

M. Dunitz-Scheer¹ · M. Wilken² · B. Lamm² · S. Scheitenberger⁴ · B. Stadler⁴ · A. Schein¹
A. Huber³ · P. Schober³ · P. Scheer¹

¹ Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Graz

² Arbeitsgruppe für Entwicklungspsychologie, Universität Osnabrück

³ Universitätsklinik für Kinderchirurgie und orthopädische Chirurgie, Graz

⁴ Institut für Entwicklungspsychologie, Universität Regensburg

Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit

Zusammenfassung

Konzept. Diese Arbeit beschreibt die angewendete Methode der Sondenentwöhnung unter Berücksichtigung medizinischer und psychologischer Erkenntnisse. Das Gelingen der Therapie resultiert aus dem interdisziplinären Zusammenspiel vieler Berufsgruppen.
Ergebnisse. Bei 62 langzeitsondierten Kindern unter 3 Jahren wurde eine Sondenentwöhnung durchgeführt. Bei 59 Kindern konnte eine vollständige Entwöhnung, bei 3 Kindern eine Teilentwöhnung erzielt werden. Dabei zeigte sich, dass nach einer anfänglichen Gewichtsreduktion alle Kinder 3 Monate nach Therapieende eine signifikante Verbesserung ihres Gedeihens zeigten.
Schlussfolgerung. Das Konzept zur Sondenentwöhnung ist ein interdisziplinäres, wissenschaftlich fundiertes Konzept. Die vorliegenden positiven Erfahrungen zeigen, dass die Rückführung zu einem altersentsprechenden Essmuster und einem suffizienten Essvolumen möglich ist.

Schlüsselwörter

Sonde · Langzeitsondierung · Entwöhnung · Interaktion

Die Ernährung per Sonde ist bei gezielter Indikation eine lebenserhaltende Maßnahme. Oft zeigt sich bei Besserung des Gesundheitszustands des Kinds, dass die Rückkehr zur oralen Nahrungsaufnahme schwierig bis unmöglich ist [9, 12, 20, 30]. Die Entwöhnung von der Sonde ist sowohl im deutschen als auch im angloamerikanischen Raum bisher wenig dokumentiert worden [2, 23, 32], obwohl das Thema in der klinischen Praxis von Relevanz ist. Die meisten Publikationen beruhen auf sehr kleinen Stichproben oder sehr speziellen Gruppen [24], wie Kinder mit Entwicklungsstörungen [25] oder posttraumatischen Störungen [2].

Eine mehrdimensionale Analyse des frühkindlichen Ess- und Fütterungsverhaltens zeigte unterschiedliche beeinflussende Faktoren auf [12, 20]. Die Variabilität der Fehl- und Funktionsstörungen im neuromotorischen und sensorischen Bereich ist dem Pädiater bekannt [15, 18, 19, 29]. Bisher wurde jedoch die Wertigkeit sensorischer, entwicklungspsychologischer und interaktioneller Faktoren sowohl in der chirurgischen als auch in der pädiatrischen und logopädischen Literatur stark vernachlässigt [21, 22, 26, 27]. Ein Zusammenhang zwischen Ess- und Fütterungsverhalten und kindlichen Beziehungswelten liegt aufgrund der primären Dependenz nahe und konnte empirisch nachgewiesen werden [7, 30, 33]. Die Bindungstheorie [1, 3, 11, 13] stellt einen entwicklungspsychologischen Ansatz zum Verständnis der Eltern-Kind-Interakti-

on dar. Der Säugling ist darauf angewiesen, dass seine Umwelt seine Signale richtig deutet und angemessen handelt. Kommt es hier durch eine Erkrankung oder psychosoziale Belastung zu einer Störung des Signalverständnisses in der Eltern-Kind-Interaktion, kann es zu Dysregulationen kommen, die das Gedeihen des Kindes gefährden [10, 27, 31].

Patienten

Während eines Zeitraums von 5 Jahren (1995–2000) wurden an der Arbeitsgruppe Psychosomatik & Psychotherapie, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz, 62 Kinder im Alter von 4 Wochen–3 Jahren mit 100% en-

Dieser Artikel ist unserem verehrten Chef, Herrn Prof. Dr. R. Kurz, zu seinem 65. Geburtstag gewidmet, ohne dessen jahrelange, wohlwollende Unterstützung wir den interdisziplinären Schwerpunkt für die hier beschriebene Problematik innerhalb der Pädiatrie nie hätten entwickeln können. Wie danken unseren kleinen Patienten und deren Eltern, ohne deren aktive und vertrauensvolle Mitarbeit weder Erfahrungen hätten erlernt noch Erfolge hätten gemacht werden können.

Eine andere Arbeit, spezifisch für die Pflege aufbereitet, ist in der Zeitschrift „Kinderkrankenschwester“, Heft 11, November 2000, erschienen.

Prof. Dr. Marguerite Dunitz-Scheer
Psychosomatik & Psychotherapie,
Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendheilkunde, Landeskrankenhaus Graz,
A-8036 Graz, Österreich

M. Dunitz-Scheer · M. Wilken · B. Lamm
S. Scheitenberger · B. Stadler · A. Schein
A. Huber · P. Schober · P. Scheer

The transition from tube to oral feeding in infancy

Abstract

Background. The common characteristic of all infants in our study was the aversive experience of repeated oral traumatization which resulted in the necessity of long term tube feeding. In neonates with congenital anomalies of the mouth, palate, bowel and gut, operative measures are needed postpartum to allow later oral feeding. Some infants become dependant of tube feeding without antecedent organic manipulation.

Results and discussion. This paper highlights our experience of weaning 62 infants from the tube under the age of three years, who had been tube fed entirely over a period longer than 3 months. The multidisciplinary cooperation between all the involved teams proved to be essential. The task of transition from tube to oral feeding and weaning the infants, was successful in all cases. We highlight the necessity of primary weightloss of up to 13% of the bodyweight in the process of weaning, before the transition to a selfregulated hunger-satiation cycle is reestablished.

Keywords

Tube-feeding · Weaning · Infancy · Pediatric care · Interaction · Attachment

Tabelle 1
Aufnahmedaten der Stichprobe

Aufnahmedaten	Mädchen	Jungen	Gesamt
Zahl [n]	41	21	62
Alter bei Beginn der Sondenernährung [Monate]	1–15	3–18	1–18
Mittelwert [Monate]	8,2	10,2	11,2
Alter beim Beginn der Sondenentwöhnung [Monate]	2–36	5–36	0,5–36
Mittelwert [Monate]	11,5	13,3	14,96
Mitaufnahme Mutter [n]	41	21	62
Vollintegrierter Vater [n]	32	11	43
Dauer der Ernährung per Sonde [Monate]	0,06–36	0,03–32	0,03–32
Mittelwert [Monate]	7,47	9,38	8,1
Dauer der Schwangerschaft [SSW]	24–41	24–41	24–41
Mittelwert [SSW]	36,63	35,95	36,40
PEG-Sonde vorhanden [n]	8	4	12
Geburtsgewicht [g]	600–3830	580–4100	580–4100
Mittelwert [g]	2560,68	2559,76	2560,39

teraler Ernährung mittels nasogastrischer oder PEG-Sonde vorgestellt und mit dem Ziel der Sondenentwöhnung behandelt und 3 Monate nach dem Aufenthalt nochmals katamnestisch untersucht.

Die Zuweisung erfolgte von kinderchirurgischen oder neuropädiatrischen Behandlungsteams, von niedergelassenen Fachärzten, durch die Eltern selbst oder von entfernten, z. T. ausländischen Zentren (2-mal Schweiz, 17-mal Deutschland). 6 Kinder stammten aus Familien, die nicht Deutsch als Muttersprache hatten (1-mal Albanien, 2-mal Frankreich, 1-mal Ghana, 1-mal Bosnien, 1-mal Kroatien). Bei diesen Familien wurden in allen Fällen Dolmetscher, sowohl für die diagnostische Phase als auch für die nachfolgenden therapeutischen Sitzungen, in Anspruch genommen. Die deskriptive Statistik der Aufnahmedaten geht aus Tabelle 1 hervor.

Methode

Neben der pädiatrischen und kinderchirurgischen Diagnostik ist die Interaktionsdiagnostik essenzieller Bestandteil des Aufnahmeverfahrens.

Die medizinische Biographie inklusive Operationsberichten und die Befunde aller bisher durchgeführten, bildgebenden Verfahren lagen in allen Fällen vor. Nach einem Erstkontakt mit expliziter Bestimmung des gemeinsamen Behandlungsziels der Sondenentwöhnung wurden die Kinder und ihre Eltern

(in 43 von 62 Fällen standen beide Eltern zur Verfügung) gemeinsam einem interaktionell ausgerichteten diagnostischen Verfahren unterzogen.

Die standardisierte diagnostische Prozess besteht aus:

- ▶ pädiatrischer Diagnostik
- ▶ interaktioneller Diagnostik mit Subklassifikation der Fütterungsstörung.

Pädiatrische Diagnostik

Die pädiatrische Diagnostik konnte sich bei den meisten Patienten auf die Vorbefunde stützen. Die genaue klinische Beobachtung der Kinder in der ersten Behandlungswoche und in der Phase der „psychosomatischen Operation“ (s. Therapie) war unerlässlich. Bisweilen waren in Zusammenarbeit mit der „Speiseröhrenambulanz“ der Kinderchirurgischen Klinik Graz noch eine endoskopische Untersuchung oder Druckmessung und pH-Metrie erforderlich. Grundsätzlich wurde versucht, so wenig invasiv wie medizinisch verantwortbar vorzugehen. Das genaue Studium der Krankenakte und die aktuelle klinische Untersuchung sind jeder auch gering invasiven Diagnostik (dazu gehört z. B. schon das Kleben von Harnsammelsäckchen) vorzuziehen. Alle Patienten wurden sofort nach ihrer Aufnahme mehreren erfahrenen Diagnostikern aus den pädiatrischen, logopädischen, ergo- und physiotherapeutischen Teams vor-

gestellt, sodass ein interdisziplinärer Erfahrungspool genutzt werden konnte.

Interaktionelle Diagnostik mit Subklassifikation der Fütterungsstörung nach Chatoor et al. [5, 6] und Dunitz et al. [8, 9, 10, 11, 12]

Alle Eltern-Kind-Paare (Dyaden oder Triaden) wurden mittels Videodokumentation mehrfach beim Fütterungsversuch und beim freien Eltern-Kind-Spiel gefilmt. Die standardisierte Fütterungs- und Spielinteraktionsuntersuchung wird – ähnlich anderen bildgebenden Verfahren – in unserer Abteilung routinemäßig wie andere medizinische Funktionsuntersuchungen durchgeführt. Die durchschnittliche Untersuchungsdauer beträgt maximal 30 min/Untersuchungstermin. Die Untersuchung findet in einem mit 2 fest installierten, digitalen Beobachtungskameras (double screen analysis) ausgestatteten, kleinkindgerecht eingerichteten Spielzimmer (etwa 4×4 m²) statt. Dieser Raum ist auch über Einwegspiegel einsehbar. Dadurch können auch andere Teammitglieder und Familienmitglieder jede Fütterungssituation beobachten.

Pro Videodokumentation werden einige, je 3–5 min dauernde, interaktive Szenen gefilmt und danach anhand des Klassifikationssystems Zero to three (diagnostische Klassifikation: 0–3, ZTT-DC:0–3) von mindestens 2 geschulten Beobachtern ausgewertet [8, 34]. Das ZTT-DC:0–3 ist ein multiaxiales Diagnosesystem, welches für entwicklungsbedingte Störungen im Altersspektrum von der Geburt bis zum 3., maximal 4. Lebensjahr und für die diagnostische Evaluation durch interdisziplinäre Helferteams konstruiert wurde. Evaluationsstudien, welche die inhaltliche Validität belegen, wurden bereits mehrfach durchgeführt [10]. Die Achsen sind DSM-IV-analog und -kompatibel angelegt, die medizinische ICD-Diagnose ist integrierter Bestandteil der Diagnose.

Achse 1

Achse 1 beinhaltet die psychiatrischen Störungen des Kindes.

Achse 2: Klassifikation der Beziehungsstörung

Der Beziehung und Interaktion kommt im Zusammenhang mit der Entwöh-

nung von der Sonde eine besondere Bedeutung zu, da die Selbstregulation des Kindes nur dann wieder aktiv werden kann, wenn das soziale Umfeld dies zulässt und fördert. Daher wurde die Beziehungsdiagnostik in unserer Auswertung gesondert gewichtet. In unserer Stichprobe wurde die *Parent infant relationship-global assesment scale* (PIR-GAS) der qualitativen Beziehungsdiagnostik zugrunde gelegt und damit eine Skala für die Fütterungssituation erstellt. Die Skala reicht von 90–10 („balanciert, ausgeglichen“ bis „massiv und extrem beeinträchtigt“). Ab einem PIR-GAS-Wert von 60 wird von einer beeinträchtigten, ab einem Wert von <40 von einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung gesprochen. Eine Eltern-Kind-Beziehung wird dann als gestört klassifiziert, wenn bei Beibehaltung der Beziehungssituation eine irreversible Schädigung des Entwicklungspotenzials einer oder beider Beziehungspartner (Mutter/Vater und Kind) erwartet werden muss. Eine beeinträchtigte Beziehungsqualität während der Fütterungssituation lässt keine kausale oder ätiologische Annahme zu, da die Beziehung durch diverse Faktoren gestört werden kann.

Achse 3: Medizinische Probleme, Entwicklungsstörungen und Krankheiten

Auf Achse 3 werden alle organischen, medizinischen und neurologischen körperlichen Symptome festgehalten, die in international anerkannten diagnostischen Klassifikationssystemen wie z. B. ICD-10 benannt werden. Für die statistische Auswertung wurde in unserer Arbeitsgruppe ein Skalierungssystem entwickelt. Mittels dieser Skalierung kann der Schweregrad einer akuten, chronischen und überwundenen Erkrankung eingeschätzt werden. Die Skalierung reicht von 0: keine organische Erkrankung bis 7: lebensbedrohliche Erkrankung mit zeitweiser Einweisung auf eine Intensivstation.

Achse 4: Psychosoziale Belastungsfaktoren

Diese Skala dient dazu, das Ausmaß an psychosozialen Stress, der auf den Säugling einwirkt, abzuschätzen. Psychosozialer Stress kann direkt vorkommen, in Form von Trennungen, Miss-handlungen, aber auch Krankenhaus-

einweisungen, oder in indirekter Form, z. B. Scheidung der Eltern oder Immigration. Des Weiteren kann der Stress akut oder chronisch auf das Kind einwirken. Die Stresseinschätzung hängt von der Intensität der Stressoren, dem Entwicklungsstand des Kindes und der Verfügbarkeit protektiver Faktoren ab. Die Einschätzung erfolgt anhand einer 7-Punkte-Skala von 0: keine Stressfaktoren bis 7: schwere Auswirkungen bis signifikante Entgleisung in allen Bereichen.

Achse 5: Funktionell emotionales Entwicklungsniveau

Die Art und Weise, in der ein Kind eine Erfahrung internalisiert und organisiert, steht im Mittelpunkt dieser Skala. Dabei wird der Entwicklungsstand mit dem erwarteten Niveau abgeglichen. In Abhängigkeit davon, inwieweit der Säugling dieses Niveau erreicht, wird dann skaliert von 1: „Hat das erwartete Niveau voll erreicht.“ bis 6. „Hat diese Stufe noch gar nicht erreicht.“

Subklassifikation der Ess-Fütterungs-Störung

Da die Klassifikationen nach ICD 10, DSM IV und ZTT-DC:0–3 keine Subunterteilung von verschiedenen Formen von Ess-Fütterungs-Störungen vorsehen, wurde von den Autoren eine detaillierte Unterteilung entwickelt. Diese orientiert sich an einer Klassifikation von Chatoor und Chatoor et al. [4, 5, 6], die 8 Untergruppen vorsieht. Unsere Stichproben im europäischen Raum zeigten aber, dass 5 Gruppen ausreichen. Diese Gruppen implizieren ätiologische Annahmen.

1. PTFS [posttraumatische Ess-Fütterungs-Störung (601)]
Diese Gruppe betrifft Kinder mit angeborenen Fehlbildungen des Mund-Verdauungs-Trakts mit peripartaler operativer Versorgung (Ösophagusstenose und -atresie, Duodenalatresie, Zwerchfellhernie, Pierre-Robin-Syndrom, Spaltbildungen usw.) sowie extreme Frühgeburten mit primär kompliziertem Verlauf und komplizierter Ernährungssituation ohne Operationen. In dieser Gruppe bezieht sich „posttraumatisch“ auf jede vom Kind als be-

Tabelle 2

Durchschnittliche Gewichtszunahme und Verlust vor und nach der Sondenentwöhnung

Gruppe	601	602	603	604	605	Total	p
Bei der Aufnahme ^a	6255	7220	7350	8243	6480	7093	0,0001
Minimales Gewicht ^a	5999	6852	6955	7870,9	6030	6738	0,0001
1 Monat nach der Entwöhnung ^a	6788	7373	7513	8569	6974	7922	0,0001
3 Monate nach der Entwöhnung ^a	7972	8768	8603	9511	8211	8597	0,0001
Gewichtsverlust [g]	483	379	309	172	419	354	0,0001
Prozentualer Gewichtsverlust [%]	5,89	5,65	4,03	3,71	5,37	4,98	ns.

^a Durchschnittliches Körpergewicht [g]

- lastend erlebte medizinische Intervention wie Absaugen, Festhalten, Blutabnahme, Intubation usw.
2. Primäre Störung der Saug-Schluck-Koordination (602) (sensory deficit feeding disorder)
Diese Gruppe betrifft Kinder mit angeborenen chromosomalen Fehlbildungen oder angeborenen Stoffwechselstörungen mit schwerer bis schwerster zerebraler Beeinträchtigung und sensomotorischer Wahr-

- nehmungs-, Funktions- und v. a. Schluckstörung.
3. Post medical episode food-aversion (603)
Primär gesunde Kinder mit sekundärer Trink- bzw. Essverweigerung nach „banalem“ gastrointestinalem Infekt oder Stomatitis. Diese Kinder beginnen nach einem interkurrenten medizinischen Problem, die Nahrungsaufnahme nicht mehr selbst zu regulieren. Selbst nach

vollkommener Genesung bleibt die Aversion gegen Manipulationen im oralen Bereich.

4. Primäre Trinkschwäche bei Symbiosestörung (604) (disorder of attachment)
Dieser Kinder zeigen bereits kurz nach der Geburt Schwierigkeiten beim Trinken. Sie sind in ihrem Muskeltonus oft hyper- oder hypoton und können als regulationssensitiv beschrieben werden. Besteht dabei auch eine mangelhafte oder insensitive emotionale Verfügbarkeits- und Pflegesituation in den ersten Lebensmonaten, entstehen manchmal ein Trink- und später ein Gedeihproblem. Diese Störung kann beispielsweise auch durch eine lange Hospitalisation ausgelöst werden. Eine interaktionelle Störung in der Eltern-Kind-Beziehung steht bei diesem Problem im Vordergrund. Häufig ist die emotionale Erreichbarkeit, wie etwa bei elterlicher, psychiatrischer Erkrankung, beeinträchtigt.
5. Individuationsfütterungsstörung (605) (individuation disorder)

Hier steht eine Anzeige
This is an advertisement



Springer

Bei dieser Gruppe handelt es sich um primär organisch gesunde, oft jedoch temperament- und regulatonsensitive Kinder mit einer „idiopathischen“ Essverweigerung mit Beginn ab dem 6. Lebensmonat meist bei überinvolviert-ängstlicher, unsicherer Bindungssituation. Es kommt zu einer zunehmenden Verschlechterung, je länger die Störung dauert. Häufig kommt es sekundär zur Vollsondierung wegen totaler Essensverweigerung, oft über Monate. Typisch ist der Interessenskonflikt zwischen mütterlichem Kontrollbedürfnis und kindlicher Autonomie- und Explorationslust. Auch hier liegt, wie bei Gruppe 604, primär eine Störung der Eltern-Kind-Interaktion vor.

Therapeutisches Vorgehen

Alle Kinder wurden zum Zweck der Sondenentwöhnung stationär aufgenommen. In 60 Fällen wurden Mutter und Kind gemeinsam stationär aufgenommen; 57 Kinder wurden in Mutter-Kind-Einheiten auf der psychosomatisch-psychotherapeutischen Station und 5 auf anderen Stationen behandelt. Die Väter und etwaige Geschwister waren in den therapeutischen Prozess täglich aktiv integriert. Bei ausländischen Kindern wurden die Väter entweder mit aufgenommen oder in einem nahe gelegenen Gasthof untergebracht. Bei den 2 Kindern, die ohne Eltern aufgenommen wurden, standen die Eltern tagsüber von 8–20 Uhr zur Verfügung. Das Projekt der geplanten Sondenentwöhnung wurde mit allen Eltern als bewusstes, familiäres und medizinisches Behandlungsziel vorbereitet und definiert.

Die Sondenentwöhnung ist grundsätzlich nur interdisziplinär anzugehen!

Nur bei konstruktiver Kooperation aller beteiligten Berufsgruppen ist die Sondenentwöhnung möglich. Daher ist ein gleichberechtigtes und gut koordiniertes Miteinander die Grundlage der gemeinsamen Arbeit. Die Eltern sind in der Phase der Sondenentwöhnung äußerst belastet und reagieren verständlicherweise auf Unstimmigkeiten und Widersprüche in der Kommunikation unter den Helfern sehr empfindlich. Diese sind daher unbedingt zu vermeiden.

Folgende Berufsgruppen sind täglich mit je 10- bis 60-minütigen Sitzungen integriert:

1. Pädiatrie

Die Pädiatrie übernimmt das Gewichtsmontoring, das 1- bis 2-mal täglich durchgeführt wird. Das Gewicht muss bei der Umstellung der vollsondierten Außensteuerung auf die Innenregulation des Kinds absinken! Der Gewichtsverlust beträgt etwa 6–13% des Körpergewichts (Tabelle 2). Auch die zeitliche Koordination des Entwöhnprozesses ist Aufgabe der Pädiatrie. Für invasive Untersuchungen wird eine strenge Indikation gefordert! Bei bestehender Indikation kommen Gastroenterologie, Kardiologie, Kinderchirurgie usw. zum Einsatz, die Visite erfolgt, je nach Zustand, 1- bis 4-mal täglich.

2. Pflgeeteam

Das Pflgeeteam ist für die Begrüßung, die Beratung, die Stützung, das Experimentieren und die Entlastung der Eltern zuständig. Das Vertrauen der Mütter dieser Kinder in „fremde“ Pflegepersonen ist aufgrund der langen psychosozialen und emotionalen Isolation mit dem Kind und seinen besonderen Bedürfnissen massiv beeinträchtigt. Die Mütter müssen manchmal behutsam und liebevoll „weggeschickt“ werden; z. B. alleine Spazieren gehen, um langsam wieder ein altersangemessenes Muttersein zu erlernen. Die parapsychotherapeutische Leistung im Pflgeeteam ist besonders hervorzuheben, da sich gerade unter dem Motto „nicht vom psychologischen Team“ auch Eltern mit Ängsten und Widerständen eher vertrauensvoll „öffnen“ als in einem deklarierten psychotherapeutischen Rahmen. Die Mahlzeiten sollten grundsätzlich in einem kindgerechten Ambiente mit und unter vielen anderen essenden Kindern eingenommen werden. Die Kleinkinder erhalten nur auf eigene Aufforderung Mithilfe von Erwachsenen. Auf kleine Mengen und auf optische Attraktivität ist zu achten, das Servieren eines Kleinkindbuffets wird empfohlen.

3. Videoanalyse und Videotherapie
Das Video als Instrument in der Sondenentwöhnungstherapie kann als Mikroskop des Therapeuten be-

zeichnet werden. Es wird von den Familien so selbstverständlich wie andere bildgebende Verfahren angenommen. In der gelebten Interaktion ist eine Beobachtung von Mikroverhalten schlecht identifizierbar. Im Video kann das Verhalten von Eltern und Kind besser und wiederholt betrachtet werden. Gemeinsam mit den Eltern können störende Verhaltensweisen identifiziert und Strategien zur Veränderung erarbeitet werden. Mittels der technischen Steuerungsvariationen können die Schnelllauftechnik zur Verdeutlichung der Körpersprachmuster und die Zeitlupe zur Dokumentation spezifischer interaktioneller Signalübergänge gut genutzt werden. Playback als Feedbackmöglichkeit der gerade gefilmten Szenen ist bereits bei etwa 2-jährigen Kleinkindern therapeutisch sehr gut einsetzbar!

4. Entwicklungspsychologie

Die Entwicklung des Kindes ist durch die Ernährung per Sonde im funktional-emotionalen Bereich gestört. Eine Entwicklungsdiagnostik und Spieltherapie sollen die betroffenen Bereiche erkennen und fördern. Eine Einheit besteht aus „Spieleßen“ (besonders kleinkindgerecht angerichtetes Mittagessen in kleinen Plastikschüsselchen, Kleinkindbesteck, winzige, bunte und bereits verkleinerte und mundgerecht angerichtete Speisen, wenn möglich im Beisein vieler anderer essender Kinder, Hochstuhl). Die 2. tägliche Therapieeinheit besteht aus „Essen spielen“ (eine Spielstunde im Kindertherapiezimmer mit echt aussehenden Plastikspeisen, Puppe füttern, Puppe sondieren, planschen mit Wasser, mit Puppenküchen und Kochen spielen, Anregung der symbolischen Beschäftigung mit dem Ess-Fütter-Thema ohne Essensdruck). Bei diesen Beschäftigungen mit der Psychologin steht das Kleinkind im Vordergrund, die Eltern können anwesend sein oder auch durch den Spiegel zuschauen.

5. Interaktionstherapie

Eine begleitende Eltern-Kind-Therapie ist oft mehrmals täglich erforderlich, um falsche und allzu drängende Interaktionsmuster, die sich zu sehr auf das Essen konzentrieren, aufzubrechen und neue, ausgewoge-

ne Muster zu etablieren. Wir empfehlen, streng „am Symptom“ zu bleiben und von psychodynamischen Deutungen abzusehen.

6. Tiefenpsychologisch orientierte Therapie
Die traumatischen Biographien der Eltern werden rekonstruiert und die Paarebene wird bearbeitet. Für die Eltern sind die Sondierungszeit und auch die Sondenentwöhnung traumatisch. Ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen über das Kind werden während der enteralen Ernährung frustriert. Das kann Aggressionen gegen sich und gegen das Kind erzeugen. Um diese Konflikte aufzulösen, wird eine tiefenpsychologisch orientierten Therapie angeboten. Die Beziehung der Eltern zueinander hat oft unter der Sorge um das Kind gelitten.
7. Logopädie
Der orofaziale Bereich wird täglich atraumatisch stimuliert. Die meisten Kinder haben viele negative oder traumatisierende Erfahrungen im oralen Bereich gemacht. Durch taktile Stimulation im orofazialen Bereich soll das Kind korrektive Erfahrungen mit dem Mund machen. Die unmittelbare Konzentration auf reales Essenlernen erweist sich als absolut kontraproduktiv. Die Kinder sind meist in ihrer oralen Entwicklung massiv beeinträchtigt, deswegen sind Lautieren, Plappern, Schmatzen, also jede präverbale lustvolle Aktivität, zu unterstützen.
8. Ergotherapie
Im taktilen Bereich wird die Wahrnehmung gefördert, da häufig Defizite und ein taktiler Stimulationslust bestehen. Eine Förderung der sensorischen Integration erfolgt durch Anregung des vestibulären Systems (z. B. Schaukeln). Für die Eltern werden Tipps, auch für die Nachmittagsbeschäftigung, gegeben!
9. Physiotherapie
Das pathologische Fütterungshaltung wird behandelt, und eine basale Stimulation bzw. Kraniosakraltherapie werden durchgeführt. Voita-, Bobath-, Petö- oder andere Therapieformen, die bei Kindern mit zerebraler Bewegungsstörung zuhause angewendet werden, sollten während der Sondenentwöhnung nicht

durchgeführt werden. Die Tagesverfassung und der Gemütszustand sollten bei Durchführung einer Bewegungstherapie beachtet und positiv unterstützt werden.

10. Ernährungsberatung
Die enterale Ernährung per Sonde besteht meist aus Nährstoffkonzentraten. Die Eltern werden in der Ernährungsberatung über eine altersadäquate Nahrung beraten und ermutigt, „normales“ Essen für möglich zu halten. Oft akzeptieren die Eltern erst aus dem Mund der Diätassistentin die Versicherung, dass ein Kind seine Nahrungsaufnahme weitgehend selbst regulieren kann.
11. Frühförderung
Oftmals kann die mobile, weiter betreuende Frühförderung in der Familie eine ausgezeichnete Brückenfunktion nach dem stationären Aufenthalt erfüllen. Die Ausbildung zur Frühförderin befähigt zur oftmals sehr hilfreich erlebten interdisziplinären „Dolmetscherfunktion“ zwischen den Sorgen der Eltern und dem Helferteam.

Zeitplan der Sondenentwöhnung

Für die Sondenentwöhnung wurde folgender Zeitplan aufgestellt:

1. Eingewöhnungsphase etwa 2–4 Tage
In dieser Phase wird eine Tag-Nacht-Rhythmik durch Reduzierung des Tagessondenvolumens auf 50% der Gesamteinfuhr etabliert. Ein Flüssigkeitsmonitoring erfolgt über den Allgemeinzustand (AZ) und das Windelgewicht. Bei Indikation wird das spezifische Gewicht im Harn gemessen, Säure-Basen-Bestimmungen werden nur bei strenger Indikation vorgenommen (kapillare Blutabnahme). Eine nächtliche supplementäre, enterale Ernährung per Sonde erfolgt nur bei einer Gewichtsabnahme >5% und schlechtem AZ.
Ziel: *Tagsüber Entstehung von Hunger!*
2. Parallel zur Eingewöhnungsphase, je nach Alter und Entwicklungsstand, wird jegliche Beschäftigung mit dem Thema „Essen“ gefördert, ohne real zu essen: im Bereich der abstraktsymbolischen Entwicklung (Rollenspiel, Puppensondierung,

Puppenküche, Kochspielsachen) und im interaktionellen Bereich (Mama füttern, dabeisitzen bei den Mahlzeiten anderer).

Ziel: *Förderung eines dem Entwicklungsalter angepassten Interesses an dem ehemals traumatischen Bereich ohne Essensdruck.*

3. Krisis: „Sondenexoperation“: definiertes Ende der letzten Sondierung
Innerhalb von 12–72 h nach Beendigung der letzten Sondierung kommt es zu einer deutlichen Gewichtsreduktion von 5–13%. Das Kind wird misslaunig, etwas dehydriert, schläfriger und matt. Die pflegerische, ärztliche und psychotherapeutische Unterstützung in dieser Phase ist engmaschig (mindestens alle 0,5 h) anzubieten. Sie ist von entscheidender Bedeutung für das Vertrauen, das die Voraussetzung für das Gelingen der Operation ist. Dieses Vertrauen bedarf eines differenzierten pädiatrischen Umgangs, welcher an intensivmedizinisches Monitoring erinnert. Die zunehmende Katabolie wird von einer metabolischen Azidose und einer Ketonurie mit Azetongeruch der Ausatemungsluft begleitet. Harnstoff und Kreatinin können erhöht sein. Die restlichen serologischen Befunde weisen auf Hungermetabolismus hin. Der Hunger, die metabolische Krise, scheint für die kindliche Motivationsänderung essenziell zu sein. Psychodynamisch handelt es sich um einen deutlicher Machtkampf, der darin besteht, wer zuerst die Nerven verliert und kapituliert: Kind oder Eltern oder Helfer? Dieser Kampf kann aber nur gemeinsam gewonnen werden. Die Ärzte geben nicht nach, d. h. sie bleiben weiterhin mit der Flüssigkeitszufuhr so restriktiv, wie es verantwortbar ist. Die Eltern müssen gestützt werden, um nicht „umzufallen“. Dafür brauchen sie ein erfahrenes und sicheres Pflege- und Helferteam um sich. Das Kind beginnt in dieser Situation oft plötzlich aus seinem ermatteten und müden Dämmerzustand heraus, tröpfchenweise Flüssigkeiten auf der Lippe zu tolerieren und beispielsweise aus einer feuchten Windel zu saugen. Der Eigensinn und der Wille der Kinder sind eindrucksvoll und sollten respektiert werden. Gleich-

Tabelle 3

Zusatzdiagnosen zur Essverhaltensstörung auf Achse 1 des ZTT-DC:0–3 (Komorbidität)

Zusatzdiagnosen	601	602	603	604	605	Total
201: frühkindliche Angststörung				3		3
206: reaktive Bindungsstörung	1		2	1	1	5
403: Regulationsstörung: Typ I, II, III			1			1
700: multisystemische Entwicklungsstörung		2	1			3
Keine Zusatzdiagnose	15	13	7	9	6	50

zeitig soll aber sehr klar und unmissverständlich von allen Beteiligten signalisiert werden, dass auch sie am grundsätzlichen Projekt der Entwöhnung festhalten und ebenso stur bleiben werden. Erfindungsgeist und Improvisation sind gefragt, das Trinken beginnt nach dem inneren Entschluss des Kindes mit dem Angebotenen. Vom gewichtsmäßigen Tiefpunkt geht es oft unerwartet rasch in die spontane Ess- und Trinkbeginnphase über. Viele Kinder haben ihr Ess- und Trinkverhalten innerhalb einer Woche nach der Entwöhnung bereits völlig normalisiert. Die Mütter sprechen oft vom Erwachen aus einem Alptraum.

4. Plateauphase, etwa 1–2 Wochen
Bei stabilem AZ ist ein vorübergehendes Gewichtsplateau von –10% Verlust vom Ausgangsgewicht tolerierbar. Das Kind darf in dieser Phase autonom steuern, wann, was und wie es essen und trinken möchte. Daher müssen folgende Punkte eingehalten werden:

- ▶ keine fixen Essenszeiten;
- ▶ keine Einfuhr-Ausfuhr-Dokumentation;
- ▶ Gewichtsbestimmung einmal täglich.

Nach dieser Zeit kommt es zu einem allmählichen Gewichtsanstieg. Unsere Beobachtungen zeigten, dass die Plateauphase umso länger dauert, je höher der „organische“ Anteil der Störung ist.

Ziel: *Das Kind lernt seinen Hunger-Sättigungs-Zyklus selbst zu regulieren.*

5. Erziehungs- und Readaptionsphase

In dieser Phase erfolgt die Reetablierung der altersangemessenen Nahrung im kulturell und familiär definierten strukturierten Umfeld mit klaren Regeln: Es wird keine Nahrung ohne kindliches Signal angeboten und die Fütterung wird beim ersten Verweigern beendet. Die Tendenz ist: Kleineres Angebot stimuliert größere Nachfrage. Ziel: *Die Übertragung des entwickelten Fütter-Ess-Zyklus in die gewohnte häusliche Umgebung.*

Ergebnisse

Da Diagnostik und Therapie zwar ineinander greifen, aber 2 in sich getrennte Aspekte erfassen, werden diese getrennt dargestellt. Diese Trennung ist jedoch künstlich, da jede Diagnostik bereits eine therapeutische Intervention darstellt. Hier sollen v. a. die Verteilung der Klas-

sifikationen der Fütterungsstörung und der interaktiven und interaktionellen Diagnostik dargestellt werden.

ZTT-DC:0–3-Diagnostik

Hier werden die Effekte zusammengefasst, die sich bei der Diagnostik im ZTT-DC:0–3 gezeigt haben. Dazu wurden alle 5 Achsen einzeln behandelt. Auf der 1. Achse, psychiatrische Störung des Kindes, konnten alle Kinder der Gruppe der Fütterungsstörungen zugeordnet werden, wobei bei 12 Kindern eine zusätzliche Diagnose (comorbidity) gestellt wurde.

Klassifikation der Fütterungsstörung

Die Klassifikation der Fütterungsstörung in Tabelle 3 zeigt, dass die meisten Kinder ($n=42$) aufgrund einer organischer Problematik per Sonde ernährt wurden (601, 602, 603). Aufgrund „nur“ interaktioneller Störungen wurden 20 Kinder behandelt. Dennoch handelte es sich immer auch um eine interaktive Problematik, unabhängig davon, warum die Kinder sondiert wurden.

Die Subgruppen unterschieden sich in der Altersverteilung teilweise erheblich. Die Kinder in der Gruppe der posttraumatischen Fütterungsstörungen (604) waren mit 23,4 Monaten im Durchschnitt am ältesten, die Patienten der Gruppe „Trinkverweigerung bei Symbiosestörung“ mit 7,5 Monaten am

Tabelle 4

Subklassifikation der verschiedenen Ess-Fütterungs-Störungen bezüglich Alter

Subklassifikation	601	602	603	604	605
Insgesamt	16	15	11	13	8
Jungen	4	9	7	7	7
Mädchen	12	6	4	6	1
Durchschnittsalter bei Erstvorstellung [Monate]	23,4	15,5	12,1	7,5	12,8

Tabelle 5

PIR-GAS-Werte aufgeteilt nach den Achse-1-Fütterungsstörungen

PIR-GAS-Werte	601	602	603	604	605	<i>p</i>
PIR-GAS-Werte der Mütter	42,5	50,67	43,64	39,23	30,0	ns.
PIR-GAS-Werte der Väter	63,57	54,00	71,11	42,86	60,0	0,03

Tabelle 6

Unterschiede der Mittelwerte der diagnostischen Fütterungssubgruppen auf den Achsen III, IV, V

Fütterungssubgruppen	601	602	603	604	605	p
Achse III: Krankheitsfaktor	6,67	6,0	1,4	2,9	1,3	0,0001
Achse IV: psychosoziale Belastungsfaktoren	3,6	3,9	3,6	4,7	4,7	ns.
Achse V: funktioneller Entwicklungsstand	2,3	3,8	1,8	2,0	1,4	0,0001

jüngsten. Dieser Unterschied trägt zur Signifikanz der Gruppenunterschiede bei der Gewichtsverteilung bei.

Die Gruppenzugehörigkeit zu den Subklassifikationen (Tabelle 4) der verschiedenen Ess-Fütterungs-Störungen wird im Weiteren als abhängige Variable betrachtet, da es sich dabei um eine kontrollierte Variable handelt, bei der Gruppenunterschiede aufgrund der unterschiedlichen Entstehung der Fütterungsproblematik zu erwarten sind.

Die Komorbidität (Tabelle 3) hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Therapie. Dennoch sollten diese Störungen Teil eines umfassenden Therapiekonzepts sein und mitbehandelt werden. Dann ist gerade bei Fällen tief greifender Entwicklungsstörungen ein positiver Einfluss auf die Therapie der Sondenentwöhnung zu erwarten (s. auch interdisziplinäres Vorgehen).

Die PIR-GAS-Werte (Tabelle 5) beziehen sich ausschließlich auf die Eltern-Kind-Interaktion in Fütterungssituationen. In dieser Stichprobe waren 19 Väter abwesend (knapp 1/3).

Dabei zeigte sich, dass nur ein geringer Teil der Mutter- (7 von 62) und der Vater-Kind-Interaktionen (11 von 42) als balanciert klassifiziert werden konnte, d. h. ohne Beeinträchtigung waren. Für die Väter ergaben sich signifikante Gruppenunterschiede von $p < 0,3$. Insgesamt erhielten die Eltern – sowohl die Väter als auch die Mütter – in der Gruppe „Primäre Trinkschwäche bei Symbiosese Störung“ (604) die niedrigsten PIR-GAS-Werte. Väter hatten im Durchschnitt signifikant höhere PIR-GAS-Werte ($p < 0,001$). Dieses Ergebnis ist nicht im Sinn einer niedrigeren Sensitivität, Wärme und Responsivität der Mütter zu interpretieren, sondern als Ausdruck einer höheren Belastung derselben durch die häufigen Erfahrungen von Essverweigerung des Säuglings. Das Elternpaar kann in der Therapie eine

der wichtigsten Ressourcen darstellen, dies spiegelt sich auch in der hohen Korrelation von 0,533 (Pearson-Korrelationskoeffizient signifikant auf dem Niveau von 0,01) zwischen den PIR-GAS-Werten von Vater und Mutter wider.

Neben der Schwere der Beziehungsbeeinträchtigung sind die Art und die Weise, wie Beziehung gestaltet wird, interessant. Deshalb wird im ZTT-DC:0-3 auf der 2. Achse diese Beziehungsgestaltung in Form von Involviertheit in der Interaktion, in diesem Fall in der Fütterungssituation, angegeben.

Die Qualität der beeinträchtigten Eltern-Kind-Beziehungen wurde am häufigsten als *überinvolviert* (901) (23 Mütter und 15 Väter) klassifiziert. Viele der sondierten Kinder sind in ihrem Gedeihen beeinträchtigt. Dies aktiviert die Sorge um das Überleben des Kindes. Dabei tun die Eltern in ihrer Sorge „zu viel“ und treiben ihre Kinder unbeabsichtigt in den „Widerstand“.

Auch die *ängstlich-gespannte* Beziehungsgestaltung (903), wie sie bei 13 Mutter- und bei 4 Vater-Kind-Interaktionen anzutreffen war, kann so erklärt

werden. *Unterinvolviertheit* (902) war erwartungsgemäß sehr selten und kam nur bei 2 Mutter-Kind-Paaren und bei 1 Vater-Kind-Paar vor! Bei 16 Mutter- und 4 Vater-Kind-Paaren wurde eine *komplex gestörte* Interaktion (905) klassifiziert – eine Interaktion die zwischen Unter- und Überinvolviertheit alterniert. In 2 Fällen wurde die Mutter-, in 6 Fällen die Vater-Kind-Interaktion als missbrauchend identifiziert.

Mit den Achsen 3–5 wurde mittels eines ANOVA die Hypothese auf Mittelwertsunterschiede in den Fütterungssubgruppen getestet. Es ergaben sich für den Krankheitsfaktor auf Achse 3 und den funktional-emotionalen Entwicklungsstand auf Achse 5 signifikante Unterschiede ($p < 0,001$). Auf Achse 4 wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden. Dennoch sind Tendenzen sichtbar, wenn die Gruppen 601, 602 und 603 mit den Gruppen 604 und 605 verglichen werden. Unterschiede in den Skalen waren zu erwarten, da gerade die Gruppen 601 und 602 aufgrund schwerer Erkrankungen sondiert wurden. Verwunderlich ist der niedrige Krankheitsfaktor in Gruppe 603. Er spricht dafür, dass kleine Auslöser oft starke Effekte erzeugen.

Die Unterschiede der diagnostischen Klassifikationsgruppen (Tabelle 6) sind den Erwartungen entsprechend, sodass die Einteilung in die Subklassifikation sowohl inhaltlich als auch durch die Daten bestätigt ist.

Aus unserer Sicht ist die Aussage von Tabelle 6 trotz ihrer „Nichtspektakularität“ inhaltlich die interessanteste. Hier wurde versucht, die 5 diagnosti-

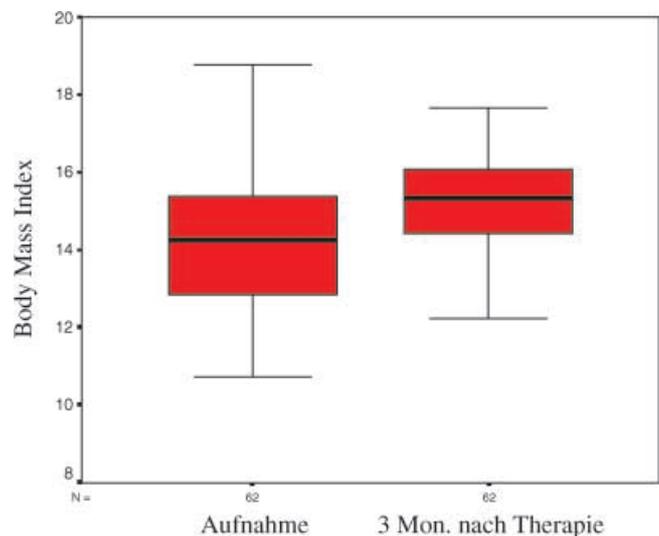


Abb. 1 ► BMI bei der Aufnahme und 3 Monate nach Sondenentfernung

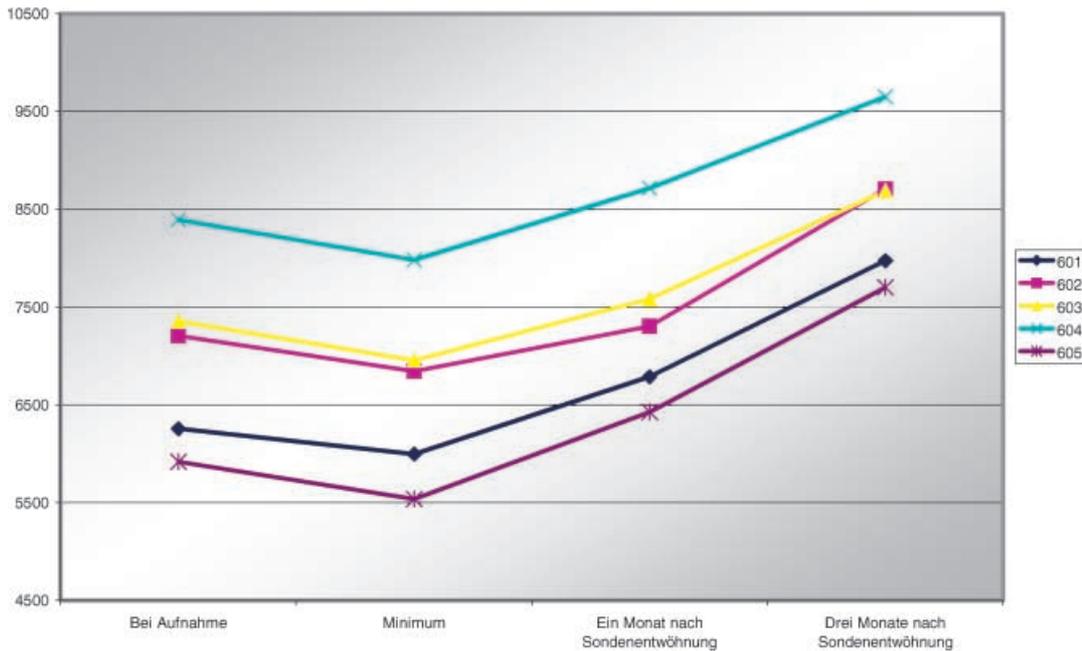


Abb. 2 ◀ **Absolutes Gewicht im Verlauf**

schen Klassifikationsgruppen in ihren spezifischen Eigenschaften zu differenzieren. Der Begriff „Krankheitsfaktor“ versucht, in einer von 2 unabhängigen medizinischen Diagnostikern verfertigten Schweregradeinschätzung die Komplexität der individuellen organischen Mitbeteiligung zu erfassen. So wurde der Krankheitsfaktor von Kindern mit multiplen neonatalen Risikofaktoren, angeborenen Fehlbildungen, mehrmonatiger neonataler Intensivtherapie und schweren Folgezuständen als „schwer“ (maximaler Wert 7) und von Kindern mit „rein interaktioneller“ oder „rein psychologischer“ Problematik als nieder (minimaler Wert 1) eingestuft. Diese Wertung ist bewusst fachlich medizinisch gehalten und enthält keine Aussage über den etwaigen spezifischen subjektiven Leidensdruck für Eltern oder Kind und ebenso keine Aussage über die prognostische Einschätzung hinsichtlich der individuellen „Behandlungsschwere“.

So zeigt sich erwartungsgemäß die klare organische Präsenz in den Gruppen 601 und 602 mit hohen Punktwerten zwischen 6 und 7 gegenüber den 3 anderen Gruppen mit Punktwerten zwischen 1 und 3. Werden die Gruppen jedoch hinsichtlich ihrer psychosozialen Belastung differenziert, sind die Unterschiede deutlich geringer, mit einer doch klaren, aber nicht signifikanten Erhöhung psychosozialer Belastungen in den Gruppen 604 und 605 wegen der meist stärkeren Paarbelegung. Die psychoso-

ziale Belastung war generell erhöht, dabei war in allen Gruppen eine oft extrem belastete Paarsituation ein wichtiger Faktor. Wird der funktional-emotionale Entwicklungsstand der Kinder differenzialdiagnostisch gedeutet, zeigten die neurosensorisch gestörten Kinder (602) erwartungsgemäß die größte Entfernung von der Altersnorm und die oft sogar akzeleriert entwickelten Kinder der Gruppe 605 Werte; die der zu erwartenden Altersnorm am nächsten lagen. Diese Unterschiede waren signifikant.

Entwicklung des Gedeihens

Da das Gedeihen der kritische Punkt bei der Therapie und letztlich die Verbesserung des Gedeihens Ziel der Sondenernährung ist, wurde zur Beurteilung des Gedeihens der Body-mass-Index (BMI=Körpergröße/Körpergewicht²) herangezogen.

Zur Berechnung standen der BMI bei der Aufnahme, 1 Monat nach der

Sondenernährung und 3 Monate nach der Sondenernährung zur Verfügung. Zusätzlich berücksichtigt wurde ein t-Test mit Messwiederholung. Statistische Signifikanz wurde bei einem $p < 0,001$ angenommen. Der Body-mass-Index war 3 Monate nach der Sondenernährung signifikant angestiegen (Abb. 1), auch wenn einzelne Kinder einen geringeren BMI aufwiesen. Dieser Effekt war bei allen Kindern auf einen Wachstumsschub zurückzuführen.

Bei tolerierbarem AZ am Tiefpunkt der Entwöhnung wurde ein Gewichtsverlust von bis zu 13% gefunden, dieser entspricht dem normalen Umstellungsverlust, wie er auch nach der Geburt stattfindet. Wie in Tabelle 2 dargestellt, blieb der Gewichtsverlust bei allen Kindern bis auf eines <12%. Der Durchschnitt liegt bei 4,98%, also deutlich <10%. Die Abwägung einer zusätzlichen Flüssigkeitsgabe, sei es per PEG oder Infusion, sollte bei gegebener Indikation mit allen Beteiligten gemeinsam getrof-

Tabelle 7

Anteil vollständig entwöhnter Sonden

Entwöhnung	Mädchen	Jungen	Insgesamt
Vollständige Entwöhnung der Sonde	38	21	59
Teilentwöhnung	3	–	3
Sterberate	2	0	2

fen werden. Da die Eltern die Hauptbelastungen des therapeutischen Prozesses tragen, sollten sie auch bei Entscheidungen mit einbezogen werden.

Zuletzt soll auf den Gewichtsanstieg nach der Sondenentwöhnung hingewiesen werden. Nach anfänglichem Gewichtsverlust sind die Kinder bereits nach 1 Monat auf einem Niveau oberhalb des Aufnahmegewichts, diese Beobachtung erwies sich in einer 1-faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung bei $p > 0,001$ als signifikant. In den nächsten 2 Monaten wurde ein weiterer signifikanter Gewichtsanstieg festgestellt (Tabelle 2, Abb. 2). Die Gruppen unterschieden sich dabei ebenfalls signifikant, so dass die Gruppeneffekte und das Alter kontrolliert werden mussten. Auch nach der Kontrolle dieser Effekte ergaben sich signifikante Unterschiede auf einem niedrigeren Niveau, bei der Kontrolle des Alters auf dem $> 0,05$ - und bei den Gruppeneffekten auf dem $> 0,005$ -Niveau.

Entwöhnungsrate

Bei 59 Kinder konnte die Sonde vollständig entwöhnt (Tabelle 7) werden. Bei den restlichen 3 Kindern konnte eine Teilentwöhnung erzielt werden. Rückfälle, d. h. die neuerliche Notwendigkeit einer Sondierung, sind in den Fällen, die wir teilweise über mehrere Jahre begleitet haben, nicht bekannt. 2 Kinder verstarben einige Monate nach der Sondenentwöhnung aufgrund ihrer genetischen Grunderkrankung (Trisomie 18 mit schwerem Herzvitium, angeborener Zwergwuchs mit Mikrozephalie). Bei den 2 teilentwöhnten Kindern lag eine besonders schwere zerebrale Grunderkrankung mit deutlicher geistiger Retardierung vor. Ein Kind verweigerte die Nahrungsaufnahme aufgrund einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung mit einer damit verbundenen aktiven Vorliebe für das Sondieren.

Diskussion

Sondenernährung kann bei Kindern, die nicht essen, eine lebenserhaltende Maßnahme sein. Seit den 70er Jahren wird das Erlernen des Essens, besonders bei Frühgeborenen, diskutiert. Dabei zeigte sich, dass bei Frühgeborenen ebenso wie bei sozial belasteten Familien, Ess- und Fütterungsstörungen häufiger als in der Normalpopulation auftreten [21, 22]. Politt et

al. [22] machten Vorschläge zur Therapie, die in den darauf folgenden Jahren verändert und verbessert wurden. Jedoch verbleibt in der Literaturübersicht immer wieder die Diskrepanz zwischen den verhaltenstherapeutisch orientierten Untersuchern und den Bindungstheoretikern [8, 24, 25, 30]. Unsere Arbeit versucht, mit einem multidynamischen Theorieansatz verschiedene „Psychotherapieschulen“ und therapeutische Elemente in sich zu vereinen: Von Essritualen Abstand zu nehmen, wie etwa Sondenernährung, Fütterung mittels Infusionen und Fütterung über PEG-Sonde, verlangt eine verhaltenstherapeutische Begleitung.

„Wer hungrig ist, will essen“: Essen und Sattheit sind in sich eine selbstverstärkende Maßnahmen [12, 33].

Ein weiterer Ansatz ist eine relativ „streng“ tiefenpsychologische Orientierung mehrerer Personen im Team, die einzeln mit dem Kind und seinen beiden Eltern arbeiten. Kein Mitglied des therapeutischen Teams hat die Rolle des Psychotherapeuten auf sich allein zugeschrieben; die psychotherapeutischen Zusatzausbildungen verlaufen quer über alle Berufsgrenzen und umfassen systemische Familientherapie, Individualpsychologie, NLP, Gestalttherapie, analytische Gesprächstherapie, Relaxationsmethoden wie KB und AT usw. Die überwiegende Grundatmosphäre der herrschenden „Atmosphäre“ der Grazer Station für Psychosomatik & Psychotherapie ist jedoch bis auf das unmittelbare Sondenvolumensmanagement wenig verhaltenstherapeutisch orientiert. Dies mag auch ein Grund dafür sein, dass die zugewiesenen „Therapieversager“, die letztlich durch auswärtige Zuweisungen bei uns eintreffen, durch ihre Eigenheit weniger gut auf verhaltenstherapeutische Methoden ansprechen und vielleicht deswegen umso eher oder besser tiefenpsychologisch zugänglich sind.

Die dritte therapeutische Linie ist eine stark beziehungstheoretische und interaktionsfokussierende Vorgangsweise: Wir versuchen mit Mutter und Kind die spannungsgeladene Esssituation zu dokumentieren, zu filmen, zu besprechen und mittels Veränderungsanregungen aufzuarbeiten. Beziehungsschwierigkeiten, wie sie in den ersten Lebensmonaten vorkommen können – häufig durch psychosoziale Belastungen [16] – nehmen wir wahr und versuchen, diese zu bearbeiten. Jedoch klingt uns noch

immer Whitten et al. [31] im Ohr, die auf die Bedeutung des Essens bei der Verbesserung der Beziehung hingewiesen haben. In der Tat zeigte sich, dass die Eltern bald nach der „Lösung“ des Problems und dem Ende der unmittelbaren Bedrohung ihres Kindes durch Essmangel weniger Ängste haben und nicht gern an die belastende Situation zurückdenken. Dieses Phänomen ist jedoch bei den meisten neurotischen oder psychodynamischen Prozessen erkennbar. Der Prozess einer mehrmonatigen bis jahrelangen Sondierung wird von den betroffenen Eltern oft als traumatischeres Erlebnis als die vorangegangenen Operationen oder intensivmedizinische Aufenthalte erlebt und die Zeit nach gelungener Entwöhnung oft als „Erwachen aus einem Alptraum“ beschrieben.

Ein weiterer Diskussionspunkt ist die Einteilung in organische vs. nichtorganische Störungen. In den allermeisten Fällen haben die zugewiesenen kleinen Patienten Probleme auf mehreren diagnostischen Ebenen, welche im 5-achsigen ZTT-DC:0-3-Diagnosesystem gut erfasst werden. Häufig verwendete Ausdrücke wie „rein organisch“ oder „rein psychogen“ sind fehl am Platz. Vielmehr lässt sich die Problematik am ehesten durch ein Modell der „summation of cumulative adverse variables“ im Sinn einer Attraktorwirkung beschreiben, was bedeutet, ein Problem hat meistens andere Probleme zur Folge [14]. Wir haben es anfangs immer mit einer komplexen, multimodalen Situation zu tun, in welcher sich aktuelle und persistierende medizinische, individuelle, interaktionelle, psychosoziale und funktional-emotionale Faktoren gegenseitig beeinflussen und es im Fall dieser Patienten zu einer „Erstarrung“ von sich gegenseitig negativ und advers beeinflussenden Einzelfaktoren kommt. „Negativ Spirale“ oder „Teufelskreis“ sind Ausdrücke, die von den Eltern sehr häufig selbst benutzt werden. Wer mit Füttern Schwierigkeiten hat, kränkt und sorgt sich bald, eine Beziehungsbelastung entsteht und die Beziehungswelten zu den Einfluss nehmenden Helfern werden im Fall einer Nichtverbesserung der Gesamtsituation ebenfalls schnell massiv negativ belastet. Vielleicht hat es deshalb eine Station auch leichter, wenn sie sich nahezu ausschließlich mit Fällen beschäftigt, die durch wiederholte Begeg-

nungen mit Helfern „aufgegeben“ worden waren.

Wir werden immer wieder gefragt, ob sich aus der Diagnose eine Aussage über die Prognose der Sicherheit des Entwöhnungserfolgs treffen lässt. Die Antwort lautet „nein“. Es korrelieren weder die Schwere der aktuellen oder vergangenen medizinischen Problematik eines Kindes noch die Schwere einer mentalen Retardierung noch die Massivität einer psychogenen bis psychiatrischen Mitbeteiligung auf der Eltern-Kind-Beziehungsebene direkt mit der Wahrscheinlichkeit einer externen Beeinflussung. Ähnlich wie in der Behandlung schwerer Schlafstörungen oder der Behandlung von Säuglingen mit exzessivem Schreien ist primär der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Vertrauens- und Beziehungsebene zwischen Eltern und Helfersystem gefragt. Diese ist aufgrund der mehrmonatigen Belastungen und Traumatisierungen der Betroffenen sehr sensitiv auf Störungen aller Art und verlangt ein hoch adaptives, konfliktfähiges und flexibles Helferteam sowohl in der Pflege als auch der Ärzteschaft als auch dem Therapeutenstab. Nach dem Motto „der Kunde hat immer Recht“ versuchen wir, Einflüsse aus dem modernen Qualitäts- und Krisenmanagement auch in den gemeinsamen Alltag der stationären Behandlung einfließen zu lassen.

Als letzten Punkt möchten wir die häufig erwähnten interaktionellen Problematiken in der betroffenen Mutter-Kind-Beziehung diskutieren. Diese können durch die belastende Fütterungssituation ausgelöst werden oder selbst Ursache der Sondierung sein. In vielen Fällen trifft Beides zu. Die Angst um das Überleben des Kindes beeinträchtigt die Eltern in ihren intuitiven Kompetenzen. In vielen Fällen löst sich die interaktionelle Problematik auf, sobald die Sonde erfolgreich entwöhnt wurde und das Kind einen selbstregulierten Sättigungszyklus entwickelt hat. Eltern haben ein „inborn“-Bedürfnis, ihr Kind selbständig zu nähren und damit das Überleben des Kindes zu sichern [28]. Dieser Wunsch leitet viele Eltern bei dem Verlangen, die Sonde zu entwöhnen.

Fazit

Je früher von der Sonde entwöhnt wird, desto geringer und kürzer ist der therapeutische Aufwand und umso leichter und früher erlernt der Säugling, die Nahrungsaufnahme wieder selbst zu regulieren.

Sondenentwöhnung verlangt Zuversicht und Geduld sowie ein Vertrauen in die dem Säugling innewohnende „Kraft des Normalen“; wie Selma Fraiberg sagte:

„In dealing with small children you will find, that God is on your side!“

Je jünger die Kinder sind, desto direkter und ursprünglicher ist ihr angeborener Wunsch, bei Hungergefühl nach Nahrung zu verlangen. Mit jedem Lebensmonat und -jahr, das sie älter werden, wird dieser angeborene Impuls durch mehr Variablen störfähig, sodass die Interferenz von von außen beeinflussenden Variablen mit jedem Lebensjahr größer wird. Das Vollbild solcher Interferenzen ist durch die Beschäftigung mit Essstörungen von Kindern im Schulalter bis hin zu den bekannten, schweren, bisweilen bereits irreversiblen Störungen der Pubertät bekannt.

Die Entwicklung vom vollsondierten zum seine Ernährung selbst regulierenden Säugling und Kleinkind braucht Zeit, nicht zuletzt Entwicklungszeit, um Neuerlerntes zu sichern. Eine signifikante Veränderung stellt sich meist erst nach 2–3 Monaten ein. Dabei spielt die medizinische Ausgangssituation eine wichtige Rolle: Je komplexer die Ausgangssituation, desto langsamer und länger ist der Prozess der Umstellung.

Die Entwöhnung der Sonde ist eine zu selten standardisiert praktizierte therapeutische Praxis. Nur wenige Kliniken haben eigene Konzepte entwickelt. In Graz stellt die Sondenentwöhnung einen über Jahre entwickelten normalen und in der Klinik integrierten Teil der pädiatrischen Praxis dar.

Die Aufgabe der Sondenentwöhnung stellt hohe Ansprüche und Anforderungen an eine funktionierende Kooperation und Kommunikation der unterschiedlichen therapeutischen Teams, welche sich in der Behandlung dieser Kleinkinder ergeben. Diese Basis ist eine unbedingte Voraussetzung für den therapeutischen Prozess, in welchen sich die Eltern und ihr Kind im Fall der Sondenentwöhnung einlassen. Loyalität und Vertrauen und eine gegenseitige Grundakzeptanz sind für die Etablierung

einer tragfähigen Beziehung zwischen Arzt und Eltern unabdingbar. Diese wiederum stellt atmosphärisch die Grundlage für eine Veränderung in der Qualität des Fütterns zwischen Eltern und Kind dar. Nur auf dieser kann die Sicherheit des Gelingens des oft als undenkbar erachteten, therapeutischen Ziels der Sondenentwöhnung erreicht werden und erfolgreich gelingen.

In dieser Arbeit haben wir versucht, einen Eindruck der multidimensionalen therapeutischen Linie zu geben, der Mut zur Nachahmung machen soll und eine generelle Anleitung für Kollegen zur Arbeit mit ähnlichen Patienten sein könnte. Eine ortsspezifische Adaption des hier beschriebenen Therapiemodells ist ähnlich dem modernen Organisationsmanagement durch Bestellung eines mobilen Therapeuten-teams möglich, in welchem die notwendigen Schritte der Teamentwicklung diskutiert und angelernt werden. Konkrete Anfragen dazu sind bei den Autoren möglich.

Literatur

1. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale
2. Benoit D, Coolbear J (1998). Post-traumatic feeding disorders in infancy: behaviours predicting treatment outcome. *Infant Mental Health J* 19: 409–421
3. Brisch KH (1999) Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
4. Chatoor I (1988) Mother infant toddler feeding scale. *Childrens Hospital National Medical Center, Washington*
5. Chatoor I, Conley C, Dickson L (1988) Food refusal after an incident of choking: a posttraumatic eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27: 105–110
6. Chatoor I, Getson P, Menvielle E, Brasseaux C, O'Donnell RR, Rivera Y, Mrazek DA (1997) A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Mental Health J* 18: 76–91
7. Coolbear J, Benoit D (1999) Failure to thrive: risk of clinical disturbance of attachment. *Infant Mental Health J* 20: 87–104
8. Dunitz M, Scheer PJ, Trojovský A, Kaschnitz W, Kvas V, Macari S (1996) Changes in psychopathology of parents of NOFT (non-organic failure to thrive) infants during treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 5: 93–100

Ärzte als Manager
Management ambulanter und integrierter
medizinischer Versorgung in Lüneburg

Der neue Studiengang „Management ambulanter und integrierter medizinischer Versorgung“ an der Universität Lüneburg will den aktuellen Problemen des Gesundheitssystems begegnen. Die wachsenden Probleme bei der Finanzierung des Gesundheitswesens machen auch vor den Türen der Arztpraxen keinen Halt: Wirtschaftliche Aspekte gewinnen für den Betrieb der Praxen immer mehr an Bedeutung; zur medizinischen Verantwortung gegenüber dem Patienten tritt für die Ärzte in immer stärkerem Maße auch die wirtschaftliche Verantwortung gegenüber dem Gesundheitssystem.

Das Studienangebot erstreckt sich über vier Semester und schließt mit dem Erwerb des international anerkannten „Master of Business Administration“ (MBA) ab. Die Vermittlung von Kompetenzen im Bereich Management und Führung gehört ebenso zu den Zielen des neuen Lüneburger Studiengangs wie die Befähigung zum erfolgreichen Einsatz wirtschaftswissenschaftlicher Instrumente und Methoden – vor allem von Controlling, Qualitätsmanagement und Budgetierungsansätzen – in der ärztlichen Praxis. Die Ausbildung bietet aber auch Qualifikationen, die geeignet sind im zukunftssträchtigen Bereich der integrierten Versorgung, also etwa dem Management von Praxisnetzen, gute Berufsperspektiven zu finden.

Das Studium ist berufsbegleitend konzipiert: Mehrtägige Präsenzphasen und Wochenendveranstaltungen gehören dabei ebenso zu den Lernformen wie internetgestützte Fernstudienelemente. Pro Studiendurchgang können maximal bis zu 30 Teilnehmer aufgenommen werden; Bewerbungen für das erste Semester sind noch kurzfristig möglich. Die Studiengebühren betragen insgesamt 24.000 DM.

Nähere Informationen über das Studienangebot gibt es beim Zentrum für Wissenschaftliche Weiterbildung der Universität Lüneburg, Tel. 04131/781280 oder im Internet unter: <http://www.uni-lueneburg.de/zww/mbapraaxis>

9. Dunitz M, Scheer PJ, Kvas E, Sulzer V, Azizi A (1996) Psychopathologie des parents d'enfants atteints de retard de croissance. *Devenir* 3: 17–25
10. Dunitz M, Scheer PJ, Kvas E, Macari S (1996) Psychiatric diagnosis in infancy: a comparison. *Infant Mental Health J* 17: 12–24
11. Dunitz-Scheer M, Scheer PJ, Dunitz-Scheer NA (1997) Interaktionsdiagnostik. In: Keller H (Hrsg) *Handbuch der Kleinkindforschung*, 2. Aufl. Huber, Bern Stuttgart Toronto, S 209–234
12. Dunitz-Scheer M, Wilken M, Walch G, Schein A, Scheer P (2000) Wie kommen wir von der Sonde los?! Diagnostische Überlegungen und therapeutische Ansätze zur interdisziplinären Sondenernährung im Säuglings- und Kleinkindalter. *Kinderkrankenschwester* 19: 448–456
13. Großmann KE, Becker-Stoll F, Grossmann K, Kindler H, Schieche M, Spangler G, Wensauer M, Zimmer P (1997) Die Bindungstheorie. In: Keller H (Hrsg) *Handbuch der Kleinkindforschung*, 2. Aufl. Huber, Bern Stuttgart Toronto, S 17–63
14. Kriz J (1999). *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Eine Einführung*. 3. Auflage. UTB/ Facultas, Wien
15. Kuhlmann B, Töbeck S (1994) Ernährungsempfehlungen bei Kau- und Schluckstörungen mit Ursache in der oralen Phase. *Forum Logopädie* 3: 17–19
16. Lindberg L, Bohlin G, Hagenkull B (1991) Early feeding problems in normal population. *Int J Eat Disord* 10: 395–405
17. Morris SE (1982) The normal acquisition of oral feeding skills: implication for assessment and treatment. *Therapeutic Media*, Central Islip
18. Morris SE, Klein MD (1995) Mund- und Eßtherapie bei Kindern – Entwicklung, Störungen und Behandlung orofazialer Fähigkeiten. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
19. Nusser-Müller-Busche R (1994) Diagnostik und Therapie neurologisch bedingter Schluckstörungen. *Forum Logopädie* 3: 3–12
20. Piwoz EG, Black RE, Guillermo LR et al. (1994) The relationship between infants' preceding appetite, illness, and growth performance and mothers' subsequent feeding practice decision. *Soc Sci Med* 39: 851–860
21. Politt E (1975) Failure to thrive: socioeconomic, dietary intake and mother-child interaction data. *Fed Proc* 34: 1593–1597
22. Politt E, Eichler AW, Chan C (1976) Psychosocial development and behaviour of mothers of failure-to-thrive. *Am J Orthopsychiatry* 45: 225–537
23. Ramsay M (1995) Feeding disorders and failure to thrive. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 4: 605–616
24. Ramsay M, Zelazo PR (1987) Food refusal in failure-to-thrive infants: nasogastric feeding combined with interactive-behavioral treatment. *J Pediatr Psychol* 13: 329–347
25. Riordan M, Iwata BA, Finney JW, Wohl MK, Stoney AE (1984) Behavioral assessment and treatment of chronic food refusal in handicapped children. *J Appl Behav Anal* 17: 327–341
26. Scheer P, Dunitz-Scheer M (1999) Transcultural perspectives of infant mental health in the German speaking countries. In: Osofsky J (ed) *Handbook of infant mental health*. Wiley, New York, pp 297–319
27. Scheer PJ, Dunitz M, Kaschnitz W, Stix P (1992) Beziehungsstörungen zwischen Säuglingen und ihren nahen Bezugspersonen am Beispiel der Eß-, Trink- und nicht-organischen Gedeihstörung (NOFT=non-organic failure to thrive). In: Poustka F, Lehmkuhl U (Hrsg) *Gefährdung der kindlichen Entwicklung*. Quintessenz, München
28. Stern DN (1998) Die Mutterschaftskonstellation. Klett-Cotta, Stuttgart
29. Thiele E, Clausnitzer R, Clausnitzer V (1992) Theorie und Praxis der MFT – myofunktionelle Therapie aus sprechwissenschaftlicher und kieferorthopädischer Sicht, Bd 1. Hüthig, Heidelberg
30. Ward MJ, Lee SS, Lipper EG (2000) Failure-to-thrive is associated with disorganized infant-mother attachment and unresolved maternal attachment. *Infant Mental Health J* 21: 428–442
31. Whitten CF, Pettitt M, Fischhoff J (1969) Evidence that growth failure from maternal deprivation is secondary to undereating. *J Am Med Assoc* 209: 1675–1682
32. Wilken M (2000) Warum willst du denn nicht essen? Entwicklungspsychologische Aspekte frühkindlicher Gedeih- und Fütterungsstörungen. In: Verein zur Förderung von Früh- u. Risikogeborenen, „Das Frühchen e. V.“ Heidelberg (Hrsg) *Es kam alles ganz anders. Ein Buch für Eltern, denen ein Frühchen geschenkt wurde. Verein zur Förderung von Früh- u. Risikogeborenen, „Das Frühchen e. V.“*, Heidelberg, S 267–273
33. Wilken M, Zach U, Dunitz-Scheer M (1998) Evaluation of parental representation of attachment in clinical setting. Poster, LSCR, Universität Wien, September 18–20, 1998
34. Wolf SL, Glass RP (1992) Feeding and swallowing disorders in infancy: assessment and management. *Therapy Skill Builders*, San Antonio
35. Zero Three to (1999) *Diagnostische Klassifikation 0–3: Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern*. Springer, Berlin Heidelberg New York