

faktum

Die aktuelle Ärztinformation der Wissenschaftlichen Akademie für Vorsorgemedizin



FSME

Dramatischer Anstieg bei
Kinder-Infektionen in
Österreich

Neu

Das Impfbon-Heft für Schul-
kinder & Jugendliche

Essstörungen

Theresa Lahousen-Luxenber-
ger, Dietmar Bayer & Johanna
Wallner-Liebmann über Anore-
xie, Bulimie & Binge-Eating



In zehn Minuten haben Sie diesen Newsletter gelesen und wissen Bescheid über Impfung und MKP



Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Es ist ja nicht so, dass wir nicht langjährige Erfahrung dabei hätten, zigtausende Impfungen, die von hunderten Kolleginnen und Kollegen Jahr für Jahr gemacht werden, in transparenter aber auch effizienter Form zu administrieren. Näheres in Kürze im Jahresbericht. Dennoch gelingt uns mitunter eine Innovation, die das Leben in der ärztlichen (fast wäre ich versucht zu schreiben: gesundheitsdokumentarischen) Praxis nicht doch vereinfachen würde. Sie alle

haben bei Impfungen von Schulkindern und Jugendlichen in der Ordination seit Jahren – und dafür möchte ich mich herzlich bedanken – pro Impfung einen Bonbogen ausgefüllt: mit allen Angaben zur Person; jedesmal wieder ein nicht unbeträchtlicher Aufwand. Und den können Sie sich in Zukunft sparen: Wenn Sie Bonbögen nachbestellen, werden Sie ein Heft erhalten, in dem die Gutscheinabschnitte für sämtliche Impfungen enthalten sind, die von Schulkindern und Jugendlichen bei den niedergelassenen ÄrztInnen in Anspruch genommen werden können. Das Gute daran: Wie beim Scheckheft der Kleinkinder genügt ein Datenblatt! Mehr dazu in der Heftmitte. Warum nicht früher, werden sich manche vielleicht fragen. Ganz einfach: Es ist erst jetzt gelungen, und dafür möchte ich mich bei der Fachabteilung auch sehr herzlich bedanken, das neue Produkt im Budget unterzubringen – und zwar indem wir in anderen Bereichen optimiert und sparsamst gewirtschaftet haben. Sodass das Bonheft aufs Gesamtbudget hin kostenneutral ist. Also musste ohnehin nicht neu finanziert werden? Stimmt. Aber: Andere Projekte mussten Kürzungen hinnehmen – wir können den Stand halten, wofür gedankt sei, und damit die Produktivität auch für die Praxen verbessern.

Ihr
MR Dr. Jörg Pruckner, Obmann



Masernfälle. Die höchsten Fallzahlen hatten Deutschland, Frankreich, Österreich und Italien – alles keine „armen“ Länder. In Österreich wird der Impfstoff nun schon seit einigen Jahren gratis für alle Altersgruppen angeboten. Das Ziel ist eine zumindest 95%-ige Durchimpfungsrate mit zwei Impfungen. Derzeit erreichen das sechs europäische Länder.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, niedergelassen oder nicht niedergelassen, nutzen Sie bitte daher jeden Patientenkontakt, um auf die Impfungen aufmerksam zu machen und ggf. die fehlenden Impfungen nachzuholen.

Und vergessen Sie bitte nicht – auch die Surveillance und die Laborüberwachung der Länder stehen auf dem Prüfstand – schon der Verdacht auf Masern ist meldepflichtig!
Liebe Grüße
Eure

Dr. Marianne Wassermann-Neuhold

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen!

Wie jedes Jahr ruft die WHO Europa in der letzten Aprilwoche die europäische Impfwoche aus. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf die Eliminierung der Masern und Röteln gelegt. Derzeit ist sogar ein Artikel zur Masernkampagne des Gesundheitsministeriums auf der Hauptseite der WHO verfügbar (<http://www.who.int/en/>)!

2015 hatte Österreich die zweithöchste Inzidenz bei Masern innerhalb der EU-Staaten, hinter Kroatien. Insgesamt meldeten 30 europäische Länder 3.969

Auf einen Blick

NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN

Hepatitis-B-Impfungen im Vorschulalter (Sonderfall)

Im Normalfall erfolgt im Vorschulalter – zumindest bis zum 5. Lebensjahr – die Hepatitis-B-Grundimmunisierung im Zuge der 6-fach-Impfung.

Bei HBs-Antigen-positiven Müttern wird das Baby bereits nach der Geburt im Krankenhaus gegen Hepatitis B geimpft, die 2. Impfung ist ein Monat später vorgesehen. Die Kosten tragen die Krankenkassen (Antrag und Bewilligung über das Arzneimittelbewilligungsservice ABS; weitere Infos unter www.sozialversicherung.at).

Ab dem 3. Lebensmonat wird die Hepatitis-B-Grundimmunisierung nach dem üblichen Impfschema (3./5./12.Lebensmonat) mit der 6-fach-Impfung abgeschlossen.

Monovalente Hepatitis-B-Impfungen mit dem Bonbogen sind im Vorschulalter nicht vorgesehen, in Sonderfällen halten Sie bitte Rücksprache mit der Landesimpfstelle (0316/877-5551).

Bitte auf E-Mail umstellen

Um den Papieraufwand zu verringern, verwendet die WAVM nach Möglichkeit elektronische Medien, um Ihnen alle wichtigen Informationen zu übermitteln. Wir ersuchen daher alle ÄrztInnen, die Informationen der WAVM noch per Fax erhalten, uns jene E-Mail-Adresse – die im ärztlichen Alltag Verwendung findet – bekannt zu geben. Herzlichen Dank im Voraus!

Neu: Bonheft für Kinder/Jugendliche zwischen 6 und 15 Jahren

Bisher erhielten alle niedergelassenen ÄrztInnen, um die Impfungen im Schulalter durchführen zu können, für jede Impfung einen eigenen Impfbonbogen. Die Zunahme der Anzahl der Impfbonbögen führte vermehrt zu Problemen in der Praxis (z. B. lose Bons ohne Datenblatt, Ausstellungsaufwand).

Ab Mitte April erhalten Sie daher bei Nachbestellungen das neue Bonheft für SchülerInnen, in dem alle Gratisimpfungen für 7- bis 15-Jäh-

rige enthalten sind. Die Abwicklung erfolgt gleich wie bei den Bonbögen und beim „Scheckheft Gesundheit für Eltern und Kind“. Ihr Vorteil: Das Datenblatt muss nur mehr 1 x ausgefüllt und geschickt werden, keine losen Bons mehr in der Praxis und – vor allem – das Bonheft kann für mehrere Impfungen verwendet werden.

Neu: Fehlende Datenblätter

Wenn Impfbons aus Scheckheften oder Bonbögen in der WAVM einlangen, von denen kein Personendatenblatt übermittelt wurde, können diese nicht erfasst und damit auch nicht abgerechnet werden. Die WAVM schickt in diesem Fall – anders als bisher – ein Fax mit einem Ersatzdatenblatt an die Impfärztin/den Impfarzt. Bitte reichen Sie die fehlenden Daten des Impfings so rasch als möglich nach, damit die Impfungen ordnungsgemäß dokumentiert und honoriert werden können. Sollte das Originaldatenblatt in der Zwischenzeit aufgetaucht sein, schicken Sie einfach das Originaldatenblatt nach.

AMTSÄRZTINNEN

HPV-Impfdokumentation

Bitte achten Sie darauf, bei Jugendlichen ab dem 13. Lebensjahr HPV-catch-up-Impfung zu dokumentieren. Die HPV-Impfung ist nur bis zum 12. Geburtstag für Schülerinnen und Schüler gratis.

Impfung von Flüchtlingen/AsylwerberInnen

Bitte verwenden Sie nach Möglichkeit die standardisierten Impfformulare für Nachholimpfungen (als PDF im Download-Center auf www.kinder-impfen.at verfügbar). Sollten Sie andere Listen verwenden, müssen zumindest Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Impfdatum, Impfstoff und Teilimpfung sowie Impfärztin/Impfarzt angegeben werden, damit die Impfungen in der steirischen Impfdatenbank ordnungsgemäß dokumentiert werden können.

AMT & PRAXIS

Boostrix-Polio®

... wird für niedergelassene ÄrztInnen

nach wie vor nur in kleinen Mengen an den Großhandel ausgeliefert, es gibt weiterhin eine Bestell-Warteliste.

Die Fachabteilung ersucht, vor allem PflichtschulabgängerInnen zu raten, die Schulimpfung oder die Impfung in den öffentlichen Impfstellen (BH & Magistrat Graz, Landesimpfstelle) in Anspruch zu nehmen.

Weiterhin ist nur der Impfstoff Boostrix-Polio® für Impfungen im Gratisimpfprogramm vorgesehen. Repevax® kann für das Gratisimpfprogramm nicht verwendet werden und wird nicht honoriert, auch wenn der Impfstoff von der Apotheke abgegeben wird.

Übersetzungen Sporkbroschüre

Die Impfbroschüre „Nur impfen schützt!“ von Prof. Spork wurde in die Sprachen Englisch, Französisch, Persisch/Farsi und Arabisch neu übersetzt und kann jederzeit in der WAVM bestellt werden. Auch die wichtigsten Texte des Scheckheftes „Gesundheit für Eltern und Kind“, Version 2016, wurden aktu-

alisiert und können in den Sprachen Albanisch, Arabisch, Englisch, Französisch, Kroatisch, Persisch/Farsi, Rumänisch, Russisch und Türkisch bei der WAVM angefordert oder auf www.kinder-impfen.at heruntergeladen werden.

Vergünstigte Impfstoffe

FSME: 1. 1. 2016 bis 31. 7. 2016: In diesem Zeitraum gibt es wiederum einen Aktionspreis für den FSME-Impfstoff für Kinder und Erwachsene.

PNC: In der Impfstelle des Landes Steiermark können Erwachsene den Impfstoff Prevenar13® ganzjährig vergünstigt erhalten.

Webtipp:

Sollten Sie bezüglich eines Impfstoffes, der in der Gratisimpfaktion Verwendung findet, detaillierte Auskünfte benötigen, so können Sie diese in der Fachinformation finden. Sie sind inzwischen auch auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit www.bmg.gv.at unter „Impfen“ veröffentlicht und downloadbar.

FSME – Impfschutz in Österreich

Dramatischer Anstieg bei FSME-Fällen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich.

In einer Pressekonferenz Mitte März erklärte Rudolf Schmitzberger, Impfreferent in der Österreichischen Ärztekammer, dass seit 2011 ein dramatischer Anstieg an FSME-Fällen in Österreich bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen sei. Demnach erkrankten dreimal so viele Kinder unter 15 Jahren an FSME wie in den fünf Jahren davor, in der Gruppe der bis zu 6-Jährigen waren es sogar fast viermal so viele. Österreich ist damit bei der Zahl der FSME-Fälle bei Kindern auf einem ähnlichen Niveau wie Tschechien oder die Slowakei, obwohl es dort keine vergleichbaren Impfprogramme gibt, so Schmitzberger. Diese Zahlen sind alarmierend, auch wenn die Gesamtanzahl der FSME-Erkrankungen in Österreich –

nicht zuletzt durch die FSME-Impfung – deutlich geringer ist als etwa in Tschechien, wie die Grafik der Abteilung Virologie der Medizinischen Universität Wien zeigt.

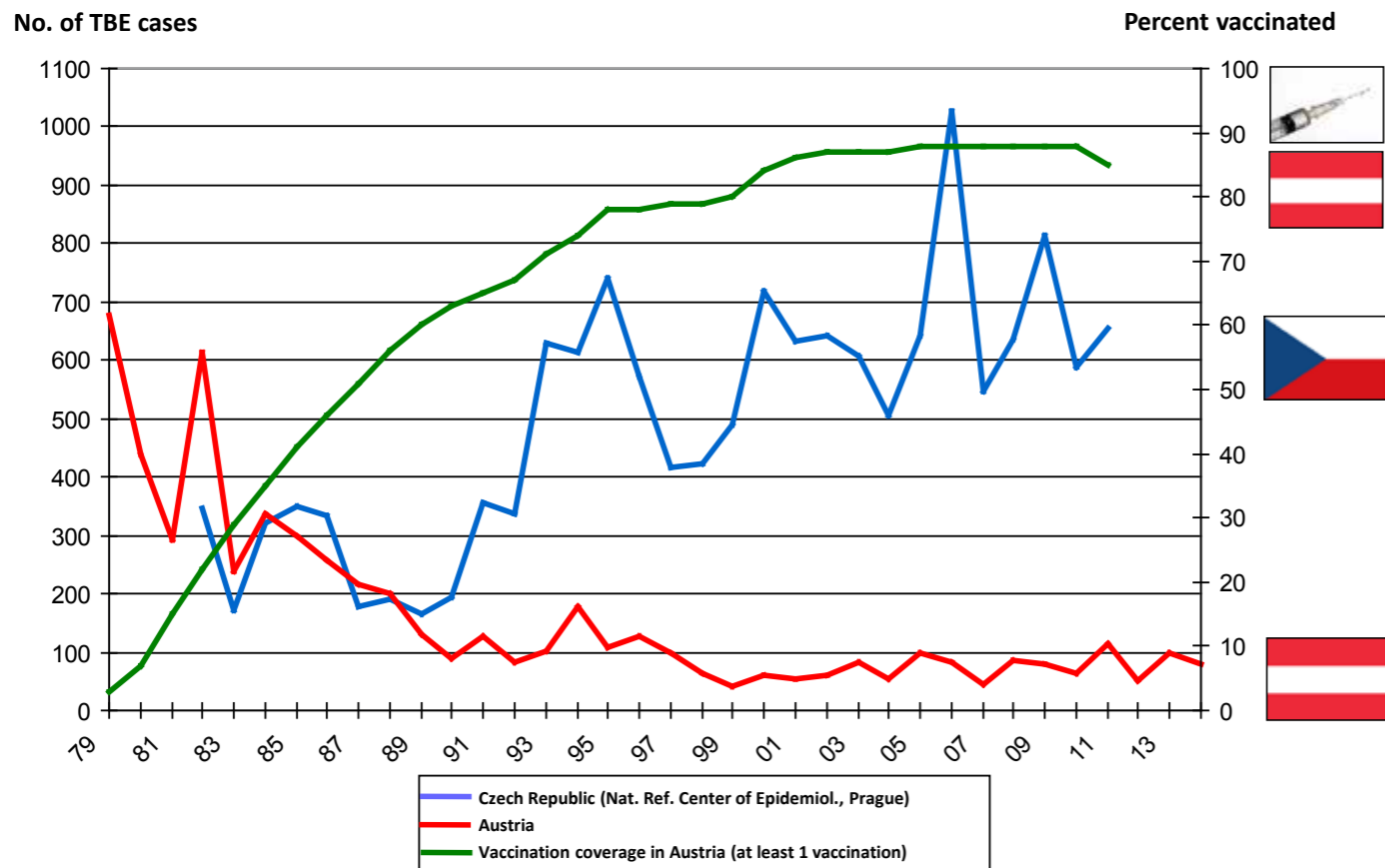
Insgesamt lag die Anzahl der FSME-Fälle im Vorjahr zwar knapp unter dem Zehn-Jahres-Schnitt von 77 Fällen pro Jahr, „Sorgen bereitet uns aber dieser deutliche Anstieg von Erkrankungen bei Kindern“, so Schmitzberger. Am häufigsten von einer FSME-Infektion betroffen war auch 2015 die Gruppe der 50- bis 60-Jährigen.

Die drei am stärksten betroffenen Bundesländer waren wiederum die Steiermark, Oberösterreich und Tirol.

Selten, aber möglich: FSME-Infektionen durch Rohmilch

„2015 gingen zwei Meningitisfälle auf den Genuss roher Ziegenmilch zurück. Im Jahr davor waren in der Slowakei fünf Personen nach dem Verzehr von Käse aus Ziegen-Rohmilch an FSME erkrankt. In Österreich sei es zuletzt 2008 zu Schlagzeilen gekommen, als der Verzehr von Frischkäse aus Ziegen-Rohmilch bei sechs Menschen zu einer Infektion geführt hatte, wobei vier davon an FSME erkrankten. Früher war dieser Übertragungsmodus wesentlich häufiger, was sich auch an der alten Bezeichnung ‚biphasisches Milchfieber‘ für Zeckenencephalitis zeigt. Die steigende Beliebtheit von Rohmilch-Produkten ist daher kri-

FSME in Österreich und der Tschechischen Republik 1979-2014



Neu: Das Impfbon-Heft für Schulkinder & Jugendliche

Ab sofort erhalten niedergelassene ÄrztInnen, die Bonbögen für die Dokumentation von Impfungen von Schulkindern und Jugendlichen in der Ordination nachbestellen, Bonhefte. Mit diesen Heften können alle im Schulalter möglichen Impfungen (derzeit 5) auf Basis eines einzigen Datenblattes bezogen und dokumentiert werden.

Das „Impfbon-Heft“ ersetzt also die gewohnten einzelnen Impfbögen, mit denen die Impfungen von 6- bis 15-Jährigen bei niedergelassenen ÄrztInnen bisher dokumentiert und administriert wurden.

Was ist neu?

Das Datenblatt ist aus produktionstechnischen Gründen auf der letzten Umschlagseite und wie gewohnt auszufüllen, abzutrennen und an die WAVM zu schicken. Aber: Sie müssen es nur mehr einmal pro Schulkind/Jugendlichem ausfüllen. Und: Im Gegensatz zur alten Lösung wird das Impfbon-Heft dennoch gut „zusammengehalten“, sodass es über Jahre verwendet werden kann.

Die Reihenfolge der Impfungen ist so angelegt, dass Sie die Bons, die Sie als erste benötigen, jeweils am oberen und unteren Rand der Seite finden. Damit können Sie sie gut abtrennen. Die Bons für Folgeimpfungen finden Sie mittig – sie müssen länger zugänglich sein und werden in der Regel später verwendet. Hat der Jugendliche die Hepatitis-B-Grundimmunisierung bereits im Vorschulalter erhalten, entwerfen Sie bitte die Teilimpfungsbons 1–3 und verwenden Sie nur den Bon für die Auffrischungsimpfung.

Bitte verwenden Sie die Bon-Abschnitte wie gewohnt. Damit ist gewährleistet, dass auf einen Blick

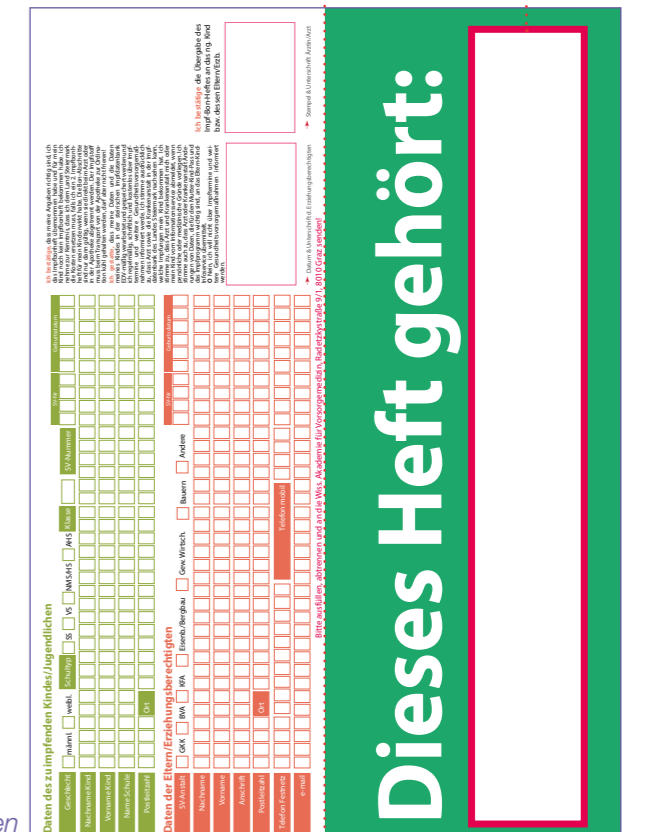
ersichtlich ist, welche Impfungen ein Schulkind/Jugendlicher schon bekommen hat und welche nicht. Bitte verwenden Sie nur jene Impfstoffe, die in der Gratisimpfaktion vorgesehen sind.

Neu ist auch die Gestaltung: Damit die Bons besser gestempelt und beschriftet werden können, haben wir bewusst auf Farbflächen verzichtet.

Zielstellung dieser Lösung war, ein Produkt zu entwickeln, das in der Ordination Dokumentationszeit spart, die Zuordnungssicherheit erhöht und mit den gegebenen Mitteln umgesetzt werden kann. Für Rückmeldungen sind wir dankbar.

Der Umschlag enthält auf der Rückseite das Datenblatt. Einmal ausfüllen, abtrennen, einschicken: fertig! Nach dem Abtrennen bleibt die innere Hälfte der Rückseite erhalten und hält das Heft zusammen.

Senkrechte Perforation zum Abreißen, Namensfeld zur Zuordnung bleibt ausgefüllt im Heft.



Innenteil
Beispiel Bonseite

2. Teilimpfung: 1. TI + mind. 4 Wochen		2. Teilimpfung: 1. TI + mind. 4 Wochen		2. Teilimpfung: 1. TI + mind. 4 Wochen		2. Teilimpfung: 1. TI + mind. 4 Wochen	
IMPFMELDUNG für Ihr Kind Masern, Mumps, Röteln: 2. TI Impfdatum: _____ Dieser Gutscheinabschnitt bleibt im Heft. Stempel & Unterschrift Ärztin/Arzt		IMPFBESTÄTIGUNG für die Praxis MMR 2. Teilimpfung Impfdatum: _____		IMPFGUTSCHEIN für Ärztin/Arzt MMR 2. Teilimpfung Bitte ankreuzen: <input type="radio"/> MMRVaxPro OP I <input type="radio"/> Priorix OP I Impfdatum: _____ DATEN KIND: bitte gut leserlich ausfüllen! Vorname: _____ Nachname: _____ Ankreuzen: <input type="checkbox"/> Ich ersuche um Anweisung des aktuell gültigen ... <input type="checkbox"/> Hausapothekenhonorars zzgl. 20% MwSt. <input type="checkbox"/> Impfhonorars		REZEPT für die Apotheke MMR 2. Teilimpfung Bitte ankreuzen: <input type="radio"/> MMRVaxPro OP I <input type="radio"/> Priorix OP I Impfdatum: _____ DATEN KIND: bitte gut leserlich ausfüllen! Vorname: _____ Nachname: _____ SV-Nr.: _____	
2. Impfung: 4 Wochen nach 1. TI		2. Impfung: 4 Wochen nach 1. TI		2. Impfung: 4 Wochen nach 1. TI		2. Impfung: 4 Wochen nach 1. TI	
IMPFMELDUNG für Ihr Kind Hepatitis B 2. Teilimpfung Impfdatum: _____ Dieser Gutscheinabschnitt bleibt im Heft. Stempel & Unterschrift Ärztin/Arzt		IMPFBESTÄTIGUNG für die Praxis Hepatitis B 2. Teilimpfung Impfdatum: _____		IMPFGUTSCHEIN für Ärztin/Arzt Hepatitis B 2. Teilimpfung Bitte ankreuzen: <input type="radio"/> Engerix B 10µg OP I <input type="radio"/> HBVaxPro 10µg OP I Impfdatum: _____ DATEN KIND: bitte gut leserlich ausfüllen! Vorname: _____ Nachname: _____ Ankreuzen: <input type="checkbox"/> Ich ersuche um Anweisung des aktuell gültigen ... <input type="checkbox"/> Hausapothekenhonorars zzgl. 20% MwSt. <input type="checkbox"/> Impfhonorars		REZEPT für die Apotheke Hepatitis B 2. Teilimpfung Bitte ankreuzen: <input type="radio"/> Engerix B 10µg OP I <input type="radio"/> HBVaxPro 10µg OP I Impfdatum: _____ DATEN KIND: bitte gut leserlich ausfüllen! Vorname: _____ Nachname: _____ SV-Nr.: _____	
1. Impfung: ab 7. Lebensjahr		1. Impfung: ab 7. Lebensjahr		1. Impfung: ab 7. Lebensjahr		1. Impfung: ab 7. Lebensjahr	
IMPFMELDUNG für Ihr Kind Hepatitis B 1. Teilimpfung Impfdatum: _____ Dieser Gutscheinabschnitt bleibt im Heft. Stempel & Unterschrift Ärztin/Arzt		IMPFBESTÄTIGUNG für die Praxis Hepatitis B 1. Teilimpfung Impfdatum: _____		IMPFGUTSCHEIN für Ärztin/Arzt Hepatitis B 1. Teilimpfung Bitte ankreuzen: <input type="radio"/> Engerix B 10µg OP I <input type="radio"/> HBVaxPro 10µg OP I Impfdatum: _____ DATEN KIND: bitte gut leserlich ausfüllen! Vorname: _____ Nachname: _____ Ankreuzen: <input type="checkbox"/> Ich ersuche um Anweisung des aktuell gültigen ... <input type="checkbox"/> Hausapothekenhonorars zzgl. 20% MwSt. <input type="checkbox"/> Impfhonorars		REZEPT für die Apotheke Hepatitis B 1. Teilimpfung Bitte ankreuzen: <input type="radio"/> Engerix B 10µg OP I <input type="radio"/> HBVaxPro 10µg OP I Impfdatum: _____ DATEN KIND: bitte gut leserlich ausfüllen! Vorname: _____ Nachname: _____ SV-Nr.: _____	

Die Bons links innen bleiben wie gewohnt im Heft.

Perforation

Perforation

Perforation

Perforation

Perforation

Waagrecht sind die Gutscheinabschnitte so angeordnet, wie Sie das vom Scheckheft Gesundheit für Eltern und Kind und den alten Bonbögen gewohnt sind.

Senkrecht sind die Abschnitte für die unterschiedlichen Impfungen so angeordnet, dass Impfungen für niedrigere Altersstufen am oberen und am unteren Seitenrand liegen. Impfungen für höhere Altersstufen liegen in der Mitte. Impfbons für jüngere Kinder müssen ja zuerst entnommen werden können. Die Bons für die späteren Impfungen bleiben "geschützt" in der Mitte – sie kommen ja eventuell erst nach Jahren zum Einsatz.

Warum sind verschiedene Impfungen auf einer Seite? Insgesamt sind in der Altersgruppe der 6–15-Jährigen 10 Teilimpfungen bei 4 Impfstoffen möglich. Die Anzahl der Teilimpfungen pro Impfstoff differiert von 1 (Meningokokken) bis 4 (Hepatitis-B). Um mit dem aus Kostengründen beschränkten Platz auszukommen, müssen auf einer Seite also mehrere Impfungen "untergebracht" werden.

0-6	7-14	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	>80	Total
9	5	3	2	4	5	18	10	6	2	64

Virusepidemiol. Information NR. 1/16 der Med-Uni Wien (<http://www.virologie.meduniwien.ac.at>)

tisch zu sehen – Schwangere sollten jedenfalls darauf verzichten“, erklärte der Impfreferent der ÖÄK.

Impfrate bei Kleinkindern besonders niedrig

Die Impfrate bei den Ein- bis Dreijährigen ist in den vergangenen fünf Jahren von 61 Prozent (2011) auf 44 Prozent (2015) gesunken – also um fast ein Drittel.

Dazu kommt, dass hier auch Kinder erfasst sind, die z. B. nur eine Teilimpfung und damit keinen „korrekten“, also vollständigen, Impfschutz haben. Betrachtet man die gesamte Gruppe der 1- bis 15-Jährigen, so waren laut Befragung im Vorjahr zwar gut drei Viertel (76 Prozent) jemals gegen FSME geimpft, aber einen verlässlichen, „korrekten“ Impfstatus hatten nur 52 Prozent. „Offensichtlich sind sich viele Eltern nicht bewusst, dass Zecken auch auf städtischen Spielplätzen, in ‚Beserlparks‘ sowie zunehmend in alpinen Regionen vor-

	Wien	NÖ	Bgld	Stmk	Ktn	OÖ	Sbg	Tirol	Vbg	Total
Diagnostiziert in	1	4	0	20	2	16	3	15	3	64
Infektionsort in	0	4	0	19	3	16	3	14	3	62
Keine Angaben	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2

Virusepidemiol. Information NR. 1/16 der Med-Uni Wien (<http://www.virologie.meduniwien.ac.at>)

kommen. Aus ärztlicher Sicht ist es jedenfalls unverantwortlich, Kinder dem Risiko einer FSME-Infektion auszusetzen“, so Schmitzberger.

Ein Grund für die sinkende Impfbereitschaft könne darin liegen, dass die FSME-Impfung in unterschiedlichen Impfpässen unterschiedlich eingestuft werde. Im Internationalen Impfplan werde sie etwa nur als „Reiseimpfung“ empfohlen. „Dies mag für den Internationalen Impfpass richtig sein, aber kaum ein Österreicher wird bei ‚Reiseimpfung‘ an FSME denken. Und das, obwohl die Zecken längst auch die heimischen Alpen- und damit Urlaubs- und Wanderregionen erobert haben und obwohl mit dem an sich begrüßenswerten Trend zu

Outdoor-Aktivitäten das Expositionsrisiko steigt.“ Umso wichtiger sei es, immer wieder darauf hinzuweisen, dass die Impfung 99-prozentigen Schutz bietet – vorausgesetzt, das Impfschema wurde korrekt eingehalten (vollständige Grundimmunisierung und rechtzeitige Auffrischungen).

Auch für Frauen, die eine Schwangerschaft planen, sei die Impfung wichtig, denn bei Neugeborenen FSME-geimpfter Mütter konnten spezifische schützende Antikörper nachgewiesen werden. „Die Empfehlung ‚prepare for pregnancy‘ gilt somit auch für die FSME-Impfung“, erklärte Schmitzberger abschließend.



Masern sind sehr ansteckend. Auch für Healthcарeworker.

Ohne Impfung erkranken 95 von 100 Menschen. Bei 10 von 100 Masern-Fällen ist mit schweren Folgeerkrankungen zu rechnen.

Die Masern-Impfung schützt. Verlässlich. Bitte denken Sie an Ihren Impfschutz – und an den Ihrer MitarbeiterInnen!



Gratis für Menschen jeden Alters!



Essstörungen: Wo der Appell an die Vernunft nicht mehr hilft

Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung sind psychisch bedingte Essstörungen mit dramatischer gesundheitlicher Relevanz. Betroffen sind in erster Linie junge Mädchen und Frauen. Das Inzidenzalter rückt jedoch ständig nach unten, sodass zunehmend bereits prä-pubertäre Kinder betroffen sind. Aber auch Erstmanifestationen im Erwachsenenalter werden immer häufiger.

Von Lahousen T., Bayer D., Wallner-Liebmann S.

- 200.000 Österreicher waren laut Gesundheitsministerium zumindest einmal in ihrem Leben an einer Essstörung erkrankt. Die Zahl der Erkrankten hat sich in den vergangenen Jahren dramatisch erhöht.
- Innerhalb von 20 Jahren hat sich die Zahl der an Essstörungen erkrankten Personen mehr als verzehnfacht. Die Dunkelziffer dürfte noch viel höher sein.
- Essstörungen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen in den Industriestaaten.
- Die Anorexia nervosa ist in diesen Regionen auch die tödlichste psychische Krankheit.

Anorexia nervosa

Eine „harmlose Diät“ – wie sie von der Mehrzahl der jungen Mädchen und Frauen zumindest einmal im Leben praktiziert wird – steht oft am Anfang der Krankengeschichte einer Anorexie, die mit einer Mortalität von bis zu 15 % die gefährlichste psychiatrische Erkrankung darstellt.

Das kalorienreduzierende Essverhalten wird von der Umgebung zunächst meist belächelt. Die selbst herbeigeführte Gewichtsabnahme wird jedoch nur initial durch quantitative Verminderung der Nahrungsaufnahme allein erreicht. Rasch entwickeln sich qualitative Einschränkungen: Fett wird großteils vermieden, die Aufnahme von Kohlenhydraten auf ein Minimum eingeschränkt. Gemüse, wenig Obst und viel Wasser oder kalorienfreie „Light-Getränke“ bestimmen den Speiseplan. Bald gesellen sich Belohnungs- und Bestrafungsrituale

hinzu: Die wenigen erlaubten Nahrungsmittel dürfen erst gegessen werden, wenn vorher körperliche Betätigung stattgefunden hat. Die häufig sekundär einsetzende Obstipation wird durch Laxantien selbst therapiert, wobei exzessive Dosen an der Tagesordnung sind.

Die Entwicklung absurder Zwangshandlungen ist in diesem Zusammenhang nicht selten. Die Abwärtsspirale wird dadurch erleichtert, weil alle Betroffenen rasch erlernen, eine anabole bzw. katabole Stoffwechselsituation subjektiv deutlich wahrzunehmen. Da somit eine Gewichtszunahme (oder zumindest ein Stopp der Katabolie) sofort fühlbar ist, wird sie ebenso rasch durch erneut aver-

sives Verhalten beantwortet.

Subjektiv empfinden sich die Betroffenen trotz extremen Untergewichts als „fett“ und „unförmig“, wobei das Zentrum der Dismorphie fast immer in den Oberschenkel-/Abdomen-Bereich projiziert wird. Eine objektive Erfassung ihres Äußeren ist den PatientInnen nicht möglich, die meisten sind infolge von Selbstekel sogar unfähig, sich selbst zu berühren. Ist die Situation so weit fortgeschritten, finden die PatientInnen alleine keinen Weg mehr aus der Krankheit.

Der mittlerweile meist besorgten Umgebung spielen die Betroffenen gekonnt Theater vor: Lange Zeit hindurch gelingt es ihnen, bei Bedarf

isoliert „Schau-Essen“ zu veranstalten, das der Familie normale Verhältnisse suggeriert, aber regelmäßig durch längerfristiges, kompensatorisches Nicht-Essen, Erbrechen oder körperliche Anstrengung „abgearbeitet“ wird.

Die chronische Mangelernährung per se führt bereits zu somatischen Störungen wie primärer bzw. sekundärer Amenorrhoe, Osteoporose, Haarausfall, Bradycardie, Hypotonie, Depigmentierung und Lanugobehaarung. Sekundär gesundheitsschädigende Verhaltensmuster der Betroffenen (vor allem häufiges Erbrechen, Laxantien- und Diureticaabusus, körperliche Betätigung bis zur Erschöpfung, bewusstes Aussetzen gegenüber Kälte) erzeugen zusätzliche gravierende, letztlich lebensbedrohende Komorbiditäten (Herzrhythmusstörungen, Risse in der Speiseröhre, hepatische und renale Funktionsstörungen, Leucopenie etc.). Bei extrem erniedrigtem BMI kann zudem die kognitive Situation beeinträchtigt werden, sodass ein zielgerichtetes, therapeutisches Arbeiten schwierig wird.

Im sozialen Kontext tritt infolge der ritualisierten Tagesabläufe und der Unfähigkeit zur Kommunikation im

Rahmen gemeinsamen Essens häufig Isolation auf, die die Krankheitsdynamik weiter antreibt. Isolation in Kombination mit dem Zusammenbruch der körperlichen Leistungsfähigkeit führt oft zum Abbruch von Ausbildung oder zur Beendigung von Arbeitsverhältnissen. Die Betroffenen sind oft erst zu diesem Zeitpunkt bereit, therapeutische Hilfe anzunehmen.

Im therapeutischen Setting mit der Realität konfrontiert, zeigen sich die PatientInnen nicht selten anscheinend „einsichtig“, geloben Besserung, sind aber weder willens noch imstande, ihr Verhalten zu ändern. Verordnete Kontrollen mittels Waage schlagen häufig fehl, weil durch Ingestion großer Mengen von Wasser (bis hin zu lebensbedrohlicher Hyperhydratation) die Gewichtssituation kaschiert wird.

Die Dissimulationsfähigkeit und der Erfindungsreichtum der Betroffenen sind enorm, selbst im stationären Umfeld nutzen sie jede Möglichkeit, um unter geschickter Täuschung der TherapeutInnen jegliche Gewichtszunahme zu vermeiden. Der Appell an die Vernunft und die Compliance geht initial sehr häufig ins Leere.

Anorexia athletica

Unter Anorexia athletica – Sport-

anorexie – versteht man die gewollte Abnahme des Körpergewichts bzw. des Körperfettanteils bei SportlerInnen. Ziel der Abnahme des Körpergewichts bzw. des Körperfettanteils ist immer die Steigerung der sportlichen Leistungsfähigkeit. Die Ernährung bzw. die tägliche Energiezufuhr entspricht nicht dem Bedarf.

Ziel der Sportlerin/des Sportlers sind bessere sportliche Leistungen. In zahlreichen Sportarten wird das Körpergewicht für Erfolg oder Misserfolg verantwortlich gemacht. Viele SportlerInnen glauben, dass sie mehr Erfolg haben, wenn sie schlanker sind. Der Übergang in eine Essstörung wie Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa ist fließend. Die SportlerInnen befinden sich auf einer ständigen Gratwanderung zwischen noch normal und schon krank. Von dieser Form der Anorexie sind Burschen und junge Männer ebenfalls betroffen. Sportarten wie z. B. rhythmische Sportgymnastik, Geräteturnen oder Schispringen sind prädestiniert.

Bulimia nervosa

Bulimie-Betroffene sind meist normalgewichtig, können aber auch unter- oder übergewichtig sein. Das typische Merkmal sind Heißhungerattacken, nach denen sogenannte gegenregulatorische Maßnahmen ergriffen werden, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden: Hierzu zählen selbstinduziertes Erbrechen, Hungern, extreme Diäten, exzessiver Sportsowie der Missbrauch von Laxanzien und Emetica.

Binge Eating

Binge Eating oder Binge-Eating-Störung (BES, vom engl. Binge = Gelage) ist eine Essstörung, bei der es zu periodischen Heißhungeranfällen (Fressanfällen) mit Verlust der bewussten Kontrolle über das Essverhalten kommt. Im Gegensatz zur Bulimie wird das Gegessene anschließend nicht erbrochen, so dass längerfristig meist Übergewicht die Folge ist.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen – Prävention

„Gewichtssorgen“, ein subjektiv negatives Körperbild, wenig Selbstbewusstsein, geringe soziale Unter-



stützung, Schönheitsideale, deren BMI im pathologischen Bereich liegt, widersprüchliche/überhöhte Anforderungen an junge Frauen und Leistungs- und Anpassungsdruck stellen die Grundlagen bzw. Manifestationsfaktoren für Essstörungen dar.

Die allgegenwärtigen, vielfältigen „Diätempfehlungen“ in den „Gesundheitsrubriken“ audiovisueller und Printmedien leisten einen zusätzlichen Beitrag. Körperkult und Schlangheitswahn, wobei Schlanksein mit Schönheit und Erfolg gleichgesetzt wird, sind in den westlichen Industrieländern derzeit immanent: Je entwickelter ein Land, desto unzufriedener sind Frauen mit ihrem Körpergewicht, wiewohl auch Männer fallweise diese Wahrnehmung haben. Umfragen haben gezeigt, dass kaum eine Frau in Österreich noch nie eine Diät gemacht hat.

Noch Besorgnis erregender ist die Situation bei den Kindern und Jugendlichen: Eine Untersuchung an Wiener SchülerInnen zeigte, dass 52,4 % der 14–17-jährigen Mädchen und 15,2 % der Burschen bereits eine Diät hinter sich hatten. Auslösend ist das subjektive Gefühl, „zu dick zu sein“: In Wien sind 90 % der Mädchen und 80 % der Frauen mit ihren Körperproportionen unzufrieden und liegen damit im Trend: In Westeuropa fühlen sich ca. 40 % der unter- bis normalgewichtigen Mädchen und jungen Frauen zwischen 11 und 19 Jahren „zu dick“.

Wiewohl auch genetische Disposition bei der Entwicklung von Essstörungen eine Rolle spielen dürfte, schlägt sich der zunehmende Einfluss von Manifestationsfaktoren deutlich nieder: Eine der wenigen Studien, die in Österreich Trends in der Entwicklung von problematischen Essverhaltensweisen bei Kindern und jungen Erwachsenen zwischen 10 und 20 Jahren erhob, ergab einen signifikanten Anstieg an extrem untergewichtigen bzw.

extrem übergewichtigen adolescenten Mädchen zwischen den frühen 90er Jahren und 2004. Da es in Österreich derzeit keine verlässlichen epidemiologischen Daten über Essstörungen gibt, kann nur die Anzahl der stationären Aufenthalte herangezogen werden. Sie ist allerdings nur als Spitze des Eisbergs anzusehen:

Während im Jahr 1998 insgesamt 1.520 Personen (90 % Frauen) stationär wegen einer Essstörung behandelt wurden, waren es im Jahr 2008 2.734 (ebenfalls ca. 90 % Frauen). Das entspricht einer Steigerung von fast 80 % innerhalb von zehn Jahren. Die Daten stehen im Einklang mit der Literatur, in der in den entwickelten Ländern ebenfalls eine deutliche Zunahme von subklinischen und klinischen Essstörungen bei jungen Mädchen und Frauen beschrieben wird.

Therapie

Je länger die Erkrankung andauert, umso schlechter ist die Prognose. Deshalb sind Früherkennung und das frühe Einsetzen kompetenter Therapie entscheidend.

In jedem Fall ist die Behandlung der Essstörungen extrem schwierig und aufwändig und sollte daher nach Möglichkeit in spezialisiertem Setting erfolgen. Eine „Durchmischung“ mit nicht-essgestörten PatientInnen scheint dabei wenig günstig zu sein.

Die besten Erfolge werden in Einrichtungen erzielt, in denen die Patientinnen und Patienten eine sehr engmaschige, individualisierte Betreuung durch ein mit den Erkrankungen langjährig erfahrenes Team erhalten, die ihnen aversives Verhalten erschwert, keinen Krankheitsgewinn zulässt und gleichzeitig das Wiedererlangen eines normalisierten Ess- und Sozialverhaltens und eines BMI im Normbereich nicht als Verlust, sondern als Ziel und Schlüssel für ein gelingendes Leben vermitteln kann. Dazu sind z. B. ein

verhaltenstherapeutisches multimodales Therapieprogramm mit Therapiebausteinen wie Gewichtsverträge, initiale Essbegleitung, Lehrküche, Bewegungsmanagement, intensive psychotherapeutische Begleitung, Maßnahmen zur Verbesserung der Körperakzeptanz und Einbindung der Familie erforderlich. Die Entlassung in das „normale Leben“ erfolgt unter Verhaltenserprobung sowie Intervallbehandlung mit Transfer in den Alltag unter intensiver Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich und einer Langzeitkatamnese.

Darüber hinaus ist eine intensive somatische Aufnahmeuntersuchung mit kardiologischer, endokrinologischer und gastroenterologischer Schwerpunktsetzung zur Diagnose und Therapie allfälliger organischer Folgen der Essstörung erforderlich. Wegen der nicht selten bedrohten Vitalfunktionen ist die Interdisziplinarität im Rahmen einer Krankenanstalt mit internistischer Intensivbehandlungskompetenz nötig.

Die essgestörten, vorwiegend jungen PatientInnen sind schwer bis lebensbedrohlich krank, haben jedoch keine Lobby, weil die Erkrankung so wie manch andere psychische Leiden noch immer als „Makel“ wahrgenommen wird. Gerade weil sich Essgestörte sehr lange gegen therapeutische Interventionen sträuben, ist allerdings – sobald endlich ein Therapiewunsch besteht – der Druck seitens der Betroffenen und ihrer Verwandten sehr groß.

Leider ist trotz des hohen und steigenden Bedarfs derzeit in der Steiermark keine spezialisierte Einrichtung für schwere Formen adulter Anorexie (BMI < 13) eingerichtet. Es ist zu hoffen, dass auch in Zeiten limitierter finanzieller Ressourcen eine Therapieeinheit geschaffen werden kann, die diesem hochkomplexen, schwer kranken Patientenkontext eine kompetente Therapie mit langfristiger Erfolgsaussicht ermöglicht.