzungen Mittwoch und Donnerstag 18 - 20 Uhr. Anmeldungen via Sprechstunde.
- Aqua-Fit: Hr. R. Baertsch, Konradweg 3, 3012 Bern, 031 301 6175 (Gruppen im Inselspital, Gäbelbach, Stettlen, Weyermannshaus, Stettlen)
- Abklärung bei Bariatrischer Chirurgie: Dr. K. Laederach-Hofmann, Tel 031 632 8313
- Zahnprobleme: Universitätszahnkliniken, Klinik für Zahnerhaltung (Frau Dr. med. dent. A. Grüniger), Sprechstunden nach Vereinbarung. Anmeldungen unter 031/632 2580.
- Präventionsprojekt PEP: extraklinische Beratungsgespräche, begleitete Angehörigen- gruppen, Unterstützung für Lehrkräfte. Anmeldungen und Information, 031/632 07 77 (Mittwoch 14-16 Uhr) oder über www.pepinfo.ch

Gemeinsamer Rapport des klinischen Teams: aktuell jeweils Dienstags, 12-13 Uhr, Büro 122 1. Stock, Murtenstrasse 21/Eingang 45

Definitionen:

Das Normgewicht eines Patienten ist abhängig von seiner Konstitution, Grösse und Ernährungszustand. Gebräuchlich ist die Verwendung des Body Mass Indexes (BMI). Die Formel lautet:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (in kg)}}{\text{Körpergrösse (in m)}^2}$$

Dieser Index definiert

- die Untergewichtigkeit (BMI unter 18)
- das Normgewicht (BMI zwischen 18 und 25)
- das Übergewicht (BMI zwischen 25 und 30)
- die Adipositas (BMI zwischen 31 und 39)
- und die morbide Adipositas (BMI über 40)

Andere Einteilungen¹ definieren Übergewicht als

- Grad I , BMI zwischen 25 und 30
- Grad II, BMI zwischen 30 und 35
- Grad III, BMI über 40

¹ nach Graham 1982

Ätiologien:

Ursächlich spielen bei den Essverhaltensstörungen Probleme in der Autonomieentwicklung, auffallende familiäre Konstellationen (z.B. Überbetonung des Leistungsideals) Defiziten der zentralen Hunger- und Sättigungswahrnehmung, Persönlichkeitsfaktoren sowie soziokulturelle Faktoren wie Körperideale und Gewalterfahrungen eine Rolle. Der weitaus grösste Anteil der Übergewichtigen weist eine im Vergleich zum Verbrauch (Grundumsatz und Anteil physischer Arbeit) erhöhte Kalorienbilanz auf. Die meisten Leute essen also zuviel und/oder sind körperlich zu inaktiv (sedentary life style). Wenige Komponenten der Adipositas sind genetisch, die meisten Determinanten Milieu-bedingt fixiert. Insofern ist die Adipositas eine explizit psychosomatische oder somatopsychische Erkrankung. Bei allen Essstörungen kommen einige Endokrinopathien und (kaum wichtig) genetisch-bedingte Krankheiten dazu.

Abklärungsziele:

Es gilt bei allen Essgestörten festzuhalten, was und wieviel sie effektiv essen (Essprotokolle!) sowie die das Essen begleitenden sozialen Umstände zu erkunden. Da Essverhaltensstörungen häufig Ausdruck einer Suchtkrankheit sind (Fress-Sucht, Ess-Brech-Sucht) müssen die Angaben relativiert und in den individuellen Kontext gestellt werden (Cave: Subjektive Realität bei übergewichtigen Patienten, "underreporting" bis zu 50% der Nahrungsmenge!, Verschweigen von Ess-Brech-Anfällen, „overreporting“ bei Anorexien). Ebenso wichtig ist das sorgfältige Erfragen und die quantitative Abschätzung der körperlichen Aktivität, welche besonders bei der Anorexie exzessiv als Strategie zur weiteren Gewichtsreduktion eingesetzt wird.

Eine Laborkontrolle (siehe unten) und eine Festlegung der wichtigsten somatischen (Gewicht und Grösse, kardiovaskuläre Funktionen, Grundumsatz, autonome Funktionen) und psychischen (beispielsweise Lebensgeschichte, Persönlichkeitskomponenten) Einflussgrößen ergänzen eine vollständige Abklärung.

Erstkonsultation:**Anamnese Essverhaltensstörungen (Anorexie, Bulimie, EDNOS etc.):**Gewicht:

- Aktuelles Gewicht, höchstes Gewicht, tiefstes Gewicht, Zielgewicht
- Stabilität/Variabilität des Gewichts, Abhängigkeit von life-events
- Zufriedenheit mit aktuellem Gewicht, Wäge-Häufigkeit

Essverhalten:

- Detaillierte Schilderung der Nahrungsaufnahme (inkl. Getränke) am Vortag
- Wie chaotisch ist das Essverhalten?
- Haupt- und Zwischenmahlzeiten erhalten? Normale Mahlzeit?
- Hinauszögern des Essens, Fastenphasen
- Verbotene/erlaubte Nahrungsmittel
- Gebrauch Kalorientabelle, Nahrungswaage, Messbecher etc.
- Angabe von Hunger und Sättigungszeitpunkt

Diätverhalten:

- Fastenphasen, Diätpraktiken aktuell?
- Frühere Diätphasen, Konsequenzen, Dauerdiät
- Bedingungen (privat, beruflich, sportlich), bei denen ein bestimmtes Gewicht erforderlich ist.

Fressanfälle:

- Wie sieht der Anfall aus? Wieviel und welche Art von Nahrung wird verzehrt?
- Anfälle in Zusammenhang mit Mahlzeiten oder separat?
- Wodurch wird ein Anfall ausgelöst (Trigger: Gefühle, Zeit, Nahrungsmittel)?
- Was stoppt einen Anfall?
- Welche Gefühle, Gedanken und Rituale begleiten den Anfall?
- Frequenz, Dauer und Intensität der Anfälle
- Symptomfreie Phasen?

Anamnese: (die nachfolgenden Ausführungen gehören zum Minimalset)

- Aktuelle Beschwerden (körperliche wie Leistungsintoleranz, Schwitzen, Gelenkprobleme)
- Essstörungen: Craving (KH, Fett, besondere Speisen), binge eating (Fressanfälle), night eating (nächtliches Kühlschranks leeren), problem eating (Essen bei psychischen Problemen), binge-purge (Essen und Erbrechen oder Darmpurgierung), Erbrechen alleine, andere Süchte (Alkoholkonsum, Nikotin)
- Gewichtsverlauf seit Kindheit
- Körperliche Aktivität
- Abmagerungsversuche (Anzahl, Methoden, Diäten, Medikamente, Gewichtsschwankungen [weight cycling])
- Begleiterkrankungen: Diabetes mellitus, Hypertonie, KHK, Arthrose, psychische, psychosoziale und psychosomatische Probleme, Hormonstörungen, Dyslipidämie, Gicht, Gallensteinleiden
- ausführliche persönliche Anamnese, Krebskrankheiten, Kardiovaskuläre Krankheiten
- Familiäre Belastung mit Brust- oder Unterleibskrebs, Gallensteinleiden, Kardiovaskuläre Krankheiten
- Vorstellungen des Patienten über: Zielgewicht, Zeitplan, Motivation, Ästhetik, Körperbild

Status

- Allgemeine internmedizinische Untersuchung
- Körpergewicht und -größe, BMI, Blutdruck liegend/ stehend (cave: Manschettengröße; wenn Oberarmumfang über 34 cm, breite Manschette verwenden, unter 14 cm Kindermanschette verwenden!), Puls liegend/ stehend
- Fettverteilungstyp: android, gynoid, cushingoid
- Waist-Hip Ratio
- Abdominale Narben? Organomegalien?

Labor

- Routine-Nüchternblutentnahme:
 - * Blutbild (incl. Lc-Diff und Tcy, ev. Reti), Na, K, Cl, Mg, Albumin, Transferin, Ferritin, Creatinin, Harnstoff, ALAT, ASAT, Gamma-GT, Alk. P, Amylase, Glucose nüchtern, Lipidstatus (incl. LpA), TSH, HbA1-c, Urinstatus
- Nach Rücksprache mit Oberarzt
 - * Glucose 2h-Wert, fT3, fT4, venöse pH-Bestimmung, Cortisol basal oder Dexamethason-Hemmtest, f-Testosteron, FSH, LH, Leptin, Östradiol und andere androgene Steroide (Methylprogesteron, Androstendion, Hydroxyprogesteron)

Zusatzuntersuchungen (nur nach Rücksprache mit Oberarzt)

- Ganzkörperdensitometrie zur Bestimmung von Fettmasse und Fettverteilung
- Indirekte Kalorimetrie (in der ErnB)
- TRH-TSH Test, Dexamethasonhemmtest, andere endokrinologische Tests
- Insulin-Resistenz-Bestimmung
- ANS-Testung

Behandlungsziele:

Erstes Ziel bleibt in jedem Falle die Normalisierung des Essverhaltens, für Patienten mit Adipositas die langfristige Gewichtsreduktion, für Patientinnen mit Untergewicht, Orthorexie etc. der kontinuierliche Gewichtsaufbau und die Erweiterung des Nahrungsspektrums, und für Patientinnen mit Bulimie und Binge Eating die Reduktion der Ess- bzw. Brech-Anfälle oder anderer Purging-Verhalten.

Die Gewichtsreduktion bei Übergewicht kann mit verschiedenen Massnahmen erreicht werden:

- a) durch vermehrte körperliche Aktivität
- b) durch Modifikation des Essverhaltens und der Nahrungszusammensetzung
- c) durch Medikamente
- d) durch chirurgische Massnahmen; sog. bariatrische Chirurgie (Essbremsen wie gastric-banding, hyporesorptive Eingriffe wie G-I-Bypass und andere Massnahmen)

Adipositas ist ein chronischer Krankheitszustand, der (meist) lebenslang behandelt und kontrolliert werden muss. Zudem leiden mehr als 4/5 aller Patienten mit Übergewicht an Essstörungen, auch wenn diese teilweise nicht einer klar definierten psychiatrischen Kategorie entsprechen. Der Anteil der psychiatrischen Essverhaltensstörungen nimmt mit zunehmendem Gewicht kontinuierlich zu und beträgt bei Patienten mit morbidem Adipositas mindestens 40%!! Drehscheibe ist die Adipositasprechstunde wo Patienten besprochen und Behandlungsvorschläge oder -strategien festgelegt oder empfohlen werden.

Der Gewichtsaufbau bei Untergewichtigkeit folgt vor allem den Vorgaben der Ernährungsberatung unter Berücksichtigung des somatischen Gesamtzustandes. In der Regel steht der Einbezug bisher verbotener Nahrungsmittel wie Fett und Kohlehydrate sowie die schrittweise Erhöhung der Energiezufuhr im Vordergrund.

Bei der Bulimie gilt grundsätzlich ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz mit Selbstkontrolle, Stimulusidentifikation und -kontrolle, Strukturierung des Esstages sowie die Einplanung und Durchführung realitätsbezogener und deshalb auch realisierbarer etappenweiser Verhaltensmodifikationen. Nicht zu vergessen ist die Monitorisierung und konsekutiver Korrektur teilweise eindrücklicher und oft erst im Zeitverlauf manifest werdender Elektrolytstörungen (K, Cl, Mg, Ph, Albumin, Vit-K, Crea) und der allfälligen Gründe dafür (sek. Hyperaldosteronismus).

Vorgaben

Die klinische Sprechstunde kann verschiedene „Gefässe“ anbieten wo Patienten mit Gewichts- und Essproblemen adäquat abgeklärt und behandelt werden können, wie:

- der ärztliche Dienst
- die psychologische Abklärung und Betreuung
- die Ernährungsberatung
- die Physio- und Sporttherapie
- die Körperwahrnehmungstherapie

- die interventionellen Massnahmen

Der ärztliche Dienst beinhaltet eine Betreuung durch den Kompetenzbereich Ernährungspsychologie und Adipositas (KEA) oder durch die AIMA, wobei bei letzterer vorwiegend unkomplizierte, schwergewichtig Ernährungs-physiologische bzw. -korrektive Massnahmen geschehen.

Der ärztliche Dienst der KEA folgt einem integrativen, psychosomatisch orientierten Konzept und behandelt Patienten mit folgenden Besonderheiten:

- Psychologische oder psychiatrische Probleme im Vordergrund
- Psychosomatische Betreuung nötig (somatische und psychologische Probleme interagieren)
- Motivationspsychologische Interventionen, Förderung der Introspektion etc.
- Abklärungen für bariatrische Eingriffe, besonders Ressourcenorientierte mittelzeitige Abklärungen und Betreuungen zur Abschätzung von eventuellen Bewältigungsstrategien vor und in der Folge chirurgischer Massnahmen
- Abklärung für plastisch-korrektive Eingriffe (Fettschürzen, Gewebeentnahmen bei normalgewichtigen Patientinnen mit Essverhaltensstörungen)
- Langzeitbetreuung von Patientinnen und Patienten mit Gewichts- und Essproblemen bei therapeutisch anspruchsvollen und komplexen Situationen.

Vorgehensweisen:

Es gibt 4 Möglichkeiten, wie Patienten mit Gewichtsproblemen und Essverhaltensstörungen in die Abklärung und Betreuung hineinkommen können:

- Zuweisung zu Abklärung und Behandlung an die KEA (s.o.)
- Direktzuweisung an die Ernährungsberatung (von externen Hausärzten oder intern und Involvierung von uns)
- Direktzuweisung an die Körperwahrnehmungstherapie (von extern oder intern und Involvierung von uns)
- Zuweisung zu Abklärung und Behandlung ans Ambulatorium der AIMA mit anschliessender Überweisung zu uns)
- Zuweisung zur Abklärung bei Frage nach Bariatrischer Chirurgie von ChirPol und Abklärung durch uns.
- Zuweisung zur Diabetologie/Endokrinologie und Überweisung zu uns

Praktisches Vorgehen für Assistenten

Die Patienten füllen im Warteraum Fragebogenset für Begleitforschung und Qualitätssicherung aus. Aufgrund des Interviews füllt Assistenzärztin/Psychologin Patienten-Basisdokumentation aus. Spezifische Anamnese nach Anamneseschema Essverhaltensstörungen, spezielle Punkte dabei sind: Gewicht, körperlicher Zustand, gynäkologische ggf. Andrologische Anamnese, Esstags und Trinkmenge. Genau nachzufragen sind auch: Hausärztliche und frauenärztliche Betreuung. Eventuell ist eine interne oder externe somatische Abklärung zu veranlassen. Nach Abschluss des Interviews Nachbesprechung und Prozedereplanung mit Sprechstundenleiterin; schriftlicher Bericht an den Zuweiser, an weitere Personen nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Patientin. Im Rahmen des therapeutischen Teams sind, bei entsprechender Zuweisung auch die Bewegungstherapeutin und/oder Ernährungsberaterin zu informieren.

Folgekonsultationen (abhängig vom Prozedere):

- a) In KEA Definition psychologischer, psychosomatischer und psychosozialer Inhalte beim jeweiliger Ärztin/Psychologin
- b) Zur Ernährungsberatung oder Körperwahrnehmungstherapie
- c) Unklare Fälle: Vorstellung bei Dr. B. Isenschmid oder Dr. K. Laederach-Hofmann mit oder ohne Patienten
- d) Für eventuelles chirurgisches Prozedere (bariatrisch): Viszeralchirurgie
- e) Zur Abklärungssprechstunde Adipositas AIMA (dr. med. U. Egermann)
- f) Externe Therapeutinnen und Therapeuten / weiterbehandelnde Ärzte

Stationäre Behandlungsmöglichkeiten bei Essverhaltensstörungen:

Psychosomatik Medizinische Abteilung Lory Haus, Inselspital, Sahli-Haus: Dr. Th. Fischer
 Psychosomatische Abteilung des Lindenhospitals: Dres. R. Gerber, M. Sonntag, B. Federspiel

Berner Höhenklinik Montana: Frau Dr. I. Rittmeyer

Psychosomatik des Kinderspitals (i.d.R. für unter 16jährige): Dr. Chr. Wüthrich

Suchtfachklinik für Frauen Wysshölzli, Herzogenbuchsee: Frau Dr. M. Scheibel

Teilstationäre Behandlung: Psychotherapeutischen Tagesklinik der UPD: Dres. Phil. M. Thommen, D.-T. Laub

Vorgehen bei Frage nach Bariatrischer Chirurgie

- Erstkonsultation: KEA oder AIMA
- Nüchtenblutentnahme AIMA Ambi (mit rotem Zettel und tel. Anmeldung)
- Ernährungsberatung AIMA oder KEA
- Psychosomatisches Interview, Fragebögen immer KEA
- Kalorimetrie (fakultativ): AIMA
- Densitometrie (fakultativ): Dr. Lippuner
 - Präoperative Konsultation: immer Viszeralchirurgie, Poliklinik, BHH A
 - Lungenfunktion: Pneumologie, BHH, Stock C
 - Endoskopie (meist nur obere): immer Gastroenterologie, BHH, Stock B
 - Ergometrie (fakultativ): AIMA, Stock B, Ambi
 - Echocardiographie(fakultativ): Kardiologie, BHH, Stock A

Operationstermin: Visz.Chirurgie, Bettenstation

Erste postoperative Ernährungsberatung

Ernährungsberatungen, 14-täglich: AIMA

½ Jahres Kontrolle und Jahreskontrolle: KEA und Postbariatrische Sprechstunde AIMA

Voraussetzungen für eine gastric-banding Operation

Einschlusskriterien:

- Alter zwischen 20 und 50 Jahren
- BMI grösser oder gleich 40

- BMI über 35 aber mit Folgeschäden (Diabetes mellitus, Arthrose, Hypertonie)
- mindestens 1 Jahr dokumentierte ärztlich-kontrollierte konservative Therapie ohne Erfolg von Diäten, Abmagerungskuren etc.
- Wunsch nach Abklärung für die Indikation oder Einverständnis des Patienten zur Operation
- Erfolglose medikamentöse Behandlungsversuche

Vorgaben und Prozedere:

Die präoperativen Abklärungen (siehe oben) erfolgen durch den jeweiligen Assistentenarzt (PUPK oder AIMA) nach Rücksprache mit Dr. K. Laederach-Hofmann.

Jeder Patient, der direkt in die Viszeralchirurgische Poliklinik gewiesen wird, erhält ein Set von Fragebögen, die vor der Besprechung ob Operation ja oder nein ausgefüllt an den entsprechenden Assistenten abgegeben werden müssen.

Signiert: Laederach-Hofmann (PUPK), Isenschmid (PUPK), Balsiger (VCHR), Widler (AIMA), 3/01