

Behandlung von frühkindlichen Ess- und Fütterstörungen durch das multiprofessionelle Behandlungsteam (MBT) am Ostschweizer Kinderspital am Beispiel einer Fallvignette

Seit 2006 betreut und behandelt das MBT-Team des Ostschweizer Kinderspitals (OKS) Patienten mit frühkindlichen Ess- und Fütterstörungen. Das Team besteht aus einer Pflegefachfrau mit Koordinationsfunktion, einem Gastroenterologen, einer Ernährungsberaterin, einem Psychosomatiker, einer Logopädin sowie einem Kinderneurologen und einer Entwicklungspädiaterin. Anhand einer Fallvignette sollen das Team vorgestellt und die einzelnen Aufgabenbereiche veranschaulicht werden.

Von Dr. med. George Marx*, Dr. med. Christian Henkel*

Fallvignette **Maria, 11 Monate**

Mutter: 2 Gravidades, II-Para, Kind portugiesischer Eltern, die seit 10 Jahren in der Schweiz wohnen, allerdings nur mässig integriert sind. Der 5-jährige Bruder zeigt Verhaltensauffälligkeiten einschliesslich einer Essverhaltensstörung. Nach unauffälliger SS spontane Termingeburt und unauffällige Adaptation. Ende der 2. Lebenswoche vermehrtes postprandiales Erbrechen, ohne dass die Eltern dies dem Kinderarzt kommunizierten, sowie Obstipation leichten Ausmasses. Teilgestillt bis zum 6. Lebensmonat. Schoppenzufütterung etwa Ende des 2. Lebensmonats. Beikost Ende des 4. Lebensmonats. Nach Einführen des Schoppens erkannte die Mutter, dass Maria im Halbschlaf besser trank. Nach Einführung der Löffelkost leichte Reduktion des postprandialen Erbrechens. Mahlzeitendauer wechselnd, teilweise bis zu 1 Stunde. Ihre Tochter habe kein altersentsprechendes Hungergefühl entwickelt. Zwangsfüttern wird verneint.

Ernährung im 11. Lebensmonat: morgens 5.30 Uhr: max. 140 ml Aptamil 300 (Mutter stellt sich den Wecker und füttert im Halbschlaf); 9 Uhr: ca. 100 g Brei; Mittagessen: max. 150 g Gemüsesuppe, einschliesslich püriertes Gemüse, wenig Fisch und Fleisch; Nachtessen: Suppe wie mittags, teilweise Kekse; 22 Uhr: 100 ml Milchsoppen im Halbschlaf, gelegentlich etwas Brot ohne Rinde, als zusätzliche Nachtmahlzeit, wenn Maria tagsüber schlecht gegessen habe. Im Alter von 11 Monaten wiegt sie 8,5 kg (P.10–25) und ist 73,5 cm gross (P.25–50). Im Alter von 5 Lebensmonaten wird Ma-

ria stationär wegen einer Bronchiolitis behandelt.

Die Mutter ist davon überzeugt, dass ihre Tochter zu dünn sei. Maria verspüre ausserdem keinen Hunger. Sie müsse beim Essen abgelenkt werden, um überhaupt zu essen. Beim Vater esse Maria besser. Sie zeige eine Aversion gegen Milchsoppen und Kartoffelstock. Sonst probiere sie alles, esse jedoch nicht ausreichend. Maria sitze seit zirka dem 10. Lebensmonat im Hochstuhl am Tisch, interessiere sich jedoch nur wenig für das Essen. Die Kindsmutter ist erschöpft und frustriert; die Mahlzeiten seien ein Kampf und dauerten teilweise bis zu 1 Stunde. Die Mutter fühlt sich in dieser Situation stark belastet, schuldig und erwähnt, dass diese Situation in ihrer Heimat Portugal nicht entstanden wäre.

Im Vorfeld wurde die Patientin in unserem Team von der Logopädin vorgestellt. Die Koordinatorin organisierte die Termine bei den anderen Teammitgliedern.

Logopädische Abklärungen und Behandlung

Maria wurde im Alter von 9 Monaten für eine logopädische Abklärung direkt vom Kinderarzt zugewiesen. Während der Abklärung wurden in einer videodokumentierten Esssituation die Grobmotorik, die spontanen Bewegungen und Initiativen des Kindes beobachtet sowie die mundmotorischen Fähigkeiten evaluiert. Füttern beziehungsweise Essen war nur durch Ablenkung mit Spielsachen möglich. Die Mahlzeiten dauerten bis zu einer Stunde. Vom Status her zeigte Maria eine leichte Hypotonie des Rumpfes und wenig Variabilität in ihrer Grobmotorik. Die Mundmotorik war etwas un-

*in Stellvertretung des MBT-Teams für frühkindliche Ess- und Fütterstörungen des Ostschweizer Kinderspitals (OKS)

reif, aber nicht als pathologisch zu definieren. Es liess sich eine gewisse sensorische Aversion dokumentieren, jedoch keine organisch strukturellen Anomalien.

Gastroenterologische Abklärung sowie Ernährungsberatung

Der Auftrag lautete, Maria gastroenterologisch abzuklären und eine primäre medizinische organische Ursache auszuschliessen.

Maria hatte ihren Schoppen bereits im Säuglingsalter fast nur im Schlaf oder im Halbschlaf zu sich genommen. Häufig kam es nach den Mahlzeiten zu Erbrechen und refluxähnlichen Symptomen. Der Stuhlgang war eher hart. Bereits in der ersten Konsultation wurde die ernährungsberaterische Betreuung eingeleitet. Im Rahmen der Abklärung wurde zum Ausschluss einer anatomischen Ursache eines möglichen Refluxes eine obere Magen-Darm-Passage durchgeführt, die keine Veränderung der strukturellen Anatomie im Bereich des Ösophagus und Magens zeigte. Während dieser Untersuchung zeigten sich keine eindeutigen Merkmale von Refluxepisodes. Um die

Refluxdiagnostik sicher durchführen zu können, hätte man eine Impedanzmessung des Ösophagus oder eine Ösophago-Gastroduodenoskopie zum Nachweis von Läsionen im Sinne einer Ösophagitis in der Speiseröhre durchführen müssen. Aufgrund der Invasivität dieser Untersuchungen wurde vorerst darauf verzichtet, zumal die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine reine Refluxproblematik handelte, eher gering war. Parallel zu den gastroenterologischen Untersuchungen erstellten wir mithilfe der Mutter ein Ess- und Trinkprotokoll, das eine ausreichende Zufuhr an Kalorien, Makro- und Mikronährstoffen zeigte. Maria war mit fettlöslichen Vitaminen ein wenig unterversorgt. Aufgrund des säuerlichen Mundgeruchs leiteten wir eine Behandlung mit Ranitidin (Zantic) in einer Dosis von 2 mg/kg Körpergewicht 2 x täglich ein. Als Teil der gastroenterologischen Abklärung wurde zusätzlich eine Labor-Standortbestimmung durchgeführt. Ermittelt wurden neben dem Blutbild die erweiterten Resorptionsparameter: Albumin, Ferritin, Vitamin B₁₂, Folsäure, Vitamin A, D und E sowie der Quick als Vertreter von Vitamin K. All diese Werte befanden sich im Normbereich, auch die Zöliakieabklärung ergab keine Auffälligkeiten. Die Konsultationen führten Gastroenterologen und Ernährungsberaterin gemeinsam durch. Aufgrund der Tatsache, dass primär organische Ursachen ausgeschlossen werden konnten, besprachen wir mit der Mutter altersentsprechende Essregeln: Bei Zeichen der Essverweigerung durch die Patientin soll die Mutter mit dem Füttern sofort aufhören und die Mahlzeit beenden, die nächste Nahrungszufuhr erfolgt erst mit der nächsten Mahlzeit, keine oder deutlich weniger Ablenkung durch Unterhaltung und Spielen beim Essen. Diese beiden Regeln waren bei oben genannter Patientin die Hauptregeln, weitere häufig vermittelte Essregeln sind in *Tabelle 1* aufgeführt.

Im Verlauf der Behandlung zeigte sich, dass es sehr viel Zeit und Unterstützung brauchte, damit die Eltern diese Essregeln umsetzen konnten. Mit der Zeit machte Maria jedoch Fortschritte, erbrach deutlich weniger und begann, neue Nahrungsmittel mit verschiedenen Ge-

schmacksrichtungen und Konsistenzen auszuprobieren. Zur Beruhigung der Mutter wurde – obwohl Maria gut mit Vitaminen und Spurenelementen versorgt war – Jemalt 13 + 13 substituiert. 8 Monate nach Beginn der Betreuung konnten wir unsere Therapie abschliessen. Die Patientin zeigte ein Essmuster, das bis auf wenige Auffälligkeiten normal war. Die Mutter zeigte sich sehr zufrieden.

Kinderneurologische und pädiatrische Abklärung und Behandlung

Im Rahmen der Teambesprechung wurde das von unserer Logopädin aufgenommene Video gezeigt, das das Kind beim Füttern beziehungsweise Essen zeigt. Das Video wurde von neurologischer Seite beurteilt. Auch wenn das Bewegungsmuster des Kindes etwas unharmonisch erschien, wurde im Team beschlossen, dass aktuell keine weitere neurologische oder entwicklungs-pädiatrische Abklärung erforderlich sei.

Psychosomatische Behandlung von November 2009 bis April 2010

Alle Sitzungen fanden in Anwesenheit von Maria statt. Fokus der Therapie war die Beziehungsdyade von Mutter und Kind. Zwei Sitzungen fanden in Anwesenheit des Vaters statt. Zu Anfang stand die erweiterte Anamnese, die die Lebensgeschichte beider Eltern bis hin zur frühen Kindheit einschloss. Zudem wurden zwei Fütterinteraktionen mit Video dokumentiert, eine davon zu Hause. Nach einer primär edukativen Phase (Ernährung, Kindesentwicklung) folgten zwei Sitzungen, in denen der Mutter per Video-Feedback positive Interaktionssequenzen gezeigt wurden. Es zeigte sich bald, dass bei ihr irrationale Befürchtungen vorlagen, ihr Kind nicht ausreichend versorgen zu können und dass Maria trotz unauffälliger Längen- und Gewichtsentwicklung dystroph sei. Diese Wahrnehmungsverzerrung galt es zu eruieren und ihr therapeutisch zu begegnen. Die Mutter konnte sich in der Folge nur zögerlich dem Realbild ihrer weitgehend altersgerecht entwickelten Tochter annähern. Nachdem sie bereits seit der Neugeborenenzeit miterleben musste, dass ihre Tochter täglich erbrach, was sich bei

Tabelle 1: Essregeln

- **Gemeinsam am Tisch sitzen und essen.** Wenn möglich das Gleiche essen wie die anderen Familienmitglieder. Das Kind sollte nicht allein essen.
- **Das Essen darf ertastet werden.** Immer etwas anbieten, was auch mit den Fingern gegessen werden kann (Biscuits, Chips, Würstli, Ravioli).
- **Die Bezugsperson bestimmt, wann, wie oft und was angeboten wird.** Das Kind soll bestimmen, wie viel es essen mag.
- **Essen und Trinken anbieten, nicht ständig darüber sprechen.**
- **Regelmässige Nahrungsangebote mit Nahrungspausen:** 3 Haupt- und 2 Zwischenmahlzeiten.
- **Begrenzung der Mahlzeitendauer z.B. auf 20 Minuten für Zwischenmahlzeit, 30 Minuten für Hauptmahlzeit.**
- **Klare Trennung von Mahlzeiten und Spielzeiten.**
- **Keine materielle Belohnung (z.B. Spielsachen u.Ä.) für gutes Essen.**
- **Kein Forcieren der Nahrungsaufnahme.**
- **Vermeiden von Ablenkung (Radio, TV, Spielsachen).**

den Eltern traumatisierend auswirken kann, hatte sich bei ihr im Rahmen der Mutterschaftskonstellation (D. Stern, Klett- Cotta 1998) ein Beziehungsmuster eingespielt, das unter dem Titel stand: «Ich kann nicht ausreichend für mein Kind sorgen.» Hinzu kam ihre fixierte und von Angst geprägte Auffassung, dass ihr Kind nicht in der Lage sei, von sich aus Hungergefühle zu entwickeln und diese adäquat zu zeigen. Entsprechend zögerlich verlief der mütterliche Prozess, ein objektiveres Bild von Maria zu erlangen.

Aufseiten des Kindes hatte Maria wahrscheinlich aufgrund früher aversiver Erfahrungen im oropharyngealen Bereich ein vermeidendes Essverhalten entwi-

ckelt. Sie liess sich den Schoppen nur im Halbschlaf geben. Die Mutter reagierte auf dem Boden ihrer oben beschriebenen irrationalen mentalen Repräsentanzen vom Kind und aufgrund von Ängsten mit dysfunktionalen Verhaltensweisen (z.B. Ablenkung), was sich im Lauf der Monate zu einer negativen Feedback-Spirale ausbildete und automatisierte.

Im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten Arbeit mit den Eltern, besonders mit der Mutter als primärer Bezugsperson, gelang es, die Repräsentanzen ihrer Tochter mit der eigenen Biografie zu verknüpfen. Bereits als 14-jährige Jugendliche hatte die Mutter massgebliche Verantwortung in der Kinderbetreuung von Säuglingen übernom-

men. Sie erlebte damals Versagensgefühle und existenzielle Ängste, die bis zum heutigen Tag nicht psychisch integriert werden konnten. Diese mentalen Repräsentanzen schienen sich bis heute auf die Versorgung und Erziehung ihrer Kinder auszuwirken. Im Rahmen der vertrauten therapeutischen Beziehung konnte sie jetzt erzählen, dass auch der ältere Bruder unter einer Essverhaltensstörung litt.

Die psychodynamische Arbeit mit der Mutter brachte einen wesentlichen Fortschritt in der Behandlung der Fütterstörung. Die Mutter konnte Marias Entwicklungsstand nun adäquat wahrnehmen und selbst einen wesentlichen Entwicklungsschritt vollziehen: Es ge-

Tabelle 2: Aufgaben der einzelnen Teammitglieder

	Abklärung	Therapie
Pflegefachfrau mit Koordinationsfunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation der Teamsitzungen (MBT) • Organisation der «door to door»-Sprechstunde • Anmeldung • Zuweisung an weitere Fachspezialisten • Protokoll der Teamsitzungen 	<ul style="list-style-type: none"> • niederschwellige (telefonische) Beratung/ Begleitung der Eltern • Sondenwechsel (nasal und PEG) • Gewichtskontrollen
Ärztliche Psychosomatik/Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme der erweiterten psychosozialen Anamnese einschliesslich der Familienstrukturen, Lebensgeschichte der Eltern, deren Krankheitskonzept sowie der Paar- und Eltern-Kind-Beziehung • Psychodiagnostik von Eltern und Kind • Erhebung des Entwicklungsstatus des Kindes insbesondere der kognitiven und emotionalen Entwicklung • Video-Interaktionsdiagnostik (Mikroanalyse), Einsetzen dieses Mediums als therapeutisches Werkzeug 	<ul style="list-style-type: none"> • psychologische Beratung und Begleitung (edukativ-entwicklungspsychologisch) • Eltern-Kind-Psychotherapie (interaktionszentriert, psychodynamisch-beziehungsorientiert)
Logopädie	<ul style="list-style-type: none"> • klinische Beurteilung des Schluckaktes • Mitarbeit bei der Videofluoroskopie und oberen Magen-Darm-Passage • Beurteilung der Grobmotorik als Grundlage für entwicklungsadäquates Essen • orale Sensomotorik, Kommunikation, Spielverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung des Muskeltonus, der Körperhaltung und der Sensorik • orale sensomotorische Behandlung, z.B. Desensibilisierung • Food-Chaining
Gastroenterologie und Ernährungsberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschluss organischer Ursachen • Durchführung der Gastroskopie, Impedanzmessungen • Standortbestimmung der Resorptions- und Ernährungsparameter • Durchführung und Auswertung von Ernährungsprotokollen • Aufstellen der Essregeln 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung von allfälligen organischen Ursachen, z.B. gastroösophageale Refluxbehandlung • Behebung von Fehl- und Mangelernährung, Vitamin- und Spurenelementmangel
Pädiatrische Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> • neurologischer Status, Differenzialdiagnose neurologischer Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • gegebenenfalls medikamentöse Behandlung
Entwicklungs pädiatrie	<ul style="list-style-type: none"> • entwicklungs pädiatrischer Status, Differenzialdiagnose entwicklungs pädiatrischer Störungen 	

Tabelle 3: Diagnose nach DC:0–3R

I	605	Essverhaltenstörung im Zusammenhang mit einer medizinischen Erkrankung (siehe III)
	606	konditionierte Fütterstörung (posttraumatische Fütterstörung) nach rezidivierendem postprandialem Erbrechen
II		Mutter-Kind-Beziehung leicht beeinträchtigt (PIR-GAS 70) bei überinvolvierter und ängstlicher angespannter Mutter
III		v.a. gastroösophageales Refluxsyndrom
IV		psychoziale Stressoren: verhaltensauffälliger Bruder, emotional belastete Eltern
V		sozioemotionales Entwicklungsniveau entspricht dem chronologischen Alter

lang ihr, Maria zuzutrauen, altersentsprechend Hunger zu verspüren und das signalisieren zu können. Die Verantwortung für die Gewichts- und Längenentwicklung konnte sie an die Ärzte beziehungsweise Mütterberatung delegieren und war nicht mehr versucht, zu Hause

zwischenzeitlich zu wiegen oder im Rahmen von wieder aufkommenden Ängsten nachts zusätzliche Mahlzeiten zu verabreichen.

Maria vollzog parallel einen grossen Schritt in ihrer motorischen Entwicklung. Innerhalb der vergangenen 5 Monate hatte sie nach anfänglicher Stagnation mehr als 1 kg zugenommen. Die Fütterung im Schlaf konnte vollständig aufgeben werden. Die Mutter gestattete ihrer Tochter am Tisch ausreichend Autonomie. Maria konsumierte altersentsprechend adäquate Tischkost und war in der Lage sich einen Teil der Nahrung selbst zuzuführen. Die für diese Störung typische Ablenkung durch Spiel, Medien und so weiter während der Mahlzeiten konnte die Mutter als letzten Schritt der Behandlung vollständig aufgeben.

Abschliessend entschieden sich die Eltern, ihren Sohn kinderpsychiatrisch abklären zu lassen.

Anhand dieser Fallvignette wurde versucht, unsere Teamarbeit darzustellen.

Die Darstellung des Falls ist repräsentativ für alle Patienten mit frühkindlicher Essstörung, die bei uns behandelt werden. Ohne enge und gut koordinierte Zusammenarbeit im Team ist die Behandlung dieser komplexen Patienten nicht möglich.

Wünschenswert und sicherlich eines unserer wichtigsten Anliegen für die Zukunft ist die sogenannte «door to door»-Sprechstunde, in der die Patientenfamilie an einem Tag von den verschiedenen Spezialisten gesehen und das weitere Vorgehen gemeinsam mit den Eltern abgesprochen werden kann. 

Korrespondenzadresse:

Dr. med. George Marx, Dr. med. Christian Henkel
Ostschweizer Kinderspital
Claudiusstrasse 6, 9006 St. Gallen
Tel. 071-243 71 11
E-Mail: george.marx@kispisg.ch,
christian.henkel@kispisg.ch

Korrigendum

Neonatale Morbidität spät frühgeborener Kinder

Von Antonio Leone und Patrick Ersfeld (Pädiatrie 3/10, Seite 4)

Die Tabelle 1 in dem o.g. Beitrag enthielt leider falsche Angaben zum Gestationsalter und wird darum hier der korrekten Form nochmals abgedruckt:

Tabelle 1:
Verteilung verschiedener Parameter nach Gestationsalter im gesamten Kollektiv der spät frühgeborenen (SFG) und termingeborenen Kinder (TG)

	Gestationsalter (vollendete Schwangerschaftswochen) bei Geburt				
	34 (n = 115)	35 (n = 153)	36 (n = 262)	SFG (n = 530)	TG (n = 1686)
Gestationsalter (Mittel) in SSW	34 ³ / ₇	35 ³ / ₇	36 ³ / ₇	35 ⁵ / ₇	39 ⁶ / ₇
Entbindung mittels Sectio caesarea in %	62,6	42,5	46,8	49,0	21,6
Apgar-Score (Mittel)	8/9/9	8/9/9	8/9/9	8/9/9	8/9/9
Nabelschnur-Arterien pH (Mittel)	7,30	7,28	7,27	7,28	7,27
Geburtsgewicht in g (Mittel)	2250	2535	2780	2595	3488

Die Online-Version des Beitrags (www.ch-paediatric.ch) wurde bereits am 16. August 2010 korrigiert.