

Rückfallprophylaxe bei Anorexia Nervosa

Implementierung pflegerischer Interventionen in der Rückfallprävention von Jugendlichen mit Anorexie

Relapse prophylaxis in Anorexia Nervosa

Implementation of nursing interventions to prevent relapse in adolescents with
anorexia

Bachelorarbeit an der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften

der Hochschule München

Studiengang: B.Sc. Pflege dual

Wintersemester 2023/24

Eingereicht von: Marina Laura Münsterer

Fachsemester: 11

Matrikelnummer: 58176218

E-Mail-Adresse: marina.muensterer@hm.edu

Erstgutachter: Prof. Dr. rer. Cur. Andreas Fraunhofer

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Ayse Cicek

Ort und Datum der Abgabe: München, den 1. November 2023

Inhaltsverzeichnis

Danksagung

Abkürzungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Zusammenfassung/ Abstract

1. Hinführung zur Thematik	12
1.1 Problembeschreibung und Relevanz	12
1.2 Forschungsfrage und Ziele der Arbeit	14
2. Theoretischer Hintergrund und Darstellung der Thematik	15
2.1 Anorexia Nervosa	15
2.1.1 Ätiologie und Symptomatik	16
2.1.2 Diagnostik und Klassifikationskriterien	19
2.1.3 Pathophysiologie und Folgen für Betroffene	20
2.1.4 Behandlung und Therapie	23
2.1.5 Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Anorexia Nervosa	25
2.2 Ist-Situation einer Kinder- und Jugendpsychiatrie in München	27
3. Empirischer Teil	30
3.1 Übersicht über das Forschungsvorgehen	30
3.2 Systematische Literaturrecherche	30
3.2.1 Suchstrategie	32
3.2.2 Suche in elektronischen Datenbanken	34
3.3 Freihandsuche und Zugriff auf Literatur	35
3.4 Literaturüberblick	36
3.4.1 Familienbasierte Therapie bei Essstörungen	36
3.4.2 Maudsley Model of Anorexia treatment for adolescents and adults	37
3.4.3 Selbsthilfeprogramme bei Essstörungen	39
3.4.4 Internetbasierte Ansätze in der Behandlung von Essstörungen	40
3.4.5 Guideline Relapse Prevention Anorexia (GRP)	42
3.5 Qualitative Datenerhebung	53
3.5.1 Konstruktion des Interviewleitfadens	54
3.5.2 Pretest und Vorbereitung der Interviews	55

3.5.3 Durchführung der Experteninterviews	56
3.6 Verarbeitung der Ergebnisse	57
3.6.1 Inhaltsanalyse nach Mayring	58
3.6.2 Rücküberprüfung und Intercoderreliabilität	60
4. Ergebnisdarstellung	61
4.1 Ist-Situation	61
4.2 Problematik und Handlungsbedarf	62
4.3 Voraussetzungen	63
4.4 Chancen und positive Aspekte der Leitlinie	64
4.5 Risiken und Herausforderungen	66
4.6 Möglichkeiten der praktischen Umsetzung/ Implementierung	68
5. Diskussion	70
5.1 Einbettung der Ergebnisse in die Theorie	70
5.2 Praktikabilität der Ergebnisse	71
5.3 Limitation	72
6. Implikationen für die pflegerische Praxis	73
6.1 Planung und Vorbereitung	74
6.2 Umsetzung	75
6.3 Allgemeine Empfehlungen	76
7. Fazit und Ausblick	77
Literatur- und Quellenverzeichnis	
Anhang	
Eidesstattliche Erklärung	

Danksagung

Zuerst gilt mein Dank meinen Kollegen und Interviewteilnehmern, ohne deren Zeit, Geduld und ausführlichen Input meine Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Vielen Dank außerdem an Herrn Prof. Dr. Fraunhofer für die hilfreiche Gestaltung des Kolloquiums, in dem man stets den nötigen Ansporn und konstruktives Feedback erhielt, sowie für die gute Betreuung meiner Arbeit und ausführliche Beantwortung aller Fragen!

Zuletzt möchte ich all denen danken, die sich die Zeit genommen haben meine Arbeit zu lesen, kritisch zu betrachten, mir mit Rat zur Seite gestanden und mich im Prozess immer wieder motiviert haben.

Diese Bachelorarbeit konnte nur mithilfe dieser Unterstützung verfasst werden.

Vielen Dank dafür!

München im November 2023

Marina Münsterer

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AN	Anorexia Nervosa
BMI	Body-Mass-Index
bzw.	beziehungsweise
bzgl.	bezüglich
ca.	circa
CT	Computertomographie
DSM	Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders
E	Experte
EKG	Echokardiographie
Et al.	Et alia (und andere)
f.	folgende
ff.	fortlaufend folgende
FBT	Familienbasierte Therapie
GRP	Guidelines relapse prevention
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International statistical classification of diseases and related Health Problems
J.	Jahr/ Jahre
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
MANTRA	Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults
MeSH	Medical Subject Headings
MRT	Magnetresonanztomographie
o.J.	ohne Jahreszahl
o.S.	ohne Seite
PED	Pflege- und Erziehungsdienst
RKI	Robert-Koch-Institut
RPP	Rückfallpräventionsplan
S.	Seite
SPSS	Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsummieren
Tab.	Tabelle

TWG therapeutische Wohngruppe

vgl. vergleiche

z.B. zum Beispiel

Z. Zeile

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm (Eigene Darstellung in Anlehnung an Stevanovic et al. 2015, o.S.)
Anhang unter 2.1, S. 86

Abbildung 2: Rückfallprozess in vier Phasen (Berends et al. 2010, S.12) Text S. 46

Abbildung 3: Rückfallpräventionsplan (Berends et al. 2011, S. 154) Anhang unter 1., S. 85

Abbildung 4: Suchhistorie PubMed (erstellt durch PubMed) Anhang unter 2.2, S. 91

Abbildung 5: Transkriptionsregeln (Dresing und Pehl) Anhang unter 3.4, S. 106

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche (Eigene Darstellung) Text S. 32

Tabelle 2: Festlegen der Suchbegriffe (Eigene Darstellung) Text S. 33

Tabelle 3: Suche in PubMed (Eigene Darstellung) Anhang unter 2.2, S. 87

Tabelle 4: Suche in PubPsych (Eigene Darstellung) Anhang unter 2.3, S. 92

Tabelle 5: Suche in GoogleScholar (Eigene Darstellung) Anhang unter 2.4, S. 97

Tabelle 6: Risikofaktoren, Trigger und Frühwarnzeichen beim Rückfall von AN
(Eigene Darstellung) Text S. 45

Tabelle 7: Überblick über die Leitlinie (Eigene Darstellung) Text S. 47

Tabelle 8: Informationen zu den Experten (Eigene Darstellung) Text S. 56

Tabelle 9: Analyse Experte 1 (Eigene Darstellung) Anhang unter 3.5, S. 154

Tabelle 10: Analyse Experte 2 (Eigene Darstellung) Anhang unter 3.5, S. 161

Tabelle 11: Analyse Experte 3 (Eigene Darstellung) Anhang unter 3.5, S. 165

Tabelle 12: Rücküberprüfung des Kategoriensystems (Eigene Darstellung) Text S. 60

Tabelle 13: Wichtigste Aspekte der Experten (Eigene Darstellung) Text S.69

Tabelle 14: Beispielüberblick der Aufnahmekriterien (Eigene Darstellung) Text S. 75

Gender Disclaimer

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche sowie anderweitige Geschlechteridentitäten sind ausdrücklich in den jeweiligen Aussagen inkludiert und werden in jedem Fall in gleicher Weise angesprochen.

Zusammenfassung

Ziel

Ziel der Arbeit ist herauszufinden, welche von Pflegenden durchführbare Interventionen in der stationären Rückfallprophylaxe der Anorexie es gibt und ob diese auf einer konkreten Station einer Münchner Kinder- und Jugendpsychiatrie umsetzbar wären. In qualitativen Experteninterviews sollen die Pflegenden der Station aufzeigen, ob und wie die jeweilige Intervention in ihrem Praxisfeld implementierbar wäre und ob so das Rückfallrisiko der Patienten reduziert werden könnte.

Hintergrund

Die Häufigkeit der Neuerkrankungen und Rückfälle der Anorexie sowie die Schwere der Erkrankung ist weiterhin besorgniserregend und in der Behandlung der Essstörungen eine stets präsente Problematik. Meist jedoch wird der Fokus auf die Akuttherapie gelegt und die Prävention von Rückfällen, vor allem im Handlungsrahmen der Pflegenden, bekommt bisher nicht die Aufmerksamkeit, die benötigt wird, um das Rückfallrisiko bei Anorexiepatienten senken zu können.

Methodik

Nachdem eine systematische Literaturrecherche durchgeführt wurde, konnte nach dem SPSS-Prinzip ein Interviewleitfaden erstellt werden, auf dessen Basis anschließend ein qualitatives Experteninterview durchgeführt wurde. Hier wurden drei Pflegende als Experten zu einer Intervention in der Rückfallprävention, den Guidelines Relapse Prevention, interviewt. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert, sodass anschließend eine Auswertung des Materials durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring durchgeführt werden konnte.

Ergebnisse

Die Guideline Relapse Prevention (GRP), die als mögliche Rückfallprophylaxe identifiziert werden konnte, wurde von den Experten als praktikable und lösungsorientierte Option in der stationären und durch die Pflege umsetzbare Rückfallprophylaxe bei Anorexie bewertet. Es ergaben sich sechs Kategorien aus den Interviews, unter anderem die Kategorie „Chancen“, „Risiken“, „Voraussetzungen“ und die Kategorie „praktische Umsetzung“ der GRP auf der Station einer Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Schlussfolgerungen

Die in der Literatur beschriebene Relevanz konnte durch die durchgeführten Experteninterviews bestätigt werden und es wurde deutlich, dass die Rückfallprophylaxe auch in der Praxis eine Lücke in der Versorgung von Patienten mit einer Anorexia Nervosa darstellt. Die GRP wird von den Experten als Chance für Patienten sowie Pflegende gesehen, diese Versorgungslücke zu schließen und gibt ihnen die Handhabe, das Rückfallrisiko der Betroffenen nach der Entlassung präventiv angehen zu können.

Abstract

Aims

The aim of the study is to find out which interventions in the inpatient relapse prevention of anorexia can be implemented by nurses and whether they could be implemented on a specific ward of a Munich child and adolescent psychiatric clinic. In qualitative expert interviews, the nurses of the ward are to show whether and how the respective intervention could be implemented in their field of practice and whether the risk of relapse of the patients could be reduced in this way.

Background

The frequency of new cases and relapses, as well as the severity of the disease, continues to be a concern and an ever-present issue in eating disorder treatment. Mostly, however, the focus is on acute therapy and the prevention of relapses, especially within the framework of action of nurses, has not yet received the attention needed to be able to reduce the risk of relapse in anorexia patients.

Methods

After a systematic literature search was carried out, an interview guideline was drawn up using the SPSS principle, on the basis of which a qualitative expert interview could then be conducted. Here, three nurses were interviewed as experts on an intervention in relapse prevention. The interviews were recorded and transcribed so that the material could then be evaluated using qualitative content analysis according to Philipp Mayring.

Results

The Guideline Relapse Prevention (GRP), which could be identified as a possible relapse prophylaxis, was evaluated by the experts as a practicable and solution-oriented option in

inpatient relapse prevention for anorexia that can be implemented by nursing. Six categories emerged from the interviews, including "opportunities," "risks," "prerequisites," and the "practical implementation" category of GRP on the ward of a child and adolescent psychiatric unit.

Conclusion

The relevance described in the literature was confirmed by the expert interviews conducted and it became clear that relapse prevention also represents a gap in the care of patients with anorexia nervosa in practice. The GRP is seen by the experts as an opportunity for patients and caregivers to close this gap in care and gives them the means to preventively address the relapse risk of patients after discharge.

1. Hinführung zur Thematik

Der Wunsch schlanker oder muskulöser zu sein ist unter Jugendlichen verbreiteter, als anzunehmen. Daraufhin wird häufig versucht, gegen die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper durch strenge Reglementierung des eigenen Essverhaltens oder andere Maßnahmen zur Beeinflussung des eigenen Körpergewichts vorzugehen, was erhebliche physische und psychische Folgen, wie beispielsweise eine Essstörung, haben kann. Die bekanntesten Essstörungen sind Bulimia Nervosa, auch Ess-Brech-Sucht genannt, Binge-Eating-Disorder, gekennzeichnet durch sogenannte Essanfälle und Anorexia Nervosa, im allgemeinen Sprachgebrauch unter Magersucht bekannt (vgl. Verbeek, Petermann 2015, S.9).

1.1 Problembeschreibung und Relevanz

Die Anorexia Nervosa (AN), auch Anorexie genannt, ist in Deutschland die am weitesten verbreitete Essstörung. Sie geht mit einer hohen Rückfallquote sowie Morbidität einher und weist die höchste Mortalitätsrate unter allen psychischen Erkrankungen auf (vgl. Khalsa 2017, S. 1). Die Erstmanifestation zeigt sich am häufigsten bei Jugendlichen ab 14 Jahren (vgl. Eggel et al. 2019, S. 1). So wurden im Jahr 2018 in deutschen Krankenhäusern 7.218 Fälle von Magersucht diagnostiziert und 30 Todesfälle erfasst. Im Jahr 2020 gab es 7.355 Neuerkrankungen und 46 Todesfälle aufgrund von Anorexia Nervosa, die Zahlen steigen also stetig an (vgl. Statista Research Department 2022). Sowohl das Internet und soziale Medien mit ihrer omnipräsenten Darstellung des Ideals eines schlanken Körpers als auch die Covid-19-Pandemie haben in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass die Inzidenz der Anorexie kontinuierlich steigt, was die Relevanz und Aktualität der Thematik besonders hervorhebt. In den sozialen Medien können vor allem Kinder- und Jugendliche sich von Inhalten zu Diäten, Fitnessanleitungen und übermäßig schlanken Körperformen beeinflussen lassen und beginnen dies zu idealisieren. Auch durch die Regelungen während der Covid-Pandemie wurde es Jugendlichen erschwert, ihren Hobbies nachzugehen und soziale Kontakte zu pflegen. Die ungenutzte Zeit, die nun nurmehr zu Hause verbracht werden sollte, musste gefüllt werden, wobei oftmals Home-Workouts und Diäten an Priorität gewannen (vgl. Statista Research Department 2022/ Wässerle et al.,2022 o.S.). In Kanada stieg einer Studie des Montreal Children's Hospital zufolge die monatliche Zahl der neuen zu behandelnden Patienten von 24,5

vor der Pandemie auf 40,6 während der Pandemie an. Schwere Erkrankungen mit erforderlicher stationärer Aufnahme stiegen pro Monat von 7,7 auf 20,0, was den Einfluss des Lockdowns auf das Risiko einer Essstörung bei Kindern- und Jugendlichen, in diesem Fall in Kanada, verdeutlicht. Vom Beginn der restriktiven Symptomatik bis zur Behandlung vergingen zuvor im Durchschnitt 9,8 statt während der Pandemie nur 7,0 Monate, was als Marker für den in der Pandemie progredienten Schweregrad der Erkrankung aufzufassen ist. Eine weitere Kennziffer für die Steigerung des Schweregrads ist der durchschnittliche prozentuale Gewichtsverlust. Dieser lag zuvor bei 17,5% und stieg auf 19,2% an (vgl. Agostino et al. 2021, o.S.). Auch in Deutschland sehen Experten in Kliniken bei diesem Zuwachs der Anorexie einen Zusammenhang zur Pandemie (vgl. Wässerle et al. 2022, o.S.).

Neben der steigenden Inzidenz und Schwere der Erkrankungen dürfen auch die Rückfallzahlen nicht unberücksichtigt bleiben. Es wird berichtet, dass bei vielen Betroffenen, die in der Vergangenheit an einer Essstörung litten, während der Pandemie ein Rückfall auftrat (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2022). Ein besonders hohes Rückfallrisiko besteht innerhalb der ersten beiden Jahre nach der intensiven stationären Behandlung der Anorexie. Nur 46% der Betroffenen schaffen es, die Anorexie dauerhaft zu überwinden, 34% erleiden einen oder mehrere Rückfälle, bei ca. 20% kommt es zu einem langjährigen und komplizierten beziehungsweise chronischen Verlauf und rund 10% aller Betroffenen sterben an der Essstörung (vgl. Therapiezentrum für Essstörungen 2022). Als Gesundheits- und Krankenpflegerin in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie beobachtet die Autorin in der Praxis selbst, dass vermeintlich austerapierte oder in Bezug auf das Gewicht stabilisierte AN-Patienten aus der stationären Betreuung in ein weniger strukturiertes Setting, wie zum Beispiel die ambulante Therapie, entlassen werden. Nach einigen Monaten erfolgt aufgrund erneuten Gewichtsverlusts eine Wiederaufnahme. Diesen Prozess müssen einige Patienten multiple Male durchlaufen, da die Entlassung häufig von der Stabilisierung des Körpergewichts abhängig gemacht wird, auch wenn der Kern der Erkrankung psychischer Ursache ist. Es existieren trotz der Kenntnis um die Problematik und ihre Folgen nur wenige strukturierte Methoden, die den behandelnden Disziplinen in der klinischen Umsetzung der Rückfallprophylaxe Handlungsvorschläge bieten, sodass die Relevanz der Thematik der Behandlung von Essstörungen stets gegeben ist (vgl. Giel et al. 2013, S.291).

Aufgrund der oben dargelegten hohen Rückfallquoten und chronischen bis tödlichen Verläufe der Anorexie sollen im Rahmen dieser Arbeit praktische Möglichkeiten der Rückfallprophylaxe bei einer Anorexie Forschungsgegenstand werden.

1.2 Forschungsfrage und Ziele der Arbeit

Die multidisziplinäre Zusammenarbeit im psychiatrischen Setting sowie die Compliance der Patienten und Angehörigen spielt eine große Rolle für die Reduktion des Rückfallrisikos. Unter Compliance ist die Akzeptanz des Patienten gegenüber einer therapeutischen Maßnahme zu verstehen (vgl. Pschyrembel online Lexikon o.J.). Pflegende decken in der stationären Versorgung einen großen Teil der therapeutischen Betreuung der Patienten ab und sind rund um die Uhr als Ansprechpartner auf Station präsent. Bei einer Entlassung endet diese intensive Überwachung beziehungsweise Therapie und es kommt bei einigen aufgrund diverser Ursachen zu einem Rückfall. Nun soll im Laufe dieser Arbeit herausgefunden werden, welche Rolle die Pflegenden einer psychiatrischen Station bei der Rückfallprophylaxe im stationären Setting spielen können, beziehungsweise welche Interventionsmöglichkeiten sich diesen bieten, um Betroffene bereits im Vorfeld auf die Situation nach der Entlassung vorzubereiten und sie anschließend zu unterstützen. Als Forschungsfrage kann dies folgendermaßen aufgegriffen werden: „Welche stationär durchzuführenden Interventionen könnten durch Pflegenden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie implementiert werden, um das Rückfallrisiko der Anorexiepatienten nach der Entlassung zu reduzieren?“

Demzufolge soll mit der vorliegenden Arbeit also beantwortet werden, welche allgemeinen Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe existieren und welche neuen beziehungsweise bisher im Praxisfeld unbekannt von der Pflege durchführbaren Interventionen oder Konzepte bereits bestehen. Mithilfe von Experteninterviews mit Pflegenden einer Kinder- und Jugendpsychiatrie in München soll anschließend geklärt werden, ob die bei der Recherche generierten Ansätze in der stationären Realität der Klinik umsetzbar wären und welche Chancen und Risiken die Experten bei einer Implementierung sehen. Basierend auf den Forschungsergebnissen sollen folglich Handlungsempfehlungen beziehungsweise Implikationen zur potenziellen Implementierung eines Konzepts ausgesprochen werden.

2. Theoretischer Hintergrund und Darstellung der Thematik

In der Einleitung wird bereits verdeutlicht, dass sich diese Arbeit unter allen Essstörungen zentral mit der Erkrankung Anorexia Nervosa beschäftigt. Um sich im Anschluss intensiver mit der Rückfallprophylaxe bei AN auseinandersetzen zu können, wird zuerst das Krankheitsbild selbst mit seiner Pathophysiologie sowie therapeutischen und pflegerischen Ansätzen erläutert.

2.1 Anorexia Nervosa

Die ICD-10-Klassifikation sieht folgende Definition für die Anorexia unter dem Code F50.0- vor:

„Die Anorexia ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsende Jungen und junge Männer, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika.“ (ICD10 F50.- 2023)

Die Anorexie kann in unterschiedlicher Form bestehen und wird daher in zwei Subtypen differenziert. Beim restriktiven Subtypus (F50.00) vermeiden Betroffene gezielt die Nahrungsaufnahme, um so eine Gewichtsreduktion anzustreben. Die aktive Form der Anorexie, der Purging-Typus (F50.01), wendet zur Gewichtsreduktion zusätzliche Maßnahmen an, wie die Einnahme von Diuretika zur Förderung der Ausscheidung oder Schilddrüsenhormonen zur Steigerung des Grundumsatzes (vgl. DMDI 2018 o.S.). Dieser Typ der Anorexie kann auch als bulimischer Typ bezeichnet werden, da auch selbstinduziertes Erbrechen durch die mechanische Reizung des Rachens für Betroffene als Mittel zur Gewichtsreduktion in Frage kommt. Auch die

aktive, teilweise übermäßige sportliche Betätigung wird hier zu den Maßnahmen hinzugezählt (vgl. Lehmkuhl 2015, S. 240).

2.1.1 Ätiologie und Symptomatik

Eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers und das damit verbundene Selbstwertgefühl werden als zentrale übergreifende Risikofaktoren für die Anorexie aufgegriffen. Auch ein vermehrtes Erleben negativer Emotionen wie Angst, Trauer oder Traumata, beispielsweise durch die Trennung der Eltern, Gewalterfahrungen, sexuellen Missbrauch oder sowohl selbstinduzierten als auch durch Eltern ausgeübten starken Leistungsdruck, wirkt sich auf die Prävalenz der Anorexie aus. Des Weiteren stellt die sogenannte Selbstwirksamkeitserwartung einen beeinflussenden Faktor dar. Sie beschreibt das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, herausfordernde Situationen bewältigen zu können. Das Erleben negativer Erfahrungen und Emotionen verstärkt die Sorge, die eigene Selbstwirksamkeit und damit auch die Kontrolle über das eigene Essverhalten zu verlieren. So führt das restriktive Verhalten der Patienten also zu einem Gefühl der Kontrolle und Sicherheit, was die Manifestation der AN verstärkt (vgl. Cohrdes et al. 2019, S. 1159 f.). Ergänzend kommen soziokulturelle Ursachen hinzu. Die Familie oder auch Meinungen von Freunden oder Bekannten können den Vergleich unter Gleichaltrigen provozieren und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper verstärken. Hier sind auch die Existenz und Verbreitung von Schönheitsidealen zu nennen, die sich seit den 60er-Jahren zunehmend in Richtung extremer Schlankheit entwickelten. Dem „Dicksein“ werden unbewusst negative Eigenschaften wie faul, träge und willensschwach zugeschrieben, wohingegen „Schlanksein“ mit Sportlichkeit, Gesundheit, Willensstärke und folglich körperlicher Attraktivität in Verbindung gebracht wird. Die Schlankheit und damit die gerade benannte körperliche Attraktivität ist zentraler Bestandteil des weiblichen Rollenverständnisses. So lernen vor allem Mädchen früh, dass eine positive Bewertung ihrer Person oftmals in Zusammenhang mit ihrem Aussehen, vor allem der schlanken und damit attraktiven Körperform steht (vgl. Verbeek/ Petermann 2015, S. 43). Dies macht sich auch in der Geschlechterverteilung der AN bemerkbar, sodass von 1.000 Mädchen und Frauen im Laufe ihres Lebens 14 erkranken, während von 1.000 Jungen und Männern lediglich zwei erkranken (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2022, o.S.). Dieser „Schlankheitstrend“ wird durch Werbung, das Internet und in erster Linie, wie unter 1.1 angeschnitten, durch soziale Medien verbreitet und so vor allem

Jugendlichen vorgelebt (vgl. Verbeek/ Petermann 2015, S. 43). Des Weiteren gibt es diverse Persönlichkeitsmerkmale, welche bei den Ursachen für ein höheres Risiko einer Essstörung aufgeführt werden. Hier ist wieder ein geringes Selbstwertgefühl zu nennen, welches in hohem Maß von den idealisierten Figuren und Gewicht abhängig ist. Betroffene versuchen dies mit der strengen Kontrolle und Erfolgserlebnissen bei der Gewichtsabnahme zu kompensieren (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2022, o.S.). Auch ein ängstlich-vermeidbarer oder zwanghafter Persönlichkeitsstil sowie unsichere Bindungsmuster zählen zu den Prädiktoren der AN. Als biologischer Risikofaktor wird ein frühes Einsetzen der körperlichen Reifung genannt, bei Mädchen zum Beispiel durch die Regelblutung oder das Brustwachstum. Allgemein sind die Veränderungen, die im Zuge der Pubertät körperlich wie auch psychisch auf den jungen Menschen eintreffen, im Hinblick auf Essstörungen nicht zu unterschätzen. Mit der Gewichtsreduktion bzw. -Stagnation werden unbewusst anstehende Entwicklungsschritte aufgehalten. Der kindliche Körper wird beibehalten und so können die altersbedingt zunehmenden Anforderungen und gesellschaftlichen Erwartungen wie zum Beispiel Veränderungen des Selbst- oder Körperbildes, die Entwicklung zu einer eigenständigen Persönlichkeit und die Entdeckung der Sexualität möglicherweise gestoppt oder hinausgezögert werden (vgl. Verbeek/ Petermann 2015, S. 41 f.). Hier gilt es auch den sogenannten sekundären Krankheitsgewinn zu erwähnen, der für den Patienten bewusste oder unbewusste subjektive Vorteile aus seiner Krankheit beziehungsweise Diagnose bezeichnet. So kann es sein, dass Patienten befürchten, von ihrem Umfeld bei einer Gewichtszunahme als wieder normal bzw. gesund angesehen zu werden und die durch die Krankheit oder den sichtbaren Gewichtsverlust gewonnene Identität und gesteigerte Aufmerksamkeit oder Macht gegenüber den Eltern zu verlieren. Diese Aspekte erweisen sich vor allem im Verlauf der Behandlung als problematisch, da sie dazu beitragen, dass der Patient die Anorexie nicht aufgeben möchte und sich regelrecht an die damit einhergehende Sicherheit und Kontrolle zu klammern scheint. Generell lässt sich die Anorexia Nervosa aus ätiologischer Sicht als multikausales Geschehen beschreiben, wobei sowohl biologische, psychische als auch Umweltfaktoren zusammenwirken (vgl. Herpertz et al. 2019, S. 74). Die in der Definition der ICD aufgelisteten Symptome lassen sich um weitere ergänzen, die vor allem für an der Behandlung Beteiligte wie zum Beispiel Pflegende, Therapeuten und auch Eltern wichtig zu kennen sind. Das restriktive Essverhalten und die aktiven Maßnahmen wie übermäßiges Sporttreiben

und der Missbrauch von Abführmitteln werden begleitet von der sogenannten Körperschema- oder Körperbildstörung. Trotz des objektiv durch den Body-mass-Index (BMI) messbaren und äußerlich sichtbaren Untergewichts nehmen die Betroffenen bestimmte Teile ihres Körpers oder ihr ganzheitliches Erscheinungsbild als zu dick wahr. Dies begünstigt die oft fehlende Krankheitseinsicht. Anorexiepatienten sehen das eigene Untergewicht meist nicht und halten sich folglich für nicht krank oder gar gesund. Diese fehlende Krankheitseinsicht wirkt sich erschwerend auf den Therapieerfolg aus. Außerdem spiegelt die AN sich auch im beobachtbaren Essverhalten der Betroffenen wider. Viele Patienten entwickeln Rituale, wie zum Beispiel bestimmte Reihenfolgen beim Essen und das Sortieren der Bestandteile der Mahlzeit. Sie können sich nur schwer zum Beginn des tatsächlichen Essens überwinden, sodass dies durch Trinken oder extremes zerkleinern der Nahrung hinausgezögert wird. Außerdem lässt sich beobachten, dass Patienten sehr kleine Bisse machen und übermäßig intensiv kauen, was weitaus mehr Zeit zum Essen beansprucht als vor der Erkrankung. Die Nahrungsmittel werden hochselektiv zusammengestellt und es wird versucht, kaum Fette oder Kohlenhydrate zu sich zu nehmen sowie die Menge stark zu begrenzen (vgl. Herpertz et al. 2019, S. 68). Das bei der Definition erwähnte Purging-Verhalten fasst abführende Maßnahmen zusammen. Hierbei kommt es neben dem selbstinduzierten Erbrechen zum Einsatz von Laxantien oder Abführmitteln mit dem Ziel, eine Gewichtszunahme zu vermeiden. Personen, die die Nahrungsaufnahme Erkrankter begleiten, also meist Pflegende oder Eltern, sollten außerdem auf das Verstecken der Nahrungsmittel zum Beispiel in Hosentaschen und Ärmeln oder das Schmieren von Lebensmitteln an die Tischunterseite und Kleidung achten. Durch dieses „Tricksen“ versuchen Patienten eine möglichst geringe Kalorienmenge zu sich nehmen zu müssen (vgl. Wutz et al. 2022, S. 20 f.). Auch eine regelmäßige Gewichtskontrolle hat bei anorektischen Menschen einen hohen Stellenwert und ist als Symptom der Erkrankung zu verstehen. Betroffene wiegen sich häufig und legen hierbei ein niedriges Zielgewicht für sich selbst fest. Das gemessene Gewicht ist unter anderem ausschlaggebend für ihre Stimmung und das beschriebene Gefühl der Kontrolle. Zudem kann beobachtet werden, dass Patienten ihren Bauchumfang, die Taille, Umfang von Armen oder Beinen und die Dicke von Hautfalten umfassen oder messen, um festzustellen beziehungsweise sich zu bestätigen, wie viel Gewicht bereits verloren oder durch die Behandlung wieder zugenommen wurde (vgl. Neale 2020, S. 2).

2.1.2 Diagnostik und Klassifikationskriterien

Die Klassifikation der Anorexia Nervosa im Kindes- und Jugendalter erfolgt mithilfe der International Classification of Diseases (ICD-10). Bei der Diagnostik muss das Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten Normgewicht liegen oder es muss ein BMI von unter $17,5 \text{ kg/ m}^2$ vorliegen. Bei Kindern und Jugendlichen gilt auch das Unterschreiten der 10. Altersperzentile als Diagnosekriterium. Des Weiteren muss festgestellt werden, ob der Gewichtsverlust beispielsweise durch die oben aufgeführten Maßnahmen selbst herbeigeführt wurde. Auch wird bewertet, ob eine Körperschemastörung vorliegt, die Betroffenen sich also dicker wahrnehmen als sie sind, dabei jedoch schlank oder untergewichtig sind. Im Diagnoseverfahren wird auch die bereits geschilderte Angst vor dem Zu-dick-Sein und vor der Gewichtszunahme abgefragt. Auch das Vorhandensein endokriner Störungen, bei Frauen mit Amenorrhoe, also dem Sistieren der Monatsblutung, bei Männern mit Libido- und Potenzverlust, wird untersucht. Weiter wird das Vorhandensein von Verhaltensweisen, die bei optisch erkennbarem Untergewicht einer Gesichtszunahme entgegenwirken, bestimmt (vgl. Herpertz et al. 2019, S. 69). Ein weiteres Kriterium ist die Verzögerung der Abfolge pubertärer Entwicklungsschritte bei Jugendlichen (vgl. Lehmkuhl et al. 2015, S. 293). Unter diesen Kriterien wird die Diagnose F50.00 oder F50.01, also der restriktive oder der aktive Subtypus, erteilt. Wichtig ist, dass das Untergewicht nicht auf eine andere Erkrankung oder die Nicht-Verfügbarkeit von Nahrung zurückzuführen ist und auch ethnische Unterschiede in Bezug auf das altersadäquate Gewicht beachtet werden.

In der ICD 11 wird Untergewicht ab einem BMI von unter $18,5 \text{ kg/ m}^2$ definiert, die neuere Klassifikation schließt also eine deutlich größere Gruppe von Patienten ein als zuvor (vgl. Herpertz et al. 2019, S. 69 f.).

Neben dem kachektischen, also abgemagerten Erscheinungsbild und den bisher aufgezählten Verhaltensweisen und Symptomen werden weitere körperliche oder optisch erkennbare Zeichen beziehungsweise Warnsignale einer Magersucht bei der Diagnostik abgefragt, wozu unter anderem ein Gewichtsverlust von mehr als sechs Kilogramm in den letzten Monaten, Schwindel, Frieren, Haarausfall und zwanghafte Verhaltensweisen gehören (vgl. Verbeek/Petermann 2015, S. 54).

2.1.3 Pathophysiologie und Folgen für Betroffene

Die weitreichenden körperlichen und psychischen Folgen der Nahrungsrestriktion und des damit einhergehenden Starvationszustands wurden bei der Relevanz der Thematik bereits punktuell angeschnitten. Durch die Gewichtsabnahme ist bei Betroffenen zu Beginn teilweise ein Gefühl von Leichtigkeit, Euphorie und Kontrolle vorhanden, welches später durch Reizbarkeit, Gleichgültigkeit und eine depressive Stimmungslage ersetzt wird (vgl. Herpertz 2019, S. 68). Die depressive Verstimmung ist oftmals durch die unzureichende Ernährung und die daraus resultierende Malnutrition bedingt. Auch der gravierende Gewichtsverlust führt zu einem Mangel an Energie und wirkt sich daher negativ auf die Stimmung und die Lebensfreude aus. Eine weitere Ursache hierfür ist der soziale Rückzug, oftmals ausgelöst durch das Unterbrechen der Schullaufbahn und sozialer Aktivitäten aufgrund der Symptomatik oder therapeutischer Maßnahmen. Zu den Komorbiditäten zählen, neben den affektiven Störungen wie der Depression, auch die Angststörungen. Ein auffällig rigides Denken und Kontrollbedürfnis kann sich über zwanghafte Verhaltensweisen bis hin zu einer evidenten Zwangsstörung entwickeln. Die psychischen Begleiterkrankungen können den Therapieprozess erschweren (vgl. Jagielska et al. 2017). Der sichtbare kachektische Zustand der Betroffenen wird von Eltern, Freunden und auch Lehrern wahrgenommen und kann mit einer unangenehmen Aufmerksamkeit verbunden sein, die das Unwohlsein Erkrankter möglicherweise verstärkt. Es ist jedoch auch möglich, dass die besorgten Reaktionen der Umgebung zu sekundären Verstärkern der Erkrankung werden können, also, wie bei 2.1.1 beschrieben, einen Krankheitsgewinn bieten (vgl. Herpertz 2019, S. 68).

Weitere Folgen auf psychischer Ebene können die Konfliktvermeidung sowie mangelnde Spontaneität, vor allem in Bezug auf Nahrungsmitteländerungen oder Essenszeitpunkte, sein. Auch Schwierigkeiten im Umgang mit negativen Affekten wie zum Beispiel Wut oder Trauer resultieren aus stark ausgeprägtem Untergewicht und dessen Begleiterscheinungen. Ein großer Teil der Patienten zeigt eine starke psychomotorische Unruhe sowie eine hohe körperliche Anspannung bis hin zu zwanghaft-exzessivem Sporttreiben oder gar Sportsucht, was die Kachexie progredient verstärkt (vgl. Herpertz 2019, S. 68). Trotz des deutlichen optisch ersichtlichen Gewichtsverlustes und der psychischen und somatischen Veränderungen leugnen Betroffene ihre Krankheit oder zeigen nur eine sehr geringe

Krankheitseinsicht, was dazu führt, dass nicht aus eigenem Antrieb Hilfe gesucht wird, sondern nur auf Drängen von Angehörigen, Freunden oder Lehrern. Oftmals lassen sich Kinder und Jugendliche selbst dann nicht psychiatrisch behandeln, wenn sie aufgrund der Anorexie die Schule nicht mehr besuchen können oder es zu medizinischen Notfällen wie einem Kreislaufzusammenbruch kommt, weshalb die letzte Möglichkeit in schweren Fällen eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik oder Zwangsbehandlungen wie zum Beispiel eine Zwangsernährung, ist. Da dies ein Handeln gegen den Willen der erkrankten Person impliziert, muss jede Zwangsbehandlung oder Unterbringung richterlich genehmigt und die Notwendigkeit der Maßnahmen immer wieder evaluiert werden. Bei Jugendlichen sind es meist die Eltern als gesetzlicher Vormund, die die Einweisung in eine Klinik veranlassen und einen Antrag auf eine geschlossene Unterbringung und eine medizinische Behandlung gemäß §1631b BGB beim Familiengericht stellen, weil ihr Kind sich aufgrund der Nahrungsrestriktion in einem lebensbedrohlichen Zustand befindet, die Behandlung aber dennoch verweigert. Eine Zwangsbehandlung nach dem Unterbringungsgesetz sollte in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgen und ist nur möglich, wenn eine erhebliche Gefahr für das Leben und die Gesundheit der betroffenen Person vorliegt, die Krankheit Ursache für die lebensgefährliche Situation ist und die gesundheitsgefährdende Lage durch keine andere Maßnahme abzuwenden ist. Eine Unterbringung ohne richterliche Genehmigung ist gemäß §1631b I 3 BGB nur zulässig, wenn das Einholen der erforderlichen Genehmigung eine Gefahr für den Patienten bedeuten würde, z.B. wenn die Wartezeit eine vitale Bedrohung zur Folge hätte. Die Genehmigung muss dann aber unverzüglich nachgeholt werden (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2021, o.S.).

Die Zwangsbehandlung selbst kann wiederum auch Folgen nach sich ziehen. Teilweise entstehen Konflikte zwischen dem Jugendlichen und den Eltern, durch die Behandlung verändert sich die Familienstruktur und die Beziehung zwischen der erkrankten Person und den Eltern nimmt möglicherweise Schaden, was die depressive Symptomatik weiter verschlechtert (vgl. Branik 2004, S. 120). Bei Verweigerung von sowohl normalen beziehungsweise festen Nahrungsmitteln als auch der Sondierung oder bei Vorliegen eines unkontrollierbaren Bewegungsdrangs muss der Patient in extremen Fällen fixiert werden, um eine vitale Bedrohung abzuwenden. Derartige Zwangsmaßnahmen können sich auf Patienten traumatisierend auswirken und

negativen Einfluss auf den psychischen Zustand nehmen, weshalb die Indikation in jedem Fall gegeben sein und eine gesonderte richterliche Genehmigung vorliegen muss (vgl. Haupt/ Gouzoulis-Mayfrank 2016, S. 333).

Mit Blick auf die physische Ebene der Folgen lässt sich sagen, dass sich die Mangelernährung auf die meisten wichtigen Organe auswirkt und bei Andauern zu lebensbedrohlichen Zuständen führen kann. Es kommt zu einer Störung des endokrinen Systems, die sich, wie auch bei der Diagnostik genannt, mit einer Amenorrhoe bemerkbar macht (vgl. Lehmkuhl 2015, S. 238). Bei einer früh aufgetretenen Anorexie bereits im Kindesalter kann es zur Verzögerung der Pubertät mit dem Ausbleiben der Menarche, also der ersten Menstruation, sowie einer Stagnation der körperlichen Entwicklung und Minderwuchs kommen. Durch die hormonellen Veränderungen sowie Vitamin- und Mineralstoffmängel kommt es zu osteoporotischen Veränderungen der Knochen was mit einer erhöhten Frakturneigung einhergeht. Die daraus resultierende geminderte Knochendichte ist oft nur teilweise reversibel (vgl. Herpertz 2019, S. 68). Weitere sekundäre Folgen der Malnutrition im Hinblick auf hormonelle Veränderungen sind Hypercortisolismus sowie Störungen der Insulinsekretion und des Schilddrüsenhormonhaushalts. Durch das lange Stehen aufgrund des Bewegungsdrangs und eines ernährungsbedingten Eiweißmangels kann es zu Ödemen durch veränderte Druckverhältnisse in den Kapillaren kommen. Des Weiteren kann das starke Untergewicht zu einem Dekubitus, also einem Druckgeschwür durch fehlende Fettpolster und dünne Haut, führen. Vor allem Stellen wie das Kreuz- und Steißbein sind hier oft betroffen. Außerdem kann es durch den Nährstoffmangel und häufiges Erbrechen zu Elektrolytentgleisungen oder einem Perikarderguss, also einer Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel, kommen, was wiederum Herzrhythmusstörungen begünstigt. Hypotonie, Bradykardie, Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, Kraft- und Antriebslosigkeit sowie Mineralstoff- und Vitaminmängel treten ebenfalls als Begleiterscheinung bzw. Folge auf. Die Haut beginnt auszutrocknen und Haare fallen aus, werden dünn und brüchig. Auch der Zahnschmelz wird durch Erbrechen und Mineralstoffmängel geschädigt. Aufgrund fehlender Fettreserven und einer kachexiebedingten Muskeldystrophie kommt es zu einer Hypothermie und Betroffene frieren stark. Um dies zu kompensieren und sich zu vor Kälte zu schützen, bildet der Körper die sogenannte Lanugobehaarung, wobei sich vor allem an Rücken, Nacken und Armen der

Haarwuchs verstärkt. Auch Durchblutungs- und Schlafstörungen werden beobachtet. Durch die reduzierte Nahrungsaufnahme kommt es zusätzlich zu Obstipation und Veränderungen des Blutbildes; Anämie, Leukozytopenie und Thrombozytopenie können sich auf die Immunabwehr auswirken und folglich die Infektanfälligkeit steigern. In schweren Fällen der Mangelernährung oder bei langjähriger Krankheit kann es von Hirnatrophien mit kognitiven Einschränkungen und zerebralen Anfällen über Nierenversagen bis hin zum Tod als Folge von Organschäden oder eines Suizides kommen (vgl. Haupt/ Gouzoulis-Mayfrank 2016, S. 469). Um derartige psychische und physische Folgen reduzieren zu können, sollten Rückfälle und deren Prävention an Aufmerksamkeit in der Behandlung der Anorexie gewinnen.

2.1.4 Behandlung und Therapie

Das Kernstück der Behandlungen von Essstörungen wie der Anorexie ist die Psychotherapie. Am verbreitetsten sind hierbei verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze (vgl. Haupt/ Gouzoulis-Mayfrank 2016, S. 470). Bei vielen Patienten, bei denen die Anorexie frühzeitig erkannt wurde und kein lebensgefährliches Gewicht oder Begleiterscheinungen vorliegen, kann die Psychotherapie noch ambulant erfolgen. Bei ausgeprägter Symptomatik mit vitaler Gefahr oder psychischen Komorbiditäten ist jedoch eine stationäre psychiatrische Behandlung sinnvoll oder sogar erforderlich. Bei Patienten mit einem sehr niedrigen BMI von unter 12 kann vorübergehend eine internistische Behandlung in einer somatischen Klinik notwendig sein, da hier meist die Stabilisierung des körperlichen Zustands durch eine künstliche Ernährung per Nasogastralsonde durchgeführt werden muss. Bei langer vorangegangener Nahrungsrestriktion kann es hierbei zu Problematiken wie dem sogenannten Refeeding-Syndrom oder anderen somatischen Komplikationen kommen, was die Behandlung in der somatischen Klinik in solchen Fällen begründet (vgl. Haupt/ Gouzoulis-Mayfrank 2016, S. 471). Das Refeeding-Syndrom stellt bei malnutrierten Personen eine Komplikation bei wiederbegonnener Nahrungsaufnahme dar. Durch sowohl orale als auch enterale sowie parenterale Energiezufuhr kann es zu Störungen der Elektrolyt- und Flüssigkeitshomöostase sowie Vitaminmangelzuständen kommen. Die Nährstoffzufuhr sollte daher mit einer geringen Menge begonnen werden, welche daraufhin nur langsam gesteigert werden sollte, um Organdysfunktionen durch das Refeeding-Syndrom zu vermeiden (vgl. Zauner et al. 2020, S. 1).

Nach der ersten Stabilisierungsphase sehr untergewichtiger und damit vital bedrohter Patienten kann die Verlegung in ein psychiatrisches Setting stattfinden. Hier liegt der Fokus weiterhin auf der Gewichtsstabilisierung und dem Wiedererlangen eines normalen Essverhaltens, wobei Patient und Behandelnder die Ziele der Behandlung besprechen und diese stetig evaluieren. Die Pflegenden begleiten die Mahlzeiten der Patienten, um die Nahrungsaufnahme sicherzustellen und Feedback zum Essverhalten, unter anderem mit Fokus auf die unter 2.1.1 genannten Aspekte, zu geben. Häufig wird in der stationären Therapie mit Behandlungsverträgen gearbeitet, in denen gemeinsam Zielverhalten, Zielgewicht oder Geschwindigkeit der Gewichtszunahme sowie Maßnahmen bei Nicht-Erreichen des Gewichts festgehalten werden (vgl. Haupt/ Gouzoulis-Mayfrank 2016, S. 471). Zu Beginn sowie während der Behandlung finden regelmäßig körperliche Untersuchungen, CT oder MRT, gynäkologische Untersuchungen, Röntgen-Skelett, EKG, Echokardiographie sowie Laboruntersuchungen statt, um den gesundheitlichen Zustand der Patienten zu erfassen (vgl. Haupt/ Gouzoulis-Mayfrank 2016, S. 469). Ein weiterer Baustein bei Anorexie sind bewegungstherapeutische Ansätze, die je nach Gewicht unterschiedlich aussehen. Sie zielen darauf ab, das Körperbewusstsein und die Beziehung zum eigenen Körper wiederherzustellen und im Umkehrschluss die Körperschemastörung durch die Förderung eines realistischen Körperbildes und gesteigerter Selbstakzeptanz zu minimieren (vgl. Haupt/ Gouzoulis-Mayfrank 2016, S. 471). Zudem gibt es kunst- und musiktherapeutische Einzel- oder Gruppenangebote sowie Trainings der Sozialkompetenz. Emotionale Spannungszustände zum Beispiel durch Steigerungen der Kalorienzufuhr oder anderweitige Stressoren werden von Anorexiepatienten häufig mit Hyperaktivität zu kompensieren versucht. Das heißt, dass der Bewegungsdrang sich in Form von Herumlaufen, Sport Treiben oder motorischer Unruhe wieder verstärkt. Hierbei werden Betroffene von den Pflegenden unterstützt bzw. eingegrenzt, um die Steigerung des Kalorienverbrauchs zu unterbinden (vgl. Haupt/ Gouzoulis-Mayfrank 2016, S. 471 f.).

2.1.5 Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Anorexia Nervosa

Bei einem Rückfall spricht man im Allgemeinen vom erneuten Auftreten einer vermeintlich überstandenen Krankheit beziehungsweise vom Zurückfallen in einen früheren, schlechteren Zustand (vgl. Berends et al. 2010, S. 9). Die Definition impliziert, dass der Betroffene zuvor genesen oder stabil war, also ein Zustand der Remission oder Teilremission bestand. Die Verschlechterung des Zustands manifestiert sich im Allgemeinen an Kernsymptomen wie signifikantem Gewichtsverlust. Die Beurteilung einer Verschlechterung obliegt weitestgehend dem klinischen Eindruck und sollte den individuellen Krankheitsverlauf sowie die bisherigen Fortschritte der Patienten berücksichtigen. Beim Beispiel der Anorexie ist oftmals die Entlassung aus der Klinik vor einer vollständigen Genesung ursächlich für einen Rückfall. Die Patienten sind also zum Zeitpunkt ihrer Entlassung noch untergewichtig oder anderweitig symptomatisch. Wenn somit, wie in den meisten Fällen, keine vollständige Remission vorliegt, spricht man eher von einer erneuten Verschlechterung des Krankheitsverlaufs. Da bei der Anorexie jedoch bekannt ist, dass es in vielen Fällen zu keiner vollständigen Heilung kommt und die Erkrankung Teil des Lebens der Betroffenen bleibt, oder schlimmer sogar, die Krankheit einen chronischen Verlauf annimmt, kann man hier dennoch von Rückfall sprechen. Begünstigend für einen Rückfall sind Faktoren wie eine lange Krankheitsdauer, eine stark ausgeprägte Essstörungssymptomatik mit niedrigem BMI, der Purging-Typ der Anorexie, Hyperaktivität, eine erhöhte Komorbidität sowie ein höheres Ersterkrankungsalter (vgl. Giel et al. 2013, S.291). Durch die Entlassung aus einer intensivstationären oder teilstationären Therapie in ein ambulantes, weniger geschütztes Setting, oder sogar nach Hause, wird Betroffenen ein großer Teil Eigenverantwortung zurückgegeben (vgl. Therapiezentrum für Essstörungen 2022). Sie sind nun wieder selbst dafür zuständig beispielsweise den Bewegungsdrang oder die Selektion der Nahrungsmittel zu unterbinden, wobei ihnen während des stationären Aufenthalts Pflegende und Therapeuten Unterstützung und Feedback zukommen ließen. Die abrupt zurückgewonnene Eigenverantwortung und die Anforderungen des Alltags nach der geschützten Behandlung in der Klinik überfordern die betroffenen Jugendlichen, sodass es meist in kurzer Zeit, häufig innerhalb von zwei Jahren nach der Entlassung, zum Rückfall kommt. Wie bei der Ätiologie bereits angeschnitten, gibt die Anorexie den Betroffenen eine bestimmte Selbstwirksamkeit, in die sie sich in

solchen überfordernden Situationen flüchten können und so ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle erhalten (vgl. Verbeek/ Petermann 2015, S. 47). Auch die Suche nach einem ambulanten Therapieplatz oder einem freien Platz in einer Klinik ist oftmals problematisch und stellt sich als Herausforderung für Betroffene dar. Dies kann auch dazu beitragen, dass ein Rückfall nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wird (vgl. Verbeek/ Petermann 2015, S. 121). Im Zuge der Erläuterung des Rückfalls bei Anorexie muss auch der Begriff des sogenannten Drehtüreffekts geklärt werden. Der Drehtüreffekt ist ein Phänomen, was im Pflegekontext vor allem in der Psychiatrie stets präsent ist. Patienten werden therapeutisch sowie medikamentös behandelt, folglich tritt nach variierenden Zeitspannen eine Besserung ein, woraufhin die Entlassung erfolgt. Dies bedeutet jedoch, wie oben beschrieben, nicht unbedingt, dass die Erkrankung überstanden ist. Die Betroffenen erhalten oft keine ausreichende Nachsorge in benötigtem Maße, was zu einer erneuten Aufnahme in das klinische Setting führt. Dies kann sich einige Male wiederholen, sodass der Patient immer wieder entlassen und bei Verschlechterung wieder aufgenommen wird (vgl. Lingenhöhl 2022, o.S.).

Es weist also vieles darauf hin, dass der Versorgungsabbruch die zentrale Ursache eines Rückfalls bei der Anorexie darstellt. Trotzdem handelt es sich bei einem Rückfall, wie auch bei der Erstmanifestation, um ein multifaktorielles Geschehen, welches außerdem bei jedem Patienten durch individuelle Risikofaktoren beeinflusst wird. Hinzu kommt, dass ein Rückfall in mehrere Phasen zu gliedern ist, die wiederum patientenabhängig variieren. Beides wird im Laufe der Arbeit detaillierter dargestellt. Neben diesen auslösenden Faktoren werden bei der AN auch sogenannte Schutzfaktoren definiert, die bei der Prävention eines Rückfalls zu beachten sind. Bei diesen handelt es sich unter anderem um soziale Unterstützung, starke Veränderungsmotivation, die Entwicklung einer von der Essstörung unabhängigen Identität, starke therapeutische Allianz, die Auffassung der Genesung als Prozess sowie Selbstakzeptanz zur Überwindung der Anorexie (vgl. Giel et al. 2012, S. 291). In diversen Therapieprogrammen werden folgende Elemente einer Rückfallprophylaxe genannt: Erfassung des individuellen Störungsverlaufs und der bisherigen Geschichte von Remissionen und Rückfällen, Psychoedukation bezüglich des Verlaufs von Genesung und Rückfällen, Überprüfung und Stärkung der Therapiemotivation, Setzen individueller Behandlungsziele, Identifikation und

Beobachtung individueller potenzieller Auslöser und Risikosituationen für einen Rückfall, Identifikation und Entwicklung von Copingstrategien zur Verhinderung von Rückfällen und zum Umgang mit aufgetretenen Rückschlägen, Stärkung der Selbstwirksamkeit und individueller Ressourcen (vgl. Giel et al. 2013, S. 291). Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass eine Rückfallprophylaxe als alleinige Anschlussbehandlung nach stationärer Therapie nicht ausreichend ist, um die anhaltende Remission zu erzielen, weshalb eine Anschlussbehandlung in Form von ambulanter Psychotherapie, vor allem im Hinblick auf den Schweregrad der AN, unterstützend hinzugezogen werden sollte (vgl. Giel et al. 2013, S. 291).

2.2 Ist-Situation einer Kinder- und Jugendpsychiatrie in München

Da im empirischen Teil Pflegende einer konkreten Kinder- und Jugendpsychiatrie in München zur möglichen Umsetzung von Interventionen zur Rückfallprophylaxe auf ihrer Station befragt werden, soll nun ein Überblick zum Behandlungsalltag und bisherigen Pflegeinterventionen in diesem bestimmten Beispiel geschaffen werden, sodass die Situation hinsichtlich der Implementierung eines neuen Konzeptes eingeschätzt werden kann. Die Informationen in diesem Kapitel stammen aus den Erfahrungen der Autorin sowie einem nicht veröffentlichten Manuskript der Klinik, was bei Bedarf bei der Autorin eingesehen werden kann.

Die besagte Station besteht seit kurzer Zeit aus zwei Teilen mit jeweils sechs Patienten: einem geschützten Bereich und einem halboffenen Bereich, der den Übergang aus dem geschützten in ein offenes Setting erleichtern soll. Der Fokus der geschützten Hälfte liegt auf Krisenintervention bei Suizidalität, Depression und Borderline sowie der Behandlung von Psychosen und schweren Verläufen der Anorexie. Für die Behandlung in diesem Bereich ist ein Unterbringungsbeschluss nach §1631b BGB nötig. Nach der Behandlung im geschützten Bereich stellt der halboffene Bereich eine Option für diejenigen Patienten dar, die für rein offene Stationen noch nicht geeignet sind und weiterhin viel Struktur und Anleitung benötigen, jedoch nicht mehr zwingend im Rahmen einer Unterbringung. Behandelt werden Patienten bis zum Alter von 18 Jahren, teilweise auch über die akute Krisensituation hinaus. Indikatoren für die stationäre Behandlung der Essstörung sind in diesem Beispiel das massive Untergewicht unter der 3. BMI-Perzentile, Erbrechen oder extreme Purgingsymptomatik mit Abführmittelmissbrauch, rapider oder anhaltender Gewichtsverlust

von 20% des Körpergewichts innerhalb von sechs Monaten, somatische Folgekomplikationen, fehlender Erfolg der ambulanten Therapie bei fehlender Krankheitseinsicht, eine ausgeprägte psychische Komorbidität sowie psychosoziale Gründe oder Eskalationen der familiären Situation. Als elementar für den Therapieerfolg werden auch in dieser Klinik die Gewichtsrehabilitation und die Normalisierung des Essverhaltens genannt.

Zwei Mal wöchentlich erhalten die Patienten eine Einzeltherapie mit dem fallführenden Therapeuten. Die Therapie besteht aus verhaltenstherapeutischen und psychoedukativen Ansätzen und basiert auf der Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams bestehend aus Ärzten, Psychotherapeuten, Kunst-, Bewegungs- und Ergotherapeuten, Ernährungsberatern sowie dem Pflege- und Erziehungsdienst (PED) und ist vergleichbar mit den unter 2.1.4 genannten Therapieansätzen. Das Team des PED, bestehend aus Gesundheits- und Krankenpflegern, Heilerziehungspflegern und Erziehern ist 24 Stunden am Tag die erste Anlaufstelle der Patienten. Es wird nach dem Bezugspflegekonzept gearbeitet, sodass jeder Patient zwei Hauptbezüge hat, die bei der Aufnahme und Entlassung sowie während der Behandlung aktiv mitwirken, für die Kommunikation mit den Eltern essenziell sind und die Wünsche des Patienten im multidisziplinären Team vertreten. Der geschützte Rahmen der Station gibt den Patienten einen strukturierten Alltag vor und hilft, die Symptomatik unter Kontrolle zu halten. Durch sechs begleitete Mahlzeiten täglich nach einem festem Essensplan sollen wöchentlich 700 – 1200 Gramm Körpergewicht zugenommen werden. Neben festem Essen kommt auch hochkalorische Trinknahrung und die Sondierung mithilfe einer Nasogastralsonde, in Fällen von vitaler Bedrohung und Verweigerung jeder anderen Möglichkeit auch unter Fixierung, zum Einsatz. Die Pflegenden bereiten die Mahlzeiten vor, begleiten diese mit Feedback und sind nach Hauptmahlzeiten für 30 Minuten und nach Zwischenmahlzeiten für 15 Minuten präsent, um Erbrechen oder anderweitige Manipulation zu vermeiden. Auf welche Verhaltensweisen Pflegende achten müssen und inwiefern Patienten eingegrenzt werden, wurde im bisherigen Verlauf der Arbeit beschrieben. Der PED steuert den Kostaufbau und entscheidet, ob die Betroffenen bei Manipulation und Restriktion der Energiezufuhr zusätzliche Energie in Form von hochkalorischer Trinknahrung zu sich nehmen sollten.

Schwer betroffene oder schwer einschätzbare Patienten erhalten außerdem eine Badbegleitung durch den PED, um auch hier zusätzliches Trinken, Abführen, Erbrechen oder Sport unterbinden zu können. Dies bedeutet, dass die Badtür mindestens einen Spalt offen sein muss, sodass der PED ein solches Verhalten mitbekommen kann. Bis zu zweimal täglich finden Ausgänge in Begleitung des PED statt, sodass auch hier einer übermäßigen körperlichen Bewegung entgegengewirkt werden kann. Diese Bewegungszeiten dauern nach einem Stufenkonzept 10, 20 oder 30 Minuten, bei Patienten mit starkem Untergewicht wird ein Rollstuhl zu Hilfe genommen. Die drei Anorexiestufen werden mithilfe von BMI-Perzentilen berechnet und geben den Rahmen der Möglichkeiten zum Beispiel im Hinblick auf Ausgänge, Aktivitäten mit Bewegung, Besuch der klinikinternen Schule, Teilnahme an bestimmten therapeutischen Gruppenaktivitäten und Vorbereitung der eigenen Mahlzeiten vor. Die Pflegenden wiegen die Patienten dreimal wöchentlich gleich morgens, wovon zwei Male unangekündigt stattfinden, um Manipulationen wie vorheriges Trinken oder das Zurückhalten von Urin und damit ein verfälschtes Gewicht zu vermeiden. Um die Aussagekraft des Gewichts zu kontrollieren, wird das spezifische Gewicht im Urin mittels Teststreifen untersucht, was Aussagen über die Dichte und damit zum Beispiel vorheriges Zutrinken des Patienten macht. Bei hohem Bewegungsdrang ist es wieder an den Pflegenden, diesen zu unterbinden und nach mehrfachem erfolglosem Eingrenzen eine extra Sitzzeit oder Zutrinken von Flüssignahrung zu veranlassen. Auch bei akuten Krisen wie zum Beispiel negativer Emotionslage bei Gewichtszunahme oder Anspannungszuständen ist die Pflegekraft im Hauptbezug oder Tagesbezug in der Verantwortung zu intervenieren und ins Gespräch zu gehen. Auch Angebote zur Ablenkung oder Besserung der Gefühlslage, wie zum Beispiel Skilltraining bei Anspannung, werden gemacht. Zur Erprobung des Alltags zu Hause wird den Patienten, abhängig von der Gewichtszunahme und der Anorexiestufe, ein sogenannter Tagesurlaub (TU) oder ein sozialer Wiedereingliederungsversuch (SEV) ermöglicht. Beim SEV verbringen die Patienten im Vergleich zum TU auch die Nacht zu Hause. Beides dient dem besseren Übergang zurück ins häusliche Umfeld.

Die Kontrolle und die konstante Anwesenheit der Pflegenden, das kontinuierliche Feedback und die multidisziplinäre Zusammenarbeit fällt bei einer Entlassung für die Patienten weg und Betroffene fallen oft in ihre pathologischen Muster zurück. Deshalb

soll im Folgenden geklärt werden, ob bestimmte pflegerische Maßnahmen auf der soeben beschriebenen Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) implementiert werden könnten und welche positiven oder negativen Folgen sich daraus möglicherweise ergeben.

3. Empirischer Teil

Der nachfolgende Abschnitt dient der Beschreibung des methodischen Prozesses dieser Arbeit. Die Art der Informationsgewinnung für die verschiedenen Teile der Thesis sowie die Planung und Umsetzung der qualitativen Datengewinnung- und Auswertung werden hier näher erläutert.

3.1 Übersicht über das Forschungsvorgehen

Vorab wurde sich mittels den im Internet verfügbaren Suchmaschinen Google und Google Scholar ein Überblick über die Thematik verschafft. Zusätzlich wurde durch die Freihandsuche in der hochschulinternen Bibliothek Literatur für den theoretischen Hintergrund der Arbeit ausfindig gemacht. Nachdem die Problematik und der theoretische Hintergrund nun beschrieben wurden, wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, welche im Folgenden im Detail dargestellt wird. Mithilfe der hier gewonnen Daten soll ein qualitativer Interviewleitfaden erstellt werden, womit die Pflegenden der besagten Station in Experteninterviews zu den generierten Erkenntnissen in der Rückfallprävention und deren praktischer Umsetzung befragt werden. Die gewonnen Daten werden anschließend transkribiert und mithilfe der systematischen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

3.2 Systematische Literaturrecherche

Ziel der systematischen Literaturrecherche ist, den aktuellen Forschungsstand auf einem bestimmten Gebiet überblicken zu können. In diesem Fall sollen geeignete pflegerische Interventionen zur Rückfallprophylaxe auf wissenschaftlicher Grundlage zusammengetragen werden. Um die Thematik zu kompensieren, wurde die Forschungsfrage mithilfe des sogenannten PICO-Schemas präzisiert und in einzelne Bestandteile unterteilt. Dieses Schema wird bei qualitativen Studien angewendet und lässt sich folgendermaßen zergliedern: P steht für Population, also in diesem Fall die Anorexiepatienten. I ist das Phenomen of Interest, hier also die Rückfallprophylaxe. Co meint den Kontext, also hier die stationäre Durchführung durch Pflegende der KJP.

Jeder dieser Aspekte stellt einen Teil der Suchstrategie dar und kann im Anschluss unterschiedlich kombiniert werden, um unterschiedliche Ergebnisse ein- oder auszuschließen. Um eine möglichst umfassende Recherche zu garantieren, wird außerdem ein sensitives Rechercheprinzip gewählt. Dieses Prinzip führt zu einer hohen Anzahl an Treffern, wovon ein großer Teil anschließend aussortiert werden muss, was jedoch die Gefahr, relevante Treffer zu übersehen, reduziert (vgl. RefHunter o.J.).

Zum Ein- und Ausschluss der bei der Recherche identifizierten Publikationen werden Kriterien gebildet, die verhindern sollen, dass thematisch unpassende, zeitlich überholte oder anderweitig unpassende Literatur in die Arbeit inkludiert werden. Diese sind der untenstehenden Tabelle 1 zu entnehmen. Die Literaturrecherche erfolgt in vier Schritten, die als Flussdiagramm in der Abbildung 1 im Anhang schematisch dargestellt werden.

Um evidenzbasierte Literatur in Bezug auf pflegerische Interventionen zur Rückfallprophylaxe bei Anorexie zu sichten, wird in drei Datenbanken die systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Wahl fällt auf PubMed, PubPsych und GoogleScholar. PubMed ist eine Meta-Datenbank, die von der United States National Library of Medicine zur Verfügung gestellt wird und Inhalte in den Bereichen Humanmedizin und Pflege bietet. PubPsych durchsucht mehrere Datenbanken wie beispielsweise PSYINDEX, PsychData und Medline und ist überwiegend ein Suchportal für psychologische Themen. PubPsych wird vom Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation koordiniert und stellt internationale Veröffentlichungen bereit (vgl. RefHunter 2022). GoogleScholar ist eine allgemeinwissenschaftliche Suchmaschine für Fachliteratur, die von Google LLC betrieben wird (vgl. Deutscher Bildungsserver o.J.).

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturrecherche

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	Anorexiepatienten im jungen Erwachsenen- oder Jugendalter, Patienten mit Essstörungen ähnlicher Pathogenese	Andere psychische Erkrankungen zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen
Phenomen of Interest	Alle Konzepte/ Maßnahmen, die einem Rückfall entgegenwirken können	Konzepte, die keinen Bezug zur Therapie von Anorexie und Rückfällen haben
Context	Stationär von Pflegenden durchführbare Interventionen	Nicht in der Pflegepraxis umsetzbare Konzepte
Publikationstypen	Theoretische Literatur aus Büchern & Internet, alle Studientypen (quantitativ + qualitativ) z.B. Literaturreviews, Fachartikel, Fallberichte, Kohortenstudien, Mixed-Method-Studien, etc.	Publikationen ohne Möglichkeiten auf Volltextzugriff
Zeitraum	2008-2023	Vor 2008, älter als 15 J.
Sprache	Deutsch & Englisch	Alle weiteren Sprachen

Quelle: Eigene Darstellung

3.2.1 Suchstrategie

Um in diesen Datenbanken Ergebnisse zu erzielen, werden sogenannte MeSH-Terms (Medical Subject Headings), also Suchbegriffe und Suchstrings, von der Verfasserin selbst und punktuell mithilfe des Online-Lexikons Thesaurus zur Feststellung von Synonymen und Assoziationen festgelegt (vgl. OpenThesaurus o.J.). Um alle Teile der Forschungsfrage abzudecken, wird wieder das PICO-Schema hinzugezogen. Die Festlegung der Suchbegriffe auf Deutsch und Englisch ist der Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Festlegen der Suchbegriffe

Variable	Suchbegriffe mit Operatoren
Population	<p><u>Englisch:</u> Anorexia Nervosa OR Anorexic Teenagers OR adolescents with Anorexia OR Anorexia Patients OR eating disorder patients</p> <p><u>Deutsch:</u> Anorektische Jugendliche OR Heranwachsende mit Anorexie OR Anorexie Patienten OR Patienten mit Essstörung OR Magersucht-Patienten</p>
Phenomen of Interest	<p><u>Englisch:</u> Relapse Prevention OR Relapse Avoidance AND care measures OR interventions OR Coping mechanisms</p> <p><u>Deutsch:</u> Rückfallprävention OR Rückfallvermeidung OR Prävention eines Rezidivs OR Rückfallprophylaxe AND pflegerische Möglichkeiten OR Interventionen OR Bewältigungsstrategien</p>
Context	<p><u>Englisch:</u> Psychiatric Clinic OR mental Health institution OR hospital AND nursing OR care</p> <p><u>Deutsch:</u> Psychiatrische Klinik OR Krankenhaus OR Psychiatrie AND Pflegekraft</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Die verschiedenen Begriffe, die den Variablen zugeordnet werden können, werden miteinander verknüpft, um einen Suchstring zu bilden, der aufgrund der Unterschiede der Datenbanken und zur Ergebnisoptimierung immer wieder abgeändert beziehungsweise angepasst wird. Welche Wortkombinationen in den jeweiligen Datenbanken zu Ergebnissen führen wird im Anhang tabellarisch unter Punkt 2 dargestellt. Dieser Prozess der Literatursichtung in den Datenbanken und der ergänzenden Freihandsuche wird im Folgenden kurz erläutert und ist im Detail im

Anhang in den Tabellen 3,4 und 5 sowie den dazugehörigen Aufzählungen dargestellt. Ausgeschlossene Publikationen sind hier mit roter, nach der Vorauswahl ausgeschlossene mit gelber und eingeschlossene Publikationen mit grüner Schrift gekennzeichnet.

3.2.2 Suche in elektronischen Datenbanken

Suche in PubMed

Im Anhang zeigt die Tabelle 3 unter 2.2, mit welchen Suchbegriffskombinationen in PubMed gesucht wird und wie viele Ergebnisse jeweils erzielt werden. Die rechte Spalte zeigt die Anzahl derer, die nach Ersteinschätzung des Titels als Treffer gezählt werden können und wie viele nach weiterer Analyse der Ausschlusskriterien letztendlich bestehen bleiben. Es wird überwiegend auf Englisch gesucht, da so die Chance auf Ergebnisse erhöht werden kann. Die englischsprachigen Ergebnisse werden von der Suchmaschine automatisch auf Deutsch übersetzt. Eine der Publikationen mit verfügbarem Volltext, die zu den Treffern gezählt werden kann, handelt von einer Leitlinie zur Rückfallprophylaxe (GRP) von Berends et al. (2016), auf deren Grundlage ein Rückfallpräventionsprogramm erstellt worden ist. Zu dem besagten Programm werden zwei weitere Publikationen ausfindig gemacht, die jedoch in dieser Datenbank nicht frei verfügbar sind. Die Leitlinie soll anschließend per Freihandsichtung näher untersucht werden. Bei zwei Ergebnissen wird jeweils ein weiteres durch das Schneeballsystem, also durch themenverwandte Vorschläge unter dem Ergebnis, hinzugefügt. So kommt die Verfasserin auf das Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment in Adults (MANTRA) von Ulrike Schmidt & Janet Treasure (2014), wonach bei der Freihandsuche weitergesucht wird.

Suche in PubPsych

Wie der Tabelle 4 unter 2.3 im Anhang zu entnehmen ist, wird mit diversen Kombinationen der Suchbegriffe gesucht. Zuerst wird die Anzahl der Gesamtergebnisse aufgeführt, dann die Anzahl derer, die als Treffer auf den ersten Blick gezählt werden können. Nach weiterer Sichtung der vermeintlichen Treffer können anhand der genannten Ausschlusskriterien weitere aussortiert werden, welche in der Tabelle hinter dem Pfeil angezeigt werden. Die Suche in PubPsych führt außerdem zu einigen Doppelungen in derselben Datenbank sowie in PubMed, weshalb am Ende insgesamt eine Publikation, Self-Treatment of Eating Disorders von Yim &

Schmidt (2019), eingeschlossen wird. Einige der Treffer, zu denen es keinen Volltext gibt, dienen wieder als Orientierung für die anschließende Freihandsuche im Internet. Beispielweise führt die Suche in PubPsych zu der Idee, sich im weiteren Verlauf über internetbasierte Ansätze und familientherapeutische Aspekte zu informieren.

Suche in GoogleScholar

In der Datenbank GoogleScholar wird, wie im Anhang in Tabelle 5 unter 2.4 zu sehen, mit nur einer Suchbegriffskombination gesucht, da diese bereits zu vielen Ergebnissen führt und bei anderen Kombinationen keine Ergebnisse erzielt werden können. Trotz der Anwendung der Suchfilter in der Datenbank kommt es zu 6.700 Ergebnissen, die aufgrund der hohen Anzahl und sich wiederholender Ergebnisse nicht alle berücksichtigt werden. So wird die Suche nach thematisch komplementärer Literatur auf die ersten 30 Ergebnisse begrenzt, wovon vier in die Vorauswahl aufgenommen werden. Welche Ergebnisse in die Vorauswahl aufgenommen werden können ist wie bisher dem Anhang zu entnehmen.

3.3 Freihandsichtung und Zugriff auf Literatur

Da einige der Publikationen in den wissenschaftlichen Datenbanken nicht vollständig verfügbar sind, wird eine ergänzende Freihandsuche im Internet durchgeführt. Hier kann die Leitlinie zur Rückfallprävention bei Anorexia Nervosa (GRP), zu welcher in PubMed eine zugehörige Kohortenstudie von denselben Autoren (Berends, van Meijel & van Elburg et al. 2016) gefunden wurde, identifiziert und eingeschlossen werden. Außerdem wird in allen Datenbanken ein Fallbericht (Berends, van Meijel & van Elburg 2011) zur Anwendung derselben Leitlinie gesichtet, dessen Verfügbarkeit durch einen externen Datenbankzugriff gesichert wird, sodass die besagte Fallstudie eingeschlossen werden kann. Auch auf eine Publikation über internetbasierte Ansätze in der Therapie von Essstörungen (Fichter et al. 2011) wird auf diese Weise zugegriffen, sodass ein Einschluss in die Arbeit möglich ist. Durch die systematische Recherche wird die Verfasserin auf das Thema Selbsthilfe bei Essstörungen aufmerksam und kann durch die Handsuche in der Abteilung für Psychologie der hochschulinternen Bibliothek ein Buch über ein Selbsthilfeprogramm bei Bulimie (Ulrike Schmidt und Janet Treasure 2011) ausfindig machen, welches ebenso eingeschlossen wird. Zuletzt wird, aufgrund der Vorschläge bei der Suche in PubMed, nach dem oben genannten MANTRA-Modell von Schmidt und Treasure (2014) frei

in GoogleScholar gesucht, wodurch eine Studie (Wittek et al. 2021) eingeschlossen werden kann.

3.4 Literaturüberblick

Durch die Literaturrecherche in den Datenbanken sowie die Freihandsichtung werden fünf potenzielle Interventionen durch acht Publikationen zur Rückfallprophylaxe von Anorexie ausfindig gemacht. Nach näherer Betrachtung der Publikationen werden vier Interventionen für den empirischen Teil dieser Arbeit ausgeschlossen, was kurz begründet werden soll. Aus Gründen der thematischen Vollständigkeit und zur Darstellung eines Überblicks über die Diversität der Möglichkeiten, werden diese trotzdem im Folgenden angeschnitten.

3.4.1 Familienbasierte Therapie bei Essstörungen

Rienecke R. & Le Grange D. (2022): The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders
--

Die familienbasierte Therapie von Jugendlichen mit Essstörungen (FBT) wird für somatisch stabile Patienten empfohlen. Das Konzept basiert auf fünf fundamentalen Annahmen: Der Therapeut hat eine agnostische Sicht auf die ursächlichen Faktoren der Krankheit und nimmt eine nicht-autoritäre Rolle in der Behandlung ein. Die Eltern werden dazu befähigt, die Genesung ihres Kindes herbeizuführen oder sich maßgeblich daran zu beteiligen. Die Essstörung wird vom Patienten separiert betrachtet sowie externalisiert und die FBT nutzt einen pragmatischen Ansatz für die Behandlung mit Fokus auf dem Hier und Jetzt (vgl. Rienecke et al. 2022, S. 1). Die Entstehung der Essstörung ist komplex und multidimensional, es haben also genetische, soziokulturelle und persönliche Faktoren Einfluss. So kann auch die Familie an restriktivem Essverhalten oder ungesunder Gewichtskontrolle beteiligt sein. Die FBT distanziert sich jedoch von Schuldzuweisungen, da die Familie als Ressource zur frühen Verhaltensveränderung genutzt werden soll (vgl. Rienecke 2022, S.2). Der Fokus soll also nicht auf den familiären oder allgemeinen Ursachen liegen, obwohl belegt wurde, dass Familien mit Essstörungspatienten eine schlechtere Familienfunktionalität aufweisen. Im Zentrum steht vielmehr die zügige Symptomreduzierung (vgl. Rienecke et al. 2022, S. 2). Eltern verspüren oft Schuldgefühle, da sie nach eigenen Aussagen etwas falsch gemacht haben müssen, die Erkrankung schneller hätten bemerken können oder in der Lage gewesen sein müssten,

das Gewicht ihres Kindes zu stabilisieren. Da das Selbstbewusstsein der Eltern für die FBT wichtig ist, sollte der Therapeut dies in der Therapie besprechen und sein Augenmerk auf die Stärken der Familie richten, statt ihre Schwächen hervorzuheben (vgl. Rienecke et al. 2022, S. 2 f.). Die FBT findet in drei Phasen statt: In Phase eins bekommen Eltern die Verantwortung für die Gewichtswiederherstellung oder Abwehr essgestörten Verhaltens übertragen; es soll ein normales Essverhalten hergestellt werden, wobei die Essstörung das Verhalten des Kindes bezüglich Essen, Körperform und Gewicht nicht mehr maßgeblich beeinflusst (vgl. Rienecke et al. 2022, S. 2). In Phase zwei wird die Verantwortung für das Essen dem Kind, je nach Alter und der für die betroffene Familie üblichen beziehungsweise möglichen Strukturen, wieder übertragen. In der dritten Phase wird für einen Überblick über die gesunde Adoleszenz gesorgt und erhoben, wo sich das Kind oder der Jugendliche nach Rückgang der AN in der Entwicklung befindet (vgl. Rienecke et al. 2022, S. 2).

Die FBT wird als führende evidenzbasierte Behandlung bei Heranwachsenden mit Essstörung beschrieben und auch die Aktualität der genannten Publikation untermauert die bestehende Relevanz dieser Therapie (vgl. Rienecke et al. 2022, S. 1). Speziell ausgebildete Therapeuten mit Erfahrung in der Behandlung der AN bei Jugendlichen sollen die Durchführung übernehmen. Eine mögliche Involvierung der Pflegenden wird nicht angesprochen, weshalb diese Intervention nicht in die qualitative Erhebung dieser Arbeit eingeschlossen wird. Außerdem sind zu dieser Thematik nur eine sehr begrenzte Anzahl von Publikationen frei zugänglich, in denen eine detaillierte Beschreibung der Umsetzung oder eine mögliche Rolle der Pflege erläutert worden wäre.

3.4.2 Maudsley Model of Anorexia treatment for adolescents and adults

Wittek T., Schmidt U. et al. (2021): The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for adolescents and young adults (MANTRa): a study protocol for a multi-center cohort study

Das „Maudsley Model of Anorexia treatment for adolescents and adults“ (MANTRA) von Ulrike Schmidt und Janet Treasure (2014), welches sich mit prädisponierenden und erhaltenden Faktoren der Anorexie beschäftigt, bildet die Basis eines Nachsorgeprogramms zur Rückfallprävention. Beispielsweise wird erläutert, dass Persönlichkeitsmerkmale wie obsessiv-zwanghaft und ängstlich-vermeidend das

Risiko einer AN erhöhen und ihre Aufrechterhaltung begünstigen. Weitere Faktoren des Fortbestehens sind Beeinträchtigungen im sozio-emotionalen Bereich, also ein unflexibler, perfektionistischer und detailorientierter Denkstil oder eine kontraproduktive Kommunikationsweise der Bezugspersonen. Auch Pro-Anorexie-Gedanken, wie zum Beispiel der Anorexie oder ihren Symptomen einen Sinn oder Wert beizumessen oder sich davon einen Sicherheits- oder Kontrollgewinn zu versprechen, zählt zu diesen Beeinträchtigungen (vgl. Wittek et al. 2021, S. 2). Das MANTRA-Modell eignet sich für die individuelle Veranschaulichung der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Anorexie und soll speziell geschulten Psychotherapeuten eine Grundlage für eine verhaltenstherapeutische Anschlussbehandlung bieten. Das Konzept besteht aus sieben Kernmodulen und soll in 20 bis 40 jeweils circa 50-minütigen Sitzungen durchgeführt werden, wovon durchschnittlich drei auch mit Eltern oder nahestehenden Personen besucht werden (vgl. Wittek et al. 2021, S. 4). Ein Patientenarbeitsbuch mit 11 Kapiteln begleitet diesen Prozess unterstützend (vgl. Wittek et al. 2021, S. 5). In diesem befinden sich Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie, Schreibaufgaben und Unterstützung beim Ausdruck und der Regulation von Emotionen, die der Patient gemeinsam mit dem Therapeuten und selbstständig bearbeiten kann (vgl. Wittek et al. 2021, S. 1f.). Die fünf Behandlungsphasen dieses integrativen Therapiekonzepts lassen sich folgendermaßen aufzählen: Anfangsphase mit Fokus auf Motivation und Dialog über Veränderungen, individuelle Rückfallformulierung, Verbesserung der kognitiven und sozio-emotionalen Fähigkeiten, Arbeit an der Identität und schließlich Endphase mit Abschied (vgl. Wittek et al. 2021, S. 2).

MANTRA soll von speziell ausgebildeten Psychotherapeuten als Präventionsprogramm umgesetzt werden. Auch hier werden in der Literatur Pflegenden nicht als Teil der Umsetzung in Erwägung gezogen. In Bezug auf die Aktualität sollte erwähnt werden, dass es zu diesem Konzept vielerlei Publikationen, eine Diversität an Studientypen sowie aktuelle Literatur gibt, was eine weitere Anwendung des Modells indiziert. Die Studie sagt aus, dass das auf MANTRA basierende Programm eine effektive und hilfreiche Intervention für Heranwachsende und junge Erwachsene, die an AN leiden, sein kann (vgl. Wittek et al. 2021, S. 10).

3.4.3 Selbsthilfeprogramme bei Essstörungen

Yim V. & Schmidt U. (2019): Self-Help Treatment of Eating Disorders

Schmidt U. & Treasure J. (2011): Die Bulimie besiegen- Ein Selbsthilfe- Programm
--

Bei der systematischen Recherche wurde eine Publikation über ein „Self-Help Treatment-Programm“ gefunden, das Betroffene dazu befähigen soll, selbst an ihrer Genesung mitzuwirken (vgl. Yim/ Schmidt 2019, S. 5). Ulrike Schmidt, Autorin dieser Veröffentlichung, wirkte auch an einem Buch über ein Selbsthilfeprogramm bei Bulimie mit (vgl. Schmidt U. & Treasure J. 2011), welches bei der Freihandsuche gefunden wurde. Dies wird berücksichtigt, da bei einer Bulimie sowohl ursächlich als auch symptomatisch viele Ähnlichkeiten zur Anorexie möglich sind und man einige der beschriebenen Maßnahmen bei beiden Erkrankungen anwenden kann oder Transferarbeit und Anpassungen vorgenommen werden können. Die Autorinnen arbeiten in der Abteilung für Essstörungen des Londoner Maudsley Hospital und Institut für Psychiatrie der Universität London und schrieben das Selbstbehandlungsbuch, um dem Notstand an Therapeuten abzuhelpen (vgl. Schmidt/ Treasure 2011, S. 99). Vor allem nach der Entlassung, bei der man von einer vermeintlichen Genesung bzw. zumindest einer Stabilisierung des Zustands ausgeht, kann dieses Programm helfen, Strukturen aufrecht zu erhalten und die Selbstwirksamkeit Betroffener zu verbessern. Es werden Übungen zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und Körperformen vorgeschlagen und Arbeitsblätter angeboten, die zum Nachdenken über Genesung oder Aufrechterhaltung der Krankheit anregen und Auslöser für bestimmtes Verhalten analysieren sollen. Es bietet Vorlagen für Ernährungstagebücher und Dokumentationsmöglichkeiten für Purging-Verhalten, sodass Fortschritte wie auch Rückschläge mit einem Blick visualisierbar sind. Auch Anleitungen zum Erlernen beziehungsweise zur Kontrolle gesunder Essgewohnheiten und Ratschläge zum Umgang mit Schuldgefühlen werden aufgeführt. Ein weiterer Fokus liegt auf Entspannung, die durch Anleitungen zu Meditation, Phantasiereisen oder progressiver Muskelentspannung nach Jacobsen erzielt werden soll (vgl. Schmidt/ Treasure J. 2011, o.S.). Grundlagen eines solchen Selbsthilfeprogramms bei Essstörungen sind Veränderungsbereitschaft, Eigeninitiative sowie der Wunsch, aus intrinsischer Motivation gesund zu werden oder stabil zu bleiben (vgl. Schmidt/ Treasure 2011, S. 15). Selbsthilfe kann ohne oder mit

Begleitung bzw. Anleitung in Form von Telefonaten oder Textnachrichten durchgeführt werden.

Die Selbsthilfeprogramme in Form von Manuals oder Büchern werden als hilfreich angesehen, da die Barriere der örtlichen Distanz oder des Gesprächs mit fremden Menschen nicht besteht und so den Zugang für Betroffene erleichtert (vgl. Yim et al. 2019, S. 3). Die Publikationen wurden von Ulrike Schmidt und Janet Treasure verfasst, die beide in der Behandlung und Erforschung der Essstörungen präsent sind und mehrere Veröffentlichungen auf diesem Gebiet vorgenommen haben. Für derartige Programme sind ein stabiler Zustand und Therapiemotivation des Patienten Voraussetzung, was in der Praxis oftmals nicht vollständig gegeben ist (vgl. Schmidt et al. 2011, S. 15). In erster Linie soll der Patient das Programm selbstständig durchführen oder sporadische Anleitung durch einen Therapeuten erhalten, weshalb Pflegende hier keine konkrete Beteiligung in der Rückfallprophylaxe hätten (vgl. Yim et al. 2019, S. 3). Außerdem ist das Buch über die Selbsthilfe bei Bulimie bereits 12 Jahre alt und möglicherweise in manchen Aspekten überholt, was ein weiterer Punkt für den Ausschluss der Publikation vom empirischen Teil dieser Arbeit ist. Neuere Veröffentlichungen sprechen jedoch für die bestehende Relevanz und den weiteren Einsatz der Intervention in der Behandlung der Essstörungen.

Der Zugang zu Selbsthilfeprogrammen kann neben den genannten Büchern oder Manuals mit Videos, CDs oder digital über das Internet oder mobile Anwendungen geschaffen werden (vgl. Yim/ Schmidt 2019, S. 3). Zu den Selbsthilfeprogrammen gehört also auch die internetbasierte Rückfallprophylaxe, die ebenfalls bei der Literaturrecherche identifiziert wurde und nun kurz dargestellt wird.

3.4.4 Internetbasierte Ansätze in der Behandlung von Essstörungen

Fichter M. et al. (2011): Internetbasierte Ansätze in der Therapie von Essstörungen

Internetbasierte Ansätze, die mithilfe moderner Technologien in Studien bereits deutliche Verbesserungen in der Symptomatik somatischer sowie psychischer Erkrankungen gezeigt haben, sollen nun auch in der Rückfallprophylaxe der Anorexie Anwendung finden (vgl. Fichter M. et al. 2011, S. 1107). Die computergestützte Verhaltenstherapie soll kaum Unterschiede zur Behandlung ohne Distanz aufweisen und erleichtert Patienten, bei denen aus Gründen der Distanz oder anderen Gründen

eine ambulante oder stationäre Therapie nicht in Frage kommt, durch die Barrierefreiheit den Zugang zur Behandlung (vgl. Fichter et al. 2011, S. 1108). Die internetbasierten Interventionen basieren auf Manualen der kognitiven Verhaltenstherapie und durchlaufen die Kapitel Schritt für Schritt in virtueller Form. Ein Beispiel für ein Interventionsprogramm bei Anorexie ist das virtuelle Interventionsprogramm VIA. Dies beinhaltet unter anderem Übungen zur Aktivierung der gesunden Seite der Patienten durch das bewusste Widersprechen anorexietyperischer Kognitionen und behandelt Themen wie Motivation, Transfer des stationär Erlernten in den Alltag, Beibehaltung einer gesunden Ernährung, regelmäßige Essensstruktur, Körperakzeptanz, Selbstwert, Umgang mit Gefühlen, Problemlösefähigkeiten, soziale Beziehungen und Depressivität (vgl. Fichter et al. 2011, S. 1110). Betroffene können hiermit auf Essensprotokolle, Körpertagebücher, Rezeptvorschläge, ein Schema zur Analyse des eigenen Verhaltens und auf einen Erfolgsbaum zum Festhalten täglicher Erfolge zugreifen und regelmäßig Kontakt und Beratung durch Chats und Foren, auch zu anderen Betroffenen, suchen. Dies soll Wirkfaktoren der Gruppentherapie hervorrufen und wird von einem therapeutischen Anleiter moderiert. Außerdem enthält das Programm einen schnellen Zugriff auf wichtige Ansprechpartner in Krisen. Per SMS erhalten die Teilnehmer Kurzübungen, zum Beispiel die Aufforderung seinem Körper etwas Gutes zu tun, Bilanz zu ziehen oder auf das Essverhalten zu achten. Ein E-Mail-Postfach ermöglicht Betroffenen, sich 24h am Tag an den therapeutischen Anleiter zu wenden (vgl. Fichter M. et al. 2011, S. 1114). Voraussetzung sind hier der Zugang sowie die Aufgeschlossenheit gegenüber Technik und modernen Medien, Kompetenzen im Umgang mit Technik und virtuellen Programmen sowie Eigeninitiative und Therapiemotivation und die klare und kontinuierliche Anleitung per SMS oder E-Mail (vgl. Fichter et al. 2011, S. 1114 f.). Internetbasierte Rückfallprophylaxeprogramme können als zusätzliche Möglichkeit der Verbesserung des poststationären Verlaufs dienen und dazu beitragen, Chronizität und Mortalitätsraten der Anorexie zu senken. Sie sollen nicht mit bestehenden Angeboten konkurrieren, sondern ergänzend hinzugezogen werden (vgl. Fichter et al. 2011, S. 1115).

Die internetbasierten Ansätze werden aufgrund der zunehmenden Digitalisierung und Technisierung als immer wichtiger erachtet und werden, vor allem mit Blick auf den Mangel an Psychotherapeuten, sicherlich präserter werden (vgl. Fichter et al. 2011, S.

1). Der Zugang und die Überwindung zu internetbasierter Therapie ist weitaus einfacher als die Suche nach einem Therapieplatz (Fichter M. et al. 2011, S. 1108). Seit der Veröffentlichung dieses Papers im Jahr 2011 hat sich auf diesem Gebiet sicherlich einiges geändert, jedoch konnten keine aktuelleren zugänglichen Publikationen zur Thematik ausfindig gemacht werden. Wie auch bei den Selbsthilfeprogrammen wird die Intervention nicht stationär durchgeführt und der Patient arbeitet meist selbstständig, was nicht mit der Forschungsfrage dieser Arbeit übereinstimmt. Außerdem wird beschrieben, dass der Berater ein Therapeut sein soll, weshalb diese Intervention für die Befragung nicht in Frage kommt (vgl. Fichter et al. 2011, S. 1114).

3.4.5 Guideline Relapse Prevention Anorexia (GRP)

Berends, van Meijel, van Elburg (2010): Guideline Relapse Prevention Anorexia Nervosa

Berends, van Meijel, van Elburg (2011): The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in Practice - a case report
--

Berends, van Meijel, van Elburg et al. (2016): Rate, Timing and Predictors of relapse with Anorexia Nervosa following a Relapse Prevention Program - a cohort study

Die GRP-Leitlinie wurde im Jahr 2010 in den Niederlanden von Tamara Berends, Berno van Meijel und Annemarie van Elburg beschrieben. Aus dieser konnte ein Präventionsprogramm zur Rückfallprophylaxe bei Anorexia Nervosa erarbeitet werden, dessen Anwendung in einer Kohortenstudie (Berends et al. 2016) sowie einem Fallbericht (Berends et al. 2011) beschrieben wird und so die Leitlinie in der praktischen Anwendung detaillierter erläutert und prüft. Ziel ist, den an der Behandlung beteiligten Gesundheitsfachkräften in Zusammenarbeit mit dem sozialen Netzwerk des Betroffenen zu helfen, einen Rückfallpräventionsplan für den an AN erkrankten Patienten zu entwerfen. Ein solcher Plan kann von Patienten, deren sozialen Umfeld z.B. Familie, Partner, Freunde aber auch Lehrer und dem medizinischen Fachpersonal angewendet werden, um einen Rückfall frühestmöglich zu erkennen und spezifische Maßnahmen ergreifen zu können (vgl. Berends et al. 2010, S. 16). Die Behandler beziehungsweise Pflegenden, die direkt am Patienten arbeiten und eine beratende Funktion gegenüber den Eltern haben, sollen den Plan regelmäßig unter den

individuellen patientenbezogenen Gesichtspunkten evaluieren und adaptieren (vgl. Berends et al. 2010, S. 6). Die Multiprofessionalität, gute Kommunikation sowie Koordination der Behandlung und Rückfallprävention der Anorexie ist von immenser Bedeutung. Trotzdem wird erklärt, dass vor allem die Pflegekraft effektiv mit Patienten und Angehörigen an der Rückfallprävention arbeiten soll, da diese eine engere und intensivere professionelle Beziehung zu dem Patienten hat (vgl. Berends et al. 2011, S. 151). Die Behandlung soll sich auf folgende fünf Bereiche fokussieren: Essverhalten, Körpergewicht, Körperbild, psychologische Probleme wie mangelnder Selbstwert, Perfektionismus, Traumata und soziale Funktionalität bzw. Integration (vgl. Berends et al. 2010, S. 4). Sie lässt sich in drei Behandlungsphasen gliedern: Verantwortung übernehmen, Struktur anbieten und Essverhalten sowie Bewegungs- beziehungsweise Sportmuster normalisieren. In der ersten Phase der Behandlung übernimmt der Therapeut respektive die Pflegefachkraft die Verantwortung für ein gesundes Essens- und Bewegungsmuster durch leitende Struktur und Beratung, welche im gegenseitigen Einvernehmen von Patienten und Fachkraft stattfindet. In der zweiten Phase übt der Patient, die Verantwortung für sein Essens- und Bewegungsverhalten selbst zu übernehmen. Die durch Pflegekräfte gebotene Struktur ist nun weniger leitend oder richtungweisend, sondern deutlich herausfordernder. Im Fokus steht hier die Normalisierung des Alltags, vorerst im stationären Umfeld und zunehmend nach außen. In der dritten Phase übernimmt der Patient die Verantwortung für gesunde Ess- und Bewegungsmuster wieder voll selbst, erhält aber noch unterstützende Struktur. Die Behandlung sowie Beratung fokussieren sich in dieser Phase auf die Normalisierung des Lebens zu Hause. In dieser Reihenfolge soll der Zustand des Patienten im stationären Setting verbessert und damit schon hier das Rückfallrisiko gesenkt werden. Um bei einem drohenden Rückfall zu agieren, sollen diese Schritte rückwärts durchgeführt werden: Zuerst Normalisierung des Essverhaltens, dann Strukturangebot, letztendlich Verantwortungsübernahme (vgl. Berends et al. 2010, S. 16).

Die Leitlinie besteht aus drei Teilen:

Teil 1: Theoretische Rahmenbedingungen zu Rückfall und Rückfallprophylaxe auf Basis von evidenzbasierter Literatur und praktischer Erfahrung von Experten und Patienten, die Handlungsvorschläge und Schlussfolgerungen für die klinische Praxis bereitstellen (vgl. Berends et al. 2010, S. 6).

Teil 2: Übersetzung der theoretischen Vorschläge in ein praktisches Manual als Orientierung und Praxisleitfaden für die behandelnden multiprofessionellen Fachkräfte (vgl. Berends et al. 2010, S. 6)

Teil 3: Ein Arbeitsbuch für Patienten und Zugehörige des sozialen Netzwerks des Betroffenen (vgl. Berends et al. 2010, S. 6).

Die GRP beschreibt, wie auch andere Literatur zur Thematik, den Zeitraum von ca. 18 Monaten, in dem das Rückfallrisiko besonders hoch ist. Sie erklärt den Rückfall bei Anorexie als das Auftreten oder Wiederauftreten einer Anzahl an Leitsymptomen der AN, nachdem der Patient eine positive Reaktion bzw. Besserung auf eine Behandlung der Essstörung hatte. Benannte Symptome sind beispielsweise: Gewichtsverlust unter einem BMI von 18,5 oder unter 85% des Normalgewichts, Steigerung des restriktiven Essverhaltens mit Gewichtsverlust als Resultat oder Steigerung von Verhaltensweisen wie beispielsweise ständiger Evaluation des Gewichts und Körperbildes im Vergleich zu vorher. Zuletzt wird trotz Wiederauftretens der Menstruation in einer früheren Genesungsphase die Amenorrhoe genannt, ebenso wie das Auftreten anderer medizinischer Probleme, die mit der Essstörung in Zusammenhang stehen (vgl. Berends et al. 2010, S. 9). Diese theoretischen Inhalte der Leitlinie stellen sich als essenzielle Kenntnisse für die an der Behandlung und Rückfallprävention beteiligten Gesundheitsfachkräfte heraus.

Risikofaktoren, Trigger und Frühwarnzeichen

Die GRP benennt die Wichtigkeit der Komorbiditäten, Risikofaktoren sowie Trigger und Frühwarnzeichen, um den an der Behandlung Beteiligten sowie den Patienten die Möglichkeit der Früherkennung des potenziellen Rückfalls zu bieten. Das Identifizieren von Risikofaktoren dient der Vorhersehbarkeit eines Rückfalls und damit der Einschätzung des Rückfallrisikos (vgl. Berends et al. 2010, S. 11). Trigger werden als Faktoren beschrieben, die meist in der Umgebung des Patienten vorkommen, das essgestörte Verhalten auslösen und damit das Rückfallrisiko erhöhen (vgl. Berends et al. 2010, S. 14). Die Frühwarnzeichen des Rückfalls werden als Gefühle, Verhaltensweisen und körperliche Signale beschrieben. Diese stehen in Relation mit den Klassifikationskriterien beziehungsweise Symptomen der Anorexie und werden als Vorläufer dieser gesehen, da der Schweregrad im Vergleich zu den voll ausgeprägten Leitsymptomen leichter ist (vgl. Berends et al. 2010, S. 14 f.).

Tabelle 6: Risikofaktoren, Trigger & Frühwarnzeichen beim Rückfall von AN

Risikofaktoren	Trigger	Frühwarnzeichen
Anorexiebezogene Gedanken bezüglich Gewichts und Körperform zur Zeit der Entlassung, obsessive Tendenzen zu Sport und Bewegung zur Zeit der Entlassung, lange Krankheitsdauer und Dauer der vorangegangenen Behandlung, gering ausgeprägte psychosoziale Fähigkeiten mit der Folge schlechter Fähigkeiten im Umgang mit psychosozialen Stress (vgl. Berends et al. 2010, S. 11)	Erfahrung bestimmter negativer Stresssituationen zum Beispiel Arbeitsbedingungen oder Leistungsdruck, negative Emotionen, Kommentare anderer über Körper/Gewicht, Verlust der Tages- oder Essensstruktur beispielsweise im Urlaub, Fehler oder Rückschläge, Konflikte, Ermutigung zur Diät durch andere, Gewichtszunahme, einschneidende Geschehnisse wie Tod, Umzug, etc., finanzielle Probleme (vgl. Berends et al. 2010, S. 14)	Anorexiebezogene Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen zum Beispiel auslassen/verpassen von Mahlzeiten, körperliche Signale wie kalte Hände, Steigerung anorektischer Denkmuster z.B. Vermeiden bestimmter Lebensmittel aus Angst vor einem dicken Bauch, beginnender sozialer Rückzug → eingeteilt in fünf Kategorien: Essensmuster, Sportmuster, physische Funktion, kognitive Funktion, soziale Funktion (vgl. Berends et al. 2010, S. 14 f.).

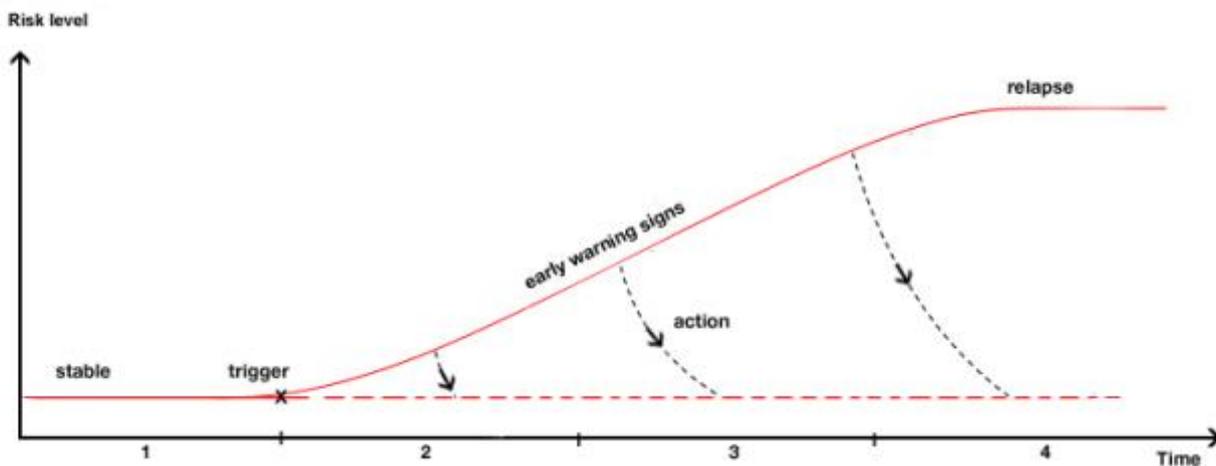
Quelle: Eigene Darstellung

Die Leitlinie schlägt eine gemeinsame Beurteilung der Risikofaktoren, Trigger und Frühzeichen durch die Pflegenden, Therapeuten, den jeweiligen Betroffenen und dessen soziales Umfeld vor, da eine umfassende Evaluation hierbei ausschlaggebend ist. Für jeden Patienten soll deshalb eine personalisierte Liste möglicher Frühwarnzeichen, Risiken und Trigger erstellt werden, auf die im Verlauf in Form des Rückfallpräventionsplans zurückgegriffen werden soll, weil der Rückfall bei einem Patienten beispielsweise mit dem erneuten Reduzieren der Nahrungsaufnahme beginnt, während ein anderer sich abermals zunehmend auf die Gewichtskontrolle fokussiert (vgl. Berends et al. 2010, S. 15).

Rückfallphasen

Die Anzahl vorhandener Risikofaktoren, Trigger, oder Warnzeichen und deren Intensität bestimmt den Schweregrad respektive das Stadium des Rückfalls, welches wiederum davon abhängig ist, wie schnell dies mithilfe der Auflistung in der Tabelle oder im individuellen Rückfallpräventionsplan (RPP) identifiziert wird und wie zeitnah nötige Maßnahmen eingeleitet werden (vgl. Berends et al. 2010, S. 11).

Abb. 2: Rückfallprozess in vier Phasen



Quelle: Berends et al. 2010, S. 12

Die Phasen des Rückfalls wurden durch klinische Erfahrung formuliert. In Stadium 1, der stabilen Situation, hat der Patient ein gesundes alters- und größenadäquates Gewicht und kommt in seinem Lebensumfeld gut zurecht. Falls Anorexiegedanken vorhanden sein sollten, schafft es der Patient, diesen nicht nachzugehen. Stadium 2 wird als leichter Rückfall bezeichnet. Essgestörte Gedanken nehmen zu und die ersten anorektischen Verhaltensweisen treten sporadisch auf. Beispielsweise werden hin und wieder vom Patienten als „sicher“ bewertete Nahrungsmittel gewählt oder eine kleine Zwischenmahlzeit wird weggelassen. Das dritte Rückfallstadium, der mäßige Rückfall, ist durch das Überwiegen anorektischer Denkmuster und zunehmender Umsetzung dieser in Form von Reduzierung des Essens, Steigerung der sportlichen Aktivität oder kompensatorischem Verhalten wie vermehrtem Erbrechen und Laxansmittelgebrauch gekennzeichnet. In diesem Stadium sind das Verhalten sowie der Gewichtsverlust zumindest partiell für Mitmenschen sichtbar. Stadium vier ist der vollständige Rückfall, wobei der Patient einen Gewichtsverlust von unter 85% des

Normalgewichts erreicht und bei Mädchen die Menstruation ausbleibt. Die anorexiespezifischen Gedanken überwiegen und sind kontinuierlich präsent, Betroffene ziehen sich aus dem sozialen Leben zurück und üben kompensatorisches Verhalten (vgl. Berends et al. 2010, S. 12). Die obenstehende Abbildung 2 veranschaulicht Verlauf und Trigger-Zeitpunkte, zu denen von Pflegenden oder anderen Beteiligten Maßnahmen ergriffen werden sollen, um das Voranschreiten und weitere Risiken zu minimieren. Außerdem stellt sie dar, ab welchem Zeitpunkt die Frühwarnzeichen im Rückfallprozess eintreten und erkannt werden können.

Anwendung in der Praxis

Tabelle 7: Überblick über die Leitlinie

Guideline Relapse Prevention
1. Allgemeine Information zum Rückfall und Rückfallprävention
2. Sammlung der Stärken des Patienten
3. Sammlung der Risikofaktoren
4. Beschreibung der potenziellen Trigger
5. Beschreibung möglicher Frühwarnzeichen
6. Auswahl der Hilfsmittel
7. Verfassen der Motivationsliste
8. Erstellung des Rückfallpräventionsplans

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Berends et al. 2011, S. 150

Ziel ist es, allen Beteiligten ein Verständnis für den individuellen Rückfallprozess des Betroffenen zu verschaffen, weshalb Patient, Angehörige und Pflegekraft nach der Beendigung der stationären Therapie gemeinsam die acht Schritte aus Tabelle 7 umsetzen sollen. Die Erstellung eines vollwertigen RPP beansprucht etwa sechs Sitzungen mit Pflegekraft und Patient, allein oder mit Familie. Die Treffen sollten jeweils ungefähr 45 Minuten dauern und jede zweite Woche stattfinden. Nach jedem Treffen bekommt der Patient eine Aufgabe für zuhause, die er selbstständig oder mit nahestehenden Menschen erledigen soll. Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung des RPP ist, dass Patient sowie Eltern oder andere direkt beteiligte Angehörige motiviert und kooperativ sind (vgl. Berends et al. 2011, S. 151).

Sitzung 1: Für die erste Sitzung ist die Anwesenheit der Eltern des Patienten sinnvoll, da hier über das Rückfallrisiko, die Notwendigkeit der Prävention und den Beitrag des Präventionsplans zur Reduzierung des Risikos informiert wird. Außerdem wird die Früherkennung und die deshalb mögliche frühe Einleitung von Interventionen mithilfe von Beispielen und anhand der definierten Rückfallphasen erläutert. Zuletzt werden in der ersten Sitzung noch die Stärken des Patienten herausgearbeitet, da die starken Merkmale in der Persönlichkeit und Funktion des Patienten im Präventionsprozess wichtig sind und AN-Patienten den Fokus oftmals nur auf ihre Schwächen legen. Im Fallbericht zur GRP werden folgende Beispiele für die Stärken genannt: Die Patientin knüpft leicht Kontakte zu anderen und ist zielstrebig. Dies kann dann im Prozess als Ressource verwendet werden. Alle wichtigen gesammelten Informationen werden im Patientenarbeitsbuch festgehalten, welches der Patient mit nach Hause nehmen soll (vgl. Berends et al. 2011, S. 151).

Sitzung 2: Nun werden mit dem Patienten alle relevanten Risikofaktoren aus bisherigen Erfahrungen identifiziert und auch die Faktoren aus der theoretischen Literatur (Tabelle 6) auf den Einzelfall übertragen, um ein Risiko vorherzusagen bzw. abschätzen zu können. Die zutreffenden Faktoren werden im Arbeitsbuch festgehalten (vgl. Berends et al. 2011, S. 151). Als nächstes sollen für den Patienten relevante Trigger identifiziert und analysiert werden, was dazu führt, dass auch der Ursprung beziehungsweise Ursachen der Krankheit oder bisheriger Rückfälle diskutiert werden. Potenzielle Trigger sind auch der obigen Tabelle 6 zu entnehmen. Im Fallbericht konnte die Patientin beispielsweise den Strukturverlust und ihr unbekanntes Essen im Urlaub für den Verlust des gesunden Essverhaltens verantwortlich machen. Als Hausaufgabe nach dieser Sitzung soll der Patient gemeinsam mit seinen Eltern mögliche herausfordernde Ereignisse in den nächsten sechs Monaten identifizieren und so die Möglichkeit haben, sich auf derartige Situationen vorzubereiten (vgl. Berends et al. 2011, S. 152).

Sitzung 3: Zuerst soll die Hausaufgabe evaluiert werden, indem der Patient die möglichen Trigger der nächsten sechs Monate erläutert und im Arbeitsbuch festhält. Beispiele hierfür aus dem Fallbericht sind ein unabhängiges bzw. selbständiges Leben inklusive gewährleisteter Selbstversorgung oder eine Krankheit mit einhergehendem Appetitverlust und anschließenden Schwierigkeiten, wieder ein gesundes Essverhalten zu erlangen. Auch genannt werden seltenere Gewichtskontrollen, was die

Einschätzung der Stabilität des Gewichts erschwert. Anschließend sollen die Frühwarnsignale im Detail ausgearbeitet werden. Die fünf Kategorien der Warnsignale aus Tabelle 6 werden im Patientenbuch aus der Ich-Perspektive formuliert, um beim Patienten einen „aha-Effekt“ zu erzielen und das Wiedererkennen dieser im eigenen Verhalten zu vereinfachen. Dies könnte folgendermaßen aussehen: Sportmuster: „ich fahre absichtlich schneller Fahrrad“ oder Denkmuster: „ich mache mir immer mehr Sorgen um mein Aussehen und ob andere mich wertschätzen“. Als Aufgabe nach dieser Sitzung soll der Patient gemeinsam mit seinen Eltern weitere potenzielle Warnsignale identifizieren, alle im Detail ausarbeiten, auf sich selbst übertragen und sie anschließend den Rückfallphasen aus Abbildung 2 zuordnen (vgl. Berends et al. 2011, S. 152).

Sitzung 4: Zu Beginn soll wieder die Evaluation der Hausaufgabe stattfinden. Im besten Fall konnten die Eltern weitere Frühwarnzeichen hinzufügen und die Warnzeichen gemeinsam den Phasen zuordnen. Anschließend werden Maßnahmen erarbeitet, die einen bevorstehenden Rückfall verhindern können. Diese Maßnahmen werden in Maßnahmen bei Triggern und Maßnahmen bei Frühwarnzeichen unterteilt. Hier wird dann wieder über die identifizierten Trigger gesprochen und wie die Reaktion des Patienten auf diese ist oder war. Der Patient soll über alternative Reaktionen, die einen Rückfall weniger fördern oder über die natürliche Reaktion auf diese Trigger von Menschen ohne Essstörung, wie z.B. Freunde, nachdenken. Dieses Vorgehen wird bei allen zutreffenden Triggern durchgeführt und die identifizierten alternativen Reaktionen und Maßnahmen werden festgehalten. In Betracht kommen hier beispielsweise Ablenkung durch Spaziergänge, Gespräche mit der Mutter oder einer Freundin oder das Schreiben von Tagebucheinträgen (vgl. Berends et al. 2011, S. 152). Weiter soll im Detail über die individuellen Warnsignale und die dazugehörige Reaktion gesprochen werden. Als Warnzeichen werden im Fallbericht zum Beispiel Schwierigkeiten der Patientin genannt, Verantwortung für ihre Gesundheit zu tragen (vgl. Berends et al. 2011, S. 153). Hier könnte eine Maßnahme sein, der Patientin in bestimmten Situationen Verantwortung abzunehmen und ein eng strukturiertes Umfeld zu schaffen, um das Fortschreiten des Rückfalls zu verringern. Für alle identifizierten Frühwarnzeichen werden Maßnahmen formuliert, den vier Rückfallphasen zugeteilt und, wie bei den Triggern, im Arbeitsbuch festgehalten. Anschließend wird nach Hilfsmitteln beziehungsweise Hilfspersonen gesucht, die dem

Betroffenen helfen sollen, Trigger und Frühwarnzeichen zu erkennen und so für eine frühe Intervention sorgen können. Da Anorexiepatienten viel mit sich selbst ausmachen und Schwierigkeiten haben, sich Hilfe zu suchen oder Probleme zuzugeben, ist der Einbezug dieser Hilfspersonen in die Rückfallprophylaxe von hoher Bedeutung. Es werden aktive und passive Hilfspersonen ausgewählt, die dem Patienten nahestehen und an die er sich wenden kann, wenn Unterstützung benötigt wird. Beispielsweise kann die Mutter als aktive und der Vater als passive Hilfsperson dienen. Die aktive Hilfsperson ist verfügbar, wenn der Patient selbst die Initiative ergreift und Hilfe sucht, sie kann jedoch auch auf den Patienten zukommen und Auffälligkeiten oder Symptome ansprechen. Die passive Hilfsperson steht für den Betroffenen zur Verfügung, wenn dieser Unterstützung benötigt. Sie soll dem Patienten durch Präsenz Unterstützung signalisieren, ohne aktiv Maßnahmen zu ergreifen. Auch Freunde oder andere nahestehende Personen können als aktive oder passive Hilfsperson gezählt werden, wenn der Betroffene dies wünscht. Nachdem alle Modalitäten des RPP besprochen wurden, soll die Motivation des Patienten in Bezug auf die Anwendung des Plans besonders betrachtet werden. Hier werden mögliche Rückschläge identifiziert und die positiven Effekte der Kontrolle über die Essstörung werden in den Vordergrund gerückt, um die Adhärenz in der Anwendung des Rückfallpräventionsplans zu stärken. Der Patient soll deshalb im Arbeitsbuch die für ihn zutreffenden positiven Effekte des Präventionsprogramms so detailliert wie möglich beschreiben (vgl. Berends et al. 2011, S. 153).

Sitzung 5: Alle bisher besprochenen Aspekte, also Trigger, Warnzeichen nach Phasen und die jeweiligen Maßnahmen, werden nun kombiniert in den umfassenden Rückfallpräventionsplan eingetragen (vgl. Berends et al. 2011, S. 153). Das Beispiel für einen Rückfallpräventionsplan aus dem Fallbericht ist unter Abbildung 3 im Anhang zur Veranschaulichung zu finden.

Sitzung 6: Die letzte Sitzung dient der Besprechung aller bisher zusammengestellter Details sowie der Umsetzung des RPP. Die Pflegefachkraft, beide Eltern und der Patient sollten anwesend sein, um Verantwortungsbereiche der beteiligten Personen besprechen und zuteilen zu können (vgl. Berends et al. 2011, S. 153).

Nachdem der Rückfallpräventionsplan in den sechs Sitzungen erstellt wurde, beginnt das Nachsorgeprogramm auf Basis der GRP-Leitlinie (vgl. Berends et al. 2011, S. 153). Dies dauert ca. 18 Monate und dient dem Monitoring und der Diskussion des individuellen Zustands des Patienten mithilfe des erstellten Plans. Die Treffen sollen weiterhin jeweils ca. 45 Minuten in Anspruch nehmen und auch von Eltern und Patient besucht werden. Wenn der Zustand des Betroffenen eher instabil ist und ein größerer Unterstützungsbedarf besteht, kann ein kürzeres, beispielsweise zweimonatliches Intervall zwischen den Treffen gewählt und das Programm auf ein Maximum von fünf Jahren verlängert werden. Bei stabilen Patienten finden ungefähr alle vier Monate Treffen statt (vgl. Berends et al. 2016, S. 3). Das erste Treffen nach der Fertigstellung des RPP soll nach drei Monaten stattfinden, um so erste Probleme bei der Umsetzung frühzeitig erkennen zu können (vgl. Berends et al. 2011, S. 154). Bei jedem Treffen wird der Patient gewogen, sein Zustand eingeschätzt und vor allem die psychologische sowie psychosoziale Funktion und das Vorhandensein der Anorexiesymptome diskutiert. Aktuelle oder potenzielle Trigger beziehungsweise schwierige Situationen in der Zukunft werden identifiziert und Maßnahmen dahingehend erweitert. Anhand dieser Informationen wird der RPP kontinuierlich aktualisiert und angepasst. Gewicht, mögliches Rückfallstadium sowie Abmachungen werden dokumentiert. Im Laufe des Programms kann es zu zwei verschiedenen Szenarien kommen: Entweder der Patient ist stabil und der Fokus liegt auf der Erhaltung dieser Stabilität, indem die körperliche Gesundheit und die persönliche wie soziale Funktion aufrechterhalten wird. Oder aber es liegen ein oder mehrere Frühwarnzeichen beim Patienten vor, weshalb dann die hierfür verantwortlichen Trigger identifiziert werden sollen und die geplanten Maßnahmen aus dem RPP hinzugezogen sowie das weitere Vorgehen geplant wird (vgl. Berends et al. 2016, S. 3).

Maßnahmen

Auch zur Identifikation der passenden Maßnahmen wird der erstellte Rückfallpräventionsplan hinzugezogen. In Phase 2 des Rückfallprozesses können einige Patienten die vorgeschlagenen Maßnahmen selbst durchführen. Je weiter der Rückfall fortschreitet, wenn der Patient sich also in Phase 3 oder 4 befindet, desto mehr Unterstützung von Personen im sozialen Umfeld oder professionelle Hilfe wird benötigt (vgl. Berends et al. 2010, S. 17).

Die im RPP gemeinsam formulierten Maßnahmen zielen darauf ab, effektiv die identifizierten individuellen Trigger des Patienten zu verhindern oder damit umzugehen respektive diese zu bewältigen. Wenn ein Patient beispielsweise angibt, von Fernsehsendungen über den idealen Körper oder Diäten beeinflusst zu werden, sollte der Konsum solcher Sendungen bewusst vermieden werden. Wenn Betroffene ein Problem mit Sport oder körperlicher Aktivität haben, sollte die Teilhabe an sozialen Ereignissen dieser Art vermieden werden. Wenn der Patient im Urlaub seine Essensstruktur verliert, kann ein Plan mit festgelegten Zeiten für die Mahlzeiten Anwendung finden. Somit kann der Patient Kontrolle über mögliche auslösende Geschehnisse erlangen und das Rückfallrisiko senken, anstatt unbewusst von diesen überwältigt zu werden. Neben den präventiven Maßnahmen bei Triggern durch Vermeidung oder Bewältigung gibt es Maßnahmen bei Frühwarnzeichen, die je nach Rückfallstadium ausgewählt werden. Diese werden anhand der fünf Kategorien der Frühwarnzeichen aus Tabelle 6 geplant (vgl. Berends et al. 2010, S. 17). Weitere Beispiele für Maßnahmen sind dem RPP in Abbildung 3 zu entnehmen.

Tamara Berends ist zum Zeitpunkt der Erstellung der GRP eine Pflegespezialistin in einem Zentrum für psychische Gesundheit und Essstörungen, Berno van Meijel ist Professor für psychiatrische Pflege an einer Universität für angewandte Wissenschaften und Annemarie van Elburg ist Psychiaterin im selben Zentrum für Essstörungen wie Berends. Die Qualifikationen der Autoren und ihre Mitwirkung an allen gefundenen Publikationen zur Thematik spricht für die Relevanz der Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Anorexiebehandlung. Zwei Veröffentlichungen sind bereits 12 und 13 Jahre alt, wurden jedoch im Jahr 2016 ein weiteres Mal untersucht, was so bewertet wird, dass das aus der GRP entstandene Präventionsprogramm im psychiatrischen Praxisfeld weiterhin relevant ist. Die Anwendung des Nachsorgeprogramms konnte die vollständigen Rückfälle von 35 – 41% auf 11% reduzieren und zeigt damit eine positive Wirkung (vgl. Berends et al. 2016, S. 5). Zur praktischen Umsetzung reichen die Informationen und Handlungsvorschläge in der öffentlich zugänglichen Version der Leitlinie kaum, weshalb die Verfügbarkeit des Fallberichts und der Kohortenstudie essenziell ist. Es stellt sich heraus, dass die GRP als einzige der identifizierten Publikationen nicht benennt, dass sie in erster Linie von der Berufsgruppe der Therapeuten, Psychologen oder Psychiater angewendet werden soll. Es ist meist von einer Fachkraft die Rede,

weshalb auch eine Pflegefachkraft die Leitung übernehmen kann. Im Fallbericht wird die Leitlinie sogar als wissenschaftlich fundierte Grundlage für pflegerisches Handeln zur Rückfallprävention bei AN genannt, weshalb sich für die qualitative Erhebung für diese Intervention entschieden wurde (vgl. Berends et al. 2011, S. 150).

3.5 Qualitative Datenerhebung

Die unter den Ergebnissen der Literaturrecherche identifizierten Interventionen dienen als Grundlage für die qualitative Datenerhebung dieser Arbeit. Wie zuvor begründet, stimmt nur eine der Interventionen (GRP) mit den Aspekten der Forschungsfrage überein, somit bezieht sich die Datenerhebung ausschließlich auf diese und soll prüfen, ob die GRP sich im unter 2.2 beschriebenen Praxisfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Pflegende implementieren lässt. Die Forschungsfrage und das Ziel implizieren die Notwendigkeit eines qualitativen Forschungsdesigns dieser Arbeit, da neue Informationen generiert werden sollen, und somit induktiv geforscht wird. Um diese induktive Herangehensweise zu ermöglichen, wird das semistrukturierte Experteninterview als Methode zur Datengewinnung gewählt. Unter einem Experten versteht man eine Person, die sich über mehrere Jahre auf dem zu untersuchenden Gebiet eine besondere Kompetenz oder Wissen angeeignet hat, welches nicht allgemein zugänglich ist (vgl. Brink 2013, S. 131). Einem Experten wird zudem eine gewisse Praxiswirksamkeit zugeschrieben, da er die Möglichkeit besitzt, das eigene Wissen aufgrund seiner Entscheidungskompetenz in seinem professionellen Umfeld in die Praxis umzusetzen. Experteninterviews werden als qualitatives Instrument der Datenerhebung klassifiziert und ermöglichen eine ausführlichere und flexiblere Datenbeschaffung als Fragebögen (vgl. Brink 2013, S. 132). Die Basis der Experteninterviews bildet ein halbstrukturierter Leitfaden, dessen Erstellung im Folgenden detaillierter erläutert wird. Um ein Mindestmaß an Objektivität und intersubjektiver Nachprüfbarkeit zu gewährleisten, wird bei der Datenerhebung und -auswertung dieser Arbeit auf folgende Voraussetzungen geachtet: Leitfadenorientierung, Zweckorientierung, Offenheit, Transparenz, Sachlichkeit, Vertraulichkeit, Neutralität, hinreichende Sachkenntnis und Übung (vgl. Brink 2013, S. 133). Die Erfüllung dieser Aspekte ergibt sich im weiteren Verlauf der Arbeit und wird abschließend evaluiert.

3.5.1 Konstruktion des Interviewleitfadens

Bei einem Leitfaden handelt es sich um ein teilstandardisiertes Fragenschema, welches als zentrales Steuerungselement der Interviewführung gilt. So wird die inhaltliche Struktur des Gesprächs gesichert und keine wichtigen Aspekte vergessen. Diese Teil- bzw. Semistrukturierung hat einen dynamischen Gesprächsverlauf zum Ziel; zudem soll jederzeit die Möglichkeit bestehen, von der geplanten Reihenfolge abzuweichen, Rückfragen zu stellen und eine inhaltliche Vollständigkeit zu erlangen (vgl. Brink 2013, S. 133). Die GRP-Leitlinie für Rückfallprophylaxe fungiert unter allen Ergebnissen der Literaturrecherche als zentrales Element der Befragung und bildet somit die thematische Basis für den Interviewleitfaden. Um möglichst ausführliche und informative Aussagen zu erzielen und dem Experten zu ermöglichen, für ihn wichtige Inhalte anzusprechen, werden hauptsächlich offene Fragen in den Leitfaden aufgenommen. Diese können bei weiterreichendem Interesse am Inhalt der Antwort durch immanente Fragen ergänzt werden. Außerdem sollen mehrdimensionale sowie suggestive Fragen vermieden werden. Der Leitfaden wird in einen Einstiegs-, Haupt- und Abschlussteil unterteilt (vgl. RUB Methodenzentrum o.J.). Die Einstiegsfragen sammeln Informationen über die Beschäftigungszeit sowie den Wissensstand der Experten zur Thematik und führen in die Rückfallthematik sowie die GRP ein. Im Hauptteil werden nach dem SPSS-Prinzip von Helfferich (2016) mithilfe der oben genannten induktiven Vorgehensweise vier thematische Dimensionen mit den Leitfragen gebildet, die die zentralen Aspekte des Forschungsinteresses abbilden. Die Abkürzung SPSS steht für Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren. Zuerst werden alle für die Beantwortung der Forschungsfrage interessant erscheinenden Fragen gesammelt. Diese werden anschließend auf die Kriterien für einen qualitativen Leitfaden geprüft und demzufolge entweder aussortiert oder umformuliert. Anschließend werden die beibehaltenen Fragen inhaltlich sortiert und in eine brauchbare Reihenfolge gebracht, sodass im letzten Schritt die Subsumption zu den diversen Frageblöcken bzw. Dimensionen erfolgen kann (vgl. RUB Methodenzentrum o.J., zit. nach Helfferich 2016, o.S.). Diese wurden wie folgt benannt: „Strukturelle & Personelle Voraussetzungen“, „Chancen und Möglichkeiten für Pflegende und Patienten“, „Risiken und Herausforderungen für Pflegekräfte/ Institution und Patienten“, „Relevanz für das Praxisfeld“ und „praktische Umsetzung“. Die Kategorien beziehungsweise

Dimensionen werden unter Beachtung des Prinzips der Logik und Relevanz in eine finale Reihenfolge gebracht (vgl. Brink 2013, S. 136). Im Abschlussteil des Leitfadens werden Fragen gestellt, die eine evaluierende Funktion haben und einen Ausblick in die Zukunft ermöglichen sollen. Der finale Leitfaden umfasst inklusive Informationsseite vier Seiten und ist unter 3. Im Anhang zu finden.

3.5.2 Pretest und Vorbereitung der Interviews

Nach der Konzeption des Leitfadens soll sichergestellt werden, dass dieser die Forschungsfrage beantwortet beziehungsweise dass die Fragen von Außenstehenden wie vorgesehen verstanden werden und der Leitfaden im geplanten Zeitrahmen praktikabel ist. Diese Funktionalität wird bei einem Pretest untersucht und ermöglicht die Anpassung des Leitfadens sowie Durchführungstraining für die Autorin dieser Arbeit. Für den Pretest werden zwei Personen ausgewählt: Eine Mitarbeiterin aus dem Pflege- und Erziehungsdienst der KJP, um ähnliche Voraussetzungen wie für die tatsächliche Befragung zu schaffen, und eine Kommilitonin, die zusätzlich Feedback zu Aufbau und Erfüllung der Voraussetzungen geben soll. Beide Befragungen beanspruchen mit verkürzter Einführung zwischen 30 und 40 Minuten und kommen zu demselben Ergebnis. Frage 2.1.1 lautet zuvor wie folgt: „Welche strukturellen und personellen Voraussetzungen könnte die Implementierung der GRP in ihrem Praxisfeld haben?“ Nachdem beide Kandidatinnen des Pretests die Formulierung der Frage als zu umständlich deklarieren und angeben, dass sie zur Beantwortung erst eine kurze Erklärung benötigen, wird die Frage folgendermaßen verändert: „Welche Voraussetzungen in Bezug auf Struktur und Organisation könnte die Implementierung der GRP in ihrem Praxisfeld haben?“ Alle anderen Fragen werden beibehalten, da diese als verständlich bewertet werden und wie vorgesehen interpretiert werden. Der finalisierte Leitfaden ist im Anhang unter 3.3 zu finden. Nach der Überarbeitung des Leitfadens wird dieser an den Abteilungsleiter des Pflege- und Erziehungsdienstes zur Genehmigung gesendet, woraufhin die Durchführung der Interviews in einem von der Autorin erstellten Dokument schriftlich bewilligt wird. Anschließend werden die Teilnehmer bzw. Experten für die Befragung rekrutiert. Diese müssen dem Team des Pflege- und Erziehungsdienstes angehören, seit mindestens zwei Jahren auf der besagten Station arbeiten und eine Fachweiterbildung im Bereich der psychiatrischen Pflege haben oder 3 Jahre Berufserfahrung auf der Station vorweisen. Zudem sollten sie mindestens in einem Arbeitsverhältnis von 50% beschäftigt sein, um den

Stationsalltag möglichst intensiv und kontinuierlich mitzuerleben. Unter diesen Voraussetzungen werden drei Experten ausgewählt. Rekrutierung und Terminierung werden im persönlichen Gespräch durchgeführt, die Freiwilligkeit der Teilnahme, der Datenschutz gemäß der DGSVO und dem bayerischen Datenschutzgesetz BDSG sowie die Aufzeichnung und Anonymisierung werden den Experten ausführlich erläutert. Nach der Zusage aller drei Teilnehmer erhalten diese zum einen ein Dokument mit Informationen zur Teilnahme und der Beschreibung der Leitlinie und zum anderen die Einverständniserklärung, die vor der Befragung unterzeichnet werden sollte. Um den Experten eine gewisse Vorbereitung zu ermöglichen, erhalten diese anschließend jeweils eine Version des Leitfadens. Die räumliche Organisation der Befragungen wird im Voraus mit der Stationsleitung des Praxisfeldes besprochen, um eine Kollision der Interviews mit Stationsabläufen zu verhindern und die nötigen Rahmenbedingungen zu erfüllen.

Tabelle 8: Informationen zu den Experten

Expertin 1	Gesundheits- und Krankenpflegerin	3,5 Jahre im Praxisfeld, vollzeitbeschäftigt, stellvertretende Stationsleitung, Praxisanleitung
Expertin 2	Gesundheits- und Krankenpflegerin	7,5 Jahre im Praxisfeld, vollzeitbeschäftigt, Stationsleitung
Expertin 3	Erzieherin	4,5 Jahre im Praxisfeld, vollzeitbeschäftigt, Anorexiestandard-Beauftragte

Quelle: Eigene Darstellung

3.5.3 Durchführung der Experteninterviews

Zunächst wird darauf geachtet, dass jedes Interview in einer möglichst ruhigen und ungestörten Atmosphäre stattfinden kann, woraufhin ein freies Büro auf Station ausgewählt wird. Nach der Unterzeichnung der Einverständniserklärung durch die Experten beginnt die Autorin mit der Einführung. Hier wird darauf hingewiesen, dass das Interview auf Wunsch des Experten abgebrochen werden kann und dieser wird erneut über den Datenschutz sowie sein Widerrufsrecht aufgeklärt. Des Weiteren erläutert die Autorin den Ablauf des Interviews, die Aufzeichnung mit Diktiergerät sowie die Ziele. Auch die Forschungsfrage und zentrale Fragen der Arbeit werden dargelegt. Der letzte Punkt der Einführung ist die mündliche Wiederholung der GRP,

über die die Experten zur Vorbereitung eine schriftliche Zusammenfassung der Autorin gelesen haben, um alle Fragen bestmöglich beantworten zu können. Abschließend wird den Teilnehmern ausdrücklich für ihre Teilnahme gedankt und es werden letzte Fragen zum Ablauf oder Inhalt geklärt. Die Einführung beansprucht jeweils ca. zehn Minuten und wird nicht aufgezeichnet. Das Interview mit Expertin 1 findet vor ihrem Spätdienst statt, weshalb ausreichend Zeit eingeplant ist. Sie hatte sich intensiv vorbereitet und sich Notizen in den ausgehändigten Text sowie zu den Fragen im Leitfaden gemacht. Die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik vor dem Interview macht sich bemerkbar, da die Teilnehmerin alle Fragen zügig und ohne Verständnisprobleme oder lange Überlegungen beantwortet. Das Interview mit Expertin 2 und 3 wird nach einem gemeinsamen Frühdienst terminiert. Es sind von Seiten der Experten an manchen Stellen Fragen offen und teilweise wird mehr Zeit benötigt, um eine Frage zu beantworten oder den Inhalt der Leitlinie noch einmal intensiver aufzugreifen, was der zeitlichen Terminierung nach einem Arbeitstag zugeschrieben wird. Nachdem der Inhalt noch einmal intensiv erläutert wurde, können auch diese Interviews planmäßig durchgeführt werden. Alle Angaben der Experten werden in anonymisierter Form handschriftlich und stichpunktartig zur Sicherung der Daten bei technischen Problemen von der Autorin mitgeschrieben, sodass kein Rückschluss auf personenbezogene Daten möglich ist. Aus demselben Grund wird auf die Erhebung von soziodemografischen Daten verzichtet. Die Interviews selbst nehmen jeweils zwischen 30 und 45 Minuten in Anspruch und können ohne größere Störungen oder Unterbrechungen stattfinden. Im Sinne der Semistrukturierung wird bei Bedarf die Reihenfolge der Fragen variiert und es werden spontan Vertiefungsfragen angefügt. Um die Validität der Aussagen sicherzustellen, werden manche Aussagen von der Interviewerin paraphrasiert und es wird auf Anzeichen sozialer Erwünschtheit in den Antworten geachtet.

3.6 Verarbeitung der Ergebnisse

Die aufgezeichneten Audiodateien der Interviews müssen zur späteren Analyse in eine schriftliche Form gebracht werden und werden daher mit den Regeln des einfachen Transkriptionssystems nach Dresing und Pehl (2015) transkribiert. Hier liegt der Fokus des Transkripts auf dem Inhalt und nonverbale oder umgangssprachliche Faktoren werden weniger berücksichtigt (vgl. Dresing et al. 2015, S. 18). Die

angewendeten Transkriptionsregeln sowie die transkribierten Experteninterviews sind dem Anhang unter 3. zu entnehmen.

3.6.1 Inhaltsanalyse nach Mayring

Als Methode zur Datenverarbeitung wird die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Diese Auswertungsmethode findet in der qualitativen Forschung wohl am häufigsten Anwendung und interessiert sich an der inhaltlich-thematischen Seite gewonnener Daten. Diese Art der Datenbearbeitung ermöglicht die strukturierte Kürzung großer Textmengen durch Selektion und Kategorienbildung zur Strukturschaffung (vgl. Mayring 2002, S. 96f.). Bevor die zusammenfassende Inhaltsanalyse durchgeführt werden kann, beschreibt Mayring acht Schritte als Vorbereitung zur eigentlichen Analyse. Zu Beginn wird festgelegt, welche Art von Material anschließend untersucht werden soll. In dieser Arbeit handelt es sich dabei um Experteninterviews beziehungsweise Transkripte dieser Interviews. Des Weiteren findet eine Analyse der Entstehungssituation des Materials statt, die bei der späteren Interpretation der Ergebnisse wichtig sein kann. Dieser Schritt wurde ebenfalls im Voraus durchgeführt und unter 3.5.3 in dieser Arbeit beschrieben. Darüber hinaus soll eine Charakterisierung des Materials vorgenommen werden. Hierbei findet eine genauere Auseinandersetzung mit den Transkripten statt; erste Teile werden im Zuge der Zusammenfassung der Textmenge gestrichen, daraufhin wird in einem weiteren Schritt die Analyserichtung festgelegt. Hier entscheidet sich die Autorin aufgrund des bisherigen Forschungsvorgehens und -ziels für die induktive Kategorienbildung, bei der die Kategorien aus den Inhalten der Interviews entstehen, statt wie bei deduktiver Bildung aus theoretischer Literatur. Mayring schlägt für das weitere Vorgehen die Differenzierung der Forschungsfrage vor. Mit Blick auf die Forschungsfrage soll also weiterer Text reduziert werden, der zur Beantwortung nicht beitragen würde. Als nächstes wird unter drei möglichen Analysetechniken die zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt, sodass für die tatsächliche Durchführung ausschließlich Kernaussagen und wirklich relevante Inhalte verwendet werden. Als letzten Schritt vor der Umsetzung werden in dieser Arbeit durch Codierung Analyseeinheiten definiert.

Als Basis für die Durchführung dienen der Autorin die von Mayring in einem Modell dargelegten Analyseschritte:

1. Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Generalisierung der Bedeutungseinheiten darunter
2. Reduktion durch Selektion und Streichung bedeutungsgleicher Einheiten
3. Weitere Reduktion durch Konstruktion, Bündelung, und Integration von Bedeutungseinheiten
4. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
5. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial (vgl. Mayring 2002, S. 96).

Nachdem die erste grobe Reduktion des Texts erfolgt ist, werden die Aussagen paraphrasiert, um ein höheres Abstraktionsniveau zu erreichen. Hierfür werden inhaltlich irrelevante Aussagen entfernt, indem im Transkript die relevanten farblich hervorgehoben und als Paraphrase in die linke Spalte der Tabellen 9-11 im Anhang eingefügt werden. Zur Beendigung der ersten Reduktionsphase wird anschließend die Generalisierung der Textteile vorgenommen, sodass ausschließlich ein inhaltstragender Teil bestehen bleibt. Jede Paraphrase bzw. Generalisierung erhält eine Codierung, die die jeweiligen Inhalte kategorisiert. Die Autorin entscheidet sich für Buchstaben als Codes, die, zur Schaffung einer zusätzlichen Struktur, farblich gekennzeichnet werden. Die Farbzuordnung der jeweiligen Kategorien wird unter den Tabellen erläutert. Als nächstes werden die bedeutungsgleichen Paraphrasen entfernt und in der zweiten Phase der Reduktion gebündelt, sodass eine weitere, strengere Reduzierung durch das Streichen von Ähnlichkeiten stattfindet. Die gebündelten Inhalte werden nun den beim bisherigen Prozess entstandenen Kategorien zugeordnet. Hier wird ein höheres Abstraktionsniveau erreicht, wobei Codes reduziert werden (vgl. Mayring 2002, S. 95 ff.). Bei der Analyse des Transkripts von Expertin 1 werden 74 Paraphrasen in neun Codes zusammengefasst (A-I) die im Verlauf zu sieben Codes (A, B, C, G, D, F, H) reduziert werden können. Aufgrund der Zusammenfassung und Bündelung der Codes sowie der inhaltlichen Struktur wird die alphabetische Reihenfolge im Prozess nicht weiter eingehalten. Durch diese intensive Reduktion bleiben nur zentrale Inhalte bestehen, die folgenden Kategorien zugeordnet das Ergebnis der qualitativen Erhebung darstellen: „Ist-Situation“, „Problematik und Handlungsbedarf“, „Voraussetzungen“, „Möglichkeiten einer praktischen Umsetzung

bzw. Implementierung“, „Chancen und positive Aspekte der Leitlinie“ sowie „Risiken und Herausforderungen“. Das genaue Vorgehen wird schriftlich festgehalten und ist den Tabellen und Aufzählungen im Anhang unter 3.5 zu entnehmen.

3.6.2 Rücküberprüfung und Intercoderreliabilität

Neben der verbalen Rücküberprüfung im Gespräch mit den Experten soll Mayring zufolge im letzten Schritt die Rücküberprüfung der Analyse, gefolgt von der Prüfung der Intercoderreliabilität, erfolgen. Hier wird das Kategoriensystem anhand des Ausgangsmaterials auf den tatsächlichen Sinngehalt geprüft (vgl. Mayring 2002, S. 96).

Tabelle 12: Rücküberprüfung des Kategoriensystems

Originaltext	Kategorie
„Dann eben Kooperation, also kooperative, motivierte Patienten sollten das sein und auch Angehörige.“ (Experte 1, 12:07 min. Zeile 118–120)	C – Voraussetzungen
„Also ich glaube es ist eine große Chance selber persönlich zufriedener aus der Arbeit rauszugehen, weil man im besten Fall mehr Erfolgserlebnisse sieht, Verbesserungen und Stabilisierung von Patienten.“ (Experte 2, 21:47 min. Zeile 195-197)	D – Chancen und positive Aspekte der Leitlinie

Quelle: Eigene Darstellung

In der obenstehenden Tabelle wird der Prozess der Rücküberprüfung beispielhaft dargestellt. Es wird überprüft, ob sich die Kategorien in den jeweiligen Originalzitate sinngemäß wiederfinden lassen, was nach dem Vorgang bei allen Kategorien nach dem tabellarisch dargestellten Prinzip als zutreffend bewertet wird. Ergänzend zu den unter 3.5 aufgeführten Gütekriterien soll nun noch die Intercoderreliabilität überprüft werden, die bei der qualitativen Inhaltsanalyse eine Rolle in der Aussagekraft spielt. Hierbei wird das Material von zwei Personen unabhängig voneinander codiert und anschließend Ähnlichkeiten und Abweichungen der Codes verglichen (vgl. Mayring 2015, S. 53). Für diese Überprüfung bilden zwei Forschende aus den aus dem

Transkript extrahierten und reduzierten Paraphrasen Kategorien, die bis auf die Wortwahl und eine Kategorie übereinstimmen. Der externe Forscher verzichtet in seinem Prozess auf die letzte Kategorie (Wirkung/Realisierbarkeit) und ordnet die Paraphrasen im Kategoriensystem in erster Linie zur Kategorie „Chancen & positive Aspekte“ oder zu „Möglichkeiten der praktischen Umsetzung“. Nach einer Evaluation der Gründe verzichtet die Autorin auf diese Kategorie und die Paraphrasen werden in Absprache den anderen beiden Kategorien zugeordnet, sodass nun noch sechs Kategorien (A, B, C, G, D, F) bestehen. Durch die Vereinigung der Ergebnisse beider Codiervorgänge bei der Reliabilitätsprüfung entsteht eine gewisse Sicherheit des Kodierungssystems.

4. Ergebnisdarstellung

Nun werden die Ergebnisse der qualitativen Datenerhebung schriftlich dargestellt. Die jeweiligen Überpunkte ergeben sich aus der induktiven Kategorienbildung bei der Inhaltsanalyse nach Mayring.

4.1 Ist-Situation

Der Themenbereich „Ist-Situation“ ergibt sich bei der Auswertung der Antworten auf die Einstiegsfragen und trägt dazu bei, ein Verständnis für die aktuelle Lage sowie den bisherigen Stand der Station im Bereich der Rückfallprophylaxe beziehungsweise der Anorexietherapie zu bekommen.

Alle drei Experten geben an, dass die Klinik auf Grundlage eines internen Anorexiekonzepts arbeitet, das als Handlungsrichtlinie für alle Mitarbeitenden gilt. Außerdem gebe es die Möglichkeit, an Fortbildungen zum aktuellen Stand der Wissenschaft bezüglich des Krankheitsbildes teilzunehmen sowie Fortbildungen zu allgemeinen Themen zu besuchen, deren Inhalt sich wohl auch auf die Anorexie transferieren lasse. Als Beispiele hierfür nennt Expertin 3 die deeskalierende Gesprächsführung oder das Skillstraining zum Abbau von Anspannung (E3 01:24 Z. 15-17, 01:43 Z. 20,21). Als weiterer Aspekt für die Behandlung der Essstörung wird die auf Anorexie spezialisierte Ernährungsberatung mit Koch- bzw. Genussgruppen aufgeführt. Expertin 2 gibt an: (...) „dass die Pflege und auch die Assistenzärztinnen schon sehr auf dieses Krankheitsbild spezialisiert sind weil einfach wir/ die Klinik den Ruf hat, dass sie einen Fokus auf Essstörungen hat“ (E2 06:08 Z. 58-62). Dies führe zu einem hohen Durchlauf an Anorexiopatienten und vermehre die Erfahrung der

Mitarbeitenden der Station in diesem Bereich (E2 06:08 Z. 66-68). Zu aktuellen Maßnahmen der Station im Bereich der Rückfallprophylaxe wird die neu eröffnete offen geführte Seite der Station genannt. Dies wird durch die Rückgabe der Verantwortung an die Patienten beziehungsweise die zunehmende Eigenverantwortung beim Übergang ins offene Setting begründet (E1 05:17 Z. 37-41). Weiter diene die Klärung der Unterstützungsbedarfe nach der Entlassung durch die Sozialpädagogen, die Analyse der Familiensysteme, der Prozess der Reintegration in das häusliche Umfeld der Patienten sowie die Planung eines Übergangs und die Anbindung in die Klinikambulanz bis zum Beginn der ambulanten Therapie als Prävention eines Rückfalls (E2 11:24 Z. 107-113, 12:05 Z. 124, 125). Auch für den folgenden Themenbereich werden mithilfe der Einstiegsfragen die möglichen Probleme erforscht, mit dem Ziel, einen möglichen Bedarf einer Änderung des Vorgehens beziehungsweise Einführung eines neuen Konzepts zu ermitteln.

4.2 Problematik und Handlungsbedarf

Laut den Experten würden jedoch die bisherigen Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe nicht ausreichen; die Rückfallquote sei dennoch hoch und es gäbe viele Drehtürpatienten, die nach der Entlassung eine erneute stationäre Behandlung benötigen (E2 08:11 Z. 77, 78). Der Fokus der Experten liegt auf dem Verlegungszeitpunkt der Patienten. Diese finde oft zu früh statt, der Zeitpunkt werde teilweise vom Gewicht der Patienten abhängig gemacht, obwohl er vom kognitiven Zustand abhängen sollte. Meist haben die Patienten zum Zeitpunkt der Verlegung ein stabiles Gewicht, jedoch keine Krankheitseinsicht (E1 05:40 Z. 60-62). Es herrscht Konsens unter den Befragten, dass die Rückfallprophylaxe auf der besagten Station optimierbar wäre und dass diese, gemeinsam mit der tiefergreifenden Therapie, tendenziell an die offen geführten Stationen abgegeben werde (E2 11:24 Z. 97-100, E3 04:56 Z. 56-58). Auch der Verlust einer engen Struktur wie auf der geschützten Station, oder allgemein der Settingwechsel wird als Problematik aufgeführt (E1 05:17 Z. 42). Gleichwohl würden die durch die eben aufgezählten Ursachen begünstigten und sich wiederholenden Rückfälle zu einem Motivationsverlust bei Patienten sowie Pflegenden führen. Die Experten geben an, als Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdiensts eher selten Erfolge in ihrer Arbeit zu erleben und sprechen daher den Wunsch aus, bis zum Ende der Behandlung am Prozess der Patienten teilhaben zu wollen, statt ausschließlich in der Akutphase (E3 10:50 Z. 128-133).

4.3 Voraussetzungen

Die Klärung der Voraussetzungen aus Sicht der Experten ist für die potenzielle Einführung der GRP obligat und steht, bei Betrachtung der Menge der Ergebnisse unter den Kategorien, mitunter im Fokus der Befragten. Alle Experten geben die Notwendigkeit an, grundlegende Dinge wie zeitliche und organisatorische Rahmenbedingungen zu klären, um beispielsweise die Frage beantworten zu können, ob sich eine Implementierungsmöglichkeit im geschützten oder offen-intensiven Bereich der Station bietet (E1 07:49 Z. 84-85). Weiter müsse eine Konzeptvorstellung stattfinden, auf die eine Planung und Genehmigung der Implementierung folgen solle. Im Zusammenhang mit der Genehmigung erwähnt Expertin 2, dass die Evidenzbasierung der Leitlinie sichergestellt werden müsse. Neben einem Examen beziehungsweise einer abgeschlossenen Berufsausbildung, die für das Arbeitsfeld qualifiziert, solle laut den Experten die Erfahrung der beteiligten Pflegenden mit dem Krankheitsbild AN bei mindestens zwei Jahren liegen (E2 16:24 Z. 168, 169). Begründet wird dies damit, dass die Erfahrung hier als Basis für die Arbeitsqualität diene (E1 08:20 Z. 90-92). Neben der Qualifizierung des Personals wird auch der Personalschlüssel genannt, dessen Anpassung laut Experten durch den erhöhten Arbeitsaufwand einer Konzeptimplementierung erforderlich wäre (E2 15:30 Z. 162-164, E1 07:49 Z. 82). Einigkeit besteht auch darüber, dass ein Schulungskonzept über die Inhalte sowie die Umsetzung der Leitlinie erstellt werden soll und dass die Pflegenden sich bereit zeigen müssen, sich mit der Leitlinie intensiv auseinanderzusetzen (E1 09:34 Z. 106, E2 15:30 Z. 156-158). Expertin 3 betont, dass ein tiefgründiges Verständnis der Pflegenden für das Krankheitsbild und die Bereitschaft der Pflegenden zur Elternarbeit unerlässlich sei, da die enge Zusammenarbeit mit den Kindseltern im Mittelpunkt der Leitlinie steht (E3 08:19 Z. 101-103). Diesbezüglich empfiehlt eine Expertin außerdem eine Schulung der Pflegenden in Gesprächsführung und Beratung (E2 16:24 Z. 171). Darüber hinaus geben die Experten übereinstimmend an, dass das Konzept von der jeweiligen Bezugspflegekraft des Patienten angewendet werden sollte (E1 29:06 Z. 330-331, E2 15:30 Z. 161-162). Eine gleichbleibende zuständige Person im Genesungsprozess könne die ebenfalls vorausgesetzte nötige Vertrauensbasis womöglich besser erreichen. Die Durchführung durch die Bezugspflegekraft setze deren Verfügbarkeit voraus, was also im Dienstplan dementsprechend geplant sein

müsste (E1 34:51 Z.388-391). Da dies in der Praxis nicht immer möglich sei, sollten die Pflegenden die Bereitschaft zum Dienstaustausch oder zur Übernahme organisatorischer Tätigkeiten mitbringen (vgl. E3 07:13 Z. 90-92). Da die Teilnahme und Integration der Eltern in das Konzept unabdingbar sei, nennen die Experten ein stabiles soziales Umfeld als weitere wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der GRP (E1 12:07 Z. 115-118, E2 18:07 Z. 181-182). Die Eltern und Patienten sollten kooperativ, motiviert und offen sein. Auch Ehrlichkeit und die Fähigkeit zur Selbstreflexion beider Parteien gelten unter den Experten als Basis für den Erfolg des Programms (E1 18:07:12:07 Z. 119-122). Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Patienten diese Eigenschaften mitbringen, wird das Mindestalter von zwölf Jahren für die Teilnahme genannt, da das Konzept für jüngere Patienten eventuell zu komplex sei und zu viel Eigenverantwortung oder Selbstreflexion erfordern würde (E2 18:07 Z. 178-179). Alle Experten geben außerdem die Krankheitseinsicht sowie die Compliance der Patienten als maßgeblich für den Erfolg der Prophylaxe an (E3 09:07 Z. 111-113). Ergänzend wird genannt, dass die Einsicht der Eltern bezüglich des eigenen Handelns sowie deren Verständnis für ihr Kind und das Krankheitsbild wichtige Voraussetzungen seien (E3 12:07 Z. 130, Z. 132-134).

4.4 Chancen und positive Aspekte der Leitlinie

Um einschätzen zu können, welche Möglichkeiten für die Patienten, die Pflegenden und auch die Klinik durch die Implementierung der GRP entstehen könnten, wurden die Experten gefragt, welche Chancen sich aus ihrer Perspektive durch die Umsetzung der Leitlinie ergeben. Daraufhin wird erwähnt, dass sich die vermehrte Verantwortung der Pflegekräfte durch die GRP positiv auf diese auswirken könnte und dass die intensivere Betreuung während des Programms die Arbeitsmotivation der Pflegenden steigern (E1 14:22 Z. 147-148). Da durch das Konzept die Pflegekraft am gesamten Genesungsprozess teilnimmt, finde eine intensivere Bezugspflege statt, die sich folglich in ihrer Qualität verbessern kann (E1 14:22 Z. 151, 155). Das Beibehalten derselben Bezugsperson über den gesamten Prozess ermögliche außerdem eine Optimierung der Übergänge bei Settingwechseln, beispielsweise bei der Entlassung aus der stationären Therapie, und wird im Allgemeinen von allen Experten als positiv bewertet (E1 14:22 Z. 153-154, E1 39:12 Z. 444-447, Z. 162-163, E3 17:25 Z. 197). Auch bezüglich der sozialen Wiedereingliederung wird die Leitlinie als sinnvoll bewertet und die Bereitstellung von Wissen über Probleme nach der Entlassung

verbessere laut einer Expertin bereits die stationäre Therapie (E1 16:17 Z. 187-188, 37:13 Z. 411-414). Die Pflegenden helfen den Patienten bei der Alltagsbewältigung, geben ihnen Struktur und übernehmen teilweise die Aufgaben, die im häuslichen Umfeld von den Eltern übernommen werden. Dies spricht laut den Experten dafür, dass die Leitlinie von der pflegerischen Berufsgruppe umgesetzt werden soll (E1 32:18 Z. 365-368, E3 25:49 Z. 307-310). Die Leitlinie kann sich außerdem positiv auf die Psychoedukation der Eltern bezüglich der Erkrankung auswirken und so die intrafamiliären Beziehungen, wie die Eltern-Kind-Beziehung, durch die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Erkrankung verbessern (E1 16:17 Z. 177-178, E3 19:24 Z. 237-239). Laut Experten könnte sich die Leitlinie auch in Bezug auf die Vermeidung einer sofortigen Klinikaufnahme nützlich erweisen, da sie den Eltern, Patienten und Pflegenden Handlungsoptionen gebe, die bei einem drohenden Rückfall zuerst ausprobiert werden können (E3 11:46 Z. 145-149). Auf die Frage nach besonders relevanten Aspekten der GRP aus Perspektive der Experten wird zum einen die Sitzung genannt, in der die Klärung der Trigger und Ursachen stattfindet (E1 24:43 Z. 267-269, 271-276). Zum anderen wird das Führen des Patientenbuches aufgrund möglicher Spaltungstendenzen von AN-Patienten genannt. Bei Zweifeln oder Unsicherheiten bezüglich der getroffenen Absprachen könne man so auf Besprochenes zurückgreifen (E1 24:43 267-269, Z. 271-276). Weiter wird hier die in einer der Sitzungen durchgeführte Sammlung der Stärken als sinnvoll bewertet, da Betroffene sich ohnehin meistens nur auf ihre vermeintlichen Schwächen fokussieren würden (E2 31:02 Z. 293-294). Die Experten sind sich einig darüber, dass sich durch mögliche Erfolge der Patienten neben der eigenen Arbeitsmotivation auch die Arbeitszufriedenheit und damit auch Erfolge in der pflegerischen Arbeit steigern würden (E1 14:59 Z. 171-173, E2 40:39 Z.418-420, E3 10:50 Z. 135-137). Wenn das Konzept sein Ziel erreicht, sei ein geringeres Rückfallrisiko als Resultat eine große Chance für Patienten und deren Familien und ermögliche den Patienten mehr Teilhabe an ihrem Leben (E1 16:17 Z. 186-188, E2 21:47 Z. 220). Alle Experten geben an, dass sie das Programm für wirksam sowie lösungsorientiert halten und es als Möglichkeit in der Rückfallprophylaxe der Anorexie sehen (vgl. E1 14:44 Z. 167-168, 39, 41:15 Z. 269-270, E2 40:39 Z. 420-422, E3 10:50 Z. 135-137, 31:01 Z. 384).

4.5 Risiken und Herausforderungen

Damit neben den Chancen auch andere Ebenen einer Umsetzung des Konzepts identifiziert werden können, werden die Experten explizit nach Risiken oder Herausforderungen gefragt, die die Einführung der GRP aus ihrer Sicht mitbringen könnte. Eine der Expertinnen gab hier die von allen als Voraussetzung genannte Schulung als Herausforderung an, da diese zeitliche Ressourcen beanspruche und die Pflegenden sich wie bei jeder Fortbildung die Inhalte aneignen und diese in Anbetracht einer späteren Umsetzung auch behalten müssten (E1 18:39 Z. 203-204). Alle Experten sind sich ob der generellen Ressourcenbindung durch die Implementierung des Konzepts einig und der sich stellenden Herausforderung bewusst. Wie bei den Voraussetzungen bereits angeschnitten, stellen organisatorische Aspekte wie der in der Pflege allgegenwärtige Zeit- und vor allem Personalmangel ein Risiko für eine erfolgreiche Umsetzung dar (E1 18:39 Z. 208-209, E2 24:51 Z. 243-244, E3 13:36 Z. 152-155). Durch die intensivierete Zusammenarbeit zwischen Bezugspflegekraft und Patienten, die in erster Linie als positiv oder hilfreich bewertet wird, entstehen laut Experten jedoch auch Schwierigkeiten. Beispielsweise besteht die Möglichkeit, dass die Wahrung des professionellen Nähe-Distanz-Verhältnisses erschwert wird (E1 18:39 Z. 205-208, E2 24:51 Z. 247-251). Aus den Voraussetzungen lassen sich grobe Aufnahmekriterien für die Teilnahme der Patienten erschließen, die jedoch nicht jeder Patient der Station erfülle. Da das stabile soziale Umfeld als unerlässlich für den Erfolg gilt, bedeutet dies für die Pflegenden, dass zum Beispiel Patienten mit einem schwächeren sozialen Umfeld, nicht am Nachsorgeprogramm teilnehmen könnten. Die Entscheidung zu treffen, ob ein Patient die Chance eines solchen Programms nutzen kann oder nicht, stellen sich die Pflegenden herausfordernd vor (E1 20:22 Z.225-228). Außerdem bestünde das Risiko, dass die Patienten aus Scham oder sonstigen Gründen nicht ehrlich zu den Pflegenden oder ihren Eltern wären und die Annahme von Feedback durch die Eltern herausfordernd sein kann (E1 14:41 Z. 172-178). Anorexiepatienten könnten außerdem Probleme damit haben, Kontrolle abzugeben und sich mit ihrer Krankheit intensiv auseinanderzusetzen, was bei der GRP jedoch gerade notwendig ist (E1 22:59 Z. 239-240). Eine Expertin erwähnte außerdem das Problem, dass während des stationären Aufenthalts die Pflegenden die Eingrenzung des Verhaltens der Patienten übernehmen und die Eltern damit nur den Positiv-Kontakt, zum Beispiel in Form von Besuchen haben. Nach der Entlassung

müssten der GRP zufolge dann jedoch auch die Eltern bei ihrem Kind Kritik üben und dieses im Verhalten eingrenzen, was sich als schwierige Veränderung der Rollen erweisen könnte (E1 22:59 Z. 256-259). Bei den Voraussetzungen wird außerdem eine gewisse Eigenständigkeit der teilnehmenden Patienten genannt, die jedoch nicht immer gegeben sei. Vor allem während des stationären Aufenthalts erhalten die Patienten viel Struktur durch die Pflegenden, weshalb der plötzliche Strukturverlust und die damit benötigte Selbstständigkeit ein Risiko für die erfolgreiche Durchführung der GRP darstellen könnte (E1 28:00 Z. 308-314). Hier spiele auch die Krankheitseinsicht eine Rolle, die für die gelungene Umsetzung des GRP-Programms eine wichtige Gegebenheit sei. Eine Expertin gibt an, dass diese jedoch leider bei nicht vielen Patienten der Station in dem benötigten Maß vorhanden sei, was also eine Umsetzung erschweren würde. Außerdem weist sie darauf hin, dass auf der besagten Station schwer kranke Patienten sind, die aufgrund der langen Restriktion auch kognitive Einschränkungen und Probleme bei der Unterscheidung zwischen ihrem eigenen Willen und krankheitsbedingten Verhaltensweisen haben, was womöglich herausfordernd im Hinblick auf die Aufgaben im Programm sein könnte (E2 27:32 Z. 259-262). Für die Pflegenden bestehe das Risiko, Schichten tauschen zu müssen, um den Terminierungen für die Gespräche gerecht zu werden, was Spontaneität erfordert und so für manche eine Schwierigkeit sein kann (E1 34:51 Z. 394-396, E3 13:36 Z. 152-153). Es wird außerdem das Risiko genannt, dass immer die Möglichkeit bestehe, dass manche Pflegende sich die Umsetzung des Programms nicht zutrauen und sich daher gegenüber der Implementierung tendenziell weniger aufgeschlossen zeigen (E3 13:36 Z. 160-162). Dies wäre vor allem problematisch, wenn ein Patient sich als gut geeignet für die Teilnahme erweist und sich die betreuende Bezugspflegerkraft die Umsetzung des Programms mit ihrem Patienten nicht vorstellen kann. Die Teilnahme des Patienten dann trotzdem zu ermöglichen könnte laut einer Expertin eine weitere Herausforderung sein (E3 30:35 Z. 368-373). Abschließend gilt der Settingwechsel aus Sicht der Befragten als Herausforderung. Bei einer Verlegung ändern sich die Bezugspersonen und Rahmenbedingungen, was sich dem Grundgedanken des Konzepts, also der Gewährleistung von Kontinuität, in den Weg stelle (E2 15:30 Z. 147-151).

4.6 Möglichkeiten der praktischen Umsetzung/ Implementierung

Zuletzt kann durch die Experteninterviews die wohl wichtigste Kategorie im Hinblick auf die Implementierung der GRP in die Praxis ausgemacht werden. Die Experten erläutern neben den genannten Voraussetzungen, Chancen und Risiken noch wie die Praxis des Konzepts auf ihrer Station aus ihrer Sicht aussehen könnte und lieferten diesbezüglich einige Vorschläge. Zu Beginn müsste geklärt werden, welche Patienten für die Teilnahme in Frage kämen, weshalb Aufnahmekriterien für das Programm erarbeitet werden sollen, anhand derer die Patienten mit bevorstehender Entlassung, auf ihre Eignung geprüft werden können (E1 34:51 Z. 383-386). Wenn sich ein Patient eignet, sollte ein Gespräch terminiert werden, in welchem dem Patienten und seiner Familie die GRP und das Programm vorgestellt werden und geklärt werden soll, ob eine Bereitschaft zur Teilnahme besteht (E3 21:05 Z. 255-257).

Die Organisation und Terminierung soll von der Stationsleitung zugeteilt werden, da diese den Überblick über den Dienstplan und organisatorische Voraussetzungen am besten behalte (E1 34:51 Z. 292-293). Die Umsetzung und Leitung des Programms bei den jeweiligen Patienten würde dann den Bezugspflegenden zufallen (E1 29:06 Z. 330-333). Expertin 2 bringt den Vorschlag, eine neue Stelle für eine akademisierte Pflegekraft zu schaffen, also für eine Pflegeperson mit Bachelor oder Master als akademischem Grad. Sie könnte sich als Pflegeexperte auf die GRP und die Rückfallprophylaxe spezialisieren und so in der Ambulanz der Klinik die Termine wahrnehmen (E2 31:02 Z. 308-315). Die enge Zusammenarbeit des Pflegeexperten mit den Bezugspflegenden der Station und deren Integration in die ambulanten Termine fände die Expertin hier besonders wichtig (E2 15:30 Z. 158-162). Wie alle Beteiligten sollte der Pflegeexperte jedoch bereits während des stationären Aufenthalts an den Visiten oder Übergaben teilnehmen, sodass ausreichend Kenntnis über den Patienten und dessen Anamnese bestehe (E2 32:32 Z. 332-335). Auch die Bezugspflegekraft sollte während der stationären Behandlung an derartigen Besprechungen und auch Elterngesprächen regelmäßig teilnehmen, um die Familiensituation im Voraus zu kennen (E1 29:06 Z. 334-336). Alle Experten bewerten grundsätzlich die eigene und die Motivation der anderen Pflegenden hinsichtlich der Implementierung als hoch und sprechen daher den Wunsch aus, das Programm der Leitung vorzustellen (E1 41:15 Z. 467-469, E2 40:39 Z. 420-422, 42:01 Z. 447, E3 30:35 Z. 353-354, 31:49 Z. 390-393).

Wenn diese sich für eine Umsetzung aussprechen, rechnen die Experten mit einer Dauer von mindestens einem Jahr bis zur aktiven Umsetzung, falls die Stelle der Pflegeexpertin geschaffen werde, vermutlich noch länger (E1 34:51 Z. 379-380, E2 37:13 Z. 376-380). Expertin 1 nennt die Option, dass bereits die Tagesurlaube (TU) oder sozialen Wiedereingliederungsversuche (SEV) während des stationären Aufenthalts genutzt werden könnten, um Trigger und Probleme im häuslichen Umfeld zu identifizieren, statt bis zur tatsächlichen Entlassung zu warten (E1 26:50 Z. 293-303). Die Patienten die sich therapiemotiviert zeigen, können dann die ersten Sitzungen des Programms also noch im stationären Umfeld umsetzen und die folgenden ambulant, wie die Leitlinie es vorsieht. Durch den Beginn im stationären Setting könne laut Experten auch die nötige Vertrauensbasis zwischen Patienten und Pflegekraft geschaffen werden (E2 27:32 Z. 267-270, E3 17:25 Z. 202-205). Um die GRP anschließend wie von den Autoren vorgesehen umzusetzen, sollte man laut Experten bis zur Entlassung aus dem offenen beziehungsweise intensiv-offenen Bereich der Station warten, da der geschützte Bereich sich hierfür aufgrund der Schwere der Erkrankung meist weniger eigne (E1 28:00 Z. 310-320). Im Hinblick auf den organisatorischen Aufwand unterscheiden sich die Angaben der Experten. Expertin 1 und 2 nehmen einige Anpassungen an der Leitlinie vor, wie die stationäre Umsetzung, die Umsetzung im TU und auch die Anstellung der Pflegeexpertin, während Expertin 3 den Zeitrahmen der Sitzungen als einfach in den Alltag der Station zu integrieren bewertet und keine nicht zu bewältigenden organisatorischen Hindernisse nennt (E3 06:31 Z. 81-83, 06:45 Z. 85-86).

Tabelle 13: Wichtigste Aspekte der Experten zur Implementierung

Experte	Wichtige Aspekte
E1	Schulung, Durchführung durch Bezugspflege, Krankheitseinsicht & Selbstreflexion, Implementierung in offenen Teil der Station
E2	Schulung, Evidenzbasierung, Stabstelle Pflegeexperte, Aufnahmekriterien und Eignung der Patienten/ des Settings
E3	Elternarbeit, Bereitschaft, Erfahrung & Wissen der Pflegekraft, Compliance, Erfolgserlebnisse für Patienten und Pflegende, Zugang für Vielzahl der Patienten ermöglichen

Quelle: Eigene Darstellung (Auswahl nach Betonung & Häufigkeit)

5. Diskussion

Im Folgenden sollen die Ergebnisse vor dem theoretischen Hintergrund der Arbeit beleuchtet und die Möglichkeiten der Umsetzung im Praxisfeld anhand der Interviewergebnisse diskutiert werden. Anschließend erfolgt eine Analyse der Umsetzung der Arbeit und das empirische Vorgehen sowie andere Limitationen werden diskutiert.

5.1 Einbettung der Ergebnisse in die Theorie

Die theoretische Literatur zum Thema Anorexie im Allgemeinen weist immer wieder auf die hohen Neuerkrankungszahlen sowie die hohe Rückfallquote hin. Beispielsweise unterstreicht die in der Einleitung der Arbeit aufgeführte Studie von Agostino et al. (2022) wie sich die Situation in den letzten Jahren weiter zuspitzt. Die stationären Aufnahmen steigen und aufgrund der Schwere der Erkrankungen verkürzt sich auch die Zeit bis zu einer notwendigen stationären Behandlung um durchschnittlich zwei Monate (vgl. Agostino et al. 2022, o.S.). Ähnlich wird die Situation von den Pflegenden im Experteninterview beschrieben. Es herrsche ein großer Durchlauf an Anorexiepatienten, vielen begegne man in stationärer Behandlung in der KJP bis zu drei Mal. Eine Publikation von Giel et al. (2013) setzt den Fokus der bestehenden Therapiekonzepte bei AN auf die selbstverständlich unerlässliche Akutbehandlung. Jedoch adressieren diese Publikationen eben nicht die Rückfallproblematik und lassen diesen Bereich der Behandlung tendenziell außer Acht (vgl. Giel et al. 2013, S.291). Eine Expertin meint in diesem Kontext:

„Meistens verlegen wir die Patientinnen erstmal auf eine offene Station und da muss ich ehrlicherweise zugeben, dass wir uns wenig mit dem Thema Rückfallprophylaxe beschäftigen. Wahrscheinlich ist das auch eher naiv. (...) Wenn wir Patientinnen von uns entlassen, dann ist es meistens so, dass wir mit denen einen kurzen Krisenplan besprechen. (...) Aber das ist ein Krisenplan und keine Prophylaxe, keine Rückfallprophylaxe in dem Sinne“ (E2 11:24 Z. 96-99, Z. 100-102, Z. 105-106).

Sowohl in der Praxis als auch in der Theorie wird also auf die bisherige Priorisierung der Akut- oder Krisenbehandlung bei Anorexia Nervosa hingewiesen, was die zu Beginn der Arbeit erkannte Notwendigkeit einer Rückfallprophylaxe wie der GRP,

nun auch abschließend bestätigt. Der Fallbericht zum Rückfallpräventionsprogramm auf Basis der GRP hebt hervor, wie wichtig die intrinsische Motivation des Patienten für eine erfolgreiche Umsetzung ist (vgl. Berends et al. 2011, S.7). In der Kategorie „Voraussetzungen“ wird dies durch die Experten neben der Compliance und Krankheitseinsicht als ebenso relevant beschrieben. Im Fallbericht von Berends et al. (2011) finden sich die Aussagen der Experten auch in Bezug auf die Vorteile und Voraussetzungen wieder. Auch hier ist die Rede von einer effektiven Möglichkeit in der Rückfallprophylaxe, die für offene Kommunikation zwischen den Beteiligten sorgt und den Patienten hilft, die eigene Situation zu akzeptieren, statt die Krankheit nicht wahrhaben zu wollen (vgl. Berends et al. 2011, S. 6). Wirft man allgemein einen Blick auf Publikationen zum Thema Anorexie, Rückfallprophylaxe und die GRP, fällt auf, dass großflächige Übereinstimmung mit den Ergebnissen dieser empirischen Arbeit herrscht.

5.2 Praktikabilität der Ergebnisse

Die Experten bewerten die GRP allesamt als gute Möglichkeit zur Rückfallvorbeugung für sich und ihre Patienten, jedoch machen sie bezüglich der praktischen Umsetzung in ihrem Praxisfeld Vorschläge zur Anpassung einiger Aspekte, die im Folgenden diskutiert werden. Die Leitlinie und auch der Fallbericht scheinen tendenziell die Entlassung aus einem offenen Setting mit einem bestimmten Grad an Selbstständigkeit der Patienten zu beschreiben, was auf die besagte Station nur bedingt zutrifft. Es gibt keine Hinweise dazu, ob die GRP auch für andere Settings geeignet wäre und wie die Teilnahme aussehen könnte, wenn der Patient bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllt. Da jedoch Anfang dieses Jahres das Konzept der beforschten Station in einen geschützten und einen intensiv-offenen Bereich geändert wurde, sehen die Experten trotzdem die Möglichkeit einer Implementierung. Die Experten empfehlen das Programm für die Entlassung aus dem offenen Bereich bereits während des Aufenthalts zu beginnen, um die Intensität der Sitzungen zu verbessern und die Vertrauensbasis zwischen Patienten und Pflege zu stärken. Auch im offenen, aber intensivgeführten Bereich der Station ist zu diskutieren, ob jeder Patient für das Konzept geeignet ist und die identifizierten Voraussetzungen erfüllt, um das Programm zu nutzen. Möglicherweise müsste manchen aufgrund des Krankheitsverlaufs der Zugang zunächst verwehrt werden, was ungerecht wirkt und in der Praxis womöglich schwer umsetzbar wäre. Im pflegerischen Alltag finden sich

eine Reihe von strukturellen Hürden und ein zunehmender Ressourcenmangel, was sich erschwerend auf eine Umsetzung auswirken würde. Hier ist an erster Stelle die Herausforderung des Personalmanagements zu nennen, was in der Pflege grundlegend von hoher Bedeutung ist. Bei der Umsetzung des Programms muss eine ausreichende Anzahl von diensthabenden Pflegekräften ermöglicht werden, sodass die Bezugspflegekraft die Termine für die Sitzungen während der Arbeitszeit wahrnehmen kann. Vorab muss sichergestellt werden, dass die Pflegenden den Termin dienstplanbedingt wahrnehmen können, was neben erhöhtem Arbeitsaufwand für die Bezugspflege auch Mehraufwand für ohnehin meist eingenommene Stationsleitungen bedeutet. Diese Tatsache wird in der Theorie der Leitlinie nicht aktiv berücksichtigt und stellt die Praktikabilität der GRP ohne die Anpassungen der Experten in Frage. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Leitlinie in den Niederlanden verfasst wurde und die Personalsituation in der Pflege oder andere Rahmenbedingungen nicht zwingend den deutschen oder denen der gewählten Station entsprechen. Für das Gelingen der Prophylaxe ist zudem die Mitwirkung der Eltern unumgänglich. Jedoch kommt es nicht selten vor, dass bei AN-Patienten die Beziehung zu den Eltern belastet und oft von Scham und Schuldzuweisungen geprägt ist oder manchmal sogar Auslöser sein kann. Die Leitlinie scheint in ihrer Theorie auch diesem Faktor wenig Beachtung zu schenken, sodass im Falle einer Umsetzung viel Ausgleichsarbeit durch die Pflegenden geleistet werden muss. Die Experten untermauern, wie die Leitlinie selbst, die Vorteile der Umsetzung durch eine Pflegekraft im Vergleich zu anderen beteiligten Berufsgruppen, aufgrund der intensiveren Beziehung durch die gemeinsame Alltagsbewältigung. So kann der Rückfallpräventionsplan auf tatsächlich beobachteten Problemen und Ressourcen basieren und folglich bestmöglich erstellt und umgesetzt werden. Zusammenfassend bedarf die GRP aufgrund der beschriebenen Hürden und Kritikpunkte einiger Anpassungen an die Rahmenbedingungen der gewählten Station, kann aber unter Beachtung der Voraussetzungen als Möglichkeit in der stationären pflegerischen Rückfallprophylaxe betrachtet und empfohlen werden.

5.3 Limitation

Nun soll neben dem Theoriebezug und der Praktikabilität der Ergebnisse kurz das methodische Vorgehen der Arbeit kritisch beleuchtet werden. Zu Beginn muss hier erwähnt werden, dass die Literaturrecherche viel Literatur zur Akutbehandlung der Anorexie und zu Interventionen, die von Psychotherapeuten oder Psychiatern

durchzuführen sind, hervorbrachte. Dies führte zum Ausschluss einer Vielzahl an Quellen. Die Interventionen, die in der Ergebnisdarstellung der Literatursichtung aus Gründen der thematischen Vollständigkeit angebracht werden, konnten entweder aus demselben Grund oder weil das Setting nicht-stationär ist, nicht in den empirischen Teil der Arbeit eingeschlossen werden. So kann die Forschungsfrage nur mit der GRP als einzige in Betracht kommende Intervention beantwortet werden. Diese integriert jedoch einige Aspekte der anderen Interventionen, wie der FBT oder der Selbsthilfe, die aber bevorzugt von anderen Berufsgruppen umgesetzt werden sollen. Des Weiteren wurden Kriterien zur Qualitätssicherung festgelegt, die die Experten für eine Teilnahme erfüllen sollten. Dies führte dazu, dass insgesamt fünf Pflegende der Station in Frage kamen, wovon schließlich nur drei die Möglichkeit einer Teilnahme hatten. Aufgrund der eher geringen Anzahl an Interviews stellt sich die Frage, wie repräsentativ die Ergebnisse letztendlich sind. Durch die Tatsache, dass es sich aber um qualitative Forschung handelt, insgesamt eine Interviewlänge von 115 Minuten zustande kam und die Meinung der drei Experten sich nur in einem Aspekt in der Kategorie „Herausforderungen“ unterschied, werden die Ergebnisse für die betroffene Station der KJP trotzdem als relevant betrachtet. Eine Umsetzung der Ergebnisse in anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken wäre aufgrund der individuellen Gegebenheiten und Konzepte ohnehin nicht vorgesehen. Die unter 3.5 erwähnten Gütekriterien wurden beachtet, die Validität der Aussagen wurde nach Mayring durch Paraphrasen und verbale Rücküberprüfung gesichert und während der Interviews sowie bei der Auswertung wurde die Privatsphäre beziehungsweise Anonymität der Experten geachtet. Die Intercoderreliabilität konnte mithilfe eines weiteren Forschers überprüft werden und zur Sicherstellung der Transparenz liegen der Interviewleitfaden, alle Transkripte sowie die Dokumentation des Auswertungsprozesses im Anhang vor.

6. Implikationen für die pflegerische Praxis

Die Ausformulierung der Handlungsempfehlungen für die Station der KJP stellt ein Forschungsziel dieser Arbeit dar. Diese ergeben sich aus einer Kombination der theoretischen Leitlinie, dem zugehörigen Fallbericht und den Ergebnissen der Interviews, in denen die Experten darstellen, was benötigt wird, um das Rückfallpräventionsprogramm auf ihrer Station umsetzen zu können und wie dies aussehen könnte. Das folgende Kapitel soll ermöglichen, die von den Experten

beschriebenen Herausforderungen bei einer Umsetzung des Programms lösungsorientiert anzugehen und für das genannte Anliegen, den Patienten bei seinem gesamten Prozess begleiten zu können, eine konkretisierte bzw. praktikable Handlungsmöglichkeit zur Stelle zu haben.

6.1. Planung und Vorbereitung

Wie bei jeder Veränderung oder Einführung eines neuen Konzepts bedarf auch die Implementierung der GRP einer umfänglichen Planung. Aus den Anpassungen der Experten an die internen Abläufe muss eine konkrete Festlegung der Strukturen erfolgen und möglicherweise Rahmenbedingungen verändert werden. Den ersten Schritt stellt folglich eine Vorstellung des Konzepts bei der Pflegedienstleitung, der ärztlichen Leitung und anderen Leitungspositionen dar, um eine Implementierungsgenehmigung zu erlangen. Anschließend bietet sich eine interdisziplinäre Konzeptbesprechung an, bei der im Hinblick auf die genannten zeitlichen und personellen Herausforderungen, die Schaffung der Stelle des Pflegeexperten in der Klinikambulanz sowie dessen Aufgaben besprochen werden können. Außerdem kann sich die Integration einer akademisierten Pflegekraft aufgrund ihrer Qualifikation in Bereichen wie „Optimierung der Pflegeprozesse“ oder „Projekt-/ Prozessmanagement“ als Bereicherung bei der Implementierung der GRP erweisen. Anschließend sollte auf Basis der Leitlinie und des Fallberichts ein Schulungskonzept erstellt werden, welches alle Pflegenden, Therapeuten oder andere Beteiligte ausreichend auf die Umsetzung der GRP vorbereitet und ihnen die Inhalte nahebringt. Außerdem sollte zusätzlich zur Qualifikation durch die Schulung die grundlegende Eignung der durchführenden Pflegenden sichergestellt werden. Diesbezüglich werden im Fallbericht methodische, analytische sowie motivierende Fähigkeiten aufgezählt (vgl. Berends et al. 2011, S. 7). Nach diesen grundlegenden Voraussetzungen wird sichergestellt, dass vor der ersten Sitzung die Pflegenden und der Pflegeexperte kontinuierlich an interdisziplinären Besprechungen wie Visiten und Supervisionen teilnehmen und die Patienten in der Patientensuche oder Gesprächen kennenlernen. Auch die Teilnahme an Elterngesprächen vor Beginn des Programms ist im Hinblick auf die Rolle der Familie bei der Rückfallprävention obligatorisch. Nachdem alle Beteiligten geschult wurden, kann die Liste der Teilnahmebedingungen beziehungsweise Eignungskriterien für die Patienten oder auch Eltern ergänzt und kollektiv erstellt werden, um eine bestmögliche Zusammenarbeit und damit

Erfolgschance zu erzielen. Die folgende Tabelle zeigt beispielhaft aus den Experteninterviews hervorgegangene Kriterien zur Eignung.

Tabelle 14: Beispielüberblick der Aufnahmekriterien

Patientenbezogene Kriterien	Sonstige Kriterien
(intrinsische) Motivation	Kooperation des Patienten & der Eltern
Fähigkeit zur Selbstreflektion, Krankheitseinsicht, Adhärenz	Stabiles soziales Umfeld → familiär oder andere (z.B. pädagogische/therapeutische Bezugspersonen in therapeutischer Wohngruppe)
Kognitiver Zustand → Mindestalter 12 Jahre und stabilisiertes Körpergewicht	Verständnis der Eltern für das Krankheitsbild (psychoedukativ sowie emotional)
Bereitschaft zur intensiven Auseinandersetzung mit dem eigenen Krankheitsgeschehen	Zeitliche Ressourcen (Wahrnehmung der Termine, Umsetzung besprochener Aufgaben)

Quelle: Eigene Darstellung

Wenn nun bei einem potenziellen Patienten diese Kriterien grundsätzlich erfüllt sind, sollte die Bezugspflegekraft, wenn möglich gemeinsam mit dem fallführenden Therapeuten, einen Gesprächstermin zur Vorstellung des Programms und zur Klärung der Bereitschaft des Patienten und der Familie terminieren.

6.2 Umsetzung

Den Vorschlägen der befragten Experten zufolge könnte die erste Sitzung stattfinden, wenn die Entlassung des Patienten aus dem offenen Bereich der Station geplant ist. Eltern und Patient werden hier im Detail über Rückfallprophylaxe, Programmablauf und die Erstellung des RPP aufgeklärt. Nachdem der Patient einen Tagesurlaub oder einen sozialen Wiedereingliederungsversuch zuhause hatte, kann anschließend die zweite Sitzung stattfinden, in der mithilfe der Erfahrungen im TU potenzielle Risikofaktoren und Trigger identifiziert werden sollen. Die dritte Sitzung könnte auch noch während des stationären Aufenthalts umgesetzt werden, da sich hier weiter mit den individuellen Triggern auseinandergesetzt wird. Der Start der Sitzungen sollte ca. fünf Wochen vor der

Entlassung geplant werden, damit genug zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen, um die Umsetzung der Leitlinie noch stationär und im vorgeschlagenen zwei-Wochen-Takt zu beginnen. Anschließend kann die Entlassung stattfinden und die vierte, fünfte und sechste Sitzung für die darauffolgenden Wochen terminiert werden. Nach der Erstellung des Rückfallpräventionsplans beginnt das Nachsorgeprogramm. Der Vorschlag ist, alle weiteren Sitzungen in der Klinikambulanz mit Bezugspflegerinnen und Pflegeexperte wahrzunehmen. Der Pflegeexperte könnte die Organisation übernehmen und die Nachsorge gemeinsam mit der jeweiligen Bezugspflege planen und leiten. Die Inhalte der Sitzungen oder der Nachsorge können wie in der GRP vorgesehen umgesetzt werden und sind unter 3.4.5 im Detail dargestellt.

6.3 Allgemeine Empfehlungen

Aus den Interviews und der Literatur zur GRP ergeben sich zuletzt allgemeine Handlungsempfehlungen, die die Umsetzung der Rückfallprophylaxe erleichtern beziehungsweise die Erfolgchance erhöhen könnten. Das Hauptproblem stellt laut Experten die Verlegung ab Stabilisierung des Gewichts dar. Diese sollte erst stattfinden, wenn die Patienten zusätzlich zur Gewichtsstabilisierung eine Besserung der anderen AN-Symptome zeigen, wie beispielsweise ein normalisiertes Essverhalten, Krankheitseinsicht oder Normalisierung des kognitiven Zustands. Das Erreichen dieses Besserungszustands würde einen längeren Aufenthalt auf der jeweiligen Station erfordern, jedoch könnte so vielleicht der Kern der Anorexie behandelt werden. Eine erhebliche Rolle in der Genesung und erfolgreichen Rückfallprävention spielt auch eine intrinsische Therapiemotivation, die sowohl von den Experten als auch in der Literatur als essenzielle Voraussetzung genannt wird. Daher ist zu empfehlen, diese Motivation auch bei der Umsetzung der GRP durch die Pflegenden kontinuierlich zu fördern, indem die Ziele des Patienten immer wieder besprochen werden. Eine Möglichkeit hierzu ist die Darstellung von durch die Erkrankung erlittenen Verlusten oder erzielten Gewinnen mittels der in der GRP genannten Motivationsliste (vgl. Herpertz et al. 2018, S. 53/ Berends et al. 2011, S. 150).

Bei den Sitzungen während der Nachsorge sollte eine regelmäßige Evaluation der Motivation des Patienten stattfinden und überprüft werden, ob die angestrebten

Ziele tatsächlich auf intrinsischen Ansichten des Patienten beruhen oder lediglich sozial erwünschte Zielvorstellungen verfolgt werden. Bei Anzeichen eines Motivationsverlusts kann dann interveniert werden (vgl. Berends et al. 2011, S. 7). Die therapeutisch-pflegerische Beziehung zum Patienten stellt eine weitere Grundlage des Präventionsprogramms dar. Die Sitzungen basieren auf Vertrauen und Ehrlichkeit des Patienten gegenüber der Pflegeperson, weshalb die Beziehung schon vor Beginn durch regelmäßige Bezugspflegegespräche oder Beschäftigungsangebote im Stationsalltag gestärkt werden sollte. Hierfür kann auch die Erstellung oder Anpassung des Patienten-Arbeitsbuchs genutzt werden. Patient und Bezugspflegekraft könnten dieses gemeinsam ausarbeiten oder individualisieren, was zusätzlich zu einer gemeinsamen Auseinandersetzung mit der Thematik führt. Neben diesem Vertrauen spielen in der Stärkung der therapeutischen Beziehung weitere Aspekte eine Rolle. Hierzu gehören zum Beispiel die gezielte Mitarbeitsfähigkeit des Patienten sowie dessen affektive Beziehung zum behandelnden Therapeuten. Darüber hinaus sind empathisches Verständnis und Engagement des Therapeuten sowie die Übereinstimmung von Patienten und Therapeuten hinsichtlich der Therapieziele und -aufgaben wichtige Faktoren für die Therapiebeziehung (vgl. Herpertz et al. 2018, S. 71). Diese Grundlagen werden von den Experten ähnlich beschrieben und können für die professionelle pflegerisch-therapeutische Beziehung im Zuge der Behandlung und des Nachsorgeprogramms gleichermaßen angewandt werden.

7. Fazit und Ausblick

Diese Arbeit hebt die Problematik der Anorexie mit ihren schweren psychischen und physischen Folgen hervor und zeigt in diesem Kontext vor allem die Herausforderung fehlender oder ungenügender Rückfallprävention auf, die sowohl in der Theorie als auch in der Praxis als allgegenwärtig beobachtet wird. Ziel war es, pflegerische Interventionen für die stationäre Rückfallprophylaxe zu identifizieren und mithilfe von Experteninterviews herauszufinden, ob und auf welche Weise diese in der Praxis einer Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie umsetzbar wären. Bei der Suche nach Konzepten stellte sich vor allem die Guideline Relapse Prevention (GRP) als geeignet heraus, die den Pflegenden der Station im Rahmen der Interviews vorgestellt wurde. So konnten Voraussetzungen, Vor- und Nachteile sowie Implikationen für die pflegerische

Praxis der Station erarbeitet werden, was zu Beginn der Arbeit als Forschungsziel aufgeführt wird. Sowohl die Publikationen zur Leitlinie als auch die Aussagen der Experten bewerten das GRP-Rückfallpräventionsprogramm als effektive Möglichkeit in der Rückfallprophylaxe der Anorexie, was eine Lücke in der pflegerischen Praxis und der Behandlung der Anorexie schließen könnte (vgl. Berends et al 2011, S. 6). Die Pflegenden sprechen sich übereinstimmend dafür aus, die GRP auf ihrer Station implementieren zu wollen und bewerten die Leitlinie, natürlich unter Anpassung an die Rahmenbedingungen, als praktikabel in ihrem Praxisfeld, was die Forschungsfrage dieser Arbeit beantwortet. Die Ergebnisse der Interviews heben die Relevanz der Rückfallprophylaxe erneut hervor und untermauern die thematische Wahl dieses Forschungsprojektes. Auch wird die Notwendigkeit der Implementierung eines an die Akuttherapie anschließenden Handlungskonzepts wie der GRP deutlich, in dessen Rahmen Patienten und Eltern Selbstwirksamkeit im Umgang mit der Erkrankung und den einhergehenden Rückschlägen ermöglicht wird.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Agostino H., Burstein B., Moubayed D., et al. (2021): Trends in der Inzidenz von neu auftretender Anorexia Nervosa und atypischer Anorexia Nervosa bei Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie in Kanada, Verfügbar über: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2786919> (letzter Zugriff: 21.11.2022)

Berends T., van Meijel B., Nugteren W., Deen M., Danner U., Hoek H., van Elburg A. (2016): Rate, Timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study. Verfügbar über: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5017136/> (Letzter Zugriff: 06.07.2023)

Berends T., van Meijel B. van Elburg A. (2011): The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in Practice: A case report. Perspectives in psychiatric care – Wiley Periodicals. Verfügbar über: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1744-6163.2011.00322.x> (Letzter Zugriff: 14.07.2023)

Berends T., van Meijel B., van Elburg A. (2010): Guideline Relapse Prevention Anorexia Nervosa – Working with a relapse prevention plan to prevent or early detect relapse in patients with anorexia nervosa. Rintveld Center for Eating Disorders and Research Group Mental Health Nursing Inholland. Verfügbar über: <http://relapse-an.com/docs/Part1BackgroundPDF.pdf> (Letzter Zugriff: 14.07.2023)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzGA (Hrsg.) (2022): Essstörungen – Magersucht. Verfügbar über: <https://www.bzga-essstoerungen.de/was-sind-essstoerungen/arten/magersucht/#c821> (Letzter Zugriff: 12.05.2023)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzGA (Hrsg.) (2021): Zwangsbehandlung bei Essstörungen. Köln. Verfügbar über: https://www.bzga-essstoerungen.de/fileadmin/user_upload/bzga-essstoerungen/downloads/materialien/Themenblatt_Zwangsbehandlung_Stand_02.21.pdf (Letzter Zugriff: 03.08.2023)

Branik E. (2004): Auswirkungen von Zwangsbehandlungen und -maßnahmen auf die klinische und Beziehungsarbeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Klinik Sonnenhof- Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum, Ganterschwil, Verfügbar über: <https://pdfs.semanticscholar.org/8615/57917023dd09a1fd63b31fe016be5ee0ba4f.pdf> (letzter Aufruf: 29.09.2023)

Cohrdes C., Göbel K., Schlack R., Hölling H. (2019): Essstörungssymptome bei Kindern und Jugendlichen: Häufigkeiten und Risikofaktoren – Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Bundesgesundheitsblatt 2019. Berlin

Deutscher Bildungsserver (o.J.): GoogleScholar-Suchmaschine für Wissenschaftler und Forscher. Verfügbar über: https://www.bildungsserver.de/onlineressource.html?onlineressourcen_id=26470 (Letzter Zugriff: 03.10.2023)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DMDI (2018): Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59). Verfügbar über: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f50-f59.htm> (Letzter Zugriff: 10.11.2022)

Dimitropoulos G., Freeman V., Allemang B., Couturier, McVey G., Lock J., Le Grange D. (2015): Familienbasierte Behandlung von Jugendlichen im Übergangsalter mit Anorexia nervosa: eine qualitative Zusammenfassung der Anwendung in der klinischen Praxis. Verfügbar über: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4329223/> (letzter Aufruf: 06.02.2023)

Duden Online Lexikon (2022): Rückfall. Berlin: Cornelsen Verlag GmbH, Verfügbar über: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Rueckfall> (letzter Zugriff: 08.12.2022)

Dresing T., Pehl T. (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 6. Auflage. Marburg, 2015. Verfügbar über: www.audiotranskription.de/praxisbuch (Letzter Zugriff: 25.04.2023)

Eggel M., Lanz A., Berends T. (2019): Hohe Rückfallrate bei Anorexia Nervosa – Vorstellung eines Präventionsinstruments. Verfügbar über:

<https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2019/01/Hohe-Rueckfallrate-bei-Anorexia-nervosa-Vorstellung-eines-Praeventionsinstruments.pdf> (Letzter Zugriff: 25.09.2023)

Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Fachgruppe Psychische Gesundheit, Robert-Koch-Institut. Springer Verlag GmbH Deutschland. Verfügbar über: https://link.springer.com/epdf/10.1007/s00103-019-03005-w?shared_access_token=K3HbgG36yBNwzi1LztJJ4Pe4RwlQNchNByi7wbcMAY6UdYO57XisqEiddp_e8vK5jERhog8uM3bi5Nui3iZNbV5oKyDjoQ0gZyy8Esyb9yspkrFVF-10HcRphQXCfsyhFD4rlLYz1C9amTol6KVEUA%3D%3D (letzter Zugriff: 10.11.2022)

Fichter M., Quadflieg N., Nisslmüller K., Lindner S., Voderholzer U., Wünsch-Leiteritz W., Osen B., Huber T., Zahn S., Meermann R., Irrgang V. (2011): Internetbasierte Ansätze in der Therapie von Essstörungen. Springer-Verlag. Verfügbar über: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-010-3228-9> (letzter Zugriff: 06.01.2023)

Giel K., Leehr E., Becker S., Startup H., Zipfel S., Schmidt U. (2013): Rückfallprophylaxe bei Anorexia Nervosa. Aktuelle psychosomatischen und psychotherapeutische Behandlungsansätze. Verfügbar über: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1334957> (Letzter Zugriff: 25.09.2023)

Haupt W., Gouzoulis-Mayfrank E. (Hrsg.) (2016): Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe. 11. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG

Herpertz S., Fichter M., Herpertz-Dahlmann B., Hilbert A., Tuschen-Caffier B., Vocks S., Zeeck A. (Hrsg.) (2019): S3-Leitlinie-Diagnostik und Behandlung der Essstörungen, 2. Auflage, DGPM, DGESS, DGKJP, DKPM, DGPs, Berlin: Springer

ICD-Code (2022): ICD-10-GM-2022 > F00-F99 > F50-F59 > F50.- > F50.0- Anorexia Nervosa. Verfügbar über: <https://www.icd-code.de/icd/code/F50.0-.html> (Letzter Zugriff: 10.11.2022)

Jagielska G., Kacperska I. (2017): Outcome, Komorbidität und Prognose bei Anorexia Nervosa, Verfügbar über: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28581532/> (letzter Zugriff: 08.12.2022)

Khalsa SS, Portnoff LC, McCurdy-McKinnon D, Feusner JD (2017): What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. Journal of Eating Disorders (Hrsg.)

Lehmkuhl G., Poustka F., Holtmann M., Steiner H. (2015): Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG

Lingenhöhl D. (2022): Lexikon der Psychiatrie – Psychiatrie als Drehtür. Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbh, Verfügbar über: <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/psychiatrie-als-drehtuer/12002> (letzter Zugriff: 09.12.2022)

Mayring P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken, 5. Überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Mayring P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. 12. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Neale J., Hudson L.D. (2020): Anorexia nervosa in adolescents. Vol. 81 Nr. 6 London: British Journal of Hospital Medicine (Hrsg.) Verfügbar über: https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/hmed.2020.0099?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org (letzter Zugriff: 27.11.2022)

OpenThesaurus (2022): Rückfall, Verfügbar Über: <https://www.openthesaurus.de/synonyme/R%C3%Bcckfall> (letzter Zugriff: 30.12.2022)

Psyhyrembel Online Lexikon (2018): Grundlagenfächer der Medizin – Compliance. Verfügbar über: <https://www.psyhyrembel.de/Compliance%20%5BMedizin%5D/N00LK> (Letzter Zugriff: 27.09.2023)

RefHunter (2022): Datenbankübersichten aus der Merkliste. PubMed und PubPsych. EbM Netzwerk (Hrsg.) Verfügbar über: <https://refhunter.org/meine-merkliste/uebersicht/> (Letzter Zugriff: 05.10.2023)

Rienecke R., Le Grange D. (2022): The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders. Journal of Eating Disorders (Hrsg.). Verfügbar über: <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00585-y> (Letzter Zugriff: 02.09.2023)

Schmidt U., Treasure J. (2011): Die Bulimie besiegen – Ein Selbsthilfeprogramm. Beltz Verlag. Weilheim und Basel. 8. Auflage

Statista Research Department (2022): Anzahl der in deutschen Krankenhäusern diagnostizierten Fälle von Anorexie und Bulimie in den Jahren 2000 bis 2020, Verfügbar über: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/28909/umfrage/in-krankenhaeusern-diagnostizierte-faelle-von-anorexie-und-bulimie/#:~:text=Im%20Jahr%202020%20wurden%20in,vergangenen%20zehn%20Jahren%20leicht%20angestiegen.> (letzter Zugriff: 23.12.2022)

Stevanovic A., Coburn m., Rossaint R. (2015): Mindestanforderungen an qualitativ hochwertige Berichte medizinischer Forschungsergebnisse. Verfügbar über: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-015-0085-8> (Letzter Zugriff: 26.09.2023)

Therapie-Centrum für Essstörungen TCE (Hrsg.) (2022): Magersucht, Bulimie, Binge-Eating: Rückfall – was nun? Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Klinikum dritter Orden München-Nymphenburg – Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilian-Universität München, Verfügbar über: https://www.tce-essstoerungen.de/ueber-tce/haeufige_fragen/rueckfall_was_nun.php (letzter Zugriff: 08.12.2022)

Verbeek D., Petermann F. (2015): Essstörungen bei Jugendlichen vorbeugen – Auffälliges Essverhalten erkennen und handeln. 1. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Wässerle U., Ermer U., Habisch B., Seeliger D. (2022): Anorexia Nervosa: Steigt die Inzidenz in der Coronapandemie? Verfügbar über: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9614737/> (Letzter Zugriff: 26.07.2023)

Wittek t., Schmidt U. et al. (2021): Das AMudsley-Modell der Anorexia Nervosa-Behandlung für Jugendliche und junge Erwachsene (MANTRa): ein -studienprotokoll für eine multizentrische Kohortenstudie. Verfügbar über: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33685522/> (Letzter Aufruf: 25.09.2023)

Yim V., Schmidt U. (2019): Self-Help Treatment of Eating Disorders. Psychiatric Clinics of North America. Verfügbar über: https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/files/109383381/Self_Help_Treatment_of_Eating_Disorders_YIM_Accepted2January2019_GREEN_AAM.pdf (Letzter Aufruf: 06.02.2023)

Zauner C., Schneeweiss M. Wewalka M. (2020): Das refeeding-Syndrom. Journal für gastroenterologische und hepatologische Erkrankungen (Hrsg.). Verfügbar über: ink.springer.com/article/10.1007/s41971-020-00069-3 (Letzter Zugriff: 26.09.2023)

Anhang

1. Guideline Relapse Prevention	86
2. Systematische Literaturrecherche	87
2.1 Schematische Darstellung	87
2.2 Dokumentation der Suche in PubMed	88
2.3 Dokumentation der Suche in PubPsych	93
2.4 Dokumentation der Suche in GoogleScholar	98
3. Datenerhebung und -Verarbeitung	101
3.1 Einverständniserklärung und Datenschutz	101
3.2 Antrag auf Genehmigung	102
3.3 Interviewleitfaden	103
3.4 Transkription	107
3.5 Inhaltsanalyse nach Mayring	155
3.5.1 Anordnung im Kategoriensystem	170
3.5.2 Bündelung	174

1. Guidelines Relapse Prevention (GRP)

Abb. 3: Rückfallpräventionsplan

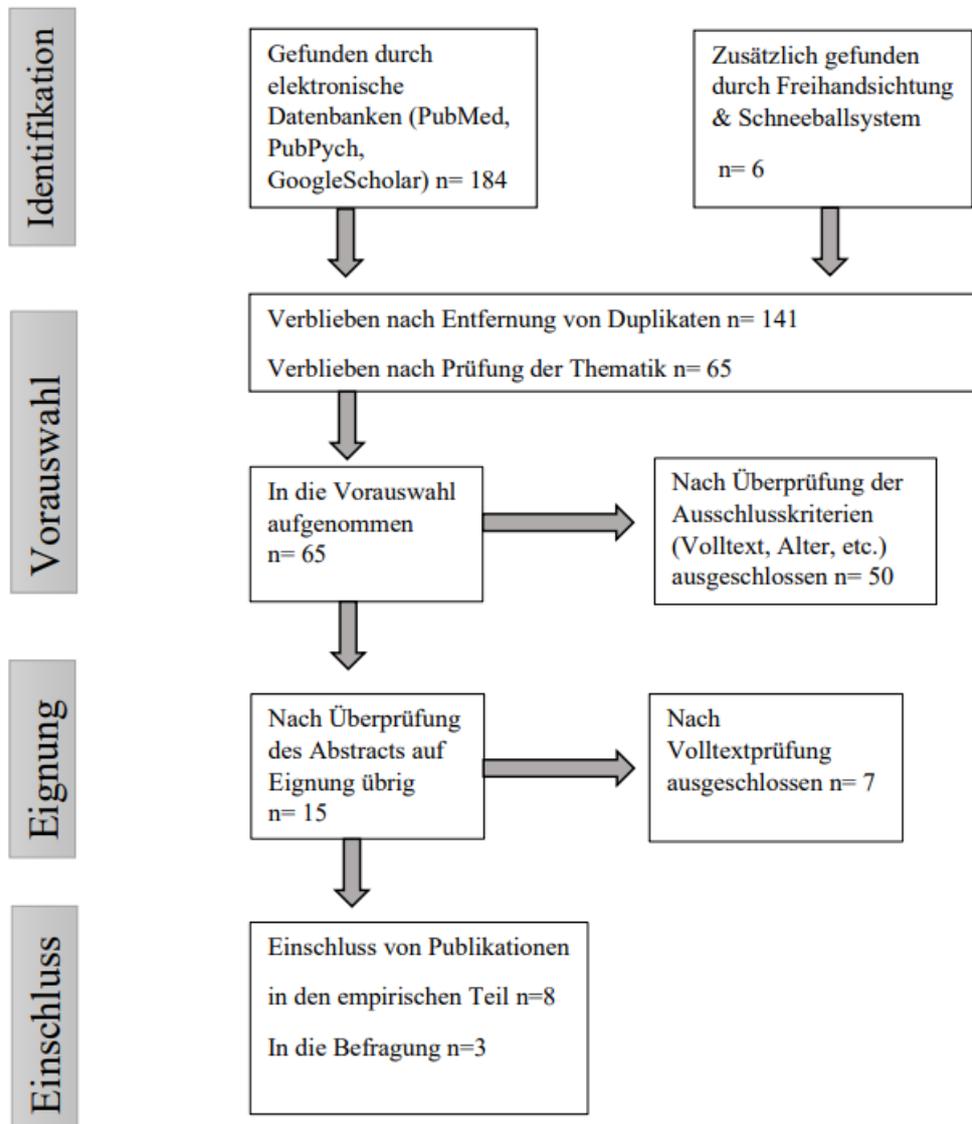
Triggers:		Actions:
<ul style="list-style-type: none"> Falling ill (influenza) Going away on holiday, no meal structure, unfamiliar foods Moving into rooms (Negative) comments on how I look Death of a friend or family member 		<ul style="list-style-type: none"> Find a distraction by going for a stroll Talk to my mother or a friend Write in my diary Think positively to counter negative feelings
Phases	Description of situation/early warning signs	Actions
Phase 1 (stable)	I listen for signs of hunger, but that's not easy, so I follow the dietician's nutritional advice. I feel dizzy sometimes, but that may also be because of my low blood pressure. I occasionally have negative thoughts about myself, and my parents sometimes criticize my eating pattern.	<ul style="list-style-type: none"> Make schedule to weigh in Find a distraction Think positively to counter negative thoughts Talk to parents about points of criticism Stick to a varied diet
Phase 2	I increasingly tend to reach for "easy" sandwich toppings, like jam and smoke-dried beef, and want to eat lower-calorie food. I put thinner layers of toppings on my sandwiches and keep rigidly to mealtimes. No between-meal snacks. I bike ever faster. I lose weight, which stops my menstrual cycle. I get tired more rapidly. Negative thoughts about myself increase, and discussions with my parents about eating become more heated.	<ul style="list-style-type: none"> Go back to nutritional advice and a varied diet Make schedule to weigh in Lower level of activity Write in diary to let thoughts go Go for a stroll, talk to a friend Use Relapse Prevention Plan
Phase 3	I start to eat slower and cut my food into pieces and spread them out over my plate. I leave out (some of) my between-meal snacks. I lose more weight; I get cold more rapidly and find it hard to warm up again. My energy levels drop and negative thoughts about taking in food increase. I am absentminded more often.	<ul style="list-style-type: none"> Go back to nutritional advice Eat in the presence of one of my parents Dress warmly when cold Make schedule to weigh in Call general practitioner Reduce activity levels and stop exercising Discuss thoughts with parents (auxiliaries) Inform friends about eating problems and ask for their support
Phase 4 (crisis)	I'm constantly counting calories and want to eat as little as possible. This means that I eat toast and leave out butter/gravy, sometimes skipping entire meals. As my body weight drops, I start to grow downy hair, my fingernails stop growing, and I become ill more rapidly. My knees wobble, I move robot-like, and I start to talk monotonously. My relations with friends become more superficial. I'm often absentminded, live in a world of my own, and stare aimlessly.	<ul style="list-style-type: none"> My parents take over responsibility for my food intake Dress warmer Weigh more often at fixed times Call the clinic Interrupt study due to illness Discuss thoughts with nurse/counselor

Quelle: Berends et al. 2011, S. 154

2. Systematische Literaturrecherche

2.1 Schematische Darstellung

Abb. 1: Flussdiagramm



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Stevanovic et al. 2015, o.S.

2.2 Dokumentation der Suche in PubMed

Tabelle 3: Suche in PubMed

MeSH-Kombination	Trefferzahl insgesamt	Treffer nach Ausschluss npassender Thematik → Treffer nach Ausschluss von Doppelungen in PubMed & Ausschlusskriterien
1: ((anorexia nervosa) AND (relapse prevention)) AND (nursing interventions)	10	4 → 1
2: (((Anorexic teenagers) AND (relapse prevention)) AND (psychiatric clinic)) AND (nursing)	2	1 → 0
3: (((anorexic teenagers) AND (relapse prevention)) AND (interventions)) AND (psychiatric clinic)	21	7 → 3
4: (((adolescents with anorexia) AND (relapse prevention)) AND (interventions)) AND (hospital)) AND (nursing)	1	0
5: (((Anorexia Patients) AND (relapse prevention)) AND (coping mechanisms)) AND (hospital)) AND (care)	0	0
6: (((Anorexia Nervosa) AND (relapse prevention)) AND (mental health institution)) AND (nursing interventions)	3	2 → 0
7: (((Eating disorder patients) AND (relapse prevention)) AND (interventions)) AND (psychiatric clinic)) AND (nursing)	1	1 → 0

Quelle: Eigene Darstellung

(Hinweis: Teilweise automatische Übersetzung der englischsprachigen Ergebnisse in Deutsch durch die Suchmaschine)

1: ((anorexia nervosa) AND (relapse prevention)) AND (nursing interventions)

Treffer 1: Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A, Schmidt U, Frank GK, Bulik CM, Wentz E. Anorexia nervosa. Nat Rev Dis-Primer. 26.11.2015;1:15074. Doi: 10.1038/nrdp.2015.74. PMID: 27189821.

→ Kein Volltextzugriff

Treffer 2: Berends T., van de Lagemaat M., van Meijel B., Coenen J., Hoek HW, van Elburg AA. Rückfallprävention bei Anorexia nervosa: Erfahrungen von Patienten und Eltern. Int J Ment Health Nurs. 2018 Okt. 27(5):1546-1555. Doi: 10.1111/inm.12456. Epub 24. März 2018. PMID: 29573113. → Kein Volltextzugriff

Treffer 3: Berends T., van Meijel B., Nugteren W., Deen M., Danner UN, Hoek HW, van Elburg AA. Rate, Zeitpunkt und Prädiktoren für Rückfälle bei Patienten mit Anorexia nervosa nach einem Rückfallpräventionsprogramm: eine Kohortenstudie. BMC Psychiatrie. 8. September 2016;16(1):316. Doi: 10.1186/s12888-016-1019-y. PMID: 27608679; PMC-ID: PMC5017136.

→•Einschluss

Treffer 4: Berends T, van Meijel B, van Elburg A. Die Richtlinien zur Anorexie-Rückfallprävention in der Praxis: ein Fallbericht. Perspektive Psychiatrische Versorgung. 2012 Jul;48(3):149-55. Doi: 10.1111/j.1744-6163.2011.00322.x. Epub 14. November 2011. PMID: 22724400. → Kein Volltextzugriff

2: (((Anorexic teenagers) AND (relapse prevention)) AND (psychiatric clinic)) AND (nursing)

Treffer 1: Berends T., van Meijel B., Nugteren W., Deen M., Danner UN, Hoek HW, van Elburg AA. Rate, Zeitpunkt und Prädiktoren für Rückfälle bei Patienten mit Anorexia nervosa nach einem Rückfallpräventionsprogramm: eine Kohortenstudie. BMC Psychiatrie. 8. September 2016;16(1):316. Doi: 10.1186/s12888-016-1019-y. PMID: 27608679; PMC-ID: PMC5017136.

→ Doppelung mit Ergebnis von Kombination 1

3: (((anorexic teenagers) AND (relapse prevention)) AND (interventions)) AND (psychiatric clinic)

Treffler 1: Brockmeyer T, Friederich HC, Schmidt U. Fortschritte in der Behandlung von Anorexia nervosa: eine Übersicht über etablierte und neue Interventionen. Psychol. Med. 2018 Jun;48(8):1228-1256. Doi: 10.1017/S0033291717002604. Epub 11. September 2017. PMID: 28889819.

→ **Einschluss in die Vorauswahl; nach Schritt 3 (Eignung) ausgeschlossen**

Treffler 2: Walsh BT, Xu T, Wang Y, Attia E, Kaplan AS. Zeitverlauf des Rückfalls nach akuter Behandlung von Anorexia Nervosa. Bin J Psychiatrie. 1. September 2021;178(9):848-853. Doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21010026. Epub 22. Juni 2021. PMID: 34154394; PMC-ID: PMC8440387.

→ **Einschluss in die Vorauswahl; nach Schritt 3 (Eignung) ausgeschlossen**

Treffler 3: Berends T., van Meijel B., Nugteren W., Deen M., Danner UN, Hoek HW, van Elburg AA. Rate, Zeitpunkt und Prädiktoren für Rückfälle bei Patienten mit Anorexia nervosa nach einem Rückfallpräventionsprogramm: eine Kohortenstudie. BMC Psychiatrie. 8. September 2016;16(1):316. Doi: 10.1186/s12888-016-1019-y. PMID: 27608679; PMC-ID: PMC5017136.

→ **Doppelung mit Ergebnis von Kombination 1 & 2**

Treffler 4: Guarda AS. Treatment of anorexia nervosa: insights and obstacles. Physiol Behav. 2008 Apr 22;94(1):113-20. Doi: 10.1016/j.physbeh.2007.11.020. Epub 2007 Nov 22. PMID: 18155737. → **Ausschluss, da älter als 15 Jahre**

→ **Schneeballsystem:** Yon L, Doyen C, Asch M, Cook-Darzens S, Mouren MC. Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeune en 90nité d'hospitalisation spécialisée: recommandations et modalités pratiques [Treatment of anorexia nervosa in young patients in a special care unit at Robert-Debré Hospital (Paris): guidelines and practical methods]. Arch Pediatr. 2009 Nov;16(11):1491-8. French. Doi: 10.1016/j.arcped.2009.07.022. Epub 2009 Oct 1. PMID: 19800205.

→ **Einschluss in die Vorauswahl; nach Schritt 3 (Eignung) ausgeschlossen**

→ Herpertz-Dahlmann B, Salbach-Andrae H. Overview of treatment modalities in adolescent anorexia nervosa. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2009 Jan;18(1):131-45. Doi: 10.1016/j.chc.2008.07.010. PMID: 19014862.

→ **Einschluss in die Vorauswahl; nach Schritt 3 (Eignung) ausgeschlossen**

Treffer 5: Treasure J, Oyeleye O, Bonin EM, Zipfel S, Fernandez-Aranda F. Optimising care pathways for adult anorexia nervosa. What is the evidence to guide the provision of high-quality, cost-effective services? *Eur Eat Disord Rev.* 2021 May;29(3):306-315. Doi: 10.1002/erv.2821. Epub 2021 Feb 24. PMID: 33629403.

→•Einschluss in die Vorauswahl; nach Schritt 3 (Eignung) ausgeschlossen

Treffer 6: Dimitropoulos G, Freeman VE, Allemang B, Couturier J, McVey G, Lock J, Le Grange D. Familienbasierte Behandlung von Jugendlichen im Übergangsalter mit Anorexia nervosa: eine qualitative Zusammenfassung der Anwendung in der klinischen Praxis. *J Eat Disord.* 1. Februar 2015;3(1):1. Doi: 10.1186/s40337-015-0037-3. PMID: 25685349; PMC-ID: PMC4329223.

→•Einschluss in die Vorauswahl; nach Schritt 3 (Eignung) ausgeschlossen

Schneeballsystem → Rienecke RD. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolesc Health Med Ther.* 2017 Jun 1;8:69-79. Doi: 10.2147/AHMT.S115775. PMID: 28615982; PMCID: PMC5459462.

→Accurso EC, Astrachan-Fletcher E, O'Brien S, McClanahan SF, Le Grange D. Adaptation and implementation of family-based treatment enhanced with dialectical behavior therapy skills for anorexia nervosa in community-based specialist clinics. *Eat Disord.* 2018 Mar-Apr;26(2):149-163. Doi: 10.1080/10640266.2017.1330319. Epub 2017 Jun 1. PMID: 28569604; PMCID: PMC6191410.

→•Einschluss in die Vorauswahl; nach Schritt 3 (Eignung) ausgeschlossen

Treffer 7: Dittmer N, Voderholzer U, Mönch C, Cuntz U, Jacobi C, Schlegl S. Wirksamkeit einer spezialisierten Gruppenintervention für Zwangsübungen bei stationären Patienten mit Anorexia Nervosa: Eine randomisierte kontrollierte Studie. *Psychother Psychosom.* 2020;89(3):161-173. Doi: 10.1159/000504583. Epub 7. Februar 2020. PMID: 32036375. → kein kostenloser Volltextzugriff

6: (((Anorexia Nervosa) AND (relapse prevention)) AND (mental health institution)) AND (nursing interventions)

Treffer 1: Berends T., van de Lagemaat M., van Meijel B., Coenen J., Hoek HW, van Elburg AA. Rückfallprävention bei Anorexia nervosa: Erfahrungen von Patienten und Eltern. *Int J Ment Health Nurs.* 2018 Okt. 27(5):1546-1555. Doi:

10.1111/inm.12456. Epub 24. März 2018. PMID: 29573113.

→ Doppelung mit Ergebnis von Kombination 1 + kein Volltextzugriff

Treffer 2: Berends T., van Meijel B., Nugteren W., Deen M., Danner UN, Hoek HW, van Elburg AA. Rate, Zeitpunkt und Prädiktoren für Rückfälle bei Patienten mit Anorexia nervosa nach einem Rückfallpräventionsprogramm: eine Kohortenstudie. BMC Psychiatrie. 8. September 2016;16(1):316. Doi: 10.1186/s12888-016-1019-y. PMID: 27608679; PMC-ID: PMC5017136.

→ Doppelung mit Ergebnissen von Kombination 1,2 & 3

Abb. 4: Suchhistorie PubMed

Verlauf und Suchdetails						↓ Herunterladen	🗑️ Löschen
Suche	Aktionen	Einzelheiten	Anfrage	Ergebnisse	Zeit		
#13	...	! >	Suche: ((Magersuchtpatienten) UND (Rückfallprävention in der Pflege))	11	10:25:47		
#12	...	>	Suche: ((Anorexia Nervosa) UND (Rückfallprävention)) UND (Pflegetmaßnahmen)	10	10:24:48		
#11	...	>	Suche: (((Esstörungspatienten) UND (Rückfallprävention)) UND (Interventionen)) UND (Psychiatrische Klinik) UND (Pflege) - Rechtschreibprüfung aus	0	10:20:53		
#10	...	>	Suche: (((Esstörungspatienten) UND (Rückfallprävention)) UND (Interventionen)) UND (Psychiatrische Klinik) UND (Pflege)	1	10:20:53		
#9	...	>	Suche: (((Anorexia Nervosa) UND (Rückfallprävention)) UND (Psychiatrie)) UND (Pflegetmaßnahmen)	3	10:13:51		
#8	...	>	Suche: (((Magersuchtpatienten) UND (Rückfallprävention)) UND (Bewältigungsmechanismen)) UND (Krankenhaus) UND (Pflege)	0	10:09:56		
#7	...	>	Suche: (((Magersuchtpatienten) UND (Rückfallprävention)) UND (Bewältigungsmechanismen)) UND (Krankenhaus) UND (Versorgung) - Schema: alle	0	10:09:56		
#6	...	! >	Suche: (((Jugendliche mit Magersucht) UND (Rückfallprävention)) UND (Interventionen)) UND (Krankenhaus) UND (Pflege)	1	10:04:21		
#5	...	>	Suche: (((magersüchtige Teenager) UND (Rückfallprävention)) UND (Interventionen)) UND (psychiatrische Klinik)	21	09:48:44		
#4	...	>	Suche: (((magersüchtige Teenager) UND (Rückfallprävention)) UND (Interventionen)) undefiniert (psychiatrische Klinik)	0	09:12:22		
#3	...	>	Suche: (((magersüchtige Teenager) UND (Rückfallprävention)) UND (Interventionen)) undefiniert (psychiatrische Klinik) - Schema: alle	0	09:12:22		
#2	...	>	Suche: (((magersüchtige Teenager) UND (Rückfallprävention)) UND (psychiatrische Klinik)) UND (Pflege)	2	08:52:11		
#1	...	>	Suche: ((Magersucht) UND (Rückfallprävention)) UND (Pflegetmaßnahmen)	10	08:29:27		

Es werden 1 bis 13 von 13 Einträgen angezeigt

Quelle: PubMed Search History

2.3 Dokumentation der Suche in PubPSYCH

Tabelle 4: Suche in PubPSYCH

MeSH-Kombination	Treffer insgesamt	Treffer nach Ausschluss npassender Thematik → Treffer nach Ausschluss von Doppelungen in PubPsych & Ausschlusskriterien
1: Anorexia Nervosa Rückfallprophylaxe	21	7 → 0
2: anorexia nervosa relapse prevention in nursing	7	3 → 1
3: Anorexia patients relapse prevention nursing interventions	0	0
4: Anorexia clinic relapse prevention	4	2 → 0
5: nursing interventions for relapse prevention in anorexia	0	0
6: Anorexia relapse prevention	84	20 → 1

Quelle: Eigene Darstellung

1: Anorexia Nervosa Rückfallprophylaxe

Treffer 1: Rückfallprophylaxe bei Anorexia nervosa

Giel, Katrin; Leehr, Elisabeth; Becker, Sandra; Startup, Helen; Zipfel, Stephan; Schmidt, Ulrike. 2013 – Journal Article, Quelle: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2013, 63 (7), 290-295

→Kein Volltextzugriff

Treffer 2: Fichter, Manfred M.; Quadflieg, Norbert; Lindner, Susanne.

2014 – Journal Article, Rückfallprophylaxe auf Internetbasis bei Anorexia nervosa – Längerfristiger Verlauf in einer „Intent-To-Treat“-Stichprobe, Quelle: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 2014, 62 (1), 35-42

→Kein Volltextzugriff

Treffer 3: Giel Katrin, Schmidt Ulrike 2015 Rückfallprophylaxe bei Anorexia nervosa

→Kein Volltextzugriff

Treffer 4: Anorexia nervosa, Jacobi Corinna, Beitner Ina 2021

→Kein Volltextzugriff

Treffer 5: Anorexia nervosa: Zeeck, Almut; Cuntz, Ulrich; Hartmann, Armin; Hagenah, Ulrich; Friederich, Hans-Christoph; Gross, Gaby; Holtkamp, Kristian; Zipfel, Stephan. 2011

→Kein Volltextzugriff

Treffer 6: Chancen moderner Medien für psychotherapeutische Nachsorge und Rückfallprophylaxe, Journal Article, Wolf, Markus; Moessner, Markus; Bauer, Stephanie. 2018 – Quelle: Psychotherapie im Dialog, 2018, 19 (4), 25-32

→Kein Volltextzugriff

Treffer 7: Internetbasierte Ansätze in der Therapie von Essstörungen, Fichter, M. M.; Quadflieg, N.; Nisslmüller, K.; Lindner, S.; Voderholzer, U.; Wunsch-Leiteritz, W.; Osen, B.; Huber, T.; Zahn, S.; Meermann, R.; Irrgang, V.; Bleichner, F., 2011 – Journal Article, Quelle: Der Nervenarzt, 2011, 82 (9), 1107-1116

→Kein Volltextzugriff

→(Alle weiteren Ergebnisse handeln von kognitiver Verhaltenstherapie)

2: anorexia nervosa relapse prevention in nursing

Treffer 1: Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study, Berends, Tamara; Van Meijel, Berno; Nugteren, Willem; Deen, Mathijs; Danner, Unna N; Hoek, Hans W; Van Elburg, Annemarie A. 2016 – Journal Article, Quelle: BMC psychiatry, 2016, 16 (1), 316, Department of Health, Sports & Welfare, Cluster *Nursing*, Inholland University of Applied Sciences, Research Group Mental Health *Nursing*, Amsterdam

→Doppelung mit Ergebnissen in PubMed-Suche

Treffer 2: The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in practice: a case report Berends, Tamara; Van Meijel, Berno; Van Elburg, Annemarie. 2012 – Journal Article, Quelle: Perspectives in psychiatric care, 2012, 48 (3), 149-55

→Doppelung mit Ergebnissen in PubMed-Suche

→Kein Volltextzugriff

Treffer 3: Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents, Berends, Tamara; Van De Lagemaat, Marleen; Van Meijel, Berno; Coenen, Jasmijn; Hoek, Hans W; Van Elburg, Annemarie A. 2018 – Journal Article, Quelle: International journal of mental health nursing, 2018, 27 (5), 1546-1555 Academy for Masters in Advanced *Nursing Practice*, Utrecht

→Doppelung mit Ergebnissen aus PubMed-Suche

→Kein Volltextzugriff

→Drei der weiteren der 7 Treffer sind Doppelungen der Treffer dieser Kombination

4: Anorexia clinic relapse prevention

Treffer 1: Relapse in anorexia and bulimia nervosa – A 2.5-year follow-up study, Richard, Matthias; Bauer, Stephanie; Kordy, Hans; COST Action B6. 2005 – Journal Article, Quelle: European Eating Disorders Review, 2005, 13 (3), 180-190, 32

→Älter als 15 Jahre

→Kein Volltextzugriff

Treffer 2: Advances in the treatment of anorexia nervosa: A review of established and emerging interventions- Brockmeyer, T.; Friederich, H. -C.; Schmidt, U.. 2018 – Journal Article, Quelle: Psychological Medicine, 2018, 48 (8), 1228-1256, 177, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, LVR *Clinic*, Medical Faculty of the Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Düsseldorf

→Kein Volltextzugriff

5: Anorexia relapse prevention

Treffer 1: A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: implications for relapse prevention- Carter, Jacqueline C; Mercer-Lynn, Kimberley B; Norwood, Sarah Jane; Bewell-Weiss, Carmen V; Crosby, Ross D; Woodside, D Blake; Olmsted, Marion P. 2012 – Quelle: Psychiatry research, 2012, 200 (2-3), 518-23

→Kein Volltextzugriff

Treffer 2: Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study, Berends, Tamara; Van Meijel, Berno; Nugteren, Willem; Deen, Mathijs; Danner, Unna N; Hoek, Hans W; Van Elburg, Annemarie A.,2016 – Journal Article, Quelle: BMC psychiatry, 2016, 16 (1), 316

→Doppelung mit Treffer von MeSH-Kombination 1 und PubMed-Suche

Treffer 3: Relapse prevention in anorexia nervosa: Experiences of patients and parents, Berends, Tamara; Van De Lagemaat, Marleen; Van Meijel, Berno; Coenen, Jasmijn; Hoek, Hans W; Van Elburg, Annemarie A. 2018 – Journal Article, Quelle: International journal of mental health nursing, 2018, 27 (5), 1546-1555

→Doppelung mit Treffern von MeSH-Kombination 1 und 5 und PubMed-Suche

→Kein Volltextzugriff

Treffer 4: The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in practice: a case report, Berends, Tamara; Van Meijel, Berno; Van Elburg, Annemarie. 2012 – Journal Article, Quelle: Perspectives in psychiatric care, 2012, 48 (3), 149-55

→Doppelung mit Treffern von bisheriger PubPsych-Suche und PubMed-Suche

→Kein Volltextzugriff

Treffer 5: Relapse prevention via videoconference for anorexia nervosa – findings from the RESTART pilot study, Giel, Katrin E; Leehr, Elisabeth J; Becker, Sandra; Herzog, Wolfgang; Junne, Florian; Schmidt, Ulrike; Zipfel, Stephan., 2015

→Kein Volltextzugriff

Treffer 6: Does internet-based prevention reduce the risk of relapse for anorexia nervosa? Fichter, Manfred M; Quadflieg, Norbert; Nisslmüller, Kerstin; Lindner, Susanne; Osen, Bernhard; Huber, Thomas; Wunsch-Leiteritz, Wally. 2012 -Journal Article, Quelle: Behaviour research and therapy, 2012, 50 (3), 180-90

→Kein Volltextzugriff

Treffer 7: Postremission predictors of relapse in women with eating disorders, Keel, Pamela K; Dorer, David J; Franko, Debra L; Jackson, Safia C; Herzog, David B. 2005 - Journal Article, Quelle: The American journal of psychiatry, 2005, 162 (12), 2263-8

→Älter als 15 Jahre

Treffer 8: Time Course of Relapse Following Acute Treatment for Anorexia Nervosa, Walsh, B Timothy; Xu, Tianchen; Wang, Yuanjia; Attia, Evelyn; Kaplan, Allan S. Journal Article- Quelle: The American journal of psychiatry, 2021, 178 (9), 848-853

→Thematischer Ausschluss

Treffer 9: Rückfallprophylaxe bei Anorexia nervosa, Giel, Katrin; Leehr, Elisabeth; Becker, Sandra; Startup, Helen; Zipfel, Stephan; Schmidt, Ulrike. 2013 – Journal Article, Quelle: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 2013, 63 (7), 290-5

→Doppleung mit Treffern der PubPsych und PubMed-Suche

→Kein Volltextzugriff

Treffer 10: Rückfallprophylaxe auf Internetbasis bei Anorexia nervosa – Längerfristiger Verlauf in einer „Intent-To-Treat“-Stichprobe, Fichter, Manfred M.; Quadflieg, Norbert; Lindner, Susanne. 2014 – Quelle: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 2014, 62 (1), 35-42

→Kein Volltextzugriff

Treffer 11: Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: Conceptualization and illustration of a validation strategy, Kordy, Hans; Krämer, Beatrice; Palmer, Robert L.; Papezova, Hana; Pellet, Jacques; Richard, Matthias; Treasure, Janet. 2002 – Journal Article, Quelle: Journal of Clinical Psychology, 2002, 58 (7), 833-846, 19 Literaturang.

→Thematischer Ausschluss

Treffer 12: Relapse in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis, Berends, Tamara; Boonstra, Nynke; Van Elburg, Annemarie. 2018 – Journal Article, Quelle: Current opinion in psychiatry, 2018, 31 (6), 445-455

→Kein Volltextzugriff

Treffer 13: Suggested community psychiatric nursing interventions with clients suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa, Meades, S. 1993 - -journal Article, Quelle: Journal of advanced nursing (Print), 1993, 18 (3), 364-370

→Älter als 15 Jahre

→Kein Volltextzugriff

Treffer 14: Stationäre Therapie der adoleszenten Anorexia nervosa. Ein multimodales Konzept, Bühren, Katharina; Hagenah, Ulrich; Herpertz-Dahlmann, Beate. 2013 – Journal Article, Quelle: Psychotherapie im Dialog, 2013, 14 (4), 32-35

→Kein Volltextzugriff

Treffer 15: Advances in the treatment of anorexia nervosa: A review of established and emerging interventions, Brockmeyer, T.; Friederich, H. -C.; Schmidt, U. 2018 – Journal Article, Quelle: Psychological Medicine, 2018, 48 (8), 1228-1256, 177 Literaturang.

→Kein Volltextzugriff

Treffer 16: Internetbasierte Ansätze in der Therapie von Essstörungen, Fichter, M. M.; Quadflieg, N.; Nisslmüller, K.; Lindner, S.; Voderholzer, U.; Wunsch-Leiteritz, W.; Osen, B.; Huber, T.; Zahn, S.; Meermann, R.; Irrgang, V.; Bleichner, F.2011 – Journal Article, Quelle: Der Nervenarzt, 2011, 82 (9), 1107-1116

→Kein Volltextzugriff

Treffer 17: Chancen moderner Medien für psychotherapeutische Nachsorge und Rückfallprophylaxe, Wolf, Markus; Moessner, Markus; Bauer, Stephanie. 2018 – Journal Article, Quelle: Psychotherapie im Dialog, 2018, 19 (4), 25-32

→Kein Volltextzugriff

Treffer 18: Anorexia nervosa, Jacobi, Corinna; Beintner, Ina. 2021

→Kein Volltextzugriff

→Doppelung mit PubPsych-Suche

Treffer 19: Self-Help Treatment of Eating Disorders- Yim, See Heng; Schmidt, Ulrike. 2019 – Journal Article, Quelle: The Psychiatric clinics of North America, 2019, 42 (2), 231-241

→Einschluss

Treffer 20: Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry, Herpertz-Dahlmann, Beate. 2017 – Journal Article, Quelle: Current Opinion in Psychiatry, 2017, 30 (6), 438-445, 45 Literaturang.

→Thematischer Ausschluss; fehlender Pflegebezug

→Alle weiteren Publikationen waren Doppelungen der bisher gefundenen mit dieser Kombination oder ungeeignet im Pflegebezug

2.4 Dokumentation der Suche in GoogleScholar

Tabelle 5: Suche in GoogleScholar

MeSH-Kombination	Treffer insgesamt → Reduzierung auf die ersten 30 Treffer	Treffer nach Ausschluss npassender Thematik → Treffer nach Ausschluss von Doppelungen in GoogleScholar & Ausschlusskriterien
1: Anorexia nervosa AND “relapse interventions” AND psychiatric clinic AND nursing	6.700 → 30	12 → 4

Quelle: Eigene Darstellung

(Hinweis: Aufgrund zu vieler Ergebnisse und der Sortierung nach Relevanz zuerst bei GoogleScholar wurden bei der Suche nur die ersten 30 Ergebnisse berücksichtigt +und die Suchmaschine führte eine automatische Übersetzung der Seite ins Deutsche durch)

1: Anorexia nervosa AND “relapse interventions” AND psychiatric clinic AND nursing

Treffer 1: Berends, T., van Meijel, B., & van Elburg, A. (2012). Die Richtlinien zur Anorexie-Rückfallprävention in der Praxis: Ein Fallbericht. *Perspektiven in der psychiatrischen Versorgung*, 48 (3), 149-155.

→Doppelung mit bisherigen Ergebnissen aus PubMed und PubPsych

→Kein Volltextzugriff

Treffer 2: Fichter, MM, Quadflieg, N., & Lindner, S. (2013). Internetbasierte Rückfallprävention bei Anorexia nervosa: Neun-Monats-Follow-up. *Zeitschrift für Essstörungen*, 1 (1), 1-13.

→Doppelung mit bisherigen Ergebnissen aus PubMed und PubPsych

→Kein Volltextzugriff

Treffer 3: Berends, T., van de Lagemaat, M., van Meijel, B., Coenen, J., Hoek, HW, & van Elburg, AA (2018). Rückfallprävention bei Anorexia nervosa: Erfahrungen von Patienten und Eltern. *International Journal of Mental Health Nursing* , 27 (5), 1546-1555.

→Doppelung der bisherigen Ergebnisse aus PubMed und PubPsych

→Kein Volltextzugriff

Treffer 4: Berends, T., van Meijel, B., Nugteren, W., Deen, M., Danner, UN, Hoek, HW, & van Elburg, AA (2016). Rate, Zeitpunkt und Prädiktoren für Rückfälle bei Patienten mit Anorexia nervosa nach einem Rückfallpräventionsprogramm: eine Kohortenstudie. *BMC Psychiatrie* , 16 (1), 1-7.

→Doppelung der bisherigen Ergebnisse aus PubMed und PubMed

Treffer 5: Fichter, MM, Quadflieg, N., Nisslmüller, K., Lindner, S., Osen, B., Huber, T., & Wunsch-Leiteritz, W. (2012). Verringert internetbasierte Prävention das Rückfallrisiko bei Anorexia nervosa? *Verhaltensforschung und -therapie* , 50 (3), 180-190.

Treffer 6: Berends, T., van Meijel, B., & van Elburg, A. (2010). Leitlinie Rückfallprävention Anorexia Nervosa, *Koninklijke Van Gorcum* , 1-21. →Einschluss

Treffer 7: Hennemann, S., Farnsteiner, S., & Sander, L. (2018). Internet- und mobilbasierte Nachsorge und Rückfallprävention bei psychischen Störungen: eine systematische Übersicht und Empfehlungen für die zukünftige Forschung. *Internetinterventionen* , 14 , 1-17

→Einschluss in Vorauswahl; nach Schritt 3 (Eignung) ausgeschlossen

Treffer 8: Federici, A. & Kaplan, AS (2008). Der Bericht des Patienten über Rückfall und Genesung bei Anorexia nervosa: Eine qualitative Studie. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association* , 16 (1), 1-10.

→KeinVolltextzugriff

Treffer 9: Page, LA, Sutherby, K., & Treasure, JL (2002). Eine vorläufige Beschreibung der Verwendung von „Relapse Management Cards“ bei Anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association* , 10 (4), 281-291. →Kein Volltextzugriff →älter als 15 Jahre

Treffer 10: Khalsa, SS, Portnoff, LC, McCurdy-McKinnon, D., & Feusner, JD (2017). Was passiert nach der Behandlung? Eine systematische Überprüfung von Rückfall, Remission

und Genesung bei Anorexia nervosa. *Zeitschrift für Essstörungen*, 5 (1), 1-12. →Einschluss in die Vorauswahl; nach Schritt 3 (Eignung) ausgeschlossen; in theoretischen Teil der Arbeit eingeschlossen

Treffer 11: Schlegl, S., Neumayr, C., & Voderholzer, U. (2020). Therapeutengeführte Smartphone-basierte Nachsorge für stationäre Patienten mit schwerer Anorexia nervosa (SMART-AN): Studienprotokoll einer randomisierten kontrollierten Studie. *Internationale Zeitschrift für Essstörungen*, 53 (10), 1739-1745.

→Kein Volltextzugriff

Treffer 12: Neumayr, C., Voderholzer, U., Tregarthen, J., & Schlegl, S. (2019). Verbesserung der Nachsorge mit Technologie für Anorexia nervosa nach intensiver stationärer Behandlung: Eine randomisierte kontrollierte Pilotstudie mit einer therapeutengeführten Smartphone-App. *Internationale Zeitschrift für Essstörungen*, 52 (10), 1191-1201. →Einschluss in die Vorauswahl; nach Schritt 3 (Eignung) ausgeschlossen →Doppelung mit bisherigen Ergebnissen →Kein Volltext

3. Datenerhebung und Verarbeitung

3.1 Einverständniserklärung und Datenschutz

Einverständniserklärung und Datenschutz

Bei der Durchführung der Befragung werden die Grundlagen des Datenschutzes gemäß der Datenschutzgrundverordnung DGSVO und des Bayerischen Datenschutzgesetzes BDSG eingehalten. Angaben zu ihrer Person werden im Sinne des Datengeheimnisses streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Einsicht in die Rohdaten bekomme ausschließlich ich, als Autorin der Arbeit, so wie auf Anfrage die beiden Betreuer:innen der Arbeit. Ihr Name wird bei der schriftlichen Aufzeichnung der Befragung anonymisiert. Die Ergebnisse werden anonym und ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen einer Bachelor- und/oder Masterarbeit sowie für wissenschaftliche Publikationen verwendet. Diese von Ihnen unterzeichnete Einverständniserklärung wird nur von meinen Betreuer:innen eingesehen und wird nicht veröffentlicht. Sie dient ausschließlich dem Nachweis ihres Einverständnisses und kann der Befragung nicht zugeordnet werden.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme freiwillig ist, das Interview aufgezeichnet sowie anonym verschriftlicht wird und ich ohne Angaben von Gründen mein Einverständnis bis zur vollständigen Anonymisierung zurückziehen kann. Hiermit erkläre ich mich zur Teilnahme an der Befragung und mit der Verarbeitung meiner Daten zu wissenschaftlichen Zwecken gemäß DGSVO im Zuge dieser Abschlussarbeit einverstanden.

Ort, Datum

Name und Unterschrift Teilnehmer/in

Vielen Dank für ihre Teilnahme.

München im April 2023, Marina Münsterer

3.2 Antrag auf Genehmigung einer wissenschaftlichen Untersuchung

Antrag auf Genehmigung einer wissenschaftlichen Untersuchung

Zuständige Person: Marina Laura Münsterer, KJP
Kontakt: Maria-Eich-Str. 102, 81243 München, marina.muensterer@gmail.com
Art der Untersuchung: qualitatives semistrukturiertes Leitfadeninterview
Grund der Untersuchung: Erlangung des akad. Grades Bachelor of Science an der Hochschule für angewandte Wissenschaften München
Titel der Untersuchung: Implementierung stationär durchführbarer pflegerischer Interventionen zur Rückfallprophylaxe bei Jugendlichen mit Anorexie in einer Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ziel der Untersuchung: Analyse der Implementierung/ Umsetzbarkeit der GRP-Leitlinie im Setting einer Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erstellung von Implikationen für eine Umsetzung im befragten Praxisfeld
Institution: Klinik und Poliklinik für Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Stichprobe: 4-5 Mitarbeitende des Pflege- und Erziehungsdienstes der KJP Station
Vorbereitung der Befragung: Aushändigung einer Zusammenfassung über die befragte Leitlinie & mündliche Wiederholung vor dem Interview
Datenverarbeitung: Mitschrift, Audioaufnahmen, Transkription, Systematische Inhaltsanalyse nach Mayring
Datenschutz: Anonymisierung personen- & institutionsbezogener Daten, Einhaltung der Grundlagen der Datenschutzgrundverordnung DGSVO und des bayerischen Datenschutzgesetzes BDSG, Vernichtung der Einverständniserklärungen 6 Monate nach Abschluss des Verfahrens, Einsicht nur durch Autorin und Betreuer der Arbeit

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben sowie aller Angaben auf den beiliegenden Dokumenten und verpflichte mich diese einzuhalten. Auf Anfrage können Ihnen die Ergebnisse nach Beendigung der Auswertung anonymisiert zugänglich gemacht werden.

Ort, Datum

M. L. Münsterer

Hiermit räume Ich Frau Marina L. Münsterer das Recht ein, unter den oben genannten Voraussetzungen die empirische Untersuchung an der besagten Institution durchzuführen und die gewonnen Daten zu wissenschaftlichen Zwecken zu nutzen.

Ort, Datum

Abteilungsleiter Pflege- und Erziehungsdienst

3.3 Interviewleitfaden

Leitfaden für semistrukturierte Experteninterviews:

Implementierung stationär durchführbarer pflegerischer Interventionen zur Rückfallprophylaxe bei Jugendlichen mit Anorexie in einer Station der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ort, Datum:
Teilnehmer/in:

Einführung: -Grund für das Interview und Forschungsinteresse -Ablauf & Dauer (ca. 60 Minuten) -Datenschutz und Widerruf -Forschungsfrage/ Forschungsziel & Forschungsvorgehen -Wiederholung GRP-Leitlinie

Forschungsfrage: „*Welche stationär durchzuführenden Interventionen könnten durch Pflegende in der Kinder- und Jugendpsychiatrie implementiert werden, um das Rückfallrisiko der Anorexiopatienten nach der Entlassung zu reduzieren?*“

Zentrale Fragen: Sind die Interventionen/ Ist die Intervention im stationären Setting Kinder- und Jugendpsychiatrie umsetzbar? Welche Voraussetzungen gibt es für die Umsetzung? Wie könnte die Implementierung aussehen? Welche Chancen und Risiken gibt es für Patienten und Pflegende?

Forschungsziel: Mithilfe der Aussagen der Experten analysieren, ob das Programm/ die GRP-Leitlinie in unserer Station/ Klinik implementierbar wäre und daraus Handlungsempfehlungen bzw. Implikationen für eine Umsetzung im Praxisfeld ableiten.

Forschungsvorgehen: Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken & Freihandsuche in der Bibliothek, um Konzepte zur Rückfallprophylaxe bei Anorexie zu finden → Hier wurden FBT, Selbsthilfe, internetbasierte Ansätze, MANTRA und Guidelines Relapse Prevention (GRP) ausfindig gemacht. → Aufgrund der Eignung wurde nur GRP in die Befragung eingeschlossen.

Wiederholung GRP: Inhalt, Ziele und Umsetzung der Leitlinie als Präventionsprogramm

Haben Sie bis hierher Fragen?

1. Einstiegsfragen: (ca. 15 Minuten)

Zum Einstieg möchte ich gerne einen Überblick über Sie und ihre Erfahrungen zum Thema gewinnen:

1.1 Welcher Berufsgruppe ordnen sie sich zu und wie lange arbeiten sie bereits auf dieser Station?

1.2 Gibt es eine besondere Fortbildung, Therapie oder Rolle zur Behandlung von Anorexie in ihrem Praxisfeld?

1.3 Wie erleben sie die Rückfälle bei Anorexie in ihrem Praxisfeld?

1.4 Wie sieht bisher die Rückfallprophylaxe in ihrem Praxisfeld aus? Welche Interventionen werden umgesetzt und welche Aufgaben haben sie als Pflegekraft hierbei? → Wo besteht ihrer Meinung nach Handlungsbedarf?

1.5 Möglicherweise kannten Sie die GRP-Leitlinie schon vor diesem Interview, wenn ja woher?

2. Hauptfragen (ca. 30 Minuten)

Dimension 1: Strukturelle & Personelle Voraussetzungen

2.1.1 Welche Voraussetzungen in Bezug auf Struktur und Organisation könnte die Implementierung der GRP in ihrem Praxisfeld haben?

2.1.2 Welche Voraussetzungen sollte eine Pflegekraft erfüllen, um die GRP umsetzen zu können?

2.1.3 Welche Voraussetzungen sollten ihrer Meinung nach die teilnehmenden Patienten mitbringen, damit das GRP-Programm möglichst wirksam umgesetzt werden kann? → Findet sich dieses Patienten Klientel in ihrem Praxisfeld?

Dimension 2: Chancen & Möglichkeiten für Pflegende und Patienten

2.2.1 Welche Chancen oder Möglichkeiten könnte die Anwendung der GRP für Sie als Pflegekräfte haben?

2.2.2 Welche Chancen oder Möglichkeiten könnten ihre Patienten durch die Anwendung der GRP haben?

Dimension 3: Risiken & Herausforderungen für Pflegekräfte/ die Institution und Patienten

2.3.1 Welche Risiken oder Herausforderungen könnte die Anwendung der GRP für sie als Pflegekraft und für ihre Institution haben?

2.3.2 Welche Risiken und Herausforderungen halten sie bei der Anwendung der GRP bei ihren Patienten für möglich?

Dimension 4: Relevanz für das Praxisfeld und praktische Umsetzung

2.4.1 Welche Aspekte/ Teile der GRP bewerten Sie als besonders relevant oder hilfreich bei der Rückfallprävention in ihrem Praxisfeld?

2.4.2 Welche Aspekte bzw. Schritte der GRP könnten so nicht in ihrem Praxisfeld umgesetzt werden? → Wie könnte man diese auf ihre Station anpassen?

2.4.3 Wie könnte die Implementierung der GRP auf ihrer Station aussehen?

2.4.4 Was würden Sie benötigen, um die GRP in ihrem Praxisfeld umzusetzen?

2.4.5 Was könnten ihrer Meinung nach Gründe sein, dass die GRP in erster Linie von Pflegenden umgesetzt werden soll?

3. Abschlussfragen (ca. 15 Minuten)

Nachdem nun einige Aspekte einer Implementierung abgefragt wurden und Voraussetzungen sowie Chancen und Hindernisse geklärt wurden, folgt nun abschließend ihre allgemeine Einschätzung zur Wirkung und Umsetzbarkeit der Leitlinie/ des Programms auf ihrer Station:

3.1 Wann ist ihrer Meinung nach die Implementierung der Leitlinie in ihrem Praxisfeld realistisch? Bitte zählen sie die für Sie drei wichtigsten Faktoren zur Realisierung auf.

3.1 Wie schätzen Sie ihre eigene und die Motivation ihrer Kollegen bezüglich einer Implementierung ein?

3.3 Wäre die Leitlinie und das dazugehörige Präventionsprogramm eine Möglichkeit für Sie und ihre Patienten das Rückfallrisiko zu senken bzw. einen Rückfall frühzeitig zu erkennen? →Bitte begründen Sie.

3.4 Könnten Sie sich vorstellen, die zuständige Pflegekraft bei der Umsetzung des GRP-Präventionsprogramms bei einem ihrer Bezugspatienten zu sein? →Bitte begründen Sie.

Gibt es von ihrer Seite noch Anmerkungen oder Fragen? Wurde ihrer Meinung nach alles abgedeckt oder haben Sie Ergänzungen?

Vielen Dank für ihre Teilnahme und ihre Zeit.

3.4 Transkription

Abb. 5: Transkriptionsregeln

Einfaches Transkriptionssystem

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise „Er hatte noch so’n Buch genannt“ wird zu „Er hatte noch so ein Buch genannt“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
3. Wort- und Satzabbrüche sowie Stottern werden geglättet bzw. ausgelassen, Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“. „Ganze“ Halbsätze, denen nur die Vollendung fehlt, werden jedoch erfasst und mit dem Abbruchzeichen / gekennzeichnet.
4. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.
5. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.

6. Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation.
7. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSS-SCHREIBUNG gekennzeichnet.
8. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
9. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
10. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
11. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet (z.B. „B1:“, „Peter:“).

Quelle: Dresing und Pehl 2015, S. 21 f.

1 **Transkript Experte 1, Datum: 24.04.2023, Dauer: 41:30 Minuten**

2 I: Okay dann fangen wir mal an mit den Einstiegsfragen. Da würde ich gerne erstmal
3 wissen, was so deine Erfahrungen sind. Die erste Frage wäre da welcher Berufsgruppe
4 du dich zuordnest und wie lange du hier schon arbeitest.

5 B: Also ich bin Gesundheits- und Krankenpflegerin, arbeite hier im PED-Team also
6 im Pflege- und Erziehungsdienst, arbeite hier seit dreieinhalb Jahren, im Oktober sind
7 es vier Jahre hier auf der Station. Ich bin schon seit 2017 in der Kinder- und
8 Jugendpsychiatrie tätig. 00:35:36

9 I: Okay Dankeschön. Die zweite Frage ist gibt es denn eine bestimmte Fortbildung,
10 Therapie oder Rolle zur Behandlung von Anorexie in deinem Praxisfeld?

11 B: Also zur Therapie. Wir haben hier auf Station drei beziehungsweise
12 stationsübergreifend bei uns in der Klinik ein **Anorexiekonzept**. Aber das wird quasi
13 nur hausintern geführt. Das ist jetzt nicht offiziell in der Psychiatrie eingeführt quasi
14 in anderen Häuser. Und ansonsten **Fortbildungen**. Es gibt halt die Fachweiterbildung
15 aber da lernt man **jetzt nicht nur anorexiespezifische Behandlungskonzepte, sondern**
16 **allgemein die Pflege in der Psychiatrie**. Dann kann man sich halt im
17 Fortbildungskalender für Fortbildungen eintragen aber jetzt nicht spezifisch für
18 Anorexiepatientinnen nochmal eine extra Ausbildung. 01:39:18

19 I: Dann die nächste Frage wäre wie erleben Sie Rückfälle bei Anorexie in ihrem
20 Praxisfeld?

21 B: Ich erlebe die Rückfälle/ **Rückfallquote schon als sehr hoch**. Zudem wie hier ja
22 natürlich auch auf dem geschützten Bereich arbeiten. Soll ich das auch gleich
23 begründen? 02:00:39

24 I: Ja du kannst gerne alles begründen.

25 B: Ich denke **hier im geschützten Bereich ist die Rückfallquote höher**, weil die
26 Patienten ja erstmal noch auf die offene Station kommen und wir oft wahrscheinlich
27 **zu früh verlegen** und die mit den offenen oder sag ich mal **mit weniger Struktur, mit**
28 **dem offenen Konzept einfach noch teilweise zu überfordert** sind. Und daher sind die
29 schon noch ziemlich hoch würde ich sagen. Und weil ich auch der Meinung bin, dass
30 die Elternarbeit auf jeden Fall noch ein bisschen intensiver sein könnte und es daher

31 schon sehr schwierig ist quasi von einem geschützten Bereich entlassen zu werden
32 oder verlegt zu werden. 02:45:25

33 I: Okay danke. Dann die vierte Frage ist wie sieht bisher die Rückfallprophylaxe in
34 ihrem Praxisfeld aus? Welche Interventionen werden umgesetzt und was hast du als
35 Pflegekraft vielleicht dabei für eine Aufgabe?

36 B: Also wir haben ja jetzt vor kurzem unsere Station umgebaut beziehungsweise eine
37 Station dazu gebaut. Das ist ja der offene Bereich und **der offene Bereich ist ja wie so**
38 **eine Art Übergangstation vom geschützten Setting ins offene Setting wo die**
39 **Anorexiepatientinnen einfach nochmal so ein bisschen mehr Verantwortung**
40 **bekommen**, mehr Eigenverantwortung bekommen und ich finde schon dass das **eine**
41 **Art Rückfallprophylaxe** sein soll auch von unserer Seite aus wie bei Frage 1.2 schon
42 erwähnt einfach der **Übergang von geschützter zu offener Station sehr schwierig ist**
43 oder sich als fast zu schwierig herausgestellt hat haben wir da quasi unsere
44 Rückfallprophylaxe mehr oder weniger damit aufgebaut oder eingebaut jetzt mit der
45 offenen Station oder Übergangstation. Genau das ist dann so unsere Prophylaxe. Dazu
46 dann welche Interventionen werden umgesetzt, welche Aufgaben haben Sie als
47 Pflegekraft? Die **Bezugspflege ist da sehr wichtig** auch den Übergang quasi von
48 geschützt zum offenen Bereich zu gestalten ist in der Bezugspflege da mitinbegriffen.
49 Dann Aufgaben sind da halt eben viele **Gespräche führen** und zudem auch **Pläne**
50 **machen**. Auch **Skilltraining** gehört dazu und einfach so die **Alltagsbewältigung**, wie
51 beschäftige ich mich mit der mehr Zeit, die mir jetzt zur Verfügung steht. Aber wo
52 besteht ihrer Meinung nach Handlungsbedarf? (...) Also das ist jetzt auch meine
53 Meinung. Die **Krankheitseinsicht der Patienten** ist natürlich schon maßgeblich dafür
54 **verantwortlich**, dass die auch auf den offenen Bereich **verlegt werden können**, und
55 oftmals ist es halt schon so, auch weil wir einfach sag ich mal eine lange Warteliste
56 haben, dass die Patienten verlegt werden, wenn sie ein gewisses Gewicht erreichen
57 aber dass die halt kognitiv da, finde ich, die kognitive Funktion teilweise einfach noch
58 nicht...Wie sagt man? / 05:17:78

59 I: // ...noch nicht da ist wo sie sein müsste//

60 B: Genau. Die sind zwar **von Gewichtsbereich vielleicht schon verlegungsfähig aber**
61 **einfach kognitiv noch nicht ganz in der Lage und daher finde ich besteht da schon noch**

62 Handlungsbedarf, weil sonst die Rückfälle halt eben sehr hoch sind. Also zu schnelle
63 Verlegung. 05:40:87

64 I: Okay danke (unv.)

65 B: Genau und die Leitlinie kannte ich vorher noch nicht tatsächlich. Leider. 05:51:01

66 I: Genau dann kommen wir schon zu den Hauptfragen. Die habe ich eben in vier
67 Dimensionen unterteilt, so ein bisschen nach Thema. Dann fangen wir an mit
68 strukturellen und personellen Voraussetzungen wo die erste Frage wäre welche
69 Voraussetzungen in Bezug auf Struktur und Organisation könnte die Implementierung
70 dieser Leitlinie in dem Praxisfeld hier haben?

71 B: Also diese Frage fand ich tatsächlich am schwierigsten. 06:30:75

72 I: //mhm (bejahend)//

73 B: Weil Voraussetzungen in Bezug auf Struktur und Organisation (..) Ich finde das ist
74 zum einen ja, hat das auch was mit dem Dienstplan zu tun. Weil man die Pflegekräfte/
75 Das ist ja schon viel Zeit was man für diese Gespräche dann/ Also das sind ja immer
76 45 Minuten pro Gespräch und in dieser Zeit kann man ja nicht auf Station arbeiten und
77 dann müsste man dann halt eben vorher schauen wie kann man sowas dann auf Station
78 einführen kann. Kommt man da zusätzlich rein, macht man das vor dem Dienst, ist das
79 mit Arbeitszeit? Also ich finde da müsste man halt so Rahmenbedingungen erstmal
80 klären (...) und ja. 07:14:78

81 I: Okay also meinst du auch eben so Personalschlüssel und eben Dienstplan vor allem?

82 B: Ja also grade Zeit und Personal wie es halt in der Pflege überall so ist (lachen). Und
83 dann noch die Implementierung im Praxisfeld. Genau da finde ich auch muss man halt
84 einfach klären hat das Sinn auf der geschützten Station oder ist das dann doch eher
85 was für den offenen Bereich, was wir ja jetzt zum Glück auch haben. Aber da kommt
86 später ja glaub ich nochmal eine Frage wo man da näher drauf eingehen kann.
87 07:49:52

88 I: Okay genau. Welche Voraussetzungen sollte eine Pflegekraft erfüllen um diese
89 Leitlinie, also die GRP, umsetzen zu können.

90 B: Meiner Meinung nach sollte man schon eine gewisse Anzahl von Jahren von
91 Berufserfahrung mitbringen. Also ich habe jetzt mal so gesagt so mindestens zwei

92 Jahre Berufserfahrung mit diesem Patientenkollekt. Ich begründe alles einfach oder?

93 08:20:19

94 I: Ja genau.

95 B: Weil ich finde, dass man einfach erstmal so ein Gefühl dafür braucht und schon

96 auch Erfahrung mit den Patienten. Weil man doch/ Also wenn ich jetzt an mich vor

97 drei Jahren denke, wie ich auf diese Patienten reagiert habe und jetzt das ist einfach

98 etwas komplett anderes weil man einfach finde ich durch die Erfahrung die man

99 gemacht hat schon oftmals einfach bessere Arbeitsweisen, finde ich, hat. Ich weiß

100 nicht wie ich das sagen soll. 08:50:01

101 I: Ja aber so passt es.

102 B: Okay genau. Und dann finde ich sollte man eventuell so eine Art Schulungskonzept

103 für diese Leitlinie einführen. Dass quasi nur Pflegekräfte die diese Schulung besucht

104 haben das quasi ausführen können. Also das nicht einfach jeder der hier arbeitet, egal

105 wie viel Prozent, sondern dass man schon auch eine gewisse Anzahl an Berufsjahren

106 haben muss hier, eine Schulung zu der Leitlinie muss man haben, finde ich, und dann

107 müsste man eventuell auf jeden Fall auch Bezugskinder hier auf Station haben.

108 09:34:65

109 I: Also, dass man das das Kind was man als Bezugspatient hatte, das man dann da das

110 Nachsorgeprogramm leitet?

111 B: Ja finde ich schon. Weil man (...) ja. 09:45:32

112 I: Okay dann (.) genau. Die nächste Frage hier wäre noch welche Voraussetzungen

113 sollten die teilnehmenden Patienten mitbringen damit das GRP-Programm möglichst

114 wirksam umgesetzt werden kann?

115 B: Meiner Meinung nach müssten die Patienten ein stabiles soziales Umfeld/ Also

116 auch die Eltern oder Angehörigen werden ja in dieser Leitlinie oft erwähnt, dass die

117 auch bei den Nachsorgeterminen mitkommen müssen und daher ist es halt eine

118 maßgebliche Voraussetzung, dass die ein stabiles soziales Umfeld haben. Dann eben

119 Kooperation also kooperative, motivierte Patienten sollten das sein/ und auch

120 Angehörige. Da müssten alle mit im Boot sein und ich finde auch dass die intrinsische

121 Motivation da sehr wichtig ist von den Patienten sowie auch den Angehörigen und

122 zudem sollten auch offene und ehrliche Gespräche möglich sein mit den Patienten.

123 Also man kennt die Patienten ja auch schon aus dem Alltag hier von Station und wenn
124 man einfach weiß die haben/ das wäre jetzt **der nächste Punkt was wichtig ist, die**
125 **Krankheitseinsicht und wenn hald eben die fehlende Krankheitseinsicht und sag ich**
126 **mal fehlende Ehrlichkeit in der Familie und auch der Pflegekraft gegenüber** nicht
127 gegeben ist dann wird es hald schwierig sag ich mal (.) diesen Plan zu erstellen. Dann
128 was ich noch wichtig finde/ das hat, sehe ich grade nicht wirklich was mit den
129 Patienten zu tun. Aber was wichtig ist, dass der Patient teilnehmen kann, dass die
130 **Eltern Verständnis für das Krankheitsbild haben.** Weil es werden ja auch die Ursachen
131 und der Ursprung wird da ja herausgearbeitet/ während der glaube zweiten Sitzung.
132 Und dafür ist es ja wichtig, dass die **Eltern da eventuell etwas einsichtig sind und**
133 **Verständnis zeigen, damit der Patient sich da auch voll öffnen kann** (..) Und dass die
134 auch **bereit sind ihre eigenen Verhaltensweisen zu hinterfragen.** Der **Patient sollte**
135 **keine Angst haben die Kindseltern oder die Angehörigen von ehrlichen Triggern zu**
136 **erzählen.** Das finde ich auch noch sehr wichtig.
137 12:07:34

138 I: Okay danke. Voll gut.

139 B: Danke. (lachend)

140 I: Dann sind wir auch schon bei der zweiten Dimension beziehungsweise Kategorie.
141 Das sind dann die Chancen und Möglichkeiten für die Pflegenden und für die Patienten
142 die sich daraus ergeben. Die erste Frage wäre welche Chancen oder Möglichkeiten
143 könnte die Anwendung der GRP für Sie als Pflegekräfte haben?

144 B: Also Chancen und Möglichkeiten sind natürlich, dass man **mehr Verantwortung**
145 **trägt und auch hat.** Und durch diese **Verantwortung, die man dazugewinnt durch die**
146 **Nachbetreuung und auch engeren Patientenbetreuungen oder Elterngespräche,** die man
147 führt wird/ kann ich mir vorstellen, dass auch **die Motivation für die Arbeit erhöht wird**
148 **also dass man einfach als Pflegekraft motiviert wird** weil man kennt es ja aus dem
149 Alltag desto mehr Verantwortung man trägt desto mehr motivierter ist man auch bei
150 der Arbeit und das kann ich mir da schon vorstellen. Was ich auch glaube, ist dass die
151 **Bezugspflege da qualitativ verbessert wird,** weil man einfach schon, wie ich vorhin
152 schon erwähnt habe/ meiner Meinung nach sollte man ja dann quasi **die Patienten, die**
153 **man quasi schon hier auf Station begleitet und Bezugspflege macht sollte man dann**
154 **quasi im Nachgang auch nachbetreuen.** Und da finde ich oder kann ich mir vorstellen,

155 dass während dem Aufenthalt schon eine intensivere Bezugspflege stattfindet, wenn
156 man weiß ich werde danach auch noch Elterngespräche führen und danach noch
157 Kontakt haben mit dem Kind. Was ich auch glaube ist nämlich, dass/ Oft ist es ja so
158 man behandelt die Patienten nur hier und dann werden die verlegt und oftmals werden
159 die ja von uns noch woanders hin verlegt bevor die nachhause gehen und dann ist es
160 schon ein bisschen so dass man oft hald denkt/ man weiß ja nicht was danach gemacht
161 wird. Es ist einfach nochmal eine neue Behandlung und da glaube ich hald eben schon,
162 wenn man aber von Anfang bis sozusagen Ende dran ist hat man einfach eine andere
163 Beziehung zu dem Kind/ zu dem Patienten und dadurch auch, sage ich mal, ein
164 besseres Verhältnis. 14:22:96

165 I: mhm. (bejahend) Okay. Ja?

166 B: Ja. Und ich glaube auch dass eine höhere Erfolgsrate bezüglich der Rückfallquote/
167 Also ich glaube, dass eine höhere Erfolgsrate quasi zur Genesung der Patienten/ Also
168 ich glaube auf jeden Fall, dass das etwas bringt. 14:44:35

169 I: Okay genau. Das kannst du dann gleich bei der nächsten Frage noch sagen.

170 B: Achso. (lachend) 14:50:85

171 I: Beziehungsweise ist das ja auch gut für die Pflegekräfte, weil das ja auch wieder in
172 die Motivation mit reinspielt, wenn du siehst, dass es deinem Patienten auch wirklich
173 besser geht.

174 B: Ja. 14:59:04

175 I: Jetzt welche Chancen und Möglichkeiten könnten ihre Patienten durch/ also die
176 Patienten jetzt/ durch die Anwendung haben?

177 B: Also geringere Rückfallquote. Dann eben auch gesündere und offene Beziehung zu
178 den Kindseltern oder Angehörigen dadurch, dass eben in diesen Sitzungen diese
179 Frühwarnzeichen, Trigger, Risikofaktoren besprochen werden, glaube ich zu
180 allgemein offenerem und ehrlicherem Umgang führt und dass die Eltern da auch die
181 Krankheit mehr kennenlernen und mehr Verständnis für das Krankheitsbild aufbringen
182 und dass das hald positive Auswirkungen auf den Patienten hat. Weil ich finde schon
183 dass psychische Krankheiten im allgemeinen einfach noch nicht wirklich/ oder
184 fehlende Anerkennung genießen sagen wir es mal so. Und dass diese Leitlinie schon
185 dazu führt, dass man mehr Verständnis für das Krankheitsbild gewinnt von dem

186 näheren Umfeld. Und ich glaube auch dass die/ ich nenne es jetzt einfach mal soziale
187 Wiedereingliederung so im Alltag, in der Schule, im Freundeskreis dadurch erleichtert
188 wird durch das Programm oder durch die Leitlinie. 16:17:18

189 I: Okay sehr gut. (unv.)

190 B: Ich habe noch eins was ich ergänzen würde bei Chancen und Möglichkeiten (unv.
191 Papier knistern). Quasi ein besserer Übergang von der stationären Behandlung zum
192 Leben zuhause. Weißt du was ich meine? Dass der Übergang nach der Entlassung
193 erleichtert wird durch das Programm. Und ich glaube es ist leichter, wie wenn man
194 danach ambulant angebunden ist (..) Weil es einfach dann doch der gleiche PED ist
195 mit dem man immer quasi die Gespräche geführt hat und ich glaube es ist ein
196 einfacheres Wiederankommen Zuhause, wie wenn man so wie bisher einfach nur eine
197 ambulante Therapie macht. 17:12:87

198 I: Okay sehr gut. Genau dann sind wir jetzt bei der dritten Dimension und zwar Risiken
199 und Herausforderungen für Pflegekräfte, auch die Institution also die Klinik und die
200 Patienten. Genau da wäre die erste Frage welche Risiken und Herausforderungen
201 könnte die Anwendung der GRP für Sie als Pflegekraft haben und für ihre Institution?

202 B: Okay also ich fang jetzt einfach mal an mit Risiken und Herausforderungen für die
203 Pflegekraft. Auf jeden Fall die Schulung die man, finde ich, absolvieren sollte und
204 auch (..) genau/ die Schulung die man absolvieren müsste. Dann Risiken sind natürlich
205 auch, dass man jetzt sich eventuell nicht mehr so gut abgrenzen kann, weil man dann
206 doch sag ich mal nochmal mehr Nähe zu dem Patienten und der Familie hat, wie wenn
207 man es nur/ hald quasi auf Station die Bezugspflege macht. Dann auch für die
208 Institution einfach, dass man nicht genug Zeit dafür hat. Also gerade Personalmangel,
209 Zeitmanagement, die allgemeine Organisation könnte eine Herausforderung werden.
210 18:39:62

211 I: mhm. (bejahend)

212 B: Und was ich auch noch finde was eventuell schwierig werden kann. Dass es gibt ja
213 wahrscheinlich oder es gibt ja Aufnahmebedingungen oder Kriterien die ein Patient
214 erfüllen muss um daran teilnehmen zu können und die muss man ja quasi/ also muss
215 man ja Patienten mit fehlenden sozialen Ressourcen ablehnen und das kann ich mir
216 auch sehr schwierig vorstellen da zu differenzieren wer darf und wer darf nicht

217 teilnehmen. (...) Auch wenn ich jetzt zum Beispiel einen Patient als Bezugskind habe
218 und dann muss man halt leider feststellen okay leider fehlen da die, sag ich mal,
219 Aufnahmekriterien für dieses Programm weil die Patientin zum Beispiel die Eltern
220 sind im Ausland oder wohnen 500 Kilometer weg, sie habe fast keinen Kontakt und
221 das Kind oder der/ die Jugendliche befindet sich schon in einer Wohngruppe wo
222 natürlich auch wieder Personalmangel ist und quasi keine Angehörigen jedes Mal zu
223 einer Sitzung mitkommen können, dann kann der Patient wahrscheinlich da einfach
224 nicht mitmachen weil dann dieses Programm nicht auf den Patient zutrifft oder der da
225 wahrscheinlich nicht davon profitieren wird. Und das dann eben als Pflegekraft schon
226 zu erkennen ist wahrscheinlich schon schwierig, weil man ja natürlich jedem Kind
227 helfen möchte aber halt mit diesem Präventionsprogramm da einfach keine Chance
228 dann hat. (...) Stell ich mir schon schwierig vor. 20:22:69

229 I: Ja. Das stimmt. Da habe ich selber noch gar nicht so daran gedacht.

230 B: Ja ich habe auch noch mir aufgeschrieben (..)/ Achso das ist jetzt schon die zweite
231 Frage oder? Welche Risiken und Herausforderungen halten Sie bei der Anwendung
232 der GRP bei ihren Patienten für möglich?

233 I: Ja wir können auch zwischen den Fragen switchen, wenn dir noch etwas einfällt.

234 B: Ah okay. Das ist die nächste Frage. Risiken und Herausforderungen bei den
235 Patienten da kann ich mir vorstellen eben dass die nicht ganz ehrlich sind oder die
236 Offenheit den Kindseltern gegenüber. Wir haben ja auch schon/ oder aus Erfahrung
237 kann ich ja sagen, dass die Patienten oft versuchen zu spalten, also nicht mal böswillig
238 aber einfach das ist ja die Krankheit, dass die einfach quasi zu ihren Gunsten da spalten
239 um möglichst viel Kontrolle zu erlangen und genau (.) um die Kontrolle ein Stück weit
240 abzugeben ist halt glaube ich schon eine Herausforderung (unv.) Gerade auch die
241 Benennung der Hilfspersonen. Sagen wir auch oder tun sie ja mehr oder weniger ein
242 Stück weit sagen okay die aktive Hilfsperson darf mich ja auch eingrenzen oder mir
243 sagen was ihr auffällt und ich stelle mir das schon schwierig vor. Wenn wir/ auf
244 Station, wenn wir den Patienten ein Feedback zum Essverhalten oder zum
245 Bewegungsdrang geben zum Beispiel ist es ja schon immer sehr schwierig weil das
246 Annehmen und sich dann eingrenzen zu lassen in der Verhaltensweise ist ja nicht
247 einfach und das dann auch noch von so nahestehenden Personen stelle ich mir auch
248 schwierig vor. Und genau. Das ist jetzt nur auf den Patienten bezogen. Ich finde aber

249 auch wenn man das mal auf die Angehörigen bezieht ist es super schwierig weil im
250 Endeffekt geben die ja/ **die Eltern wenn die ihr Kind bei uns in der Klinik abgeben ein**
251 **Stück weit auch die, sag ich mal, Kontrolle darüber oder die Verantwortung für die**
252 **Krankheit uns ab.** Ist ja auch gewollt und gut so aber dann **sind sie automatisch im**
253 **Positivkontakt weil wir ja die die ganze Zeit oder oft am Anfang im Negativkontakt**
254 **sind weil wir die Patienten nur eingrenzen und die Eltern ja** dann die Besuche machen
255 dürfen und **die schönen Momente** und ich kann mir vorstellen dass das quasi nach
256 Entlassung ja auch umswitched also durch das dass **die Eltern dann nach Entlassung**
257 **nicht mehr nur die schönen Dinge mit den Kindern teilen sondern auch für die**
258 **Eingrenzung verantwortlich sind und auch eben ein offenes Auge die Krankheit haben**
259 **müssen.** Das könnte glaube ich auch schwierig werden für den Patienten.
260 22:59:80

261 I: Ja. Okay. (...) (unv. Lachen) Dann war es das schon hier.

262 B: Dimension vier oder?

263 I: mhm. (bejahend) Genau. Da geht es jetzt um die Relevanz für das Praxisfeld und
264 um die praktische Umsetzung, was man dafür so braucht und da wäre die erste Frage
265 welche Aspekte oder Teile von dieser Leitlinie du als besonders relevant bewerten
266 würdest oder als besonders hilfreich bei der Rückfallprävention hier.

267 B: Also **besonders hilfreich und relevant finde ich Sitzung zwei weil hierbei ja die**
268 **Identifizierung der Trigger herausgearbeitet wird und das ja zu einer Diskussion über**
269 **den Ursprung und die Ursache der Krankheit führt.** Und das fand ich, wo ich das das
270 erste Mal gelesen habe, super interessant und auch wichtig. Genau finde ich sehr
271 wichtig und hilfreich für die weitere Bearbeitung. Und dann noch die **Dokumentation**
272 **in diesem Patientenbuch. Weil wie wir gerade ja schonmal gesagt haben versuchen**
273 **und die Patienten ja oft auch zu spalten oder wenn man dann sage ich mal doch etwas**
274 **sagt und dann aber doch wieder zurückrudert oder behauptet es wurde nie so**
275 **ausgemacht oder gesagt finde ich schon sehr gut und wichtig dass das alles**
276 **dokumentiert wird** und auch mehr oder weniger der Patient ja auch die Verantwortung
277 dafür trägt für die Dokumentation. Und dann kann man sich da immer wieder darauf
278 zurückberufen. Das finde ich sehr wichtig.
279 24:43:55

280 I: Okay gut also die zwei Sachen?

281 B: mhm. (bejahend) Finde ich jetzt am wichtigsten. 24:51:82

282 I: Gut. Genau dann geht es bei der nächsten Frage darum welche Aspekte oder Schritte
283 von der Leitlinie deiner Meinung nach so hier nicht umgesetzt werden können.

284 B: Also wie am Anfang schonmal gesagt, finde ich es auf der/ im geschützten Bereich
285 sehr schwierig das zu machen, weil wir ja die Patienten vom geschützten Bereich sage
286 ich mal (...) wenn sie jetzt nicht gegen ärztlichen Rat entlassen werden, werden die ja
287 nach dem geschützten Bereich mit einer Essstörung nie nachhause entlassen. Die
288 kommen ja immer noch auf den offenen Bereich oder in eine Wohngruppe für
289 Essstörungen. Daher ist es halt irgendwie super schwierig das dann zu machen, weil
290 wenn die dann noch im offenen Bereich sind haben die ja eine Bezugspflege und ihre
291 Konzepte, da können wir ja dann nicht noch mitmischen von Station. Deswegen
292 könnte man das ja eventuell/ Da sind wir auch schon bei der zweiten Frage, ich switche
293 einfach mal kurz. Wenn **man das jetzt auf den geschützten Bereich anpassen würde,**
294 **könnte ich mir vorstellen, dass man das in einer abgespeckten Form oder einfach ein**
295 **bisschen heruntergebrochen erstmal auf TUs oder SEVs bezieht.** Da könnte ich mir
296 vorstellen, dass man **im Rahmen der Bezugspflege einfach diese**
297 **Bezugspflegegespräche/ da kann man ja auch schon die Eltern mit ins Boot holen/**
298 **dafür führt und dann eben diese Risikofaktoren, Trigger und Frühwarnzeichen auf den**
299 **SEV bezieht oder auf den TU bezieht.** Dass man eben sagt okay was sind so die Trigger
300 oder welche, sag ich mal, **Probleme oder Unannehmlichkeiten könnten quasi jetzt im**
301 **TU oder im SEV vorkommen und wie reagier ich da.** Also dass man quasi **das was**
302 **man sonst eigentlich auf den Alltag bezieht zuhause erstmal nur für den Tagesbesuch**
303 **oder Tagesurlaub oder die Übernachtung zuhause bezieht.** Und dann kann man das ja
304 auch noch so evaluieren, quasi im nächsten Bezugspflegegespräch, dass man das quasi
305 erstmal so wöchentlich macht. Weißt du was ich meine? 26:50:36

306 I: Ja.

307 B: Immer von SEV zu SEV und guckt okay wie hat das jetzt funktioniert, wenn man
308 zum Beispiel sagt okay ich hab Sch/ **Am Anfang haben die halt wahrscheinlich auch**
309 **Schwierigkeiten, wenn sie keinen Essensplan ja daheim haben, sondern die müssen ja**
310 **dann sich einfach so eine Zwischenmahlzeit aussuchen oder mal so ein Abendessen**
311 und dann können ja die erste Risik/ Also das erste Risiko ist ja dann schon quasi
312 **zuhause den Kühlschrank aufzumachen und die völlige Überforderung zu haben was**

313 esse ich jetzt? Und hier auf Station kriegt man es ja ganz klar quasi noch auf den Tisch
314 gelegt und da isst man halt das was man immer isst. Und wenn es halt dann zuhause
315 nicht den Joghurt gibt den es auf Station gibt, wie gehe ich damit um? Wie würden
316 Freunde damit umgehen? Oder genau. Dass man das eben so anpasst erstmal auf die
317 SEVs und dann idealerweise findet ja irgendwann die Verlegung in den offenen
318 Bereich bei uns statt auf Station drei und dass man dann eben das so ein bisschen
319 anpasst. Wenn man von dem offenen Bereich dann entlassen wird kann man das finde
320 ich dann schon so machen wie es das GRP beschreibt aber genau. So quasi erstmal
321 eine abgespeckte Form auf dem geschützten Bereich und dann eben von hier
322 nachhause. 28:00:40

323 I: Genau jetzt hast du eigentlich auch schon voll die nächste Frage beantwortet, wie
324 das hier aussehen könnte.

325 B: Ja, stimmt. 28:09:44

326 I: Aber das ist ja dann voll gut. Genau also abgesehen von dieser Anpassung mit der
327 abgespeckten Version, was du beschrieben hast, fällt dir noch etwas ein wie das hier
328 aussehen könnte?

329 B: Ja so (..) Zum einen/ das habe ich ja schon ein paar Mal gesagt, dass ich finde, dass
330 immer quasi der Bezugs-PED zum Bezugskind sollte die Leitlinie oder das GRP
331 begleiten oder nachbetreuen. Dass das einfach auch Sinn macht sage ich jetzt mal und
332 jetzt nicht wieder eine neue Person da mit involviert wird. Also es sollte auf jeden Fall
333 der Bezugs-PED sein, der das nachbetreut. Und was ich dann auch wichtig finde, um
334 das hier umzusetzen, dass man halt regelmäßig schon bei Elterngesprächen dabei ist,
335 damit mal halt auch die Eltern und die Familie schon kennenlernt und da schon mit
336 involviert ist. 29:06:27

337 I: Okay. (...) fertig? (lachend)

338 B: Ja (lachend) 29:16:50

339 I: Genau dann die nächste Frage ist was würdest du oder man hier als Pflegekraft für
340 Hilfsmittel benötigen um die Leitlinie umsetzen zu können?

341 B: Wie auch schon erwähnt die Schulung für die Leitlinie würde ich wichtig finden.
342 Dann (lachend) mehr Personal wahrscheinlich und mehr Zeit. Genau (...) Ja. 29:46:18

343 I: Okay. Gut. Genau dann sind wir hier auch schon bei der letzten Frage und zwar was
344 könnten deiner Meinung nach Gründe sein, dass die Leitlinie in erster Linie von einer
345 Pflegekraft umgesetzt werden soll?

346 B: Also ich finde die Patientennähe hat der Bezugs-PED einfach, finde ich, mehr als
347 der fallführende Therapeut und dadurch dass wir sowieso schon die Alltagssituationen
348 mit den Patienten bewältigen und da quasi mit denen Alltagsproblematiken mehr
349 vertraut sind glaube ich dass es einfacher ist die Alltagsstrukturierung den PED
350 machen zu lassen also statt den Therapeuten. Ich finde eben dadurch, dass wir ja quasi
351 die Aufgaben der Eltern hier im stationären Setting mehr oder weniger teilweise
352 übernehmen, also die Alltagsstrukturierung, wann steht man auf, wann macht man sich
353 fertig, wann habe ich welche Termine? Das machen ja alles wir und auch die
354 Eingrenzung im Essen, das haben ja vorher die Eltern gemacht. Und da finde ich
355 schon, dass die Eltern diese Verantwortung uns übergeben hier auf Station und wenn
356 wir sie eben nachhause entlassen tun wir die Verantwortung den Eltern wieder
357 übergeben. Und daher finde ich das nur richtig und auch wichtig, dass das eine
358 Pflegekraft begleitet und nachbetreut, weil wir die Kinder in diesen Alltagssituationen
359 ja schon kennen und auch wissen wie die da oftmals reagieren. Weil es ist ja jetzt schon
360 so dass oft die Patienten in den Therapien Sachen mit den Therapeuten besprechen und
361 ausmachen und wenn die Therapeuten uns das dann übergeben sagen wir dann nein
362 also das ist irgendwie quasi so utopisch, das schafft das Kind noch nicht und die
363 können das hald, finde ich, teilweise nicht richtig einschätzen, was man einem Kind
364 schon zutrauen kann und was nicht, weil die einfach nicht so nah am Patienten arbeiten
365 und daher glaube ich dass es auf jeden Fall die richtige Wahl ist dass das eine
366 Pflegekraft nachbetreut. Auch weil wir aus unserer Arbeit im Alltag mit den Patienten
367 viele Alltagsbewältigungen schon kennen und einfach wissen, aus Erfahrung, was dem
368 Patienten helfen könnte und da mehr Erfahrung einfach haben. 32:18:79

369 I: Okay gut. Dann sind wir schon bei den Abschlussfragen angekommen. Genau und
370 jetzt will ich einfach nur nochmal so deine allgemeine Einschätzung zur Wirkung und
371 Umsetzbarkeit haben und zwar ist die erste Frage wann ist deiner Meinung nach die
372 Implementierung der Leitlinie in dem Praxisfeld realistisch? Da kannst du nochmal
373 die drei wichtigsten Faktoren nennen die dir da aufgefallen sind.

374 B: Also mit der Frage wann ist schon der Zeitraum gemeint oder? Also zum Beispiel
375 in ein bis zwei Jahren wäre das realistisch aus den und den Gründen. 33:00:82

376 I: Genau also alles Mögliche. Du kannst den Zeitraum sagen, du kannst nochmal auf
377 Sachen hinweisen die man dafür benötigt.

378 B: Ah okay. Ich habe mir jetzt meine Gedanken dazu gemacht und dachte hald so wie
379 realistisch wäre zum Beispiel/ man könnte ja in ein, zwei Jahren, finde ich könnte man
380 erst beginnen, weil/ Und die für mich drei wichtigsten Faktoren sind zum einen die
381 Schulung, damit die Pflegekräfte zu dieser Leitlinie richtig geschult sind, finde ich
382 sehr wichtig, dass das einfach auch qualitativ hochwertig ist. Also dass die Qualität
383 stimmt. Dann die Erarbeitung der Aufnahmekriterien für die Patienten sollte ja auch
384 passen, weil wie wir vorhin ja schon mal hatten bei einer Frage müssen die ja schon
385 einige Voraussetzungen und Ressourcen mitbringen, also der Patient sowie die
386 Familie, und das finde ich sollte man eben gut erarbeiten und verschriftlichen. Und
387 drittens wäre dann eben die Organisation und Struktur. Auch eventuell gegebenenfalls
388 eine Konzeptbesprechung, dienstplanmäßig und personell müsste man da einfach viel
389 organisieren. Wann macht man diese Gespräche, wie plant man das ein? Plant man
390 das/ Also wer macht die Planung der Gespräche? Durch den Schichtdienst ist es ja
391 auch nicht einfach, dass jeder mit seinen eigenen Bezugskindern das plant, sondern
392 dann wäre es eventuell gut, wenn die Stationsleitung das alles organisiert und managt
393 und quasi bei den Pflegekräften im Dienstplan vermerkt, wenn die Gespräche sind.
394 Dann stelle ich mir hald auch schwierig vor/ Oftmals wird ja getauscht, sage ich mal,
395 im Team. Aber wenn man dann so einen verbindlichen Termin hat kann man den ja
396 nicht einfach wegtauschen. Also genau das finde ich schon sind so wichtige Faktoren,
397 die man da berücksichtigen muss, dass sowas funktioniert. 34:51:04

398 I: Ja. Da hast du auf jeden Fall Recht. Okay dann sind wir schon wieder bei der
399 nächsten Frage und zwar wie schätzt du deine eigene Motivation und auch die
400 Motivation der Kollegen ein sowas neues zu implementieren?

401 B: Ich schätze die Motivation da sehr hoch ein. Von mir und auch von meinen
402 Kollegen. Weil, wie vorhin auch schonmal erwähnt, zum einen mehr Verantwortung,
403 sage ich mal, motiviert die Menschen immer und ich glaube auch, dass/ Man muss es
404 natürlich erstmal eine Weile machen, um die Erfolgsrate zu sehen aber dass auch die
405 Erfolge der Patienten die Mitarbeiter motivieren das zu machen, dieses Programm.

406 Und dann glaube ich auch noch, dass es **sehr schön und auch interessant ist zu sehen**
407 **was passiert eigentlich nach der Entlassung? Weil das kriegen wir ja nie mit.** Bei uns
408 geht es ja eigentlich immer nur um die Verlegung auf die offene Station. Okay jetzt
409 haben wir seit zwei, drei Wochen eine eigene offene Station, das ist nochmal etwas
410 Neues. Da haben wir bis jetzt noch nicht viel Erfahrung wie das dann ist mit Entlassung
411 aber **ich glaube, dass durch die Nachbetreuung einfach auch die Qualität der**
412 **Behandlung hier auf Station verbessert werden kann, da wir einfach dann hautnah**
413 **miterleben was sind denn eigentlich die Trigger und das Risiko nach einer Entlassung**
414 **zu Hause, was sind die Schwierigkeiten,** wo tun sich die Patienten eventuell schwer,
415 was fällt denen dort schwer, was brauchen die noch zu Hause? Finde ich/ Wenn wir das
416 nämlich **in der Nachbetreuung natürlich hautnah miterleben können wir eventuell**
417 **schon unsere stationäre Behandlung dadurch verbessern, weil wir genau wissen was**
418 **kommt bei Entlassung auf die Patienten zu.** Und das finde ich können wir jetzt aktuell
419 noch nicht so gut einschätzen, weil wir einfach fast nie Entlassungen nach Hause
420 nachbetreuen. Wir kriegen das ja nur mit durch die ambulanten Therapeuten, wenn die
421 uns mal ab und zu sagen der Person geht es gut oder nicht so gut oder die steht schon
422 wieder auf der Warteliste. Dann wissen wir hat nicht funktioniert aber wir wissen nicht
423 warum hat es nicht gut funktioniert. Genau und ich glaube, dass das auch die Qualität
424 der Pflegekräfte verbessert und auch die Qualität der stationären Behandlung. 37:13:62

425 I: Voll gut. Danke. Okay dann die dritte Frage hier ist ob dann eben die Leitlinie und
426 das dazugehörige Programm für euch Pflegekräfte und die Patienten eine Möglichkeit
427 wäre das Rückfallrisiko zu senken und einen Rückfall frühzeitig zu erkennen.

428 B: Ja auf jeden Fall. (...) Das habe ich ja quasi jetzt schon beantwortet. 37:41:30

429 I: Ja aber ist ja okay. Bei so einem Fragebogen kann man da ganz gut switchen.

430 B: Ah okay gut. 37:47:98

431 I: Also ist nicht schlimm.

432 B: Genau also wie gesagt das ist jetzt eigentlich quasi fast das gleiche. Da die Patienten
433 und die Pflegekräfte die Trigger dann kennen und wissen welche Maßnahmen helfen
434 und weil eben die Kindseltern mit im Boot sind (...) **Glaube ich schon, dass man**
435 **dadurch das Rückfallrisiko senken kann und eben frühzeitig erkennt.** Weil, wie gerade
436 schon erwähnt, wenn die Patienten quasi hier in Behandlung sind, dann entlassen

437 werden und dann eine ambulante Therapeutin haben. Die ambulante Therapeutin muss
438 den Patienten ja auch erst wieder neu kennenlernen und auch erst wieder neu merken
439 was sind die Trigger, was sind die Ursachen, was war der Ursprung der Krankheit und
440 bis das quasi wieder in der Therapie erarbeitet wird sind teilweise wahrscheinlich auch
441 schon irgendwie achtzehn Monate fast vorbei und ich glaube hald schon, dass es
442 deswegen auch diesen Zeitraum gibt, wo eben die Rückfallrat/ das Rückfallrisiko so
443 hoch ist. Weil man sich erstmal neu öffnen muss, man muss erstmal wieder quasi von
444 Anfang an anfangen eigentlich und ich glaube würde das eine Person die hier schon
445 quasi für den Patienten zuständig war Zuhause nachbetreuen, könnte man hald einfach
446 so einen/ wie sagt man?/ einen guten Übergang hinbekommen. Und müsste nicht
447 nochmal von vorne anfangen.
448 39:12:49

449 I: Genau da ist dann ja nicht dieser Versorgungsabbruch den man so oft beobachtet.

450 B: Genau. Genau. 39:23:36

451 I: Okay dann sind wir bei der allerletzten Frage und zwar könntest du dir vorstellen
452 die zuständige Pflegekraft zu sein bei der Umsetzung von dem Programm?

453 B: Ja. Auf jeden Fall. Ich könnte mir das sehr gut vorstellen weil wenn ich jetzt die
454 Bezugspflege schon mache mit meinen Patienten hier auf Station, dann ist es auch
455 wieder, wie bei der Antwort die ich vorhin schonmal gegeben habe, so dass ich oft
456 hald irgendwie weiß okay ich bin jetzt hier quasi zuständig um einen Patienten jetzt
457 irgendwie aufzupäppeln also quasi die Gewichtszunahme muss gesteigert werden, die
458 sollen kognitiv wieder mehr Fähigkeiten erlangen und dann werden die ja relativ
459 schnell schon auf den offenen Bereich verlegt. Und dann ist man ja irgendwo nicht
460 mehr zuständig, weil dann ist eine andere Station da und da finde ich hat man schon
461 während der Bezugspflege und während der aktuellen Behandlung teilweise nicht SO
462 großes Interesse auch in die Familiengeschichte einzutauchen oder in die
463 Elterngespräche mitzugehen, weil man einfach/ also weil man irgendwie weiß man
464 wir das nicht bis zum Ende mit betreuen. Und ich glaube aber diese Aussicht und auch
465 die Möglichkeit quasi bei der Nachbetreuung mit dabei zu sein wird quasi auch die
466 Qualität der Bezugspflege auf Station verbessern und dadurch auch die Motivation von
467 den Mitarbeitern. Also bei mir wäre das auf jeden Fall so, dass ich da unfassbar gerne
468 dabei wäre bis zum Ende und allein auch wegen dem Erfolgserlebnis, was man dann

469 natürlich hat, wenn man da einem Patienten helfen kann. Und ich glaube, dass das
470 Präventionsprogramm den Patienten hilft. 41:15:93
471 I: Okay. Danke.

1 **Transkript Experte 2, Datum: 27.04.2023, Dauer: 42:30 Minuten**

2 I: Genau dann würde ich mir den Einstiegsfragen beginnen. Da würde ich gerne
3 erstmal einen Überblick über dich und deine Erfahrungen gewinnen. Da wäre die erste
4 Frage welcher Berufsgruppe du dich zuordnest und wie lange du schon auf dieser
5 Station hier arbeitest?

6 B: Genau also ich arbeite im Pflege- und Erziehungsdienst seit (...) jetzt muss ich kurz
7 rechnen (...) siebeneinhalb Jahren tatsächlich. 00:33:53

8 I: Aber dann schon siebeneinhalb Jahre hier auf Station?

9 B: mhm (bejahend) 00:35:89

10 I: Echt?

11 B: mhm (bejahend) und ich glaube seit (..)/ Stationsleitung ist ja seit zwei Jahren und
12 Stellvertretung war ein Jahr davor glaube ich noch also (...)/ 00:55:71

13 I: Also seit drei Jahren circa.

14 B: Also drei Jahre circa. 01:02:27

15 I: Okay genau und du bist Gesundheits- und Krankenpflegerin?

16 B: Genau ich bin Gesundheits- und Krankenpflegerin, habe auch Pflege dual studiert
17 und habe noch einen Master in Mental Health. 01:16:44

18 I: Hast du den an der Hochschule München gemacht?

19 B: mhm (bejahend) 01:24:47

20 I: Ah das ist der den ich auch machen will.

21 B: Ja cool. Echt? 01:27:59

22 I: Ja.

23 B: Sehr gut. Kann ich dir sehr empfehlen. 01:30:98

24 I: Ja?

25 B: Ja. Ich würde es nicht während Corona/ während einer Pandemie machen. 01:35:05

26 I: Ja stimmt.

27 B: Aber im besten Fall ist keine Pandemie dann wenn du studierst. 01:39:22

28 I: Aber das ist ja nur jedes zweite Jahr zum Wintersemester deswegen/ da ist
29 hoffentlich eh schon alles Geschichte.

30 B: Kann ich dir sehr empfehlen. 01:48:92

31 I: Okay. Na dann. Genau die nächste Frage ist ob es eine besondere Fortbildung,
32 Therapie oder Rolle zur Behandlung von Anorexie in deinem Praxisfeld gibt? Also
33 hier auf Station oder hier in der Klinik.

34 B: Was meinst du mit Rolle? 02:03:65

35 I: Rolle ist zum Beispiel eben sowas wie Bezugspflege oder so eine bestimmte
36 Ausbildung wie Skilltraining oder so was halt hier angewendet wird in der Therapie
37 von Anorexie.

38 B: Okay also bestimmte(..)/ Genau wir haben (...)/ Soweit ich weiß haben wir keine
39 spezielle Fortbildung zur Anorexie. Es gibt ja Dienstag und Donnerstags immer wieder
40 Fortbildungen im vierten Stock von den Ärztinnen und Psychologinnen und da gibt es
41 unter anderem auch immer wieder auch sozusagen **Fortbildungen zum aktuellen Stand**
42 **der Wissenschaft bezüglich Anorexie und Behandlung von Anorexie** und es gibt auch
43 **immer mal wieder Kolloquien im Haus**. Da weiß ich noch irgendwie letztens von einer
44 Ärztin die eben auch zu dem Thema forscht und da ihre neuesten Studienerkenntnisse
45 vorgestellt hat also das gibt es als Fortbildung. Gut da widerspreche ich mir jetzt
46 gerade, dass es nichts gibt. Wir haben schon auch eine recht **ausformulierte Richtlinie**
47 **nach der wir arbeiten** und die schon mit dem Aufbau der Klinik entwickelt wurde von
48 einer Arbeitsgruppe: Oberärzte, Assistenzärzte und Ernährungstherapeuten und
49 Pfleger waren dabei und haben diese Richtlinien erstellt und die wurden jetzt auch
50 immer wieder erarbeitet auch zusammen mit der Ernährungstherapeutin und diese
51 Richtlinien nach denen arbeiten wir ja. Die richten sich auch nach dem aktuellen Stand
52 der Wissenschaft und aber (..) die sind sehr verhaltenstherapeutisch geprägt. Das ist ja
53 dieses Stufenmodell. Weiß nicht soll ich das weiter ausführen?
54 04:33:83

55 I: Musst du nicht.

56 B: Dann zur Rolle ja **wir haben auf jeden Fall spezielle Ernährungstherapeutinnen hier**
57 **in der Klinik die zusätzlich noch zum Thema Anorexie sehr bewandert sind und**

58 Einzelernährungstherapie machen und auch Gruppentherapie. Kochgruppen,
59 Genussgruppen anbieten und ja (..) ansonsten würde ich sagen dass die Pflege und
60 auch die Assistenzärztinnen schon sehr auf dieses Krankheitsbild spezialisiert sind
61 weil einfach wir/ die Klinik den Ruf hat dass (...) dass sie einen Fokus auf
62 Essstörungen hat obwohl das gar nicht so irgendwie jetzt im Intranet oder im Internet
63 irgendwie so dargestellt wird. Also aber trotzdem hat sich das so weitergesprochen
64 durch diese Richtlinien und dem Konzept eben das auch stationsübergreifend gelebt
65 wird. Oder? (...) Dadurch kommen/ kriegen/ werden viele Patientinnen hier
66 angemeldet mit einer Anorexie und wir haben einen großen Durchlauf an Patientinnen
67 mit Anorexie und dadurch haben auch die Pflege und die Assistenzärztinnen recht viel
68 Erfahrung mit diesem Krankheitsbild. 06:08:04

69 I: Okay.

70 B: Würde ich mal behaupten.

71 I: (lachen)

72 B: Tut mir leid, dass ich so stottere. Ich bin einfach ein bisschen müde und muss meine
73 Gedanken erstmal sortieren.

74 I: Alles gut. Wir haben Zeit. Dann könnten wir eigentlich schon zur nächsten Frage
75 und zwar wie du die Rückfälle bei Anorexie hier auf Station in deinem Praxisfeld
76 erlebst. Also fällt dir da etwas Bestimmtes auf?

77 B: Ja. Also ich erlebe tatsächlich das schon so dass viele Patientinnen sogenannte
78 Drehtürpatientinnen sind und immer wieder kommen. Tatsächlich fehlen mir die
79 Zahlen dazu also ich weiß gar nicht ob das sozusagen (...unv.) ob das überhaupt ins
80 Gewicht fällt, wenn man das jetzt mal statistisch auswerten würde. Aber die
81 Patientinnen die wir aufnehmen bei uns auf Station drei sind ja meistens sehr schwer
82 krank, haben einen schweren chronischen Verlauf und diese Patientinnen kommen
83 nach meinem Empfinden/ kommen die meisten eigentlich mindestens noch einmal
84 wieder bis sie achtzehn sind. Aber ich glaube das ist auch wirklich verzerrt dadurch,
85 dass wir eine Station sind die nur sehr, sehr schwer kranke Patienten aufnimmt eben
86 durch diesen geschützten Rahmen oder dieses intensiv-Setting jetzt auch im offenen
87 Bereich. Da nehmen wir eigentlich nur die Patienten auf die schon sehr chronisch

88 krank sind. Genau. Aber ich habe das Gefühl, dass wir/ dass sie sehr häufig also zwei,
89 dreimal eigentlich zwischen zehn und achtzehn in Kliniken sind mindestens. 08:11:58

90 I: Ja okay. Genau dann würde ich gleich weitermachen und zwar wie bisher die
91 Rückfallprophylaxe aussieht hier auf Station oder hier in der Klinik? Welche
92 Interventionen schon umgesetzt werden und was du als Pflegekraft dabei vielleicht für
93 eine Aufgabe hast?

94 B: Ja also tatsächlich entlassen wir ja recht selten Patientinnen direkt wieder von
95 unserer Station ins häusliche Umfeld oder in eine Anschlussmaßnahme vom
96 Jugendamt. Meistens **verlegen wir die Patientinnen erstmal auf eine offene Station** und
97 da muss ich ehrlicherweise zugeben, **dass wir uns wenig mit dem Thema**
98 **Rückfallprophylaxe beschäftigen und ich gehe/ wahrscheinlich ist das auch eher naiv,**
99 **davon aus/ dass das auf den offenen Stationen eher Thema ist und dann ja meistens da**
100 **nochmal irgendwie angesprochen wird.** / Hoffe ich zumindest/ Wenn wir Patientinnen
101 von uns aus entlassen dann ist es meistens so dass wir mit denen eher einen kurzen
102 Krisenplan besprechen. Aber das ist eigentlich eher ein Plan für den akuten Notfall,
103 wenn jetzt wirklich eine akute Krise da ist oder die Patientinnen stark schon wieder
104 abgenommen haben oder im schweren Untergewicht sind dann besprechen wir mit
105 denen was sie machen können, wo sie sich hinwenden können. Aber das ist eher ein
106 Krisenplan und keine Prophylaxe, keine Rückfallprophylaxe in dem Sinne. Ja
107 Rückfallprophylaxe planen wir insofern, **dass wir natürlich überlegen was brauchen**
108 **die nach der/ was brauchen die für ambulante Betreuung und Hilfen, gerade vom**
109 **Jugendamt und die bahnen wir tatsächlich ja schon häufig auch an zusammen mit der**
110 **Sozialpädagogin. Dass wir uns überlegen/ dass wir uns die Familien gut anschauen**
111 **und wenn wir merken dass das wahrscheinlich zuhause nicht mehr möglich ist zu leben**
112 **oder es nicht möglich ist die zurück ins häusliche Umfeld zu integrieren dass wir ja**
113 **dann schon eben weitere Hilfen anbahnen und planen und mit denen erarbeiten.** Aber
114 auch da ist unsere Aufgabe eher das so anzubahnen und die damit sozusagen erstmal
115 zu konfrontieren, dass wir da irgendwie Probleme sehen aber auch das wird meistens
116 auf den offenen Stationen dann irgendwie ausgefeilt und weiß ich nicht, therapeutische
117 Wohngruppen besichtigt und solche Sachen also das/ wir sprechen das ja meistens eher
118 nur an und geben die Rückmeldung, dass wir das als nötig erachten. So. 11:24:98

119 I: Okay.

120 B: Ja ach so und dann glaube ich dass es dann ja immer noch ein Thema ist wenn die
121 dann entlassen werden dass wir die/ wie ist das denn?/ an die Ambulanz auch teilweise
122 anbinden. Also das ist glaube ich auch schon/ hat auch **einen prophylaktischen Aspekt,**
123 **dass wir die, je nachdem wenn die noch keine niedergelassene Therapeutin haben/ das**
124 **empfehlen wir ja auch den meisten immer dass wir die zur Überbrückung dann in der**
125 **Ambulanz eben noch sehen und da auch wiegen und den Verlauf kontrollieren.**

126 12:05:01

127 I: Okay.

128 B: Also ich finde das auch oder (..) im weitesten Sinne. 12:09:95

129 I: Joa zählt schon//

130 B: //zur Rückfallprophylaxe// 12:12:29

131 B: Die GRP-Leitlinie nein die kenne ich noch nicht. Ist mir ganz neu (lachend)
132 12:20:33

133 I: Okay umso besser, dass du heute da bist. Genau dann sind wir schon bei den
134 Hauptfrage. Die habe ich in vier Dimensionen eingeteilt und zwar strukturelle und
135 personelle Voraussetzungen, Chancen und Möglichkeiten für Pflegenden und
136 Patienten, Risiken und Herausforderungen für Pflegekräfte, die Institution und
137 Patienten und Relevanz für das Praxisfeld und praktische Umsetzung. Genau.

138 B: Ja, voll gut. 12:47:51

139 I: Genau also dann das erste: Strukturelle und personelle Voraussetzungen da wäre die
140 erste Frage welche Voraussetzungen in Bezug auf Struktur und Organisation die
141 Implementierung von dieser Leitlinie hier haben könnte?

142 B: Welche Voraussetzungen in Bezug (unv. Flüstert) (...) Also was brauchen wir an
143 Strukturen und Organisation um das zu implementieren? 13:14:02

144 I: Genau.

145 B: Sozusagen.

146 I: Was muss davor geklärt sein zum Beispiel damit das überhaupt denkbar wäre?

147 B: Ja. Also ich glaube ein **Problem sind wirklich diese Settingwechsel und die damit**
148 **auch einhergehenden Therapeuten- und Bezugspflegewechsel also, dass die/ die**

149 kommen bei uns an und wir lernen die kennen, stellen die Weichen neu und dann
150 werden sie aber meistens nochmal verlegt auf eine offene wie ich eben schon vorhin
151 meinte und oder auch in die TK. Und ich glaube da wäre es irgendwie wichtig, dass
152 die Übergaben gut funktionieren oder im besten Fall Therapeuten also fallführende
153 Therapeutin bereichsübergreifend bleiben damit die wirklich die Patienten gut
154 kennenlernen und mit denen eben im Verlauf ja schon Risikofaktoren und Trigger und
155 so weiter herausarbeiten können. Also das fände ich irgendwie wichtig. Ansonsten ja
156 brauchen wir auf jeden Fall Schulungen dazu die Teams müssten da darauf
157 sensibilisiert werden auf dieses/ die Leitlinien und das Manual, weil wir kennen das ja
158 noch gar nicht und (...) was bräuchten wir noch? Ja wir müssten enger mit der
159 Ambulanz zusammenarbeiten also wir bräuchten in der Ambulanz eben vielleicht auch
160 Pflegende die dann diese Termine weiter wahrnehmen und das würde ja total Sinn
161 machen wenn das vielleicht auch die Bezugspfleger aus den Stationen machen
162 würden (...) genau. Wir brauchen sicherlich auch die Ressourcen also das stell ich/
163 also das ist ja ein erheblicher Mehraufwand diese ganzen Termine also man bräuchte
164 auch das Personal dafür/ das qualifizierte Personal dafür/ um dann diese Termine
165 wahrzunehmen. 15:30:09

166 I: mhm okay.

167 B: Welche Voraussetzungen sollte eine Pflegekraft erfüllen? Genau, also ich finde sie
168 sollte auf jeden Fall dreijährig examiniert sein und mit diesem Krankheitsbild erstmal
169 erfahren sein also ich würde sagen zwei Jahre Berufserfahrung sollten die Pfleger
170 auf jeden Fall haben und sie sollten dann eben eine Schulung in dieser Leitlinie und
171 dem Manual haben und auch im/ also in Gesprächsführung und Beratung sollten die
172 geschult sein und da ja/ 16:24:16

173 I: Okay genau dann auch noch die Voraussetzungen die deiner Meinung nach die
174 teilnehmenden Patienten mitbringen sollten damit das Programm möglichst wirksam
175 umgesetzt werden kann. Wenn du willst, kannst du auch noch etwas zu den Eltern
176 sagen wenn dir was einfällt. Genau aber erstmal Patienten.

177 B: Ja also ich glaube die Patientinnen müssen auf jeden Fall würde ich sagen eher
178 Jugendliche sein also eher so ab zwölf, dreizehn würde ich sagen also ältere
179 Patientinnen die auch ja einige reflexive also/ sich gut reflektieren können, die eine
180 Krankheitseinsicht haben und motiviert sind eben an dem Thema weiter dran zu

181 bleiben. Ich glaube auch dass es wichtig ist eine **große soziale Unterstützung zuhause**
182 **zu haben, ein sicheres, stabiles Umfeld**. Die **Eltern müssen ja auch mit dabei sein, die**
183 **müssen auch zuhause ja dann eben als Hilfsperson einsetzbar sein**, also das sozusagen
184 ist eine wichtige Voraussetzung. Ich könnte mir aber auch vorstellen, dass wenn
185 jemand in einer therapeutischen Wohngruppe ist, dass man (..)/ dass es da auch
186 Möglichkeiten/ dass auch diese Patienten schon irgendwie daran teilnehmen könnten.
187 Aber da müsste dann eher so die TWG das mitunterstützen und begleiten.
188 18:07:18

189 I: Also da wäre dann ja jemand von denen sozusagen die Elternrolle.

190 B: Genau. Ja.

191 I: Okay, Ja genau. Dann Chancen und Möglichkeiten für Pflegende und Patienten ist
192 der nächste Punkt, also die nächste Kategorie. Genau da wäre die erste Frage welche
193 Chancen und Möglichkeiten die Anwendung von der Leitlinie für dich als Pflegekraft
194 haben könnte oder für euch?

195 B: Also ich glaube das ist eine große Chance mit/ Also **selber persönlich zufriedener**
196 **aus der Arbeit rauszugehen, weil man im besten Fall mehr Erfolgserlebnisse sieht,**
197 **Verbesserungen und Stabilisierung von Patienten**. Also wir haben häufig fragen wir
198 uns ja was ist mit den Patienten und **wir bauen hier eine Beziehung auf und dann bricht**
199 **die so abrupt ab also ich glaube schon, dass es für die eigene Zufriedenheit in der**
200 **Arbeit wichtig ist zu sehen wie geht es weiter, wie geht es dem Patienten und hat es**
201 **Sinn was wir tun sozusagen**. Und hat es im besten Fall eine positive Wirkung und ich
202 glaube ja dass wir auch deutlich zufriedener wären weil ich habe das schon häufig dass
203 ich dann ja nicht persönlich frustriert aber schon also sozusagen **auf der Arbeit**
204 **irgendwie mich frage macht das Sinn was wir machen und wieso sind die**
205 **Rückfallquoten so hoch** oder wirken sie so hoch auf mich. Genau ich glaube das ist
206 **eine Chance**, also eine ganz egoistische, persönliche Chance und (...) ja ich glaube
207 dass wir einfach/ aber das ist dann vielleicht schon die zweite Frage/ dass man im
208 besten Fall wirklich **die Patienten besser unterstützen kann und sie noch mehr**
209 **reflektieren können was sie brauchen dann zuhause um mit den verschiedenen**
210 **Risikofaktoren und Triggern klarzukommen** weil wenn sie bei uns auf Station sind,
211 sind sie ja eigentlich im sehr geschützten Rahmen und stabilisieren sich ja eigentlich
212 in der Regel doch mit viel Geduld und Zeit ja ganz gut aber das ist nicht das echte und

213 reale Leben und deswegen wäre das eine große Chance da sozusagen sie auch in ihrem
214 häuslichen Umfeld dann und im realen Leben zu stabilisieren und zu begleiten und zu
215 unterstützen auf lange Sicht und das würde natürlich also die ganze Perspektive der
216 Patientin beeinflussen. Ob es überhaupt ein chronischer Verlauf wird oder nicht. Ja (..)
217 Was sie für Chancen haben auch im weiteren Leben, im sozialen Leben, in der
218 schulischen Ausbildung. Also so eine psychische Erkrankung beeinflusst ja oder kann
219 ja dein komplettes Leben beeinflussen oder sehr einschränken. Genau von daher im
220 besten Fall viel mehr Teilhabe am Leben, genau.
221 21:47:93

222 I: Okay voll gut. Dann haben wie die nächste Frage auch schon geklärt.

223 B: Schreibst du nochmal mit eigentlich? Warum?

224 I: Ja.

225 B: Aus Sicherheitsgründen?

226 I: Ja aus Sicherheitsgründen.

227 B: Falls man mich nicht hört (lachend).

228 I: Ja oder falls irgendwas technisches ist hab ich sonst gar nichts. Deswegen (..)/

229 B: Machen wir es einfach nochmal. Dann bin ich auch besser vorbereitet.

230 I: Genau dann sind wir bei der dritten Dimension und zwar die Risiken und
231 Herausforderungen. Die hast du auch schon ein bisschen angeschnitten.

232 B: Stimmt.

233 I: Genau für Pflegekräfte, die Institution und Patienten. Da wäre die erste Frage was
234 Risiken und Herausforderungen von der Leitlinie für dich als Pflegekraft und vielleicht
235 für das Klinikum als Institution hätten/ wären?

236 B: Als Institution was kann ich da (..) (unv. Rascheln)

237 I: Also genau da muss ich echt bisschen drüber nachdenken und spontan fallen mir
238 erstmal nicht so viele Risiken und Herausforderungen ein weil ich glaub dass das
239 wirklich echt eine große Chance wäre und natürlich/ genau wie vorhin schon gesagt
240 man einfach die Ressourcen dafür braucht und die Pflege also leidet ja deutschlandweit
241 an **Personalmangel** und auch hier auf dieser Station und häufig sind wir eigentlich im

242 Alltag irgendwie damit beschäftigt irgendwie die grundlegenden Bedürfnisse der
243 Patientinnen irgendwie zu versorgen und das würde auf jeden Fall **mehr Ressourcen**
244 **binden**. Aber am Ende des Tages würde es ja im besten **Fall auch Rückfälle vorbeugen**
245 **und auch eben die stationären Aufenthalte im besten Fall verringern**. Von daher glaube
246 ich, dass es auf lange Sicht kein Risiko ist, sondern eben eine Chance. Genau
247 **Herausforderungen ist sicherlich diese lange Begleitung auch. Man baut ja**
248 **automatisch eine Beziehung auf und Nähe-Distanz ist nochmal ein ganz Thema, wenn**
249 **man sie auch dann ambulant weiter betreut, kann ich mir vorstellen, dass es gar nicht**
250 **so einfach ist für den PED der jetzt so an dieses stationäre Setting auch gewöhnt ist**
251 **und da gelernt hat sich abzugrenzen** und ja genau. Ich glaube das ist schon eine
252 Herausforderung da gut eine Waage zwischen Nähe und Distanz irgendwie zu halten.
253 Ja glaube ich ansonsten glaube ich erstmal man müsste das natürlich implementieren,
254 man braucht Fachpersonal die fit sind. Die müssten/ man braucht die Ressourcen für
255 Schulungen immer also das alles aber ich glaube würde ich sofort in Kauf nehmen.
256 24:51:94

257 I: Okay aber das klingt doch gut. Dann noch welche Risiken und Herausforderungen
258 dir in den Kopf kommen, wenn du an die Patienten denkst bei so einer Leitlinie.

259 B: Also wirklich gerade **bei uns auf Station sind ja die wenigsten Patientinnen die da**
260 **eine Krankheitseinsicht haben** und das trennen können. Also die haben meistens so ein
261 ganz dichotomes Krankheitsverständnis also ich und Krankh/ und **Willensbildung und**
262 **Krankheit sind so ganz verwoben und irgendwie können die das gar nicht gut trennen**
263 und das versuchen wir ja auch erst langsam mit denen zu erarbeiten. Was ist die
264 Krankheit? Welche Gedanken sind sozusagen anorektische Gedanken und wo bin ich
265 dabei? Das sozusagen so ein bisschen zu trennen. Und ich glaube **dadurch, dass sie das**
266 **bei uns gar/ die meisten gar nicht gut können ist das eine Überforderung**. Deswegen
267 weiß ich auch nicht ob das wirklich für unser Setting geeignet wäre. **Im Verlauf**
268 **vielleicht schon im offenen Intensivbereich bei uns also die Patientinnen die da so weit**
269 **stabilisiert sind, dass sie offen geführt werden können, das heißt aber auch dass sie so**
270 **weit motiviert sind Therapie zu machen, dass sie freiwillig hier sind**. Da kann ich mir
271 vorstellen dass man anfangen könnte zu erarbeiten aber auch im offenen Bereich sind
272 **die meistens noch so untergewichtig und dadurch auch kognitiv eingeschränkt und so**
273 **eingengt durch die Erkrankung, so gefangen, dass ich mir vorstellen kann dass es**
274 **nicht einfach ist diese sehr ja also genau detailreichen Phasen zu bestimmen, die**

275 einzelnen Risikofaktoren, Trigger/ da muss man schon wirklich sehr gut sich
276 reflektieren, sehr ehrlich mit sich sein auch wirklich dann schwierige Themen an sich
277 heranlassen, die zulassen, überhaupt sehen und wahrnehmen und nicht abspalten. Aber
278 ich könnte mir vorstellen, dass das wirklich eher für Patienten im Verlauf dann ja eine
279 Chance ist und eine Möglichkeit da ranzukommen. Und es ist sehr komplex also man
280 muss kognitiv wirklich auch so fit sein umgangssprachlich gesagt, dass man diese
281 Stadien und diese Kurve überhaupt verstehen kann, nachvollziehen kann also. Genau.
282 27:32:13

283 I: Aber da muss einen ja auch die Pflegekraft durchführen.

284 B: Genau die müssen auch fit sein. 27:38:88

285 I: Dann sind wir schon bei der Relevanz für das Praxisfeld und der praktischen
286 Umsetzung. Ich glaube da hast du gerade schon ein bisschen was angeschnitten dann
287 können wir da gleich gut weitermachen. Welche Aspekte von der Leitlinie findest du
288 zum Beispiel besonders relevant oder findest du besonders hilfreich?

289 B: Bei der Rückfallprävention? 28:03:56

290 I: mhm (bejahend)

291 B: In meinem Praxisfeld. Also ich glaube (..) (unv.)/ Also wichtige Aspekte vor allen
292 Dingen für unseren Bereich also für dieses intensivtherapeutische und pädagogische
293 Setting sind vor allen Dingen die ersten Punkte also ich glaube die Sammlung der
294 Stärken der Patienten ist ein ganz, ganz wichtiger Punkt. Den könnten wir auch schon
295 in der Bezugspflege anfangen und in der Therapie. Sammlung der Risikofaktoren und
296 bisherigen Trigger vielleicht erstmal glaube ist irgendwie ein wichtiger Punkt um dann
297 im zwei irgendwie/ im zweiten Schritt dann auf den offenen in den letzten Wochen
298 vor Entlassung würde ich sozusagen die Punkte fünf bis acht eher beschreiben. Also
299 da nochmal ganz genau Frühwarnzeichen, Hilfsmittel, Motivationsliste sozusagen zu
300 erstellen. Also ich könnte mir gut vorstellen, dass man so Punkt eins bis vier vielleicht
301 bei uns schon anfängt im offenen Bereich und die anderen Punkte dann eher im Verlauf
302 auf der offenen Station dann nochmal ausformuliert. Ja genau und dann wären ja die
303 ersten Sitzungen noch auf der offenen Station, dann würde ich das so planen und dann
304 die anderen Sitzungen im Verlauf in der Ambulanz. Oder? Und im besten Fall von der
305 Bezugspflegernden, die zumindest auch im offenen Bereich/ also oder auf der offenen

306 Station so nicht in unserem offenen Bereich aber auf der offenen Station zuständig
307 war. Ich weiß nicht ich überlege gerade nochmal ob das irgendwie möglich wäre. Was
308 man auch überlegen könnte, dass man eine Pflegeexpertin anstellt die sozusagen ja da
309 vielleicht auch nicht nur dreijährig examiniert ist, sondern eben auch den Bachelor hat
310 und dann in diesem Bereich oder ja sich weitergebildet hat und fit ist und dann
311 sozusagen die ambulanten Termine in der Ambulanz dann eben wahrnimmt und sich
312 dann wirklich auf dieses Manual und diesen Leitfaden spezialisiert hat so als/ wie in
313 der Somatik Wundexperte oder so. Also als Advanced Practice Nurse in dem Bereich
314 dann sozusagen diese Sitzungen macht und das kann ich mir eigentlich auch ganz gut
315 vorstellen. Vielleicht ist das auch realistischer denk ich gerade. Das passt
316 wahrscheinlich zu irgendeiner anderen Frage aber wenn wir grad ei// 31:02:26

317 I: //Wir können da springen.//

318 B: Genau. Also das wäre vielleicht auch was. Die sieht man dann, wenn sozusagen die
319 Entlassung näher rückt würde die mit diesen Sitzungen anfangen und das ja. 31:15:66

320 I: mhm (bejahend)

321 B: Fände ich eigentlich eine super Stelle. Da hätte ich Lust drauf. 31:22:57

322 I: Ja super Stabstelle.

323 B: Hätte ich Lust drauf. Ja voll.

324 I: Das wäre eigentlich echt schön.

325 I: Genau und man kennt das ja auch aus der Schweiz also das gibt es ja in vielen
326 Bereichen irgendwie weiß ich nicht bei Nierentransplantationen gibt es dann die
327 Pflegeexperten die nochmal beraten eben auch die Angehörigen und eben auch im
328 Verlauf wie die zuhause mit der Krankheit umgehen oder mit den Medis und so. Ja
329 könnte ich mir eigentlich gut vorstellen.

330 B: Okay und dass die dann aber hald irgendwie trotzdem/ sich trotzdem auch mal mit
331 der Bezugspflegekraft (unv.)//

332 I: // Genau die müsste hald eine richtig gute Übergabe bekommen von
333 Bezugspflegerinnen und von Fallführenden und im besten Fall dann auch schon bei
334 einer Visite dabei sein wenn das irgendwie/ wenn bald eine Entlassung geplant ist und
335 dann ja. Auf jeden Fall weiter ambulant betreut und dann im Rahmen vielleicht der

336 Visite in der Ambulanz irgendwie die Fälle dort nochmal rückbespricht mit Oberärztin
337 und so. 32:32:50

338 I: Okay. Voll gut. Dann haben wir ja die nächste Frage auch schon geklärt mit wie die
339 Implementierung aussehen könnte.

340 B: Ah okay perfekt.

341 I: Genau dann falls dir noch etwas einfällt was du meinst was man benötigen würde
342 um die Leitlinie umzusetzen. Irgendwelche weiteren Voraussetzungen noch?

343 B: Nein ich glaub zusätzlich/ also die Literatur auf Deutsch würde uns einfach helfen
344 und was man dann also/ ich frage mich auch inwieweit die schon evaluiert wurde. Das
345 weiß ich jetzt nicht. Ist es/ Gibt es irgendwie Evidenzen zu dieser GRP? 33:27:46

346 I: Ja genau also es wurden zwei Studien gemacht die ich gefunden habe. Einmal 2011
347 und einmal 2016. Einmal ein Fallbericht und eine Kohortenstudie und da kam raus,
348 dass es einen positiven Effekt hat. Genau.

349 B: Okay ja siehst du. Also wenn die auch statistisch relevant sind. Sonst wäre das
350 glaube ich noch **wichtig für die Implementierung auch gerade für unsere Klinik, weil**
351 **die ja schon da sehr vorsichtig sind irgendwie etwas zu implementieren was keinen/**
352 **nicht wissenschaftlich belegt ist und ich glaube, wenn es da genügend Studien dazu**
353 **gibt dann könnte man das auf jeden Fall unserer ärztlichen Leitung näherbringen** und
354 die würden da sofort glaube ich froh sein. (unv.) 34:17:77

355 B: Was könnten ihrer Meinung nach Gründe sein (...)/

356 I: Genau da wo wir vorhin schonmal kurz drüber geredet hatten warum also warum du
357 denkst, dass das eher für die Pflegenden gedacht ist die Leitlinie. Warum ihr da ran
358 sollt.

359 B: Ja das stimmt das habe ich mich auch bisschen gefragt aber ich glaube weil das/
360 Pflege beschäftigt sich ja mit den Auswirkungen die Gesundheit und Krankheit für
361 eine Person machen /haben und das ist ja genau unser Fachgebiet also dann mit den
362 sozusagen es geht ja dann um den Alltag zuhause und inwieweit die Krankheit
363 Patientinnen da auch im Alltag beeinflussen oder das auf einer Seite und dann glaube
364 ich dass **die Bezugspflege so wie wir arbeiten einfach ein total schönes/ schöne**
365 **Möglichkeit ist eben diese sehr sensiblen, teilweise intimen Themen, die**

366 verschiedenen Risikofaktoren und Trigger so zu erarbeiten und ja ich glaube dadurch
367 dass wir die so gut kennenlernen und da so eine Beziehung aufbauen dass da irgendwie
368 überhaupt dann so der Raum erst entsteht diese Themen wirklich ehrlich miteinander
369 zu besprechen und ja. 35:54:53

370 I: Okay gut. Dann sind wir schon bei den Abschlussfragen wo ich einfach nur nochmal
371 so deine grobe allgemeine Einschätzung gerne hören möchte. Da wäre die erste Frage
372 wann deiner Meinung nach die Implementierung der Leitlinie in deinem Praxisfeld
373 realistisch wäre? Also da kannst du jetzt zeitliche Aspekte nennen oder ja. Einfach was
374 die einfällt und dann kannst du auch die drei wichtigsten Faktoren in der Realisierung
375 nochmal aufgreifen.

376 B: Also zeitlich würde ich davon ausgehen, dass es wahrscheinlich/ Wenn wir jetzt
377 damit anfangen und von allen das Go haben braucht es wahrscheinlich nochmal ein
378 Jahr. Je nachdem wie man es implementieren will. Wenn wir jetzt sagen wir wollen
379 die breiten Teams schulen dann braucht das sicherlich glaube ich ein Jahr bis das bei
380 allen/ Also, wenn wir sagen wir wollen die Teams schulen aber dann eben eine
381 Pflegeexpertin dafür anstellen geht es vielleicht auch schneller in einem halben Jahr
382 aber auch da weiß ich gar nicht reicht da eine Pflegeexpertin, wie viele bräuchten wir
383 denn da? Also das sind/ wir haben ja wirklich einen hohen Durchlauf an Patienten bei
384 einer Anorexie. 37:13:66

385 I: Das stimmt.

386 B: Ja so grob. 37:16:94

387 I: Ja genau aber da ist ja dann auch je nachdem wer geeignet ist wird das
388 wahrscheinlich nochmal ein paar durchs Raster fallen die dafür sowieso nicht in Frage
389 kommen.

390 B: Genau. Wir brauchen eine Stellenausschreibung, Bewerbungsgespräche. Dann
391 muss man die vielleicht noch schulen, erstmal einarbeiten. Das müsste im besten Fall
392 ja auch jemand sein der schon in der Klinik arbeitet und diese Richtlinien nach denen
393 wir arbeiten, dieses Stufenkonzept, schon kennt. Ja. Und ja ich glaube es braucht
394 wirklich auch ein Umdenken dann in den ganzen Teams weil wir bisher/ bis auf die
395 TK die jetzt ja auch so familienbasierte Therapie anfangen. Bisher ist unsere Haltung
396 ja eher die Familien raus/ den Familien Verantwortung abzugeben/ abzunehmen. Die

397 Patienten kommen meistens hierher und wir versuchen ja ziemlich stark dann die
398 Verantwortung fürs Essen erstmal zu übernehmen/ Das ist ja auch Teil dieses
399 Stufenkonzepts/ und die Eltern außenvorzulassen und wenn ich das hier richtig
400 verstanden haben geht es ja schon darum die Eltern dann wieder als Hilfsmittel
401 einzubinden und die sollen ja auch/ Verhalten auch beobachten, die sollen ja auch
402 eingreifen im zweifelsfall und sollen da Verantwortung ja auch wieder übernehmen
403 was das Essen, gemeinsame Mahlzeiten und so weiter angeht und ich glaube da müsst/
404 auch so eine Haltungsfrage also man müsste die ganzen Teams erstmal nochmal
405 umschulen, sensibilisieren dass es in dem Schritt darum geht den Familien wieder die
406 Verantwortung zurückzugeben und auch den Eltern und ja. 39:09:41

407 I: Das stimmt.

408 B: Von daher also auch genau. Ja. 39:13:84

409 I: Okay.

410 B: Das könnte ein bisschen brauchen. Keine Ahnung ich will mich zeitlich nicht
411 festlegen aber dass das gut läuft und implementiert ist. 39:22:27

412 I: Ja noch positiv gedacht.

413 B: Ja voll positiv gedacht. 39:27:98

414 I: Genau dann wie schätzt du deine eigene Motivation und die Motivation von deinen
415 Kollegen ein, wenn du an so ein Konzept denkst und an die Implementierung von
416 sowas?

417 B: Also das Konzept selber jetzt hier das hat mir irgendwie gleich sofort zugesagt, weil
418 das ja wirklich ein Thema ist eben in der Zufriedenheit, auch in der eigenen
419 Arbeitszufriedenheit und diese Rückfälle immer wieder zu erleben ist schon auch
420 demotivierend und deswegen finde ich das voll positiv und das ist gleich irgendwie
421 sowas lösungsorientiertes würde ich total gerne ausprobieren und ich kann mir gut
422 vorstellen, dass im Team da auch eine Offenheit ist. Ich glaube es wird sofort brenzlig,
423 wenn es dann um zusätzliche Aufgaben geht also, also genau. Die Ressourcen müssten
424 halt dafür da sein und die Leute müssten auch qualifiziert genug dafür sein also ich
425 kann mir schon vorstellen, dass manche sich das auch nicht so zutrauen diese
426 Einzelberatung zu übernehmen aber naja. Weil man für sich auch selbstständig
427 arbeiten muss auch einfach. 40:39:90

428 I: Ja.

429 B: Und auch Entscheidungen nicht so schnell im Team rückbesprechen kann (unv.)
430 wenn man im Beratungsgespräch ist. 40:46:54

431 I: Ja da ist man dann schon alleine eher der Verantwortliche.

432 B: mhm (bejahend) Voll. 40:50:96

433 I: Glaube ich, dass da nicht jeder sofort ja schreit. Aber okay. Genau. Dann hast du
434 eigentlich schon geklärt wäre die Leitlinie und das dazugehörige Programm eine
435 Möglichkeit für dich und deine Patienten das Rückfallrisiko zu senken und einen
436 Rückfall frühzeitig zu erkennen?

437 B: Ja wäre ich/ würde ich auf jeden Fall sagen. Für unsere Patienten aber eher im
438 Verlauf also wahrscheinlich auf den offenen Stationen.

439 I: Oder hald wenn dann von unserem halboffenen Bereich vielleicht jemand. Da gibt
440 es ja vereinzelt welche//

441 B: Ja.

442 I: //die in Frage kämen.

443 B: Und die eventuell auch gar nicht mehr auf eine andere Station verlegt werden genau.
444 41:41:88

445 I: Okay. Dann könntest du dir vorstellen die Verantwortliche Pflegekraft zu sein bei
446 der Umsetzung von so einem Programm bei einem Bezugskind von dir zum Beispiel?

447 B: Ja voll. Also wenn du mich noch richtig gut schulst und einarbeitest in dieses
448 Thema. 42:01:70

449 I: Ja da haben wir ja schon geklärt das ist ja eine Voraussetzung (lachend).

450 B: Kann ich mir gut vorstellen. 42:05:82

451 I: Ja?

452 B: mhm (bejahend) Ja. Hätte ich auch gleich Lust darauf, wenn ich sonst nichts zu tun
453 hätte. Also auf jeden Fall. 42:12:58

454 I: Also wenn man dann natürlich so diese ganzen Sachen geklärt hätte die man dafür
455 braucht glaube ich wären da auch mehrere ganz motiviert eigentlich.

456 B: Ne Glaube ich auch. 42:24:09

457 I: Okay. Vielen Dank. Das wars schon.

1 **Transkript Experte 3, Datum: 28.04.2023, Dauer: 31:52 Minuten**

2 I: Okay also erstmal nochmal vielen Dank für deine Zeit, deine Teilnahme. Genau also
3 ich habe die ja schon erklärt wie wir uns da durch schlängeln. Mit den Einstiegsfragen
4 will ich erstmal nur so wissen was deine Erfahrungen sind und dann fang ich gleich
5 mit der ersten Frage an nämlich welcher Berufsgruppe du dich zuordnest und wie lange
6 du schon hier arbeitest?

7 B: Ich bin gelernte Erzieherin und arbeite hier seit viereinhalb Jahren. 00:32:37

8 I: Hier auf Station oder im Haus?

9 B: Ja. Auf Station. 00:37:25

10 I: Okay. Genau die nächste Frage ist ob es hier eine bestimmte Fortbildung, bestimmte
11 Therapie oder eine bestimmte Rolle gibt, die man einnehmen kann um die Anorexie
12 zu behandeln? Auf Station oder in der Klinik. Erstmal an Fortbildungen denken.

13 B: Also **speziell auf Anorexie gibt es jetzt glaube ich nicht**. Also es gibt verschiedene
14 Fortbildungen also zum Beispiel habe ich die DBT-Fortbildung gemacht oder so. Das
15 sind ja Sachen **die kann man einfach bei so kombinierten Krankheitsbildern anwenden**
16 **also da ist ja vor allem zum Beispiel Skilltraining wird da ja behandelt und ich würde**
17 **schon sagen dass man das sehr häufig bei Anorexie auch gut brauchen kann**. 01:24:41

18 I: mhm (bejahend)

19 B: Genau und sonst natürlich auch so **Fortbildungen**/ jetzt vielleicht nicht auf
20 Zwangsmaßnahmen bezogen/ aber die deeskalierenden/ **wie man deeskalierend mit**
21 **dem Patienten kommuniziert**. Das glaube ich kann man auch gut auf jedes
22 Krankheitsbild beziehen. 01:43:59

23 I: Ja. Auf jeden Fall.

24 B: Und was hattest du noch? 01:47:30

25 I: Eine bestimmte Rolle die du zum Beispiel selber einnimmst in der Therapie von
26 Anorexie.

27 B: Da fällt mir jetzt eigentlich nur noch ein, wenn man sich hald/ **wir haben ja den**
28 **Anorexiestandard den man/ den wir schriftlich festgelegt haben und wenn man sich**
29 **damit natürlich/ also wenn man dafür zuständig ist dann setzt man sich natürlich**

30 nochmal auf eine viel intensivere Art damit auseinander. Also ich bin tatsächlich
31 Anorexiestandard-Beauftragte. 02:13:65

32 I: Schau.

33 B: Genau und da wird ja immer/ ich weiß gar nicht in welchem Rhythmus/ aber
34 regelmäßig der ja überarbeitet. 02:21:00

35 I: mhm (bejahend) Ja.

36 B: Auf jeden Fall. 02:23:81

37 I: Okay. Dann wäre die nächste Frage wie du selber die Rückfälle bei Anorexie hier
38 auf Station oder hier in der Klinik erlebst? Ob dir da etwas Bestimmtes auffällt?
39 Genau.

40 B: Also spontan gesagt finde ich schon, dass die Krankheit eine hohe Rückfallquote
41 hat. Vor allem wenn die Patienten relativ jung sind und/ Klar ich habe das Gefühl je
42 länger sie krank sind desto höher die Rückfallquote. Also ich kann dir über die letzten
43 vier Jahre schon sagen, dass einige Patienten wieder kommen. Genau das hat viele
44 Gründe. Viele individuelle Gründe natürlich. Genau warte sag nochmal wie/ nur wie
45 hoch unsere/ oder was? 03:14:25

46 I: Nein also ich will gar nicht wissen wie hoch die Rückfallquote ist. Einfach so
47 generell wie erlebst du das. Eben wie du schon gesagt hast.

48 B: Also was natürlich/ Also zum einen eben dieses/ wir entlassen ja tatsächlich selten
49 nachhause. Aber schon dieses, dass wir eben auf die offenen entlassen und sie dann
50 entweder von der offenen direkt kommen oder dann eben kurzzeitig zuhause waren
51 oder und dann wieder kommen. 03:39:93

52 I: Okay. Ja gut. Genau dann wie sieht bisher die Rückfallprophylaxe hier in deinem
53 Praxisfeld aus? Welche Interventionen werden vielleicht schon umgesetzt? Was für
54 Aufgaben hast du als Pflegekraft dabei? Genau. Was fällt dir dabei ein?

55 B: Ich glaube, dass tatsächlich/ passend zu deinem Thema/ ein bisschen zu wenig
56 gemacht wird. Dass wir, weil wir uns oft so ein bisschen eben als Akutstation sehen,
57 und unseren Auftrag eher darin den Patienten eben aus diesem Akutbereich zu bringen
58 und dann diese tiefgründigere Therapie so ein bisschen abgeben an die offene Station
59 obwohl ja eben Anorexie schon ein Krankheitsbild ist wo die einfach super lange hier

60 sind. Also teilweise ja ein halbes Jah/ über ein halbes Jahr. Und ja wir versuchen/ ich
61 glaube was wir so ein bisschen/ wir versuchen hald den Übergang so gut wie möglich
62 zu gestalten aber also sonst/ Mir würde jetzt konkret tatsächlich nichts einfallen was
63 wir jetzt ganz gezielt als Rückfallprophylaxe verwenden. 04:56:53

64 I: Ja also hald echt einfach dieses/ diese Schritte von uns auf die offene das hald. Aber
65 (..)

66 B: Nein sonst fällt mir nichts ein. 05:05:97

67 I: Okay. Genau vielleicht kanntest du die Leitlinie schon?

68 B: Nein. 05:12:62

69 I: Nein?

70 B: Nein. 05:13:65

71 I: Okay. Dann (..) Dann sind wir bei den Hauptfragen. Da fangen wir eben erstmal mit
72 diesen strukturellen und personellen Voraussetzungen an. Die erste Frage eben ist
73 welche Voraussetzungen jetzt in Bezug auf Struktur, Organisation, Abläufe/ Genau
74 sowas kannst du dir da vorstellen/ könnte die Einführung von der Leitlinie hier haben?

75 B: Also ich glaube was wichtig/ was aber eigentlich gar nicht so schwer umsetzbar ist/
76 ist glaube ich, dass natürlich die Person die das dann übernimmt einfach auch
77 verfügbar ist. Also das ist natürlich ein Organisations-Ding auf jeden Fall auf den
78 Dienstplan bezogen. 06:01:59

79 I: Ja stimmt.

80 B: Sonst (..) Also so spontan sehe ich gar nicht so viele Voraussetzungen oder so die
81 gegeben sein müssen, weil ich glaube, dass es sich relativ einfach in den Alltag
82 integrieren lässt oder einfa/ also die was war/ die Sitzung dauert fünfundvierzig
83 Minuten oder so und das ist ja ein Zeitrahmen der auf jeden Fall machbar sein sollte.
84 06:31:20

85 B: Also, wenn man dafür das also erreicht was dieser Plan erreichen will sehe ich so
86 spontan tatsächlich jetzt organisatorisch gesehen sonst keine Hindernisse. 06:45:09

87 I: Ja okay. Also hald einfach, dass die Person die das leitet natürlich so geplant sein
88 muss, dass sie auch da ist und dass sie auch Zeit hat zu der Zeit.

89 B: Ja oder sage ich mal im Notfall vielleicht eben sogar bereit sein muss das Gespräch
90 hald wahrzunehmen, wenn es vielleicht jetzt nicht in ihren Dienst fällt. Oder den
91 Dienst dann tauscht oder auch immer. Dass man hald einfach dann bereit ist auch zu
92 schauen und sich dafür hald verantwortlich fühlt so ein bisschen das zu organisieren.

93 07:13:84

94 I: Ja. Okay voll gut. Dann sind wir schon dabei welche Voraussetzungen die
95 Pflegekraft erfüllen sollte um das umsetzen zu können.

96 B: Klar natürlich ein gewisses Maß an Erfahrung in dem Krankheitsbild. Also ich
97 glaube was vor allem wichtig ist, dass man die Krankheit ein bisschen tiefgründiger
98 verstanden hat. Ich glaube viele/ also die oberflächlichen Symptome oder wie auch
99 immer erkennt man ja relativ schnell aber trotzdem ist sie, auch wenn sie sich ähnlich
100 ist, trotzdem super individuell die Krankheit und dass man einfach auch die ein
101 bisschen in die Tiefen sich damit auseinandergesetzt hat. Das ist glaube ich das
102 Wichtigste. Und ja sonst einfach die Bereitschaft das zu machen also die Bereitschaft
103 sich damit auseinanderzusetzen, natürlich auch Elternarbeit einfach mit den Eltern da
104 zusammenzuarbeiten und ja. 08:19:11

105 I: Okay.

106 B: Glaube das sind so die wichtigsten Sachen ja. 08:22:89

107 I: Ja. Genau dann noch welche Voraussetzungen du findest, dass die Patienten
108 mitbringen sollten, dass das funktioniert.

109 B: Ja Compliance. 08:30:93

110 I: Ja.

111 B: Das ist glaube ich der Oberbegriff. Was ja/ also auch in der kompletten Therapie
112 sage ich mal. Also sowohl für die Therapie als auch für so einen Plan. Wenn der Patient
113 keine Krankheitseinsicht hat oder einfach nicht motiviert ist und natürlich auch
114 Offenheit also Ehrlichkeit. Wenn das nicht gegeben ist, ist das glaube ich super schwer
115 sowas zu erarbeiten. Weil dann basiert der ganze Plan ja eigentlich auf eventuell
116 unehrlichen Aussagen. 09:07:64

117 I: Ja. Stimmt. Dann kann man sich das sparen.

118 B: Ja. 09:13:24

119 I: Dann sind wir schon bei den positiveren Aspekten und zwar Chancen und
120 Möglichkeiten. Erstmal welche das für die Pflegekraft haben könnte und danach für
121 die Patienten. Also (..)

122 B: Also für die Pflege natürlich/ Ich glaube, dass das ein/ für uns in Bezug auf
123 Rückfallprävention eine unglaubliche Bereicherung sein kann. Also dass wir einfach
124 in dem Bereich, wenn wir uns damit auseinandersetzen einfach, ich sage jetzt mal
125 weiterbilden aber da ich ja vorhin eben gesagt habe, dass ich das Gefühl habe dass es
126 bei uns eben so gut wie gar nicht umgesetzt wird oder überhaupt nicht vorhanden ist
127 wäre es damit ja dann irgendwie endlich mal vorhanden. Ich glaube dass es für mich
128 persönlich zum Beispiel auch beziehungsweise/ das ist ja immer so ein bisschen
129 Thema auf so einer Akutstation gewesen dass wir Patienten nie wirklich gesund
130 entlassen oder wir nie, ich sage jetzt mal, Erfolgserfolgserlebnisse haben weil wir eben
131 immer nur diesen Akutbereich haben und dann geht der Patient auf die offene und die
132 entlassen dann die Patienten so nachhause dass sie wirklich sagen hey den haben wir
133 jetzt so stabil und da haben wir wirklich was erreicht und darauf müssen wir ja echt
134 oft verzichten, glaube ich, und wenn man/ also ich für mich persönlich glaube wenn
135 ich so einen Plan mit einem Patienten mache und ich dann sehe oder merke, okay hey
136 ich habe damit wirklich etwas bewirkt oder ich kann diesen Rückfall eben vielleicht
137 verhindern dann ist das auf jeden Fall für uns ein Erfolgserlebnis. 10:50:18

138 I: Sehr schön. Genau//

139 B://Ja klar sowohl auch für den Patienten. Sowohl für uns als auch für den Patienten
140 natürlich ein Erfolgserlebnis. Ich glaube du hast vor/ irgendwo auch erwähnt, dass die
141 ja super oft defizitorientiert sind eher und ja alles eher ein bisschen negativer sehen
142 und ich glaube wenn der Patient sieht, also sowas erarbeitet mit seinen Eltern, mit dem
143 Therapeuten, dass das zum einen schon viel am Vertrauensverhältnis irgendwie
144 vielleicht ändern kann an den Therapeuten und an sich selber und das ja auch auf jeden
145 Fall eine gewisse Art von Selbstständigkeit fördert und so. Dass sie eben vielleicht
146 nicht immer wieder direkt in die Klinik müssen, weil jetzt irgendwie der Hausarzt das
147 vielleicht sagt, weil sie jetzt zwei Kilo abgenommen haben sondern vielleicht eben
148 einfach einen Plan haben oder eine Leitlinie wo sie sagen können hey damit kann ich
149 es auch alleine schaffen. 11:46:94

150 I: mhm (bejahend) Voll gut. Genau dann welche Risiken und Herausforderungen das
151 für euch als Pflegekraft haben kann und für das Krankenhaus vielleicht auch?

152 B: Ja auf eine/ Wenn man es streng nimmt kann es natürlich eine personelle
153 Herausforderung sein. Klar erfordert das vielleicht dann auch mal Spontanität oder
154 irgendwie. Natürlich kann man nie voraussagen ob alle an dem Tag kommen die
155 eingeplant sind oder dass wir dann doch mal Personalmangel durch Krankheitsfall
156 oder wie auch immer haben und zum Beispiel dann eben so ein Gespräch ist und man
157 es dann nicht umsetzen kann, was natürlich super blöd ist, aber man vielleicht dann
158 halt eben einfach reagieren muss und dann halt flexibel sein muss und das irgendwie
159 umplant. Natürlich kann man auch glaube ich nicht/ Also ich glaube da muss eben
160 schon die Bereitschaft dafür da sein, man kann das glaube ich nicht irgendwie jedem
161 aufhalsen so. Also wenn man sich nicht irgendwie fähig dazu fühlt oder sich nicht
162 irgendwie/ oder sagt hey ich fühl/ ich sehe mich da halt einfach nicht drin, so ungefähr.
163 Das sind alles so Kann-Sachen. Es kann natürlich sein, dass die Hälfte des Teams das
164 irgendwie so sieht im blödesten Fall und die andere Hälfte dann sagt hey ich/ wir können
165 das aber nicht stemmen irgendwie ja dann ist es natürlich/ Also das sind so Sachen die
166 natürlich sein können aber das mit dem Personal ist tatsächlich die/ also fürs Team
167 oder für uns das einzige Risiko so ein bisschen was/ Sonst sehe ich da nichts was sich
168 irgendwie negativ auf uns beeinflussen könnte. 13:36:09

169 I: Voll gut. Okay.

170 B: Genau ja für den Patienten natürlich eben, dass er sich eben damit
171 auseinandersetzen muss und ich glaube das hattest du auch geschrieben eben dieses,
172 dass es vielen schwer fällt eben vielleicht den Eltern gegenüber ehrlich zu sein. Also
173 ich meine das hat ja auch einen Grund warum viele oder manche, sage ich mal, in den
174 Gewichtsereich kommen. Weil sie eben nicht ehrlich mit ihren Eltern kommunizieren
175 können und ich glaube viele schon das Problem haben sich denen oder allgemein
176 wahrscheinlich nicht nur den Eltern gegenüber, sondern vielleicht auch uns gegenüber
177 wirklich offen darüber zu reden. Also ich glaube das ist super schwer, weil das glaube
178 ich auch schambehaftet ist oft. Aber da sehe ich eine Schwierigkeit vielleicht aber so
179 spontan jetzt auch kein Risiko. Also würde/ mir würde jetzt nichts/ also gerade nichts
180 einfallen was irgendwie, auch auf den Patienten, sich negativ auswirken könnte.
181 14:42:15

182 I: Okay. Genau dann sind wir schon bei der Relevanz für das Praxisfeld und der
183 praktischen Umsetzung. Genau wo ich erstmal gerne von dir wissen möchte welche
184 /(..) (unv.) welche Aspekte oder Teile oder Reihenfolgen oder alles Mögliche von der
185 Leitlinie du besonders relevant findest oder hilfreich.

186 B: Also welche Schritte meinst du jetzt oder? 15:13:81

187 I: Ja genau also zum Beispiel Schritte oder auch die einzelnen Stichpunkte. Also da
188 kannst du alles nennen was du gelesen hast und wo du dir dachtest finde ich besonders
189 hilfreich, ist mir aufgefallen.

190 B: Relevant oder hilfreich? 15:29:41

191 I: Beides.

192 B: Also bei relevant würde ich jetzt/ was ich besonders relevant finde welcher Schritt
193 davon ist besonders/ finde ich als besonders wichtig im/ also wenn ich diesen Plan
194 erarbeiten möchte. 15:46:12

195 I: Ja.

196 B: So ein bisschen. Da würde mir auf jeden Fall als erstes die Vertrauensbasis
197 einfallen. Das es eben eine kontinuierliche Person ist die/ die sich dafür dann zuständig
198 fühlt. Natürlich muss man überhaupt erstmal, sage ich mal, besprechen, ob der Patient
199 dafür geeignet ist. Also ich glaube das ist die/ der erste Step überhaupt. Wenn wir einen
200 Patienten haben der natürlich null Krankheitseinsicht hat oder irgendwie/ ich glaube
201 man kann das relativ schnell eigentlich bestimmen ob der Patient dafür geeignet ist
202 oder nicht. Und dann finde ich es tatsächlich schon auch sinnvoll, wenn die ersten
203 Gespräche eben noch hier stattfinden und/ um auch diese Vertrauensbasis aufzubauen
204 und überhaupt zu sehen ist der Patient bereit überhaupt das mit uns oder mit mir zu
205 erarbeiten. Also wenn ich eben die ersten Gespräche führe und merke okay hey ich
206 gehe hier ohne Ergebnis raus. Ich weiß nicht wie das gedacht ist in dem Plan, ob man
207 das dann trotzdem weiterführt oder ob man/ ob dann eben die Möglichkeit besteht zu
208 sagen hey irgendwie macht das jetzt nicht so viel Sinn, was ich super schade fände.
209 Also ich glaube ich würde mich schon so einschätzen, dass ich eher versuchen würden
210 den Patienten mit ins Boot zu holen. Und auch mit den/ die Zusammenarbeit mit den
211 Eltern ist super wichtig. Also wenn die Eltern nicht mitziehen, dann bringt das leider

212 gar nichts, da kann ein Patient so compliant sein wie er will, weil die Eltern sind
213 einfach auch eine Basis dahinter. Also. 17:25:03

214 I: Ja.

215 B: Bin ich jetzt von deiner Frage abgewichen?

216 I: Ist gar kein Stress. Du hast mir schon die nächste ein bisschen beantwortet aber ist
217 okay so. Genau also ich meinte eher so zum Beispiel findest du es wichtig, dass man
218 die Trigger so individuell sich anschaut oder findest du es eher wichtig dass der
219 Patient//

220 B: //Okay Okay mhm (bejahend) Ja. // 17:47:84

221 I: Sowas.

222 B: Schwer. Weil alles wichtig ist. Also das ist wirklich/ ich muss auch ehrlich sagen
223 an dieser Stelle ich bin echt überzeugt von dem (lachend)/ 17:59:70

224 I: Aber das ist cool.

225 B: Weil ich alles davon super wichtig finde. Also ich finde das richtig gut dieses/ ich
226 kann mir das richtig gut vorstellen das der/ auch das mit der/ das der Patient die
227 Trigger/ wie sagt man/ das mit dem in den nächsten sechs Monaten wo man so
228 Triggermomente irgendwie, dass man das vielleicht vorzeitig erkennt und dann
229 irgendwie schon erarbeiten kann wie reagiere ich dann am besten oder wie kann ich
230 damit umgehen und so. Also wenn das wirklich funktioniert, weil das ist ja wirklich/
231 also das ist ja echt mega, mega gut, wenn das/ also ich glaube ich finde jeden Punkt
232 davon super wichtig und ich finde das/ Natürlich ist das total gut dass das mit den
233 Eltern auch also weil das mit Sicherheit/ ich glaube viele Patienten die hierher kommen
234 ist das Verhältnis zu den Eltern oft ein bisschen schwierig. Vor allem wenn die Eltern
235 sie hier natürlich abgeben gegen ihren Willen sage ich mal, eben was
236 Vertrauensverhältnis angeht und so. Und ich glaube, wenn die da bei dem
237 zusammenarbeiten dann, dass das auf jeden Fall auch gut für die Eltern-Kind-
238 Beziehung und vor allem auch in Bezug auf dass viele Eltern sich vielleicht mehr mit
239 der Krankheit auseinandersetzen und sie vielleicht auch ein bisschen mehr/ anders
240 verstehen. Also. Und ich glaube viele Eltern schauen auch noch mehr weg als sie
241 eigentlich sollten. 19:24:98

242 I: Ja das glaube ich auch. Genau also die Frage und die nächste hast du eigentlich auch
243 schon beantwortet. Welche Aspekte oder Schritte man so nicht umsetzen könnte im
244 Praxisfeld.

245 B: Wie gesagt also. Fällt mir tatsächlich nichts ein. 19:42:57

246 I: Okay aber das ist auch okay. Genau. Dann wie die Implementierung aussehen könnte
247 hier auf Station da hast du auch schon gesagt, dass du findest, dass die ersten
248 Gespräche eben noch hier stattfinden sollten damit man erstmal gucken kann ob und
249 wie sinnvoll das ist. Hast du da noch weitere Ideen (..) wie man das hier gestalten
250 könnte?

251 B: Also ich stelle mir das ehrlich gesagt so vor, dass ich eben wenn ich einen Patient
252 habe zum Beispiel **in der Bezugspflege oder so dass/ und sich die Entlassung anbahnt,**
253 **dass ich dann eben mir intensiv einfach Gedanken darüber machen ob der Patient dafür**
254 **geeignet ist oder nicht.** Dann würde ich wahrscheinlich erstmal/ würde ich **mit den**
255 **Eltern und mit den Patienten ein Gespräch ausmachen um überhaupt erstmal die**
256 **Bereitschaft abzuklären.** Ob eben beide Parteien oder **alle Parteien einfach bereit dazu**
257 **sind, was sie davon halten, denen das eben so ein bisschen vorstellen.** Genau. Und
258 wenn die damit al/ also, wenn die damit mitgehen können dann eben genau wie du
259 gesagt hast, wenn eben in drei Wochen die Entlassung ansteht dann eben die ersten
260 Termine noch bei uns machen. Ja voll. Also so stelle ich mir das vor eigentlich.
261 21:05:78

262 I: Okay. Genau und was würdest du benötigen um das hier umzusetzen? Also//

263 B: Fünfundvierzig Minuten meiner Schicht (unv.) Ja.

264 I: Okay also an Maßnahmen, die davor noch durchgeführt werden müssen oder so
265 Probedurchlaufmäßig damit du das Konzept drauf hast?

266 B: Also klar ist natürlich/ wenn wir jetzt aber so einen Profi wie dich haben in diesem
267 Bereich/ wäre es natürlich sinnvoll alle Mitarbeiter die sich das vorstellen können
268 einfach damit **mal so ein bisschen einzuführen und denen das vorzustellen.** Klar damit
269 man natürlich einfach weiß wovon man redet. Und dann muss man ja/ ich glaube du
270 hast ja gesagt da gibt es so Bücher, da gehört ja so ein Arbeitsbuch dazu. 21:56:80

271 I: Genau so ein Patientenarbeitsbuch wo eben die ganzen Schritte dokumentiert//

272 B: //also die müsste man kaufen oder ist das einfach wie so ein selber gemachtes
273 Buch?// 22:03:39

274 I: Also da stand in den Leitlinien nichts spezielles drin. Ich habe mir das so vorgestell/
275 Kennst du diese sechs-Minuten-Tagebücher?

276 B: mhm (bejahend)

277 I: Ich stelle mir das so vor. Nur hald dann natürlich mit den jeweiligen Überpunkten
278 zu den verschiedenen Sitzungen. Dann vielleicht noch ein extra Platz für Notizen.

279 B: Achso also das ist kein festes Buch was dafür hergestellt wurde jetzt? 22:22:94

280 I: Nein also ich glaube das kann dann jede Klinik sich nochmal passend für die
281 Leitlinie selbe//

282 B: Ah ich dachte wie so ein Arbeitsbuch, weißt du, was dazulegt/ also was dafür
283 gemacht wurde parallel so aber (..) 22:33:19

284 I: Das kann auch sein aber//

285 B: //Begleitend hald, weißt du, zu dem// 22:36:54

286 I: Ja also bei der Leitlinie die ich eben gefunden habe bei meiner Recherche gab es nur
287 die Leitlinie. Da wurde eben auf dieses Buch hingewiesen und was man da alles
288 dokumentieren soll aber ich konnte jetzt keinen//

289 B: Ja voll gut aber okay ist ja/ kann ich mir auch gut vorstellen, dass man einfach
290 irgendwie auch ein individuelles Buch was den Patienten hald anspricht und so. Genau.
291 Wie gesagt eben das Team da einfach ein bisschen involvieren und die da ein bisschen
292 drüber aufklären. Aber sonst wie gesagt benötige/ **benötigt man eine Dreiviertelstunde**
293 **seiner Zeit mit eben für sich selber vielleicht ein bisschen Vorbereitungszeit um sich**
294 **damit auseinanderzusetzen oder sich nochmal irgendwie Gedanken zu machen.** Also
295 vielleicht ich weiß nicht, es gibt bestimmt Familien die einfach/ die ein bisschen mehr
296 Mitarbeit von der Pflegekraft brauchen mit Vorschlägen oder wie auch immer. Wenn
297 der Patient zum Beispiel schon ewig lange nicht mehr Zuhause war, sondern vor uns
298 auch schon in der Klinik, glaube ich, dass wir manchmal vielleicht sogar besser wissen
299 was dem Patienten hilft oder so. Also klar da muss man sich ein bisschen Gedanken
300 dazu machen aber das ist jetzt nichts was nicht machbar ist. (unv.) 23:53:65

301 I: Okay das hast du auch schon ein bisschen angeschnitten: was könnten Gründe dafür
302 sein, dass die Leitlinie in erster Linie von der Pflegekraft umgesetzt werden soll? Also
303 jetzt nicht zum Beispiel von der Therapeutin.

304 B: Ja genau. Wie gerade gesagt sowohl bei den Eltern/ obwohl die Eltern natürlich die
305 Kinder nochmal auf eine ganz andere Art kennen aber **Therapeuten, glaube ich,**
306 **tatsächlich nur Momentaufnahmen der Patienten kennen und ja auch nur in**
307 **Therapiegesprächen.** Und die **Patienten geben sich glaube ich im Alltag schon ganz**
308 **anders als in der Therapie.** Weil wir ja einfach/ genau **wir bestreiten mit denen den**
309 **Alltag in Anspannungssituationen, wie auch immer, und in erster Linie sind wir ja die**
310 **ersten Ansprechpartner für die und ich glaube dass das ja dass wir/ das klingt immer**
311 **ein bisschen blöd wenn man dann sagt man kennt sie besser.** Weil ich glaube/ ich will
312 gar nicht sagen dass sie zu uns ein größeres Vertrauensverhältnis haben weil ich glaube
313 die/ viele Pat/ oder die meisten vertrauen ihren Therapeuten schon aber ich denke
314 schon dass einfach nochmal noch ein/ also ich kann mir schon vorstellen dass man den
315 Therapeut vielleicht ein bisschen ins Boot holt also das man denen das schon auch
316 zeigt oder einfach vielleicht hat der noch irgendwie andere Ideen oder der Patient hat
317 doch mal was mit dem Therapeuten besprochen oder so, was wir nicht wissen. Also
318 das auf jeden Fall, aber/ also wenn der Therapeut dafür die Führung oder wenn er das
319 übernehmen sollte, dann bin ich mir relativ sicher dass das nicht gewährleistet werden
320 könnte weil ich glaube dass die Therapeuten keine fünfundvierzig Minuten ihrer Zeit
321 entbehren können. Also das klingt ein bisschen hart aber ich glaube es wäre viel
322 schwerer umzusetzen. 25:49:84

323 I: Ja. Da müsste das wahrscheinlich auch so ganz anders getaktet sein.

324 B: Personell gesehen auch und so. 25:53:46

325 I: Ja. Ne okay dann sind wir schon bei den Abschlussfragen. Genau. Wo ich nochmal
326 gerne von dir wissen wollen würde ob du eben findest ob es realistisch ist das hier
327 umzusetzen und ob du nochmal diese drei wichtigsten Faktoren hast. Was die
328 vielleicht einfällt was man braucht für die Realisierung.

329 B: Ja ich glaube man hat es schon rausgehört. **Ja ich finde das auf jeden Fall realistisch**
330 **das bei uns umzusetzen.** Die wichtigsten Faktoren ja **(..) Bereitschaft des Teams und**
331 **der Patienten beziehungsweise und der Familien** würde ich eher sagen. (...) Ich bin
332 mir tatsächlich gerade nicht sicher ob das von irgendjemandem abgesegnet werden

333 muss. Keine Ahnung ob der Chef da seine Meinung dazu geben muss irgendwie, dass
334 wir sowas einführen dürfen. Weil es ja schon, glaube ich, ins Konzept dann mit
335 aufgenommen wird. Also es heißt es wäre schon/ ich weiß nicht wie man das jetzt
336 stichpunktartig gut formulieren kann/ dass **das quasi in dieser Runde hald einfach**
337 **besprechen muss von den Leuten die einen Einfluss darauf haben, also dass es eben**
338 **eingeführt werden kann.** 27:22:43

339 I: Ja.

340 B: (unv.)

341 I: Also das muss ja erstmal genehmigt werden sowas und dann//

342 B: So ungefähr ja genau. Wie gesagt ich bin mir gerade nicht sicher wer das/ wer dafür
343 zuständig ist. 27:37:42

344 I: Irgendjemand der da oben sitzt (unv.)

345 B: Und was ist noch wichtig? (...) 27:43:65

346 I: Wenn dir nichts mehr einfällt ist auch ok//

347 B: //Das sind die zwei wichtigsten Sachen die mir einfallen glaube ich// 27:56:06

348 I: mhm (bejahend) Ja.

349 B: Wenn mir noch etwas einfällt sage ich es. 27:59:21

350 I: Das hast du vorhin auch mal so grob angeschnitten wie du deine eigene Motivation
351 einschätzt und auch die von deinen Kollegen das zu implementieren und eben auch
352 umzusetzen, mit den Familien zu arbeiten?

353 B: **Also meine Motivation ist hoch. Also ich würde das voll gerne einfach mal**
354 **ausprobieren.** Also wirklich um/ um auch zu wissen einfach wie da die Bereitschaft
355 der Patienten ist und so und ob überhaupt Interesse an sowas besteht. Und natürlich
356 wäre das auf Langzeit einfach super interessant ob es dann auch das bewirkt natürlich
357 für was es gedacht ist. Ich glaube vom Team könnte ich/ sowohl als auch. **Also ich**
358 **denke, dass auf jeden Fall einige der gleichen Meinung sind.** Ich glaube es sind aber
359 genauso welche dabei die sagen ne/ **also die direkt sagen würden ne können wir nicht**
360 **leisten, will ich mich gar nicht also irgendwie damit auseinandersetzen. Und aber ich**
361 **glaube das ist in jedem Team so.** Also es wird immer die und die geben. Also ich

362 glaube nicht, dass es ein Team gibt wo alle sagen hey, aber muss es ja auch gar nicht.
363 Also was ich mir hald ein bisschen schwierig vorstelle oder was hald blöd ist, wenn
364 ein/ quasi wo **wirklich ein potentieller Patient wo du sagst hey da könnte ich es mir**
365 **voll gut vorstellen und aber die Bezugspflege hald nicht bereit ist dazu.** Das müsste
366 man sich wahrscheinlich vorzeitig/ wie gesagt ich habe ja vorhin gesagt, dass ich
367 glaube, dass man schon rechtzeitig irgendwie den Patienten einschätzen kann/ oder
368 frühzeitig nicht rechtzeitig/ **frühzeitig einschätzen kann, ob er vielleicht dafür in Frage**
369 **kommen würde und dass man sich dann einfach überlegt, ob man tatsächlich entweder**
370 **die Bezugsperson wechselt oder die Bezugspflege oder. Weil ich glaube ich würde das**
371 **schon/ wenn ich das einführen würde oder so, dann würde ich auf jeden Fall da**
372 **dranbleiben und nicht so irgendwie naja nach ja jetzt machen wir mal jetzt machen wir**
373 **nicht, so weißt du. Also wenn würde ich dann/ ist das auf jeden Fall etwas was ja jedem**
374 **Patienten der dafür in Frage kommen würde oder der das haben wollen würde ja auch**
375 **zusteht.** Und nur weil der/ die Bezugspflege dann gerade sagt ne habe ich aber keine
376 Lust drauf wäre das ja super schade dann. 30:35:26

377 I: Ja.

378 B: Genau ich weiß nicht wo das noch hingehört zu welcher Frage. Aber das müsste
379 natürlich gewährleistet sein. Dass wenn der Patient sich das wünscht oder die Familie,
380 dass wir das dann auch umsetzen können. 30:47:20

381 I: mhm (bejahend) Ja. Ja eigentlich hast du die nächste Frage auch schon beantwortet
382 ob es dann eben eine Möglichkeit wäre für dich und deine Patienten das Rückfallrisiko
383 zu senken oder einen Rückfall frühzeitig zu erkennen?

384 B: **Auf jeden Fall, ja.** 31:01:29

385 I: Okay. Genau. Und die letzte Frage ist, ob du es dir selber für dich vorstellen könntest
386 das zu machen?

387 B: Ja. 31:12:68

388 I: Okay. Hast du noch Fragen oder noch Anmerkungen, Ergänzungen zu
389 irgendwelchen anderen Punkten?

390 B: Dass wir/ **Ich hoffe auf jeden Fall, dass wir das ins Team tragen.** Also wenn du/
391 wenn du da mit deinem Bachelor fertig bist. Dann irgendwie/ Also wie **gesagt ich**
392 **fände es auf jeden Fall sehr, sehr cool, wenn wir das irgendwie mal anbringen.** Ich

393 weiß nicht was meine Kollegen gesagt haben aber ja. Fände ich echt eine coole Sache.

394 31:49:21

395 I: Okay. Danke.

396 B: Gerne.

31:51:46

3.5 Inhaltsanalyse nach Mayring

Tabelle 9: Analyse Experte 1

Zeit	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	C o d e	Reduktion
01: 39	1	Wir haben ein Anorexiekonzept das hausintern geführt wird.	Es gibt ein hausinternes Anorexiekonzept.	A	Anorexiekonzept vorhanden
01: 39	2	Es gibt Fortbildungen. Es gibt die Fachweiterbildung, aber nichts anorexiespezifisches.	Es gibt allgemeinspsychiatrische Fortbildungen.	A	Allgemeine Fortbildungen möglich
02: 00	3	Ich erlebe die Rückfallquote als hoch.	Es gibt eine hohe Rückfallquote.	B	Hohe Rückfallquote
02: 45	4	Hier im geschützten Bereich ist die Rückfallquote höher, weil wir zu früh verlegen.	Im geschützten Bereich führt die frühe Verlegung zur hohen Rückfallquote.	B	Frühe Verlegung als Ursache
02: 45	5	Die Patienten sind mit weniger Struktur und dem offenen Konzept noch überfordert.	Offenes Konzept und Strukturverlust führt zu Überforderung.	B	Strukturverlust als Ursache
05: 17	6	Der offene Bereich ist eine Übergangsstation bei der die Patienten mehr Verantwortung bekommen und das ist eine Art Rückfallprophylaxe.	Die Übergangsstation mit mehr Verantwortung für die Patienten ist eine Rückfallprophylaxe.	A	Rückfallprophylaxe durch Eigenverantwortung auf der Übergangsstation
05: 17	7	Der Übergang von geschützter zu offener Station ist sehr schwierig oder hat sich als zu schwierig herausgestellt.	Der Übergang von geschützter zu offener Station ist schwierig.	B	Schwierigkeiten beim Settingwechsel
05: 17	8	Die Bezugspflege ist sehr wichtig.	Die Bezugspflege ist wichtig.	B	Positive Bewertung des Bezugspflegekonzepts
05: 17	9	Die Krankheitseinsicht der Patienten ist natürlich maßgeblich dafür verantwortlich, dass sie auf den offenen Bereich verlegt werden können.	Die Krankheitseinsicht ist für die Verlegung in den offenen Bereich verantwortlich.	B	Bewertung der Krankheitseinsicht als essentiell für Verlegung
05: 40	10	Die Patienten sind vom Gewichtsbereich verlegungsfähig aber kognitiv noch nicht in der Lage und daher besteht Handlungsbedarf.	Die Patienten sind vom Gewicht und nicht kognitiv in der Lage für eine Verlegung.	B	Problem, dass Verlegung anhand des Gewichts statt Kognition stattfindet.
07: 14	11	Das hat etwas mit dem Dienstplan zu tun und es ist ja viel Zeit ist die man für diese Gespräche benötigt.	Der Dienstplan und die zeitlichen Ressourcen müssen abgestimmt werden.	C	Klärung von zeitlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen.
07: 49	12	Man muss klären, ob das Sinn auf der geschützten Station macht oder ob es doch eher etwas für den offenen Bereich ist.	Es muss geklärt werden ob das im geschützten Bereich oder eher im offenen Bereich möglich ist.	C	Klärung von der Anwendung in geschütztem oder intensivem Setting
08: 20	13	Man sollte eine gewisse Anzahl an Jahren von Berufserfahrung mitbringen, ich sage mal mindestens zwei Jahre mit diesem Patientenklintel.	Man sollte mindestens zwei Jahre mit diesem Patientenklintel arbeiten.	C	Voraussetzung von mindestens zwei Jahren Erfahrung

					mit Anorexiepatienten
08: 50	14	Man braucht so ein Gefühl dafür und auch Erfahrung mit den Patienten.	Man benötigt ein Gefühl und Erfahrung mit den Patienten.		
08: 50	15	Durch die Erfahrung hat man oftmals einfach bessere Arbeitsweisen.	Erfahrung führt zu besseren Arbeitsweisen.	C	Bewertung von Erfahrung als Basis für bessere Arbeitsweisen (14,15)
09: 34	16	Man sollte eine Art Schulungskonzept für diese Leitlinie einführen.	Es sollte ein Schulungskonzept zur Leitlinie geben.	C	Einführung eines Schulungskonzepts als Voraussetzung
09: 34	17	Man müsste auf jeden Fall Bezugskinder hier auf Station haben.	Man sollte Kinder im Hauptbezug auf Station haben.	C	Voraussetzung Hauptbezug eines Kindes zu sein
12: 07	18	Die Patienten müssten ein stabiles soziales Umfeld haben, weil die Eltern auch zu den Nachsorgeterminen mitkommen müssen.	Da die Eltern an den Nachsorgeterminen anwesend sein sollen, sollte der Patient ein stabiles soziales Umfeld haben.	C	Durch Teilnahme der Eltern an der Nachsorge ist ein stabiles soziales Umfeld Voraussetzung.
12: 07	19	Es sollten kooperative, motivierte Patienten sein und auch Angehörige.	Sowohl Patient als auch Eltern sollten kooperativ und motiviert sein.	C	Kooperation und Motivation als Voraussetzung
12: 07	20	Es sollten offene und ehrliche Gespräche mit den Patienten möglich sein.	Gespräche mit den Patienten sollten offen und ehrlich sein.	C	Offenheit und Ehrlichkeit als Voraussetzung
12: 07	21	Wenn die Krankheitseinsicht und Ehrlichkeit in der Familie und auch gegenüber der Pflegekraft nicht gegeben ist wird es schwierig.	Man sollte Krankheitseinsicht zeigen und in der Familie sowie mit der Pflegekraft ehrlich sein.	C	Bewertung der Krankheitseinsicht als essentiell für die Teilnahme
12: 07	22	Wichtig für die Teilnahme des Patienten ist, dass die Eltern Verständnis für das Krankheitsbild haben.	Die Eltern sollten das Krankheitsbild verstehen.	C	Verständnis der Eltern in Bezug auf das Krankheitsbild.
12: 07	23	Es ist wichtig, dass die Eltern einsichtig sind und Verständnis zeigen und bereit sind ihre eigenen Verhaltensweisen zu hinterfragen.	Die Eltern sollten einsichtig und verständnisvoll sein und bereit ihr eigenes Verhalten zu hinterfragen.	C	Einsicht, Verständnis und Bereitschaft zur Selbstreflexion der Eltern als Voraussetzung
14: 22	24	Chancen und Möglichkeiten sind, dass man mehr Verantwortung trägt durch die Nachbetreuung.	Die Verantwortung die man durch die Nachbetreuung trägt ist eine Chance.	D	Verantwortung als Chance betrachten
14: 22	25	Die engere Patientenbetreuung und Elterngespräche erhöhen die Motivation für die Arbeit.	Die enge Betreuung und Gespräche mit Patienten und Eltern erhöhen die Arbeitsmotivation der Pflegenden.	D	Steigerung der Arbeitsmotivation durch intensive Betreuung
14: 22	26	Die Bezugspflege verbessert sich qualitativ, weil man die Patienten auf Station begleitet und	Die Bezugspflege verbessert sich durch die Begleitung der	D	Steigerung der Qualität der

		man sollte sie dann im Nachgang auch nachbetreuen.	Patienten auf Station und im Nachgang.		Bezugspflege durch Teilhabe der Pflegekraft am gesamten Genesungsprozess
14: 22	27	Während dem Aufenthalt findet eine intensivere Bezugspflege statt, wenn ich weiß, dass ich danach auch noch Elterngespräche führen werden und Kontakt zum Kind haben werde.	Die Bezugspflege während dem Aufenthalt ist intensiver mit dem Wissen auch nach der Entlassung noch Kontakt zum Kind zu haben.	D	Intensivierte Bezugspflege durch Teilhabe der Pflegekraft am gesamten Behandlungsprozess
14: 44	28	Ich glaube, dass es eine höhere Erfolgsrate bezüglich der Genesung der Patienten hat.	Man glaubt daran, dass das Konzept die Chancen auf Genesung erhöht.	D	Positive Bewertung der Wirkung des Konzepts
14: 59	29	Das ist gut für die Pflegekräfte, weil es in die Motivation mit reinspielt, wenn man sieht, dass es seinem Patienten wirklich besser geht.	Die Motivation der Pflegekräfte wird durch Besserung des Patientenzustands gesteigert.	D	Positive Entwicklung der Motivation Pflegenden durch Besserung der Patienten
16: 17	30	Die geringere Rückfallquote.	Die geringere Rückfallquote wird als Chance genannt.	E	Geringeres Rückfallrisiko als Chance für Patienten.
16: 17	31	Eine gesündere und offene Beziehung zu den Kindseltern oder Angehörigen wird durch die Besprechung von Frühwarnzeichen, Triggern und Risikofaktoren ermöglicht.	Man rechnet mit einer besseren Beziehung zu den Angehörigen durch die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Krankheit.	E	Positive Entwicklung der interfamiliären Beziehungen durch Gemeinsame Auseinandersetzung mit der Erkrankung
16: 17	32	Die Eltern lernen die Krankheit mehr kennen und bringen mehr Verständnis für das Krankheitsbild auf, was sich positiv auf den Patienten auswirkt.	Das bessere Wissen und Verständnis der Eltern für die Erkrankung wirkt sich positiv auf den Patienten aus.	E	Psychoedukative Entwicklung der Eltern ist positiv für den Patienten
16: 17	33	Ich glaube auch dass die soziale Wiedereingliederung in den Alltag, die Schule und den Freundeskreis durch die Leitlinie erleichtert wird.	Positive Bewertung der Wirkung der Leitlinie in Bezug auf soziale Wiedereingliederung.	E	Die Leitlinie erleichtert die soziale Wiedereingliederung
17: 12	34	Der Übergang nach der Entlassung wird durch das Programm erleichtert.	Man bewertet den Übergang nach Hause mit dem Programm als leichter.	E	Erleichterter Übergang von Klinik nachhause mit dem Programm.
17: 12	35	Es ist leichter wie wenn man danach ambulant angebunden ist, weil es der gleiche PED ist mit dem man immer die Gespräche geführt hat.	Das Bestehen der Bezugsperson nach der Entlassung wird im Vergleich	E	Gleichbleibende Bezugsperson nach der Entlassung als positiver Aspekt.

			zur ambulanten Therapie als positiv bewertet.		
18: 39	36	Die Schulung die man absolvieren müsste ist eine Herausforderung.	Die zu absolvierende Schulung wird als Herausforderung gesehen.	■	Bewertung der zu absolvierenden Schulung als Herausforderung
18: 39	37	Risiken sind, dass man sich nicht mehr gut abgrenzen kann, weil man dann mehr Nähe zum Patienten und der Familie hat als wenn man nur auf Station die Bezugspflege macht.	Man kann sich durch die Nähe zu Patient und Familie in der Nachbetreuung schwieriger abgrenzen.	■	Nähe-Distanz-Verhältnis als Risiko im Rahmen der Nachbetreuung
18: 39	38	Ein Risiko für die Institution ist, dass man nicht genug Zeit dafür hat.	Die fehlende Zeit der Pflegenden als Risiko für die Institution.	■	
18: 39	39	Also gerade Personalmangel, Zeitmanagement und die allgemeine Organisation könnten eine Herausforderung werden.	Personalmangel, Zeitmangel und die allgemeine Organisation sind eine Herausforderung.	■	Organisatorische Aspekte wie Zeit- und Personalmangel als Risiko (38,39)
20: 22	40	Die Patienten müssen ja Aufnahmekriterien erfüllen um teilnehmen zu können und Patienten mit fehlenden sozialen Ressourcen müssten abgelehnt werden.	Patienten mit fehlenden sozialen Ressourcen müssten wegen den Aufnahmekriterien abgelehnt werden.	■	Ablehnung von Patienten ohne soziale Ressourcen wegen Aufnahmekriterien als Problem für Pflegende (40,41,42)
20: 22	41	Ich stelle mir das sehr schwierig zu differenzieren wer darf und wer darf nicht teilnehmen.	Die Differenzierung wer teilnehmen darf wird als schwierig für Pflegende bewertet.	■	
20: 22	42	Das als Pflegekraft zu erkennen ist schwierig, weil man natürlich jedem Kind helfen möchte aber mit dem Programm dann keine Chance hat.	Die Erkenntnis der Pflegekraft, wenn ein Kind nicht teilnehmen kann ist schwierig, weil jeder Patient eine Chance verdient hat.	■	
22: 59	43	Als Herausforderung bei den Patienten kann ich mir vorstellen, dass die nicht ganz ehrlich sind oder offen den Kindseltern gegenüber.	Eine Herausforderung ist, dass die Patienten nicht ehrlich gegenüber den Eltern sind.	■	Fehlende Ehrlichkeit der Patienten gegenüber den Eltern als Herausforderung
22: 59	44	Die Patienten versuchen oft aufgrund ihrer Krankheit zu spalten um Kontrolle zu erlangen und diese Kontrolle abzugeben ist eine Herausforderung.	Patienten spalten um Kontrolle zu erlangen und könnten Probleme haben diese im Rahmen des Programms abzugeben.	■	Kontrollabgabe der Patienten als Herausforderung (44, 45)
22: 59	45	Auch die Benennung der Hilfspersonen, die den Patienten eingrenzen dürfen, stelle ich mir schwierig vor.	Bewertung der Benennung der Hilfspersonen als Herausforderung.	■	
22: 59	46	Feedback zum Essverhalten oder Bewegungsdrang von nahestehenden Personen	Feedback von den Eltern anzunehmen ist noch	■	Feedback von den Eltern annehmen

		anzunehmen ist noch schwieriger als von Pflegenden.	schwieriger als von Pflegenden.		als Herausforderung
22: 59	47	Die Eltern geben Verantwortung für die Krankheit ab, wenn sie ihr Kind in der Klinik abgeben sodass sie automatisch im Positivkontakt sind und die Pflegenden durch die Eingrenzung im Negativkontakt.	Eltern sind durch die Abgabe der Verantwortung im Positivkontakt und Pflegende durch Eingrenzung im Negativkontakt.	F	Während stationärer Behandlung fungieren Eltern als Positivkontakt und Pflegende als Negativkontakt.
22: 59	48	Nach der Entlassung teilen die Eltern nicht mehr nur die schönen Dinge, sondern sind für die Eingrenzung verantwortlich.	Nach der Entlassung übernehmen die Eltern die negativ geprägten Aufgaben der Pflegenden.	F	Übernahme der negativen Aufgaben durch die Eltern als Herausforderung nach Entlassung
24: 43	49	Besonders hilfreich finde ich Sitzung zwei, weil hier die Identifizierung der Trigger stattfindet und es so zu einer Diskussion über den Ursprung und die Ursache der Krankheit kommt.	Man bewertet Sitzung zwei als hilfreich da hier die Trigger und Ursachen der Erkrankung geklärt werden.	G	Bewertung der dritten Sitzung als besonders relevant wegen Diskussion über Trigger und Ursachen
24: 43	50	Außerdem relevant ist die Dokumentation in dem Patientenarbeitsbuch falls der Patient angibt, dass etwas so nie ausgemacht wurde.	Dokumentation im Patientenbuch ist wichtig um Abmachungen belegen zu können.	G	Aufgrund der Spaltungstendenzen der Patienten wird die Dokumentation im Patientenbuch als wichtig bewertet
26: 50	51	Man könnte das in unserem geschützten Bereich heruntergebrochen machen und hier in den Bezugspflegegesprächen die Risikofaktoren, Trigger und Frühwarnzeichen auf den SEV oder TU beziehen.	Im geschützten Bereich könnte man das auf TUs oder SEVs herunterbrechen und die Aspekte in Bezugspflegegesprächen besprechen.	H	Anwendung in TUs oder SEVs im geschützten Bereich
26: 50	52	Da wird dann geklärt welche Probleme im SEV oder TU vorkommen und wie man reagiert bevor man dies mit dem Alltag zuhause ermöglicht.	Klärung, welche Probleme im TU oder SEV vorkommen und Reaktion darauf statt direkt Zuhause.	H	Problemidentifizierung im Rahmen des TUs oder SEVs
28: 00	53	Am Anfang haben die Schwierigkeiten ohne Essensplan zuhause, wenn sie sich spontan eine Mahlzeit aussuchen sollen.	Schwierigkeit für Patienten wieder selbstständiger zu agieren.	F	Selbstständigkeit und Eigenständigkeit nach Entlassung als Risiko für Patienten (53, 54)
28: 00	54	Die haben eine völlige Überforderung Zuhause den Kühlschrank aufzumachen und auf Station kriegen die es klar auf den Tisch gelegt.	Patienten sind zuhause überfordert sich plötzlich selbst die Mahlzeiten auszusuchen.	F	
28: 00	55	Dann findet die Verlegung in den offenen Bereich statt und bei der Entlassung hier kann man das so machen wie die GRP es beschreibt.	Die Patienten werden in den offenen Bereich verlegt und hier kann die GRP bei der	H	Umsetzung der GRP in geplantem Rahmen bei der

			Entlassung im geplanten Rahmen umgesetzt werden.		Entlassung aus dem offenen Bereich möglich
29:06	56	Der Bezugs-PED sollte das GRP begleiten, weil es Sinn macht, dass nicht wieder eine neue Person involviert wird.	Der Bezugs-PED sollte die GRP leiten, um niemand neuen zu involvieren.	H	Leitung der Leitlinie durch jeweiligen Bezugs-PED
29:06	57	Man sollte regelmäßig schon bei Elterngesprächen dabei sein, damit man die Familie schon kennt und involviert ist.	Der PED sollte bereits bei Elterngesprächen anwesend sein um die Familie zu kennen.	H	Teilnahme des PED an Elterngesprächen während Aufenthalt
32:18	58	Der Bezugs-PED hat einfach die Patientennähe, die der Therapeut so nicht hat, da er die Alltagsproblematiken mit den Patienten bewältigt.	Der Bezugs-PED hat die Patientennähe durch die gemeinsame Bewältigung der Alltagsprobleme.	D	Patientennähe des PED durch gemeinsame Alltagsbewältigung
32:18	59	Der PED übernimmt im stationären Setting die Aufgaben der Eltern und die Alltagsstrukturierung.	Der PED übernimmt die Alltagsstrukturierung und Aufgaben der Eltern im stationären Setting.	D	Alltagsstruktur und Aufgaben der Eltern als Aufgaben des PED
32:18	60	Ich finde es wichtig, dass die Pflegekraft das nachbetreut, weil wir die Kinder schon in den Alltagssituationen kennen und wissen wie sie reagieren.	Es ist wichtig, dass die Nachbetreuung durch die Pflegekraft stattfindet, da sie den Patienten im Alltag kennt	C	Bewertung der Nachbetreuung durch Pflegekraft als wichtig (60,61)
32:18	61	Therapeuten können manchmal nicht einschätzen was man einem Kind schon zutrauen kann, da sie nicht so nah am Patienten arbeiten wie Pflegende.	Therapeuten können nicht so gut einschätzen was man einem Kind schon zutrauen kann wie Pflegende.	C	
34:51	62	In ein bis zwei Jahren könnte man mit dem Programm beginnen.	Das Programm könnte in ein bis zwei Jahren beginnen.	H	Vorstellung, dass Beginn des Programms in ein bis zwei Jahren möglich wäre
34:51	63	Die Pflegekräfte müssen zur Leitlinie richtig geschult sein, damit es qualitativ hochwertig ist.	Um die Qualität zu gewährleisten müssen Pflegende richtig zur Leitlinie geschult sein.	C	Schulung der Pflegenden als Voraussetzung für Qualität
34:51	64	Die Erarbeitung der Aufnahmekriterien für Patienten sollte passen, weil sie einige Voraussetzungen und Ressourcen mitbringen müssen	Erarbeitung Aufnahmekriterien für Patienten wegen der Voraussetzungen für die Teilnahme.	H	Erarbeitung der Aufnahmekriterien aufgrund von Voraussetzungen essentiell
34:51	65	Gegebenenfalls eine Konzeptbesprechung zur Klärung von Organisation und Struktur.	Vorschlag einer Konzeptbesprechung zur Klärung von Organisation und Struktur.	C	Konzeptbesprechung für Organisation und Struktur
34:51	66	Es wäre gut, wenn die Stationsleitung das organisiert und bei den Pflegekräften die Gespräche im Dienstplan vermerkt.	Die Stationsleitung organisiert und terminiert die Gespräche im Dienstplan.	H	Organisation und Terminierung durch Stationsleitung
34:51	67	Oftmals wird im Team getauscht und bei einem verbindlichen Termin kann man nicht tauschen.	Problem wenn Pflegende Dienste tauschen bei verbindlichen Terminen.	R	Schichttausch als Risiko für Terminierung

37: 13	68	Ich schätze meine und die Motivation meiner Kollegen als sehr hoch ein durch die Verantwortung und die Erfolge der Patienten.	Man schätzt die eigene und die Motivation der Pflegenden als hoch ein.	H	Bewertung der Motivation der Pflegenden als hoch
37: 13	69	Es ist schön und interessant zu sehen was nach der Entlassung passiert, da wir das nie mitkriegen.	Man stellt es sich schön und interessant vor die Zeit nach der Entlassung mitzuerleben.	D	Positive Bewertung der Involvierung der Pflegenden in die Zeit nach der Entlassung
37: 13	70	Durch die Nachbetreuung kann die Qualität der stationären Behandlung verbessert werden, weil wir miterleben was die Trigger und Risiken nach einer Entlassung sind.	Man meint die Qualität der stationären Behandlung würde sich durch die Teilhabe am Prozess nach der Entlassung verbessern.	I	Steigerung der Qualität der stationären Behandlung durch Wissen um Probleme nach der Entlassung
39: 12	71	Ich glaube schon, dass dadurch das Rückfallrisiko gesenkt werden kann.	Das Rückfallrisiko kann durch die Leitlinie gesenkt werden.	I	Bewertung der Leitlinie als wirksam
39: 12	72	Würde die Person die schon hier für den Patienten zuständig war die Nachbetreuung Zuhause machen könnte man einen guten Übergang hinbekommen und müsste nicht wieder von vorne anfangen.	Man erwartet einen guten Übergang durch das Bestehen derselben Bezugsperson in der Nachbetreuung.	I	Optimierter Übergang aus der stationären Therapie durch Beibehalten der Bezugsperson
41: 15	73	Ich wäre unfassbar gerne bis zum Ende dabei wegen dem Erfolgserlebnis, wenn man dem Patienten helfen kann.	Man wäre wegen dem Erfolgserlebnis gerne bis zum Ende dabei.	I	Wunsch, bis zum Ende am Prozess beteiligt zu sein
41: 15	74	Ich glaube, dass das Präventionsprogramm den Patienten hilft.	Man bewertet das Programm als hilfreich für die Patienten.	I	Bewertung des Programms als hilfreich für Patienten

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring 2002, S: 98

Kodierung Analyse E1

A: IST-Situation

B: Problematik, Handlungsbedarf

C: Voraussetzungen

D: Chancen/ positive Aspekte für Pflegende

E: Chancen/ positive Aspekte für Patienten

F: Risiken und Herausforderungen

G: Relevante Aspekte der Leitlinie

H: Möglichkeiten einer praktischen Umsetzung

I: Wirkung/ Realisierbarkeit

Tabelle 10: Analyse Experte 2

04: 33	1	Es gibt Fortbildungen zum aktuellen Stand der Wissenschaft bezüglich Anorexie und Behandlung und immer wieder Kolloquien.	Es gibt Fortbildungen und Kolloquien zum wissenschaftlichen Stand Anorexie.	A	Fortbildungen zum wissenschaftlichen Stand der Anorexie vorhanden
04: 33	2	Wir haben eine ausformulierte Richtlinie nach der wir arbeiten.	Es wird nach einer Richtlinie gearbeitet.	A	Klinik arbeitet nach Anorexierichtlinie
06: 08	3	Wir haben spezielle Ernährungstherapeutinnen die zur Anorexie bewandert sind.	Es gibt auf Anorexie spezialisierte Ernährungsberatung in der Klinik.	A	Anorexiespezifische Ernährungsberatung vorhanden
06: 08	4	Pflege und Ärzte sind auch auf dieses Krankheitsbild spezialisiert und haben viel Erfahrung damit.	Pflege und Ärzte sind durch Erfahrung auf die Anorexie spezialisiert.	A	Spezialisierung der Klinik auf Anorexie durch Erfahrung der Mitarbeiter
08: 11	5	Viele Patientinnen sind Drehtürpatienten und kommen immer wieder.	Es gibt viele Drehtürpatienten.	B	Viele Drehtürpatienten als Problematik
11: 24	6	Da die Patienten auf eine offene Station verlegt werden beschäftigen wir uns wenig mit der Rückfallprophylaxe.	Durch die Verlegung auf offene Stationen findet hier kaum eine Rückfallprophylaxe statt.	B	Rückfallprophylaxe wird an offene Stationen abgegeben
11: 24	7	Wir überlegen was für ambulanten Betreuung und Hilfen die Patienten brauchen und bahnen das mit der Sozialpädagogin an.	Die ambulante Nachbetreuung wird mit der Sozialpädagogin gemeinsam geplant.	A	Klärung der Unterstützungsbedarfe mit der Sozialpädagogin
11: 24	8	Wir schauen uns die Familien an und überlegen ob die Integration ins häusliche Umfeld möglich ist und planen weitere Hilfen	Die Familien und die häusliche Reintegration wird analysiert und weitere Hilfen werden geplant.	A	Analyse der Familien und der häuslichen Reintegration und Unterstützungsplanung als Rückfallprophylaxe
12: 05	9	Es hat einen prophylaktischen Aspekt, dass wir die Patienten in unserer Ambulanz sehen und den Verlauf kontrollieren, wenn sie keine niedergelassene Therapeutin haben.	Überbrückende Verlaufskontrolle in der Ambulanz, wenn der Patient keinen ambulanten Therapeuten hat ist eine Prophylaxe.	A	Überbrückung zur ambulanten Therapie in der Ambulanz als Prophylaxe
15: 30	10	Die Settingwechsel und damit verbundenen Pflege- und Therapeutenwechsel bei Verlegung sind ein Problem.	Wechselnde Bezugspersonen und Settings bei Verlegungen stellen ein Problem dar.	F	Bewertung der Setting- und Bezugspersonenwechsel bei Verlegungen als Problem
15: 30	11	Wichtig ist, dass die Übergaben gut funktionieren.	Die Übergaben müssen gut funktionieren.	C	Ausführliche Übergaben als Voraussetzung
15: 30	12	Die Therapeuten bleiben bereichsübergreifend damit sie die Patienten wirklich gut kennen und im Verlauf bereits Trigger und Risikofaktoren bestimmen können.	Gleichbleiben der Therapeuten bei Settingwechsel um intensives Wissen über Patienten und Identifizierung der Trigger und Risikofaktoren im Verlauf zu ermöglichen.	C	Gleichbleibende Therapeuten als Voraussetzung bei Settingwechsel

15:30	13	Die Teams müssten durch Schulungen auf die Leitlinie sensibilisiert werden, da man sie noch nicht kennt.	Es werden Schulungen zur Leitlinie benötigt da diese hier nicht bekannt ist.	C	Schulungen zur Leitlinie als Voraussetzung
15:30	14	Wir müssten enger mit der Ambulanz zusammenarbeiten indem die Bezugspfleger von Station die Termine dort wahrnehmen.	Die Bezugspfleger könnten in Zusammenarbeit mit der Ambulanz die Termine dort wahrnehmen.	C	Vorschlag die Bezugspfleger für die Termine in die Ambulanz zu integrieren.
15:30	15	Durch den erheblichen Mehraufwand benötigen wir mehr und qualifiziertes Personal um die Termine wahrzunehmen.	Es wird mehr und qualifiziertes Personal zur Wahrnehmung der Termine benötigt.	C	Personalschlüssel und Personalqualifizierung als Voraussetzung.
16:24	16	Die Pflegekraft sollte dreijährig examiniert sein und Erfahrung mit dem Krankheitsbild und zwei Jahre Berufserfahrung haben.	Pfleger sollten dreijährig examiniert sein, Erfahrung mit dem Krankheitsbild und zwei Jahre Berufserfahrung haben.	C	Examen, Erfahrung mit dem Krankheitsbild und zweijährige Berufserfahrung als Voraussetzung für Pfleger
16:24	17	Sie sollte in Gesprächsführung und Beratung geschult sein.	Die Pflegeperson sollte in Gesprächsführung und Beratung geschult sein.	C	Schulung in Gesprächsführung und Beratung als Voraussetzung für Pfleger
18:07	18	Die Patienten sollten Jugendliche ab 12 sein.	Die Patienten sollten mindestens 12 Jahre alt sein.	C	12 Jahre als Mindestalter der Patienten
18:07	19	Die Patienten sollten sich gut reflektieren können, eine Krankheitseinsicht haben und motiviert sein.	Die Patienten sollten reflektiert, motiviert und compliant sein.	C	Selbstreflexion, Motivation und Krankheitseinsicht als Voraussetzung für Teilnahme
18:07	20	Es ist wichtig, dass sie ein stabiles soziales Umfeld haben, da die Eltern als Hilfspersonen eingesetzt werden müssen.	Wegen des Einsatzes der Eltern als Hilfspersonen ist ein stabiles soziales Umfeld wichtig.	C	Ein stabiles soziales Umfeld als Voraussetzung
21:47	21	Wir gehen zufriedener aus der Arbeit, wenn wir Erfolgserlebnisse und die Stabilisierung des Patienten sehen.	Man wäre zufriedener, wenn man die Erfolgserlebnisse der Patienten mitbekommt.	D	Steigerung der Zufriedenheit der Pfleger durch Miterleben der Erfolgserlebnisse
21:47	22	Wir bauen eine Beziehung auf, die einfach abbricht und so könnte man sehen wie es mit dem Patienten weitergeht und ob es Sinn ergibt was wir machen.	Man findet es wichtig, dass die Beziehung zum Patienten nicht einfach abbricht, sondern dass man sieht ob die Therapie wirkt.	D	Bestätigung der Wirksamkeit als Motivator für Pfleger durch Vermeidung des Beziehungsabbruchs
21:47	23	Man kann die Patienten besser unterstützen und reflektieren was sie Zuhause brauchen um mit den Risikofaktoren und Triggern klarzukommen.	Man findet, dass man die Patienten besser unterstützen kann und Bedarfe für zuhause evaluieren kann.	D	Bessere Unterstützung und Bedarfsermittlung
21:47	24	Es wäre eine große Chance die Patienten auch im häuslichen Umfeld zu begleiten und zu stabilisieren.	Man bewertet es als große Chance für Pfleger die Patienten auch Zuhause zu begleiten.	D	Häusliche Begleitung der Patienten als große Chance für Pfleger
21:47	25	Die Patienten hätten im besten Fall viel mehr Teilhabe am Leben.	Die Leitlinie ermöglicht den Patienten mehr Teilhabe am Leben.	D	Mehr Teilhabe am Leben für Patienten

24: 51	26	Die Pflege leidet deutschlandweit an Personalmangel und auch hier auf dieser Station.	Deutschlandweiter Fachkräftemangel auch auf dieser Station spürbar.	F	Spürbarer Fachkräftemangel
24: 51	27	Das würde auf jeden Fall mehr Ressourcen binden.	Herausforderung durch Bindung der Ressourcen.	F	Ressourcenbindung als Herausforderung
24: 51	28	Es würde im besten Fall Rückfälle vorbeugen und die stationären Aufenthalte verringern.	Reduktion stationärer Aufenthalte durch Vorbeugung der Rückfälle.	D	Reduktion stationärer Aufenthalte durch Rückfallprophylaxe
24: 51	29	Beziehungsaufbau und Nähe-Distanz sind eine Herausforderung, wenn man sie ambulant weiter betreut.	Beziehungsaufbau und Nähe-Distanz als Herausforderung der ambulanten Weiterbetreuung.	F	Wahrung der professionellen Distanz als Herausforderung (29,30)
24: 51	30	Es ist nicht einfach für den PED da er im stationären Setting gelernt hat sich abzugrenzen.	Schwierigkeit sich abzugrenzen.	F	
27: 32	31	Bei uns auf Station haben die wenigsten Patienten eine Krankheitseinsicht.	Wenige Patienten mit Krankheitseinsicht auf Station.	F	Geringe Patientenzahl mit Krankheitseinsicht
27: 32	32	Die Patienten haben Schwierigkeiten Willen und Krankheit zu trennen was überfordernd wäre.	Überforderung durch Probleme Willen und Krankheit zu trennen.	F	Überforderung wegen Überschneidung von Willen und Krankheit
27: 32	33	Umsetzung im Verlauf im offenen Intensiv- Bereich möglich, mit der Voraussetzung, dass die Patienten thematiemotiviert sind.	Bei thematiemotivierten Patienten ist eine Umsetzung im offenen Intensiv-Bereich denkbar.	G	Umsetzung in offenem Bereich bei thematiemotivierten Patienten
27: 32	34	Die meisten sind durch das Untergewicht kognitiv eingeschränkt sodass die Bestimmung der Phasen, Risikofaktoren, etc. erschwert wird.	Erschwerte Umsetzung durch untergewichtsbedingte kognitive Einschränkung der Patienten.	F	Kognitive Einschränkung der Patienten als Herausforderung
31: 02	35	Die Sammlung der Stärken der Patienten ist ein wichtiger Punkt.	Bewertung der Stärkensammlung der Patienten als wichtigen Aspekt.	D	Positive Bewertung der Stärkensammlung
31: 02	36	Sammlung der Risikofaktoren, Trigger, Frühwarnzeichen, Hilfsmittel und der Motivatoren könnte man in den letzten Wochen auf unserer offenen Station machen.	Bestimmung der Risikofaktoren, Trigger, Warnzeichen und Hilfsmittel vor Entlassung auf der offenen Station.	G	Inhalte der ersten Sitzungen im offenen Bereich vor Entlassung umsetzen
31: 02	37	Die ersten Sitzungen auf unserer offenen Station und die weiteren in der Ambulanz.	Umsetzung der ersten Sitzungen auf Station, die weiteren ambulant.	G	Erste Sitzungen stationär, Folgesitzungen ambulant
31: 02	38	Man könnte eine Pflegeexpertin anstellen die den Bachelor hat und in diesem Bereich weitergebildet ist.	Vorschlag eine Pflegeexpertin mit Bachelor hierfür anzustellen.	G	Vorschlag eine akademisierte Pflegeexpertin anzustellen (38,39)
31: 02	39	Sozusagen eine Advanced Practice Nurse die die Sitzungen macht.	Umsetzung der Sitzungen durch eine Advanced Practice Nurse.	G	
32: 32	40	Die Pflegeexpertin müsste eine richtig gute Übergabe bekommen von Bezugspflege und Therapeuten	Voraussetzung einer guten Übergabe durch Bezugspflege und Therapeuten und Teilnahme an den Visiten.	G	Ausführliche Übergabe und Teilnahme an den Visiten als Voraussetzung für Pflegeexperten

		und schon bei der Visite dabei gewesen sein.			
34: 17	41	Für die Klinik ist es wichtig, dass die Leitlinie wissenschaftlich belegt ist.	Wissenschaftlicher Beleg als Voraussetzung für die Klinik.	C	Evidenz der Leitlinie als Voraussetzung für die Klinik
35: 54	42	Die Bezugspflege ist eine schöne Möglichkeit diese sensiblen und intimen Themen (Risiko, Trigger) zu behandeln.	Bezugspflege bietet die Möglichkeit die sensiblen Themen zu erarbeiten.	D	Bezugspflege als passender Rahmen
37: 13	43	Wenn wir jetzt anfangen brauchen wir nochmal ein Jahr.	Ein Jahr als Schätzung der zeitlichen Ressourcen der Implementierung.	H	Schätzung der Umsetzungsdauer auf ein Jahr
39: 09	44	Es bräuchte ein Umdenken im Team, da wir bisher den Familien die Verantwortung abnehmen.	Umdenken des Teams wegen bisheriger Abnahme der Verantwortung von Familien nötig.	H	Umdenken des Teams erforderlich durch Verantwortungsabgabe an Familie
40: 39	45	Das Konzept hat mir sofort zugesagt, weil das die eigene Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst.	Positive Bewertung des Konzepts in Bezug auf Arbeitszufriedenheit.	H	Positive Bewertung des Konzepts bzgl. Arbeitszufriedenheit
40: 39	46	Die Rückfälle immer wieder zu erleben ist demotivierend.	Wiedererleben der Rückfälle als demotivierend.	B	Demotivation durch Wiedererleben der Rückfälle
40: 39	47	Ich finde es positiv und lösungsorientiert.	Bewertung als positiv und lösungsorientiert.	H	Positive Bewertung, Bewertung als lösungsorientiert
40: 39	48	Ich stelle mir eine Offenheit im Team vor.	Man rechnet mit einer Offenheit im Team.	H	Offenheit im Team vorhanden
40: 39	49	Ich kann mir vorstellen, dass manche sich das nicht zutrauen wegen der Einzelberatung und der Selbstständigkeit.	Man rechnet auch mit Kollegen die sich die Aufgaben nicht zutrauen.	H	Kollegen vorhanden die sich Aufgaben nicht zutrauen
42: 01	50	Ich kann mir vorstellen das zu übernehmen, wenn du mich richtig schulst.	Man kann sich sein Mitwirken am Programm gut vorstellen.	H	Zustimmung seiner Mitwirkung

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring 2002, S. 98

Kodierung Analyse E2

A: IST-Situation

B: Problematik, Handlungsbedarf

C: Voraussetzungen

D: Chancen/ positive Aspekte der Leitlinie

E: Risiken und Herausforderungen

G: Möglichkeiten einer praktischen Umsetzung

H: Wirkung/ Realisierbarkeit

Tabelle 11: Analyse Experte 3

01: 24	1	Speziell für Anorexie gibt es keine Fortbildung.	Keine auf Anorexie spezialisierte Fortbildung.	A	Keine Anorexiespezifischen Fortbildungen
01: 24	2	Es gibt Fortbildungen die man bei kombinierten Krankheitsbildern anwenden kann.	Man kann die Fortbildungen bei kombinierten Krankheitsbildern anwenden.	A	Fortbildungen für kombinierte Krankheitsbilder geeignet
01: 24	3	Zum Beispiel Skilltraining kann man bei Anorexie auch häufig gut gebrauchen.	Skilltraining eignet sich gut für Anorexie.	A	Skilltraining bei AN sinnvoll
01: 43	4	Es gibt Fortbildungen, wie man deeskalierend mit den Patienten kommuniziert.	Fortbildungen zur deeskalierenden Kommunikation vorhanden.	A	Deeskalierende Kommunikation als Fortbildung
02: 13	5	Wir haben den Anorexiestandard der schriftlich festgelegt ist.	Schriftlicher Anorexiestandard vorhanden.	A	Anorexiestandard vorhanden
03: 14	6	Die Krankheit hat eine hohe Rückfallquote, vor allem wenn die Patienten relativ jung sind.	Vor allem bei jungen Patienten eine hohe Rückfallquote.	B	Hohe Rückfallquote bei jungen Patienten
03: 14	7	Über die letzten vier Jahre sind einige Patienten wieder gekommen.	Viele Wiederaufnahmen über die letzten vier Jahre.	B	Viele Wiederaufnahmen
04: 56	8	Es wird ein bisschen zu wenig für die Rückfallprophylaxe gemacht.	Zu wenig Rückfallprophylaxe	B	Zu wenig Rückprophylaxe
04: 56	9	Wir sehen uns als Akutstation und geben die tiefgründigere Therapie eher an die offenen Stationen ab.	Abgabe der tiefgreifenderen Therapie als Akutstation an offene Stationen.	B	Akutstation gibt tiefgreifende Therapie an offene Station ab
04: 56	10	Wir versuchen den Übergang so gut wie möglich zu gestalten.	Versuch, einen guten Übergang zu ermöglichen.	A	Gestaltung eines Übergangs als Rückfallprophylaxe
06: 01	11	Die Person die das übernimmt muss verfügbar sein.	Voraussetzung der Verfügbarkeit der durchführenden Person.	C	Verfügbarkeit der durchführenden Person
06: 01	12	Das ist eine organisatorische Sache auf den Dienstplan bezogen.	Organisation des Dienstplans nötig	C	Dienstplananpassung
06: 32	13	Ich glaube, es lässt sich relativ einfach in den Alltag integrieren da der Zeitrahmen von 45 Minuten machbar sein sollte.	Einfache Integration in den Alltag aufgrund 45-minütigem Zeitrahmen.	H	Zeitrahmen ermöglicht einfache Integration in den Alltag
06: 45	14	Wenn der Plan sein Ziel erreicht sehe ich keine organisatorischen Hindernisse.	Man sieht keine organisatorischen Hindernisse, wenn das Ziel erfüllt wird.	H	Keine organisatorischen Hindernisse
07: 13	15	Im Notfall sollte man bereit sein den Dienst zu tauschen oder sich verantwortlich fühlen das zu organisieren.	Bereitschaft, seine Dienste zu tauschen und Organisation zu übernehmen.	C	Bereitschaft zum Dienstaustausch und Organisationsübernahme

08:19	16	Die Pflegenden sollen ein gewisses Maß an Erfahrung mit dem Krankheitsbild mitbringen.	Man sollte Erfahrung mit dem Krankheitsbild haben.	C	Erfahrung mit dem Krankheitsbild als Voraussetzung
08:19	17	Man sollte die Krankheit tiefgründiger verstanden haben.	Tiefgründiges Verständnis für das Krankheitsbild als Voraussetzung.	C	Tiefgründiges Verständnis für das Krankheitsbild
08:19	18	Man sollte die Bereitschaft haben sich mit der Leitlinie auseinanderzusetzen.	Voraussetzung der Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Leitlinie.	C	Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Leitlinie
08:19	19	Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den Eltern.	Notwendigkeit der Bereitschaft zur Elternarbeit.	C	Bereitschaft zur Elternarbeit
08:30	20	Der Patient braucht Compliance.	Compliance als Voraussetzung.	C	Compliance des Patienten
09:07	21	Der Patient braucht Krankheitseinsicht.	Krankheitseinsicht als Voraussetzung.	C	Krankheitseinsicht
09:07	22	Motivation, Offenheit und Ehrlichkeit des Patienten.	Offenheit, Ehrlichkeit und Motivation als Voraussetzung.	C	Offenheit, Ehrlichkeit, Motivation
10:50	23	Ich glaube es kann im Bezug auf Rückfallprävention eine unglaubliche Bereicherung sein.	Man bewertet es als Bereicherung für die Rückfallprävention.	H	Bereicherung für die Rückfallprävention
10:50	24	Wir entlassen die Patienten nie wirklich gesund und haben so nie Erfolgserlebnisse.	Man hat keine Erfolgserlebnisse, weil man die Patienten nie gesund entlässt.	B	Kaum Erfolgserlebnisse
10:50	25	Mit so einem Plan sehe ich vielleicht dass ich etwas bewirkt habe und habe ein Erfolgserlebnis.	Man könnte ein Erfolgserlebnis und das Gefühl haben etwas bewirkt zu haben.	D	Erfolgserlebnis für Pflegende durch Gefühl etwas bewirkt zu haben
11:46	26	Auch für den Patienten kann das ein Erfolgserlebnis sein.	Erfolgserlebnis für den Patienten.	D	Erfolgserlebnis für Patienten
11:46	27	Ändert das Vertrauensverhältnis zum Therapeuten.	Besseres Vertrauensverhältnis zum Therapeuten.	D	Optimiertes Vertrauensverhältnis
11:46	28	Bessert das Vertrauen zu sich selbst und fördert die Selbstständigkeit der Patienten.	Positive Bewertung der Wirkung auf das Selbstvertrauen und die Selbstständigkeit der Patienten	D	Optimiertes Selbstvertrauen und Selbstständigkeit der Patienten
11:46	29	Sie müssen nicht immer direkt in die Klinik, weil sie ein bisschen abgenommen haben, sondern haben einen Plan mit dem sie es alleine schaffen können.	Vermeidung von Klinikaufnahmen durch die Möglichkeit mit dem Plan selbst zu handeln.	D	Vermeidung von Klinikaufnahmen durch eigene Handlungsmöglichkeit für Patienten
13:36	30	Es kann eine personelle Herausforderung sein.	Man erwartet eine personelle Herausforderung.	F	Möglichkeit einer personellen Herausforderung (30,32)
13:36	31	Es erfordert Spontanität.	Spontanität als Herausforderung.	F	Spontanität als Herausforderung
13:36	32	Es kann sein, dass wir Personalmangel durch Krankheitsausfall haben.	Man muss mit Personalmangel durch Krankheitsausfall rechnen.	F	
13:36	33	Wenn sich jemand nicht in der Lage dazu fühlt und sich darin nicht sieht.	Es besteht die Möglichkeit, dass Pflegende sich dies nicht zutrauen.	F	Risiko, dass Pflegende sich das nicht zutrauen
14:42	34	Der Patient muss sich damit auseinandersetzen.	Herausforderung der Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit.	F	Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit

14: 42	35	Manche können nicht ehrlich mit Eltern kommunizieren.	Probleme bei der ehrlichen Kommunikation mit den Eltern.	H	Ehrliche Kommunikation zwischen Patient und Eltern als Herausforderung
14: 42	36	Problem mit uns offen darüber zu reden da es schambehaftet ist.	Durch Schambehaftung Probleme mit Pflegenden offen zu sprechen	H	Scham als Problem für offene Kommunikation mit Pflegenden
17: 25	37	Mir fällt als erstes die Vertrauensbasis ein.	Vertrauensbasis als wichtiger Aspekt.	C	Vertrauensbasis als Voraussetzung
17: 25	38	Es muss eine kontinuierliche Person sein dies sich dafür zuständig fühlt.	Die zuständige Person muss gleichbleiben.	C	Gleichbleibende zuständige Person
17: 25	39	Man muss erstmal besprechen ob der Patient dafür geeignet ist.	Die Eignung des Patienten muss identifiziert werden.	C	Identifizierung der Eignung des Patienten
17: 25	40	Die ersten Gespräche sollten noch hier stattfinden um die Vertrauensbasis aufzubauen.	Erste Gespräche auf Station zur Bildung der Vertrauensbasis.	G	Bildung der Vertrauensbasis durch Beginn im stationären Setting
17: 25	41	Die Eltern müssen mitziehen, weil sie die Basis dahinter sind.	Mitwirken der Eltern ist erforderlich, weil sie die Basis bilden.	C	Mitwirken der Eltern als Basis erforderlich
17: 59	42	Alles ist wichtig und ich bin echt überzeugt davon.	Man findet alles wichtig und ist überzeugt vom Konzept.	H	Bewertung aller Aspekte als wichtig und Überzeugung von der Wirkung.
19: 24	43	Die Zusammenarbeit ist gut für die Eltern-Kind-Beziehung.	Positiver Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung.	D	Positive Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung
19: 24	44	So setzen sich viele Eltern mehr mit der Krankheit auseinander und verstehen sie dann mehr.	Intensivere Auseinandersetzung der Eltern mit dem Krankheitsbild und besseres Verständnis.	D	Gesteigertes Verständnis und Auseinandersetzung der Eltern mit dem Krankheitsbild
21: 05	45	Wenn sich bei einem Bezugspatienten die Entlassung anbahnt würde ich mir Gedanken machen ob er geeignet ist.	Bei anstehender Entlassung eines Bezugspatienten dessen Eignung prüfen.	G	Eignung bei anstehender Entlassung prüfen
21: 05	46	Dann würde ich mit Eltern und Patient ein Gespräch ausmachen um die Bereitschaft beider Parteien zu klären und denen das vorzustellen	Terminierung eines Gesprächs mit Eltern und Patient um Bereitschaft zu klären und Programm zu präsentieren.	G	Gesprächsterminierung zur Klärung der Bereitschaft und Konzeptvorstellung
22: 03	47	Die Mitarbeiter zur Thematik einführen.	Einführung der Mitarbeiter ins Konzept.	C	Konzeptvorstellung notwendig
23: 53	48	Man benötigt 45 Minuten seiner Zeit und etwas Vorbereitungszeit um sich damit auseinanderzusetzen.	Man benötigt 45 Minuten Zeit und Vorbereitungszeit.	C	Planung der Vorbereitungs- & Durchführungszeit
25: 49 25: 49	49	Therapeuten haben meist nur Momentaufnahmen in Therapiegesprächen.	Man findet, dass Therapeuten nur Momentaufnahmen der Patienten haben.	D	Therapeuten erleben selten die gesamte Realität (49,50)
25: 49	50	Die Patienten geben sich im Alltag ganz anders als in der Therapie.	Alltagsverhalten der Patienten anders als in der Therapie.	D	
25: 49	51	Wir bestreiten den Alltag mit den Patienten und sind die ersten Ansprechpartner.	Pflegende begleiten den Alltag und sind erster Ansprechpartner.	D	Pflegende als Alltagsbegleitung und Ansprechpartner
27: 22	52	Man muss das in dieser Runde besprechen damit man es einführen kann.	Konzeptbesprechung mit Leitungen zur Genehmigung.	C	Konzeptbesprechung zur Genehmigung

30: 35	53	Meine Motivation ist hoch und ich würde es gerne ausprobieren.	Man schätzt sich motiviert ein und möchte das Konzept ausprobieren	H	Bewertung der eigenen Motivation als hoch
30: 35	54	Ich denke, dass einige der gleichen Meinung sind.	Man denkt, dass einige Kollegen ebenso motiviert wären.	H	Bewertung der Motivation einiger Kollegen als hoch
30: 35	55	Es sind sicher auch welche dabei die sagen, dass wir das nicht leisten können und nicht damit auseinandersetzen aber das ist in jedem Team so.	Man rechnet auch mit Kollegen die weniger aufgeschlossen wären.	H	Möglichkeit von weniger aufgeschlossenen Kollegen
30: 35	56	Es wäre schwierig, wenn bei einem potentiellen Patienten die Bezugspflege nicht bereit dazu wäre.	Schwierigkeit der fehlenden Bereitschaft der Bezugspflegenden	F	Möglichkeit der fehlenden Bereitschaft der Bezugspflege als Problem
30: 35	57	Man sollte frühzeitig einschätzen ob jemand in Frage kommt und dann vielleicht die Bezugspflege wechseln, weil man dann dranbleiben sollte und es jedem Patienten zusteht.	Um jedem Patienten den Zugang zu ermöglichen eine frühzeitige Einschätzung der Teilnahme um bei Bedarf Bezugspflege zu wechseln	F	Zugang für Patienten auch bei fehlender Bereitschaft der Bezugspflege ermöglichen
31: 01	58	Für mich wäre es auf jeden Fall eine Möglichkeit das Risiko zu senken und einen Rückfall zu erkennen.	Man bewertet das Konzept als Option in der Rückfallprophylaxe.	H	Konzept als Möglichkeit in der Rückfallprophylaxe
31: 49	59	Ich hoffe, dass wir das ins Team tragen und finde es gut, wenn wir das anbringen.	Man hofft, dass das Konzept der Leitung vorgestellt wird.	H	Wunsch, das Konzept der Leitung vorzustellen

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring 2002, S. 98

Kodierung Analyse E3

A: IST-Situation

B: Problematik, Handlungsbedarf

C: Voraussetzungen

D: Chancen und positive Aspekte

F: Risiken und Herausforderungen

G: Möglichkeiten einer praktischen Umsetzung

H: Wirkung/ Realisierbarkeit

3.5.1 Anordnung im Kategoriensystem

A= IST-Situation

- Anorexiekonzept vorhanden
- Allgemeine Fortbildungen möglich
- Rückfallprophylaxe durch Eigenverantwortung auf der Übergangsstation
- Fortbildungen zum wissenschaftlichen Stand der Anorexie vorhanden
- Klinik arbeitet nach Anorexierichtlinie
- Anorexiespezifische Ernährungsberatung vorhanden
- Spezialisierung der Klinik auf Anorexie durch Erfahrung der Mitarbeiter
- Klärung der Unterstützungsbedarfe mit der Sozialpädagogin
- Analyse der Familien und der häuslichen Reintegration und Unterstützungsplanung als Rückfallprophylaxe
- Überbrückung zur ambulanten Therapie in der Ambulanz als Prophylaxe
- Keine Anorexiespezifischen Fortbildungen
- Fortbildungen für kombinierte Krankheitsbilder geeignet
- Skilltraining bei AN sinnvoll
- Deeskalierende Kommunikation als Fortbildung
- Gestaltung eines Übergangs als Rückfallprophylaxe

B= Problematik/ Handlungsbedarf

- Hohe Rückfallquote
- Frühe Verlegung als Ursache
- Strukturverlust als Ursache
- Schwierigkeiten beim Settingwechsel
- Bewertung der Krankheitseinsicht als essentiell für Verlegung
- Problem, dass Verlegung anhand des Gewichts statt Kognition stattfindet
- Viele Drehtürpatienten als Problematik
- Rückfallprophylaxe wird an offene Stationen abgegeben
- Demotivation durch Wiedererleben der Rückfälle
- Hohe Rückfallquote bei jungen Patienten
- Viele Wiederaufnahmen
- Zu wenig Rückprophylaxe
- Akutstation gibt tiefgreifende Therapie an offene Station ab
- Kaum Erfolgserlebnisse

C= Voraussetzungen

- Klärung von zeitlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen.
- Klärung von der Anwendung in geschütztem oder intensivem Setting
- Voraussetzung von mindestens zwei Jahren Erfahrung mit Anorexiepatienten
- Bewertung von Erfahrung als Basis für bessere Arbeitsweisen
- Einführung eines Schulungskonzepts als Voraussetzung

- Voraussetzung Hauptbezug eines Kindes zu sein
- Durch Teilnahme der Eltern an der Nachsorge ist ein stabiles soziales Umfeld Voraussetzung
- Kooperation und Motivation als Voraussetzung
- Offenheit und Ehrlichkeit als Voraussetzung
- Bewertung der Krankheitseinsicht als essentiell für die Teilnahme
- Verständnis der Eltern in Bezug auf das Krankheitsbild.
- Einsicht, Verständnis und Bereitschaft zur Selbstreflexion der Eltern als Voraussetzung
- Bewertung der Nachbetreuung durch Pflegekraft als wichtig
- Schulung der Pflegenden als Voraussetzung für Qualität
- Konzeptbesprechung für Organisation und Struktur
- Ausführliche Übergaben als Voraussetzung
- Gleichbleibende Therapeuten als Voraussetzung bei Settingwechsel
- Schulungen zur Leitlinie als Voraussetzung
- Vorschlag die Bezugspflegenden für die Termine in die Ambulanz zu integrieren.
- Personalschlüssel und Personalqualifizierung als Voraussetzung.
- Examen, Erfahrung mit dem Krankheitsbild und zweijährige Berufserfahrung als Voraussetzung für Pflegenden
- Schulung in Gesprächsführung und Beratung als Voraussetzung für Pflegenden
- 12 Jahre als Mindestalter der Patienten
- Selbstreflexion, Motivation und Krankheitseinsicht als Voraussetzung für Teilnahme
- Ein stabiles soziales Umfeld als Voraussetzung
- Evidenz der Leitlinie als Voraussetzung für die Klinik
- Verfügbarkeit der durchführenden Person
- Dienstplananpassung
- Bereitschaft zum Dienstaustausch und Organisationsübernahme
- Erfahrung mit dem Krankheitsbild als Voraussetzung
- Tiefgründiges Verständnis für das Krankheitsbild
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Leitlinie
- Bereitschaft zur Elternarbeit
- Compliance des Patienten
- Krankheitseinsicht
- Offenheit, Ehrlichkeit, Motivation
- Vertrauensbasis als Voraussetzung
- Gleichbleibende zuständige Person
- Identifizierung der Eignung des Patienten
- Mitwirken der Eltern als Basis erforderlich
- Konzeptvorstellung notwendig
- Planung der Vorbereitungs- & Durchführungszeit
- Konzeptbesprechung zur Genehmigung

D= Chancen und positive Aspekte der Leitlinie

- Verantwortung als Chance betrachten
- Steigerung der Arbeitsmotivation durch intensive Betreuung
- Steigerung der Qualität der Bezugspflege durch Teilhabe der Pflegekraft am gesamten Genesungsprozess
- Intensivierte Bezugspflege durch Teilhabe der Pflegekraft am gesamten Behandlungsprozess
- Positive Bewertung der Wirkung des Konzepts
- Positive Entwicklung der Motivation Pflegender durch Besserung der Patienten
- Bewertung der dritten Sitzung als besonders relevant wegen Diskussion über Trigger und Ursachen
- Aufgrund der Spaltungstendenzen der Patienten wird die Dokumentation im Patientenbuch als wichtig bewertet
- Patientennähe des PED durch gemeinsame Alltagsbewältigung
- Alltagsstruktur und Aufgaben der Eltern als Aufgaben des PED
- Positive Bewertung der Involvierung der Pflegenden in die Zeit nach der Entlassung
- Geringeres Rückfallrisiko als Chance für Patienten.
- Positive Entwicklung der interfamiliären Beziehungen durch Gemeinsame Auseinandersetzung mit der Erkrankung
- Psychoedukative Entwicklung der Eltern ist positiv für den Patienten
- Die Leitlinie erleichtert die soziale Wiedereingliederung
- Erleichterter Übergang von Klinik nachhause mit dem Programm
- Gleichbleibende Bezugsperson nach der Entlassung als positiver Aspekt

F= Risiken und Herausforderungen

- Bewertung der zu absolvierenden Schulung als Herausforderung
- Nähe-Distanz-Verhältnis als Risiko im Rahmen der Nachbetreuung
- Organisatorische Aspekte wie Zeit- und Personalmangel als Risiko (38,39)
- Ablehnung von Patienten ohne soziale Ressourcen wegen Aufnahmekriterien als Problem für Pflegende (40,41,42)
- Fehlende Ehrlichkeit der Patienten gegenüber den Eltern als Herausforderung
- Kontrollabgabe der Patienten als Herausforderung (44, 45)
- Feedback von den Eltern annehmen als Herausforderung
- Während stationärer Behandlung fungieren Eltern als Positivkontakt und Pflegende als Negativkontakt.
- Übernahme der negativen Aufgaben durch die Eltern als Herausforderung nach Entlassung
- Selbstständigkeit und Eigenständigkeit nach Entlassung als Risiko für Patienten
- Schichttausch als Risiko für Terminierung
- Bewertung der Setting- und Bezugspersonenwechsel bei Verlegungen als Problem
- Spürbarer Fachkräftemangel

- Ressourcenbindung als Herausforderung
- Wahrung der professionellen Distanz als Herausforderung
- Geringe Patientenzahl mit Krankheitseinsicht
- Überforderung wegen Überschneidung von Willen und Krankheit
- Kognitive Einschränkung der Patienten als Herausforderung
- Möglichkeit einer personellen Herausforderung (30,32)
- Spontanität als Herausforderung
- Risiko, dass Pflegende sich das nicht zutrauen
- Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit
- Ehrliche Kommunikation zwischen Patient und Eltern als Herausforderung
- Scham als Problem für offene Kommunikation mit Pflegenden
- Möglichkeit der fehlenden Bereitschaft der Bezugspflege als Problem
- Zugang für Patienten auch bei fehlender Bereitschaft der Bezugspflege ermöglichen

G= Möglichkeiten einer praktischen Umsetzung/ Implementierung

- Anwendung in TUs oder SEVs im geschützten Bereich
- Problemidentifizierung im Rahmen des TUs oder SEVs
- Umsetzung der GRP in geplantem Rahmen bei der Entlassung aus dem offenen Bereich möglich
- Leitung der Leitlinie durch jeweiligen Bezugs-PED
- Teilnahme des PED an Elterngesprächen während Aufenthalt
- Vorstellung, dass Beginn des Programms in ein bis zwei Jahren möglich wäre
- Erarbeitung der Aufnahmekriterien aufgrund von Voraussetzungen essentiell
- Organisation und Terminierung durch Stationsleitung
- Bewertung der Motivation der Pflegenden als hoch
- Bildung der Vertrauensbasis durch Beginn im stationären Setting
- Umsetzung in offenem Bereich bei therapiemotivierten Patienten
- Inhalte der ersten Sitzungen im offenen Bereich vor Entlassung umsetzen
- Erste Sitzungen stationär, Folgesitzungen ambulant
- Vorschlag eine akademisierte Pflegeexpertin anzustellen
- Ausführliche Übergabe und Teilnahme an den Visiten als Voraussetzung für Pflegeexperten
- Eignung bei anstehender Entlassung prüfen
- Gesprächsterminierung zur Klärung der Bereitschaft und Konzeptvorstellung

H= Wirkung/ Realisierbarkeit

- Steigerung der Qualität der stationären Behandlung durch Wissen um Probleme nach der Entlassung
- Bewertung der Leitlinie als wirksam
- Optimierter Übergang aus der stationären Therapie durch Beibehalten der Bezugsperson

- Wunsch, bis zum Ende am Prozess beteiligt zu sein
- Bewertung des Programms als hilfreich für Patienten
- Schätzung der Umsetzungsdauer auf ein Jahr
- Umdenken des Teams erforderlich durch Verantwortungsabgabe an Familie
- Positive Bewertung des Konzepts bezüglich Arbeitszufriedenheit
- Positive Bewertung, Bewertung als lösungsorientiert
- Offenheit im Team vorhanden
- Kollegen vorhanden die sich Aufgaben nicht zutrauen
- Zustimmung seiner Mitwirkung
- Zeitrahmen ermöglicht einfache Integration in den Alltag
- Keine organisatorischen Hindernisse
- Bereicherung für die Rückfallprävention
- Bewertung aller Aspekte als wichtig und Überzeugung von der Wirkung
- Bewertung der eigenen Motivation als hoch
- Bewertung der Motivation einiger Kollegen als hoch
- Möglichkeit von weniger aufgeschlossenen Kollegen
- Konzept als Möglichkeit in der Rückfallprophylaxe
- Wunsch, das Konzept der Leitung vorzustellen

3.5.2 Bündelung

IST-Situation (A)

- Klinikinternes Anorexiekonzept nach dem gearbeitet wird
- Allgemeine, nicht AN-spezifische Fortbildungen vorhanden, die aber auch für AN-Behandlung geeignet sind zum Beispiel Skilltraining, Deeskalierung
- Fortbildungen zum wissenschaftlichen Stand der Anorexie
- Anorexiespezifische Ernährungsberatung vorhanden
- Bisherige Rückfallprophylaxe durch gesteigerte Eigenverantwortung auf offener Hälfte der Station
- Spezialisierung der Klinik auf AN durch erfahrende Mitarbeiter auf dem Gebiet
- Klärung der Unterstützungsbedarfe nach Entlassung mit Sozialpädagogen, Analyse der Familien, Prozess der Reintegration ins häusl. Umfeld, Planung eines Übergangs und Anbindung in der Klinikambulanz bis zur ambulanten Therapie als Rückfallprophylaxe

Problematik/ Handlungsbedarf (B)

- Hohe Rückfallquote und viele Drehtürpatienten
- Zu frühe Verlegung und Strukturverlust als Ursache
- Settingwechsel als Schwierigkeit
- Fehlende Krankheitseinsicht bei Verlegung
- Abgabe der Rückfallprophylaxe/ tieferegreifenden Therapie an offene Stationen
- Verlegung an Gewicht statt an kognitiven Zustand geknüpft

- Motivationsverlust durch Wiedererleben der Rückfälle/ fehlende Erfolgserlebnisse
- Zu wenig Rückfallprophylaxe auf Station
- Wunsch der Pflegenden, bis zum Ende am Prozess beteiligt zu sein

Voraussetzungen **C**

- Klärung von zeitlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen und geschütztes oder intensives Setting und Konzeptbesprechung diesbezüglich
- Konzeptvorstellung und Genehmigung
- Planung der Vorbereitung und Genehmigung
- Voraussetzung des Examins und mindestens zwei Jahre Berufserfahrung beziehungsweise Erfahrung mit Anorexiepatienten als Pflegekraft
- Tiefgründiges Verständnis der Pflegenden für das Krankheitsbild
- Bereitschaft der Pflegenden zur Elternarbeit
- Ausführliche Übergaben bei Settingwechseln
- Bewertung von Erfahrung als Basis für bessere Arbeitsweisen
- Evidenz der Leitlinie als Voraussetzung für Implementierung für die Klinik
- Verfügbarkeit der durchführenden Person und dementsprechende Dienstplananpassung
- Bereitschaft zum Dienstaustausch und Organisationsübernahme
- Voraussetzung Hauptbezug eines Kindes zu sein
- Starker Personalschlüssel und Qualifizierungen des Personals
- Schulung in Gesprächsführung und Beratung für Pflegenden
- Schulung der Mitarbeiter zur Leitlinie als Voraussetzung für Qualität
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Leitlinie
- Teilnahme der Eltern als Basis → Voraussetzung eines stabilen sozialen Umfelds
- Kooperation, Motivation, Offenheit, Ehrlichkeit und Selbstreflexion als Voraussetzung für Patienten/ Eltern
- Verständnis der Eltern in Bezug auf das Krankheitsbild
- Einsicht, Verständnis und Bereitschaft zur Selbstreflexion der Eltern als Voraussetzung
- Mindestalter für Patienten ca. 12 Jahre
- Krankheitseinsicht und Compliance des Patienten ist essentiell für die Teilnahme
- Identifizierung der Eignung der Patienten zur Teilnahme
- Nachbetreuung durch Pflegekraft ist wichtig
- Gleichbleibende zuständige Personen als Voraussetzung bei Settingwechseln: Therapeuten und Vertrauensperson (Bezugspflege) → Vertrauensbasis als Voraussetzung

Möglichkeiten einer praktischen Umsetzung/ Implementierung (G)

- Anwendung in TUs oder SEVs im geschützten Bereich und hier Problemidentifizierung
- Umsetzung der GRP in geplantem Rahmen bei der Entlassung aus dem offenen Bereich möglich
- Umsetzung in offenem Bereich bei therapiemotivierten Patienten
→ Inhalte der ersten Sitzungen im offenen Bereich noch vor Entlassung umsetzen → Erste Sitzungen stationär, Folgesitzungen ambulant
- Bildung der Vertrauensbasis durch Beginn im stationären Setting
- Leitung der Leitlinie durch jeweiligen Bezugs-PED, Organisation und Terminierung durch Stationsleitung
- Teilnahme des PED an Elterngesprächen während Aufenthalt
- Vorschlag die Bezugspfleger für die Termine in die Ambulanz zu integrieren
- Vorstellung, dass Beginn des Programms in ein bis zwei Jahren möglich wäre
- Erarbeitung der Aufnahmekriterien auf Basis der ermittelten Voraussetzungen → Eignung der Patienten bei geplanter Entlassung prüfen
- Umdenken des Teams erforderlich durch Verantwortungsabgabe an Familie
- Terminierung eines Gesprächs zur Klärung der Bereitschaft und Konzeptvorstellung der Familien/ Patienten
- Bewertung der Motivation der Pflegenden als hoch
- Vorschlag eine akademisierte Pflegeexpertin anzustellen → Ausführliche Übergabe und Teilnahme an den Visiten als Voraussetzung
- Zeitrahmen der Sitzungen ermöglicht einfache Integration in den Alltag
- Keine nicht zu bewältigende organisatorische Hindernisse
- Wunsch, das Konzept der Leitung vorzustellen und umzusetzen
- Schätzung der Umsetzungsdauer auf ein Jahr

Chancen und positive Aspekte der Leitlinie (D)

- Verantwortung für Pflegekraft wird als Chance betrachtet
- Steigerung der Arbeitsmotivation durch intensivere Betreuung
- Steigerung der Qualität und Intensität der Bezugspflege durch Teilhabe der Pflegekraft am gesamten Genesungsprozess
- Steigerung der Qualität der gesamten stationären Behandlung durch Wissen um Probleme nach der Entlassung
- Optimierter Übergang aus der stationären Therapie durch Beibehalten der Bezugsperson
- Positive Bewertung der Involvierung der Pflegenden und das Gleichbleiben der Bezugsperson in die Zeit nach der Entlassung
- Positive Bewertung des Konzepts bezüglich Arbeitszufriedenheit

- Erwartung einer Offenheit und Motivation im Team bezüglich Konzept & Zustimmung der eigenen Mitwirkung und Motivation
- Positive Bewertung der Wirkung des Konzepts
- Geringeres Rückfallrisiko als Chance für Patienten
- Positive Entwicklung der Motivation Pflegender durch Besserung der Patienten
- Bewertung der dritten Sitzung als besonders relevant wegen Diskussion über Trigger und Ursachen
- Aufgrund der Spaltungstendenzen der Patienten wird die Dokumentation im Patientenbuch als wichtig bewertet
- Patientennähe des PED durch gemeinsame Alltagsbewältigung gegeben & Alltagsstruktur und Aufgaben der Eltern als Aufgaben des PED → Eignung der Pflegenden als Zuständige
- Positive Entwicklung der interfamiliären Beziehungen durch Gemeinsame Auseinandersetzung mit der Erkrankung
- Psychoedukative Entwicklung der Eltern durch das Konzept ist positiv für den Patienten
- Die Leitlinie erleichtert die soziale Wiedereingliederung und den Übergang von der Klinik nachhause
- Bewertung als Bereicherung für die Rückfallprävention
- Bewertung aller Aspekte als wichtig und Überzeugung von der Wirkung
- Bewertung der Leitlinie als wirksam, lösungsorientiert und hilfreich → positive Bewertung durch Experten → Konzept als Möglichkeit in der Rückfallprophylaxe

Risiken und Herausforderungen (F)

- Bewertung der zu absolvierenden Schulung als Herausforderung
- Wahrung des professionellen Nähe-Distanz-Verhältnisses als Risiko im Rahmen der intensivierten Nachbetreuung
- Ressourcenbindung als Herausforderung → Organisatorische Aspekte wie Zeit- und Personalmangel als Risiko → Spürbarer Fachkräftemangel
- Ablehnung der Teilnahme von Patienten ohne soziale Ressourcen wegen Aufnahmekriterien als Herausforderung für Pflegende
- Fehlende Ehrlichkeit der Patienten gegenüber den Eltern als Herausforderung
- Kontrollabgabe der Patienten als Herausforderung
- Feedback von den Eltern annehmen als Herausforderung
- Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit als Herausforderung
- Ehrliche Kommunikation zwischen Patienten und Eltern als Herausforderung
- Scham als Problem für offene Kommunikation mit Pflegenden
- Während stationärer Behandlung fungieren Eltern als Positivkontakt und Pflegende als Negativkontakt

- →Übernahme der negativen Aufgaben durch die Eltern als Herausforderung nach Entlassung
- Selbstständigkeit und Eigenständigkeit nach Entlassung als Risiko für Patienten
- Geringe Patientenzahl mit Krankheitseinsicht
- Schichttausch als Risiko für Terminierung → Spontanität als Herausforderung
- Bewertung der Setting- und Bezugspersonenwechsel bei Verlegungen als Problem
- Überforderung wegen Überschneidung von Willen und Krankheit
- Kognitive Einschränkung der Patienten als Herausforderung
- Risiko, dass Pflegende sich die Umsetzung nicht zutrauen & der fehlenden Bereitschaft der Bezugspflege
- Zugang für Patienten auch bei fehlender Bereitschaft der Bezugspflege ermöglichen als Herausforderung

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die verwendete Literatur vollständig aufgeführt sowie Zitate kenntlich gemacht habe. Ich versichere ferner, dass die Arbeit noch nicht zu anderen Prüfungen vorgelegt wurde.“

München, den 1. November 2023

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Münsterer', written over a horizontal line.

Marina Münsterer