

BACHELORARBEIT

Welche Herausforderungen und Besonderheiten berichten Pflegekräfte im Umgang mit Patient*innen, die an einer Anorexie erkrankt sind? Erkenntnisse aus einer qualitativen Studie

Vorgelegt am 25. Mai 2020
von Miriam Götz

1. Prüfer: Prof. Dr. habil. Corinna Petersen-Ewert
 2. Prüfer: Lars Tamm
-

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Abstract

Einleitung: Die Anorexia nervosa weist die höchste Mortalitätsrate aller psychischen Erkrankungen auf. Durch die Gefahr der Chronifizierung kann die Therapie von Patienten*innen mit Anorexia nervosa sehr langwierig sein. Die Interaktion zwischen Pflegekräften und Patienten*innen ist wesentlicher Bestandteil der Therapie und damit des Therapieerfolgs. Es gibt keine ausreichende Forschung, wie Pflegekräften den Umgang mit anorektischen Patienten wahrnehmen und erleben.

Forschungsfragen: „Wie erleben Pflegekräfte den Umgang mit Patienten*innen mit Anorexia nervosa und welche Schwierigkeiten können im Kontakt auftreten?“

„Ist der Umgang und das Erleben der Pflegekräfte mit an Anorexia nervosa Erkrankten vom Alter der Patienten*innen abhängig und welche altersspezifisch differenzierten Unterschiede zwischen Jugendlichen und Erwachsenen lassen sich erkennen?“

Methodik: Für eine qualitative Studie wurden 5 leitfadengestützte Experteninterviews mit Pflegekräften geführt, die in einer Fachklinik für Essstörungen arbeiten. Die Inhaltsanalyse nach Mavring bot die Grundlage für die Datenauswertung der Interviews. Um die Ergebnisse der aktuellen Literatur gegenüberstellen zu können, wurden durch eine systematische Literaturrecherche acht Forschungsarbeiten einbezogen, um die Forschungsfragen beantworten zu können.

Ergebnisse: Pflegekräfte müssen in diesem sensiblen Bereich über eine hohe soziale Kompetenz verfügen. Ein umfangreiches Krankheitsverständnis erleichtert die Arbeit mit anorektischen Patienten*innen, da Pflegekräfte zwischen der Person selbst und dem Anteil der Krankheit unterscheiden können. Für einen wertschätzenden Umgang mit Patienten*innen ist dies eine Voraussetzung. Die Grundlage für eine erfolgreiche Therapie hängt auch von den Kompetenzen der Pflegekraft ab. Sie sind oft erster Ansprechpartner und brauchen eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Patienten*innen. Eine ausreichende innere Stabilität ist nötig, um mit Belastungen umgehen zu können. Ein differenzierter Umgang mit den verschiedenen Altersgruppen ist nötig, um auf spezielle Bedürfnisse bei Kindern und Jugendlichen eingehen zu können, wenn diese neben Erwachsenen ebenfalls auf Station betreut werden.

Diskussion: Die pflegerischen Fähigkeiten im Zusammenhang mit Anorexia nervosa haben einen Einfluss auf den gesamten Therapieverlauf und sollten in der Forschung mehr in den Fokus gerückt werden, da die Patienten*innen nachhaltig davon profitieren werden.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Abbildungsverzeichnis.....	IV
II. Tabellenverzeichnis	IV
III. Abkürzungsverzeichnis	V
1. Einleitung.....	1
1.1 Problembeschreibung.....	1
1.2 Forschungsziel	2
1.3 Forschungsfragen.....	3
2. Anorexia nervosa.....	3
2.1 Epidemiologie	4
2.2 Ursachen	4
2.3 Symptome.....	4
2.4 Therapie und Prognose.....	5
2.4.1 Verlauf	7
2.4.2 Mortalität.....	7
3. Methodik	7
3.1 Literaturrecherche.....	8
3.2 Experteninterviews	8
4. Ergebnisse	12
4.1 Literaturbasierte Ergebnisse	13
4.2 Ergebnisse aus der Praxis.....	22
4.2.1 Charakter und Verhalten der Patienten*innen	22
4.2.2 Probleme im Klinikalltag	25
4.2.3 Sorgen und Ängste der Patienten*innen	29
4.2.4 Kinder und Jugendliche	32
4.2.5 Umgang mit Belastungen.....	34
4.2.6 Kompetenzen einer Pflegekraft	37
5. Diskussion	38
5.1 Methodenbasierte Diskussion	38
5.2 Ergebnisdiskussion	40
6. Limitationen	45
7. Fazit.....	46
7.1 Ausblick	47
7.2 Empfehlung.....	48
8. Literaturverzeichnis	49
IV. Anhang.....	VI
V. Eidesstattliche Erklärung.....	LXXXI

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring... Seite 11

Abbildung 2: Flowchart der Literaturrecherche..... Seite LXXVIII

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht: Zusammenfassung Inhaltsanalyse..... Seite LII

Tabelle 2: Literaturrecherche in Pubmed..... Seite LXXVII

Tabelle 3: Literaturrecherche in Cochrane..... Seite LXXVII

Tabelle 4: Eingeschlossene Studien und Forschungsarbeiten..... Seite LXXIX

III. Abkürzungsverzeichnis

BGB	= Bürgerliches Gesetzbuch
BMI	= Body-Mass-Index
CBT-E	= Erweiterte Kognitive Verhaltenstherapie
CMR	= Crude Mortality Rate
DSM	= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FPT	= Fokale psychodynamische Psychotherapie
GG	= Grundgesetz
ICD	= International Statistical Classification of Diseases and Related Health Conditions
MANTRA	= Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults
MZ	= Medizinische Zentrale
SMR	= Standardized Mortality Rate
SSCM	= Specialist Supportive Clinical Management
SV	= Selbstverletzung
WHO	= World Health Organization

1. Einleitung

Im vorliegenden Kapitel wird das Problem dargestellt und es werden das Forschungsziel und die Forschungsfragen dieser Bachelorarbeit erläutert.

1.1 Problembeschreibung

Die Anorexia nervosa ist eine psychische Erkrankung, die überwiegend Mädchen und junge Frauen betrifft. Ebenso können aber auch Männer oder ältere Frauen davon betroffen sein (Fichter 2019, S. 7). Durch den gravierenden Gewichtsverlust, Body-Mass-Index (BMI) < 17,5, mit seinen somatischen Folgen, beschränkt sich die Therapie nicht nur auf die Psyche. Die Schwere der Erkrankung wird auch dadurch deutlich, dass die Anorexia nervosa unter den psychischen Erkrankungen die höchste Sterberate aufweist (Fichter 2019, S. 12). Die Standardized Mortality Rate (SMR) beträgt bei der Anorexia nervosa in der neusten Studie 5,35 (1=normal). Bei dieser Rate wird die Sterblichkeitsrate der Altersgruppe und der Zeitraum mitberücksichtigt, wohingegen die Crude Mortality Rate (CMR) nur den Prozentanteil der Verstorbenen in einer Stichprobe angibt und im Vergleich weniger aussagekräftig ist (ebd.).

Die oftmals fehlende Krankheitseinsicht macht es schwer, die Betroffenen zu einer Therapie zu bewegen (Zeeck et al. 2019, S. 80). Ambulante Therapien bringen oft nicht den gewünschten Erfolg, und bergen das Risiko, dass die Anorexia nervosa bei ansteigender Krankheitsdauer chronisch werden kann. Auch ist es möglich, dass eine ambulante Therapie aufgrund des sehr niedrigen Körpergewichts nicht mehr verantwortet werden kann (Vocks et al 2019, S. 40). Die S-3 Leitlinie empfiehlt einen stationären Klinikaufenthalt ab einem BMI < 15 (Zeeck et al. 2019, S. 112). Denn in solchen Fällen ist eine stationäre Therapie unumgänglich, in der eine Normalisierung des Körpergewichts angestrebt werden soll und die Ursachen der Erkrankung in der psychotherapeutischen Therapie aufgearbeitet werden können.

Neben den verschiedenen Therapiebausteinen, der Essbegleitung durch Oecothrophologen*innen bzw. Diätassistenten*innen und der Unterstützung der Familie, sind die pflegerische Begleitung, Unterstützung und Zuwendung ebenso wichtige Faktoren im gesamten Therapieprozess (Wolf 2006, S. 54).

Kenntnisse über die Erkrankung, Empathie und eine dem*der Patienten*in zugewandte Grundhaltung, sind einige Voraussetzungen, die für eine gute Beziehung zum*zur Patienten*in sorgen können. Auch die Pflege Theorie von Peplau gibt Hinweise für einen gelungenen Beziehungsaufbau im Kontext mit psychischen Erkrankungen (Peplau 1997).

Wie die Patienten*innen begleitet werden sollen, unterstützt werden können, welche pflegerischen Maßnahmen sinnvoll sind, ist in der Literatur gut beschrieben (Stoffel 2008, S. 11-19). Auch mit den Themen, wie wichtig den Patienten*innen ein guter Kontakt zu den Pflegekräften ist und wie förderlich dieser für den gesamten Therapieverlauf sein kann, haben sich einige Studien beschäftigt (George 1997; Tierney 2008).

Die Patienten*innen werden die meiste Zeit am Tag von den Pflegekräften betreut und therapeutisch begleitet. Damit stellen sie einen bedeutenden Bestandteil in der Therapie von Patienten*innen mit Anorexia nervosa dar und tragen wesentlich zum Therapieerfolg bei.

Da Pflegekräfte in der Forschung bislang kaum Schwerpunkt der Untersuchungen waren, besteht hier eine Wissenslücke. Ihr Erleben, ihre Erfahrungen mit Patienten*innen mit einer (schweren) Anorexia nervosa wurden noch nicht ausreichend untersucht. Zudem gibt es noch keine Literatur, die sich auf mögliche Unterschiede im Umgang mit Patienten*innen unterschiedlicher Altersgruppen bezieht.

Aus den hier genannten Punkten ergibt sich eine für die Praxis relevante Fragestellung, die es begründet, eine Studie durchzuführen, die das Erleben der Pflegekräfte untersucht, um hieraus für die Praxis mögliche Erkenntnisse mit einer potentiellen Verbesserung pflegerischer Maßnahmen zu gewinnen.

1.2 Forschungsziel

In dieser Bachelorarbeit soll der Fokus auf dem Erleben der Pflegekräfte liegen, die mit Patienten*innen arbeiten, die an einer (schweren) Anorexia nervosa erkrankt sind.

Es soll dazu beitragen, Fachwissen der Pflegekräfte in Kombination mit ihren persönlichen Erfahrungen und ihrem Erleben zu sammeln und auszuwerten, um mögliche wichtige Kompetenzen, die eine Pflegekraft in diesem Bereich mitbringen muss, zu definieren. Ebenso können so Lösungsstrategien bei häufig auftretenden Problemen festgehalten werden, die dann anderen Pflegekräften zur Verfügung stehen würden. Profitieren würden hierbei auch die Patienten*innen, denen ein in der Therapie förderndes Gegenüber in der Pflege zur Verfügung steht.

Ebenso soll untersucht werden, wie im Pflegerischen auch auf die jeweilige Altersgruppe eingegangen werden kann, soweit sich diese in ihren Bedürfnissen, Problemen und in ihrem Verhalten unterscheiden.

Somit könnten – falls erforderlich – die Pflegekräfte dezidiert im Hinblick auf die Pflegespezifika von an Anorexia nervosa erkrankten Patienten*innen vorbereitet werden und wären in der Lage, altersspezifische Unterschiede zu erkennen, einzuordnen und diesen fachkompetent im pflegerischen Alltag zu begegnen. Durch die aus der Forschung

gewonnenen Erkenntnisse könnten Pflegekräfte in die Lage versetzt werden, noch effektiver den therapeutischen Prozess zu begleiten und zu unterstützen. Besondere Problemstellungen könnten erkannt und passende Lösungsstrategien könnten den Pflegekräften vermittelt werden. Für Pflegekräfte, die neu auf einer Station oder in einer Fachklinik für Menschen mit Essstörungen arbeiten, würden wichtige Hinweise und Erfahrungen zur Verfügung stehen, die dem*der Patienten*in zugutekommen, da nicht erst nach langjähriger Erfahrung die Pflegekraft auf die Fachkompetenzen zurückgreifen kann.

1.3 Forschungsfragen

Um eine Antwort aus der Sicht von Pflegekräften auf den Umgang mit an einer Anorexia nervosa erkrankten Personen zu bekommen, wird folgende Forschungsfrage zugrunde gelegt:

„Wie erleben Pflegekräfte den Umgang mit Patienten*innen mit Anorexia nervosa und welche Schwierigkeiten können im Kontakt auftreten?“

Um eventuelle Unterschiede in der Pflege in Bezug auf die unterschiedlichen Altersgruppen aufzeigen zu können, ist folgende Forschungsfrage gewählt worden:

„Ist der Umgang und das Erleben der Pflegekräfte mit an Anorexia nervosa Erkrankten vom Alter der Patienten*innen abhängig und welche altersspezifisch differenzierten Unterschiede zwischen Jugendlichen und Erwachsenen lassen sich erkennen?“

2. Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa gehört zu den psychischen Störungen und stellt eine Essstörung dar, die mit krankhaftem Essverhalten assoziiert ist (Muntau 2009, S. 525). Oftmals lässt sie sich von der Bulimia nervosa nicht abgrenzen, da es in einigen Symptombereichen zu Überschneidungen kommt oder sogar beide Krankheitsbilder vorliegen können (Teufel & Zipfel 2015, S. 18). Sie ist klassifiziert im International Statistical Classification of Diseases and Related Health Conditions (ICD 10) der World Health Organization (WHO) im Kapitel V, und im Unterkapitel F50-F59 „der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ zu finden. F50.00 beschreibt die klassische Anorexia nervosa des restriktiven Typs. Unter die klassische Anorexie fällt auch der purging Typ, bei dem zusätzliche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion eingesetzt werden, wie beispielsweise selbst induziertes Erbrechen und ist mit F50.01 codiert. Neben den klassischen Anorexien werden im ICD 10 auch die Atypischen beschrieben (F50.08 und F50.1) (DIMDI 2020).

Dieses Kapitel soll die Grundlagen schaffen, um ein Verständnis für das Krankheitsbild zu bekommen.

2.1 Epidemiologie

Ein Anstieg von Neuerkrankungen verzeichnete überwiegend die Altersgruppe zwischen dem 15. und 24. Lebensjahr. Im Jahre 2000 wurden 5363 Fälle von Anorexia nervosa diagnostiziert, im Jahre 2012 waren es schon 6995 Erkrankte. In dieser Altersgruppe erkrankten 50 bis 75 Mädchen und Frauen von 100.000 (Höwler 2016, S. 142).

Es erkrankten mehr weibliche Personen als männliche. Das Verhältnis liegt bei etwa 10:1 (ebd.). Jacobi et al. stellten auch eine Verschiebung in jüngere Altersgruppen fest und bestätigten, dass keine absolute Zunahme von diagnostizierten Anorexien auf die Gesamtbevölkerung vorliegt. Die Inzidenz wird mit 0,1 bis 0,6 Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner beschrieben (Höwler 2016 zitiert nach Jacobi et al. 2013, S. 142).

2.2 Ursachen

Die Ursachen sind vielfältig und oft ein Zusammenspiel aus mehreren Faktoren, die auch nicht bei jedem Individuum gleich sind. In der Literatur wird die Genetik als ein Faktor beschrieben. Es wurde nachgewiesen, dass der Botenstoffwechsel im Gehirn bei den Erkrankten gestört ist (Höwler 2016, S. 143/144). Der Botenstoff Serotonin ist erhöht, deshalb wurde die Vermutung aufgestellt, dass dadurch die Betroffenen leichter auf das Essen verzichten können, da Serotonin die Stimmung hebt und Endorphine ausschüttet. Familiäre Faktoren sind ebenso zu beobachten. Betroffene, die eine Erziehung erfahren, die ihnen wenig Raum für die Entwicklung der eigenen Autonomie und Selbstbestimmung gibt, sind gefährdeter als Kinder, die nicht überbehütet und umsorgt aufwachsen (ebd.). Soziale Faktoren, wie Probleme in der Familie, Traumata oder andere einschneidende Erlebnisse können die Anorexie ebenso begünstigen. Auch Eigenschaften, wie Perfektionismus, eine Selbstwertproblematik, Unzufriedenheit mit dem Körper oder dem Gewicht und auch Sportarten wie Turnen und Ballett können als Risikofaktoren zählen (Jacobi & Fittig 2015, S. 122/123). Das heutige Schönheitsideal und das Leben in einer westlich geprägten Nation tragen auch für die Entwicklung einer Anorexie bei, sind aber nicht ursächlich für das Ausbilden einer Essstörung (Jäger 2015, S.134/135).

2.3 Symptome

Die Anorexia nervosa ist gekennzeichnet durch einen absichtlich herbei geführten Gewichtsverlust. Die Betroffenen leiden unter einer Vielzahl von Symptomen, die sich um die Beschäftigung ihres Körpergewichts und der Nahrungsaufnahme drehen. Durch eine

geringe Kalorienzufuhr, die Vermeidung hochkalorischer Speisen und teilweise exzessiven Sport, wird das Gewicht konstant niedrig gehalten (Zeeck et al. 2019, S. 68). Das niedrige Gewicht kann auch durch selbst induziertes Erbrechen oder Abführen herbeigeführt worden sein. Manche Betroffene missbrauchen auch Diuretika und Appetitzügler (WHO 2020).

Die Diagnosekriterien nach dem ICD 10 der WHO umfassen die Angst vor dem Dickwerden, sowie eine Körperbildstörung, was bedeutet, dass die Betroffenen sich dicker wahrnehmen als sie tatsächlich sind. Der absichtlich herbeigeführte Gewichtsverlust manifestiert sich in einem BMI $< 17,5$ oder des BMI unter der 10. Altersperzentile entsprechend des Alters bei Kindern und Jugendlichen (WHO 2020). Hochgradiges Untergewicht lässt sich noch aufteilen in Grad I mit einem BMI von 13,0 bis 15,99 und in Grad II mit einem BMI < 13 . Der Grad des Untergewichts hat auch Auswirkungen auf die Mortalität (Vocks et al. 2019, S. 41).

Weiter weisen die Betroffenen eine endokrine Störung auf, die bei Mädchen und Frauen zu einer Amenorrhoe bzw. dem Ausbleiben der Menarche und bei Jungen und Männern zu Libido und Potenzstörungen führt (WHO 2020). Eine begleitende depressive Symptomatik oder Komorbiditäten zu anderen psychischen Erkrankungen sind möglich (Zeeck et al. 2019, S. 71).

Das Untergewicht hat Folgen auf die physische und psychische Gesundheit der Betroffenen. Lange anhaltendes Untergewicht zieht alle Organe in Mitleidenschaft, der Knochendichtestoffwechsel ist gestört, hormonelle Veränderungen treten auf, es kommt zu Elektrolytstörungen, Bradykardien, trockener Haut und Vitaminmangel, um einige Folgen zu nennen. Auf der psychischen Ebene können die Betroffenen unter depressiven Symptomen und vermindertem Selbstwertgefühl leiden, das sich durch das Untergewicht verstärkt. Auch die Affektregulierung ist in diesem Zustand vermindert. Einige Patienten*innen entwickeln Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Die Uneinsichtigkeit der Erkrankten macht die Behandlung dieser Erkrankung schwierig. Die Betroffenen erleben sich nicht als krank und können die Besorgnis, die sie in ihrem Umfeld auslösen, nicht nachvollziehen (Zeeck et al. 2019, S. 68).

2.4 Therapie und Prognose

Unabhängig von der angewandten Therapiemethode und ob ambulant, teilstationär oder stationär behandelt wird, sind folgende Ziele bei der Behandlung der Anorexia nervosa beschrieben:

„a.) die Wiederherstellung und das Halten eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts

b.) eine Normalisierung des Essverhaltens

c.) die Behandlung körperlicher Folgen von Essverhalten und Untergewicht

d.) die Beeinflussung der dem Störungsbild zugrunde liegenden Schwierigkeiten auf emotionaler, kognitiver und interaktioneller Ebene

e.) eine Förderung der sozialen Integration, die oft mit einem „Nachholen“ verpasster Entwicklungsschritte verbunden ist.“ (Zeeck et al. 2019, Seite 79).

Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Therapiemethoden ginge über den Rahmen der Bachelorarbeit hinaus. Im Folgenden werden vier evidenzbasierte Therapiemethoden, die für den Erwachsenenbereich die größte Effektivität zeigen, genannt: Erweiterte Kognitive Verhaltenstherapie (CBT-E), Fokale psychodynamische Psychotherapie (FPT), Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) und Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) (Zeeck et al. 2019, S. 112). Das Therapieverfahren erster Wahl bei Kindern und Jugendlichen sind die familienbasierten Therapieansätze (ebd.).

Wenn der Gesundheitszustand der Patienten*innen sich gravierend verschlechtert und die Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen, nicht gegeben ist, kommt das Team in der Behandlung der Anorexie an seine Grenzen. In solchen Fällen kommt es vor, dass Patienten*innen zwangsernährt werden. Eine Zwangsbehandlung sollte sorgfältig abgewogen werden, da sie die Grundrechte nach Art. 2 Abs. 2 GG verletzt. In diesem Grundrecht werden die Freiheit und die körperliche Unversehrtheit geschützt. Sowohl rechtlich als auch ethisch sind im Vorfeld die Voraussetzungen und Alternativen zu prüfen. Ist die Entscheidung gefallen, dass bei erwachsenen Betroffenen eine Zwangsbehandlung unabdingbar ist, muss eine Betreuung gemäß der § 1896 und § 1906 BGB durch das Betreuungsgericht installiert werden.

Um diese Zwangsmaßnahmen genehmigt zu bekommen, müssen die Betroffenen einwilligungsunfähig sein, es muss zuvor dokumentiert worden sein, dass versucht wurde, die Betroffenen von der notwendigen Behandlung zu überzeugen, die ärztlichen Zwangsmaßnahmen sind nötig, um gesundheitlichen Schaden abzuwenden und es gibt keine andere zumutbare Maßnahme für die Betroffenen. Ebenso muss der Nutzen der Behandlung den Beeinträchtigungen durch die Zwangsmaßnahmen überwiegen (Zeeck et al. 2019, S. 82). In § 1901a BGB sind die Patientenverfügungen geregelt, die vor einer Zwangsmaßnahme ebenso einbezogen werden müssen. Bei minderjährigen Betroffenen müssen die Eltern bzw. die Erziehungsberechtigten nach § 1631b BGB beim Familiengericht freiheitsentziehende Maßnahmen beantragen, um die Behandlung umsetzen zu dürfen. Die Voraussetzungen für die Genehmigung sind vergleichbar mit denen bei Volljährigen.

2.4.1 Verlauf

Steinhausen analysierte 119 Studien des 20. Jahrhunderts hinsichtlich des Verlaufs von Betroffenen mit Anorexia nervosa. 46,9 % der überlebenden Erkrankten konnten genesen, bei 33,5 % besserte sich die Erkrankung und 20,8 % blieben chronisch krank. Für die Kernsymptomatik der Anorexia nervosa beschreibt er, dass 59,6 % der Betroffenen ihr Gewicht normalisieren konnten, sich im Mittel bei 57 % wieder eine Menstruation einstellte und 46,8 % eine Normalisierung des Essverhaltens zeigten (Steinhausen 2002, S. 1286).

Er teilte die Studien in zwei Gruppen (Betroffene nicht älter als 17 Jahre und eine altersgemischte Gruppe) ein (Steinhausen 2002, S. 1285). Betroffene, die vor dem 17. Lebensjahr erkrankten, haben im Mittel einen besseren Verlauf als die ältere Vergleichsgruppe (Steinhausen 2002, S. 1287). Diese Ergebnisse sind nur hinsichtlich weiblicher Patienten erfasst worden, denn es gab nur eine Studie zu männlichen Betroffenen (Steinhausen 2002, S. 1284). Hinsichtlich der Gruppengrößen der verschiedenen Studien gab es große Unterschiede, weswegen Steinhausen nur von einem Trend sprechen konnte (Steinhausen 2002, S. 1286).

2.4.2 Mortalität

Die Sterblichkeitsrate variiert je nach durchgeführter Studie und schwankt zwischen 3,3 und 10,5 SMR je nach Region und Zeitraum. Der SMR gibt die Sterblichkeitsrate der Altersgruppe an und berücksichtigt den jeweiligen Zeitraum mit. Die Übersterblichkeit beginnt bei Werten > 1 . Die Mortalitätsrate der Betroffenen ist exzessiv erhöht und liegt erheblich über der Rate von Depressionen und Schizophrenie (Fichter 2019, S. 12). Eine deutlich erhöhte Mortalität liegt bei Patienten*innen mit einem BMI < 13 vor (Vocks et al. 2019, S. 41; Muntau 2009, S. 526).

In den untersuchten Studien von Steinhausen (2002) sind insgesamt im Durchschnitt 5 % der Patientinnen an den Folgen der Anorexia nervosa verstorben. Bei einer Behandlungsdauer von mehr als zehn Jahren stieg die Mortalität auf 9,4 % (Steinhausen 2002). In der Studie mit einer Jahreskatamnese von 21 Jahren, die Zipfel et al. durchführten, starben 16,7 % der Patientinnen von 20 bis 40 Jahren an den Folgen der Anorexie (Zipfel et al. 2015, S. 59).

3. Methodik

Im folgenden Kapitel wird die für die Bachelorarbeit angewendete Methodik aufgezeigt. Für den Leser soll damit das Vorgehen nachvollziehbar sein. Um den aktuellen Forschungsstand aufzuzeigen wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, sowie Experteninterviews für die qualitative Erhebung herangezogen.

3.1 Literaturrecherche

Um einen Überblick über den Forschungsstand zu gewinnen, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dabei wurden die Datenbanken „Pubmed“ und „Cochrane“ verwendet. Ergänzt wurde die systematische Literaturrecherche mit einer Handsuche. Diese wurde bei den Datenbanken „DIMDI“, „psycnet“, sowie bei „beluga“ und „google scholar“ durchgeführt.

Es wurden die Begriffe „Anorexie“, „Anorexia nervosa“, „Essstörungen“, „Pflege“, „Pflegekräfte“, „Umgang“, „Probleme“, „Beziehung“, „Kontakt“, „Eating disorders“, „nurse“, „nursing“, „contact“, „relationship“, „problem“, „approach to“, „work with“, „to care“, „caring“ benutzt. Diese wurden in unterschiedlicher Zusammenstellung mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ miteinander kombiniert, um aussagekräftige Studien zu finden, welche zu der Forschungsfrage passen. Es wurden nur qualitative Studien berücksichtigt, in denen die Pflegekräfte die Forschungsteilnehmer oder ein Teil davon waren, um einen Vergleich zur eigenen Studie ziehen zu können. Zurückgegriffen wurde auf deutschsprachige und englischsprachige Literatur und es wurden nur Studien ab dem Jahre 2000 eingeschlossen, um einen aktuellen Überblick der vorhandenen Literatur zu gewinnen. Für einen ersten allgemeinen Überblick, wurden bei der ersten Sichtung der Literatur alle verfügbaren Studien eingeschlossen. Anschließend wurde nach Durchsicht der Abstracts weiter sortiert, ob die ausgewählten Studien zur Fragestellung passen. Anschließend wurden die ausgewählten Studien im Volltext gelesen und auf ihre Relevanz geprüft. Die relevanten Studien wurden in die Bachelorarbeit einbezogen, um einen kurzen Überblick über den aktuellen Forschungsstand gewährleisten zu können.

3.2 Experteninterviews

Da es kaum Studien zu den Forschungsfragen gibt, wurden in einem qualitativen Ansatz fünf examinierte Pflegefachkräfte einzeln interviewt, die in einer speziellen Fachklinik für Essstörungen arbeiten, in der Kinder, Jugendliche und Erwachsene behandelt werden können. In dieser Fachklinik werden überwiegend Patienten*innen behandelt, die an einer Anorexia nervosa erkrankt sind.

Im Vorfeld wurde von der Klinikleitung das Einverständnis für die Interviews in einem persönlichen Gespräch eingeholt. Einzelne Pflegekräfte wurden angesprochen, ob sie sich vorstellen könnten, bei dem Interview mitzuwirken. Nach positiver Rückmeldung wurden im späteren Verlauf alle Pflegekräfte mit einem Informationsschreiben per E-Mail, welches ausgedruckt wurde, auf die Durchführung des Interviews und das Ziel der Bachelorarbeit

aufmerksam gemacht. In diesem wurde auf die Freiwilligkeit und die jederzeit zu beendende Teilnahme hingewiesen. Weiter wurde darüber aufgeklärt, dass die Antworten aus dem Interview anonym und vertraulich behandelt werden und pseudonymisiert in der Bachelorarbeit verwendet werden. Die Pflegekräfte wurden mit den Pseudonymen „A“, „B“, „C“, „D“, und „E“ versehen. Die Stichprobe umfasste somit fünf zufällig ausgesuchte Pflegekräfte aus derselben Fachklinik. Es wurden persönliche Daten, die zu Rückschlüssen auf Patienten*innen hätten führen können, dahingehend verändert, dass dies nicht möglich ist, aber der Sinn der Aussage erhalten bleibt.

Das jeweilige Interview wurde leitfadengestützt durchgeführt. Der Leitfaden beinhaltete selbst erstellte Fragen zu den Forschungsfragen. Dies bietet den Vorteil, dass eine vergleichbare Struktur in den Interviews vorhanden ist, die Interviewten jedoch frei und in beliebiger Ausführlichkeit die Frage beantworten können (Nohl 2012, S. 14). Die Interviews konnten zwischen den ausgewählten Personen aussagekräftig verglichen werden, da jede*r der Experten*innen im selben Fachgebiet arbeitet und dieselben Fragen gestellt bekommen hatte (Nohl 2012, S. 15). Gläser & Laudel beschreiben das Leitfadeninterview auch als einen nichtstandardisierten Interviewtyp mit offen formulierten Fragen als Grundlage. Dieser Interviewtyp eignet sich, wenn mehrere unterschiedliche Themen abgedeckt werden müssen (Gläser & Laudel 2010, S. 111). Haben Fragen des Leitfadens nicht zur gewünschten Information geführt, konnten Zwischenfragen jederzeit gestellt werden, die den Redefluss des Interviewten jedoch nicht unterbrechen sollten.

Die Studie ist qualitativ ausgerichtet, da durch die Interviews verschiedene subjektive Antworten zur Verfügung stehen.

Das Interview wurde auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Transkription erfolgte Wort für Wort, jedoch wurden nonverbale Äußerungen, wie gähnen, lachen, nicht mit aufgenommen. Der Vorteil gegenüber einem Gesprächsprotokoll oder Notizen besteht darin, dass die Wiedergabe der Informationen methodisch kontrollierbar bleibt und der Verfasser nicht subjektive Interpretationen einfließen lassen kann (Gläser & Laudel 2010, S. 193).

Die Informationen wurden anschließend mit der Technik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Mayring 2015). Die Inhaltsanalyse nach Mayring bietet eine strukturierte Aufarbeitung des Materials der Interviews. Sie ist streng methodisch kontrolliert und geht schrittweise durch das gewonnene Material der Interviews (Mayring 2002, S. 114). Dafür musste vorab ein Ablaufmodell der Analyse bestimmt werden. Mayring beschreibt, dass die Kodiereinheit und die Kontexteinheit bestimmt werden müssen, die

jeweils den kleinsten und den größten Textteil festlegen, die in die Auswertung einfließen. Mit der Auswertungseinheit wird festgelegt, welche Textteile nacheinander analysiert werden (Mayring 2015, S. 61). Für die transkribierten Texte der Interviews wurden für die Analyse folgende Einheiten festgelegt: die Kodiereinheit wurde bestimmt durch jede Aussage, die aussagekräftig, wichtig und relevant im Kontext zu den Fragestellungen war, die Kontexteinheit bezog sich auf die Inhalte, die einer Kategorie des kompletten Interviews der jeweiligen Pflegekraft zugeordnet werden konnte. Als Auswertungseinheit wurden alle fünf Interviews der Pflegekräfte festgelegt, die nacheinander analysiert wurden.

Die Technik der qualitativen Inhaltsanalyse lässt sich in drei Grundformen einteilen. Die Zusammenfassung, die reduziert, jedoch die wesentlichen Inhalte erhält; die Explikation, die zu den Textstellen zusätzliches Material heranträgt, um zu erklären und zu erweitern; und die Strukturierung, die bestimmte Aspekte herausfiltert und nach Kriterien einschätzt oder einen Querschnitt durch das Material zieht (Mayring 2002, S. 115). Hier wurde auf die inhaltsanalytische Zusammenfassung zurückgegriffen, die die zu verwendeten Textstellen nach erster Durchsicht codierte und induktiv in dazu definierte Kategorien sortierte. Die Kategorien richteten sich somit nach dem gewonnenen Material und wurden nicht, wie bei einem deduktiven Vorgehen, schon im Vorfeld bestimmt (Mayring 2015, S. 85). Dies bietet den Vorteil, dass der Forscher offen und unvoreingenommen, ohne Vorannahmen, die Aussagen aus dem Interview auswerten kann (Mayring 2015, S. 86; Mayring 2002, S. 115). Dieses Vorgehen erfolgte für jedes einzelne Interview. Die Kategorien wurden richtungsweisend auf Grundlage der Fragestellungen definiert, um vom Thema abweichendes auszuschließen (Mayring 2015, S. 86, 87). In dem vorliegenden Fall dienten die Erfahrungen und das Erleben der Pflegekräfte mit anorektischen Patienten*innen, sowohl Kinder als auch Erwachsene, als Selektionskriterium für die Definition der Kategorien. Bei der induktiven Kategorienbildung wird zudem das Abstraktionsniveau definiert (Mayring 2015, S. 87). Konkrete Erlebnisse, Erfahrungen, Empfindungen und Meinungen der jeweiligen Pflegekraft aus ihrer subjektiven Sicht und nicht verallgemeinernde Antworten definierten hier das Abstraktionsniveau.

Die folgende Abbildung verdeutlicht die Technik der induktiven Zusammenfassung:

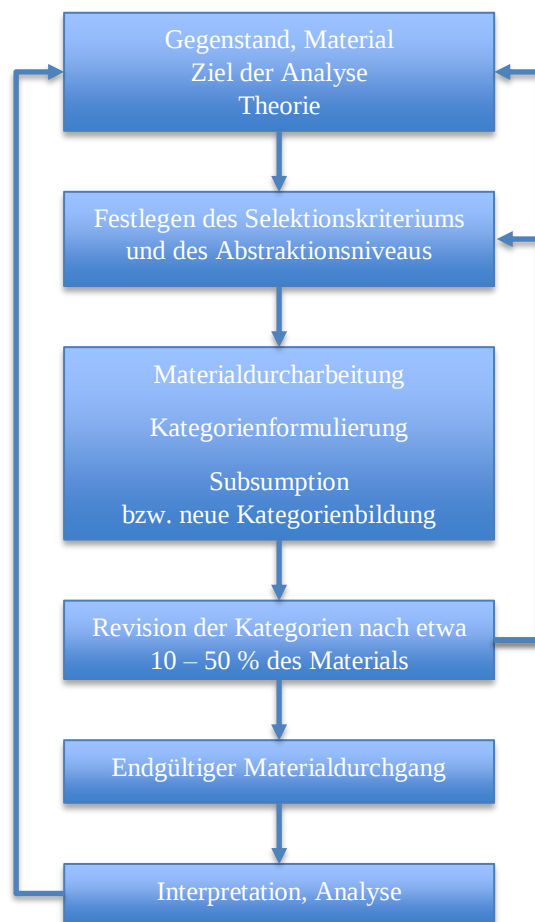


Abbildung 1: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Prozessmodell induktiver Kategorienbildung nach Mayring 2015, S. 86.

Nach der abschließenden Überprüfung, ob die Kategorien zielführend definiert worden sind, oder noch optimiert werden mussten, wurden die Inhalte zusammengefasst und hinsichtlich der Fragestellungen interpretiert.

Abgeschlossen wird die qualitative Inhaltsanalyse mit den Gütekriterien. Die Anwendung der Gütekriterien an den Ergebnissen ist wichtig, um die Qualität der Ergebnisse erfassen zu können (Mayring 2002, S. 140). Die „klassischen Gütekriterien“ setzen sich aus der Reliabilität, der Validität und der Objektivität zusammen, wobei die Objektivität in der qualitativen Forschung selten Anwendung findet (Flick, S. 397). Die Reliabilität zeigt auf, wie zuverlässig, stabil und genau die Messung bzw. die Ergebnisse sind. Die Validität gibt an, wie gültig die jeweiligen Ergebnisse sind, ob erfasst worden ist, was erfasst werden sollte (Mayring 2015, S. 123). Ob die „klassischen Gütekriterien“, die in der quantitativen Forschung Anwendung finden, in der qualitativen Forschung Anwendung finden können

bzw. wie die Gütekriterien angewendet werden können, wird schon länger diskutiert. (Flick, S. 395/396). Die Reliabilität würde für diese Forschungsarbeit erhoben werden können, wenn die Interviews wiederholt durchgeführt werden würden, wie dies mit quantitativen Messungen durchgeführt werden kann, um feststellen zu können, ob die Ergebnisse sich gleichen. Da jedes geführte Interview eine Momentaufnahme ist, die von den zu der Zeit gegebenen Bedingungen abhängen, würde das wiederholte Interview nicht vergleichbar mit dem Ersten sein. Zu bedenken gilt auch, dass bei Durchführung des zweiten Interviews, die Pflegekraft weiteres Wissen oder Erfahrungen erworben haben könnte, welches sie im ersten Interview noch nicht hatte und das Ergebnis verändern würde.

Ein Paralleltest, in dem die Stichprobe mit einem anderen Instrument untersucht werden würde, entfällt aus mangelnder Zeit. Auch die Konsistenz, bei der die Stichprobe in zwei Teile geteilt werden würde, um auf Ähnlichkeit untersucht zu werden, ist mangels ausreichend großer Stichprobe und der Art des Instruments (Interviews) nicht nachweisbar (Mayring 2015, S. 123).

Die Validität kann in dieser Forschungsarbeit durch das Außenkriterium überprüft werden. Hierbei wurden die Ergebnisse aus vorhandenen einbezogenen Studien mit den Ergebnissen der eigenen Studie überprüft, inwiefern diese Ergebnisse übereinstimmten (Mayring 2015, S. 124).

Die Objektivität kann hingegen nur durch die wörtliche Transkription teilweise erreicht werden. Die Daten blieben mit der wörtlichen Transkription objektiv und wurden nicht interpretativ aufgeschrieben, die Auswertung wurde jedoch von derselben Person vorgenommen, die das Interview geführt hatte. Die Studie anhand der „klassischen Gütekriterien“ zu bewerten, gestaltet sich schwierig.

Im Ergebnisteil werden die Aussagen aufbereitet, in Kategorien sortiert, dargestellt werden. Aussagekräftige Aussagen werden mittels Zitats, herangezogen, um die Relevanz zu verdeutlichen. In der abschließenden Diskussion werden die Ergebnisse aus den Interviews interpretiert und mit den Erkenntnissen aus der einbezogenen Literatur verglichen.

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der verwendeten Literatur dargestellt, sowie die codierten Inhalte der geführten Interviews vorgestellt. Gebildet wurden die Kategorien:

K1 „Charakter und Verhalten der Patienten*innen“

K2 „Probleme des Klinikalltags“

K3 „Sorgen und Ängste der Patienten*innen“

K4 „Kinder und Jugendliche“

K5 „Umgang mit Belastungen“

K6 „Kompetenzen einer Pflegekraft“.

4.1 Literaturbasierte Ergebnisse

Es wurden 8 Forschungsarbeiten als passend zu den Fragestellungen ausgewählt, die im Folgenden einen kurzen Überblick über den Stand der Forschung geben sollen. Auffällig war, dass die Teilnehmer der sonstigen qualitativen Studien hauptsächlich Betroffene der Erkrankung Anorexia nervosa waren und zum Teil deren Eltern. Ein Bruchteil der Studien beschäftigte sich mit Pflegekräften. Die gefundenen Studien, sowie die Studien, die die Meta-Synthese berücksichtigte, waren ohne Ausnahme im Ausland durchgeführt worden. Nicht eine Studie fand in Deutschland statt.

In der qualitativen Studie „*Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective*“ (King & de Sales Turner 2000) werden die Erfahrungen von fünf Pflegekräften mit weiblichen Jugendlichen beschrieben, die zum Studienzeitpunkt an einer Anorexie erkrankt waren. Die Behandlung fand in allgemeinen Krankenhäusern statt und die Vorerfahrungen der Pflegekräfte waren unterschiedlich. Die Studie brachte die Erkenntnisse, dass Pflegekräfte umfassend geschult sein müssen, da nach Aussage der Pflegekräfte nach einiger Zeit die Motivation für die Pflege dieser Jugendlichen schwand und sich eine große Frustration bildete. Denn die Pflegekräfte glaubten, dass ihre Grundwerte von Vertrauen, Ehrlichkeit und Kooperation auch bei diesen Patienten*innen nicht erschüttert werden würden. Das Verhalten der magersüchtigen Mädchen, das vielfach aus Lügen, Manipulation, Täuschungen und wenig Bereitschaft zur Mitarbeit bestand, erschütterte die Pflegekräfte in ihren Grundwerten so, dass einige sich ganz von den Mädchen abwandten und einige ihren Blick auf diese Erkrankung jedoch neu schulten und einen Umgang mit dem Verhalten der essgestörten Jugendlichen fanden. Es zeigte den Pflegekräften, dass die eigene Vorstellung von Krankenpflege nicht unbedingt der Realität entsprechen muss und dies jedoch nichts mit ihrem Wert als Pflegekraft zu tun hat. King & de Sales Turner waren erstaunt über die Ergebnisse, denn sie gingen davon aus, dass Wissen aus Fachbüchern über das Krankheitsbild genügend Informationen über das Verhalten von Menschen mit Anorexie den Pflegekräften vermittelt hätte. Daraufhin kamen sie zu dem Schluss, dass das herausfordernde Verhalten den Pflegekräften einiges an Kompetenzen abverlangt und Fortbildung essentiell ist, um geeignete Pflege den anorektischen Jugendlichen zukommen lassen zu können.

Die schwierige Beziehungsgestaltung zwischen Jugendlichen und pädiatrischen Pflegekräften wurde in der qualitativen Studie „*Nurses and the ‘therapeutic relationship’: caring for adolescents with anorexia nervosa*“ (Ramjan 2004) durch das Interview mit zehn Pflegekräften ebenso bestätigt. Die teilnehmenden Pflegekräfte versorgten Jugendliche mit Anorexia nervosa im Akutkrankenhaus und wiesen eine mindestens zweijährige Berufserfahrung mit diesem Krankheitsbild auf. Sie berichteten von einem sich ständig abspielendem Machtkampf, welcher emotional sehr belastend für die Pflegekräfte sein konnte. Einige empfanden die Pflege mit diesen Jugendlichen als unsinnig und Zeitverschwendung, da sie an eine vollständige Genesung nicht glaubten. Manche gaben den Jugendlichen die Schuld an ihrer Erkrankung, vor allem, wenn sie die Anorexie mit anderen Erkrankungen verglichen. Ohne ein Verständnis für die Patienten mit Anorexie, gelänge es auch kaum, mitfühlend mit ihnen zu sein. Da der Genesungsprozess im Empfinden der Pflegekräfte nicht kontrolliert werden konnte, wie bei anderen Erkrankungen, waren die Pflegekräfte frustriert bis hin „sich als Versager“ zu fühlen.

Obwohl die Pflegekräfte mindestens schon zwei Jahre mit der Versorgung von anorektischen Jugendlichen zu tun hatten, waren die Möglichkeiten von Ausbildung und Fortbildung gering. Dies führte auch zu mangelndem Verständnis für die erkrankten Jugendlichen. Die vertrauensvolle Beziehung, die sich aufbauen sollte, wurde von den Pflegekräften, als von beiden Seiten empfundenes Misstrauen beschrieben. Sie erzählten auch, dass die Patienten*innen alles versuchten, die Hilfe der Pflegekräfte zu sabotieren und eine Zusammenarbeit dadurch verhinderten. Die Patienten*innen empfanden das Bemühen der Pflegekräfte, bei der Hilfe mit den Mahlzeiten, als Strafe und kämpften mit allen Mitteln gegen die Pflegekräfte. Sie empfanden es als schwierig ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Durch das Verhalten der Jugendlichen fühlten sie sich „manipuliert“, „gegeneinander ausgespielt“ und „angelogen“. Durch Manipulationen fühlten sie sich betrogen und durch die Vielzahl der Erlebnisse empfanden die Pflegekräfte es als schwer, den Jugendlichen zu vertrauen. Eine Pflegekraft berichtete von guten Erfahrungen mit magersüchtigen Patienten. Sie hatte eine gute Beziehung zu ihnen aufgebaut und erfahren, dass Patienten*innen sich öffneten und erzählten, warum sie nicht aßen. Das Fazit dieser Studie war, dass weiterhin Bedarf an Bildung und Unterstützung für Pflegekräfte besteht und die Patienten*innen und die Pflegekräfte eng in die Entwicklung und Bewertung des Pflegeplans einbezogen werden müssten. Es bräuchte ausreichende Ausbildung und Schulung für den Umgang mit dieser chronischen Krankheit. Geeignet wären Pflegekräfte, die Spaß daran haben, Jugendliche mit Anorexie zu betreuen und mit größerer Wahrscheinlichkeit fähig sind, vertrauensvolle

Beziehungen einzugehen. Pflegekräfte, die die Arbeit mit dieser Patienten*innengruppe stresst und zu sehr herausfordert, wären weniger geeignet.

Das Ziel der Sekundärdatenanalyse „*Turning the Tables - The Vulnerability of Nurses Treating Anorexia Nervosa Patients*“ (Wright & Schröder 2016) war aufzuzeigen, welcher Gefährdung Pflegekräfte ausgesetzt sind, wenn sie mit Menschen mit Anorexia nervosa arbeiten. Dadurch, dass Wright & Schröder für ihre Forschung die Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Pflegekräften, die nur mit Frauen mit Anorexia nervosa in einer speziellen Fachabteilung für Essstörungen arbeiteten, herangezogen haben, wurde auch das Erleben und die Erfahrungen der Pflegekräfte aufgezeigt - mit Empfehlungen für die pflegerische Praxis. Pflegekräfte waren bei der Pflege mit Patientinnen konfrontiert, die sie anschrien und keine Verantwortung für ihr Verhalten übernahmen, mit denen sie Pflegekräfte und andere Patientinnen störten. Wright & Schröder merkten an, dass authentische Beziehungen zwischen Pflegekräften und Patienten*innen wichtig sind und möglicherweise zur Akzeptanz für die Behandlung führen. Eine therapeutische Bindung wird getragen von Ehrlichkeit, Offenheit, Transparenz, Echtheit, Vertrauen und Zuverlässigkeit. Patienten mit Anorexie hinderte ihre Angst vor einer Gewichtszunahme, das Eingehen einer therapeutischen Beziehung mit den Pflegekräften. Eine oberflächliche Zustimmung schien es oft zu geben, um Konflikte zu vermeiden. Dadurch waren die Beziehung und Kommunikation angespannt, durch Ambivalenz der Patienten und durch Konflikte gekennzeichnet.

Die Pflegekräfte berichteten, dass sie hin und her gerissen waren, zwischen der Aufsicht der Patientinnen und den Vorwürfen, die ihnen entgegengebracht wurden. Die Autonomie der Patientinnen wurde dadurch eingeschränkt. Gleichzeitig zeigten die Patientinnen auch Bedürfnisse nach Nähe und Versorgung – ein widersprüchliches Verhalten. Durch dieses Verhalten fühlten sich die Pflegekräfte durch ihre Patientinnen oft manipuliert, empfanden sie als schwierig und bezeichneten sie als fordernd nach Aufmerksamkeit, wenn sie in Not waren. Eine Lösung für eine Pflegekraft war, die Patientinnen in ihrer Welt abzuholen und zu versuchen, eine Kommunikation zu finden, die erfolgsversprechend ist. Viele Pflegekräfte beschrieben ihren Job als stressig, herausfordernd und anstrengend. Sie sprachen von verbaler Gewalt, die ihnen entgegengebracht wurde und von Erschöpfung. Dennoch empfand keiner von Ihnen es als Lösung, die Patientinnen mit stark verärgerten Pflegekräften zu konfrontieren. Sie akzeptierten die respektlosen Beziehungen und tolerierten aggressives und gewalttätiges Verhalten und gaben an, dass sie die Ablehnung der Patientinnen ihnen gegenüber einfach akzeptierten.

Eine Pflegekraft gab auch andere Einblicke zu diesem Problem. Sie erzählte, dass die Patientinnen sehen sollten, was ihr Verhalten auslöste und sie die Verantwortung dafür trugen. Auch wenn sie die Professionellen wären, müssten sie sich nicht alles gefallen lassen, auch Grenzen aufzeigen und überschrittene Grenzen rückmelden. Wright & Schröder kamen zu der Erkenntnis, dass die Pflegekräfte es bevorzugten, fürsorglich und freundlich zu sein, aber dass die Konflikte mit Patienten*innen mit Anorexia nervosa zu Burnout und krankheitsbedingten Fehlzeiten führten, da Pflegekräfte sich nicht in der Lage sahen, sich emotional ausreichend zu schützen. Aufgrund dessen gaben sie Empfehlungen heraus, die zwar nicht direkt dem Erleben und den Erfahrungen der Pflegekräfte entsprechen, in dieser Bachelorarbeit als Information dem Leser nicht vorenthalten werden sollte.

Wright & Schröder empfahlen aufgrund der Ergebnisse der Studie, dass Pflegekräfte authentisch bleiben sollten, und nicht die Patienten*innen mit Manipulation zum Essen zu bringen, da es Machtkämpfe auslösen könnte. Pflegekräfte sollten sich soweit abgrenzen können, dass es ihnen bewusst ist, dass jegliches Verhalten der Patienten*innen nicht gegen sie als Person gerichtet ist. Von Beginn an sollten den Patienten*innen die beruflichen Grenzen der Pflegekräfte aufgezeigt werden. Damit sollte gegenseitiger Respekt gefördert werden, da feindseliges Verhalten der Patienten*innen gegenüber den Pflegekräften, es schwierig für die Pflegekräfte machte, weiterhin fürsorglich, freundlich und professionell zu sein. Die Pflegekraft sollte ebenso versuchen, das Verhalten der Patienten*innen zu kritisieren und nicht die Person selbst. Es sollte eine Möglichkeit für die Pflegekräfte geben, über Belastendes im Team zu sprechen bzw. mit den Vorgesetzten. Solche Gespräche und Teamsitzungen sollten fest eingeplant sein.

Ein weiter Ansatz ergab sich aus dem Verhalten einer Pflegekraft aus der Studie, die von ihren Patientinnen als fürsorgliche und mitfühlende Pflegekraft bezeichnet wurde. Sie berichtete, dass Patientinnen sich von Pflegekräften gesehen fühlten, wenn sie kleine, neue Dinge bei ihnen bemerkten. Sie erzählte, dass sie den Patientinnen die Hand reichen würde, und ihre Stimme immer sanft und leise zu ihnen wäre. Die Patientinnen würden es auch als positiv erleben, dass, wenn sie weinen oder in Not sind, wenn die Pflegekraft ihre Hand halte oder sie umarme, bis sie sich beruhigt haben. Ebenso betonte sie, dass sie ihre Anweisungen an die Patientinnen auf dieselbe Art und Weise wiederholen würde, ohne die Geduld zu verlieren und dabei konsequent bliebe und nicht mit sich verhandeln ließe.

In der Meta-Synthese *„The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis“* (Sibeonie et al. 2016) wurden qualitative Studien mit Jugendlichen, die zum

Untersuchungszeitpunkt an Anorexia nervosa erkrankt waren, mit deren Eltern und mit Fachleuten von Gesundheitsberufen untersucht. Die Autoren stellten mit zwei induktiv entwickelten Bereichen ihre Erkenntnisse hinsichtlich der Überzeugungen bezüglich der Anorexia nervosa und den praktischen Erfahrungen, sowie dem Erleben der jeweiligen drei Gruppen dar und verglichen die verschiedenen Perspektiven. Von insgesamt 30 untersuchten Studien waren sechs Studien nur über Fachleute der Gesundheitsberufe. Weitere drei Studien beschäftigten sich mit Fachleuten und Jugendlichen. An allen qualitativen Studien nahmen 100 Angehörige der Gesundheitsberufe, darunter 48 Pflegekräfte teil. Diese Arbeit wurde in die Bachelorarbeit aufgrund der hohen Anzahl an teilnehmenden Pflegekräften mit aufgenommen und nur deren Aspekte berücksichtigt.

Sibeonie et al. stellten fest, dass die Fachkräfte eher auf die sichtbaren Anzeichen der Erkrankung und auf das Verhalten der Jugendlichen achteten. Die Autoren kamen anhand ihrer Ergebnisse zu dem Schluss, dass es Schwierigkeiten geben könnte, wenn Fachkräfte den psychischen Auffälligkeiten weniger Beachtung schenken als den physischen, da die Jugendlichen ihre psychische Befindlichkeit und das Thema Emotionen mehr fokussierten als ihren Körper. Sie fanden in mehreren Studien (*Castro et al., 2004; Fennig et al., 2015*), dass es eine Lücke gab, zwischen der körperlichen Erholung und der psychischen Veränderung oder Verbesserung der Jugendlichen. Dies war nach *Keel et al. (2005)* ein hohes Risiko, dass die Patienten*innen nach der Entlassung einen Rückfall erlitten. Deshalb waren sich Sibeonie et al. einig, dass Fachleute, vor allem die Pflegekräfte, in der Lage sein müssten, auf die psychischen und emotionalen Probleme der Jugendlichen zu achten und nicht nur den Zustand des Körpers in den Vordergrund zu stellen. Sie schlagen vor, dass es ein spezielles Training für die Pflegekräfte geben könnte, die sich noch nicht von dem Aussehen des Körpers lösen könnten, um gezielter auf die Jugendlichen eingehen zu können. Sibeonie et al. fassten ebenfalls den Punkt auf, dass die Eltern der Jugendlichen in den Behandlungsprozess einbezogen werden müssten, sodass die Eltern die psychologischen Aspekte der Anorexia nervosa verstehen können. In dem zweiten Bereich kristallisierten Sibeonie et al. heraus, wie Fachkräfte des Gesundheitswesens die Jugendlichen mit Anorexia nervosa wahrnahmen. Die Fachkräfte glaubten, dass der Schwerpunkt in der Erkrankung darin liegen würde, dass die Jugendlichen ein Kontrollbedürfnis haben, vor allem andere zu kontrollieren (*Jarman et al. 1997; King und Turner 2000*). Ebenfalls nahmen die Fachkräfte wahr, dass Jugendliche mit Anorexia nervosa Schwierigkeiten haben, anderen Menschen zu vertrauen (*Beukers et al. 2015; King und Turner 2000; Ramjan 2004; Ramjan und Gill 2012*).

In der qualitativen Studie „*Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions*“ (Beukers et al. 2015) wurden Pflegeinterventionen untersucht, die die jugendlichen Patienten*innen bei den Mahlzeiten unterstützten. Beukers et al. stellten fest, dass es vier Komponenten gibt, die wichtig bei der Essensbetreuung sind. Die Pflegekräfte überwachten und kontrollierten das Essverhalten der Patienten*innen, klärten sie über normale Essgewohnheiten auf und begrenzten symptomatisches Verhalten. Dabei unterstützten und motivierten sie die Patienten*innen, indem sie positives lobten, mit ihnen kleine Ziele setzten und machten sie darauf aufmerksam, was sie alles wieder machen könnten, wenn sie gesund sind. Die Pflegekräfte zeigten Verständnis für die Jugendlichen, indem sie ihnen zu verstehen gaben, dass sie nicht alleine kämpften, erkannten die Ängste der Patienten*innen an und fragten sie nach ihren Gedanken und Gefühlen. Nach Beukers et al. wäre es eine Herausforderung für Pflegekräfte, die Mahlzeiten richtungsweisend, streng, nach klaren Regeln zu gestalten und dabei mitfühlend, verständnisvoll, motivierend und unterstützend zu sein. Damit die Pflegeinterventionen wirksam sind, müssten alle Komponenten gegeben sein.

Zehn Pflegekräfte wurden in der Studie „*An Inpatient Program for Adolescents with Anorexia Experienced as a Metaphoric Prison*“ (Ramjan & Gill 2012) zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit anorektischen Jugendlichen befragt. Sie berichteten, dass sie und auch die Jugendlichen den stationären Aufenthalt mit der Metapher „Gefängnis“ vergleichen könnten. Jugendliche fühlten sich, laut der Pflegekräfte, in der ersten Stufe des Programms, wo sie viele Einschränkungen hatten, wie im Gefängnis eingesperrt. Die Pflegekräfte empfanden es schwierig, in so einem Setting eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patienten*innen aufzubauen.

Das vorgeschriebene Therapieprogramm wurde von den Pflegekräften strikt befolgt, da sie ihre Aufgabe darin sahen, mit der Nahrungsaufnahme und der Gewichtszunahme der Jugendlichen, Leben zu retten. Sie wollten ihnen wieder zu normalen Essgewohnheiten verhelfen. Hielten die Jugendlichen sich nicht an die Regeln, wurden ihnen Privilegien entzogen, die sie in ihrer Freiheit einschränkten und die Folge eine stärkere Überwachung war. Die Pflegekräfte bewerteten das Therapieprogramm insgesamt positiv, kritisierten aber an dem Programm, dass durch die Belohnungen und Bestrafungen, gemessen am Essverhalten und weiterem nicht symptomatischem Verhalten der Jugendlichen, die physische Komponente im Vordergrund stand. Die Menge der psychologischen Therapien wurde von den Pflegekräften in Frage gestellt.

Viele Pflegekräfte fühlten sich ausgelaugt durch die ständige Kontrolle und Beobachtung der Patienten*innen. Die Pflegekräfte empfanden die Aufgabe der Privatsphäre für die Jugendlichen in diesem Bereich, im Vergleich zu anderen Krankenhausaufenthalten, um einiges schwieriger. Z.B. mussten die Pflegekräfte die Privatsachen der Patienten*innen durchwühlen, um zu kontrollieren, ob verbotene Nahrungsmittel, Abführmittel oder sonstige nicht erlaubten Dinge, sich in den Zimmern der Jugendlichen befanden. Dies empfanden sie als eine der schlimmsten Aufgaben. Dennoch mussten sie auch die nicht schönen Aufgaben durchführen, um sich an das Therapieprogramm der Station zu halten.

Durch die Schwierigkeit eine therapeutische Beziehung zu den Jugendlichen aufzubauen, wurden die Pflegeaufgaben zur Routine und langweilten die Pflegekräfte nach einer gewissen Zeit. Eine Pflegekraft sagte, dass eine Ursache für die Schwierigkeit darin lag, dass sie als Pflegekraft Dinge tat, die den Patienten*innen nicht gefielen. Einige Pflegekräfte fokussierten sich bevorzugt auf die körperliche Pflege, um sich mit den anderen Bereichen nicht beschäftigen zu müssen, die vielleicht herausfordernder und emotionaler sein könnten. Den Pflegekräften fiel ebenso auf, dass Patienten*innen, die wiederholt in das Krankenhaus aufgenommen worden sind, nicht genügend für das Leben zu Hause vorbereitet gewesen waren und die Patienten*innen sich in der Klinik sicher fühlten.

Ramjan & Gill schlugen vor, dass die Pflegekräfte sich mehr auf die Förderung positiver Verhaltensweisen der Jugendlichen konzentrieren sollten, anstatt auf die negativen. Weiterhin empfanden sie es wichtig, dass die Pflegekräfte ausreichendes Wissen über die Anorexie haben und somit auch ein Verständnis für die Belastungen der Patienten*innen entwickeln könnten, was die Beziehung zu ihnen verbessern würde.

Das Ziel von Zugai et al. (2019) in der Studie „*Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives*“ bestand darin, die Dynamik der Autorität der Pflegekräfte bei jugendlichen Patienten*innen zu untersuchen. Dafür befragten sie zehn Pflegekräfte. Die Pflegekräfte berichteten, dass bei der Ausübung ihrer Autorität die Patienten*innen häufig mit Widerstand reagierten. Manche Pflegekräfte wurden unsicher in ihrer Rolle als Pflegekraft, wohingegen diejenigen, die sich ihrer Autorität sicher waren, diese Unsicherheiten nicht zeigten. Sie hatten erkannt, dass der Widerstand der Patienten*innen nicht mit ihnen als Person zu tun hatte, sondern vom Stress der Behandlung kam. Bei der Unterstützung der Patienten*innen bei der Gewichtszunahme bekamen die Pflegekräfte viel Kritik und Feindseligkeit zu spüren. Vor allem diejenigen Pflegekräfte, die sich strikt an die Regeln

hielten. Den Pflegekräften war bewusst, dass die Gewichtszunahme und die damit verbundenen Pflegeinterventionen für die Jugendlichen belastend sind.

Für sie bedeutete das einen Rollenkonflikt, da Autorität gegen den Willen der Patienten*innen auszuüben, im Widerspruch zu ihrer zwischenmenschlichen Rolle als Pflegekraft stand. Die Pflegekräfte, die von ihren Patienten*innen gemocht werden wollten, fühlten sich dabei besonders unwohl. Ein Problem stellte die Autorität von jungen Pflegekräften gegenüber den Jugendlichen dar. Diese suchten einen freundschaftlichen Kontakt zu den jungen Pflegekräften, was deren Fähigkeit Autorität auszuüben, erheblich gefährdete. Dies war auf einen Mangel an beruflicher Erfahrung und Lebenserfahrung der jungen Pflegekräfte zurückzuführen, die noch Probleme hatten, konsequent mit den Patienten*innen umzugehen. Pflegekräfte, die eine mütterliche Ausstrahlung hatten, wurden von den Jugendlichen eher akzeptiert. Um die Autorität der jungen Kollegen*innen nicht zu gefährden, war es wichtig, dass sie von leitenden Pflegekräften begleitet wurden. Denn durch den Widerstand der Patienten*innen hatten die jungen Pflegekräfte ein unsicheres Gefühl hinsichtlich ihrer beruflichen Identität.

Einige Pflegekräfte waren auch frustriert darüber, dass sie ihr idealisiertes Konzept einer Pflegekraft nicht erfüllen konnten und stellten ihren therapeutischen Wert in Frage. Die Jugendlichen hatten Angst den Pflegekräften bei der Unterstützung der Gewichtszunahme zu vertrauen und die Pflegekräfte hatten Schwierigkeiten damit, dass ihnen ein Misstrauen entgegengebracht wurde, das in anderen Pflegesituationen nicht auftrat. Zugai et al. kamen zu dem Schluss, dass eine therapeutische Beziehung zwischen Pflegekräften und Patienten*innen mit Anorexia nervosa ebenso grundlegend für die psychiatrische Pflege ist und Auswirkungen auf den Therapieerfolg hätte. Pflegekräfte müssten ein Gleichgewicht finden zwischen Autorität und Empathie im Umgang mit dieser Patienten*innengruppe.

20 Pflegekräfte wurden in der Studie „*The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study*“ (Zugai et al. 2018) zur therapeutischen Beziehung mit anorektischen Jugendlichen befragt. Das Ziel war es, ein besseres Verständnis zur Beziehung und Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und den Patienten*innen zu bekommen, da die Entwicklung der Beziehung als schwierig angesehen wurde. In dieser Studie wurde festgehalten, dass Pflegekräfte gleichermaßen zwischenmenschliche Fähigkeiten und Autorität gegenüber den Patienten*innen aufweisen mussten. Dabei wurde als essentiell die Unterscheidung zwischen dem*der Patient*in als Individuum und der Krankheit Anorexia nervosa angesehen. Diese Fähigkeit schützte die Pflegekräfte auch vor eigener Frustration im Umgang

mit den Jugendlichen und stärkte sie im Umgang mit eigenen inneren Konflikten. Um dies anwenden zu können, mussten Pflegekräfte ein umfassendes Verständnis und Wissen über die Erkrankung mitbringen und die Nöte und Belastungen innerhalb der Therapie bei den Patienten*innen einschätzen können.

Das autoritäre Verhalten der Pflegekräfte wurde als wichtig herausgestellt, um die Gewichtszunahme der Jugendlichen voran zu bringen. Die Patienten*innen nahmen die starren Regeln besser an, wenn die Pflegekräfte ihnen diese erklärten, sie fair anwendeten und auch individuelle Abweichungen für die jeweiligen Patienten*innen zuließen, die die Gewichtszunahme nicht gefährdeten. Die Erfahrung der Pflegekräfte, hinsichtlich der Beachtung der individuellen Bedürfnisse der Patienten*innen, zeigte eine verbesserte Beziehung und Gewichtszunahme. Dennoch empfanden die Pflegekräfte, dass es nicht nur von der Autorität abhing, sondern die Zusammenarbeit, Unterstützung und Geduld entscheidend waren. Teilweise stand die berufliche Verantwortung, dass die Gewichtszunahme garantiert war, im Widerspruch bei der Aufrechterhaltung eines nicht wertenden Umgangs.

Trotz der Herausforderung war den Pflegekräften die Wichtigkeit einer hoffnungsvollen und aufrichtigen fürsorglichen Haltung bewusst und zeigten dies ihren Patienten*innen mit Sensibilität, Unterstützung und Zuverlässigkeit. Die Patienten*innen wurden bei der Anwendung von Regeln und Sanktionen immer wieder darauf hingewiesen, dass sie nicht schlecht sind, sondern krank. Dadurch konnte auch ein Vertrauen dahingehend entwickelt werden, dass die Pflegekräfte fürsorglich und in ihrem Interesse handelten. Dies machte auch deutlich, dass Verhandlungen zwischen Pflegekraft und Patienten*innen nicht zielführend waren, da die Pathologie zu groß war und klare Grenzen verlangte.

Sehr junge Pflegekräfte hatten zum Teil Schwierigkeiten ihre Autorität zu wahren, da diese noch empfänglich waren für Lob, Bestätigung und Akzeptanz durch die Jugendlichen. Eine „mütterliche“ oder „schwesterliche“ Rolle wurde kritisch bewertet. Sie wurde im Rahmen der Studie als positives effektives therapeutisches Mittel eingesetzt, gleichzeitig aber auch in Frage gestellt, inwieweit dies eine Grenzüberschreitung durch eine professionelle Pflegekraft sein könnte. Im Gesamten haben die Pflegekräfte in dieser Studie eine gute Balance zwischen Autorität und zwischenmenschlichen Fähigkeiten gefunden.

Werden die Forschungsarbeiten im Gesamten betrachtet, ähneln sich die Ergebnisse, dass Pflegekräfte Grenzen aufzeigen, aber auch viele soziale Kompetenzen mitbringen müssen. Eine ausreichende Ausbildung über die Erkrankung Anorexia nervosa ist wichtig, um im

Umgang mit Patienten*innen zwischen Ihnen als Individuum und der Erkrankung unterscheiden zu können. Diese Fähigkeit schützt sie auch vor inneren Konflikten, Frustrationen und Burnout. In den Studien, in denen diese Voraussetzungen nicht gegeben waren, beschrieben die Pflegekräfte sich als erschöpft, ausgelaugt und sprachen sehr negativ über das Verhalten der Patienten*innen. Sie zeigten auch wenig Verständnis und konnten keine vertrauensvolle Beziehung aufbauen. Die Pflegekräfte haben sich nicht mit den Sorgen und Belastungen der Erkrankten auseinandergesetzt und waren hauptsächlich hilfreich bei der Gewichtszunahme, aber nicht im psychischen Prozess, den diese Erkrankung fordert. Die Studien, in denen es geglückt ist, dass Pflegekräfte eine Balance gefunden haben, ein Verständnis und ein Wissen vorhanden war, zeigen, dass es nach wie vor schwierig ist, eine therapeutische Zusammenarbeit und ein Vertrauen entwickeln zu können, dies aber kein unmöglicher oder aussichtsloser Weg ist. Den Forschungsbedarf, wie Pflegekräfte den therapeutischen Prozess unterstützen können, sehen alle Autoren gleichermaßen.

Es wurden in den Studien unterschiedliche Schwerpunkte bei der Befragung gesetzt. Ein direkter Vergleich kann nicht gezogen werden. Da in den qualitativen Studien die Aussagen der Pflegekräfte beschreibend dargestellt wurden, ohne Angaben, wie viele der befragten Pflegekräfte Schwierigkeiten hatten oder wie viele Pflegekräfte sich wie verhalten haben, kann ein quantitatives Ergebnis nicht gezogen werden.

4.2 Ergebnisse aus der Praxis

In den folgenden Unterkapiteln werden die Inhalte aus den Interviews mit den Pflegekräften aufgezeigt. Wie in der Methodik beschrieben, wurden die Inhalte nach der Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) in Kategorien sortiert, um die Ergebnisse thematisch zu gliedern.

4.2.1 Charakter und Verhalten der Patienten*innen

Im ersten Unterkapitel wird dargestellt, wie verschieden die Pflegekräfte den Charakter der Patienten*innen wahrnehmen. Dies ist ein individueller Eindruck und kann nicht allgemein auf alle Patienten*innen angewendet werden.

Die Patienten*innen werden von Pflegekraft B als ehrgeizig, kreativ, ehrlich und sehr genau beschrieben: „[...] also was so typisch ist, [...] dass sie ehrgeizig sind, sehr genau sind, [...] sehr kreativ sind [...] also ehrlich, wenn es nicht das eigene Verhalten betrifft“ (B 11-14). Sie werden auch mit einer hohen Bedürftigkeit in vielerlei Hinsicht wahrgenommen. Das können Unterstützungen im körperlichen Bereich sein, oder eine Umarmung: „[...] Ne hohe Bedürftigkeit [...] auf vielen Ebenen [...] sei es Unterstützung bei körperlichen Tätigkeiten, sei es [...] nach einer Umarmung. [...] ist mir immer wieder aufgefallen, dass da großer Bedarf ist“ (E 7-10). Manche Patienten*innen sind sehr bemüht, sich an alle Regeln zu

halten, soweit sie das in dem Moment können, andere Patienten*innen tricksen ständig die Pflege aus, um essgestörtes Verhalten ausleben können, beschreibt Pflegekraft A: „[...] und uns austricksen wollen von der Pflege. [...] Es gibt ja Patienten, die sich auch sehr anstrengen [...] aber die dann wieder auch an ihre Grenzen kommen dann...“ (A 5, 22-26). Ihr ist auch aufgefallen, dass die Patienten*innen oft eine Fassade aufsetzen und sie als Pflegekraft deshalb genauer nachfragen muss, wie das Befinden ist, weil dies sonst vielleicht nicht bemerkt werden würde, wenn es ihnen schlecht geht: „[...] die setzen oft ne Fassade auf, wo man dann auch manchmal nachbohren muss, was ist da los und dann kommt oftmals gleich das Geheule“ (A 8-9). Einer Pflegekraft sind überwiegend negative Eigenschaften eingefallen, bei Positiven muss sie sehr nachdenken und zeige sich verunsichert, ob Zielstrebigkeit und Genauigkeit als positiv gewertet werden können: „[...] negativ auf jeden Fall, das Manipulieren. [...] lügen. [...] als ich angefangen hab‘, wo die Patienten angefangen haben, einen so auszutricksen. [...] ich weiß nicht, ob man jetzt Zielstrebigkeit [...] jetzt so als positiv nennen könnte. Oder die Genauigkeit“ (C 5, 7-8, 14-15, 17). Auffällig ist, dass jede Pflegekraft andere Eigenschaften oder anderes Verhalten aufzählt, die ihr als erstes spontan eingefallen sind. Pflegekraft D fallen als erstes guter Humor und Intelligenz dazu ein: „[...] die haben einen unglaublich guten Humor und sie sind unglaublich intelligent. [...] sie haben unglaublich wenig Selbstbewusstsein. [...] Teilweise zwanghaft [...]“ (D 8-9, 11, 14). Die Patienten*innen haben sich im Laufe ihrer Krankheit sehr viele Paradigmen aufgebaut, also Wahrheiten, die sich zurechtgelegt haben, die aber nicht der Realität entsprechen: „[...] fast alle unglaublich viele Paradigmen aufgebaut. [...] Menschen mit Essstörungen haben für sich unglaublich viele Wahrheiten, [...], Verhaltensregeln und so weiter [...] auferlegt [...] was weiß ich „ich darf [...] einen Apfel [...] und ein Brot nicht zusammen essen, weil das nicht gut ist“ oder „ich muss mein Essen nach Farbe sortieren““ (D 14-15, 24-29). Wichtig ist auch, dass die Pflegekräfte eine professionelle Distanz zu ihren Patienten*innen haben und nicht alles persönlich nehmen, was ihnen so entgegengebracht wird. Oftmals steckt dahinter eine Not oder ein nicht aushaltbares Gefühl: „Man braucht eine [...] professionelle Distanz. [...] Um nicht irgendwelche Dinge persönlich zu nehmen. Weil ja doch [...] vieles ja also doch sicherlich persönlich gesagt wird, aber eigentlich ist es ja natürlich die Wut der Patienten auf alles und nichts. Und das ist ja nicht persönlich gemeint [...]“ (B 53-54, 56-58). Für Pflegekraft E ist es schwierig oder negativ, dass die Patienten*innen anders ticken im Vergleich zu anderen. Sie musste für sich erst einmal lernen, dass sie da nicht auf ihren Menschenverstand zurückgreifen kann, dass Aussagen der Patienten*innen sich von einem Tag auf den anderen

widersprechen: „[...] dass ich auf meinen normalen Menschenverstand, den ich hier im normalen Leben hab. Nicht zurückgreifen kann. [...] dass diese Patienten anders ticken. [...] Dass ich da so lernen musste, mit umzugehen. Mit Aussagen, die sich oft widersprechen“ (E 14-16, 18-22).

Positiv fällt den Pflegekräften auf, wenn sich die Patienten im Therapieverlauf, auch bedingt durch die Gewichtszunahme, verändern, offener werden: „[...] zu sehen, wie sich die Patienten auch verändern, [...] in Führungsstrichen „weicher werden“ so in dem ganzen Prozess, den sie bei uns durchlaufen“ (E 10-13). Dass es in der Regel große Unterschiede in den jeweiligen Gewichtsbereichen gibt, bestätigen alle Pflegekräfte. Mit zunehmendem Gewicht wird vieles einfacher. Die Patienten*innen werden dann zugänglicher, zeigen mehr von ihrer Persönlichkeit, können in ihrem symptomatischen Verhalten besser begrenzt werden, die Kommunikation vereinfacht sich und sie sind kognitiv dann mehr in der Lage, an der Therapie aktiv teilzunehmen: „[...] je höher das Gewicht ist, desto mehr kommt die eigene Persönlichkeit überhaupt erst raus. [...] wenn man so niedriggewichtig ist, dann macht der Körper ja im Grunde nur Notfallprogramm. [...] wenn sie höhergewichtig sind, dann entfaltet sich ihre Persönlichkeit und das ist immer total schön zu sehen“ (D 123-130), „Aber im niedrigen Bereich [...] BMI 10 oder so, da merkt man auch manchmal, also das jetzt gerade nicht jetzt die Persönlichkeit. [...] das ist jetzt einfach nur die Anorexie, die da ist“ (C 97-100). Im sehr niedrigen Gewichtsbereich, der als BMI < 14 im Interview definiert wurde, um einen Vergleich zwischen den Antworten der Pflegekräfte ziehen zu können, diskutieren die Patienten*innen mehr: „[...] die gehen auf die Barrikaden. „Das stimmt nicht und da kann was nicht mit der Waage stimmen“ [...] oder sie diskutieren mit der Größe „Können wir nicht noch mal messen?“ [...]“ (A 115-116, 121-122). In dem Gewichtsbereich zeigen die Patienten*innen sich oft noch verstrickter im Vergleich zu etwas Höhergewichtigeren und können selbstständig schwer ihre symptomatischen Verhaltensweisen lassen, auf die sie immer wieder angesprochen werden müssen: „[...] im sehr niedriggewichtigen Bereich sind die Patienten ja doch noch sehr [...] verstrickt. [...] wenig zugänglich für Ansprache [...] Dazu kommen so natürlich so Verhaltensweisen, die manchmal schwierig zu unterbinden sind, wie der Bewegungsdrang. [...] Essen wegstecken. [...] also selbstständig [...] irgendwelche Verhaltensweisen zu ändern. [...] da die gleichen Dinge immer wieder ansprechen. Im Prinzip könnte man ein Tonband aufstellen [...]“ (B 21-22, 25-27, 32-34). Die Verstrickung mit der Anorexie zeigt sich auch hinsichtlich der Fixierung auf den Körper, indem sie ihren Körper genau beobachten, in wie weit er sich schon verändert hat: „[...] dass die Untergewichtigen einfach noch anders auf sich und ihren

*Körper fixiert sind. [...] also dieses auf den Bauch gucken, und ist es ein Millimeter mehr geworden [...] das ist [...] sehr viel ausgeprägter, als bei denen, die schon ein gewisses Gewicht haben“ (E 122-127). Als anstrengend und große Herausforderung werden die niedriggewichtigen Patienten*innen auch beschrieben. Die Kommunikation ist zum Teil sehr schwierig, oft können die Patienten*innen kognitiv noch nicht viel aufnehmen: „[...] sobald die Patienten dann halt zunehmen, da merkt man schon: Oh, ist ja doch gar nicht so anstrengend. Ist ja eigentlich ein lieber netter Mensch. Am Anfang war das wirklich so, so da hat man gegen ne‘ Wand geredet [...]“ (C 102-104, 111-112), „Dann diese kognitive Eingeschränktheit ist auch sehr anstrengend“ (D 130-131). Dies kann auch Pflegekraft E bestätigen, die dies auch im körperlichen Bereich bei den Patienten*innen empfindet: „[...] dass die auch besser aufnahmefähig sind. [...] es fällt ihnen partiell schon mal leichter zu zunehmen, und aber sie können auch [...] mental besser aufnehmen. Und besser an den Therapien teilnehmen. [...]“ (E 114-118).*

Die Vielfalt, die bei Menschen mit Anorexia nervosa auftreten kann, ist durch die vielen verschiedenen Aussagen deutlich geworden. Es lässt sich jedoch sagen, dass die Erkrankung viel von der Persönlichkeit und normalem Verhalten überdeckt, was unter anderem auch mit dem niedrigen Gewicht zusammenhängt. Wichtig ist, dass die Patienten*innen dennoch ernst genommen werden, auch wenn sie kognitiv nicht aufnahmefähig sind und in die Anorexie verstrickt sind. Das Verhalten, dass die Anorexie bei den Patienten*innen auslöst, richtet sich nicht gegen die Pflegekräfte, sondern ist ein Ausdruck der Not, die sie empfinden.

4.2.2 Probleme im Klinikalltag

Jeder Tag in der Klinik ist anders und auch die Patienten*innen zeigen sich mit den Symptomen individuell. Im Folgenden soll ein Eindruck vermittelt werden, mit welchen Schwierigkeiten oder Problemen die Pflegekräfte konfrontiert sind und wie sie mit einigen Dingen umgehen. Begonnen wird dieses Unterkapitel mit dem Verhalten der Patienten*innen. Anschließend werden somatische Probleme aufgezeigt werden.

Viele der Patienten*innen haben einen sehr hohen Bewegungsdrang, um Kalorien zu verbrennen oder weil eine innere Unruhe sie nicht stillsitzen lässt. Um Kalorien einzusparen wird neben dem Bewegungsdrang auch versucht, Essen zu verstecken oder in manchen Fällen auch zu erbrechen. Um dieses Verhalten zu unterbinden, müssen die Pflegekräfte immer wieder auf das symptomatische Verhalten ansprechen und die Patienten*innen gut beobachten, um Auffälligkeiten frühzeitig zu entdecken: „[...] sie sind immer in Beobachtung, ne. Das ist eben mehr als in anderen Bereichen“ (A 71-72). Pflegekraft A

nennt Beispiele, was sie beobachten: „[...] dass die immer in Bewegung sind [...] dass sie auf die Cafetentoilette gehen wollen, um Essen verschwinden zu lassen [...] wir müssen dann ja öfter auch mal diese Körpervisite oder Kleidungsvisite dann machen, ob sie irgendwas versteckt haben und dann immer wieder ansprechen“ (A 4-7, 35-37). Ebenfalls immer wieder durch die Pflegekräfte angesprochen werden muss die Wahl der Kleidung. Die Patienten*innen ziehen sich meistens unpassend an, dass die Krankheit mehr zum Ausdruck kommt oder sie ziehen sich zu dünn an, um mehr Kalorien zu verbrennen: „Ja, ziehen sich auch manchmal nicht dementsprechend an, dann sieht man so die dünnen Ärmchen und Beinchen und das muss man immer wieder dran erinnern“ (A 10-12). Auch das Thema „Corona“ ist im Klinikalltag angekommen und zeigt sich im Verhalten der Patienten*innen, die zwanghaft sind: „[...] die haben ja eben auch oft den Waschzwang und [...] dass die Hände so kaputt sind. Aber jetzt noch umso mehr. Seitdem es diesen Corona Virus gibt, dass sie sich noch mehr waschen und dass man sie darauf anspricht [...] Hände eincremen, Handschuhe tragen“ (A 41-44).

Zum Problem wird es, wenn die Patienten*innen immer wieder Lücken finden und sie in ihrem essgestörten Verhalten verbleiben: „[...] schwierig ist es natürlich immer dann, wenn ein Patient [...] trotz engster Beaufsichtigung trotzdem auch immer wieder Lücken findet, um das auszuleben. [...]“ (B 73-77).

Ein weiteres Thema stellt die Beaufsichtigung der Patienten*innen während des Essens dar. Normalerweise nehmen sie das Essen im Speisesaal zu sich, und werden dort von Diätassistenten*innen oder Oecotrophologen*innen betreut. Wenn die Patienten*innen das Essen im Speisesaal verweigern, werden sie von den Pflegekräften weiter betreut: „Schwierigkeiten sind natürlich die, einfach die Patienten beim Essen zu begleiten, wenn sie aus dem Speisesaal zu uns kommen, weil sie nicht essen, da ne Motivation hin zu kriegen, die [...] zumindest für diese eine Mahlzeit erst mal greift [...]“ (E 25-28). Es wird berichtet, dass es für die Pflegekräfte schwierig ist, eine Balance zwischen Konsequenz und Empathie zu finden. Manche Patienten fangen an zu essen, wenn sie sanft motiviert werden und andere brauchen klare Ansagen: „[...] Lösungsansatz für mich gewesen, zu gucken, wo steht [...] dieser Patient gerade, was hilft jetzt, bisschen die mütterliche Art rauskehren oder [...] du brauchst Grenzen und die setze ich dir jetzt [...]“ (E 35-37). Generell muss beim Essen darauf geachtet werden, dass die Patienten*innen nicht rumschmieren, kein Essen verschwinden lassen und ordentlich sitzen. Dies ist in dieser Klinik aber nicht Aufgabe der Pflegekräfte, sagt Pflegekraft A. Sie kennt es aber aus der Klinik, in der sie vorher gearbeitet hat: „Mit dem Essen, dass sie nicht rumschmieren. [...] hier in der Klinik, da sitzen wir von

der Pflege nicht dabei. Das kannt ich in der Y Klinik [...] dass wir von der Pflege mit dabei waren. Bei jeder Hauptmahlzeit mussten wir die mit betreuen, damit sie ordentlich sitzen, dass sie nicht wipeln und dass sie eben nichts verstecken und vernünftig essen. [...] Da waren wir von der Pflege noch mehr dran beteiligt“ (A 47-48, 50-53).

Patienten*innen suchen den Kontakt mit den Pflegekräften, wenn sie Druck verspüren, z.B. sich selbst zu verletzen. Auch hier ist es eine große Herausforderung für die Pflegekräfte einen Umgang mit zu finden. Sei es, um die Selbstverletzung (SV) mit Skills oder Gesprächen abzuwenden oder auch, wenn die SV entstanden ist: *„Schwierig ist der Umgang mit Selbstverletzungen [...] weil auch da ja so ein großer Leidensdruck hinter steht [...] da ist es für mich genau das Gleiche die Balance zu finden, zwischen Empathie [...] und auch so einer Gradlinigkeit [...] und eben auch der Versuch die Patienten [...] durch Skills oder so hinzukriegen, [...] dass sie sich eben nicht selbst verletzen, sondern dass sie lernen zu uns zu kommen [...]“ (E 46-53).* Den Patienten*innen die Skills zu vermitteln, ist für Pflegekraft E ein großes Thema und vor allem eine Herausforderung, wenn Patienten*innen das erste Mal kommen und noch nicht wissen, was sie brauchen und ihnen hilft: *„[...] Das ist ne echte Herausforderung [...] Die Patientin kommt das erste Mal und ja was braucht sie denn... ein Theraband, nen Gespräch, sie fragt jemand, ne Knete [...] nicht die Zeit, das in Ruhe zu machen. Sondern jetzt akut muss was passieren“ (E 61-65).*

Zu den größten Herausforderungen gehören auch die Zimmerkontrollen, die die Pflegekräfte bei den Patienten*innen bei einem Verdacht durchführen müssen. Es wird als sehr unangenehm beschrieben, sowohl für die Patienten*innen, als auch für die Pflegekräfte, die in den Privatsachen wühlen müssen: *„[...] schwierig oder auch schlimm fand ich, wenn wir Zimmerkontrollen gemacht haben [...] Also das gehört wirklich [...] zu den großen Herausforderungen. Weil ich das für die Patienten unglaublich schlimm finde, dass sie [...] ihr Gekotztes in Strümpfe tun, oder in ihren BH stecken [...] und wir in ihren Privatsachen rumwühlen, um diese Sachen da irgendwie raus zu fischen“ (E 69-70, 74-77).*

Pflegekraft C ist noch eine junge Pflegekraft und berichtet von den anfänglichen Schwierigkeiten, vor allem mit gleichaltrigen Patienten*innen: *„Man muss schon gucken, wie man sich durchsetzen kann. Gerade für mich jetzt so am Anfang war's auch komisch, dadurch, dass die Patienten oftmals gleichalt sind [...] ok, jetzt sag ich irgendwie einer 25-jährigen, 26-jährigen, was sie zu tun und zu machen hat“ (C 53-55, 58-59).* Das Verhalten der Patienten*innen kann auch mal so weit führen, dass Pflegekräfte genervt oder ärgerlich sind. Dies kommt aber nicht häufig vor und hat viel mit der inneren Ausgeglichenheit zu tun: *„Natürlich bin ich auch mal ärgerlich und genervt. [...] je ausgeglichener ich bin, desto*

weniger triggert mich das Verhalten der Patienten [...] Und meistens, glaube ich, recht ausgeglichen zu sein. Aber es gibt Tage [...] ist Übergabe und wird halt irgendwas gesagt [...] und denke ich so [...] „Alter! Reißt euch doch mal zusammen. Das kann ja wohl nicht wahr sein.“ Aber dann ist mir natürlich trotzdem klar, dass sie das ja nicht machen, um mich zu ärgern [...]“ (D 105-113).

Die Hauptbeschwerden, die die Patienten*innen den Pflegekräften melden, sind die Verdauung und Bauchschmerzen. Da die Patienten*innen vor dem Klinikaufenthalt zu Hause nichts mehr oder kaum noch gegessen haben, müssen sie sich wieder daran gewöhnen und die Verdauung muss wieder in Gang kommen: *„Die Verdauung ist ganz dolles Thema [...] Das ist immer Bauchschmerzen [...] und kein Stuhlgang [...] Dann kriegen sie eben ne Wärmflasche und dass sie eben auch Bauchmassage machen [...]“ (A 129-130, 138-139).* Pflegekraft B spricht auch als erstes das Thema Bauchschmerzen an: *„[...] Hauptthema [...] das sind natürlich die Bauchschmerzen. [...] weil die Patienten ja zu Hause meistens wenig bis gar nichts gegessen haben und dann der Einstieg ins wieder essen, [...] doch erst mal Probleme mit der Verdauung macht“ (B 110-113).*

Blutdruck und Herzfrequenz sind im Regelfall immer zu niedrig, der Ruhepuls ist oftmals im gefährlichen Bereich. Patienten*innen, die Auffälligkeiten im Herz-Kreislauf-System zeigen oder einen BMI < 12 aufweisen, bleiben zur Überwachung in der Medizinischen Zentrale (MZ) bei den Pflegekräften: *„[...] es fängt an [...] mit nem niedrigen Puls, [...] gerade der Ruhepuls, der ja wirklich bedrohlich niedrig ist, das ist ne Kontrolle. Blutdruck ist ja auch oft sehr niedrig [...]“ (E 147-149), [...] wir haben ja das Überwachungszimmer und da sind eben auch einige, die eben nen BMI von vielleicht unter 12 haben [...] Überwachung mit dem Monitor, dass wir [...] die Herzfrequenz eben auch angucken [...]“ (A 150-153.)* Die körperliche Befindlichkeit hängt stark vom BMI ab, wobei es auch dort Unterschiede gibt, und individuell geschaut werden muss, in was die Patienten*innen Probleme haben, erklärt Pflegekraft E: *„[...] das ist auch sehr verschieden. Wir hatten mal ne Patientin mit nem BMI von 10, die ist noch Bergsteigen gewesen, was die Patienten können, eben auch gucken, dass sie beim Aufstehen nicht stürzen, dass sie Kopfkontrolle haben [...]“ (E 152-155).* Einige Patienten*innen kämpfen auch mit Ödemen oder Problemen mit der Schilddrüse: *„[...] Ob es Ödeme sind oder [...] Bauchschmerzen... und Schilddrüsenüber oder –unterfunktion“ (C 123-124).*

Wenn die körperlichen Beschwerden zu gefährlich sind, werden die Patienten*innen in das Allgemeinkrankenhaus verlegt und kommen wieder, wenn sich der Zustand soweit gebessert hat, dass die Überwachung in der eigenen Klinik wieder gewährleistet werden kann. Eine

Verlegung wird nötig bei gefährlich veränderten Blutwerten, gravierenden Problemen mit dem Herz oder bei Elektrolytentgleisungen: „[...] wenn es tatsächlich kritisch wird, verlegen wir ja auch. Wenn der Kalium sehr niedrig ist, wenn er bei nem lebensbedrohlichen Bereich ist. [...] da hat die Leber im Grunde genommen sich selbst verstoffwechselt, [...] das war eben auch super gefährlich. [...] wenn bei den Blutwerten irgendwas nicht in Ordnung ist [...] die hat so viel vorgetrunken, [...] dass sie so [...] verschobene Elektrolyte hatte [...] die hat uns gar nicht mehr wahrgenommen [...] Wir hatten noch nie jemanden, der wegen Perikarderguss verlegt wurde“ (D 164-165, 167-170, 174-178, 184). Die Psyche ist in jedem Gewichtsbereich präsent. Bei den Niedriggewichtigen wird eher am Verhalten gearbeitet und erst nach ausreichender Gewichtszunahme können die Patienten*innen an den Ursachen arbeiten: „[...] in jedem Gewichtsbereich ist die Psyche allgegenwärtig. [...] bei den Niedriggewichtigen ist weniger das [...] körperliche im Vordergrund, sondern erst das Verhalten. [...] an der Psyche kann man da erst mal gar nicht so viel machen [...] das Verhalten ändern. Bewegungsdrang einschränken, aufhören zu erbrechen [...] aufhören vorzutrinken, aufhören wegzustecken [...]“ (D 186-192).

Viele Infektionen werden im Kliniksetting nicht beschrieben. Dies wird sich so erklärt, dass Menschen mit Anorexie unglaublich zäh sind und das Immunsystem immer in Alarmbereitschaft ist: „[...] gerade Menschen im niedrigen Gewichtsbereich unglaublich zäh sind. [...] deswegen ist da das Immunsystem [...] immer in Alarmbereitschaft [...] Weil ein Infekt wahrscheinlich den Tod bedeuten würde“ (D 156-162).

Probleme im Klinikalltag betreffen überwiegend das symptomatische Verhalten der Patienten*innen, welches unterbunden werden muss. Gleichzeitig erarbeiten die Pflegekräfte andere Strategien mit den Patienten*innen, wie sie ihr Verhalten verändern können. Konsequent Grenzen aufzeigen und dabei verständnisvoll bleiben, ist eine wichtige Fähigkeit der Pflegekräfte. Somatische Probleme treten bevorzugt bei sehr niedriggewichtigen Patienten*innen auf. Je nach Gefährlichkeitsgrad kann dies in der Klinik selbst überwacht werden. Ist dies nicht der Fall werden die Patienten*innen verlegt, bis sich ihr Zustand gebessert hat.

4.2.3 Sorgen und Ängste der Patienten*innen

Die Pflegekräfte sind oftmals erster Ansprechpartner für die Sorgen und Ängste der Patienten*innen. In diesem Unterkapitel wird dargestellt, mit welchen Problemen und Nöten die Patienten*innen zu den Pflegekräften kommen.

Die Patienten*innen suchen die Pflegekräfte bei allen organischen Problemen auf. Gegebenenfalls wird dann noch ein Arzt hinzugezogen, sagt Pflegekraft B: „Also, mit allem,

wenn es natürlich um medizinische Dinge geht [...] um organisches, um Bauchschmerzen, um Kopfschmerzen. [...] Es gibt natürlich Dinge, die wir dann natürlich nicht sofort klären können [...] wo dann natürlich auch dann ein Arzt dazu geholt werden muss“ (B 86-88, 99-101). Das Thema Gewicht wird von allen Pflegekräften genannt. Die Angst der Patienten*innen vor der Gewichtszunahme ist sehr groß. Es wird zwar generell bei den Pflegekräften thematisiert, aber gehäuft an den Wiegetagen oder den Abenden davor: „Gewicht! Eindeutig das Gewicht! Ob’s ne gewisse Zahl ist, eine Grenze oder so, was überschritten wird“ (C 64-65), „[...] Thema ist natürlich entweder ich hab abgenommen oder ich hab zugenommen. Beides ist ja gleich schlimm in der essgestörten Klinik. [...] was an den Wiegetagen kommt oder an den Abenden vor den Wiegetagen“ (E 96-99). Die Ängste in beide Richtungen sind damit zu erklären, dass die Patienten*innen mit der Gewichtszunahme nicht umgehen können und aber bei einer Gewichtsabnahme den Plan erhöhen müssen, womit sie auch Probleme und Ängste haben: „[...] dass sie dann immer wieder so sagen, oh, ich habe Angst, dass ich diesmal zu viel wiege. [...] Oder, ne, zu wenig. Dass sie dann wieder den Plan erhöhen müssen und das ist meistens dann mit Stress verbunden“ (A 92-95), „[...] wenn die Patienten dann auch den Plan erhöhen müssen, dann haben die meisten Angst, dass sie aus allen Nähten platzen würden“ (C 70-72). Mit der Zunahme sind auch Ängste verbunden, wie nicht mehr unsichtbar zu sein und sich der Außenwelt stellen zu müssen. Dadurch vielleicht Kritik zu bekommen: „[...] Angst sich zu spüren. [...] nicht unsichtbar bleiben zu können. [...] sich dem Außen stellen müssen. Kritik von außen [...]“ (D 76-81). Weitere Ängste können die häusliche Situation betreffen, in die sie zurückgehen oder wenn die Eltern das nicht mehr wollen, erzählt Pflegekraft E: „Oft ist das die häusliche Situation [...] andererseits die Eltern sagen, das geht nicht mehr [...]“ (E 80-82). Pflegekraft D erklärt anschaulich, woher der Druck der Patienten*innen kommt, mit dem sie sich an die Pflegekräfte wenden. Sei es „allgemeiner“ Druck oder Druck sich selbst zu verletzen. Dahinter stecken nicht aushaltbare Emotionen, mit denen die Patienten*innen überfordert sind, weil sie diese ablehnen. Gespräche und Skills sind dann die Mittel, die die Pflegekräfte den Patienten*innen anbieten: „[...] wenn Patienten Druck haben [...] sich meinetwegen selbst zu verletzen, oder wenn sie mit dem Essen nicht klarkommen [...] wenn der Essplan erhöht worden ist“ (B 88-91), „[...] Krisensitzungen, Skills anbieten [...]“ (A 69), „[...] das größte Problem, warum sie nicht mit Druck umgehen können, ist, weil sie dazu Nein sagen. [...] deswegen versuche in den Patienten zu sagen, dass die ihre Gefühle annehmen können, dass sie okay sind [...] Dass sie so sein dürfen, wie sie sind“ (D 54-55, 63-66). Dass die Patienten*innen den Weg zur Pflege finden, ist nicht selbstverständlich.

Viele Patienten*innen haben Schwierigkeiten damit. Die Pflegekräfte sind sich dem bewusst und empfinden das als positiv, wenn die Patienten*innen sich melden: „[...] *man muss eben auch viel Vertrauen gewinnen [...] sonst ziehen sie sich zurück*“ (A 69-71). Auch was spontan im Alltag auftritt, wird bei den Pflegekräften thematisiert: „*Wenn es Probleme gibt [...] im Miteinander mit den Mitpatienten, die Zimmersituation vielleicht schwierig ist. [...] mit der Schule, zu Hause, mit den Eltern im Kontakt [...]*“ (B 92-95). Es gibt aber auch Situationen, in denen Patienten*innen von sehr belastenden Erfahrungen sprechen, wenn sie Vertrauen aufgebaut haben. Damit umzugehen ist nicht immer leicht für die Pflegekräfte: „[...] *was ich am allerschlimmsten finde, wenn das ganz klar ersichtlich war, dass die Patienten*innen auch zu Hause misshandelt wurden. Dass sie trotzdem so eng an ihr Elternhaus gebunden sind, dass sie unbedingt wieder zurückwollen. [...] so was bricht mir dann das Herz*“ (E 82-85, 90).

Dass den Patienten*innen in dem Moment geholfen werden kann oder die Pflegekräfte sie beruhigen können, empfinden die Pflegekräfte als gegeben. Wenn aber psychische Dinge ihre Kompetenzen übersteigt, wird ein Therapeut hinzugezogen: „[...] *größtenteils können wir den Patienten schon gut helfen*“ (B 98), „*Also ich glaube, das ist für den Moment immer hilfreich gewesen, aber natürlich, da wir ja auch keine therapeutische Ausbildung haben [...] nicht auf lange Sicht*“ (E 103-104). Pflegekraft C grenzt sich klar ab, wenn ihre Kompetenzen erreicht sind: „*Ok, stopp jetzt hier, ich ruf‘ nen Therapeuten an, bitte mit dem besprechen!*“ (C 89-90). Bei schwerer SV oder wenn die Patienten*innen Suizidgedanken äußern, wird immer ein Therapeut oder Arzt hinzugezogen, um abschätzen zu können, wie ernst die Lage ist: „[...] *außer wenn sie eben Suizidgedanken haben oder sich eben so sehr selbstverletzt hat, dass man das nähen muss. Dann muss der Arzt [...] selber gucken [...]*“ (A 82-84).

Wie effektiv die Hilfe für die Patienten*innen ist, hängt auch von dem Faktor Zeit ab, sagt Pflegekraft D: „*Total individuell. Also, A kommt es auf die Situation an, wieviel Zeit ich habe, ob ich überhaupt Zeit habe mich dem auseinanderzusetzen. Also, wenn ich keine Zeit habe [...] „komm, such‘ dir doch mal nen Skill aus [...]*“ Und wenn ich dann Zeit habe, kann ich ja sagen „*komm, wir reden miteinander. Was steckt eigentlich dahinter?*““ (D 85-91). Dann hängt es von den Patienten*innen ab, inwieweit sie sich öffnen können, was genau sie brauchen: „[...] *manche öffnen sich, und manche nehmen das auch an, was man dann vorschlägt. Manche wollen [...] nur einmal das loswerden [...]*“ (D 96-98).

Je nach Sorge, Angst oder Problem der Patienten*innen und der aktuellen Situation, können die Patienten*innen ein hilfreiches Gegenüber in der Pflege haben, wo sie erzählen können,

was sie bedrückt, konkret Ratschläge bekommen können oder mit ihnen Skills ausprobiert werden. Auch wenn die erste Beruhigung vielleicht nicht langanhaltend ist und die Patienten*innen erst ein Vertrauen aufbauen müssen, sehen die Pflegekräfte ihre Hilfe als gute Unterstützung für die Patienten*innen an, die auch genutzt wird.

4.2.4 Kinder und Jugendliche

Ob der Umgang mit Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen anders ist, wird im Folgenden beschrieben.

Die Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen sind ganz verschieden von den Pflegekräften erzählt worden. In einigen Fällen nehmen die Pflegekräfte eine Mutterrolle ein, wenn Patienten*innen einen Nachholbedarf haben. Deutlich unterschiedlich ist das Thema Heimweh, welches bei Kindern und Jugendlichen gehäuft auftritt: „*Weil häufig ja bei den Kindern dann ja noch das Heimweh dazu kommt und, und, die möchten dann häufig noch ein bisschen beschützt werden und so*“ (A 167-169), „*Was auf jeden Fall anders ist, also bei den Kleinen, sag‘ ich jetzt einfach mal, da hat man so manchmal das Gefühl, man übernimmt so die Schwesterrolle, die Mutterrolle oder wie auch immer*“ (C 138-140). Vielfach wird auch genannt, dass die Themen bei Kindern und Jugendlichen andere sind, als bei Erwachsenen. Auch die Erfolgschancen, was den Therapieerfolg angeht, werden als besser beschrieben: „*Die Erfolgschancen sind andere. Bei Erwachsenen, die [...] sind meistens schon chronifiziert und da ist es sehr schwer, dass die noch mal in ein normales Leben kommen*“ (D 201-203). Die Ansprache bei Kindern und Jugendlichen ist genauso respektvoll wie bei Erwachsenen, aber die Pflegekräfte berichten, sie würden schon anders mit ihnen reden: „*[...] Kinder brauchen natürlich meistens mehr so ne mütterliche Ansprache. [...] wobei wir mit den Kindern ja natürlich auch auf Augenhöhe sprechen [...]*“ (B 132-135). Die Symptomatik von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen wird von einer Pflegekraft als ähnlich angesehen, eine andere Pflegekraft findet, dass es schon Unterschiede gibt, spontan sind ihr jedoch keine eingefallen. Zum Thema pubertäres Verhalten äußert sich Pflegekraft D: „*Einerseits sind sie sehr reif [...] wenn sie in einem höheren Gewichtsbereich sind, dann holen sie die komplette Pubertät einmal nach*“ (D 207-208). Ein Problem darin, die Nähe und Distanz speziell bei Kindern und Jugendlichen zu wahren, die noch andere Bedürfnisse als Erwachsene haben, sieht Pflegekraft C überhaupt nicht: „*[...] ein Problem würde ich da jetzt überhaupt nicht sehen. [...] Es ist nach wie vor der Beruf, der Job. [...] Das ist ja nichts Privates*“ (C 163, 165-166). Pflegekraft A sieht auch kein Problem darin, Nähe und Distanz zu wahren, Pflegekraft E beschreibt es differenzierter, dass es wichtig ist, das zu können und ob es Probleme gibt,

von der jeweiligen Person abhängt: „[...] ich glaube, das liegt daran, wie man selber mit Nähe und Distanz umgeht. [...] Aber als Personal [...] muss man schon auch gucken, dass man da die Balance findet zwischen Nähe und Distanz“ (E 175-176, 181-182). Ähnlich sieht es auch Pflegekraft B. Sie hat gelernt damit umzugehen. Zu ihrer Anfangszeit ist ihr das noch schwerer gefallen und sie findet, dass das jeder für sich lernen muss. Auftretende Probleme mit Nähe und Distanz empfindet Pflegekraft D zum Teil schon bei Kindern und Jugendlichen. Dies geht jedoch eher von Patienten*innen aus, die auch sehr fordernd sein können, was Nähe betrifft. Vor allem, wenn sie eine Pflegekraft stark fokussieren: „[...] wir hatten auch mal eine Patientin [...] so um die 20 [...] die kam dann eben auch und, kam sehr oft und hat gesagt: „Können Sie mich einmal umarmen?“ [...] ich fand das schon sehr penetrant [...] ich umarme ja eigentlich jeden gerne, der das braucht, aber die war so, die war so fordernd [...] und das fand ich schon irgendwie distanzlos. [...] das wurde auch kommuniziert [...] Das, war sehr schwer, dass sie das annehmen konnte“ (D 225-231, 234-236). Dies kommt jedoch nicht häufig vor. Generell sind die Patienten*innen nicht distanzlos.

Bei Kindern und Jugendlichen gibt es zusätzlich noch die Komponente der Eltern. Diese werden oft als überfordert mit der Situation und dem Umgang mit ihren Kindern wahrgenommen. Einige Eltern holen sich auch Unterstützung bei den Pflegekräften: „[...] also gerade, wenn die am Wochenende so zu Besuch kommen und gerade so eine Eskalation war, dann kommen die schon zu uns in die MZ und fragen [...] Weil die meisten Eltern sind da selber überfordert mit der ganzen Situation“ (C 150-151, 155). Als positiv wird vom Elternintensivworkshop berichtet. Pflegekraft A ist ganz begeistert von der positiven Entwicklung der Eltern. Es ist deutlich zu sehen, dass die Eltern am Anfang der Woche noch sehr verunsichert waren, wie sie mit ihren Kindern umgehen sollen und am Ende der Woche, auch durch den Austausch mit den anderen Eltern, einiges an Informationen bekommen haben. Pflegekraft A findet das eine wertvolle Erfahrung: „Und, das fand ich ganz klasse [...] Ja, das war sehr interessant und auch konnte man da was auch mitnehmen [...]“ (A 175, 184). Demnach ist ein weiterer Unterschied zu den Erwachsenen, dass die Pflegekräfte öfter auch die Eltern mit zu betreuen haben und nicht nur deren Kinder. Wenn die Pflegekräfte selbst Kinder haben, kann es auch mal schwierig werden, die Distanz zu wahren. Entweder, weil diejenige sich in ihrer Mutterrolle angesprochen fühlt oder sie einen Vergleich zu den eigenen Kindern zieht: „[...] ich weiß, wie ich angefangen habe [...] kam dann irgendwann die Patienten, die so alt waren, wie meine Kinder. Wo man gedacht hat, du meine Güte, das ist ja, das könnten meine Kinder sein. [...] da ist es schon ein bisschen

*anders mit der Distanz oder [...] ruft es auch noch mal mehr den Mutterinstinkt hervor“ (B 154-156, 160-162). Abschließend lässt sich festhalten, dass eine Balance zu finden, am Anfang schwer ist und jeder in ein Fettnäpfchen treten kann, meint Pflegekraft B, es aber jeder für sich lernen muss. Der Umgang mit Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den Erwachsenen ist im Allgemeinen wie im normalen Alltag unterschiedlich. Respektvolle, auf Augenhöhe geführte Kommunikation ist bei den jungen Patienten*innen ebenso wichtig.*

4.2.5 Umgang mit Belastungen

Dieses Unterkapitel schildert die verschiedenen Möglichkeiten eines Umgangs mit Belastungen, die in einem klinischen Setting mit an Anorexie erkrankten Patienten*innen vorkommen können. Die Pflegekräfte sind mit vielen Belastungen und herausforderndem Verhalten konfrontiert und erfahren nicht selten einiges über die zum Teil schwerwiegenden Hintergründe der Patienten*innen.

Eine Möglichkeit, um über Belastungen, Probleme und Konflikte reden zu können, bietet die Supervision. Nach den Aussagen der Pflegekräfte gab es Supervision, die im Moment aber nicht stattfindet. Zum einen wird Supervision als wichtig empfunden: *„Also ich finde Supervision gut“ (C 198), „Ja. Also, ich finde Supervision sehr wichtig“ (B 187),* zum anderen wird die Supervision danach bewertet, unter welchen Umständen sie stattfindet. Der Supervisor muss geeignet sein und die Pflegekräfte müssen auch die Möglichkeit bekommen an dieser teilnehmen zu können, sagt Pflegekraft E: *„Die war, fand ich, nicht besonders geglückt. Äh, der Supervisor war in meinen Augen ziemlich unfähig und dementsprechend hat mir das überhaupt nichts gebracht, dahinzugehen. [...] dass wir das von unserer Arbeit, von unseren Abläufen nicht hingekriegt haben, dahinzugehen“ (E 220-224).*

Als sehr wichtig zum Thema Supervision empfindet Pflegekraft D es, dass keine Berichterstattung gegenüber der Klinikleitung erfolgen soll. Es sollen nur allgemeine Sachen oder die momentanen größeren Probleme weitergegeben werden *„[...] Eigentlich soll die Klinikleitung davon im Grunde genommen gar nichts erfahren. Der Moderator, der kann höchstens Denkanstöße geben. [...] was so der allgemeine Tenor ist oder was vielleicht ein großes Problem ist, [...], die möchten ne komplette Berichterstattung“ (D 276-279).* Supervisionen können in der eigenen Abteilung oder abteilungsübergreifend stattfinden. Beim sogenannten Großteam kommen Abteilungsleiter*innen und die Klinikleitung zusammen. Das eigene Team der Pflegekräfte wird in allen Interviews als wichtigen Baustein erwähnt, um sich auszutauschen, sich Tipps und Erfahrungen zu holen oder um über Belastendes und Probleme zu sprechen: *„Ich finde wirklich, dass es ein tolles Team ist und äh auch sehr unterstützend wirkt [...]“ (E 247-248), „Ansonsten, untereinander reden*

ist für uns Pflegekräfte, ist es auch wichtig [...] aber, wenn wir was haben, dann holen wir auch auf jeden Fall jemanden ran, ob's der Therapeut ist oder wer auch immer... und besprechen das Ganze dann“ (C 204-208). Neben dem Team sind die Fallbesprechungen auch bedeutsam, um andere Sichtweisen zu bekommen: „Oder auch die Fallbesprechungen mit Fr. X zusammen oder auch mit Dr. Y. Das ist schon wichtig, um eben auch andere Sichtweisen zu sehen, damit man da sich nicht irgendwo bei irgendwelchen Patienten [...] völlig verrennt“ (B 192-195).

Durch den Austausch im Team bleibt einiges an Belastungen in der Klinik und wird nicht mit nach Hause genommen. Zum persönlichen Umgang außerhalb des Teams gibt es unterschiedliche Ansichten oder Strategien. Pflegekraft D äußert, dass sie sich gut abgrenzen kann, aber ihr in ihrer Freizeit dennoch auch Patienten*innen in den Sinn kommen, was sie aber nicht als Belastung erlebt: „[...] Also ich kann mich sehr gut davon abgrenzen, aber trotzdem [...] kommen ja immer wieder auch in meinem Privatleben oder in der Freizeit eben Sachen in den Sinn“ (D 293-295). Sie erlebt dies überwiegend bei Patienten*innen, die sehr auffällig waren oder mit denen sie emotional verbunden war und macht Beispiele: „Beispiel Fr. A., weil die war ja, das ist ja wirklich ne ganz bekannte Essstörung hier bei uns. Ja, und die ist verstorben. [...] Was ja im Grunde genommen klar war, dass die verstirbt [...] da hat man im Grunde genommen die Verzweiflung zwischen Mensch sein und, und Essstörung so sehr gesehen [...]. War grazil, anmutend, war total höflich, die war einfach nur lieb und ihre Essstörung war einfach nur scheiße!“ (D 295-303). Weiter berichtet sie: „[...] Zum Beispiel B.C., dass, dass die, obwohl ich das niemals gedacht hätte, so ihren Weg gegangen ist, dass, da denk ich so: „Mensch ist das toll!““ (D 314-316). Pflegekraft E nutzt ihren Heimweg, um sich zu sortieren und kann sich auch schwer vorstellen, dass es jemanden gibt, der nichts mit nach Hause nimmt: „Also, ich hab ne halbe Stunde Arbeitsweg [...]. Wenn man dann einfach sich noch mal sortieren und noch mal reflektieren kann, was war, was hast du alles richtig gemacht, hast du an alles gedacht. [...] und natürlich nimmt man was mit nach Hause. Also das, wer sagt, er nimmt nichts mit nach Hause, ist mir schwer vorstellbar [...]“ (E 225-230). Mit der Zeit würde man auch einen Umgang und eine Distanz finden, die im Laufe der Jahre in der Berufstätigkeit kommt: „[...] ich war ja auch schon lange vorher berufstätig und hab auch in der Zeit ja auch schon, schon gelernt ne Distanz zu haben. [...] Ich glaube, wenn man relativ jung darangeht, ist es noch mal anders da so ne, ja Nähe/Distanz hinzukriegen und eben auch zu sagen, das bleibt jetzt einfach irgendwie in der Klinik und das nehme ich mit. [...]“ (E 237-242). Auch Pflegekraft B sieht es so, dass es am Anfang schwer ist und deshalb der Austausch mit den Kollegen so wichtig ist: „[...]

wenn man neu anfängt, in dem Bereich zu arbeiten, nimmt man sicherlich noch so einiges mit nach Hause. [...] gerade dafür ist natürlich auch der Austausch mit den Kollegen [...] wichtig!“ (B 203-206). Es gibt auch immer wieder Situationen, die eher mit nach Hause genommen werden als andere oder die besonders in Erinnerung bleiben. Pflegekraft E kann sich schwer distanzieren, wenn Kinder aufgenommen werden oder kann sich eben auch an ihre allererste schwerstniedriggewichtige Patientin erinnern: „[...] ich hab‘ z.B. so immer noch die Erinnerung an meine erste Patientin mit nem BMI unter 10. Das weiß ich heute noch. [...] Das geht mir schon besonders nahe, wenn ich ne 11jährige mit ner schweren Essstörung hab. Da muss ich sagen, das, das tut mir wirklich selber auch weh“ (E 261-265). Auch Pflegekraft B nahm hauptsächlich in ihrer Anfangszeit Sachen mit nach Hause, jetzt kommt das relativ selten vor: „[...] ich persönlich nehme mittlerweile selten was mit nach Hause. [...] ich kenn das von meiner Anfangszeit. [...] Also nur noch in bestimmten Fällen [...]“ (B 212-214). Dies kommt bei schwierigen Patienten*innen vor und wenn Belastendes aus dem Hintergrund bekannt wird: „[...] entweder sehr schwierig sind oder wo man gerade etwas vom Hintergrund was erfahren hat“ (B 218-219).

Eine besondere Situation ist gegeben, wenn die Pflegekräfte von dem Tod ehemaliger Patienten*innen erfahren. Offen über dieses Thema spricht Pflegekraft D darüber, dass es für sie wichtig ist, zu wissen, wenn jemand verstirbt und sie es gut findet, wenn Verwandte das der Klinik mitteilen: „[...] Aber ich finde es, wie soll ich sagen „nett“ oder äh, rücksichtsvoll, dass die Verwandten dann auch eine Klinik informiert [...]. Also ich möchte das auch gerne wissen, wenn es dann auch jemand nicht geschafft hat – auch wenn es dann natürlich traurig ist“ (D 352-354, 357-358). Oft kommt dies nicht vor, dass die Pflegekräfte davon hören, aber es kann auch sein, dass sie von vielen auch nicht erfahren, da durch die sehr schwierigen Fälle, es auch öfter vorkommen könnte: „Solche Patienten, wie wir haben, da müsste man eigentlich denken, dass das öfter vorkommt. [...] Da erfahren wir ja vielleicht ganz oft gar nicht, ob, dass die es nicht geschafft haben“ (D 360-366). Dadurch, dass die Klinik sehr familiär ist, sind es für die Pflegekräfte nicht nur Patienten, sondern sie erfahren durch die vielen Monate, die die Patienten*innen da sind, sehr viel von ihrem Schicksal und können den Verlauf und die Entwicklung viel mehr miterleben. Pflegekraft D empfindet das dann als heftig, wenn sie von Todesfällen hört: „Es geht ja in unserer Klinik schon sehr familiär zu und das sind nicht einfach nur Patienten [...] man lernt die ja viel, viel besser kennen. Und dann ist es schon, schon krass, finde ich, wenn man von dem Tod von jemandem hört“ (D 344-345, 351-352). Auch das Pflgeteam ist dann erschüttert, wenn die jeweiligen denjenigen*diejenige kannten: „Also die, die Patientin kannten“ (D 332).

Die Abgrenzung von Belastungen muss erst erlernt werden und wird mit den Jahren der Berufserfahrung leichter. Das klinische Setting bietet den Austausch im Team und die Supervision an. Ein persönlicher Umgang, auch außerhalb des Arbeitsplatzes, ist dringend anzuraten, dass nicht jede Belastung mit nach Hause genommen wird.

4.2.6 Kompetenzen einer Pflegekraft

Im Folgenden werden die genannten Kompetenzen aufgezeigt, die eine Pflegekraft haben sollte, um in einem Bereich zu arbeiten, in dem anorektische Patienten, auch unter BMI 12, behandelt werden.

Alle fünf Pflegekräfte sind sich einig darüber, dass Empathie eine der wichtigsten Eigenschaften ist. Ebenso werden Einfühlsamkeit, „ein mitschwingen können“, Ruhe und Geduld häufig genannt: *„Ja, mit Empathie trifft es schon, ne, also man muss sich in den Patienten auch reinfühlen können. Man muss [...] in der Lage sein, zuhören zu können. [...] dann sind es eigentlich eher menschliche Fähigkeiten, die die mitbringen sollten“* (D 247-251). Neben dem Zuhören können, sollte es einer Pflegekraft auch liegen, gerne mit den Patienten*innen zu reden, sowie eine gute Beobachtungsgabe zu haben. Sei es im Gespräch selbst oder um auffälliges, essgestörtes Verhalten frühzeitig unterbinden zu können: *„[...] dass sie eben auch reden mag [...] und auch gut beobachten kann“* (A 212-213). Ein Interesse für die Psychosomatik sollte auch gegeben sein, wie Pflegekraft C meint: *„Man auch so allgemein sich so für die Psychosomatik hier interessieren. Ist halt nicht zu vergleichen wie im Krankenhaus [...]“* (C 171-173) oder wie Pflegekraft A sagt: *„[...] auch psychisch, mit psychischen Erkrankungen zu arbeiten, da muss man auch geeignet für sein“* (A 197-198). Mit Eignung für diesen Bereich wird auch die allgemeine Persönlichkeit aufgegriffen. Pflegekräfte sollten sich abgrenzen können und eine gewisse Stabilität mitbringen, meint Pflegekraft B: *„Das muss jemand sein, der selber irgendwo auch gefestigt ist. Also nicht selber irgendwelche großartigen Probleme hat. Also gerade psychisch muss der wirklich schon gefestigt sein. Das darf keine labile Person sein“* (B 170-173). Pflegekraft A ergänzt zum Thema Belastbarkeit noch den Punkt, dass Belastendes nicht mit nach Hause genommen werden sollte: *„Und wir müssen uns auch abgrenzen, das muss man auch können. Sich abgrenzen können von den Sachen – nicht, dass man das alles mit nach Hause nimmt“* (A 200-202). Ein weiterer wichtiger Punkt ist eine erzieherische Kompetenz, Gradlinigkeit und Flexibilität im Umgang mit den Patienten*innen: *„Hm, man muss ne gewisse erzieherische [...] Kompetenz haben. Also [...] man muss konsequent sein, geradlinig ist gut“* (D 251-253), *„Entscheidend ist, glaube ich, tatsächlich ne große Flexibilität, weil auch Situationen innerhalb der Klink sich von Sekunden verändern können.“*

*Also, auch bei den Patienten, was eben noch gut war, ist in der nächsten Sekunde ne große Katastrophe. Und darauf eben auch adäquat eingehen zu können“ (E 202-206). Dinge ansprechen zu können, die problematisch sind, ist auch eine wichtige Fähigkeit, da essgestörte Symptome zum stationären Alltag gehören. Dabei ist es essentiell den Respekt zu wahren. Pflegekraft D erläutert dies so: „Gut ist es, wenn man mit dem Patienten offen ist und dann Dinge anspricht, die problematisch sind. Dabei aber eben trotzdem respektvoll und nicht anklagend. Das ist ja nicht alles ganz einfach. [...] Verhaltensmuster, die halt nicht ok sind: Anklagend zum Beispiel oder verurteilend zu sein“ (D 253-257). Zwei Pflegekräfte weisen auch konkret daraufhin, dass es in der Arbeit mit anorektischen Menschen anders ist, als im Krankenhaus in der Somatik, und die Pflegekraft sich dem auch bewusst sein sollte: „Das Pflegerische ist ja in der Abteilung eher nicht so gewichtet, es wird auch verlangt, aber es ist nicht so wichtig“ (E 200-202), „[...] Es ist halt bei uns viel reden. [...] Im Vergleich jetzt zur eigentlichen Pflege, sag ich mal. [...] Und vor allem dann noch mal eher so die Sorgen von den Patienten mitbekommt, als jetzt wirklich in der Somatik“ (C 176, 178, 181-182). Abschließend lässt sich sagen, dass alle fünf Pflegekräfte die sozialen Kompetenzen sehr hoch gewichten und ein Verständnis für die Patienten*innen mit deren Erkrankung gegeben sein sollte, wenn eine Pflegekraft sich dazu entschließt mit Menschen mit Anorexia nervosa zu arbeiten.*

5. Diskussion

Im Folgenden werden die ausgewählte Methodik und die Ergebnisse hinsichtlich der Forschungsfragen diskutiert. Hierbei werden die Ergebnisse der Literaturrecherche den Ergebnissen aus den Interviews gegenübergestellt.

5.1 Methodenbasierte Diskussion

Die systematische Literaturrecherche hat zu verwendbaren Treffern hinsichtlich der Forschungsfragen geführt. Die Studienlage ist bis zum Jahre 2000 sehr gering ausgefallen. Mögliche Treffer vor dem Jahre 2000 hätten die Arbeit positiv bereichern können. Dies wurde jedoch abgewogen, und die Priorität auf eine möglichst aktuelle Forschungslage gelegt. Alle Treffer, die relevant schienen, wurden einbezogen. Es gab auf sechs Studien keinen Zugriff, weshalb die Autoren angeschrieben worden sind. In zwei dieser Fälle gab es keinerlei Resonanz, weshalb diese eventuell relevanten Ergebnisse nicht einbezogen werden konnten.

Die Wahl eines qualitativen Ansatzes im Hinblick auf die Forschungsfragen und die Studienlage, ist als gelungen zu bewerten. Die Methodik, die qualitative Studie mittels

Experteninterviews durchzuführen, erschien als geeignet und brachte gewünschte Ergebnisse. Das Interview leitfadengestützt durchzuführen, erwies sich als sinnvoll, da die Pflegekräfte frei in ihren Erzählungen bleiben konnten und die Zielsetzung des Interviews dennoch erhalten blieb. Gewonnen werden konnten subjektive Eindrücke, Wahrnehmung und Erfahrungen der Pflegekräfte im Umgang mit Patienten*innen mit Anorexia nervosa. Die Stichprobe von fünf Teilnehmern ist nicht als repräsentativ zu werten. Die geringe Anzahl von Studienteilnehmern begründet sich durch den festgelegten Zeitrahmen für die Anfertigung der Bachelorarbeit.

Die geführten Interviews mit den Pflegekräften, erfolgte auf ihren Wunsch in deren Freizeit. Dies kann vorteilhaft bewertet werden, weil dann die nötige Ruhe vorhanden ist, sich aber auch eventuell nachteilig auswirken, da diejenige Pflegekraft sich nicht mehr in ihrem gewohnten Arbeitsumfeld befindet und dies eine andere Grundstimmung erzeugen könnte. Nach dem ersten geführten Interview ist die letzte Frage des Interviewleitfadens umgestellt worden, da die Antworten keine Aussage hinsichtlich der Forschungsfragen ermöglichte. Deshalb konnten die Aussagen der letzten Frage des ersten Interviews nicht mit den nachfolgenden Aussagen, bezüglich der letzten Frage, der vier Interviews verglichen werden. Positiv daran zu bewerten ist, dass frühzeitig die unpassende Frage dahingehend geändert wurde, dass die Zielrichtung der letzten Frage erhalten blieb. Festzustellen war auch, dass je offener die Pflegekraft in ihren Ausführungen war, Fragen des Leitfadens schon ihre Beantwortung fanden und nicht mehr gestellt werden mussten oder sich aber auch weitere Fragen ergeben haben, die einen weiteren Einblick in das Erleben und die Erfahrung der Pflegekraft ermöglicht haben.

Aufgrund des qualitativen Ansatzes wurde sich für die Datenanalyse, also der Aufbereitung der Inhalte der Interviews, für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring entschieden (Mayring 2015). Im Anhang ist die Vorgehensweise der induktiven Zusammenfassung nach Mayring zu finden. Mit dieser Methodik ist es möglich gewesen, anhand der Inhalte eine induktive Kategorienbildung anzustellen. Nach etwa 70 % der Durcharbeitung des Materials wurden die Kategorien an die Vielfalt der Ergebnisse noch einmal angepasst und um eine Kategorie erweitert.

Die schwierige Anwendbarkeit der Gütekriterien für diese Studie, da sie qualitativ ausgerichtet ist, wurde schon im Kapitel der Methodik aufgezeigt. Hierbei wäre es vonnöten gewesen, Gütekriterien ausfindig zu machen, die auch auf qualitative Studien anwendbar sind, um die Forschungsarbeit auf ihre Qualität bewerten zu können.

5.2 Ergebnisdiskussion

In diesem Teil der Diskussion werden die Ergebnisse aus der einbezogenen Literatur den Ergebnissen der Interviews gegenübergestellt. Hinsichtlich der zwei Fragestellungen „*Wie erleben Pflegekräfte den Umgang mit Patienten*innen mit Anorexia nervosa und welche Schwierigkeiten können im Kontakt auftreten?*“

und „*Ist der Umgang und das Erleben der Pflegekräfte mit an Anorexia nervosa Erkrankten vom Alter der Patienten*innen abhängig und welche altersspezifisch differenzierten Unterschiede zwischen Jugendlichen und Erwachsenen lassen sich erkennen?*“ werden die Ergebnisse diskutiert.

Im ersten Schritt wird dargestellt, wie Pflegekräfte den Umgang mit Patienten*innen mit Anorexia nervosa erleben, welche Schwierigkeiten ihnen begegnet sind und wie sie mit ihnen umgegangen sind. Im zweiten Schritt wird auf altersspezifische Besonderheiten der Patienten*innen im Erleben von Pflegekräften eingegangen.

Die Wichtigkeit der sozialen Kompetenzen ist sowohl in der aktuellen Literatur, als auch in den Interviews hervorgehoben worden. Beukers et al. (2015) zeigten zwar nur hinsichtlich der Essensbetreuung, wie wichtig Verständnis, Empathie und Erklärung, neben dem Einhalten der Regeln und einer konsequenten Haltung, durch die Pflegekräfte für die Patienten*innen ist, die zwei Studien von Zugai et al. (2018, 2019) bestätigten diese Erkenntnisse ebenso, die sich auf die generelle Haltung und das Verhalten der Pflegekräfte beziehen lassen. Im Interview wird deutlich, dass Empathie und Geduld für die Arbeit der Pflegekräfte mit diesen Patienten*innen grundlegend sind und sie sich in die Patienten*innen einfühlen können sollten. Eine erzieherische Fähigkeit, Gradlinigkeit und Konsequenz, die als genauso wichtig beschrieben worden sind, lassen sich mit der angesprochenen Autorität oder Strenge vergleichen (Ramjan & Gill 2012; Beukers et al. 2015; Wright & Schroeder 2016; Zugai et al. 2018; Zugai et al. 2019). Die Analyse bringt auch hervor, dass Pflegekräfte ein Interesse für Essstörungen oder für die Psychosomatik brauchen. Dies empfanden King & de Sales Turner (2000) ebenso.

Typische Charaktereigenschaften der Patienten*innen, die die Pflegekräfte wahrnahmen, lassen sich durch das Interview erkennen. Die Vielfalt, auch an positiven Eigenschaften, zeigt, dass die Pflegekräfte die Patienten*innen als individuelle Person wahrnehmen und differenziert beschreiben konnten, was in dem Moment die „Person“ und was die „Anorexie“ ist. Die Wichtigkeit der Trennung zwischen Patient*in und Krankheit beschreibt auch die aktuelle Literatur. Bei Begrenzungen konnte den Patienten*innen dadurch auch authentisch

vermittelt werden, dass sie nicht schlecht sind, sondern krank (Zugai et al. 2018). Dies bestätigten auch Aussagen aus den Interviews.

Aus den Ergebnissen der Interviews wurden die Probleme und Schwierigkeiten im Klinikalltag deutlich. Bis auf die Studie von Sibeonie et al. (2017) beschrieben die Pflegekräfte unterschiedliches symptomatisches Verhalten der Patienten*innen, welche sich auch in den Aussagen im Interview wiederfinden lassen, wie z.B. Manipulation beim Wiegen, Bewegungsdrang, erbrechen, Essen verstecken und nicht ordentlich essen. Der Umgang mit essgestörtem Verhalten zeigt sich so, dass Pflegekräfte die Patienten*innen wiederholt darauf ansprechen, konsequent das Verhalten unterbinden, Zimmerkontrollen durchführen und sie beim Essen begleiten müssen. In der vorhandenen Literatur wird ebenfalls deutlich, dass die Pflegekräfte sich strikt an die Regeln hielten, konsequent waren und sich durchsetzen mussten (Ramjan & Gill 2012; Ramjan 2004). Wie unangenehm z.B. Zimmerkontrollen waren, weil die Pflegekräfte die Privatsphäre der Patienten*innen nicht verletzen wollten, zeigt sich in der Interviewanalyse als eine der größten Herausforderungen, welche auch Ramjan & Gill (2012) beschrieben. Dass die Patienten*innen oft im Widerstand waren und die Regeln nicht einhalten konnten, wurde in jeder Studie beschrieben. Zugai et al. (2019) stellten fest, dass, wenn Patienten*innen mit Widerstand auf die Pflegekräfte reagierten, manche Pflegekräfte unsicher wurden, da sie noch nicht verinnerlicht hatten, dass der Widerstand nichts mit ihnen als Person zu tun hat. Die Studie von Zugai et al. (2019), sowie die Aussagen aus dem Interview lassen erkennen, dass Pflegekräfte eine Balance finden müssen, zwischen Grenzen setzen und Empathie.

Weiter wird in den Ergebnissen der Interviews deutlich, dass es auch gewichtsabhängig ist, in wie weit die Patienten*innen verstrickt sind, auf Ansprache reagieren und aufnahmefähig sind. Dieser Faktor wird in der Literatur nicht differenziert gefunden. Bei Patienten*innen, die sehr niedriggewichtig sind, wurde überwiegend an dem Verhalten gearbeitet, da eine Veränderung an der Psyche in dem Gewichtsbereich noch gar nicht möglich war. Nach einer gewissen Zunahme, konnten die Patienten*innen auch besser an den Therapien teilnehmen, um die Ursachen zu ergründen, zeigt die Analyse auf. Sibeonie et al. (2016) machten in ihrer Meta-Synthese andere Erfahrungen. Die Pflegekräfte dieser Studien kümmerten sich hauptsächlich um sichtbare körperliche Anzeichen und das Verhalten der Patienten*innen. Dies barg die Gefahr, dass die Patienten*innen körperlich stabil, aber nicht mit ausreichender psychischer Stabilität entlassen wurden und schneller rückfällig werden konnten (Sibeonie et al. 2016).

Die Literatur zeigt auf, dass eine ausreichende Ausbildung, Schulung und Weiterbildung unerlässlich ist, um das Krankheitsbild zu verstehen und damit auch den Patienten*innen ein Verständnis entgegen bringen zu können. Dies würde die Beziehung verbessern können. Es sollte auch darüber nachgedacht werden, wie Pflegekräfte und Patienten*innen mehr in den Behandlungsplan einbezogen werden können (Ramjan 2004; Ramjan & Gill 2016; Zugai et al. 2018). Die Ergebnisse des Interviews brachten nicht dieselben konkreten Aussagen zu Wissen und Bildung, um das Krankheitsbild verstehen zu können. Anhand der Aussagen der Pflegekräfte lässt sich jedoch ableiten, dass sie über viel Wissen über die Anorexia nervosa verfügen und dies auch anwenden können, um die Patienten*innen zu verstehen, sie zu unterstützen, sie zu begrenzen und sie in ihren Sorgen und Ängsten aufzufangen bzw. zu begleiten.

Von Sorgen und Probleme, weswegen die Patienten*innen den Kontakt suchten, berichteten die Pflegekräfte vielfältig. Ob das Alltagsprobleme oder tiefgehende Themen, wie Traumata, waren. Die Pflegekräfte konnten sehr differenziert darstellen, was die nicht aushaltbaren Emotionen mit den Patienten*innen machten und wie die Pflegekräfte dem mit Gesprächen und Skills entgegentraten. Der aktuellen Forschung ist an Sorgen, Ängsten und Problemen der Patienten*innen, außer der Angst vor der Gewichtszunahme, nichts zu entnehmen gewesen. Wie die Patienten*innen auf Gewichtszunahme bzw. Gewichtsabnahme reagierten, ist in der Literatur im Vergleich zum Interview nicht betrachtet worden. Die Angst zu zunehmen lässt sich hingegen auch durch die Literatur belegen (Wright & Schroeder 2016; Zugai et al. 2019).

Im Interview wurde mehrfach bestätigt, dass es nicht selbstverständlich ist, dass sich die Patienten*innen an die Pflegekräfte wendeten. Es brauchte Vertrauen und eine therapeutische Beziehung. Ramjan (2004) stellte fest, dass eine nicht vertrauensvolle Beziehung von den Pflegekräften zu den Patienten*innen auch auf mangelndes Verständnis zurückzuführen war und stattdessen Misstrauen von beiden Seiten empfunden wurde. Wright & Schröder (2016) empfanden authentische Beziehungen wichtig, da diese eine Akzeptanz für die Therapie ermöglichen könnten. Sie beschrieben die Basis der therapeutischen Bindung mit Ehrlichkeit, Offenheit, Transparenz, Echtheit, Vertrauen und Zuverlässigkeit. Nach Aussagen im Interview wird deutlich, dass die Pflegekräfte sich als Unterstützung für die Patienten*innen sahen. Je nachdem wieviel Zeit sie für die Patienten*innen hatten, konnten sie individuell mit den Patienten*innen ins Gespräch gehen und schauen, was die Patienten*innen in dem Moment brauchen. Dies bestätigte auch die Studie von Wright & Schroeder (2016), dass es ein Lösungsweg ist, die Patienten*innen in

ihrer Welt abzuholen und so einen Weg zu finden. In diesem Zusammenhang wurde eine verbesserte Beziehung und Gewichtszunahme festgestellt, wenn die persönlichen Bedürfnisse der Patienten*innen beachtet wurden (Zugai et al. 2018).

Wie Pflegekräfte mit Belastungen umgehen, um nicht alles mit nach Hause zu nehmen, geht deutlich aus den Interviews hervor. Als hilfreich wurden Supervision, der Austausch im Team und individuelle Vorgehensweisen berichtet. In der Literatur wurde nicht konkret darauf eingegangen, wie die Pflegekräfte mit Belastungen umgehen. Wright und Schroeder (2016) erwähnten nur, dass es wichtig ist, dass Gespräche mit dem Vorgesetzten oder Teambesprechungen eingeplant werden sollten. Sonst wurden hauptsächlich die Folgen deutlich gemacht. Es wurde von einer großen Frustration berichtet, die in ein Abwenden von den Patienten*innen übergehen kann, bis zum Burnout der Pflegekraft (King & de Sales Turner 2000). Pflegekräfte wurden als erschöpft und ausgelaugt beschrieben. Sie empfanden ihren Job als stressig, anstrengend und herausfordernd. Sie fühlten sich teilweise durch die Patienten*innen manipuliert, betrogen, getäuscht, ausgenutzt und konnten nicht zwischen dem Patienten als Individuum und der Krankheit unterscheiden (King & de Sales Turner 2000; Wright & Schroeder 2016; Ramjan 2004). Diese Problematik, dass sich die Pflegekräfte vom Verhalten der Patienten*innen abgrenzen müssen und es nicht persönlich nehmen dürfen, wurde von einigen Pflegekräften im Interview wiederholt erwähnt. Die Studien von Zugai et al. (2018, 2019) zeigen ebenso auf, dass die dort befragten Pflegekräfte diese Haltung teilten und auch umsetzen konnten. Eine Studie beschäftigte sich konkret mit den Gefahren, denen Pflegekräfte ausgesetzt sind, wenn sie nicht gelernt haben, sich zu schützen und griff auch das Thema auf, dass Pflegekräfte lernen müssen, Verhalten oder Gesagtes von den Patienten*innen nicht persönlich zu nehmen (Wright & Schroeder 2016). Die Pflegekräfte akzeptierten und tolerierten die Respektlosigkeit und Ablehnung der Patienten*innen und wollten sie nicht mit verärgerten Pflegekräften konfrontieren. Wright & Schroeder (2016) kamen in ihrer Arbeit zu der Erkenntnis, dass die Pflegekräfte Fürsorge und Freundlichkeit bevorzugten, anstatt sich ausreichend zu schützen und eigene Krankheiten in Kauf nahmen. Dazu geht aus den Interviews deutlich hervor, dass eine Pflegekraft grundsätzlich psychisch gefestigt sein sollte, um in einem solchen Bereich dauerhaft arbeiten zu können. Die aktuelle Literatur fügte hinzu, dass junge Pflegekräfte auch gefährdet waren, ihre Autorität zu verlieren, da sie noch nicht genügend Selbstbewusstsein und Sicherheit in ihrer Rolle als Pflegekraft hatten und die erforderliche Erfahrung in diesem Bereich fehlte (Zugai et al. 2018; Zugai et al. 2019). Junge Pflegekräfte sollten von erfahrenen Kollegen*innen begleitet werden, bis sich diese sicher genug fühlen

(Zugai et al. 2019). Von anfänglichen Problemen berichtete eine junge Pflegekraft auch im Interview. Sie hatte erst mal lernen müssen, sich durchzusetzen und auch mit dem komischen Gefühl klar zu kommen, dass einige Patienten*innen in ihrem Alter sind und sie ihnen dennoch Grenzen aufzeigen muss. Dass jüngere, noch unerfahrene Pflegekräfte noch unsicherer waren, wird auch in der Interviewanalyse deutlich.

Die Analyse der Interviews hatte konkrete Aussagen erbracht, die die obige Forschungsfrage hinsichtlich des Erlebens und der Wahrnehmung der Pflegekräfte mit anorektischen Patienten*innen im Umgang, beantworten kann. Es sind viele Aspekte und Bereiche genannt worden, die eine Vielfalt abbilden, und einen Eindruck aus der Sicht verschiedener Pflegekräfte aus dem Alltag in einer Klinik für Essstörungen abbildet. Die Literatur hat gezeigt, dass einige Bereiche sich mit den Ergebnissen des Interviews decken, aber in einigen Bereichen noch kein Forschungsmaterial vorhanden ist, um Vergleiche anstellen zu können. Die teilweise dargestellten negativen Erfahrungen der Pflegekräfte, die auf mangelndes Wissen, Erfahrung und Krankheitsverständnis bzw. Verständnis für die Patienten*innen rückführbar war, konnten in den Interviews nicht erkannt werden. Dies lässt wiederum auf eine gute Auseinandersetzung mit dem Thema Anorexia nervosa und den geforderten sozialen Kompetenzen schließen.

Einen durchgeführten Vergleich zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, wie dieser im Interview erfragt wurde, konnte in der Literatur nicht gefunden werden, da die Studien sich entweder auf Erwachsene oder auf Kinder und Jugendliche beschränkten. Diesbezüglich kann deshalb keine Aussage gemacht werden. Die Beantwortung der Forschungsfrage wird auf der Basis der qualitativen Ergebnisse der Autorin gemacht. Es lässt sich festhalten, dass die Pflegekräfte Unterschiede im Umgang mit Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen wahrnahmen. Dies betraf die Themen, die sie mitbrachten, aber auch die physiologische Pubertät, die sie dort zeigten oder nachholten, die auch Auswirkungen auf das anorektische Verhalten hatte. Die Ansprache und die Gespräche wurden altersentsprechend geführt, dennoch wurde mit ihnen wie bei Erwachsenen, mit Respekt und auf Augenhöhe kommuniziert. Konkrete Unterschiede im Verhalten auf die Anorexia nervosa bezogen, konnten nicht gemacht werden. Hierbei berichteten die Pflegekräfte von unterschiedlichen Erfahrungen. Manche nahmen keine Unterschiede wahr, andere hingegen schon. Bei den Kindern und Jugendlichen wurde der Umgang mit den Eltern als weiterer Unterschied genannt. Die Eltern wurden vor allem am Wochenende begleitet und unterstützt, um ihnen den Umgang mit ihren Kindern zu erleichtern. Auch angebotene Elternworkshops, die aber von Therapeuten begleitet wurden, an denen auch

Pflegekräfte teilnehmen konnten, wurden als unterstützend für den Therapieprozess dargestellt. Sibeonie et al. (2016) vertraten auch die Ansicht, dass die Eltern in den Therapieprozess eingebunden werden sollten.

Die jungen Patienten*innen hätten oft Nachholbedarf durch eine Mutterfigur. Dies wurde damit begründet, dass diese sich gerne auf eine ältere Pflegekraft fokussierten oder eine mütterliche Art einer Pflegekraft besser annehmen konnten in der pflegerischen Begleitung im Therapieprozess. Dass ein mütterlicher Pflegeansatz effektiv und positiv sein kann, wurde auch von Zugai et al. (2018) beschrieben. Jugendliche akzeptierten Pflegekräfte in einigen Fällen eher, wenn sie eine mütterliche Art aufwiesen (Zugai et al. 2019). Mit Nähe und Distanz machten die Pflegekräfte unterschiedliche Erfahrungen. Der Konsens war, dass jede Pflegekraft eine Balance zwischen Nähe und Distanz finden muss.

Es lässt sich festhalten, dass Pflegekräfte in einigen Bereichen einen Unterschied von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen bestätigen und es dort auch einen anderen, differenzierten Umgang erfordert, der jedoch auch individuell gehandhabt werden muss.

6. Limitationen

Neben den methodischen Limitationen, weist diese Bachelorarbeit auch inhaltliche Limitationen auf, die an dieser Stelle aufgezeigt werden.

Für die Diagnosekriterien wurde das ICD-10 der WHO zugrunde gelegt, da dieses das in Deutschland angewendete System ist. Abweichungen dazu könnten sich aus dem teilweise in anderen Ländern angewandten Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM V) ergeben.

Die Interviews sind mit Pflegekräften aus derselben Fachklinik geführt worden. Für dieses Vorgehen wurde sich bewusst entschieden. Es bietet den Vorteil, dass in der ausgewählten Fachklinik dieses Krankheitsbild den Großteil der Patienten ausmachen und neben einer kleinen Anzahl von anderen Essstörungserkrankungen nur ein weiteres Krankheitsbild behandelt wird. Durch die hohe Vielzahl an Möglichkeiten mit den unterschiedlichsten Patienten*innen und Altersklassen mit dem Krankheitsbild der Anorexia nervosa ist mehrjährige Erfahrung vorhanden. Die unterschiedlichen Schweregrade (auch Patienten*innen mit BMI < 12) wurden ebenfalls abgebildet. Die Pflegekräfte konnten miteinander verglichen werden, um ein umfassendes Bild zu bekommen, mit denselben Arbeitsbedingungen seitens der Pflegekräfte. Es wurde im Vorfeld abgewogen, ob es auch ein sinnvolles Vorgehen sein könnte, mit Pflegekräften von unterschiedlichen Stationen und

Kliniken zu sprechen, um ein mehrschichtiges Bild zu bekommen. Da in der Kürze der Zeit, die für diese Bachelorarbeit zu Verfügung steht, es schwer möglich gewesen wäre, Stationen und Kliniken zu finden, die in etwa denselben Erfahrungsschatz und die Menge an Patienten*innen mit diesem Krankheitsbild vorweisen können, wurde sich dagegen entschieden.

Während der Anfertigung der Bachelorarbeit gab es Einschränkungen im Zugriff auf Literatur aus den Bibliotheken, die nicht online verfügbar waren, durch die Schließung aller öffentlichen Bibliotheken in Hamburg und Umgebung aufgrund der Schutzmaßnahmen, bedingt durch das Corona Virus. Demzufolge konnte nicht auf jede Literatur zugegriffen werden. Benötigte Bücher sind im Anhang aufgelistet, die online nicht verfügbar waren.

Die Einschränkungen in der Zeit der „Corona-Krise“ führten auch dazu, dass die Interviews nicht, wie geplant, persönlich durchgeführt werden konnten, sondern telefonisch erfolgen mussten. Der Nachvollziehbarkeit der Inhalte hat dies keine Nachteile gebracht, da das Gespräch wie geplant auf Tonband aufgenommen werden konnte. Die persönliche Atmosphäre, die bei einem direkten Kontakt entsteht, konnte jedoch nicht hergestellt werden, da keine Mimik und Gestik in diesem Gespräch sichtbar waren.

7. Fazit

Die Therapie von Patienten*innen mit Anorexia nervosa kann sehr langwierig sein. Die Gefahr der Chronifizierung ist groß und die Mortalitätsrate ist die höchste aller psychischen Erkrankungen. Gerade im stationären Setting ist ein effektives Zusammenarbeiten der einzelnen Berufsgruppen im therapeutische Team für die Stabilisierung und Genesung der Patienten*innen wichtig. Die Pflegekräfte sind ein bedeutender Baustein für den gesamten Therapieprozess, da sie für die Patienten*innen oft der erste Ansprechpartner sind und in therapiefreien Zeiten hauptsächlich Pflegekräfte die Patienten*innen betreuen. In dieser Arbeit sollte das Erleben und die Wahrnehmungen aus der Sicht von Pflegekräften dargestellt werden, die mit an Anorexia nervosa erkrankten Patienten*innen arbeiten. Schwierigkeiten und Herausforderungen, die Pflegekräften mit anorektischen Patienten*innen begegnen können und wie diese gelöst werden können, waren das Ziel dieser Forschung. Ebenfalls sollten alle Altersklassen abgedeckt werden, um Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im pflegerischen Umgang herausarbeiten zu können. Die dafür geführten Interviews mit Pflegekräften, die in einer Fachklinik für Essstörungen arbeiten, gewährten einen umfassenden Einblick in das persönliche Empfinden in ihrer Arbeit. Die ergänzende Literaturliste konnte die Ergebnisse

erweitern, bestätigen oder aufzeigen, dass in diesem Bereich noch nicht geforscht worden ist.

7.1 Ausblick

Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigen auf, dass eine Pflegekraft in diesem sensiblen Bereich über eine hohe soziale Kompetenz verfügen muss. Neben Empathie, Feinfühligkeit und Verständnis, sind eine konsequente Haltung, Gradlinigkeit, Flexibilität und die Fähigkeit, Grenzen setzen zu können, empfehlenswerte Voraussetzungen für eine erfolgreiche pflegerische Zusammenarbeit mit den Patienten*innen. Anhand der Aussagen lässt sich schlussfolgern, dass ein umfangreiches Krankheitsverständnis die Arbeit mit anorektischen Patienten*innen erleichtert, da Pflegekräfte dadurch Fähigkeiten entwickeln können, zwischen der Person selbst und dem Anteil der Krankheit zu unterscheiden. Dies ist essentiell notwendig, um die Patienten*innen wertschätzend begleiten zu können und eine vertrauensvolle Grundlage der therapeutischen Beziehung zu schaffen. Die Verhaltensänderung und die therapeutische Aufarbeitung der Ursachen fällt indirekt auch in den Teil der Aufgaben der Pflege. Pflegekräfte müssen essgestörtes Verhalten erkennen, unterbinden und Möglichkeiten mit den Patienten*innen im Gespräch suchen, wie diese lernen können, sich anders zu verhalten und sich mit Problemen und Ängsten an die Pflegekräfte zu wenden. Die eigentliche Therapie dieser Themen erfolgt zwar durch Psychologen*innen und Ärzte*innen, die Grundlagen dafür, werden auch zum großen Teil durch die Kompetenzen der Pflegekräfte hergestellt. Die Unterstützung der Gewichtszunahme der Patienten*innen kann besonders bei Niedriggewichtigen eine Herausforderung für die Pflegekräfte darstellen. Auch die Begleitung bei den Mahlzeiten können Aufgaben der Pflege sein. Pflegekräfte sollten sich klarmachen, dass auftretende Machtkämpfe nicht mit ihnen als Pflegekraft zu tun haben, sondern mit der Verstrickung in die Anorexie zusammenhängt. Hier wird ebenfalls deutlich, wie wichtig ein Krankheitsverständnis im stationären Alltag ist. Um Patienten*innen ausreichend und dauerhaft unterstützen zu können, zeigen die Ergebnisse, dass Pflegekräfte eine innere Stabilität aufweisen müssen und einen Umgang mit Belastungen lernen müssen, die der stationäre Alltag mit sich bringen kann. Dies ist ein individueller Prozess, der mit der Berufserfahrung einfacher wird. Es stellt sich heraus, dass ein funktionierendes Pflegeteam im Austausch eine hilfreiche Stütze für die einzelnen Pflegekräfte sein kann. Ein differenzierter Umgang mit den verschiedenen Altersgruppen ist nötig, um auf spezielle Bedürfnisse bei Kindern und Jugendlichen eingehen zu können, wenn diese neben Erwachsenen ebenfalls auf Station betreut werden. Nähe und Distanz ist ein generelles

Thema, wenn mit Menschen gearbeitet wird. Dadurch, dass in diesem Bereich Gespräche vorrangig sind, im Vergleich zur körperlichen Pflege in der Somatik, und Pflegekräfte deutlich mehr Anteil an der Entwicklung und dem Verlauf der Patienten*innen nehmen, ist es umso wichtiger, ein Bewusstsein dafür zu entwickeln und einen Umgang damit zu finden. Die pflegerischen Fähigkeiten im Zusammenhang mit Anorexia nervosa haben einen Einfluss auf den gesamten Therapieverlauf der Patienten*innen und sollten mehr in den Fokus gerückt werden, da die Patienten*innen nachhaltig davon profitieren werden.

7.2 Empfehlung

Größer angelegte Studien sind zum Großteil im Ausland durchgeführt worden. Aktuelle Studien aus Deutschland, wie die für die Bachelorarbeit durchgeführte qualitative Studie, sind in der durchgeführten Literaturrecherche nicht zu finden gewesen. Um aussagekräftige Ergebnisse zu bekommen, wird empfohlen, Studien, die den Umgang und die Schwierigkeiten mit dem Krankheitsbild Anorexia nervosa aus Sicht der Pflegekräfte abbilden, durchzuführen. Dazu sollten mehrere Fachkliniken und Stationen, die dieses Krankheitsbild vorrangig behandeln, einbezogen werden. Interessant wäre auch ein Vergleich zwischen Pflegekräften mit Bezugspflegesystem und Pflegekräften, die, wie in dieser Studie, nicht mit diesem System arbeiten. Die Wichtigkeit, dass Forschung mit dieser Berufsgruppe relevant ist, ist mit dieser Arbeit deutlich gemacht worden.

8. Literaturverzeichnis

Beukers, Laura et al. (2015):

Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. In: International Journal of Mental Health Nursing 24 (6): 519–526.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2020):

Bürgerliches Gesetzbuch.

<https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/BGB.pdf> (Letzter Zugriff 24.05.2020).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2020):

Grundgesetz.

<https://www.gesetze-im-internet.de/gg/GG.pdf> (Letzter Zugriff 24.05.2020).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (2019):

ICD-10-GM Version 2020. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59). Köln.

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f50-f59.htm> (Letzter Zugriff 01.04.2020).

Fichter, Manfred M. (2019):

Epidemiologie der Ess- und Fütterstörungen. In: Zeeck, Almut (Hrsg.); Herpertz, Stephan; Fichter, Manfred et al. (2019): S3-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag. Seite 1-18.

Flick, Uwe (2010):

Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Seite 395-407.

George, Lindsay (1997):

The psychological characteristics of patients suffering from anorexia nervosa and the nurse's role in creating a therapeutic relationship. In: Journal of Advanced Nursing 26 (5): 899-908.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010):

Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Höwler, Elisabeth (2016):

Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen. Berlin: Springer Verlag.

Höwler, Elisabeth (2016):

Psychogene Essstörungen. In: Höwler, Elisabeth (2016): Kinder- und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen. Berlin: Springer Verlag. Seite 141-152.

Jacobi, Corinna; Fittig, Eike (2015):

Psychosoziale Risikofaktoren. In: Zipfel, Stephan (Hrsg.); Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina (2015): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag. Seite 119-132.

Jäger, Burkard (2015):

Soziokulturelle Aspekte der Essstörungen. In: Zipfel, Stephan (Hrsg.); Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina (2015): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag. Seite 133-140.

King, Susan J.; de Sales Turner (2000):

Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. In: Journal of Advanced Nursing 32 (1): 139-147.

Mayring, Philipp (2002):

Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (2008):

Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim:
Beltz Verlag.

Mey, Günter; Mruck, Katja (Hrsg.) (2010):

Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für
Sozialwissenschaften.

Muntau, Ania Carolina (2009):

Intensivkurs Pädiatrie. 5. überarbeitete Auflage. München: Elsevier Verlag.

Nohl, Arnd-Michael (2012):

Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 4.
überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer Verlag.

Peplau, Hildegard Elisabeth (1997):

Peplau's theory of interpersonal relations. In: Nursing science quarterly 10 (4): 162-
167.

Ramjan, Lucie Michelle (2004):

Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia
nervosa. In: Journal of Advanced Nursing 45 (5): 495–503.

Ramjan, Lucie Michelle; Gill, Betty I. (2012):

An Inpatient Program for Adolescents with Anorexia Experienced as a Metaphoric
Prison. In: American Journal of Nursing 112 (8): 24–33.

Salzmann-Erikson, Martin; Dahlén, Jeanette (2017):

Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis
of Anorexia Nervosa Research. In: Journal of Child and Family Studies 26 (1): 1-13.

Sibeonie, Jordan et al. (2016):

The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis. In: International Journal of Nursing Studies 65 (1): 25-34.

Steinhausen, Hans-Christoph (2002):

The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. In: The American Journal of Psychiatry 159 (8): 1284–1293.

Stoffel, Esther (2008):

Anorexia nervosa- Der Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und Patienten. Eine systematische Literaturübersicht. Delémont: Fachhochschule Westschweiz. Diplomarbeit: 2008.

Teufel, Martin; Zipfel, Stephan (2015):

Klinische Aspekte der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Erwachsenenalter. In: Zipfel, Stephan (Hrsg.); Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina (2015): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag. Seite 15-19.

Tierney, Stephanie (2008):

The Individual Within a Condition: A Qualitative Study of Young People's Reflections on Being Treated for Anorexia Nervosa. In: Journal of the American Psychiatric Nurses Association 13(6): 368-375.

Vocks, Silja et al. (2019):

Diagnostik von Essstörungen. In: Zeeck, Almut (Hrsg.); Herpertz, Stephan; Fichter, Manfred et al. (2019): S3-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag. Seite 19-52.

Wolf, Karin (2006):

Kriterien für eine stationäre versus ambulante Therapie bei Patienten mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa. Würzburg: Medizinische Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Dissertation: 2006.

Wright, Karen; Schroeder, Doris (2016):

Turning the Tables. The Vulnerability of Nurses Treating Anorexia Nervosa Patients.
In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 25 (2): 219-227.

Zeeck, Almut (Hrsg.); Herpertz, Stephan; Fichter, Manfred et al. (2019):

S3-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. 2. Auflage. Berlin:
Springer Verlag.

Zeeck, Almut et al. (2019):

Anorexia nervosa. In: Zeeck, Almut (Hrsg.); Herpertz, Stephan; Fichter, Manfred et al. (2019): S3-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag. Seite 67-216.

Zipfel, Stephan (Hrsg.); Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina (2015):

Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag.

Zipfel, Stephan et al. (2015):

Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa. In: Zipfel, Stephan (Hrsg.); Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina (2015): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag. Seite 57-62.

Zugai, Joel Sebastian et al. (2018):

The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. In: Journal of Clinical Nursing 27 (1-2): 416–426.

Zugai, Joel Sebastian et al. (2019):

Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives. In: International Journal of Mental Health Nursing 28 (4): 940–949.

IV. Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden.....	Seite VII
Anhang 2: Informationsschreiben an die Klinik.....	Seite VIII
Anhang 3: Einverständniserklärung.....	Seite X
Anhang 4: Transkription der Interviews.....	Seite XI
Anhang 5: Übersicht: Zusammenfassung Inhaltsanalyse.....	Seite LII
Anhang 6: Systematische Literaturrecherche.....	Seite LXXVII
Anhang 7: Eingeschlossene Studien und Forschungsarbeiten.....	Seite LXXIX
Anhang 8: Bücherliste (nicht verfügbar).....	Seite LXXX

Anhang 1: Interviewleitfaden

„Welche Herausforderungen und Besonderheiten berichten Pflegekräfte im Umgang mit Patienten*innen, die an einer Anorexia nervosa erkrankt sind? Erkenntnisse aus einer qualitativen Studie“

Leitfadengestütztes Interview Pflegekräfte

1. Welche typischen Verhaltensweisen fallen Ihnen als erstes ein, wenn Sie an Ihre Patienten*innen denken, die an einer Anorexie erkrankt sind, sowohl „positiv“ wie „negativ“?
2. Welche Schwierigkeiten sind Ihnen im Umgang mit Ihren Patienten*innen begegnet und wie konnten Sie diese lösen bzw. wie sind Sie vorgegangen? Wie erleben Sie den Umgang bei ambivalenten oder sich im Widerstand befindenden Patienten*innen?
3. Mit welchen Problemen, Sorgen oder Ängsten wenden sich die Patienten*innen im Alltag an Sie?
4. Nehmen Sie Unterschiede zwischen Patienten*innen, die sehr stark untergewichtig sind ($BMI < 14$) und Patienten*innen, die ein höheres Gewicht aufweisen ($BMI > 14$ und $< 17,5$) wahr? Wenn ja, wie erleben Sie ihr Verhalten, müssen Sie auf Besonderheiten achten?
5. Neben den psychischen Problemen bringen Ihre Patienten auch somatische Probleme mit. Wie vorrangig erleben Sie diese Probleme, wenn Patienten*innen körperlich instabil sind? Auf was müssen Sie achten?
6. Wie erleben Sie den Umgang mit Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen, wenn Sie an Ihre Arbeit denken? Empfinden Sie den Umgang anders als zu Erwachsenen? Wenn ja, wodurch unterscheidet er sich?
7. Gibt es aus Ihrer Sicht Schwierigkeiten mit Nähe und Distanz insbesondere bei Kindern und Jugendlichen?
8. Wenn eine Pflegekraft sich bei Ihnen neu vorstellen würde, um bei Ihnen im Team anzufangen, was für Kompetenzen müsste diese mitbringen?
9. Würden Sie sagen, dass es gewisse Fortbildungen/Weiterbildungen braucht, um die Krankheit Anorexie besser zu verstehen und wenn ja mit welchem Inhalt?
9. Gibt es bei Ihnen Supervision? Wenn ja, wie wichtig ist das für Sie? (veränderte Frage)

Anhang 2: Informationsschreiben an die Klinik

HAW Hamburg
Fakultät Wirtschaft & Soziales
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

„Welche Herausforderungen und Besonderheiten berichten Pflegekräfte im Umgang mit Patienten*innen, die an einer Anorexia nervosa erkrankt sind? Erkenntnisse aus einer qualitativen Studie“

23.03.2020

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Arbeit mit Patienten*innen, die an einer Anorexia nervosa erkrankt sind, wurden aus Sicht der Pflegekräfte noch wenig untersucht, obwohl diese sowohl für die Betroffenen, als auch für die Arbeit der Pflegekräfte sehr bedeutsam ist.

Ich studiere im dualen Studiengang Pflege an der HAW in Hamburg und habe mich für dieses Thema in meiner Bachelorarbeit entschieden.

Das Ziel der Arbeit ist es, Eindrücke, Wahrnehmungen und Erfahrungen von Pflegekräften, die an Anorexia nervosa erkrankte Patienten*innen betreuen, zu sammeln und diese Erkenntnisse so aufzubereiten, dass erkennbar wird, welche Bedeutung diese Arbeit hat. Zudem könnten angehende Kollegen*innen in der Arbeit mit Betroffenen davon profitieren. Einen Schwerpunkt werden die allgemeinen Erfahrungen, Herausforderungen und Schwierigkeiten im Umgang mit dieser Patienten*innengruppe darstellen. Der zweite Schwerpunkt wird sich auf eventuelle Unterschiede in der Arbeit mit verschiedenen Altersklassen beziehen.

Ich möchte Sie, als Pflegekräfte, in einem kurzen Interview zu Ihren Erfahrungen und Wahrnehmungen befragen. Diese werden anonymisiert aufgenommen, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person genommen werden kann. Die Teilnahme erfolgt auf freiwilliger Basis und kann jederzeit abgebrochen werden. Nach Rücksprache Ende 2019 mit Herrn Dr. L. ist es mir gestattet, Sie im Rahmen meiner Bachelorarbeit dafür zu befragen. Im gleichen Zuge habe ich Rücksprache mit Ihrer Teamleitung Frau H. gehalten und mir Ihre Zustimmung eingeholt.

Das ursprünglich geplante persönliche Interview kann aufgrund der durch das Coronavirus bedingten Schutzmaßnahmen nicht durchgeführt werden. Stattdessen wird das Interview telefonisch erfolgen. Es wird in etwa 10-15 min dauern. Mit Ihrer Zustimmung würde das Gespräch auf Tonband aufgenommen und anschließend in eine schriftliche Form übertragen werden. Ihre Angaben werden pseudonymisiert verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben. In welchem Umfang Sie auf die Fragen antworten möchten, wird Ihnen frei überlassen.

Ich würde mich freuen und wäre Ihnen sehr dankbar, wenn ich 5 Pflegekräfte aus Ihrem Team gewinnen könnte, die sich für ein Interview bis spätestens zum 15.04.2020 zur Verfügung stellen würden.

Für Fragen stehe ich selbstverständlich zur Verfügung.
Sie können mich unter 0176-22681579 oder per Mail miri.goetz@googlemail.com erreichen.

Ich verbleibe in der Hoffnung auf positive Antworten mit freundlichen Grüßen,
Miriam Götz

Studentin im 8. Semester im dualen Studiengang Pflege/Kinderkrankenpflege

Anhang 3: Einverständniserklärung

HAW Hamburg
Fakultät Wirtschaft & Soziales
Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Ich wurde mündlich und schriftlich darüber in Kenntnis gesetzt, welches Ziel die Teilnahme an dem Interview verfolgt und informiert, dass durch die Teilnahme weder positive noch negative Konsequenzen für mich oder meinen Arbeitgeber entstehen.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme freiwillig ist und jederzeit unterbrochen werden kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine personenbezogenen Daten pseudonymisiert werden. Das bedeutet, dass meine Aussagen aus dem Interview verschlüsselt werden. Sie können von Dritten, weder mir, noch meinem Arbeitgeber zugeordnet werden.

Die Interviewteilnehmer*innen sind nur der datenerhebenden Studentin, Miriam Götz, bekannt.

Ich, _____, bin damit einverstanden, im Rahmen der genannten Bachelorarbeit an einem Interview teilzunehmen.

Ort, Datum/ Unterschrift

Anhang 4: Transkription der Interviews

Abkürzungen:

M. = Interviewerin

PA. = Pflegekraft A

PB. = Pflegekraft B

PC. = Pflegekraft C

PD. = Pflegekraft D

PE. = Pflegekraft E

Interview 1

- 1 M. Gut, also, die erste Frage ist: Welche typischen Verhaltensweisen fallen Ihnen als
2 erstes ein, wenn Sie an Ihre Patienten denken, die an einer Anorexie erkrankt sind -
3 Sowohl positive wie auch negative?
- 4 PA. Ja, das die immer und oft in Bewegung sind. Dass die sich immer bewegen wollen
5 und uns austricksen wollen von der Pflege. Die gehen ja gerne auch mal
6 zwischendurch auf `ne Toilette. Ne, wie es hier in der Klinik X ist, dass sie auf die
7 Cafetentoilette gehen wollen, um Essen verschwinden zu lassen. Ja, (Pause), dann
8 Verhalten: die setzen oft ne Fassade auf, wo man dann auch manchmal nachbohren
9 muss, was ist da los und dann kommt oftmals gleich das Geheule. Und – ja – wie
10 verhalten sie sich noch? Ja, ziehen sich auch manchmal nicht dementsprechend an,
11 dann sieht man so die dünnen Ärmchen und Beinchen und das muss man immer
12 wieder mal dran erinnern. Ja – also, Verstecke haben sie ganz viele.
- 13 M. Mmhe.
- 14 PA. Ne. Wir hatten hier vor Kurzem eine Patientin, die hat das sonst wohin gesteckt. Also
15 sogar in Körperöffnungen, die nicht im Mund sind. Ne.
- 16 M. Mmhe.
- 17 PA. Das sind schon so Sachen, also, da denkt man – oh, das gibt's ja gar nicht – doch das
18 gibt es! Ne. Nur, um was weg zu mogeln.
- 19 M. Mmhe, ja, das verstehe ich.
- 20 PA. Ja.
- 21 M. Gibt es noch Verhaltensweisen, die also auffallend sehr positiv sind? Das also?
- 22 PA. Ja, es gibt ja Patienten, die sich auch sehr anstrengen, ne, und das also eben auch
23 einhalten wollen, und, und nichts verstecken wollen und dann auch äh, mmh, dann
24 auch das nicht verraten, wenn andere das machen, aber es gibt Patienten, die das
25 eben auch nicht machen, die sich dran halten wollen, aber die dann wieder auch an
26 ihre Grenzen kommen dann...
- 27 M. Mmmhe
- 28 PA. Wenn sie das dann bei anderen sehen, fühlen sie sich getriggert und, und weil sie`s
29 oft so gemacht haben und jetzt nicht mehr machen wollen. Da haben die ein Problem
30 mit, aber das ist eben was Positives, dass sie sich dranhaltan wollen, ne.
- 31 M. Mmmhe
- 32 PA. Ne, ja!
- 33 M. Mmmhe! Und – welche Schwierigkeiten sind Ihnen im Umgang schon begegnet und
34 wie konnten Sie die lösen bzw. wie sind Sie vorgegangen?
- 35 PA. Ja, immer wieder angesprochen, ne! Ob das mit der Kleidung das ist, ne, oder wir
36 müssen dann ja öfter auch mal diese Körpervisite oder Kleidungsvisite dann machen,
37 ob sie irgendwas versteckt haben und dann immer wieder ansprechen. Oder auch

38 zum Beispiel haben wir es jetzt ganz, ganz oft, äh, durch diesen Corona Virus, ne,
39 dass die Patienten

40 M. Mmmhe

41 PA. Jetzt eben, die haben ja eben auch oft den Waschwang, und, und, dass die Hände so
42 kaputt sind. Aber jetzt noch um so mehr. Seitdem es diesem Corona Virus gibt, dass
43 sie sich noch mehr waschen und dass man da immer wieder sie drauf anspricht, äh,
44 Hände eincremen, Handschuhe tragen. Das ist jetzt gerade so aktuell, was jetzt
45 gerade so aktuell meistens so läuft.

46 M. Mmmhe

47 PA. Ne. Ja, was haben wir dann noch so? Mit dem Essen, dass sie nicht rumschmieren.
48 Ich mein, hier in der Klinik L., da sitzen wir von der Pflege nicht dabei.

49 M. Mmmhe

50 PA. Das kannt ich in der Y Klinik, dass man, dass wir von der Pflege mit dabei waren.
51 Bei jeder Hauptmahlzeit mussten wir die mit betreuen, damit sie ordentlich sitzen,
52 dass sie nicht wipeln und dass sie eben nichts verstecken und vernünftig essen.
53 Nicht rumschmieren. Da waren wir von der Pflege noch mehr dran beteiligt.

54 M. Mmmhe. Also mehr eingesetzt sozusagen, auch?

55 PA. Ja.

56 M. Mmmhe

57 P1. Zu jeder Hauptmahlzeit und zu den Zwischenmahlzeiten das haben wir eigentlich
58 selber gemacht anstatt dann die Diätassistenten. Das haben wir dann rausgereicht, so
59 Riegel, Joghurt und sowas.

60 M. Mmmhe

61 PA. Das mussten wir dann selbst übernehmen von der Pflege. Ja.

62 M. Ja. Mit welchen Problemen Sorgen oder Ängsten wenden sie denn die Patienten im
63 Alltag an Sie?

64 PA. Ja, dass sie eben so`n hohen Druck haben. Diesen SV Druck haben sie ja auch oft.
65 Und kommen dann zu uns – und das ist ja auch gut, wenn sie zu uns kommen. Sie
66 machen es ja auch oft, dass sie dann ja nicht zu uns kommen. Und – ja – dann
67 machen wir halt diese Körpervisite immer, damit sie sich dann ja nicht wieder selbst
68 verletzen, dass wir das am Tag auch beobachten und dann immer wieder sprechen.
69 Krisen, Krisensitzungen und Skills anbieten und – ja – man muss eben auch viel
70 Vertrauen gewinnen dann, ja! Die Patienten müssen einem auch irgendwie
71 vertrauen, sonst ziehen sie sich zurück und – sie sind immer in Beobachtung, ne. Das
72 ist eben mehr als in anderen Bereichen. Ich habe auch lange in der Neurologie
73 gearbeitet – 12 Jahre – und dann bin ich in die Psychosomatik gegangen und das ist
74 ganz was anderes diese Beobachtung, das ist ganz was anderes.

75 M. Mmmhe

76 PA. Ne, und das finde ich schon faszinierend, ne, dass man da doch irgendwie anderes
77 drauf ist. Und – man gehört ja irgendwie jetzt auch zum therapeutischen Team, weil
78 man ja auch viel mit den Patienten zu tun hat, wenn die Therapeuten nicht da sind,
79 ne. Wenn die nicht da sind, die Ärzte nicht da sind, jetzt abends oder am
80 Wochenende, dann sind wir erstmal die Schaltstelle da, die von der Pflege.

81 M. Ja.

82 PA. Wir gucken dann, ob wir das selber regeln können, außer wenn sie eben
83 Suizidgedanken haben oder sich eben so sehr selbstverletzt hat, dass man das nähen
84 muss. Dann muss der Arzt ja auch erstmal selber gucken, sonst übernehmen wir auch
85 viel. Ne.

86 M. Mmmhe

87 PA. Ganz kleinen Moment mal, es klingelt gerade. Ich bin gleich wieder da.

88 M. Mmmhe
89 Pause
90 PA. Bin wieder da.
91 M. Ja. Sprechen die Patienten dann auch viel über ihr Gewicht oder wie sie sich fühlen?
92 PA. Ja. Ne, das ist oftmals dann vorm Wiegetag. Ne, dass sie dann immer wieder so
93 sagen, oh, ich habe Angst, dass ich diesmal zu viel wiege. Äh, ne, dann wieder zu
94 doll zugenommen hab. Oder, ne, zu wenig. Dass sie dann wieder den Plan erhöhen
95 müssen und das ist meistens dann mit Stress verbunden. Ne. Ich hatte jetzt gestern –
96 zum Beispiel – eine Patientin, die dann auch kam und die hatte erbrochen, den Tag
97 vorher und sollte den Wiegetag dann verschieben, Sie hätte sonst Montag gehabt und
98 dann hat sie eben heute gehabt. Die war total aufgelöst, ne.
99 M. Mmmhe
100 PA. Ja – und jetzt habe ich das Ziel nicht erreicht – und es gibt ja immer ein Ziel, das
101 man erreichen muss die Woche, ne.
102 M. Ja.
103 PA. Das kennen Sie ja noch und, ähm, und wenn sie das dann nicht immer erreicht haben,
104 dann wird erhöht und das ist genauso schlimm, wie zuzunehmen, ne. Plan erhöhen,
105 ist genauso schlimm.
106 M. Ja.
107 PA. Ne.
108 M. Nehmen Sie denn Unterschiede war, zwischen Patienten, die stark untergewichtig
109 sind, also unter BMI 14 und Patienten, die quasi über BMI 14 sind?
110 PA. Ne, das ist ähnlich, möchte ich sagen. Also. Die, die Angst ist, bei denen so und bei
111 denen so, ne. Das ist eigentlich gleich, möchte ich sagen, ne.
112 M. Und welche Verhaltensweisen, die unterschiedlich sind, so vom Gewicht her
113 abhängig, also, dass sie da vielleicht nicht so erreichbar sind, die mit niedrigerem
114 Gewicht oder so?
115 PA. Ja, denn sie manchmal, die gehen auf die Barrikaden. „Das stimmt nicht und da kann
116 was nicht mit der Wage stimmen“, dann kommen so`ne Debatten und, ne, dass sie
117 das nicht glauben wollen und sich dann nochmal drauf stellen wollen. Das machen
118 wir generell nicht, ne.
119 M. Mmmhe
120 PA. Also einmal gewogen, das zählt, ne. Und da muss man manchmal auch diskutieren:
121 nein, das zählt jetzt das Gewicht, ne. Oder sie diskutieren mit der Größe; „Könne wir
122 nicht nochmal messen?“, ne, „kann das nicht sein, dass ich doch nen Zentimeter
123 größer oder kleiner bin?“ und, ne
124 M. Mmmhe
125 PA. Da gibt’s auch öfter mal Diskussionen. Ja, genau.
126 M. Ja, und neben den psychischen Problemen bringen Ihre Patienten ja auch somatische
127 Probleme mit. Wie vorrangig erleben Sie dann diese Probleme, wenn Patienten
128 körperlich instabil sind? Auf was müssen Sie da so achten?
129 PA. Ja. Die Verdauung ist ganz dolles Thema da, ne. Das ist immer Bauchschmerzen
130 und, und kein Stuhlgang uns so. Das ist ganz, ganz häufiges Thema. Wir hatten ja
131 auch ne Zeit, dass wir Kümmeltropfen hatten.
132 M. Ja.
133 PA. Mmmhe. Das haben wir jetzt nicht mehr. Das haben wir abgeschafft. Da waren die
134 schon so drauf fixiert, immer nach jedem Essen gleich wieder Kümmeltropfen – und
135 dann eben, weil die ja immer Verdauungsbeschwerden haben, ja. Das ist ganz, ganz
136 oft, ja, ne.
137 M. Mmmhe!

138 PA. Äh. Das sie eben wegen der Verdauung was machen müssen. Dann kriegen sie eben
139 ne Wärmflasche und dass sie eben auch Bauchmassage machen und so. Aber das
140 geben wir jetzt eben nicht mehr raus, diese Tropfen.

141 M. Mmmhe

142 PA. Aber das hat sich jetzt auch so eingebürgert, ne. Die erste Zeit war`s natürlich ein
143 bisschen schwierig, ne, aber – ja – nach dem Essen ist ja immer auch die Verdauung
144 das, das Problem, ne.

145 M. Ja. Gibt's denn noch andere Probleme, wie zum Beispiel, dass der Herzschlag
146 verlangsamt ist oder was ist denn da noch so, was Ihnen begegnet?

147 PA. Ja. Das haben wir auch manchmal. Eben, so, wenn die auch so unter Druck stehen,
148 dann ist der Kreislauf ja auch meistens so ein bisschen erhöht. Und die, die wir da in
149 der Überwachung haben.

150 Ne! Na, wir haben ja das Überwachungszimmer und da sind ja eben auch einige, die
151 eben `n BMI von vielleicht unter 12 haben – haben wir ja auch einige. Emh. Die sind
152 dann ständig in der Überwachung mit dem Monitor, das wir eben die Herzfrequenz
153 eben auch angucken, ne.

154 M. Ja!

155 PA. Und, dass das beobachtet wird, ne. Oder so ein Tagesprofil, Blutdrucktagesprofil
156 machen wir denn.

157 M. Mmmh!

158 PA. Genau, ne. Und wenn die Patienten uns – wenn die zu uns kommen, und sagen, ihnen
159 ist schwindelig, dann machen wir auch immer gleich `ne Kreislaufkontrolle, das ist ja
160 normal.

161 M. Mmmh!

162 PA. Ne. Kommt häufig vor, dass eben doch, ne Herzrhythmusstörungen oder eben denn
163 nen hohen Puls. Das kommt schon häufiger vor.

164 M. Ja! Danke! Gibt es denn Unterschiede im Umgang mit Kindern und Jugendlichen im
165 Vergleich zu Erwachsenen? Empfinden Sie den Umgang da etwas anders?

166 PA. Ja, ähm. Ich bin ja selber auch Mutter und dann ist es schon immer ein bisschen
167 anders, wenn ich dann mit nem Erwachsenen oder mit nem Kind umgehe. Weil
168 häufig ja bei den Kindern dann ja noch das Heimweh dazu kommt und, und, die
169 möchten dann häufig noch ein bisschen geschützt werden und so. Das ist schon so
170 ein bisschen ein Unterschied zwischen den Kindern und Erwachsenen. Ne.

171 M. Mmmh!

172 PA. Und. Was ich auch noch einmal sagen wollte, ich habe vor kurzem diesen
173 Elternworkshop gemacht, ne.

174 M. Ja!

175 PA. Und, das fand ich ganz klasse, ne. Man kriecht erstmal auch so nen Einblick, wie die
176 Eltern mit den Kindern umgehen und, und wie die auch Angst haben, was verkehrt
177 zu machen und ich weiß, wie die Montag – das war ja eine ganze Woche lang – na
178 wo denn die Eltern mit ganz großen Augen da saßen; „Oh Gott, na, was kann ich
179 jetzt tun, wenn meine Tochter eben essgestört ist? Uns ich kann doch nur eigentlich
180 was verkehrt machen!“ Und dann am Ende der Woche hatten die ihre Information
181 und haben einiges dann gehört und dann eben auch berichtet, was sie für ne
182 Probleme haben und das fand ich echt Klasse, so nen Elternworkshop, ne.

183 M. Mmmh! Das kann ich mir vorstellen.

184 PA. Ja, das war sehr interessant und auch konnte man da was auch mitnehmen, ne. Ja.

185 M. Mmmh! Ist es denn dann auch schwierig so mit Nähe und Distanz bei Kindern und
186 Jugendlichen? Oder?

187 PA. Nö. Nö. Das könnt ich gar nicht sehen, wenn da Nähe, Distanz, dass es da irgendwie
188 ein Problem gibt.

189 M. Mmmh!

190 PA. Jedenfalls von mir aus nicht.

191 M. Ja! Das ist ja individuell, das stimmt.

192 PA. Ja, genau.

193 M. Dann noch eine Frage; Wenn jetzt eine Pflegekraft sich bei ihnen neu vorstellen
194 würde, um bei ihnen im Team anzufangen, was für Kompetenzen müsste diese
195 mitbringen? Also, Ihrer Meinung nach?

196 PA. Ja, also einfühlsam. Auch Geduld mitbringen muss man auf jeden Fall. Und, emh.
197 Einfühlsam, Geduld, ja, emh. Ja, so ne – auch psychisch, mit psychischen
198 Erkrankungen zu arbeiten, da muss man auch für geeignet sein.

199 M. Mmmhe

200 PA. Das kann auch nicht jeder, ne. Und wir müssen uns ja auch abgrenzen, das muss man
201 auch können. Sich abgrenzen können von den Sachen – nicht, dass man das alles mit
202 nach Hause nimmt.

203 M. Ja. Lernt man das sozusagen mit der Zeit oder hat man das oder hat man das nicht?

204 PA. Mit den, mit den, emh, Sachen, die da eben mit dieser Erkrankung

205 M. Mmmhe

206 PA. Das man das nicht mit nach Hause nimmt und äh, dass man da vielleicht nicht mit
207 klar kommt, ne, und zu Hause denkt „Oh Gott, oh Gott, das arme Kind“ oder so. Da
208 muss man sich schon abgrenzen können, ne.

209 M. Mmmhe

210 PA. Die Arbeit, genau.

211 M. Ja.

212 PA. Ja, sollte ne Kollegin eben auch sein, dass sie eben auch reden mag und ne und, und
213 auch gut beobachten kann.

214 M. Mmmhe

215 PA. Ne. Ja.

216 M. Äh, ja, und letzte Frage: Würden Sie sagen, dass es gewissen Fortbildungen oder
217 Weiterbildungen braucht, um die Krankheit Anorexie besser zu verstehen und wenn
218 ja, mit welchem Inhalt?

219 PA. Also, das würde ich gar nicht so – man bildet sich selber fort, finde ich.

220 M. Mmmhe

221 PA. Natürlich sind Fortbildungen immer gut, ne. Äh und die haben wir auch bei uns in
222 der Klinik und habe ich auch in der anderen Klinik schon gehabt und aber man bildet
223 sich immer gegenseitig selber fort, komischerweise, ne. Dann passiert wieder die und
224 äh, dann, dann lernt man da wieder draus und, und jeder Fall ist wieder anders...

225 M. Mmmhe

226 PA. Also da lernt man also bei der Arbeit auch viel. Ne.

227 M. Also quasi in der Praxis selbst, dann, sozusagen?

228 PA. In der Praxis. Das man in der Praxis dann auch eben viel sieht, dass man vorher noch
229 nicht gesehen hat, ne. Damals in der Neurologie hätte ich mir gewissen Sachen gar
230 nicht vorstellen können, ne.

231 M. Mmmhe

232 PA. So ne Ängste zum Beispiel, ne, die die Patienten hier auch ganz oft haben, eben,
233 wieder zuzunehmen oder ne, sämtliche Ängste – was weiß ich, was noch so an
234 Ängsten, ne – oder diese Zwänge und so, ne. Denn, das lernt man in der Praxis, wenn
235 man damit umgeht und auch wie man damit umgeht, ne.

236 M. Ja.

- 237 PA. Genau.
238 M. Ja. Gut. Das waren schon die Fragen alle.
239 PA. Ja. Das ist ja gut.

Interview 2

- 1 M. Ja, wie gesagt, ich mache ja so eine kleine Umfrage für meine Bachelorarbeit und,
2 die Fragen sind quasi so aus dem Alltag der Pflegekräfte.
- 3 PB. Mmh. Ja. Alles gut.
- 4 M. Ok. Dann darf ich einfach anfangen oder haben Sie noch Fragen?
- 5 PB. Ne, ne. Machen Sie mal.
- 6 M. Ok. Also, die erste Frage wäre: Welche typischen Verhaltensweisen fallen Ihnen als
7 erstes ein, wenn Sie an Ihre Patienten denken – sowohl positive, wie als auch
8 negative?
- 9 PB. Positive als auch negative?
- 10 M. Ja, also was auch typisch für Anorexie – Patienten ist.
- 11 PB. Ja. Also, positiv, also was so typisch ist, glaube ich, ähm, dass sie sehr ehrgeizig
12 sind, sehr genau sind. Ehm, sehr kreativ sind. Ähm. Ja meistens auch sehr.... sind.
13 Ähm. Was fällt mir noch ein... Also schon ja auch, ähm, also ehrlich, wenn es nicht
14 das eigene Verhalten betrifft.
- 15 M. Mmh.
- 16 PB. Ähm. Ja, negativ. Ohje, also das ist egal, ne. Das ist ja, das ist ja schon sehr
17 unterschiedlich auch, je nachdem in welchem Gewichtsbereich die sind, ne.
- 18 M. Mmh. Also stellen Sie da auch Unterschiede fest mit dem Gewichtsbereich?
- 19 PB. Da gibt es Unterschiede. Ja! Auf alle Fälle.
- 20 M. Mmh.
- 21 PB. Ähm. Ne, das ist ja, also im sehr niedrig gewichtigen Bereich sind die Patienten ja
22 doch noch sehr – äh – sehr verstrickt,
- 23 M. Mmh.
- 24 PB. Also wenig, wenig zugänglich. Äh, für bestimmte Dinge, wobei es da natürlich auch
25 Unterschiede gibt. Aber wenig zugänglich für Ansprache auch – äh – teilweise. Ähm,
26 jaaa. Dazu kommen so natürlich so Verhaltensweisen, die manchmal schwierig zu
27 unterbinden sind, wie der Bewegungsdrang. Ähm. Essen wegstecken. Äh, ja. Eben,
28 wie gesagt, schwer zugänglich dann.
- 29 M. Mmh.
- 30 PB. Ja. Also..... Um irgendwelche Verhaltensweisen dann auch zu ändern.
- 31 M. Ok.
- 32 P2. Ne. Also, also selbstständig irgendwie, irgendwas, irgendwelche Verhaltensweisen
33 zu ändern. Also man muss wirklich tatsächlich da die gleichen Dinge immer wieder
34 ansprechen. Im Prinzip könnte man ein Tonband aufstellen, sozusagen.
- 35 M. Mmh.
- 36 PB. Ne. So für bestimmte Dinge einfach. So, weil man die wirklich immer, immer wieder
37 wiederholen muss, weil einfach zu wenig hängen bleibt.
- 38 M. Und.
- 39 PB. Gerade, wenn die Patienten sehr niedrig gewichtig sind.
- 40 M. Und mit zunehmendem Gewicht wird das aber einfacher!?
- 41 PB. Mit zunehmendem Gewicht wird das, wird das normalerweise einfacher. Ja. Also
42 wenn es nur jetzt um die reine Essstörung geht, ne. Also wenn es da noch andere
43 Dinge natürlich gibt,
- 44 M. Mmh.
- 45 PB. Gibt es noch andere Probleme in der Kommunikation, aber das wird auf alle Fälle
46 dann einfacher.

47 M. Welche Schwierigkeiten sind denn so im Umgang Ihren Patienten und also wie, wie
 48 empfinden Sie das persönlich? Also gibt's da auch mal sowas wie Ärger oder haben
 49 Sie das Gefühl, sie müssen da sehr geduldig sein oder, zum Beispiel?
 50 PB. Jaa. Ja! Also Geduld, natürlich auf alle Fälle. Ähm. Trotzdem ja natürlich auch
 51 empathisch.
 52 M. Mmh.
 53 PB. Man braucht eine, ähm, ja, professionelle Distanz. Äh. Um nicht irgendwelche Dinge
 54 persönlich zu nehmen.
 55 M. Mmh.
 56 PB. Weil ja doch, äh, vieles ja also doch sicherlich persönlich gesagt wird, aber
 57 eigentlich ist es ja natürlich nur die Wut der Patienten auf alles und nichts. Und das
 58 ist ja nicht persönlich gemeint. Und das ist eben, das muss man für sich persönlich
 59 erstmal verinnerlichen.
 60 M. Mmh.
 61 PB. Ne. Ähm. Ja, was war jetzt nochmal genau die Frage?
 62 M. Entschuldigung. Ja, die Frage war auch so, welche Schwierigkeiten Ihnen auch schon
 63 so begegnet sind und wie sie die lösen konnten? Oder wie Sie vorgegangen sind? Ob
 64 Sie da für sich so Strategien haben oder ob das sehr individuell ist? Oder ob was
 65 gehäuft vorkommt?
 66 PB. Ja. Ähm. Strategien, ja.... Also, wie gesagt, für mich persönlich ist es wichtig, dass
 67 ich – äh – Dinge nicht persönlich nehme,
 68 M. Mmh.
 69 PB. Ne. Das ich also den Patienten sehe und nicht – äh – mich persönlich angegriffen
 70 fühle.
 71 M. Mmh.
 72 PB. Ähm. Weil der Patient das ja also doch aus ner Not heraus – das, das tut, was er
 73 gerade tut, sozusagen. Ähm, ja. Schwierigkeiten, schwierig ist es natürlich immer
 74 dann, wenn ein Patient – äh - eben nicht zugänglich ist, ne. Wenn er sein - äh –
 75 seinen Bewegungsdrang auslebt. Äh. Trotz immer wieder Ansprache und äh – ja äh –
 76 trotz engster Beaufsichtigung trotzdem auch immer wieder Lücken findet, um das
 77 auszuleben. Genauso halt auch mit dem Erbrechen.
 78 M. Mmh.
 79 PB. So.
 80 M. Ok. Das reicht.
 81 PB. Oder...
 82 M. Ja, das reicht. Vielen Dank.
 83 PB. Ja!? Ok.
 84 M. Ähm. Und mit welchen Problemen, Sorgen oder Ängsten wenden sich Ihre Patienten
 85 im Alltag an Sie?
 86 PB. Mit welchen Nöten...? Also, mit allem, wenn es natürlich um medizinische Dinge
 87 geht. Ähm, um organisches, symptomatisches, um Bauchschmerzen, um
 88 Kopfschmerzen. Äh, solche Dinge. Äh, dann, wenn Patienten Druck haben – äh –
 89 sich, meinetwegen selbst zu verletzen oder, wenn sie mit dem Essen nicht
 90 klarkommen. Wenn der, wenn das Gewicht zu hoch gewesen ist, und sie damit nicht
 91 klarkommen, wenn das, ja, wenn der Essplan erhöht worden ist. Und – äh – ja, wenn
 92 das für die meisten Patienten also doch dann schwierig ist. Wenn es Probleme gibt
 93 im – äh, ja – im Miteinander mit den Mitpatienten, die Zimmersituation vielleicht
 94 schwierig ist. Wenn es Probleme gibt, mit der Schule, zu Hause, mit den Eltern im
 95 Kontakt, äh. Ja im Prinzip, ja, äh, ja, alles diese Dinge.

96 M. Mmh. Also, haben Sie das Gefühl, dass Sie denen da auch gut helfen können oder ist
97 es manchmal da auch schwierig irgendwie?

98 PB. Ähhhhh. Also - ich denke – größtenteils können wir den Patienten schon gut helfen.
99 Es gibt natürlich Dinge, die wir dann natürlich nicht sofort klären können – äh –
100 gerade organische Sachen, wo dann natürlich auch dann ein Arzt dazu geholt werden
101 muss. Oder auch, was eben den psychischen Bereich betrifft, ähm, was dann
102 natürlich auch ja sowieso grundsätzlich weitergegeben wird an den Therapeuten –
103 aber manchmal eben auch noch ein Therapeut noch dazu geholt werden muss – wenn
104 denn einer da ist. Ähm, was natürlich im Nachtdienst oder im Spätdienst oder auch
105 am Wochenende dann natürlich nicht möglich ist.

106 M. Und, Sie haben ja eben auch schon die somatischen Probleme angesprochen. Gibt's
107 denn da auch sehr typische Sachen, wo Sie drauf achten müssen, wenn auch jetzt
108 sehr untergewichtige Patienten kommen, was da so im Vordergrund ist, wenn die
109 sehr instabil sind, körperlich?

110 PB. Also, was natürlich 'n Hauptthema immer wieder ist, das ist, das sind natürlich die
111 Bauchschmerzen. Äh, ja, weil die Patienten ja zu Hause meistens wenig bis gar
112 nichts gegessen haben und dann der Einstieg ins wieder essen ja sozusagen, ja doch
113 erstmal Probleme mit der Verdauung macht, ne. Also Verdauung und Bauch, das ist
114 natürlich ein Hauptthema. Äh, und auch immer wieder, was auch immer wieder
115 Beschwerden macht bei den Patienten und weswegen die Patienten natürlich auch
116 häufig auch kommen, ne. Ähm, ja sonst organisches, mmmh. Was natürlich auch bei
117 vielen ist, ist, das die, ähm, also, äh, aus dem pflegerischen gesehen, wahrscheinlich,
118 jetzt, ne?

119 M. Ja, genau.

120 PB. Ja. Also ist das eigentlich das Hauptproblem, sag ich mal.

121 M. Mmh.

122 PB. Die Verdauung.

123 M. Ok.

124 PB. Also, es sei denn es kommen jetzt hier noch Selbstverletzungen hinzu, ne.

125 M. Mmh.

126 PB. Das ist denn auch natürlich – ja auch recht häufig, ja, leider.

127 M. Ja oder auch Infos an den Arzt weitergeben vermutlich auch, oder!? Ödeme oder
128 Herz-Kreislauf oder so?

129 PB. Ja. Ja.

130 M. Ok. Wie erleben Sie den Umgang mit Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu
131 Erwachsenen? Ist der Umgang anders und wenn ja, wodurch unterscheidet er sich?

132 PB. Ähm.... Ja, Kinder , Kinder brauchen natürlich meistens mehr so ne mütterliche
133 Ansprache. Ähm, mit Erwachsenen spricht man ja wahrscheinlich, also spricht man
134 mehr – ich sag jetzt mal –auf Augenhöhe, wobei wir mit den Kindern ja natürlich
135 auch auf Augenhöhe sprechen – aber mehr noch so – ja – mütterlicher, mütterlicher
136 irgendwo.

137 M. Mmh.

138 PB. Ne. Also das brauchen sie natürlich nicht immer, aber - ja – das ist natürlich ein
139 bisschen was anderes mit den Kindern, ja.

140 M. Ist es denn, ist es denn da schwieriger mit der Nähe und Distanz oder ist das da auch
141 nicht so das Problem?

142 PB. Also für mich persönlich – äh – nicht mehr. Also, ich muss sagen, als ich angefangen
143 habe in der Psychosomatik oder auch mit Essstörungen zu arbeiten – ähm – war das
144 für mich auch ein großes Thema. Mit der – also die professionelle Distanz zu
145 wahren.

146 M. Mmh.

147 PB. Das ist wahrscheinlich so ein Fettnäpfchen, wo also jeder reintritt, was erstmal
 148 schwierig ist, sich selbst auszubalancieren. Ähm und wirklich bei sich selber zu
 149 bleiben. Also, das denk ich mal, das muss jeder mal für sich lernen. Ähm. Die
 150 Distanz wirklich zu wahren, ist, ja, ist in dem, ist manchmal ganz schwierig, wenn
 151 das, äh, Patienten betrifft, zu dem man vielleicht so alltagsmäßig so in der Familie
 152 auch nen Bezug hat.

153 M. Mmh.

154 PB. Sag ich mal. Also, so, ich weiß, wie ich angefangen habe, äh, dann kam dann
 155 irgendwann die Patienten, die so alt waren, wie meine Kinder, Wo man dann immer
 156 gedacht hat, Du meine Güte, das ist, ja, das könnten meine Kinder sein.

157 M. Mmh.

158 PB. Jetzt sind sie es dann natürlich mittlerweile dann irgendwo meine Enkelkinder, die
 159 dann fast irgendwo schon wieder in dem Alter sind, wie die ersten, wie die jüngsten
 160 Patienten hier. Und das ist dann, da ist es schon ein bisschen anders mit der Distanz
 161 oder, oder , ich weiß es nicht, oder vielleicht ruft es auch nochmal mehr den
 162 Mutterinstinkt hervor.

163 M. Mmh. Ja, das kann ich mir gut vorstellen.

164 PB. Ne.

165 M. Dann noch eine Frage. Wenn sich eine Pflegekraft jetzt bei Ihnen neu vorstellen
 166 würde, um bei Ihnen anzufangen im Team, was für Kompetenzen müsste diese
 167 mitbringen? Ihrer Meinung nach.

168 PB. Kompetenzen!?

169 M. Ja. Oder Charaktereigenschaften?

170 PB. Ja. Also, äh. Das müsste schon jemand sein, der sehr emphatisch sein kann. Das
 171 muss jemand sein, der selber irgendwo auch gefestigt ist. Also nicht selber
 172 irgendwelche großartigen Probleme hat. Also gerade psychisch muss der wirklich
 173 schon gefestigt sein. Das darf keine labile Person sein. Ähm. Ne gewissen
 174 Lebenserfahrung ist natürlich auch immer gut. Und – vielleicht – natürlich ist auch
 175 ne Erfahrung in der Psychosomatik oder auch mit Essstörungen natürlich gut, da wir
 176 hier damit nicht so gesät sind, ist das natürlich nicht immer gegeben.

177 M. Mmh.

178 PB. Aber wichtig ist es natürlich, wirklich emphatisch zu sein. Äh, und ja, eben auch
 179 wirklich professionell arbeiten zu können und nicht labil zu sein.

180 M. Mmh.

181 PB. Ja.

182 M. So, dann die letzte Frage: Gibt es bei Ihnen so etwas wie Supervision oder finden Sie
 183 das wichtig, um quasi auch sich auszutauschen, wenn es Probleme auch mit
 184 Patienten gab oder mit Sachen, die einen doch mitgenommen haben?

185 PB. Mmh.

186 M. Also...

187 PB. Ja. Also, ich finde Supervision sehr wichtig. Ähm, im Moment gibt es hier leider
 188 keine Supervision. Ähm, aber aus dem Grund ist natürlich auch der Austausch unter
 189 den Kollegen sehr wichtig.

190 M. Mmh.

191 PB. Ne. Auch mit den, also mit allen Berufsgruppen. Mit – äh – gerade auch mit den
 192 Therapeuten. Oder auch die Fallbesprechungen mit Frau X. zusammen oder auch mit
 193 Dr. Y. Das ist schon wichtig, eben auch um eben auch andere Sichtweisen zu sehen
 194 und damit man da sich nicht irgendwo bei irgendwelchen Patienten oder
 195 irgendwelchen Problemen da völlig verrennt.

196 M. Mmh.

197 PB. Der Austausch ist da auf alle Fälle wichtig. Supervision wäre auch natürlich da super

198 wichtig, aber, ja, äh, die sind leider nicht so gesät. Im Moment haben wir da leider

199 keine.

200 M. Also, Sie würden schon sagen, auch wenn man so eine professionelle Distanz schon

201 gelernt hat, dass man trotzdem auch so, auch so teilweise sehr mitfühlend ist – ähm –

202 und die Schicksale doch mit nach Hause nimmt, oder das eher weniger?

203 PB. Ich denke, äh, weil besonders also gerade am Anfang, also, wenn man neu anfängt,

204 in dem Bereich zu arbeiten, nimmt man sicherlich noch so einiges mit nach Hause.

205 Ähm, und gerade dafür ist natürlich auch der Austausch mit den Kollegen oder eben

206 auch Supervision wichtig!

207 M. Mmh.

208 PB. Äh, um das nicht alles mit nach Hause zu schleppen, oder eben auch zu hören, oh

209 Gott, wie sind denn meine Kollegen damit umgegangen, wenn man gerade am

210 Anfang oder überhaupt mit solchen Problemen – wie gehen die anderen damit um?

211 M. Mmh.

212 PB. Ähm. Ja, ich persönlich nehme mittlerweile selten was mit nach Hause. Also, ich

213 kenn das von meiner Anfangszeit. Ich habe, also, also alles mit nach Hause

214 genommen. Ähm, mittlerweile nicht mehr. Also nur noch in bestimmten Fällen

215 nimmt man schon mal was mit nach Hause. Also das lässt sich gar nicht vermeiden.

216 M. Mmh. Ok.

217 PB. Also, wenn irgendwas besonders schrecklich war oder wenn, wenn so bestimmte

218 Patienten, die dann doch – äh, ja – entweder sehr schwierig sind oder wo man gerade

219 vom Hintergrund was erfahren hat, was schon heftig ist, dann nimmt man schon was

220 mit nach Hause.

221 M. Mmh.

222 PB. Ganz lässt es sich nicht vermeiden.

223 M. Ja. Ok.

224 PB. Ja!?

225 M. Das war es schon.

226 PB. Das war es schon?

227 M. Ja.

228 PB. Ok!

229 M. Dann bedanke ich mich ganz doll bei Ihnen und....

230 PB. Mmh.

231 M. Wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

Interview 3

- 1 M. Welche typischen Verhaltensweisen fallen Ihnen als erstes ein, wenn Sie an Ihre
2 Patienten denken – sowohl positive, wie als auch negative?
- 3 PC. Positive und Negative....
- 4 M. Also wie sind sie so im Verhalten, was ist sehr typisch dafür? Also...
- 5 PC. Also negativ auf jeden Fall, dass Manipulieren. Mmh. Na zum Beispiel lügen.
- 6 M. Mmh.
- 7 PC. Das ist mir zum Beispiel ganz am Anfang aufgefallen, als ich angefangen hab`, wo
8 die Patienten angefangen haben, einen so auszutricksen. So mit Kleinigkeiten. Und
9 wenn`s nur um Kälte geht irgendwie, nur um Kalorien zu verbrennen oder so.
- 10 M. Ja.
- 11 PC. ...und positiv.
- 12 M. Gibt`s vielleicht irgendwelche Charakterzüge, die typisch sind für welche mit `ner
13 Anorexie?
- 14 PC. Na ja, ich weiß nicht, ob man jetzt Zielstrebigkeit zum Beispiel jetzt so als positiv
15 nennen könnte.
- 16 M. Ja, ist ja einfach, wie...
- 17 PC. Oder die Genauigkeit.
- 18 M. Ja. Kann man schon nehmen, doch. Es ist einfach nur Ihr persönlicher Eindruck.
19 Also, doch. Es gibt da kein richtig und kein falsch.
- 20 PC. Das ist echt schwierig, da mal so, so. Hab ich noch nie so drüber nachgedacht.
- 21 M. Ja. Ja gut, aber das reicht schon mal.
- 22 Welche Schwierigkeiten sind Ihnen im Umgang denn mit Ihren Patienten schon
23 begegnet und wie konnten Sie diese lösen, bzw. wie sind Sie vorgegangen?
- 24 PC. Man muss auf jeden Fall abschätzen können, was man bei welchem Patienten sagen
25 kann – und wenn`s nur zum Beispiel um ein „Ja, Guten Appetit“ geht. Oder ein
26 „Mensch, heute siehst Du aber gut aus!“. Das kann dann auch mal ganz schnell in die
27 andere Richtung gehen.
- 28 M. Mmh.
- 29 PC. Ne.
- 30 M. Und, wie geht`s Ihnen damit, auch, wenn die Patienten ja sicherlich irgendwas sagen,
31 was man auch persönlich nehmen könnte. Können Sie damit gut umgehen?
- 32 PC. Auf jeden Fall. Also das ist nach wie vor noch ein Beruf, ne.
- 33 M. Muss man wahrscheinlich auch können, dass man sich da distanzieren kann...
- 34 PC. Ich wollt gerade sagen
- 35 M. Noch irgendwas, was Ihnen schon begegnet ist, so an Schwierigkeiten so, was noch
36 so vorgefallen ist?
- 37 PC. Gott oh Gott.... Also ich muss echt nachdenken...
- 38 M. Ja, ist ja nicht so schlimm, alles gut!
- 39 PC. Schwierigkeiten...?! Mmh....
- 40 M. Oder, wenn ein Patient irgendwie ambivalent war, oder im Widerstand war oder so...
- 41 PC. Wollt grad sagen. So dieses Durchsetzen.
- 42 M. Mmh.
- 43 PC. Ist halt auch manchmal so, ich sag jetzt, Mensch, der Patient soll jetzt das, jetzt bitte
44 aufessen – aber was mache ich denn, wenn er es nicht tut!??
- 45 M. Mmh

46 PC. Also außer vielleicht jetzt denn `ne Oberärztin anrufen. Aber dann jetzt trotzdem,
 47 dass man selber jetzt überlegt, ok, ich verlange da jetzt von jemandem, aber wie kann
 48 ich das jetzt überhaupt durchsetzen?

49 M. Also muss man da sehr kreativ jetzt auch irgendwie sein?

50 PC. Genau...

51 M. Das ist wahrscheinlich sehr individuell...

52 PC. Ich bin ja jetzt nicht irgendwie die Mutter oder der Vater, der jetzt sagen kann, „Ja,
 53 jetzt nimm ich dir das Handy weg, als Strafe!“, ne. Deswegen... Muss man schon
 54 gucken, wie man sich durchsetzen kann. Gerade für mich jetzt so am Anfang war`s
 55 auch komisch, dadurch, dass die Patienten oftmals so gleichalt sind – ich werde jetzt
 56 25 –

57 M. Jaa....

58 PC. ... war das anfangs erst mal so, ok, jetzt sag ich irgendwie einer 25-jährigen, 26-
 59 jährigen, was sie zu tun und machen hat.

60 M. Ja, das kann ich mir gut vorstellen, dass sich das komisch anfühlt. Ja, ok. Dann die
 61 nächste Frage. Mit welchen Problemen, Sorgen oder Ängsten wenden sich denn die
 62 Patienten im Alltag an Sie? Also, was ist denn so gehäuft, oder was fällt Ihnen als
 63 erstes ein?

64 PC. Gewicht! Eindeutig das Gewicht! Ob`s `ne gewissen Zahl ist, eine Grenze oder so,
 65 was überschritten wird. Oder wie es zu Hause weiterlaufen soll, sind natürlich viele
 66 Ängste.

67 M. Mmh.

68 PC. Ach, ja.

69 M. Und beim Gewicht, beim Gewicht an den Wiegetagen oder generell?

70 PC. Generell! Ob`s davor ist oder danach. Und wenn die Patienten dann auch den Plan
 71 erhöhen müssen, dann haben die meisten Angst, dass sie aus allen Nähten platzen
 72 würden.

73 M. Mmh.

74 PC. Ne. Und, wenn man auch mal so nachfragt, dann sagen viele: „Ja ich habe auch, dass
 75 mich keiner hier mehr mag.“ Aber, wieso, weshalb, warum das jetzt so sein sollte,
 76 können sie dann auch nicht begründen, weil ich frag` denn auch ab und zu mal nach:
 77 „Ja, Mensch, ich habe Deine Mama letztens gesehen, die hat ja auch ein zwei Kilos
 78 zu viel. Warum magst Du sie denn?“ Also, ich mein...

79 M. Ja...

80 PC. Und dannnnnn, dann sind die meisten ja erst mal sprachlos. „Ja, ähm, weiß ich auch
 81 nicht...“

82 M. Mmh. Ja, das ist ja `ne gute Strategie...

83 PC. Mmh.

84 M. Und haben Sie das Gefühl, dass, Sie die Patienten jetzt auch ganz gut beruhigen
 85 können oder, denn auch helfen können in dem Moment, wenn die kommen oder ist
 86 das auch sehr unterschiedlich?

87 PC. Ich würd` sagen unterschiedlich. Also im Groben und Ganzen ja, aber ansonsten
 88 wenn da manchmal im Team so angesprochen werden, wo ich mir selber sagen muss,
 89 ok, ich bin jetzt kein Therapeut oder kein Psychologe, ähm, sag ich auch: „Ok, stopp
 90 jetzt hier, ich ruf` nen Therapeuten an, bitte mit dem besprechen!“ Aber ansonsten
 91 sind sie ja bei uns ganz gut aufgehoben.

92 M. Ja. Super. Finden Sie denn, dass es Unterschiede gibt bei den Patienten, die sehr
 93 stark untergewichtig und Patienten, die ein bisschen höheres Gewicht haben? Also
 94 ich würde sagen, so unter BMI 14 oder darüber. Gibt es da sehr große Unterschiede,
 95 wie die sich verhalten?

96 PC. Ich würd` sagen ja. Also wenn`s da manipulieren so oder so, ne. Es ist, dauert bei
 97 vielen immer lange, bis die da überhaupt von weg sind. Aber im niedrigen Bereich,
 98 also ich sag` mal jetzt BMI 10 oder so, da merkt man auch manchmal, also das jetzt
 99 gerade nicht jetzt die Persönlichkeit. Ähm. Also das ist jetzt einfach nur die Anorexie,
 100 die da ist.

101 M. Mmh.

102 PC. Weil das Gehirn noch so stark unterversorgt ist. Und sobald die Patienten dann halt
 103 zunehmen, da merkt man schon: Oh, ist ja doch gar nicht so anstrengend. Ist ja
 104 eigentlich ein lieber netter Mensch.

105 M. Da kommt der Charakter mehr durch und nicht so die Krankheit.

106 PC. Ja. Genau.

107 M. Und sind die Patienten dann auch zugänglicher und aufgeschlossener, wenn sie dann
 108 mehr Gewicht haben?

109 PC. Auf jeden Fall.

110 M. Mmh.

111 PC. Man, also man kann besser mit denen reden. Am Anfang war das wirklich so, so da
 112 hat man gegen `ne Wand geredet und sobald ein bisschen Gewicht drauf ist, dann
 113 merkt man, ok, jetzt kann man vielleicht doch mal bisschen mit der Therapie eher
 114 noch anfangen.

115 M. Also würden Sie sagen, dass das schon `ne Herausforderung ist, so mit jemandem zu
 116 arbeiten, der noch sehr niedriggewichtig ist?

117 PC. Mmh. Also ich meine, na klar gibt`s da jetzt auch Unterschiede, ne. Aber so im
 118 Regelfall, ja.

119 M. Und neben den psychischen Problemen bringen die Patienten ja auch somatische
 120 Probleme mit. Finden Sie, dass diese Probleme auch sehr vorrangig sind, wenn die
 121 Patienten körperlich instabil sind, oder eher nicht so?

122 PC. Kommt auch drauf an, was natürlich wichtig ist, was. Also die meisten Fälle, also
 123 das kommt ja meistens durch die Anorexie, ne. Ob es die Ödeme sind oder wat weiß
 124 ich, die Bauchschmerzen... und Schilddrüsenüber oder -unterfunktion. Also vieles
 125 regelt sich ja dann im Laufe der Zeit, wenn das Normalgewicht wiederkommt.

126 M. Aber Sie achten da schon auch drauf? Und...

127 PC. Wollt` g`rad sagen, das muss natürlich umfangreich behandelt werden.

128 M. Mmh.

129 PC. Gerade so, wenn Patienten kommen, die einen hohen Bewegungsdrang haben, die
 130 haben ja oftmals auch `ne sehr niedrige Herzfrequenz. Dann sind sie ja immer bei
 131 uns in der MZ zur Überwachung.

132 M. Dann geht es wahrscheinlich auch erst mal um den körperlichen Zustand, dass alles
 133 sich normalisiert, bevor man da weiterarbeiten kann?

134 PC. Genau. Wollt` g`rad sagen. Anfangs ist ja `ne gewisse Priorität: zunehmen!

135 M. Ja, super. Dann noch eine Frage: Wie erleben Sie denn den Umgang mit Kindern und
 136 Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen? Empfinden Sie den Umgang da anders
 137 und wenn ja, wodurch unterscheidet er sich?

138 PC. Was auf jeden Fall anders ist, also bei den Kleinen, sag` ich jetzt einfach mal, da hat
 139 man so manchmal das Gefühl, man übernimmt so die Schwesterrolle, die Mutterrolle
 140 oder wie auch immer. Haben Heimweh und... bei Erwachsenen... Jaaa.

141 M. Also haben Kinder und Jugendlichen noch so mehr andere Themen als die
 142 Erwachsenen, womit sie dann zu Ihnen komme, oder...

143 PC. Ja, also das natürlich. Es sind immer so Sachen, wo man manchmal so selber denkt:
 144 ok, vor ein paar Jahren hab` ich noch selber so gedacht. Da geht es denn so um
 145 Sachen, wie hier mein Freund und Schule und Schule ist alles blöd..

146 M. Mmh.

147 PC. Bei Erwachsenen schon doch so eher so um Wohnung, Job, etc. halt ne.

148 M. Wenden sich denn eigentlich die Eltern so ein bisschen an Sie, wenn die Kinder da

149 sind oder ist das eher nicht so?

150 PC. Mmh. Doch, also gerade, wenn die am Wochenende so zu Besuch kommen und

151 gerade so eine Eskalation war, dann kommen die schon zu uns in die MZ und fragen,

152 dann noch mal nach: "Mensch, wie kann ich damit umgehen, was kann ich richtig

153 machen?".

154 M. Mmh.

155 PC. Ja... Weil die meisten Eltern sind da selber überfordert mit der ganzen Situation.

156 M. Ja, das stimmt. Gibt es denn aus Ihrer Sicht Schwierigkeiten mit Nähe und Distanz

157 insbesondere bei Kindern und Jugendlichen?

158 PC. Also in Bezug jetzt auf uns Pflegekräfte oder äh?

159 M. Ja, genau. Sie auf die Kinder und Jugendlichen. Also ist das da schwieriger Nähe und

160 Distanz zu wahren oder – weil die ja schon, wie sie schon sagten, dass man da eher

161 Schwesternrolle oder Mutterrolle übernimmt oder ist das, lernt man das mit der Zeit,

162 da professionell zu bleiben?

163 PC. Also ein Problem würde ich da jetzt überhaupt nicht sehen.

164 M. Ok. Also das ist alles in Ordnung?

165 PC. Ne. Wollt` g`rad sagen. Es ist nach wie vor der Beruf, der Job. Ähm, ja. Das ist ja

166 nichts Privates. Man möchte ja keine private Bindung mit irgendeinem Patienten

167 aufbauen, ne.

168 M. Ja. Mmh, dann: Wenn eine Pflegekraft sich bei Ihnen neu vorstellen würde, um bei

169 Ihnen im Team anzufangen, was für Kompetenzen müsste diese mitbringen, Ihrer

170 Meinung nach?

171 PC. Auf jeden Fall Empathie und Ruhe! Ja. Empathie, Ruhe. Man muss auch so

172 allgemein sich so für diese Psychosomatik hier interessieren. Ist halt nicht zu

173 vergleichen wie im Krankenhaus, wo ich nur einmal reih`rum gehe, bisschen

174 Blutdruck messen. Wissen Sie, wie ich meine?

175 M. Mmh, ja, mmh.

176 PC. Ne. Es ist halt bei uns viel reden.

177 M. Ja.

178 PC. Im Vergleich jetzt zur eigentlichen Pflege, sag ich mal.

179 M. Das muss einem dann auch schon liegen, dass man da auch gut zuhören kann,

180 wahrscheinlich!?

181 PC. Genau. Und vor allem dann noch mal eher so die Sorgen von den Patienten

182 mitbekommt, als jetzt wirklich in der Somatik.

183 M. Mmh.

184 PC. Was da jetzt g`rad Phase ist und so. Mmh.

185 M. Ja. Noch irgendwas? Oder was würde denn gar nicht gehen bei einer Pflegekraft?

186 Irgend`ne Eigenschaft, was Ihnen so spontan einfällt?

187 PC. Mmh. Wie sagt man das denn, wenn jemand so `ne, so `ne geringe Hemmschwelle

188 hat. Also so...

189 M. ...so distanzlos ist!?

190 PC. Ja, ne. Also wenn, sag ich mal so schnell, schnell der, hier der hier am Überlaufen

191 ist. Wie nennt man denn das denn?

192 M. Ach so. Dass derjenige schnell gereizt ist, so, und nicht so viel Geduld hat?

193 PC. Jaaa. Genau.

194 M. Mmh. Ja, das passt auch, ja. Würden Sie sagen, dass es auch Supervision braucht, um

195 Sachen nicht auch mit nach Hause zu nehmen oder Gespräche im Team oder mit

196 Therapeuten, Ärzten, wenn jetzt Schwierigkeiten mit Patienten sind? Oder einen das
 197 jetzt mal mitnimmt?

198 PC. Mmh. Ja, schon, Also ich finde Supervision gut. Wir selber hatten das auch ein `ne
 199 Zeitlang so `ne kleine Supervision, wo noch Herr Z. da war zum Beispiel. Da hatten
 200 wir uns immer mit ihm jetzt zusammengesetzt und immer donnerstags und wir
 201 Pflegekräfte konnten dann auch so Fälle besprechen, wo wir selber sagen, irgendwie
 202 wissen wir gar nicht, wie wir damit umzugehen haben. Und so weiter und so fort.

203 M. Mmh.

204 PC. Ähm. Ja. Ansonsten, untereinander reden ist für uns Pflegekräfte, ist es auch wichtig.
 205 Ja, ich muss g`rad mal so überlegen. Also, wir besprechen also eigentlich immer
 206 relativ viel und so Supervision, so eigentlich haben wir ja jetzt nicht so regelmäßig,
 207 aber, wenn wir was haben, dann holen wir auch auf jeden Fall jemanden ran, ob`s der
 208 Therapeut ist oder wer auch immer... und besprechen das Ganze dann.

209 M. Und ist es dann meistens auch bei Patienten, die eher schwierig im Umgang sind
 210 oder weil die ein besonderes Schicksal haben oder weil die schon lange da sind oder
 211 ist das auch sehr individuell?

212 PC. Geht eher so um Patienten, die schwierig sind, würde ich sagen. So, wenn man
 213 merkt, ok, die, da hat man doch bisschen mehr zu tun als bei anderen Patienten, sag
 214 ich mal, im Umgang. Wenn man gar nicht weiß, was steckt denn da jetzt eigentlich
 215 hinter, ne. Ob`s `n traumatisches Erlebnis ist oder, oder, oder, ne. Das man da
 216 nochmal bisschen Rückmeldung hat.

217 M. Ja und dann noch eine letzte Frage. Finden Sie es auch wichtig, dass man
 218 Fortbildung und Weiterbildung zu dem Thema hat, um auch das Krankheitsbild
 219 besser verstehen zu können oder wächst man da rein, indem man quasi in der Praxis
 220 ist und Berufserfahrung sammelt oder meinen Sie, es wäre gut, wenn man Vorwissen
 221 auch mitbringt, um, in so `ner Klinik zu arbeiten? Zum Beispiel?

222 PC. Hmm. Ich würde sagen teils, teils. Also irgendwo kann man gar nicht richtig d`rauf
 223 vorbereitet werden, ähm, aber andererseits wär`s natürlich gut, wenn man schon mal
 224 so bisschen weiß, worum es da eigentlich geht. Ja. Doch, also ich glaub, das meiste
 225 lernt man wirklich bei „Learning by doing“.

226 M. Ja. Ok. Das war`s auch schon.

227 PC. Ja. Dann hoffe ich, konnte ich ein bisschen weiterhelfen.

228 M. Ja, auf jeden Fall. Dann bedanke ich mich bei Ihnen.

Interview 4

- 1 M. Also. Die erste Frage ist, welche typischen Verhaltensweisen fallen dir als erstes ein,
2 wenn du an deine Patienten denkst, sowohl positive wie als auch negative?
- 3 PD. Und das ist jetzt egal, ähm, ob die jetzt gerade gekommen sind oder schon, schon da
4 sind? Also generell die Patienten?
- 5 M. Genau. Also, einfach so, was dir spontan einfällt, was die so für ein Verhalten oder
6 Charaktereigenschaften haben. Also was halt so typisch ist. Also negativ wie positiv.
7 Das ist ganz egal.
- 8 PD. Ok. Positiv fällt mir zuerst ein, ähm, die haben einen unglaublich guten Humor und
9 sie sind unglaublich intelligent.
- 10 M. Hmh.
- 11 PD. Und, sie haben unglaublich wenig Selbstbewusstsein. Hm... hm... Was fällt mir jetzt
12 im Allgemeinen noch ein. Die sind dünn, hahaha.
- 13 M. Und vom Verhalten her?
- 14 PD. Ja. Teilweise zwanghaft. Dann haben sich eigentlich fast alle unglaublich viele
15 Paradigmen aufgebaut. Weißt du was Paradigmen sind?
- 16 M. Ne.
- 17 PD. Also...
- 18 M. In dem Zusammenhang jetzt nicht, also.
- 19 PD. Also Paradigmen sind, ähm, sind Wahrheiten, die sich jemand zurechtgelegt hat, die
20 aber nicht der Realität entsprechen.
- 21 M. Ach so.
- 22 PD. Also früher, früher dachten die Leute, die Erde wäre eine Scheibe. Das war für die
23 halt die Wahrheit. Und das war, irgendwann wurde dann, war dann klar, das
24 Paradigma. Und Menschen in der Essstörung haben für sich unglaublich viele
25 Wahrheiten, Verhaltens, Verhaltensregeln und so weiter auf... auferlegt, die aber gar
26 nicht, ähm, unbedingt dem entsprechen, was sie erreichen wollen. Also dann, ähm,
27 was weiß ich „ich darf, äh, einen Apfel und keine Ahnung und ein Brot nicht
28 zusammen essen, weil das nicht gut ist.“ oder „Ich muss mein Essen nach Farben
29 sortieren.“ oder „ich muss das und das machen, damit das und das nicht passiert.“
- 30 M. Ja... ja, hmh.
- 31 PD. Ja.
- 32 M. Noch irgendetwas? Oder?
- 33 PD. So adhoc fällt mir jetzt nichts ein.
- 34 M. Ok. Dann. Welche Schwierigkeiten sind dir denn schon begegnet im Umgang mit
35 deinen Patienten? Also, wie konntest du die denn lösen und wie bist du
36 vorgegangen?
- 37 PD. Also, das, das, äh, das was allgegenwärtig ist, ist ja der Druck. Und äh, Druck
38 bedeutet für mich, ähm, in mir sind Emotionen, die sehr schwer auszuhalten sind.
39 Also Druck ist ja so ein, so ein allgemeines Wort, aber, wenn man dann mal horcht,
40 was es eigentlich ist, sind es meistens anstrengende Emotionen. Ich will, ich will gar
41 nicht sagen, negative Emotionen, weil negative Emotionen gibt's ja im Grunde
42 genommen nicht. Auch Angst hat, hat einen Grund, warum man Angst hat. Ne,
43 Angst, Angst, will Einen beschützen, will die körperliche Unversehrtheit eben, ähm,
44 äh, garantieren. Oder Neid. Neid will, will einen ermutigen seinen eigenen Weg zu
45 finden. Will einen ermutigen, äh, selbst erfinderisch zu werden. Wut. Wut hat
46 unglaublich viel Kraft. Wut, ähm, bringt uns zu, zu Handlungen, die wir ansonsten
47 gar nicht schaffen würden, werden im positiven als auch im negativen. 3:20 s

48 M. Ja.

49 PD. Naja, und diese Emotionen sind aber sehr anstrengend. Und vor allen Dingen, wenn
50 man sie einfach nur aushalten muss. Also einfach nur, hört sich ja jetzt einfach an.
51 Und...

52 M. Und wie kannst du dann deinen Patienten helfen, wenn die dann mit Druck zu dir
53 kommen?

54 PD. Also meistens, das größte Problem, warum sie nicht mit Druck umgehen können, ist,
55 weil sie dazu Nein sagen. Und, ähm, wenn man das nicht annehmen kann, dann
56 klackt es ja immer latent in einem an, also so, hey bitte beachte mich. Hey, bitte sieh‘
57 mich. Hey, bitte fühl‘ mich. Und wenn man immer nein nein nein sagt, dann ist das
58 natürlich super, also allein schon energetisch dieses Nein durchzuhalten, ist halt
59 super super anstrengend. Und deswegen sind viele Patienten auch total erschöpft,
60 können sich aber diese Erschöpfung nicht eingestehen, und äh, der Teufelskreis
61 beginnt.

62 M. Hmh.

63 PD. Und deswegen versuche ich den Patienten zu sagen, dass die ihre Gefühle annehmen
64 können, dass sie okay sind, wie sie sind, dass sie mit all ihren Gefühlen, all das, was
65 sie mitbringen, vollkommen in Ordnung und richtig sind. Dass sie so sein dürfen,
66 wie sie sind. Manche können es besser annehmen, manche nicht. Und manche
67 können es kurz annehmen, und dann ist es schnell aber wieder weg.

68 M. Wahrscheinlich ist es auch schwieriger bei ambivalenten Patienten oder? Oder die
69 sich gerade so im Widerstand mehr befinden?

70 PD. Ja! Und wenn man sich über Jahre eingeredet hat, ich bin nicht in Ordnung mit
71 meinen ganzen Gefühlen und jetzt kommt so ne kleine Schwester und die sagt, also
72 die kann jetzt plausibel erklären, warum ich in Ordnung bin, ist ja ganz klar, dass das
73 nicht lange vorhält, wenn es überhaupt ankommt.

74 M. Ja. Und mit welchen Problemen kommen die Patienten noch so zu dir, oder Sorgen
75 oder Ängsten so im Alltag?

76 PD. Angst vor Zunahme. Angst sich zu spüren. Angst den Plan erhöhen zu müssen, wenn
77 wir ganz konkret sind. Ähm, Angst nicht mehr unsichtbar... also dünn sein bedeutet
78 ja auch manchmal, ich mach mich unsichtbar. Damit ich, äh, damit ich unter dem,
79 dem Radar der, der anderen Menschen unter durchfliegen kann und keine Kritik
80 ernten muss. Was ja aber Trugschluss ist. Und... Ja, nicht unsichtbar bleiben zu
81 können. Ähm, sich dem Außen stellen zu müssen. Kritik von außen vielleicht
82 bekommen zu können. Nicht in Ordnung zu sein. Ja.

83 M. Hast du das Gefühl, dass du ihnen dann auch ganz gut helfen kannst, wenn sie
84 kommen oder ist das sehr individuell?

85 PD. Total individuell. Also, A kommt es auf die Situation an, wieviel Zeit ich habe, ob
86 ich überhaupt Zeit habe mich dem auseinanderzusetzen. Also, wenn ich keine Zeit
87 habe, ist es ja immer schnell gesagt „komm, such‘ dir doch mal nen Skill aus, und
88 mach mal was für dich alleine“, sozusagen. Damit äh, damit muss ich mich dann
89 nicht groß mit dem Problem des Patienten und dem Patienten selbst
90 auseinandersetzen. Und wenn ich dann Zeit habe, kann ich ja sagen „komm, wir
91 reden miteinander. Was steht eigentlich dahinter? Was ist denn eigentlich das
92 Problem? Warum hast du Druck? Und ähm, ok, du musst erhöhen, aber was steht
93 denn dahinter, dass du erhöhen musst?“ Und so weiter. Also dann kann man eben
94 mal tiefer nachfragen.

95 M. Hmh.

96 PD. Kommt immer darauf an, wie die Situation ist. Und manche, manche öffnen sich,
97 und manche nehmen das auch an, was man dann vorschlägt. Manche wollen einfach

98 nur einmal das loswerden, was, was ihnen auf der Seele brennt. Manchmal kann man
 99 gar keinen Ratschlag geben. Aber das ist dann manchmal auch ok. Ja. Und generell
 100 ist das ja so nen Prozess, ne. Wenn man oft genug ebend, ähm, eine, einen, eine neue
 101 Wegbeschreibung an die Hand bekommt. Dann kann man den Weg dann vielleicht
 102 irgendwann mal gehen.

103 M. Gibt's auch Momente, wo du auch mal genervt bist oder irgendwie ärgerlich oder
 104 kannst du das gut von dir fernhalten?

105 PD. Ne! Natürlich bin ich auch manchmal ärgerlich und genervt. Aber ich muss sagen,
 106 ähm, je ausgeglichener ich bin, desto weniger triggert mich das Verhalten der
 107 Patienten, also desto weniger triggert mich das Außen. Und meistens, glaube ich,
 108 recht ausgeglichen zu sein. Aber es gibt Tage, da komme ich zur Arbeit, und dann,
 109 äh ist die Übergabe, und dann wird halt irgendwas gesagt, was weiß ich, der hat
 110 wieder das und das oder so... und dann denke ich so, dann bin ich so abgenervt ne
 111 „Alter! Reißt euch doch mal zusammen. Das kann ja wohl nicht wahr sein.“ Aber
 112 dann ist, mir ist natürlich trotzdem klar, dass sie das ja nicht machen, um mich zu
 113 ärgern und in dem Moment konnten sie halt einfach nicht anders. Aber manchmal
 114 bin ich genervt. Aber das ist, das kommt sehr selten vor. Meistens bin ich sehr
 115 empathisch, was, was die Patienten angeht. Von der Klinikleitung bin ich auch
 116 manchmal genervt. Aber gut.

117 M. Nimmst du denn Unterschiede wahr zwischen Patienten, die sehr stark
 118 untergewichtig sind, also so BMI < 14 und Patienten, die nen, also einen höheren
 119 BMI haben?

120 PD. Ja! Auf jeden Fall.

121 M. Und wie ist der Unterschied mit dem Verhalten? Und gibt's da auch Besonderheiten,
 122 die du beachten musst?

123 PD. Also, ähm, bei Niedrigge... also je höher das Gewicht ist, desto mehr kommt die
 124 eigene Persönlichkeit überhaupt erst raus. Und desto mehr werden sie, werden sie
 125 einzigartig. Also jeder ist ja einzigartig, aber ähm, wenn man so niedriggewichtig ist,
 126 dann macht der Körper ja im Grunde genommen nur Notfallprogramm. Also dann,
 127 eh, dann ist dem Charakter scheißegal, Leidenschaft ist abgestellt. Also dann sind sie
 128 im Grunde genommen, naja, nicht wie Roboter, aber ja, also dann sind sie eben nicht
 129 die, die sie wirklich sind. Und wenn sie höergewichtig sind, dann entfaltet sich ihre
 130 Persönlichkeit und das ist immer total schön zu sehen. Dann diese kognitive
 131 Eingeschränktheit ist auch sehr anstrengend. Weil sie sind der Meinung, dass sie,
 132 dass sie kognitiv voll auf der Höhe sind, aber leider zeigt die Realität Ihnen was
 133 Anderes, aber das kommt bei denen einfach nicht an. Und deswegen, ähm, muss man
 134 sie, was heißt ernst behandeln, also, obwohl man weiß, dass vieles, was man sagt
 135 nicht ankommt, muss mans trotzdem sagen, weil sie sich sonst nicht ernst genommen
 136 fühlen würden.

137 M. Hmh.

138 PD. Aber ich möchte, dass sie sich ernst genommen fühlen.

139 M. Und wahrscheinlich sind die auch verstrickter in dem Gewichtsbereich oder?

140 PD. Total. Ja klar! Hmh. Und was ich total interessant finde, dass manchmal passiert so
 141 nen Durchbruch und dann guck' ich denen ins Gesicht und auf einmal ist das Gesicht
 142 komplett anders. Nicht dass sie, also ja klar, auch, auch ne Zunahme sieht man im
 143 Gesicht, aber das meine ich nicht, sondern... auf einmal ist der Blick aufgeklärt,
 144 wacher, irgendwie ein anderer. Und dann denkt man „ok, da hat sich jetzt gerade in
 145 der Therapie was getan.“ Das heißt nicht, dass dann alles gut ist. Dann, die machen
 146 auch wieder noch mal Rückschritte und dann verstricken sie sich wieder in

147 irgendwas. Aber das ist, äh, das ist genau zu sehen, wenn was ganz, wenn was ganz
148 Elementares passiert ist.

149 M. Hmh.

150 PD. Ja.

151 M. Ok. Und neben den psychischen Problemen gibt es ja auch somatische Probleme.
152 Erlebst du diese Probleme sehr vorrangig, wenn die Patienten körperlich sehr instabil
153 sind? Also, geht's dann mehr auch um das Körperliche oder wird die Psyche da
154 trotzdem auch genauso schon einbezogen, wie bei Patienten, die halt stabil körperlich
155 sind? Also, weißt du was ich meine?

156 PD. Ja, ich weiß, was du meinst. Ähm, also es ist ja so, dass gerade Menschen im
157 niedrigen Gewichtsbereich unglaublich zäh sind. Das liegt im Grunde genommen
158 auch daran, dass der Körper genau weiß, dass eh, ein Infekt oder ein Ding kann die
159 ganze Sache zum Zusammenbruch bringen. Und deswegen ist da das Immunsystem
160 auch, äh, im Grunde genommen immer in Alarmbereitschaft. Das ist ja auch der
161 Grund, warum ein niedriggewichtiger Mensch im Grunde genommen keine Infekte
162 bekommt. Weil ein Infekt wahrscheinlich den Tod bedeuten würde. Und deswegen
163 haben wir mit so körperlichen Sachen ja gar nicht so viel zu tun. Bisschen Blutzucker
164 messen, bisschen, bisschen Herz irgendwas und wenn es tatsächlich kritisch wird,
165 verlegen wir ja auch.

166 M. Also wann würdet ihr zum Beispiel verlegen? Bei welchen...

167 PD. Wenn der Kalium sehr niedrig ist, wenn er bei nem lebensbedrohlichen Bereich ist.
168 Dann ähm, hatten wir ne Patientin, die, da hat die Leber im Grunde genommen sich
169 selbst verstoffwechselt. Ähm, da war dann, och ich weiß gerade nicht welcher Wert
170 das war. Der war unglaublich hoch. Und das war eben auch super gefährlich. Und die
171 haben wir dann eben auch verlegt. Aber die kam relativ schnell wieder. Und zum
172 Glück hat sich der Wert dann auch wieder relativiert.

173 M. Hmh.

174 PD. Ja, also wenn bei den Blutwerten irgendwas nicht in Ordnung ist oder wenn die
175 tatsächlich... also wir hatten z.B. einen, die hat so viel vorgetrunken, dass äh, dass
176 sie so ein verschobene Elektrolyte hatte, dass die in so ne Art... naja, das war jetzt
177 kein Wachkoma, aber die war überhaupt gar nicht mehr da. Also sie hat uns, die hat
178 uns gar nicht mehr wahrgenommen und bei so was verlegen wir natürlich auch
179 sofort.

180 M. Ja aber ansonsten, wenn so Herzrhythmusstörungen sind oder so Bradykardien oder
181 so, dann kann man das ehr gut auch überwachen, oder?!

182 PD. Das überwachen wir genau. Und wenn es kritisch sein sollte, verlegen wir, aber
183 wegen sowas verlegen wir jetzt nicht. Nicht gleich. Oder auch der Perikarderguss.
184 Wir hatten noch nie jemanden, der wegen Perikarderguss verlegt wurde.

185 M. Hmh. Ja, ok.

186 PD. Also um die Frage noch mal konkret zu beantworten. Ich glaube, in jedem
187 Gewichtsbereich ist das Psychische allgegenwärtig. Aber, ähm, weniger, also bei den
188 Niedriggewichtigen ist weniger das, das körperliche im Vordergrund, sondern erst
189 das Verhalten. Also an der Psyche kann man da erst mal gar nicht so viel machen,
190 aber man kann eben versuchen, dass, dass sie das Verhalten ändern.
191 Bewegungsdrang einschränken, aufhören zu erbrechen, eh, aufhören vorzutrinken,
192 aufhören wegzustecken, also Verhaltensmäßig ist man da eher dran.

193 M. Ja und erst mal zunehmen, dass sich alles so normalisiert.

194 PD. Genau und dann kann man eben gucken, was steckt denn dahinter, dass, dass die
195 immer Sachen wegstecken? Was steckt denn hinter dem Bewegungsdrang? Was
196 steckt denn hinter dem Erbrechen? Das kann man ja im niedrigen Gewichtsbereich...

197 spielt das im Grunde noch gar keine Rolle. Weil die kognitiv noch gar nicht in der
198 Lage sind, das beantworten zu können.

199 M. Hmh. Ja. Findest du denn, dass es einen Unterschied gibt im Umgang mit Kindern
200 und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen?

201 PD. Die Themen sind andere. Hm. Die Erfolgchancen sind andere. Bei Erwachsenen,
202 die, ähm, sind meistens schon chronifiziert und da ist es sehr schwer, dass die noch
203 mal in ein normales Leben kommen. Hm...

204 M. Und so in der Kommunikation ist es wahrscheinlich schon so, dass man mit den
205 Kindern und Jugendlichen anders redet als mit den Erwachsenen, oder? Oder sind die
206 schon sehr reif, die Jugendlichen?

207 PD. Einerseits sind sie sehr reif, aber andererseits, ähm, wenn sie in einem höheren
208 Gewichtsbereich sind, dann holen sie die komplette Pubertät einmal nach. Dann sind
209 auf einmal, dann ist die Tischsituation, der hat das gesagt... also da sind dann total
210 viele pubertäre Themen. Ähm, ja klar spricht man dann noch anders mit denen, aber
211 gleichwohl halt auch respektvoll.

212 M. Ja das, das sowieso. Ja, hmh.

213 PD. Aber...

214 M. Gibt es denn auf die Essstörung bezogen auch Unterschiede, vom, vom Alter her?
215 Also, dass da irgendwas auffälliger ist z.B.?

216 PD. Würde ich jetzt sagen nicht. Also mir fällt jetzt spontan nichts ein. Das ist schon...
217 beide haben ungefähr die gleichen Symptomatiken, würde ich jetzt denken.

218 M. Und gibt es denn bei Kindern und Jugendlichen Schwierigkeiten mit Nähe und
219 Distanz gegenüber Erwachsenen?

220 PD. Ja, gibt es. Ich finde jetzt nicht, dass die gehäuft auftreten. Aber gerade, ähm, die die
221 der Meinung sind, ihre Kindheit verloren zu haben, suchen sich immer, ähm, also
222 übertragen halt immer. Suchen immer nen Vater- oder Mutterersatz. Und ähm, dann
223 ist es eben auch, dass, dass dann eine Person meistens da fokussiert wird.

224 M. Also, dass die...

225 PD. Oder, wir hatten auch, wir hatten auch mal eine Patientin, ähm, die war, hm, so um
226 die 20, würde ich sagen und, die kam dann eben auch und, kam sehr oft und hat
227 gesagt: „Können sie mich einmal umarmen?“, und ähm, ich fand das schon sehr
228 penetrant und mir war das schon unangenehm, diese Person zu umarmen. Also ich
229 umarme ja eigentlich jeden gerne, der das braucht, aber die war so, die war so
230 fordernd, dass ich, dass in mir immer mehr ein „NEIN“ gewachsen ist, und das fand
231 ich schon irgendwie distanzlos.

232 M. Und wär's dann, wär's dann schwierig gewesen, in dem Fall zu sagen: „Nein,
233 möchte ich nicht!“. Also ist das dann kränkend?

234 PD. Ja, ne. Hm. Ne, wäre nicht, wäre nicht schwierig gewesen und das wurde auch
235 kommuniziert, dass das, das, so wie sie das eben rüberbringt oder so, wie der Bedarf
236 ist, dass da was nicht stimmt. Das, war sehr schwer, dass sie das annehmen konnte.

237 M. Ja, das kann ich mir vorstellen. Ja.

238 PD. Aber sonst empfinde ich die Patienten NICHT generell als distanzlos.

239 M. Ok. Dann, wenn eine Pflegekraft sich bei Dir neu vorstellen würde, um bei Dir im
240 Team anzufangen, was für Kompetenzen müsste diese mitbringen? Deiner Meinung
241 nach?

242 PD. Hmh. Also, ähm, abgesehen von der fachlichen Kompetenz, die der Beruf einfach
243 mit sich bringt?!

244 M. Wie ist es mit Berufsanfängern, wenn die noch gar nicht damit Erfahrung haben,
245 würd's du sagen, dann eher ungünstig in dem Bereich oder geht schon?

246 PD. Ne. Ich glaube, dass, äh, dass menschliche, persönliche Fähigkeiten hier gefragt sind.
 247 Also Empathie ist glaube ich wichtig. Hm. Ja, mit Empathie trifft es schon, ne, also
 248 man muss sich in den Patienten auch reinfühlen können. Man muss, ähm, die Lage,
 249 in der Lage sein, zuhören zu können. Hmh. Also wenn, wenn die fach.., als wenn die
 250 `ne Ausbildung haben, also eben das fachliche so weit gelernt haben, dann sind es
 251 eigentlich eher menschliche Fähigkeiten, die die mitbringen sollten. Hm, man muss
 252 `ne gewisse, erzieherische, äh, Kompetenz haben. Also ein, man muss konsequent
 253 sein, geradlinig ist gut. Gut ist es, wenn man mit dem Patienten offen ist und dann
 254 Dinge anspricht, die problematisch sind. Dabei aber eben trotzdem respektvoll und
 255 nicht anklagend. Das ist ja nicht alles ganz einfach. Schnell fällt man ja in
 256 Verhaltensmuster, die halt nicht ok sind: Anklagend zum Beispiel oder verurteilend
 257 zu sein.

258 M. Hmh.

259 PD. Und so was, also muss, menschliche Fähigkeiten muss man mitbringen.

260 M. Ja, auf jeden Fall nachvollziehbar. Wie ist das denn, ich weiß nicht, ob es bei Euch
 261 Supervision gibt?

262 PD. Ja, gab`s.

263 M. Findest Du das wichtig? Müsste das wiedereingeführt werden oder wie tauscht man
 264 sich im Team aus, wenn doch mal Sachen sind, die einen belasten oder Sachen, die
 265 man mit nach Hause nimmt oder wie handhabt Ihr das da im Team?

266 PD. Hm. Also, wir haben einmal im Monat Teambesprechung. Da trifft sich eben nur die
 267 MZ. Und wenn es Probleme mit einer bestimmten Person aus einer anderen
 268 Abteilung oder mit einer ganzen Abteilung gibt, dann ist es auch schon mal
 269 vorgekommen, dass wir die zu unserem Team dann eingeladen haben. Aber das ist
 270 jetzt nicht, das ist jetzt nicht Gang und Gebe, aber das ist schon mal vorgekommen.
 271 Dann gab`s die übergreifende Supervision, also wo immer eine Abteilung mit der,
 272 mit einer anderen oder drei Abteilungen miteinander gesprochen haben. Und. Ähm,
 273 das finde ich generell sinnvoll. Das Problem ist... die Klinikleitung. Also, A möchte
 274 die über, ähm, das Ergebnis der Supervision Bescheid wissen, am liebsten würden
 275 die sogar dabei drinnen sitzen und das ist ja nicht der Sinn einer Supervision.
 276 Eigentlich soll die Klinikleitung davon ja im Grunde genommen gar nichts erfahren.
 277 Der Moderator, der kann höchstens Anstöße geben. Der kann denen sagen, ähm, äh,
 278 also was so, was so der allgemeine Tenor ist oder was vielleicht ein großes Problem
 279 ist, aber ähm, die möchten `ne komplette Berichterstattung.

280 M. Hmh.

281 PD. Das finde ich nicht richtig. Und, wenn es, wenn es Dinge gibt, die problematisch
 282 sind, dann... passiert aber trotzdem nichts. Also, zwischen den Kollegen kann man
 283 dadurch ein besseres Verhalten bekommen, aber was zur Klinikleitung angeht, da
 284 geht nichts.

285 M. Gibt`s denn sonst auch `n Austausch mit der Klinikleitung, der auch positiv ist oder,
 286 oder produktiv oder ist das eher nicht so viel?

287 PD. Hm. Da bin ich nicht ganz involviert. Also, es gibt zum Beispiel das Großteam, da
 288 kommen alle Abteilungsleiter zusammen, und eben auch die Klinikleitung.

289 M. Kommt es denn oft vor, dass man sich auch Sachen zu Herzen nimmt, von Patienten,
 290 also klar, man ist ja professionell, aber dass einen dann doch Sachen mitnehmen
 291 irgendwie von der Lebensgeschichte oder weil die Patienten wiederkommen, die ein
 292 Rezidiv haben oder ist das nicht so oft, kann man sich da gut abgrenzen?

293 PD. Hmm. Ein Mittelweg. Also, also ich kann mich sehr gut davon abgrenzen, aber
 294 trotzdem, ähm, trotzdem kommen ja immer wieder auch in meinem Privatleben oder
 295 in der Freizeit eben Sachen in den Sinn. Also, äh, zum Beispiel, also zum Beispiel

296 Frau A., weil die war ja, das ist ja wirklich `ne ganz bekannte Essstörung hier bei
 297 uns. Ja, und die ist ja verstorben. Was ja, was ja im Grunde genommen klar war, dass
 298 die verstirbt, ne. Aber, ähm, obwohl die, dass ja schon länger her ist, dass sie bei uns
 299 war, ähm, kommt die mir halt öfters mal in den Sinn, weil die... Da hat man, da hat
 300 man im Grunde genommen die Verzweiflung zwischen Mensch sein und, und
 301 Essstörung so sehr gesehen, weil die war ja, die war ja noch Natur aus `ne ganz
 302 sanftmütige Person. War grazil, anmutend, war total höflich, die war einfach nur lieb
 303 und ihre Essstörung war einfach nur scheiße! Die hat ihr Dinge, also sie hat, die
 304 Essstörung hat Dinge machen lassen, die, äh, die Patientin sonst nicht gemacht hätte.
 305 Ne, also, was weiß ich, also in andere Leute Schuhe kotzen, weglaufen, sowas halt.
 306 M. Hmh.
 307 PD. ...und, äh, bei ihr hat man eben die, die, ähm, diese, dieses zweischneidige Schwert
 308 so sehr gesehen... Also ja, mir, manchmal kommen mir eben Patienten einfach
 309 unvermittelt in den Sinn, die, äh, mit denen ich emotional verbunden bin. Aber das,
 310 also, das ist jetzt nichts Belastendes oder dass, dass ich jetzt im Auto sitze und denke,
 311 oh man, das ist ja wirklich schlimm mit der und der oder, dass die jetzt wirklich
 312 wiedergekommen ist. Oh man. So ist es nicht.
 313 M. Hmh.
 314 PD. Aber so unvermittelt kommt mir was in den Sinn. Zum Beispiel B. C., dass, dass die,
 315 obwohl ich das niemals gedacht hätte, so ihren Weg gegangen ist, dass, da denk ich
 316 so: „Mensch ist das toll!“.
 317 M. Ja, das man sich dann auch freut für die Patienten?
 318 PD. Genau, genau. Und das man, das ist dann immer ein Beispiel. Dann denk ich halt:
 319 Sieh`ste! Wie oft sagt man, na, also die oder die ist nicht zu retten. Also dat können
 320 wir ja wohl voll vergessen. Und eine B. C. zum Beispiel das Beispiel dafür, dass
 321 jeder zu retten ist. JEDER kann die Kurve kriegen!
 322 M. Hmh. Ja, das ist ein tolles Beispiel, ja das stimmt.
 323 PD. Das heißt ja jetzt nicht, dass alles supi ist, ne. Und das ging, also hätten wir nur an
 324 Symptomen gearbeitet, dann wäre das nie was geworden, sondern das geht eben nur
 325 durch Therapie und dadurch, dass man sich eben auf Therapie einlässt. Anders geht`s
 326 nicht!
 327 M. Noch eine Frage, weil Du das mit dem Tod auch jetzt angesprochen hast. Wenn Ihr
 328 im Team erfährt, dass jemand verstirbt, ist dann da, ist das Team sehr betroffen
 329 oder...
 330 PD. Ja!
 331 M. Ja.
 332 PD. Ja! Also die, die die Patientin kannten. Weil manchmal, manchmal ist es ja auch so,
 333 dass vor, was weiß ich, vor eineinhalb Jahren jemand bei uns war und, ähm, also A.
 334 zum Beispiel, die ist verstorben. Also das war eine der schönsten Patientinnen, die
 335 wir hatten, würde ich jetzt denken. Und die hat mit, die hat mit so sehr wie kein
 336 anderer mit sich und ihrem Körper und ihrem Dasein gehadert. Das war so krass. Na
 337 ja, und, ähm, die war halt, also so richtig intensiv war sie vielleicht vor zweieinhalb
 338 oder drei Jahren bei uns und dann war sie halt nochmal ein Jahr später nochmal
 339 relativ kurz, weil man gemerkt hat, das wird hier nix. Und jetzt denn vor ein paar
 340 Wochen da haben wir dann gehört, dass die verstorben ist. Und jeder, der sie kannte,
 341 ist dann bestürzt und die, die sie nicht kannten, halt nicht. Die sagen dann oh, mm.
 342 Der Name sagt mir nichts oder kenn` ich gar nicht.
 343 M. Ja. Hmh.
 344 PD. Aber, wenn man das erfährt, weil... Es geht ja in unserer Klinik schon sehr familiär
 345 zu und das sind nicht einfach nur Patienten, sondern je länger die da sind, desto mehr

346 erfährt man ja auch von ihrem Schicksal. Wenn man, und wenn man dann, ähm,
 347 wenn man dann sowas hört, das ist schon krass. Das ist ja nicht so, wie im
 348 Krankenhausaufenthalt, wo jemand mit `nem gebrochenen Arm zehn Tage liegt und
 349 dann kann der wieder gehen, sondern die sind ja über Monate bei uns.

350 M. Ja, also man nimmt mehr Anteil an dem ganzen Verlauf und der Entwicklung.

351 PD. Ja, genau und, äh, man lernt die ja viel, viel besser kennen. Und dann ist es schon,
 352 schon krass, finde ich, wenn man von dem Tod von jemandem hört. Aber ich finde
 353 es immer wieder, wie soll ich sagen, nett oder äh, rücksichtsvoll, dass die
 354 Verwandten dann auch eine Klinik informiert, wo sie dann eben vor paar Monaten
 355 oder paar Jahren waren. Das find ich eigentlich schön.

356 M. Hmh. Ja.

357 PD. Also ich möchte das auch gerne wissen, wenn es dann auch jemand nicht geschafft
 358 hat – auch, wenn es dann natürlich traurig ist.

359 M. Kommt das dann oft vor?

360 PD. Ne, hmm. Also ich, man müsste... Solche Patienten, wie wir haben, da müsste man
 361 eigentlich denken, dass das öfter vorkommt. Vielleicht kommt das tatsächlich auch
 362 öfter vor, also, wenn wir, wenn ich an manche Patienten denke, die in der MZ waren,
 363 die sich mit dem Konzept nicht anfreunden konnten und die es dann, die es
 364 irgendwie geschafft haben, sich zu entlassen, wo man denn gedacht hat, oh, ob dich
 365 die nochmal wiedersehe...? Da erfahren wir ja vielleicht ganz oft gar nicht, ob, dass
 366 die es nicht geschafft haben.

367 M. Hmh.

368 PD. Die war schon etwas älter, also zwischen 30 und 40, glaube ich oder vielleicht auch
 369 schon Anfang 40. Also die war Bäckereifachverkäuferin. Die hatte auch, als es ihr
 370 gut ging, `ne Filiale irgendwo, da war sie Filialleiterin. Und die war halt in der MZ.
 371 Und die war so kratzbürstig, nicht nur zu uns, sondern auch zu anderen Patienten.
 372 Und das war wirklich, wirklich schwierig mit ihr und ob die noch da ist..... schwer
 373 einzuschätzen, weil die hat auch einfach gar nichts angenommen. Die wollte auch
 374 gar nicht. Und dann ist es natürlich auch sehr schwer, ne.

375 M. Hmh.

376 PD. So jemand eben.

377 M. Ja. Eine letzte Frage noch. Gibt es denn so pflegerische Angebote, die Ihr auch
 378 macht? Ich glaub das Skillstraining hattest Du vorhin angesprochen. Gibt es noch
 379 irgendwas, was Ihr den Patienten konkret anbietet?

380 PD. Schwester X. hat, äh, `ne Zeitlang im Winter so ein Spiel mitgebracht und hat sich
 381 manchmal, wenn es die Zeit erlaubt hat, äh, mit drei, vier Patienten hingesetzt und
 382 hat dieses Spiel dann gespielt.

383 M. Hmh.

384 PD. Aber ich muss sagen, dass früher, als ich noch gar nicht da war, als einfach nur, was
 385 weiß ich, 30 oder 40 Patienten da waren, da hatten wir ja auch einfach mal Zeit, uns
 386 hinzusetzen und was mit jemandem zu machen, aber dafür ist die Zeit einfach gar
 387 nicht da. Wir schaffen so schon unsere Arbeit nicht. Und deswegen sind so Angebote
 388 super schwierig eben durchzuführen. Weil das, das bedeutet immer, man lässt seinen
 389 Kollegen alleine und der muss dann die ganze Arbeit machen. Wenn es tatsächlich
 390 ruhig ist, kann man das mal machen, aber meistens ist es nicht zu leisten. Ja. Also,
 391 zusammenfassend, es scheitert an der Zeit.

392 M. Hmh. Oder man hat speziell Pflegekräfte, die dann halt quasi nicht im Dienst sind
 393 und die dann ein Angebot anbieten.

394 PD. Genau. Also Schwester Y., zum Beispiel. Die hat ja, ähm, Drama ja immer gemacht.
 395 Als Freizeitangebot.

396 M. Ja. Ja.
397 PD. Ja.
398 M. Das war`s schon.
399 PD. Toll.
400 M. Ja.
401 PD. Das waren schöne Fragen. Die hast Du Dir schön ausgedacht, finde ich.
402 M. Ja, findest Du?
403 PD. Mmh!
404 M. Ja. Vielen Dank, ja. Also ich habe so ein paar Fragen auch ergänzt. Das entwickelt
405 sich ja auch im Gespräch.

Interview 5

- 1 M. Gut, also die erste Frage wäre, welche typischen Verhaltensweisen fallen Ihnen als
2 erstes ein, wenn Sie an Ihre Patienten denken, sowohl positive, wie als auch
3 negative?
- 4 PE. Verhaltensweisen?
- 5 M. Ja, oder Charaktereigenschaften. Oder vom Verhalten. So beides.
- 6 PE. Hm, eh, puh, da muss ich mir erst mal meine Worte zurechtlegen. Was fällt mir als
7 erstes ein? Ne hohe Bedürftigkeit, ja, ähm, auf vielen Ebenen, eben auch körperliche
8 Bedürftigkeiten, sei es Unterstützung bei körperlichen Tätigkeiten, sei es einfach
9 eine Bedürftigkeit nach einer Umarmung. Das finde ich, eh, ist mir immer wieder
10 aufgefallen, dass da großer Bedarf ist. Positiv fällt mir auf, dass, dass eh, zu sehen
11 wie sich die Patienten auch verändern und wenn eben auch, ich sag mal, in
12 Führungsstrichen „weicher werden“ so in dem ganzen Prozess, den sie bei uns
13 durchlaufen. Und negativ, ja, das ist eins von den Themen, die so breit gefächert
14 sind. Ich glaube, negativ ist für mich gewesen, dass ich oft gemerkt habe, dass ich
15 auf meinen normalen Menschenverstand, den ich hier im normalen Leben hab, nicht
16 zurückgreifen kann.
- 17 M. Hmh.
- 18 PE. Das. Dass einfach, dass diese Patienten anders ticken. Und äh, das, was wir heute
19 sagen, hat, für die Patienten hat morgen schon gar keine Gültigkeit mehr. Und das
20 ist, ich sag mal, das ist in einem, das ist in meinem privaten Umfeld z.B. eben anders,
21 und das war für mich so ein bisschen negativ. Dass ich da so lernen musste, mit
22 umzugehen. Mit Aussagen, die sich oft widersprechen.
- 23 M. Ja, und, welche Schwierigkeiten sind Ihnen denn im Umgang schon begegnet und
24 wie konnten Sie diese lösen, oder wie sind Sie vorgegangen?
- 25 PE. Hm, Schwierigkeiten sind natürlich die, einfach die Patienten beim Essen zu
26 begleiten, wenn sie aus dem Speisesaal zu uns kommen, weil sie nicht essen, da ne
27 Motivation hin zu kriegen, die, äh, ja, zumindest für diese eine Mahlzeit erst mal
28 greift. Das ist ja immer nur für den kurzen Moment gedacht. Und immer von einer
29 Mahlzeit zur anderen. Das fand ich schon oft schwierig, diese Balance zu finden
30 zwischen Verständnis, in Führungsstrichen „Mitgefühl und Strenge“.
- 31 M. Hmh.
- 32 PE. Das ist so... eben manchen hilft es einfach, wenn man sagt „so, jetzt geht es hier aber
33 los, und jetzt wird gegessen“ und bei anderen muss man halt einfach viel viel sanfter
34 sein, um sie dann da hinzukriegen, dass sie vielleicht doch noch essen. Und das ist
35 auch im Prinzip so nen, so nen Lösungsansatz für mich gewesen, zu gucken, wo steht
36 diese Patientin oder dieser Patient gerade, was hilft jetzt, bisschen die mütterliche Art
37 rauskehren oder eben tatsächlich, du brauchst Grenzen und die setze ich dir jetzt und
38 bis dahin geht es und denn nicht weiter. Das ist ein, so ein Lösungsansatz gewesen.
- 39 M. Hmh.
- 40 PE. Jo, das glaube ich, so das
- 41 M. Ähm.
- 42 PE. Ja
- 43 M. Fallen Ihnen noch andere Situationen ein, die schwierig waren oder so?
- 44 PE. Ehm... Schwierig ist, äh, hm, ja, das ist ja auch, haha,
- 45 M. Hihi.
- 46 PE. Hahaha. Schwierig ist der Umgang mit Selbstverletzungen, finde ich... weil auch da
47 ja so ein großer Leidensdruck hinter steht, der ja denn ja auch nur für einen kurzen

48 Augenblick gelindert wird, und denn ja auch irgendwie sich innerhalb von kurzer
49 Zeit mehr oder weniger wiederaufbaut und da ist es genau für mich das Gleiche diese
50 Balance zu finden, zwischen Empathie, die ja sowieso da ist, aber eben der Ausdruck
51 davon und auch so einer Gradlinigkeit und eben auch der Versuch die Patienten eben
52 so weit, ähm, durch Skills oder so hinzukriegen, dass, dass sie sich eben nicht selbst
53 verletzen, sondern dass sie lernen zu uns zu kommen und zu sagen, „ich brauche jetzt
54 in irgendeiner Form ne Unterstützung“. Das wäre noch so ein Thema. Das war auch
55 für mich ein großes Thema, irgendwie, Skills. So den Patienten da was zu vermitteln.
56 M. Was ja auch sehr individuell ist, wie jeder so tickt.
57 PE. Hm, hm! Ja ja, und es ist also so ne Situation, wenn jemand ankommt und sagt, „die
58 Therapeutin hat gesagt, Sie haben Skills.“ - „Äh ja, wir haben Skills. Aber was hilft
59 Ihnen denn?“ - „Ja, das weiß ich doch nicht.“ So...
60 M. Ja.
61 PE. Das ist denn. Das ist ne echte Herausforderung, da zu stehen. Die Patientin kommt
62 das erste Mal und ja was braucht sie denn... ein Theraband, nen Gespräch, äh, sie
63 fragt jemand, ne Knete oder oder oder und sich da so ran zu tasten. Weil, das ist ja
64 auch im Moment nicht die Zeit, das richtig in Ruhe zu machen. Sondern jetzt akut
65 muss was passieren.
66 M. Hm.
67 PE. Als Skill. So das, das fand ich, das fand ich auch als Herausforderung.
68 M. Ja, das glaube ich. Ja.
69 PE. Und schwierig. Ja doch schwierig, oder auch schlimm fand ich, wenn wir
70 Zimmerkontrollen gemacht haben, und denn irgendwie versteckt, ähm, das gefunden
71 haben, was die Patienten nicht bei sich behalten wollen. Um mich da ein bisschen
72 vornehm auszudrücken.
73 M. Hmh. Ja.
74 PE. Also das gehört wirklich, fand ich, zu den großen Herausforderungen. Weil ich das
75 natürlich für die Patienten unglaublich schlimm finde, dass sie, ach ja, ihr Gekotztes
76 in Strümpfe tun, oder in ihren BH stecken, oder oder oder, und wir in ihren
77 Privatsachen rumwühlen, um diese Sachen da irgendwie raus zu fischen.
78 M. Ja, das stimmt. Ja... gut. Mit welchen Problemen, Sorgen oder Ängsten wenden sich
79 denn die Patienten im Alltag an Sie?
80 PE. Hm... Oft ist das die häusliche Situation, in die sie zurücksollen oder wollen, wo sie,
81 äh, einerseits wieder zurückwollen, einerseits, andererseits die Eltern sagen, das geht
82 nicht mehr, hm, oder was ich am allerschlimmsten finde, wenn das ganz klar
83 ersichtlich war, dass die Patienten auch zu Hause misshandelt wurden. Dass sie
84 trotzdem so eng an ihr Elternhaus gebunden sind, dass sie unbedingt wieder
85 zurückwollen. Und das, ähm, das war immer so ein Thema auch. Also ich hab mal
86 eine Patientin gehabt, die saß bei mir und weinte, und sagte „Ja, ich habe das ja jetzt
87 erzählt, was mein Papa mir angetan hat, und jetzt reden die Leute im Dorf schlecht
88 über ihn.“
89 M. Hm.
90 PE. Und so was bricht mir dann das Herz.
91 M. Ja.
92 PE. Die Patienten sind so krank geworden, durch das, was ihnen angetan wurde und die
93 haben noch Mitleid mit dem Täter. So, das war für mich so ein schlimmes Erlebnis.
94 Sozusagen.
95 M. Hm.
96 PE. Also, das ist so ein Thema, äh, das andere Thema ist natürlich entweder ich hab
97 abgenommen oder ich hab zugenommen. Beides ist ja gleich schlimm in der

98 essgestörten Klinik. Je nachdem, wo man gerade steht. Das ist natürlich auch ein
 99 Thema, was an den Wiegetagen kommt oder an den Abenden vor den Wiegetagen.
 100 Das ist... großes, breites Thema.
 101 M. Ja hatten Sie denn das Gefühl, dass Sie da auch beruhigen konnten zum Thema
 102 wiegen oder ist das eher schwierig?
 103 PE. Also ich glaube, dass ist für den Moment immer hilfreich gewesen, aber natürlich, da
 104 wir ja auch keine therapeutische Ausbildung haben, nicht, ähm, nicht auf lange Sicht.
 105 Sondern, das geht sozusagen, ich sag mal von Montag zu Montag oder von Montag
 106 zu Donnerstag oder so. Das ist es schon, die Patienten sind, ich sag das immer so
 107 lapidar, ihre Worte los, das heißt, sie konnten sagen, was sie bedrücken, und sie
 108 konnten zuhören, was wir dem entgegensetzen können. Also, in der Regel würde ich
 109 schon sagen, dass das hilfreich war, ja. Auf alle Fälle.
 110 M. Hmh. Gut, dann eine nächste Frage. Ähm, nehmen Sie denn Unterschiede zwischen
 111 Patienten wahr, die sehr stark untergewichtig sind, also BMI < 14 und Patienten, die
 112 über BMI 14 sind?
 113 PE. Hm... Ja, ich glaube schon, habe ich, ähm, dass, so auf die Schnelle... Ich glaube
 114 einfach, wenn die Patienten etwas höher gewichtig sind, dass die auch besser
 115 aufnahmefähig sind. Und zwar im doppeltem Sinne des Wortes. Also aufnahmefähig
 116 im körperlichen Sinne, das heißt, es fällt ihnen partiell schon mal leichter zu
 117 zunehmen, und aber sie können auch, äh, mental besser aufnehmen. Und besser an
 118 den Therapien teilnehmen. Und und und. Das ist so das, was mir auffällt... dass...
 119 alles, was ich sage gilt ja nie für alle. Das ist ja immer im Leben so. Das ist schon
 120 klar.
 121 M. Das ist ja eh individuell.
 122 PE. Hahaha. Ähm. Und das die Untergewichtigen einfach noch anders auf sich und ihren
 123 Körper fixiert sind. Als die, die schon ne gewisse Stufe überschritten haben. Da ist
 124 das noch wichtiger. Also, dass was ich mitgekriegt habe, also dieses auf den Bauch
 125 gucken, und es ist ein Millimeter mehr geworden, oder so, das ist bei den
 126 Niedriggewichtigeren, finde ich, sehr viel ausgeprägter, als bei denen, die schon ein
 127 gewisses Gewicht haben.
 128 M. Ja. Gibt es denn noch irgendwelche Besonderheiten, auf die sie achten müssen, bei
 129 den Niedriggewichtigen oder ist das... kann man das auch mit den Höhergewichtigen
 130 vergleichen vom Verhalten her. Gibt es da irgendwelche großen Unterschiede?
 131 PE. Ne, also, wenn ich das jetzt sozusagen am plus minus BMI 14 festmache...
 132 M. Ja, so ungefähr. Also.
 133 PE. Also. Ja ich weiß. Ich sag ja plus minus. Würde ich das so, würde ich sagen, nicht
 134 unbedingt, man guckt eben immer, wie weit sind die Patienten eben auch
 135 aufnahmefähig für das, was ich Ihnen sage. Können Sie das überhaupt schon
 136 aufnehmen oder sind noch so gefangen in ihrem, in ihrer Essstörung, dass es eh nicht
 137 geht. Was für mich natürlich also immer wichtig war, bei ganz, ganz
 138 Niedriggewichtigen, da ist einfach der Umgang natürlich noch anders, weil man da ja
 139 auch schon teilweise sehr große Ängste hat, dass die, eh, ja einfach irgendwie
 140 Kreislaufzusammenbrüche haben oder... so solche Geschichten. Da ist dann noch
 141 mal ne andere Angst. Aber so bei so plus minus 14, sag ich mal, finde ich das
 142 Handling eher nicht, nicht unterschiedlich, nee.
 143 M. Hmh. Wenn Patienten jetzt körperlich instabil sind, welche Probleme erleben Sie da
 144 vorrangig? Also, auf was müssen Sie da achten?
 145 PE. Bei... die körperlich nicht oder die körperlich stabil?
 146 M. Ne, die instabil sind. Also welche somatischen Probleme gibt es sozusagen?

147 PE. Na, es fängt an äh, mit nem niedrigen Puls, der ja, also gerade der Ruhepuls, der ja
 148 wirklich bedrohlich niedrig ist, das ist ne Kontrolle. Blutdruck ist ja auch oft sehr
 149 niedrig, so dass man schon fast äh, ich sag mal, Elefantenhoren haben muss, um
 150 überhaupt noch nen Blutdruck zu hören.

151 M. Hm.

152 PE. Und, ähm, je nachdem, das ist ja auch sehr verschieden. Wir hatten mal ne Patientin
 153 mit nem BMI von 10, die ist noch Bergsteigen gewesen, was die Patienten können,
 154 eben auch gucken, dass sie beim Aufstehen nicht stürzen, dass sie Kopfkontrolle
 155 haben und solche Geschichten. Da. Das ist das, wo man dann zusätzlich noch gucken
 156 muss.

157 M. Hm. Haben Sie denn das Gefühl, dass es beim Umgang mit Kindern und
 158 Jugendlichen Unterschiede gibt im Vergleich zu Erwachsenen? Also, dass der
 159 Umgang etwas anders ist?

160 PE. Ja. Der Umgang ist sicherlich anders. Der ist ja auch im gesunden Leben anders,
 161 würde ich mal sagen. Ähm, Kinder und Jugendliche, das hab ich ja gemerkt, ich war
 162 ja nun eigentlich immer eine von den alten Schwestern. Ähm, docken sich da
 163 vielleicht auch noch ein bisschen anders an. So in Richtung, hm, mütterlicher
 164 Beistand und zwar in dem Sinne, ohne... ohne, dass ich Anforderungen stelle. Eltern
 165 stellen ja immer Anforderungen.

166 M. Hmh.

167 PE. Und äh das, dass da so ein, so ein Teil abgedeckt wird. Einfach da ist jemand, der ist
 168 alt, der könnte meine Mutter sein, äh, da kann ich vielleicht ja von ein bisschen das
 169 mir holen, was meine Mutter mir nicht geben kann. Und eben ohne, dass ich diese
 170 Forderungen stelle. „Du musst das, du musst das, du musst das.“ Und bei
 171 Erwachsenen ist das dann eher so, dass die mit Problemen kommen, hm ja, mit
 172 Zusammenleben, mit äh, mit beruflichen Sachen und so. Da muss man einfach ganz
 173 andere Gesprächsschienen auch wahrnehmen und aufbauen oder so.

174 M. Gibt es denn Schwierigkeiten mit Kindern und Jugendlichen mit Nähe und Distanz?

175 PE. Äh, sagen wir so, ich glaube, das liegt daran, wie man selber mit Nähe und Distanz
 176 umgeht.

177 M. Ok.

178 PE. Und wenn man das als Schwester nicht kann... die Kleinen sind sicherlich
 179 bedürftiger auch noch. Ich mein, wenn ich mir vorstelle, dass mit 11 Jahren jemand
 180 in eine Rehaklinik kommt, äh, die brauchen sicherlich ne andere Nähe als ne 18-
 181 jährige oder so. Aber als Personal, sage ich mal, muss man schon auch gucken, dass
 182 man da die Balance findet zwischen Nähe und Distanz.

183 M. Hmh. So Unterschiede, so mit der Essstörungserkrankung zwischen Erwachsenen
 184 und Kindern, gibt es da irgendwas, was da auffälliger ist, was eher Kinder und
 185 Jugendliche zeigen? Oder was Erwachsene eher an Symptomen haben oder ist das
 186 gleichzusetzen?

187 PE. Hm. Puh... Gleichzusetzen. Muss ich, jetzt muss ich gerade mal in mich gehen. Ich
 188 bin schon so lange nicht mehr dabei. Hahaha.

189 M. Das macht nichts.

190 PE. Hahaha.

191 M. Gibt ja kein richtig und falsch. Das ist ja nur, was Ihnen einfällt.

192 PE. Hahaha. Ja, jetzt muss ich gerade mal überlegen. Was habe ich denn mit
 193 Jugendlichen... also es gibt sicherlich Unterschiede, das ist ganz klar, aber ich
 194 wüsste die jetzt nicht so aus dem Handgelenk zu benennen.

195 M. Hmh. Ok. Ähm. Dann... Wenn eine Pflegekraft sich bei Ihnen neu vorstellen würde,
 196 um bei Ihnen im Team anzufangen, was für Kompetenzen müsste diese mitbringen
 197 ihrer Meinung nach?

198 PE. Hm... Fängt natürlich an, wo das Wort Kompetenzen schon gefallen ist,
 199 Sozialkompetenzen sind ja unglaublich wichtig, Empathie, mitschwingen, äh, das
 200 sind, glaube ich, ganz große Themen, die einfach ja bei uns auch Vorrang haben. Das
 201 Pflegerische ist ja in der Abteilung eher nicht sehr gewichtet, es wird auch verlangt,
 202 aber es ist nicht so wichtig. Entscheidend ist, glaube ich, tatsächlich ne große
 203 Flexibilität, weil ja auch Situationen innerhalb der Klinik sich von Sekunden
 204 verändern können. Also, auch bei Patienten, was eben noch gut war, ist in der
 205 nächsten Sekunde ne große Katastrophe. Und darauf eben auch adäquat eingehen zu
 206 können... das ist, glaube ich, ne große Voraussetzung. Wobei man das ja im
 207 Bewerbungsgespräch ja auch nicht unbedingt mitkriegt. Ob das funktioniert oder
 208 nicht.

209 M. Ja das stimmt.

210 PE. Hahaha. Aber so aus Voraussetzung für, um das, um da nen guten Job zu machen,
 211 glaube ich, ist das sehr wichtig.

212 M. Hmh. Gibt es bei Ihnen in der Klinik Supervision und wenn ja, finden Sie das gut?
 213 Haben Sie davon profitiert bzw. wie gehen Sie mit Belastungen um, die Sie doch mit
 214 nach Hause nehmen? Also, gibt es so etwas überhaupt? Oder kann man das gut in der
 215 Klinik lassen?

216 PE. Also, jetzt so richtig aus der Vergangenheit, weil ich ja nicht weiß, wie es jetzt ist...?

217 M. Ja, auch aus der Vergangenheit. Das ist vollkommen in Ordnung.

218 PE. Ja, es gab Supervision. Äh, das ist ja nicht öffentlich, was ich sag, ne?

219 M. Nein, nein, alles anonym.

220 PE. Die war, fand ich, nicht besonders geglückt. Äh, der Supervisor war in meinen
 221 Augen ziemlich unfähig und dementsprechend hat mir das überhaupt nichts gebracht,
 222 dahinzugehen. Hm, es gibt, es gab, weiß ich nicht mehr, ne interne Supervision, die
 223 ja auch aber immer so, dass wir das von unserer Arbeit, von unseren Abläufen nicht
 224 hingekriegt haben, dahinzugehen. Hm. So, das ist das. Hm, mit nach Hause nehmen.
 225 Also, ich hab ne halbe Stunde Arbeitsweg, das ist immer schon ziemlich gut. Wenn
 226 man dann einfach sich noch mal sortieren kann und noch mal reflektieren kann, was
 227 war, was hast du alles richtig gemacht, hast du an alles gedacht. Äh, das führt auch
 228 dazu, dass ich auch von zu Hause noch angerufen hab, weil ich noch was vergessen
 229 hatte. Ähm, und natürlich nimmt man was mit nach Hause. Also das, wer sagt, er
 230 nimmt nichts mit nach Hause, ist mir schwer vorstellbar und die Frage ist eben denn,
 231 wie weit lässt man das an sich ran, äh, oder sagt einfach, ok, ich denk jetzt noch mal
 232 an xy und ich find das echt ganz schade, was da jetzt passiert ist oder ich bin traurig,
 233 dass es nicht gefunzt hat oder so. Aber dass ich sozusagen in meine Haustür trete und
 234 überhaupt nicht mehr an die Klinik denke, das ist, das ist nicht so gewesen.

235 M. Hmh. Aber im Laufe der Jahre, die man quasi mit solchen Patienten zu tun hat, wird
 236 es aber wahrscheinlich einfacher, oder? Sodass man damit einen Umgang findet?

237 PE. Ja! Also, ich muss nur dazu sagen, ich war ja auch schon lange vorher berufstätig
 238 und hab auch in der Zeit ja auch schon, schon gelernt ne Distanz zu haben. Und eben
 239 auch zu sagen, das ist Klinik und das nicht. Ich glaube, wenn man relativ jung
 240 darangeht, ist es noch mal anders da so ne, ja Nähe/Distanz hinzukriegen und eben
 241 auch zu sagen, das bleibt jetzt einfach irgendwie in der Klinik und das nehme ich
 242 mit. Aber es macht ne Menge aus, dass man, dass ich das eben auch in der Zeit
 243 vorher schon gelernt hab, Sachen in der Klinik zu lassen.

244 M. Hmh. Das Team ist da wahrscheinlich auch ne gute Unterstützung, dass man sich im
245 Team austauscht?

246 PE. Ja auf alle Fälle. Dazu muss ich ja auch mal eine Lanze für mein ehemaliges Team
247 brechen. Ich finde wirklich, dass es ein tolles Team ist und äh auch sehr
248 unterstützend wirkt. Auf alle Fälle.

249 M. Ja das ist schön.

250 PE. Hahaha. Ich hoffe, das merkt man auch im Umgang untereinander, so, wenn man
251 Patient da ist.

252 M. Auf jeden Fall.

253 PE. Dass es wirklich toll ist. Klar, ich sag mal, Reibereien gibt es immer.

254 M. Das ist ja überall so.

255 PE. Ja, die gehören ja auch dazu, sonst wäre es auch nicht normal.

256 M. Ähm, gibt es denn bestimmte Situationen, die einen, also die einen eher berühren als
257 andere, also wenn Patienten z.B. länger da sind oder wenn Patienten wieder
258 kommen? Oder ist das auch sehr individuell, was man dann so mit nach Hause
259 nimmt?

260 PE. Hm... Also es gibt, glaube ich, immer Situationen, die man auch mit nach Hause
261 nimmt und die auch irgendwie einen begleiten, äh, ich hab z.B. so immer noch die
262 Erinnerung an meine erste Patientin mit nem BMI unter 10. Das weiß ich heute noch.
263 Äh. Und natürlich gibt es auch, so, wenn wir so diese ganz Kleinen aufnehmen. Das
264 geht mir schon immer besonders nahe, wenn ich ne 11-jährige mit ner schweren
265 Essstörung hab. Das muss ich sagen, das, das tut mir wirklich selber auch weh.

266 M. Hmh.

267 PE. Da hab ich schon auch immer so mein Problem, auch sozusagen meine Distanz zu
268 halten.

269 M. Hmh.

270 PE. Wobei es ist sicherlich auch nicht schlimmer, wenn man mit 30 ne Essstörung kriegt.
271 Aber so diese Kleinen, wo ich denke, och Kinder, ihr gehört nach Hause, ihr sollt mit
272 Barbiepuppen spielen und nicht Kalorien zählen und springen und hopsen.

273 M. Ja, das verstehe ich. Ja, vielen Dank, das war schon alles an Fragen

274 PE. Ok.

Anhang 5: Übersicht: Zusammenfassung Inhaltsanalyse

Die Paraphrasen der Zitate wurden im Vorfeld gesondert durchgeführt.

Tabelle 1: Inhaltsanalyse

PK	Zeile	Generalisierung	1. Reduktion	2. Reduktion
A	4	Pat. haben Bewegungsdrang, sind trickreich, lassen Essen verschwinden (auf Toilette)	Bewegungsdrang, trickreich, Essen verschwindet	A1: Pat. sind trickreich. Einige sind motiviert und halten sich an Regeln, was positiv gesehen wird. Ein unterschiedliches Verhalten wird bei verschiedenen Gewichtsstufen nicht wahrgenommen, außer dass Niedriggewichtige mehr diskutieren und weniger Akzeptanz zeigen. PK muss nach Befinden fragen, wegen der Fassade der Pat. A2: Ihnen fällt es schwer, sich selbst an Regel zu halten, essgestörtes Verhalten zu lassen. Müssen von Pflegenden immer wieder darauf angesprochen werden. Pat. haben viele Verstecke, um Essen verschwinden zu lassen. Essen wird in Kleidung und Körperöffnungen entsorgt. Schmieren beim Essen, sitzen nicht korrekt, müssen beaufsichtigt werden. Pat. leiden unter Bewegungsdrang, haben unpassenden Kleidungsstil, können Waschzwang (vermehrt seit Corona) oder andere Zwänge haben.
A	8	Pat. haben eine Fassade, es muss viel nach dem Befinden gefragt werden	Fassade, erfragen des Befinden	
A	11	Unangepasster Kleidungsstil (dünne Arme und Beine werden betont)	Unpassender Kleidungsstil	
A	12	Pat. lassen Essen in Verstecken verschwinden	Verstecke	
A	14	Pat. stecken Essen in Körperöffnungen	Körperöffnungen	
A	17	Es gäbe nichts, was es nicht gibt, um das Essen zu verstecken		
A	22	Einige Pat. strengen sich an, wollen Regeln einhalten, verstecken kein Essen. Ist für Pat. schwierig, vor allem, wenn anderes Verhalten von Mitpat. beobachtet wird	Motivierte Pat., regelkonform, Schwierigkeiten bei neg. Verhalten Mitpat.	
A	28	Manche Pat. fühlen sich von negativem Verhalten der anderen getriggert		

A	30	Erleben der PK ist positiv, wenn Pat. sich an Regeln halten	Positiv -> regelkonform	Pflegende sind zuständig für Körpervisiten, um SV zu verhindern/zu entdecken als erster Ansprechpartner. Wenn Pat. Krisen haben, führen sie Gespräche oder geben dies an Therapeuten/Ärzte ab bei Themen, die die Kompetenz überschreitet (z.B. Suizidgedanken), sofern sie erreichbar sind. PK biete Skills an. Somatische Probleme können sein: niedriger/hoher Puls, Herzrhythmusstörungen, Kreislaufbeschwerden, Verdauungsbeschwerden und Bauchschmerzen. A3: Haben Angst vor Gewichtszunahme, wegen zu viel wiegen, aber auch Angst vor Abnahme, da der Essplan erhöht wird, wenn wöchentliches Gewichtsziel nicht erreicht wird. Am Wiegetag reden sie vermehrt über ihr Gewicht. Wiegen bedeutet für sie großen Stress und verschobene Wiegetage sind kaum auszuhalten für die Pat., Essgestörtes Verhalten von Mitpat. wirkt sich negativ aus, da es triggert. Pat. müssen lernen zu vertrauen, um mit den Pflegenden in Kontakt zu treten. Große Themen sind auch Bauchschmerzen und Verdauung. A4: Kinder/Jugendliche leiden öfter unter Heimweh und sind beschützungsbedürftiger. Der
A	35	Pat. müssen immer wieder auf ihr nicht angebrachtes Verhalten angesprochen werden (Kleiderwahl). Es finden Körper- und Kleidungsvisiten statt, ob Pat. etwas versteckt haben.	Wiederholtes Ansprechen des Verhaltens, Körper- und Kleidungsvisiten	
A	41	Pat. mit Waschzwang waschen sich seitdem Ausbruch des Corona-Virus noch öfter die Hände. Beachtung, dass Pat. Handschuhe tragen und regelmäßig eincremen.	Waschzwang unterbinden, Handschuhe tragen, regelmäßig eincremen	
A	47	Pat. schmieren mit dem Essen bei den Mahlzeiten, wo die Pflege aber nicht dabei ist	Pflege beaufsichtigt keine Mahlzeiten	
A	50	In anderer Klinik war die Pflege bei den Mahlzeiten, um darauf zu achten, dass Pat. vernünftig sitzen und essen	Pat. muss vernünftig sitzen und essen	
A	57	Pflege hat Haupt- und Zwischenmahlzeiten dort betreut		
A	64	Pat. kommen zur Pflege: bei hohem Druck, SV Druck. Wird von PK als gut erlebt, da Pat. auch oft nicht kommen. Körpervisite findet statt, um SV zu entdecken. Pflege geht ins Gespräch, vor allem bei Krisen oder Angebot von Skills.	Hoher Druck, SV Druck, Pat. kommen nicht immer, Körpervisiten bei SVV, Gespräche bei Krisen, Skills	

A	70	Vertrauen muss gewonnen werden, Pat. ziehen sich sonst zurück	Vertrauen gewinnen, sonst Rückzug	Umgang ist anders als zu Erwachsenen. Umgang mit Nähe und Distanz ist individuell, oftmals kein Problem. Elternworkshop ist hilfreich für die Eltern, dass sie mehr Wissen bekommen und sich mit Eltern austauschen können. Auch die Pflege profitiert davon, wenn sie daran teilnimmt. A5: Erfahrungen werden in der Praxis gesammelt. Austausch mit Kollegen und mit verschiedenen Situationen konfrontiert sein, sind lehrreich. A6: Pflegende sollten in dem Bereich einfühlsam sein, Geduld mitbringen, gern reden, gut beobachten können, da die Beobachtung in diesem Bereich intensiver ist, und mit psychischen Erkrankungen arbeiten können. Sie müssen sich abgrenzen können.
A	72	In der Psychosomatik sind Pat. mehr und anders in der Beobachtung als in somatischen Bereichen	Mehr und andere Beobachtung	
A	77	PK ist fasziniert, dass die Pflege in dem Bereich anders agiert und zum therapeutischen Team gehört. Pflege ist zuständig, wenn Ärzte und Therapeuten nicht anwesend sind (im Spätdienst und am Wochenende).	Pflege gehört zum therapeutischen Team Pflege am Wochenende zuständig	
A	83	Suizidgedanken der Pat. oder andere Probleme, die die Pflege nicht lösen kann, werden an Arzt oder Therapeut weitergegeben	Weitergabe von unlösbaren Problemen oder Suizidgedanken	
A	94	Pat. sprechen viel am Wiegetag über ihr Gewicht. Pat. haben Angst vor Zunahme, dass sie zu viel wiegen und vor Abnahme, da dann der Essplan erhöht wird. Stress für Pat.	Pat. Angst vor Zunahme, dick zu werden, Angst vor Abnahme, da Essplan erhöht -> Stress	
A	98	Wenn Wiegetage verschoben werden (z.B. bei Erbrechen) ist das kaum auszuhalten für die Pat.	Wiegetage sind verschiebbar -> Stress	
A	102	Wochenziel für das Gewicht	Wochenziel Gewicht	
A	105	Wochenziel nicht erreicht -> Erhöhung vom Essplan. Pat. erleben dies genauso schlimm, wie eine Zunahme		

A	112	Das verschiedene Gewicht (BMI < 14 oder >14) der Pat. wird nicht mit anderem Verhalten assoziiert	Pat. verhalten sich ähnlich in verschiedenen Gewichtsbereichen	
A	117	Niedriggewichtige diskutieren mehr, zweifeln Gewicht und Größe an		
A	122	Erstes Gewicht zählt, kein zweites Mal wiegen		
A	131	Verdauung, Bauchschmerzen, kein Stuhlgang sind große Themen der Pat. Früher gab es Kümmeltropfen, die abgeschafft wurden, da Pat. darauf fixiert waren	Themen: Verdauung, Bauchschmerzen, kein Stuhlgang	
A	137	Verdauungsbeschwerden		
A	140	Wärmflasche, Aufforderung zur Bauchmassage	Wärmflasche, Bauchmassage	
A	144	Nach dem Essen ist die Verdauung ein Problem		
A	149	Herzschlag oft verlangsamt, Kreislaufbeschwerden, Pat stehen unter Druck. Überwachungszimmer mit Monitor für instabile Pat. z.B. BMI < 12	Herzschlag niedrig oder hoch, Kreislaufbeschwerden, Überwachungszimmer für instabile Pat.	
A	157	Blutdrucktagesprofil	Blutdrucktagesprofil	
A	160	Bei Schwindel Kreislaufkontrolle	Kreislaufkontrolle	
A	164	Oft Herzrhythmusstörungen und erhöhter Puls	Herzrhythmusstörungen	
A	168	PK ist selbst Mutter und empfindet Umgang mit Kindern/Jugendlichen anders als mit	Umgang mit Kindern/Jugendlichen anders:	

		Erwachsenen. Kinder: häufig Heimweh, beschützungsbedürftig. Unterschied!	Durch Heimweh, beschützungsbedürftig	
A	177	Elternworkshop wird als positiv erlebt: Eindruck von den Eltern zu Beginn und am Ende des Workshops, großer Wissensunterschied, viel Austausch der Eltern untereinander	Elternworkshop positiv für Eltern und Pflegende	
A	186	PK konnte was für sich mitnehmen		
A	189	PK hat keine Probleme mit Nähe und Distanz bei Kindern/Jugendlichen. Individuell in der Pflege.	Individuell: keine Probleme mit Nähe und Distanz bei Kindern/Jugendlichen	
A	198	PK für Essstörungen: Einfühlsam, Geduld, mit psychischen Erkrankungen arbeiten können	Einfühlsam, Geduld, Arbeit mit psychischen Erkrankungen	
A	202	Nicht jeder kann sich abgrenzen	Abgrenzung	
A	208	Sachen sollen nicht mit nach Hause genommen werden	Nichts mit nach Hause nehmen	
A	214	PK für Essstörungen: redet gern, beobachtet gut	Gerne reden, gut beobachten	
A	221	Keine extra Fort- und Weiterbildung nötig für Krankheitsverständnis. Selbstfortbildung	Selbstfortbildung, keine Fort/Weiterbildung nötig	
A	229	Praxis lehrreich	Praxis lehrreich	
A	231	Unvorstellbare Situationen begegnen in der Praxis		

A	235	Pat. haben große Angst vor Zunahme, andere Ängste und Zwänge. Praxis lehrt den Umgang damit.	Praxis lehrt den Umgang mit Ängsten und Zwängen	
PK	Zeile	Generalisierung	1. Reduktion	2. Reduktion
B	11	Pat. sind ehrgeizig, sehr kreativ, ehrlich (nicht bei der Anorexie)	Ehrgeizig, kreativ, ehrlich außerhalb der Erkrankung	B1: Pat. sind ehrgeizig, kreativ, ehrlich. Ihr Verhalten ist gewichtsabhängig. Niedriggewichtige sind verstrickter und weniger zugänglich für Ansprache unerwünschtes Verhalten zu lassen. Mit Zunahme wird dies leichter, auch die Kommunikationsprobleme. Pat. können persönlich angreifend werden, dies tun sie aus Wut oder Not und ist nicht persönlich gemeint. B2: Sie verstecken ihr Essen oder haben Bewegungsdrang. Wiederholte Ansprache und Beobachtung ist nötig, dass keine Lücken gefunden werden. Einige verletzen sich selbst. Organisch leiden die Pat. unter Ödemen, Herzkreislaufproblemen, und vor allem unter Verdauungsbeschwerden durch die Wiederernährung. B3: Pat. kommen zu den Pflegenden mit allen organischen Problemen, wo auch ein Arzt nötig sein kann. Psychische Probleme werden dem Therapeuten zugetragen oder ein Kontakt in der Woche tagsüber hergestellt. Sie kommen bei
B	16	Individuell, gewichtsabhängig	Gewichtsabhängig	
B	19	Unterschiede!!		
B	21	Niedriggewichtig sind sehr verstrickt, wenig zugänglich für bestimmte Dinge und für Ansprache. Verhaltensweisen sind schwer zu unterbinden (Bewegungsdrang, Essen verstecken)	Niedriggewichtige verstrickter, weniger zugänglich für Ansprache. Verhalten schwer zu unterbinden	
B	30	Schwer zugänglich Verhalten zu ändern		
B	32	Schwer zugänglich Verhalten selbst zu verändern. Wiederholte Ansprache nötig.	Nicht zugänglich für Selbstveränderung des Verhaltens. Wiederholte Ansprache	
B	36	Bestimmte Dinge müssen wiederholt angesprochen werden, bleiben nicht hängen		
B	39	Vor allem bei Niedriggewichtigen		
B	41	Mit höherem Gewicht einfacher (bei der Essstörung), gibt noch andere Probleme	Wird einfacher bei Zunahme	

B	45	Probleme in der Kommunikation, wird auch einfacher	Kommunikationsprobleme	zwischenmenschlichen Problemen mit Mitpat. oder den Eltern. Bei Schwierigkeiten mit dem Essen u.a. durch Essplanerhöhung wird auch der Kontakt gesucht. Pflegende können überwiegend helfen. B4: Umgang mit Kindern/Jugendlichen ist meist mütterlicher neben dem Kontakt auf Augenhöhe. Er ist anders als zu Erwachsenen. Mutterinstinkte können hervorgerufen werden oder Vergleiche mit eigenen Kindern, wenn Pat. im selben Alter sind. Schwierigkeiten mit Nähe und Distanz in der beruflichen Anfangszeit. Muss gelernt werden, dann verliert sich das. B5: Supervision, Austausch mit anderen Berufsgruppen, gemeinsame Fallbesprechungen sind sehr wichtig. Zur Anfangszeit ist Abgrenzung schwierig, hilfreich ist Austausch, wie Kollegen mit verschiedenen Problemen umgegangen sind. Im Laufe der Jahre wird selten etwas mit nach Hause genommen. Meistens bei schwierigen Situationen oder heftigen Lebenshintergründen der Pat. B6: Pflegende sollten in dem Bereich empathisch sein, Geduld mitbringen, psychisch
B	50	Braucht viel Geduld, Empathie	Geduld, Empathie nötig	
B	53	Professionelle Distanz, nicht persönlich nehmen	Professionelle Distanz, nicht persönlich nehmen	
B	56	Pat. sagen vieles persönlich, jedoch ist das die Wut auf alles und nichts und nicht persönlich gemeint. Muss man verinnerlichen	Pat. sind wütend, wenn sie persönlich werden	
B	66	Strategie: Dinge nicht zu persönlich nehmen bei Schwierigkeiten		
B	69	Pat. sehen und sich nicht angegriffen fühlen		
B	72	Pat. tut es aus Not heraus. Schwer, wenn Pat. nicht zugänglich sind, sie Verhalten ausleben, trotz Ansprache (Bewegungsdrang, Erbrechen). Pat. findet Lücken ohne Beaufsichtigung und wiederholte Ansprache	Pat. macht es aus der Not. Pat. schwer zugänglich Verhalten zu ändern, trotz Ansprache. Finden Lücken ohne Beobachtung	
B	86	Pat. kommen mit Bauchschmerzen, Kopfschmerzen; sie Druck haben sich selbst zu verletzen, sie mit dem Essen nicht klarkommen (bei Erhöhung des Essplans), bei Problemen unter den Pat., bei schwieriger Zimmersituation. Bei Problemen zu Hause, mit den Eltern, der Schule.	Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, SV-Druck, Schwierigkeiten bei Planerhöhung mit Essen, Probleme mit Pat., Eltern, Schule	

B	98	Meist kann gut geholfen werden. Manches lässt sich nicht gleich klären, z.B. wenn es bei organischem einen Arzt braucht	Meistens gute Hilfe möglich. Organisch -> braucht es einen Arzt	gefestigt, Lebenserfahrung haben. Erfahrungen mit essgestörten/ psychisch kranken Pat. ist von Vorteil. Eine Professionalität ist wichtig, um nichts persönlich zu nehmen.
B	101	Bei psychischen Problemen wird der Therapeut geholt oder es an diesen weitergegeben. Abends, nachts, am Wochenende nicht möglich	Therapeut wird informiert oder geholt bei psychischen Problemen (wenn da)	
B	110	Hauptthema: Bauchschmerzen, wegen fast gar keinem Essen mehr vorher. Wiederernährung macht Probleme mit der Verdauung.	Bauchschmerzen, Wiederernährung macht Verdauungsbeschwerden	
B	122	Hauptproblem organisch pflegerisch: Verdauung	Verdauung	
B	124	Häufig auch SV, Weitergabe an Arzt, Ödeme und Herzkreislauf sind auch Themen	Häufige SV, Ödeme, Herzkreislauf	
B	132	Kinder brauchen mehr mütterliche Ansprache, auch auf Augenhöhe, aber anders als mit Erwachsenen -> mütterlicher	Kinder brauchen zusätzlich mehr mütterliche Ansprache als Erwachsene	
B	138	Nicht immer brauchen die Kinder das, dennoch anders mit Kindern	Anders mit Kindern	
B	142	Nähe und Distanz sind hierbei kein Problem mehr. Zu Beginn in der Psychosomatik oder mit Essstörungen schwierig professionelle Distanz zu wahren	Zu Beginn schwierig Nähe und Distanz zu wahren	
B	147	Für Neue ein Fettnäpfchen, schwierig zu Beginn Balance zu finden, bei sich zu bleiben. Muss jeder für sich lernen.	Muss jeder lernen (Nähe und Distanz)	

B	150	Distanz zu wahren schwer, bei besonderem Bezug zur Familie		
B	154	Zu Beginn hätten die Pat. vom Alter die eigenen Kinder sein können, komische Gedanken	Mehr Gedanken, wenn Pat. im Alter von eigenen Kindern sind	
B	158	Mittlerweile sind die jüngsten Pat. so alt wie die Enkelkinder der PK. Distanz dann anders. Vielleicht mehr Mutterinstinkt		
B	168	Kompetenzen und Charaktereigenschaften einer PK:		
B	170	Sehr empathisch, selber sehr gefestigt, keine großartigen Probleme, psychisch wirklich gefestigt, nicht labil, Lebenserfahrung, Erfahrung mit Essstörungen (Psychosomatik) von Vorteil, jedoch nicht immer vorhanden	PK für Essstörungen: empathisch, psychisch gefestigt, Lebenserfahrung, Erfahrung mit Essstörungen von Vorteil	
B	178	Wichtig Empathie! Professionalität! Nicht labil!	Professionalität	
B	187	Supervision wichtig. Hier im Moment keine. Austausch unter Kollegen wichtig	Supervision wichtig	
B	191	Mit allen Berufsgruppen Austausch, gerade mit Therapeuten. Fallbesprechungen mit Ober- und Chefärzten*in. Wichtig andere Sichtweisen zu sehen, um sich nicht zu verrennen	Austausch mit allen Berufsgruppen, Fallbesprechungen, andere Sichtweisen	
B	197	Austausch wichtig, Supervision wichtig		

B	203	Zu Beginn in dem Bereich wird viel mit nach Hause genommen. Gerade dann Austausch mit Kollegen und Supervision wichtig.	Anfangs Abgrenzung schwierig	
B	208	Um von Kollegen zu hören, wie die damit umgegangen sind oder wie überhaupt mit Problemen	Wie gehen Kollegen mit Problemen um	
B	212	PK nimmt nicht mehr viel mit nach Hause. Kennt es anders von der Anfangszeit. Jetzt nur noch in bestimmten Fällen. Lässt sich nicht ganz vermeiden.	Nach vielen Jahren selten, dass Dinge mit nach Hause genommen werden	
B	217	Wenn etwas besonders schrecklich war, oder wenn ein schlimmer Hintergrund vom Pat. bekannt wurde -> wird mit nach Hause genommen	Bei schrecklichen, heftigen Situationen oder dem Hintergrund von Pat.	
B	222	Lässt sich nicht komplett vermeiden		
PK	Zeile	Generalisierung	1. Reduktion	2. Reduktion
C	5	Negativ an Pat.: Manipulieren und Lügen	Manipulieren, lügen.	C1: Pat. manipulieren, lügen und tricksen. Sie sind zielstrebig und genau. Es gibt Unterschiede bei Pat., die einen BMI < 14 haben und Pat., bei denen der BMI >14 ist. Niedriggewichtige manipulieren mehr und es dauert lange bis das aufhört. Bei BMI 10 merkt PK, dass im Moment keine Persönlichkeit,
C	7	Beginn des Arbeitsverhältnisses haben Pat. viel getrickst mit Kleinigkeiten, z.B. Kälte, um Kalorien zu verbrennen	Trickserei mit Kleinigkeiten.	
C	14	PK unsicher, ob Zielstrebigkeit positiv ist	Zielstrebigkeit	
C	17	Positiv an Pat.: Genauigkeit	Genauigkeit	

C	24	Wichtig ist, abschätzen können, was gesagt wird. Kann schnell von den Pat. falsch aufgenommen werden „Guten Appetit“ „Siehst du heute gut aus“	Abschätzen, was man sagt	sondern nur die Anorexie da ist. Diese Pat. sind auch eine große Herausforderung und anstrengend. Wenn sie dann zunehmen, wird vieles leichter: sie sind zugänglicher und aufgeschlossener, man redet nicht mehr gegen eine Wand, die Kommunikation ist besser, und der Charakter wird sichtbar. Dann kann die Therapie auch langsam anfangen. Das ist aber auch unterschiedlich. C2: Als PK muss man abschätzen können, was man sagt, dass es nicht falsch ankommt. Wenn die Pat. persönlich werden, ist das kein Problem für PK, da es ein Job ist und nichts Privates. Man muss sich distanzieren können. PK findet es schwierig bei ambivalenten, sich im Widerstand befindenden Pat. sich durchzusetzen. Allgemein ist da Kreativität gefragt oder man holt sich Hilfe von Ärzten. Man muss überlegen, Strafe fällt schon mal weg. Für PK war es zu Beginn schwierig gleichaltrigen Pat. zu sagen, was sie zu tun haben. Das hat sich für sie komisch angefühlt. Somatische Probleme durch die Anorexie sind: Ödeme, Bauchschmerzen, Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion. Die Probleme werden überwacht und behandelt, teilweise auch in der
C	32	PK kann gut damit umgehen, wenn Pat. persönlich werden. Für sie ist das ein Job.	Kein Problem, wenn Pat persönlich werden. Job!	
C	34	Muss man können, muss sich distanzieren zu können.	Distanz wichtig	
C	42	Bei ambivalenten oder sich im Widerstand befindenden Pat. empfindet PK es schwierig, sich durchzusetzen	Bei ambivalenten Pat. schwieriger sich durchzusetzen.	
C	44	Z.B. Pat. soll essen, „was mache ich, wenn er es nicht tut?“		
C	47	Man kann die Oberärztin dazu rufen. Man muss aber auch selbst überlegen, wie man sich durchsetzen kann	Hilfe rufen oder selbst überlegen.	
C	51	Kreativität ist da gefragt.	Kreativität	
C	53	Strafe als Mittel fällt weg. PK sei keine Mutter oder Vater, wo man das Handy dann wegnehmen kann. Man muss sehen, wie man sich durchsetzt. Für PK war es am Anfang schwierig, da die Pat. oft gleich alt waren. PK ist knapp 25 Jahre.	Strafe als Mittel fällt weg. Anfangs schwierig, da Pat. gleich alt.	

C	59	PK fand es komisch, dass sie als 25 jährige 26/27 jährigen sagt, was sie zu tun und zu lassen haben.	Komisch, Gleichaltrigen zu sagen, was sie tun sollen	MZ, z.B. bei Pat. mit niedrigem Puls. Priorität hat erst mal das Zunehmen. C3: Pat. wenden sich wegen dem Thema Gewicht an die PK. Sie haben Angst vor (zu großer) Zunahme, vor allem dann, wenn sie erhöhen mussten. Oder Pat. kommen mit einer Zahl nicht zurecht oder haben eine Grenze überschritten. Es gibt viele Ängste bei den Pat. Auch wie es weitergehen soll zu Hause. Pat. äußern auch, dass sie keiner mögen würde. PK stellt Ihnen dann die Frage, warum sie denn ihre Mutter mögen würde, auch wenn sie zugenommen hat? Die Pat. wissen darauf oft nichts zu sagen. PK findet, dass die Pat. soweit gut beruhigt werden können. Wenn sie an ihre Grenzen kommt, holt sie einen Therapeuten dazu. C4: Kinder/Jugendliche haben andere Themen, mit denen sie zur Pflege kommen: Heimweh, Freund, Schule (ist blöd). Erwachsene haben Job, Wohnung als Themen. PK findet sich bei Kindern oft in Schwestern/Mutterrolle wieder. Eltern wenden sich bei Besuchen am Wochenende oft an die PK. Eltern sind oft überfordert und fragen nach Hilfestellungen. PK sieht kein Problem darin, die Nähe und Distanz
C	65	An die Pflege wird sich gewandt bei Sorgen/Problemen/Ängsten mit dem Thema Gewicht. Wegen einer Zahl, oder Grenze, die überschritten wurde. Oder wie es zu Hause weitergehen soll. Viele Ängste...	Thema: Gewicht. Zahl/Grenze wurde erreicht. Wie geht's zu Hause weiter? Viele Ängste	
C	71	Gewicht ist generell Thema, nicht nur am Wiegetag, davor und danach. Wenn die Pat. erhöhen müssen, haben diese Angst, dass sie zu sehr zunehmen.	Nicht nur am Wiegetag Thema Gewicht. Angst vor zu großer Zunahme	
C	75	Viele Pat. äußern gegenüber der Pflege, dass sie keiner mögen würde, ohne Begründung warum. PK erwidert darauf, dass die Mutter der Pat. auch zwei kg zugenommen habe, warum sie denn die Mutter mögen würde.	Pat. fühlen sich nicht gemocht. Beispiele, warum Pat. andere denn mögen als Lösungsansatz.	
C	81	Daraufhin sind viele Pat. sprachlos.		
C	88	Pat. können von PK im Großen und Ganzen beruhigt werden, aber sehr unterschiedlich. PK zieht auch eigene Grenzen, da sie kein Therapeut ist. Sie ruft dann den jeweiligen Therapeuten an. Ansonsten sind die Pat. gut aufgehoben.	Beruhigung möglich. Grenzziehung: Therapeut auch mal nötig. Pat. gut aufgehoben.	
C	97	Es gibt Unterschiede bei Pat., die einen BMI < 14 haben und Pat., bei denen der BMI >14 ist. Niedriggewichtige manipulieren mehr und	Unterschiede im Gewichtsbereich. Niedriggewichtige	

		dauert lange bis das aufhört. Bei BMI 10 merkt PK, dass im Moment keine Persönlichkeit da ist.	manipulieren mehr. Keine Persönlichkeit.	bei Kindern/Jugendlichen zu wahren. Es ist für sie ihr Job. C5: Supervision ist gut. Früher 1x die Woche für die Pflege mit Herrn Z., als der noch da war. Reden im Team ist wichtig. Therapeut wird nur dazu geholt, wenn es schwierige Pat. sind, um vom Hintergrund für das Verständnis etwas zu erfahren. Fort- und Weiterbildung ist gut, aber das Meiste lernt man in der Praxis. C6: PK braucht vor allem Empathie, Ruhe und Interesse für die Psychosomatik. Man muss gut zuhören könne und es ist viel reden. PK, die distanzlos sind oder keine Geduld haben und leicht reizbar sind, sind nicht geeignet.
C	100	Da ist nur die Anorexie	Nur Anorexie da	
C	103	Das Gehirn ist da noch stark unterversorgt. Sobald die Pat. zunehmen, merkt PK, das es nicht mehr so anstrengend ist und der Pat. ja ein „lieber“ Mensch ist.	Gehirn unterversorgt. Mit Zunahme Pat. nicht mehr so anstrengend, Veränderung	
C	107	Mit zunehmendem Gewicht kommt der Charakter vermehrt.	Charakter	
C	110	Pat. sind dann zugänglicher und aufgeschlossener	Zugänglicher, aufgeschlossener	
C	112	Man kann dann mit den Pat. besser reden. Am Anfang hat die PK nur gegen eine Wand geredet. Sobald mehr Gewicht da ist, kann die Therapie langsam anfangen.	Mit Pat. kann man besser reden. Therapie langsam möglich	
C	118	Im Regelfall ist es für die PK eine Herausforderung mit Niedriggewichtigen zu arbeiten. Gibt auch Unterschiede.	Herausforderung mit Niedriggewichtigen	
C	123	Somatische Probleme durch die Anorexie sind: Ödeme, Bauchschmerzen, Schilddrüsenüber- oder Unterfunktion. Wenn das Normalgewicht wieder da ist, regelt sich vieles von alleine.	Ödeme, Bauchschmerzen, endokrine Probleme.	

C	129	Auf die somatischen Probleme muss umfangreich drauf geachtet und behandelt werden.	Darauf achten	
C	131	Vor allem Pat. mit hohem Bewegungsdrang haben oft eine niedrige Herzfrequenz. Diese Pat. sind in der MZ zur Überwachung.	Hoher Bewegungsdrang -> oft niedrige HF. Überwachung in MZ	
C	136	Priorität ist zunehmen. Es geht erst um den körperlichen Zustand, bevor die Arbeit losgeht.	Zunehmen! Dann erst Therapie möglich.	
C	140	Bei Kindern/Jugendlichen empfindet die PK es so, als habe sie die Mutter oder Schwesternrolle im Umgang. Pat. haben Heimweh.	Mutter/Schwesternrolle bei Kindern. Heimweh	
C	145	Kinder/Jugendliche haben andere Themen, mit denen sie zur Pflege kommen. PK zieht Vergleich mit sich, dass sie vor ein paar Jahren ähnliche Themen hatte: Mein Freund, Schule (ist blöd).	Andere Themen haben Kinder.	
C	149	Erwachsene haben als Thema eher Wohnung, Job, etc.	Erwachsene: Wohnung, Job.	
C	152	Eltern der Pat. wenden sich oft am Wochenende an die Pflege, wenn sie zu Besuch da sind. Sie fragen nach Hilfestellungen im Umgang mit den Kindern.	Eltern fragen nach Hilfestellungen.	
C	157	Meistens sind die Eltern überfordert mit der Situation.	Überforderung der Eltern	

C	165	PK sieht kein Problem darin, die Nähe und Distanz bei Kindern/Jugendlichen zu wahren.	Kein Problem Nähe und Distanz bei Kindern	
C	167	Für PK ist das ein Beruf, der Job. Da ist nichts Privates. PK möchte keine private Bindung mit den Pat. aufbauen.	Ist ein Beruf	
C	173	PK in diesem Team braucht: Empathie! Und Ruhe. Interesse im Allgemeinen für die Psychosomatik. Ist nicht zu vergleichen mit Tätigkeiten im Krankenhaus.	PK für Essstörungen: Empathie, Ruhe, Interesse für Psychosomatik.	
C	178	Es ist viel reden in dem Bereich.	Viel reden.	
C	183	Neue PK muss gut zuhören können. Man bekommt von den Problemen und Sorgen der Pat mehr mit als in der Somatik.	Gut zuhören können.	
C	192	Nicht gut ist eine PK mit Distanzlosigkeit	Distanzlosigkeit ist schlecht	
C	194	Und nicht gut, wenn diese schnell reizbar ist und keine Geduld hat.	Reizbar sein und keine Geduld ebenso	
C	200	PK findet Supervision gut. Zeitlang gab es eine kleine Supervision als Herr Z. noch da war. Mit ihm wurde sich 1x die Woche zusammengesetzt, um Probleme zu besprechen, womit die Pflege nicht umzugehen wusste.	Supervision ist gut. Früher 1x die Woche für die Pflege mit Herrn Z.	
C	207	Untereinander im Team der Pflege ist wichtig. Das wird auch viel gemacht. Wenn es etwas zu	Reden im Team wichtig. Therapeut wird dazu geholt,	

		besprechen gibt, wird auch mal der Therapeut dazu geholt.	wenn es etwas schwieriges gibt.	
C	216	Meist bei Pat., die schwierig sind und man mit diesen mehr zu tun hat im Vergleich zu anderen. Wenn nicht gewusst wird, was z.B. dahinter steckt (Traumata z.B.). Die Rückmeldung des jeweiligen Therapeuten ist dann gut.	Um Hintergrund zu erfahren vom Pat.	
C	226	Fort- und Weiterbildung empfindet die PK teils teils als wichtig. Vorkenntnisse sind gut, aber das Meiste wird im täglichen gelernt „Learning by doing“.	Fort/Weiterbildung ganz gut, aber lernen tut man in der Praxis.	
PK	Zeile	Generalisierung	1. Reduktion	2. Reduktion
D	8	Pat. haben unglaublich guten Humor und unglaubliche Intelligenz.	Guten Humor, Intelligenz	D1: Pat. haben guten Humor, sind intelligent, haben wenig Selbstbewusstsein, zwanghaft teilweise und haben sich viele Paradigmen und Verhaltensregeln auferlegt. Niedriggewichtige sind verstrickter, kognitiv nicht in der Lage an sich zu arbeiten, kommt einiges noch nicht an. Sollen sich trotzdem ernst genommen fühlen, ist jedoch anstrengender für PK. Es wird am Verhalten gearbeitet, noch nicht an der Psyche. Höhergewichtige werden einzigartiger in ihrer Art, Persönlichkeit wird sichtbar, Therapie dann erst möglich. Bei Fortschritten in der Therapie ist dies im Gesicht
D	11	Unglaublich wenig Selbstbewusstsein. Sie sind dünn...	Wenig Selbstbewusstsein	
D	14	Pat. teilweise zwanghaft, viele Paradigmen aufgebaut.	Zwanghaft, Paradigmen	
D	19	Wahrheiten, die die Pat. sich zurechtgelegt haben, aber nicht der Realität entsprechen.		
D	25	Pat. haben sich viele Wahrheiten und Verhaltensregeln auferlegt, entsprechen aber nicht dem, was sie erreichen wollen. Z.B. „Apfel und Brot darf ich nicht zusammen essen, weil	Wahrheiten und Verhaltensregeln auferlegt.	

		das nicht gut ist.“ „Ich muss mein Essen nach Farben sortieren.“ „Ich muss das und das machen, dass das nicht passiert.“		der Pat. sichtbar, worüber sich die PK freut. Rückschritte treten meist noch auf. PK ist selten auch mal ärgerlich oder genervt. Hängt von innerer Ausgeglichenheit ab. PK ist sich darüber bewusst, dass Pat. nicht anders können, wenn sie sich symptomatisch verhalten.
D	37	Allgegenwärtig an Schwierigkeiten ist für die PK der Druck der Pat. Für PK bedeutet Druck, Emotionen, die schwer auszuhalten sind. Druck ist so ein allgemeines Wort, meint aber meistens anstrengende Emotionen. Negative Emotionen gibt es im Grunde gar nicht, da alle ihren Sinn haben, ob Angst, Neid oder Wut.	Druck = Emotionen, die schwer auszuhalten sind	D2: Druck ist im Alltag viel ein Problem. Druck ist gleichgesetzt mit nicht aushalten können von Emotionen, da Pat. diese nicht annehmen können, was sie zudem erschöpft. PK versucht dem entgegenzusetzen, dass Pat. ok sind, wie sie sind mit allen Emotionen. Manche können es, wenn auch kurz. Wenn die Pat. sich jahrelang eingeredet habe, dass sie nicht ok sind, ist es schwer das zu durchbrechen. Es ist ein Prozess. Wenn Zeit vorhanden ist, mit einem Gespräch dahinter schauen, was macht Druck. Manche Pat. können sich öffnen. Wenn keine Zeit ist, bekommen Pat. Skill. Symptomatisches Verhalten sind Essen wegstecken, Bewegungsdrang, Zwänge.
D	49	Diese Emotionen sind für die Pat. aber sehr anstrengend. Vor allem, wenn sie diese einfach nur aushalten müssen. „Einfach nur“ ist gar nicht so einfach.	Emotionen anstrengend, schwer auszuhalten	Sie sind sehr zäh, haben selten Infekte, PK hat wenig körperliche Pflege, außer Blutzucker messen, etc. Verlegung bei kritischen Blutwerten, z.B. lebensbedrohlich niedriges Kalium, hohe Leberwerte, Elektrolytentgleisungen. Überwacht werden
D	54	Größtes Problem, warum die Pat. nicht mit Druck umgehen können, weil sie dazu Nein sagen. Wenn die Pat. das nicht annehmen, werden die Emotionen bleiben, weil sie beachtet werden wollen. Wenn die Pat. dazu immer Nein sagen, ist das sehr anstrengend, auch von der Energie. Deshalb sind viele Pat. auch erschöpft, können sich das aber nicht eingestehen -> Teufelskreis beginnt.	Pat. nehmen Emotionen nicht an. Sind erschöpft dadurch.	
D	63	PK versucht den Pat. zu sagen, dass sie ihre Gefühle annehmen können, dass sie okay sind wie sie sind mit den ganzen Gefühlen. Dass das, was die Pat. mitbringen vollkommen in Ordnung	Pat. sagen, dass sie Gefühle annehmen können, dass sie ok sind.	

		ist, sie richtig sind. Manche Pat. können es besser annehmen als andere. Manche können es kurz, da ist das schnell wieder weg.	Manche können es (kurz).	können Herzrhythmusstörungen, Bradykardien, Perikarderguss. Pflegerische Angebote scheitern an der Zeit. Sie gehen nur, wenn es ruhig ist. Sonst ist der Kollege alleine mit der Arbeit. Mit einer zusätzlichen PK können Angebote durchgeführt werden.
D	70	Schwieriger ist es bei ambivalenten oder sich im Widerstand befindenden Pat. Wenn die Pat. sich jahrelang eingeredet haben dass sie nicht in Ordnung sind, ist es logisch, dass das nicht lange anhält, wenn eine Schwester das sagt.	Wenn Pat. sich jahrelang einreden, dass sie schlecht sind -> schwieriger	D3: Pat. haben Angst vor Zunahme, vor Planerhöhung, vor Kritik, die sie bekommen könnten, wenn sie nicht mehr unsichtbar sind.
D	76	Andere Probleme/Sorgen sind: Angst vor Zunahme, sich zu spüren, den Plan erhöhen zu müssen, nicht mehr unsichtbar zu sein, was bedeutet von anderen wieder wahrgenommen werden und Kritik bekommen können. Was ein Trugschluss ist. Angst, sich dem Außen stellen müssen, Kritik von außen zu bekommen, nicht in Ordnung zu sein.	Angst vor Zunahme, sich spüren, Planerhöhung, vor Kritik, sich der Welt stellen müssen, nicht mehr unsichtbar sein	D4: Kinder/Jugendliche haben andere Themen. Manche suchen Mutter/Vaterersatz. Jugendliche sind zum Teil reif, holen nach gewisser Zunahme ihre Pubertät nach. Ansprache ist anders, aber respektvoll. Die Erfolgchancen sind besser, da es bei Erwachsenen oft chronisch ist.
D	85	Ob die PK hilfreich für die Pat. ist, ist individuell. Kommt darauf an, ob die PK gerade Zeit hat, sich mit den Problemen des Pat. zu beschäftigen. Wenn keine Zeit ist, wird dem Pat. ein Skill angeboten. Wenn Zeit da ist, kann man reden und sich hinterfragen, was dahintersteckt, warum Druck da ist. Z.B. Pat muss erhöhen. Was steckt dahinter, dass das Druck macht. Tieferes nachfragen ist möglich.	Keine Zeit: Pat. bekommt einen Skill. Mehr Zeit: Angebot eines Gesprächs mit PK, um dahinter zuschauen.	Nähe und Distanz sind selten ein Problem. Es gibt aber auch sehr fordernde Pat, z.B. ständig umarmt werden wollen. Dies muss dann begrenzt werden. D5: Supervision ist wichtig, gab es auch. Im Moment 1x im Monat Teambesprechung der MZ. Manchmal werden andere Abteilungen eingeladen, wenn es Probleme gibt.

D	96	Situationsabhängig. Manche Pat. öffnen sich, nehmen Vorschläge an, manche wollen nur los werden, was sie bedrückt.	Manche Pat. öffnen sich.	Übergreifende Supervision mit mehreren Abteilungen. Großteam mit Abteilungsleitern und Klinikleitung. Supervision nur korrekt für PK, wenn Klinikleitung keinen Anspruch auf Berichterstattung stellt. Moderator darf nur Anstöße geben oder Schwierigkeiten mitteilen. Mittelweg zwischen „etwas mitnehmen“ von der Klinik und “sich davon abgrenzen können“. Manche Pat. kommen einem unvermittelt in den Sinn, z.B. verstorbene oder gut erinnerbare auffällige Pat. Für PK ist es keine Belastung auch mal an Pat. zu denken. PK ist dankbar, wenn Verwandte mitteilen, wenn ehemalige Pat. es nicht geschafft haben, auch wenn es nicht schön ist. Die Klinik ist sehr familiär, es sind nicht nur Pat., man nimmt mehr Anteil an der Entwicklung und dem Verlauf, da die Pat. Monate da sind. Hintergründe der Pat. werden kennengelernt. Das Team ist betroffen, wenn mitgeteilt wird, dass eine Pat. verstorben ist, wer sie kannte. Dies kommt nicht oft vor, obwohl man das denken könnte bei den schweren Fällen. Vieles bekommt man vielleicht aber auch nicht mitgeteilt.
D	99	Manchmal kann kein Ratschlag gegeben werden, was auch ok sein kann. Das ist ein Prozess. Wenn oft genug die Wegbeschreibung ausgehändigt wurde, kann der Weg irgendwann gegangen werden.	Nicht immer Ratschlag geben möglich	
D	105	Manchmal ist PK natürlich auch genervt und ärgerlich. Je ausgeglichener PK ist, desto weniger triggert sie das Verhalten der Pat. PK glaubt aber, auch meistens ausgeglichen zu sein. Aber es gibt Tage, da kommt PK zur Arbeit und es ist Übergabe, wo sie hört, was der und der gemacht hat, dass sie dann denkt „Mensch, reißt euch doch mal zusammen. Das kann ja wohl nicht wahr sein!“ PK ist dann natürlich bewusst, dass die Pat. das nicht machen, um sie zu ärgern, sondern, weil sie in dem Moment nicht anders konnten. Dass PK genervt ist, kommt selten vor. Meistens ist sie sehr empathisch.	PK auch mal genervt und ärgerlich (selten). Ausgeglichenheit ist wichtig. PK ist sich bewusst, dass Pat. nicht absichtlich ärgern.	
D	120	PK nimmt Unterschiede zwischen Niedriggewichtigeren und höhergewichtigen Pat. wahr (BMI < 14 und >14).	Unterschiede je nach Gewicht	

D	123	Je höher das Gewicht, desto mehr kommt die Persönlichkeit zum Vorschein, so einzigartiger werden sie, unabhängig davon, dass jeder einzigartig ist. Bei den Niedriggewichtigeren machen der Körper nur Notfallprogramm -> Charakter, Leidenschaft nicht vorhanden. Nicht wie ein Roboter, aber sie sind dann nicht so, wie sie sonst wären. Wenn sie höhergewichtig sind, entfaltet sich die Persönlichkeit, was total schön zu sehen ist.	Höheres Gewicht: Persönlichkeit, einzigartig, schön zu sehen für PK Niedriges Gewicht: Notfallprogramm	„Hoffnungslose“ Fälle haben es auch geschafft, deshalb sagt PK: „es kann jeder schaffen“! Dafür darf nicht nur an Symptomen gearbeitet werden, sondern die Therapie ist der Schlüssel. Pat. muss sich darauf einlassen. D6: Bei einer PK für diese Klinik sind neben den fachlichen Kompetenzen, menschliche, persönliche Fähigkeiten wichtig. Empathie, sich reinfühlen können, gewisse erzieherische Kompetenz, Konsequenz und Geradlinigkeit sind bedeutend. Dem Pat. muss man offen begegnen und die Probleme thematisieren ohne Anklage und Verurteilung.
D	131	Für PK sind die kognitiven Einschränkungen der Pat. auch sehr anstrengend. Pat. sind der Meinung, dass sie kognitiv ganz normal sind, die Realität zeigt ihnen was Anderes, was aber nicht ankommt. Die Pflege muss sie trotzdem so behandeln, dass die Pat. sich ernst genommen fühlen, auch wenn man weiß, dass das Gesagte nicht ankommen wird.	Kognitive Einschränkungen der Pat. sind anstrengend. Pat. soll ernst genommen werden.	
D	138	PK möchte auch, dass die Pat. sich ernst genommen fühlen.		
D	140	Pat. sind im niedrigen Gewichtsbereich viel verstrickter. PK findet es interessant, dass manchmal so ein Durchbruch gelingt und man schaut denen ins Gesicht, welches komplett anders ist Zunahme wird auch gesehen, PK meint aber, dass der Blick dann aufgeklärter, wacher, ein anderer ist. Sie merkt dann, dass	Niedriges Gewicht: viel verstrickter. Sichtbar im Gesicht, wenn ein Durchbruch gelingt, in der Therapie tut sich etwas. Rückschritte möglich	

		sich in der Therapie wohl etwas getan hat. Das heißt nicht, dass dann alles gut ist. Dann gibt es immer noch Rückschritte und die Pat. verstricken sich anderes. Aber es ist zu sehen, wenn etwas Elementares passiert ist.		
D	156	Menschen im niedrigen Gewichtsbereich sind unheimlich zäh. Der Körper weiß, dass er sich keinen Infekt erlauben darf. Das Immunsystem ist in ständiger Alarmbereitschaft, deshalb bekommen Niedriggewichtige oft keine Infekte, weil das den Tod bedeuten könnte. Mit körperlichen Sachen hat die Pflege wenig zu tun. Blutzucker messen, rund ums Herz und wenn es kritisch wird, wird verlegt.	Pat. mit niedrigem Gewicht sehr zäh, selten Infekte, Immunsystem in Alarmbereitschaft. Wenig körperliche Sachen in der Pflege	
D	167	Wenn das Kalium lebensbedrohlich niedrig ist. Es gab eine Pat., da hat sich die Leber selbst verstoffwechselt. Einer dieser Werte war lebensgefährlich hoch, diese wurde dann verlegt. Pat. kam relativ schnell wieder und der Wert hat sich normalisiert.	Verlegung bei lebensbedrohlichem Kalium. Wenn Blutwerte nicht in Ordnung sind, z.B. gefährliche Leberwerte	
D	174	Verlegung, wenn bei den Blutwerten etwas nicht in Ordnung ist, z.B. wie bei einer Pat, die hatte zu viel vorgetrunken, dass die Elektrolyte so verschoben waren, dass sie gar nicht mehr richtig da war und nichts mehr wahrgenommen hat.	Elektrolytverschiebung vom Vortrinken	

D	182	Überwacht werden Herzrhythmusstörungen, Bradykardien, außer es wird kritisch. Das ist eher selten, es wurde auch noch nie einer mit Perikarderguss verlegt.	Herzrhythmusstörungen, Bradykardien werden überwacht. Noch nie Verlegung Perikarderguss	
D	186	In jedem Gewichtsbereich ist die Psyche allgegenwärtig. Bei den Niedriggewichtigen ist weniger das Körperliche im Vordergrund, sondern das Verhalten. An der Psyche kann man in dem Bereich noch nicht viel machen, aber das Verhalten verändern: Bewegungsdrang einschränken, aufhören zu erbrechen, aufhören vorzutrinken, aufhören wegzustecken.	Bei Niedriggewichtigen weniger der Körper, mehr das Verhalten, was sich ändern soll. Psyche erst im höheren Gewichtsbereich im Vordergrund	
D	194	Erst nach gewisser Zunahme und Normalisierung kann angefangen werden, zu schauen, was dahintersteckt, hinter den Symptomen, dem Verhalten. Im niedrigen Gewichtsbereich ist der Pat. kognitiv noch nicht in der Lage, das zu beantworten.	Pat. nicht in der Lage Ursachen/Gründe zu benennen im niedrigen Gewichtsbereich	
D	201	Themen bei Kindern/Jugendlichen sind anders zu Erwachsenen. Die Erfolgchancen sind anders. Bei Erwachsenen ist es meist schon chronisch und schwieriger, dass sie wieder ein normales Leben führen.	Themen bei Kindern anders. Erfolgchancen besser, da nicht chronifiziert	
D	207	Die Jugendlichen sind schon reif, jedoch im höheren Gewichtsbereich kommen die pubertären Themen. Sie holen ihre komplette	Jugendliche zum Teil reif, zum Teil Nachholen der Pubertät nach Zunahme	

		Pubertät nach. Mit denen wird anders gesprochen, aber ebenso respektvoll.	Respektvolle Ansprache, aber anders	
D	216	In der Symptomatik fällt PK spontan nichts ein, was sich unterscheidet. Ist ähnlich.		
D	220	Es gibt Schwierigkeiten mit Nähe und Distanz bei Kindern/Jugendlichen, jedoch nicht oft. Gerade Pat, die glauben ihre Kindheit verloren zu haben, fokussieren oft eine Person und suchen sich einen Mutter/Vaterersatz.	Selten Probleme mit Nähe/Distanz bei Kindern. Mutter/Vaterersatz manchmal	
D	225	Eine 20jährige Pat. kam sehr oft, um nach einer Umarmung zu fragen. PK empfand das schon sehr penetrant und unangenehm diese Pat. zu umarmen, obwohl sie sonst jeden gern umarmt, der es braucht. Diese Pat. war so fordernd, dass PK das nicht mehr wollte. Sie empfand das distanzlos.	Gibt Pat., die sind sehr fordernd, müssen begrenzt werden. Z.B. ständige Umarmungen	
D	234	Eine Grenze zu ziehen ist nicht schwer, es wurde auch kommuniziert, dass da etwas nicht stimmt, wie der Bedarf der Pat. ist. Die Pat. konnte das sehr schwer annehmen.		
D	239	Sonst sind die Pat. generell nicht distanzlos.		
D	243	Neue PK braucht fachliche Kompetenz.	Fachliche Kompetenz	
D	247	Menschliche, persönliche Fähigkeiten sind gefragt. Empathie ist wichtig.	Menschliche, persönliche Fähigkeiten, Empathie	

D	249	Reinfühle in den Pat. ist wichtig. Man muss zuhören können. Wenn das fachliche soweit gelernt wurde, sind es die menschlichen Fähigkeiten, die wichtig sind. Gewisse erzieherische Kompetenz ist wichtig, konsequent sein können, geradlinig. Gut ist, wenn dem Pat. offen begegnet wird und die problematischen Dinge thematisiert werden ohne anklagend zu sein und mit Respekt. Schnell fällt man in Verhaltensweisen, die nicht ok sind, wie anklagend und verurteilend.	Reinfühlen können, erzieherische Kompetenz, Konsequenz, Geradlinigkeit, dem Pat. offen begegnen, Probleme thematisieren ohne Anklage und Verurteilung	
D	263	Es gab Supervision.	Gab Supervision	
D	267	1x im Monat Teambesprechung der MZ. Wenn es Probleme mit einer bestimmten Person aus einer Abteilung oder der ganzen Abteilung gab, wurden die auch mal eingeladen. Aber selten. Übergreifende Supervision: zwei oder drei Abteilungen sprechen miteinander. PK findet das generell sinnvoll. Sie sieht das Problem nur darin, dass die Klinikleitung über das Ergebnis Bescheid wissen möchte oder gerne dabei wäre. Das ist nicht Sinn der Supervision. Eigentlich soll die Klinikleitung nichts davon erfahren. Der Moderator kann höchstens Anstöße geben, oder sagen, wie der allgemeine Tenor ist oder was das große Problem ist. Aber keine komplette Berichterstattung.	1x Monat Teambesprechung MZ, auch mal mit anderen Abteilungen bei Problemen. Sinnvoll. Klinikleitung soll nicht darüber informiert sein, findet PK. Moderator kann Hinweise geben.	

D	283	PK findet das nicht richtig. Wenn es Dinge gibt, die problematisch sind, passiert trotzdem nichts. Zwischen den Kollegen kann man dadurch nur ein besseres Verhalten bekommen.		
D	289	Es gibt noch das Großteam, wo alle Abteilungsleiter mit der Klinikleitung zusammenkommen. Darin ist die PK nicht involviert.	Großteam	
D	296	Es ist ein Mittelweg zwischen „etwas mitnehmen“ und „sich abgrenzen“. PK kann sich gut abgrenzen, aber dennoch kommen ihr auch in ihrem Privatleben Sachen in den Sinn.	Mittelweg zwischen „etwas mitnehmen“ und „sich abgrenzen“	
D	299	Beispiel Fr. A: sie war eine ganz Bekannte in dieser Klinik, die verstorben ist. Was auch schon klar war, dass sie verstirbt. Obwohl das schon länger her ist, dass sie in der Klinik war, kommt sie der PK öfter in den Sinn. Bei der Pat. hat man die Verzweiflung zwischen Mensch sein und Essstörung so sehr gesehen. Naturell war sanftmütig, grazil, anmutend, höflich, einfach nur lieb... ihre Essstörung war scheiße. Die hat sie Dinge machen lassen, die hätte sie von ihrem Naturell nie gemacht. Z.B. weglaufen oder anderen in die Schuhe kotzen.	Bsp.: Fr. A. bekannte Pat, die verstorben ist, kommt ihr öfter in den Sinn. Auffällig im Verhalten.	

D	311	Bei der Pat. hat man diese zwei Seiten sehr gesehen. Manchmal kommen der PK Patienten in den Sinn, mit denen sie emotional verbunden ist. Das erlebt sie nicht als Belastung. Es ist nicht so, dass sie im Auto sitzt und denkt, oh je das und das ist aber schlimm.	Pat. kommen in den Sinn, wenn emotional verbunden. Keine Belastung	
D	318	Unvermittelt kommt das PK in den Sinn. Z.B. auch B.C, da hätte niemand glaubt, dass sie ihren Weg gehen wird. Mensch, ist das toll!	Kommt unvermittelt	
D	322	Man freut sich für die Pat. Es gibt immer ein Beispiel. Wie oft wird gesagt, die und die sind nicht zu retten. B.C. ist für PK ein Beispiel dafür, dass es jeder schaffen kann.	Freude für Pat. die es schaffen. Es können alle schaffen! Auch wo man es nicht geglaubt hat	
D	327	Das ist dann nicht alles gut. Wenn nur an den Symptomen gearbeitet worden wäre, wäre das nichts geworden. Das geht nur durch Therapie und dass die Pat. sich darauf einlassen.	Nicht nur an Symptomen arbeiten, Therapie ist wichtig! Pat. muss sich einlassen	
D	336	Das Team ist sehr betroffen, wenn sie von dem Tod einer ehemaligen Pat. erfahren. Bei denen, die sie kannten. Z.B. D ist verstorben, die eine der schönsten Pat. war, die mal in der Klinik waren. Sie hat mit sich und ihrem Körper wie kein anderer gehadert. Intensiv war sie vor 2,5/3 Jahren in der Klinik und 1 Jahr später kurz, weil es nicht voran ging. Vor ein paar Wochen hat die Pflege dann erfahren, dass sie verstorben ist.	Team ist sehr betroffen, wenn ehemalige Pat. versterben und sie die gekannt haben.	

		Die sie kannten waren bestürzt, die anderen nicht.		
D	348	Es ist heftig, wenn man so etwas hört, da es in der Klinik sehr familiär ist und es nicht einfach nur Pat. sind. Je länger die Pat. da sind, desto mehr erfährt man von ihrem Schicksal. Das ist nicht wie im Krankenhaus, wo man nach einem Bruch nach 10 Tagen wieder geht. Die Pat. sind Monate in der Klinik.	Familiär in der Klinik, Pat. sind Monate da, man bekommt viel mit. Sind nicht nur Pat.	
D	355	Es wird mehr Anteil genommen an dem Verlauf und Entwicklung. PK findet es rücksichtsvoll und „nett“, dass die Angehörigen die Klinik informiert, in der die verstorbenen Pat. waren.	Mehr Anteilnahme an Verlauf und Entwicklung. Angehörige informieren Klinik, wenn Pat. es nicht geschafft hat.	
D	361	PK möchte wissen, wenn es jemand nicht geschafft hat, auch wenn es traurig ist.	PK ist es wichtig vom Tod zu erfahren, auch wenn unschön	
D	364	Es kommt nicht oft vor. Obwohl man denken könnte, bei den Pat., die so in der Klinik sind und sich nicht mit dem Konzept anfreunden können und sich entlassen. Da erfährt man es vielleicht nicht, ob sie es nicht geschafft haben.	Kommt nicht oft vor, obwohl sehr schwere Fälle in der Klinik sind. Alles bekommt auch vielleicht nicht mit, wenn es nicht gemeldet wird.	
D	372	ZB. Eine Patienten Anfang 40. In guten Zeiten Filialleiterin einer Bäckerei, war in der Klinik zum Personal und den Pat. so kratzbürstig und es war so schwer mit ihr. Da ist es schwer einzuschätzen, ob sie wohl noch lebt, da sie		

		nichts annehmen konnte. Sie wollte auch nicht, das ist dann schwer.		
D	384	Pflegerische Angebote, wenn es die Zeit erlaubt. Schwester X hatte manchmal ein Spiel dabei und spielte mit den Pat. Früher als die PK noch nicht da war, und es nur 30-40 Pat. waren, da hatte die Pflege mehr Zeit sich mit den Pat. hinzusetzen und etwas zu machen. Dafür fehlt jetzt die Zeit. So wird die Arbeit schon kaum geschafft. Ein Angebot durchzuführen ist schwierig, weil in der Zeit die Kollegin alleine ist. Wenn es ganz ruhig ist, geht es schon mal. Es scheitert an der Zeit.	Pflegerische Angebote scheitern an der Zeit. Gehen nur, wenn es ruhig ist. Kollege sonst alleine mit der Arbeit.	
D	398	Oder die Pflege kommt extra zusätzlich. Wie z.B. Schwester Y, die Dramatherapie angeboten hat.	Extra Angebote von PK zusätzlich möglich	
PK	Zeile	Generalisierung	1. Reduktion	2. Reduktion
E	6	Pat. haben eine hohe Bedürftigkeit auf allen Ebenen, auch Unterstützung bei körperlichen Tätigkeiten. Großer Bedarf nach einer Umarmung. Positiv fällt PK auf, wie Pat. sich verändern, „weicher werden“ im gesamten Prozess, den sie durchlaufen. Negativ ist breit gefächert. Negativ für PK war, dass sie nicht auf den normalen Menschenverstand zurückgreifen konnte, wie im normalen Leben.	Hoge Bedürftigkeit auf allen Ebenen. Großer Bedarf nach Umarmung. Positiv, dass Pat. weicher werden. Negativ: auf normalen Menschenverstand kann nicht zurückgegriffen werden.	E1: Pat. haben eine hohe Bedürftigkeit auf allen Ebenen, vor allem nach Umarmungen. Es ist positiv, dass Pat. weicher werden im Prozess. Pat. ticken anders, deshalb kann der normale Menschenverstand nicht benutzt werden, was negativ gesehen wird. PK musste lernen mit den widersprüchlichen Aussagen der Pat. umzugehen.

E	18	Pat. ticken anders. Was PK sagt, hat für die Pat. morgen schon keine Gültigkeit mehr. Das ist privat anders. Sie musste lernen damit umzugehen, dass Aussagen sich widersprechen.	Ticken anders. Aussagen widersprechen sich.	Untergewichtigere Pat. sind noch mehr auf den Körper fixiert, schauen auf den Bauch. Das Verhalten ist nicht unbedingt zu Pat mit BMI >14. Es wird individuell geschaut, wie verstrickt der Pat. in die Anorexie ist, was schon geht.
E	25	Schwierigkeiten gab es bei der Begleitung der Pat. beim Essen, wenn diese aus dem Speisesaal kamen, weil sie dort nicht essen wollten. Es muss eine Motivation beim Pat. für diese eine Mahlzeit erreicht werden. Das ist immer nur kurz, von einer Mahlzeit zur nächsten. PK fand es schwierig, die Balance zu finden zwischen Verständnis, Mitgefühl und Strenge.	Schwierigkeiten bei der Begleitung beim Essen, wenn Pat. im Speisesaal nicht aßen. Motivieren! Schwierig Balance zu finden, zwischen Verständnis und Strenge.	Höhergewichtiger sind aufnahmefähiger beim Zunehmen und mental. Die Therapien wirken besser, auch das ist individuell. Es gibt mehr Ängste wegen möglichen Kreislaufzusammenbrüchen, aber das Handling an sich ist nicht unterschiedlich. Es wird darauf geachtet, dass Pat. nicht stürzen. Es gibt aber auch Pat., die mit BMI 10 noch Bergsteigen konnten.
E	32	Manchmal hilft es klare, konkrete, deutliche Ansagen zu machen, bei anderen muss man sanfter sein, dass sie essen. Für PK war es ein Lösungsansatz abzuschätzen, wo der Pat. gerade steht und was ihm helfen könnte. Mütterliche Art oder klare Grenzen.	Klare, konkrete, deutliche Ansagen oder mütterliche Art. Abschätzung	E2: Schwierigkeiten gibt es bei der Essensbegleitung, wenn Pat. aus dem Speisesaal kommen, weil sie dort nicht essen wollten. Der Pat. muss von Mahlzeit zu Mahlzeit motiviert werden. PK muss eine Balance finden zwischen Mitgefühl und Strenge. Sie muss herausfinden, ob der Pat. eher die mütterliche Art braucht oder klare Ansagen und Grenzen. Schwierig ist der Umgang mit SV. Beim Pat. steht dahinter viel Leidensdruck, der nur für den kurzen Moment gelindert wird und sich innerhalb kurzer Zeit von neuem aufbaut. Dort ist ebenfalls eine Balance wichtig zwischen gezeigter Empathie und Gradlinigkeit. Es ist wichtig, dass die Pat. sich
E	47	Für PK war der Umgang mit SV auch schwierig. Beim Pat. steht dahinter viel Leidensdruck, der nur für den kurzen Moment gelindert wird und sich innerhalb kurzer Zeit von neuem aufbaut.	Schwierig Umgang mit SV. Großer Leidensdruck dahinter. Nach Linderung, schnell wieder da	
E	51	Da muss die Balance gefunden werden, zwischen Empathie (die eh da ist) ausdrücken und Gradlinigkeit. Pat. mit Skills soweit zu bekommen, dass sie sich nicht selbst verletzen und lernen, sich bei der Pflege zu melden, dass	Balance zw. Empathie und Gradlinigkeit. Skills, dass keine SV auftreten und Pat. sich an Pflege wenden, wenn sie Hilfe brauchen. Sehr	

		sie Unterstützung brauchen. Es ist sehr individuell, es ist schwierig Skills zu vermitteln.	individuell, welche Skills helfen.	nicht mehr verletzen, dafür werden Skills genutzt. Pat. müssen auch lernen sich bei der Pflege zu melden, wenn sie Unterstützung brauchen. Wenn Pat. das erste Mal Skills ausprobieren, ist es eine Herausforderung für PK in der akuten Krise schnell etwas zu finden, was dem Pat. hilft, da der Pat. dies oft selbst nicht weiß. Für die PK sind Zimmerkontrollen eine der größten Herausforderungen, da in den persönlichen Sachen der Pat. gewühlt wird. Erbrochenes wird im BH und im Strumpf gefunden. Pflegerisch gibt es hauptsächlich Blutdruckkontrollen oder ähnliches. Der Puls und der Blutdruck sind niedrig bei den Pat. E3: Pat. kommen zur Pflege mit Sorgen wegen der häuslichen Situation, in die sie zurücksollen oder wollen. Oder wenn Eltern ihre Kinder nicht mehr zurücknehmen, weil sie das nicht mehr tragen können. Für PK war es am allerschlimmsten, wenn ersichtlich wurde, dass Pat. misshandelt wurden. Oder wenn Pat, die deshalb krank geworden sind, Mitleid mit ihrem Täter haben.
E	59	Z.B. Pat. kommt und weiß nicht, was ihm an Skills hilft.		
E	63	Es ist eine Herausforderung für PK, wenn der Pat. das erste Mal kommt und geschaut werden muss, was hilft: Theraband, Knete, Gespräch... Man muss sich innerhalb kurzer Zeit herantasten, weil in dem Moment nicht die Zeit ist, das in Ruhe zu machen, wenn es akut ist.	Herausforderung, wenn Pat. das erste Mal kommt und nicht weiß, was ihm hilft. In der Kürze muss dies herausgefunden werden.	
E	71	PK fand Zimmerkontrollen bei den Pat. auch als schwierig. Das versteckte Erbrochene der Pat. wurde dann gefunden.	Zimmerkontrollen schwierig	
E	76	PK empfand das eine der größten Herausforderungen. Für die Pat. empfindet PK das als unglaublich schlimm in den Privatsachen zu wühlen und Erbrochenes im Strumpf oder im BH zu finden.	Eine der größten Herausforderungen. Unglaublich schlimm, im Privaten zu wühlen und Erbrochenes zu finden.	
E	82	Sonstige Probleme/Sorgen/Ängste ist oft die häusliche Situation, in die Pat. zurücksollen oder wollen und die Eltern das nicht mehr tragen wollen. Am allerschlimmsten war für die PK, wenn ersichtlich wurde, dass Pat. misshandelt wurden.	Themen: Häusliche Situation, wo es wieder hingeht oder Eltern nehmen Kinder nicht mehr zurück. Misshandlung.	

E	92	Es bricht der PK das Herz, wenn z.B. die Pat. auch noch Mitleid mit ihrem Täter haben, dass Gerede im Dorf über ihn ist, obwohl er ihr so viel angetan hat und krank geworden ist. War für die PK ein schlimmes Erlebnis.	Schlimmes Erlebnis für PK, wenn Pat. Mitleid mit dem Täter haben. Nimmt PK mit.	Für die Pat. ist das Thema Gewicht schwierig, vermehrt an den Wiegetagen oder den Abenden davor. Zunahme und Abnahme ist für die Pat. gleich schlimm. Die Unterstützung für die Pat. ist kurzfristig hilfreich, hält meist aber nur von Wiegetag zu Wiegetag. Pat. können los werden, was sie bedrückt und haben ein Gegenüber. Langfristig braucht es eine therapeutische Ausbildung.
E	98	Weiteres Thema: Entweder zugenommen oder abgenommen. Beides gleich schlimm für die Pat., je nachdem wo sie stehen.	Gewichtszunahme oder Abnahme. Beides gleich schlimm für Pat.	
E	101	Das Thema ist vermehrt an den Wiegetagen oder den Abenden davor.	Vermehrt an Wiegetagen und Abenden davor.	E4: Umgang mit Kindern/Jugendlichen ist anders. Oftmals binden sie sich an ältere Schwestern und suchen einen Mutterersatz, der ihnen das gibt, was sie von zu Hause nicht bekommen haben. Zudem werden keine Anforderungen an sie gestellt, wie Eltern das tun. Erwachsene kommen mit Problemen beim Zusammenleben, mit beruflichen Dingen, etc. Das ist schon eine andere Gesprächsführung. Probleme mit Nähe und Distanz bei Kindern/Jugendlichen ist abhängig davon wie die jeweilige PK selbst damit umgeht. Da muss eine PK eine Balance finden und eine 11jährige braucht eine andere Nähe als eine 18jährige. Im Verhalten gibt es Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen.
E	105	Für einen kurzen Moment ist die pflegerische Unterstützung sicherlich hilfreich, aber nicht auf lange Sicht wegen fehlender therapeutischer Ausbildung. Es geht z.B. von Mo zu Mo oder von Mo zu Do. (Von Wiegetag zu Wiegetag) Pat. konnten dann das loswerden, was sie bedrückt, Pat. können zuhören, was die Pflegenden dem entgegengesetzt. In der Regel schon hilfreich.	Kurz ist die Hilfe gut, nicht lang. Von Wiegetag zu Wiegetag. In der Regel ist die Unterstützung hilfreich für die Pat. Dinge loswerden, etc.	
E	115	Wenn Pat. höhergewichtig sind, sind sie aufnahmefähiger. Das im doppelten Sinne: beim Zunehmen und mental. Pat. können besser an den Therapien teilnehmen. Gilt nicht für alle, immer individuell.	Höhergewichtigere sind aufnahmefähiger beim Zunehmen und mental. Therapien gehen besser. Individuell.	
E	124	Die untergewichtigeren Pat. sind noch anders auf den Körper fixiert, als die, die eine gewisse	Untergewichtigere sind mehr auf den Körper fixiert.	

		Stufe erreicht haben. In dem Gewichtsbereich ist dies viel wichtiger. Pat. schauen mehr auf ihren Bauch, wie viele Millimeter er mehr geworden ist. Viel ausgeprägter bei den Untergewichtigeren.		E5: Es gab Supervision. Generell ist das gut, wenn der Supervisor fähig ist und man zeitlich hingehen kann. Das Team ist sehr toll und unterstützend.
E	136	Das Verhalten ist nicht immer unbedingt anders bei etwa BMI <14 und >14. PK schaut individuell wie aufnahmefähig der Pat. ist. Geht das schon oder ist er noch zu gefangen/verstrickt in der Anorexie. Bei Niedriggewichtigen ist der Umgang anders, es gibt mehr Ängste wegen möglichen Kreislaufzusammenbrüchen, aber das Handling an sich ist nicht unterschiedlich.	Das Verhalten ist nicht immer anders. Wie aufnahmefähig ist der Patient? Geht das oder noch zu verstrickt in die Anorexie? Ängste wegen Kreislaufzusammenbrüchen.	PK kann es sich nicht vorstellen, dass jemand sagt, er nehme nichts mit nach Hause. PK nutzt ihren 30minütigen Heimweg, um sich zu sortieren und zu reflektieren, ob sie alles richtig gemacht hat und an alles gedacht hat. Ggf. ruft sie in der Klinik noch mal an. Sie denkt auch nach Betreten der Haustür auch mal an die Klinik. Wie weit man etwas an sich ranlässt und auch akzeptiert, dass man an xy denkt, etwas einen traurig macht oder etwas schade findet, was nicht geklappt hat. Durch vorherige lange Berufserfahrung hat PK gelernt damit umzugehen und eine Distanz zu bekommen. Es braucht Zeit und Erfahrung, um entscheiden, zu können, „das lasse ich in der Klinik“ und „das nehme ich mit“. Es gibt immer Situationen, die man eher mitnimmt. PK hat Probleme die Distanz zu wahren, wenn ganz Kleine mit einer schweren Essstörung aufgenommen werden. Oder PK erinnert sich heute noch an ihre erste Pat. mit BMI <10.
E	150	Somatische Probleme: niedriger Puls, Ruhepuls bedrohlich niedrig, Blutdruck niedrig, kaum hörbar -> Kontrollen.	Niedriger Puls, Blutdruck	
E	155	Sehr verschieden. Gibt auch Pat., die waren mit BMI 10 noch Bergsteigen. PK achtet beim Aufstehen darauf, dass Pat. nicht stürzen, dass sie Kopfkontrolle haben, etc.	Pat sind unterschiedlich. Eine konnte noch Bergsteigen mit BMI < 10. Sturzgefahr kontrollieren.	
E	163	Umgang mit Kindern/Jugendlichen ist sicherlich anders. PK ist schon älter, da docken diese sich eher an für mütterliche Unterstützung, ohne dass Anforderungen an sie gestellt werden, wie bei den Eltern.	Umgang mit Kindern anders. Mütterliche Unterstützung ohne Anforderungen durch PK.	

E	170	Jemand könnte die Mutter sein und Pat. können sich da etwas holen, was sie nicht von den Eltern bekommen. Und ohne Anforderungen: „Tu dies...“ Erwachsene kommen z.B. mit Problemen wie Zusammenleben, mit beruflichen Dingen. Ganz andere Gesprächsführung.	Pat. holen sich, was sie nicht bekommen haben. Erwachsene: Zusammenleben, berufliche Dinge. Andere Gesprächsführung.	E6: Sozialkompetenzen sind sehr wichtig bei einer neuen PK. Empathie, mitschwingen können, eine große Flexibilität, da die Situationen sich in Sekunden ändern können und adäquat darauf eingehen können. Pflegerisches ist nicht entscheidend.
E	178	Nähe und Distanz bei Kindern/Jugendlichen ist so problematisch oder auch nicht, je nachdem wie man selbst damit umgeht.	Nähe und Distanz bei Kindern unterschiedlich problematisch.	
E	181	11jährige brauchen eine andere Nähe als 18jährige und sind auch bedürftiger. Man muss eine Balance finden mit Nähe und Distanz.	Auch Unterschiede von Nähe zwischen Kinder und Jugendlichen	
E	195	PK findet, dass es Unterschiede gibt im Verhalten zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen, spontan fällt ihr kein Beispiel ein.	Unterschiede im Verhalten von Kindern und Erwachsenen.	
E	201	Neue PK braucht: Sozialkompetenzen sind unheimlich wichtig: Empathie, mitschwingen können -> haben Vorrang. Pflegerisches ist in dem Bereich nicht so gewichtet, wird auch verlangt, ist aber nicht entscheidend. Große Flexibilität, da sich die Situationen in Sekunden verändern können. Was eben gut war, ist im nächsten Moment eine Katastrophe für den Pat. Darauf adäquat eingehen können -> große Voraussetzung. Aber das sieht man nicht unbedingt im Bewerbungsgespräch.	PK für Essstörungen: Sozialkompetenzen wichtig. Empathie. Pflegerisches nicht entscheidend. Große Flexibilität, ändert sich schnell etwas. Adäquat darauf eingehen können.	

E	213	Um einen guten Job zu machen, sehr wichtig.		
E	223	Es gab Supervision. Für PK war der Supervisor unfähig, deshalb hat es ihr nichts gebracht. Oder man konnte nicht hingehen, weil es arbeitstechnisch nicht möglich war.	Gab Supervision. Supervisor muss fähig sein. Möglichkeit der Teilnahme	
E	228	Zum Thema mit nach Hause nehmen: PK hat 30 min Heimweg und findet es gut, weil sie sich da sortieren und reflektieren kann, ob sie alles richtig gemacht, an alles gedacht hat. Führt auch dazu, dass PK in der Klinik noch mal anruft, wenn sie etwas vergessen hat. Natürlich nimmt sie etwas mit nach Hause. Für sie ist das schwer vorstellbar, wenn jemand sagt, er nehme nichts mit nach Hause. Und wie weit lässt man das an sich ran. Oder akzeptiert, dass man noch mal an xy denkt oder dass man traurig ist, weil etwas nicht geklappt hat oder es ist schade, was da passiert ist. Bei PK ist es nicht so, dass sie in ihre Haustür tritt und nicht mehr an die Klinik denkt,	Heimweg wird genutzt, sich zu sortieren und reflektieren, nichts vergessen? Es wird auch mit nach Hause genommen. Schwer vorstellbar für PK, dass einer das nicht tut. Akzeptanz, dass man traurig ist oder etwas schade findet.	
E	241	PK findet, dass es einfacher wird im Laufe der Jahre einen Umgang damit zu finden. PK war vorher schon lange berufstätig und hat gelernt eine Distanz zu haben. Und zu sagen „das ist Klinik und das nicht“. PK glaubt, dass wenn man noch relativ unerfahren ist, wäre es etwas Anderes mit Nähe und Distanz so umzugehen,	Im Laufe der Jahre einfacher, Umgang zu finden. Berufserfahrung hilft zu lernen, Dinge in der Klinik zu lassen oder mitzunehmen.	

		dass derjenige entscheiden kann „das wird mitgenommen, das bleibt hier“. Für PK macht das viel aus, dass sie vorher schon gelernt hat, Dinge in der Klink zu lassen.		
E	250	Das Team ist eine gute Unterstützung und ist für PK auch ein tolles Team, das sehr unterstützend ist. PK hofft, dass das im Umgang untereinander als Patient auch spürbar ist.	Team ist toll und gute Unterstützung	
E	257	Reibereien gibt es auch		
E	259	Gehören dazu, wäre sonst nicht normal	Reibereien gehören dazu.	
E	264	Es gibt immer Situationen, die eher mit nach Hause genommen werden und auch begleiten. PK erinnert sich noch heute an ihre erste Pat. mit BMI < 10. Oder wenn ganz Kleine aufgenommen werden. PK geht das besonders nahe, wenn 11jährige eine schwere Essstörung haben. Das tut ihr selber weh.	Manche Situationen werden mehr mit nach Hause genommen. Erste Pat. mit BMI <10 oder ganz junge Pat.	
E	272	PK hat da schon Probleme die Distanz zu halten.	Schwer Distanz zu halten.	
E	275	Wobei es sicherlich auch nicht schlimmer ist, als mit 30 eine Anorexie zu bekommen. Für die PK „gehören die Kinder nach Hause und sollen spielen und nicht Kalorien zählen“.		

Anhang 6: Systematische Literaturrecherche

Tabelle 2: Literaturrecherche in Pubmed

Nr.	Suchbegriffe	Treffer
1	Anorexia nervosa	16275
2	#1 AND nurse	545
3	#2 AND nursing	545
4	#2 AND qualitative	41
5	#2 AND nursing AND eating disorders	526
6	Anorexia nervosa AND nursing	204
7	#6 AND caring	25
8	#6 AND to care	198
9	#3 AND problem AND relationship	0
10	#3 AND problem AND contact	0
11	#3 AND problem AND approach to	0
12	#3 AND problem AND work with	0
13	#3 AND problem AND eating disorders	6
14	MESH „anorexia nervosa/nursing“ AND qualitative	11
15	MESH „anorexia nervosa/nursing“ AND to care	84
16	MESH „anorexia nervosa/nursing“ AND caring	19
17	#1 AND nurs* AND #4	41
Treffer: Jahr 2000-2020		102

Tabelle 3: Literaturrecherche in Cochrane

Nr.	Suchbegriffe	Treffer
1	Anorexia nervosa	1136
2	#1 AND nurse	23
3	#1 AND nursing	35
4	#2 AND nursing	10
5	To care OR caring	244052
6	Relationship OR contact	102337
7	To work with OR approach to	44082
8	Eating disorders	3368
9	Qualitative	14479
10	Anorexia nervosa AND qualitative	47
11	#4 AND #9	5
12	#5 AND #6 AND #7 AND #11	5
13	Anorexia nervosa OR #8	3958
14	#13 AND nurse AND nursing	10
15	#14 AND #5 AND #6 AND #7 AND #9	5
Treffer: Jahr 2000-2020		140

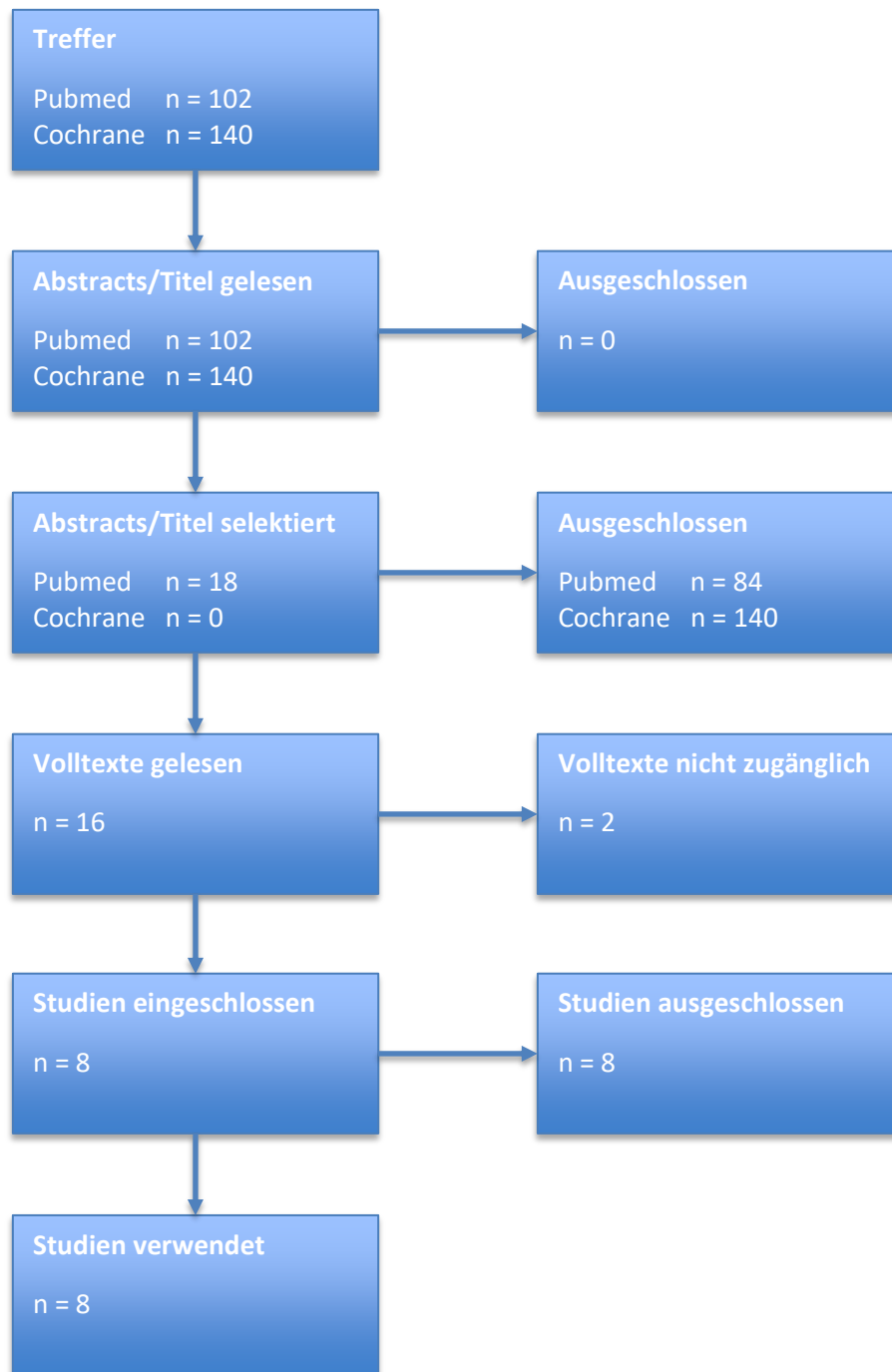


Abbildung 2: Flowchart der Literaturrecherche (eigene Darstellung)

Anhang 7: Eingeschlossene Studien und Forschungsarbeiten

Tabelle 4: Eingeschlossene Forschungsarbeiten

Autor	Studie	Jahr
Beukers, Laura et al.	Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions	2015
King, Susan J.; de Sales Turner	Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective	2000
Ramjan, Lucie Michelle	Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa	2004
Ramjan, Lucie Michelle; Gill, Betty I.	An Inpatient Program for Adolescents with Anorexia Experienced as a Metaphoric Prison	2012
Sibeonie, Jordan et al.	The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis	2016
Wright, Karen; Schroeder, Doris	Turning the Tables. The Vulnerability of Nurses Treating Anorexia Nervosa Patients.	2016
Zugai, Joel Sebastian et al.	The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study	2018
Zugai, Joel Sebastian et al.	Dynamics of nurses' authority in the inpatient care of adolescent consumers with anorexia nervosa: A qualitative study of nursing perspectives	2019

Anhang 8: Bücherliste (nicht verfügbar)

Dilling, Horst (Hrsg.) et al. (2015):

ICD-10. Internationale Klassifikationen psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Kuckarzt, Udo (2018):

Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Weinheim: Juventa Verlag.

Le Grange, Daniel (Hrsg.); Lock, James (2011):

Eating disorders in children and adolescents. A clinical handbook. New York: The Guilford Press.

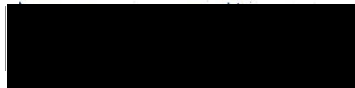
Mayer, Hanna (2019):

Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 5. überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlag.

V. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ammersbek, 25.05.2020

A black rectangular box used to redact the signature of the author.