

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Life Sciences  
Studiengang Ökotrophologie



## Gesunde Ernährung bei Essstörungen

Entwicklung eines ernährungstherapeutischen Gruppenkonzepts in Kooperation mit der Schön Klinik Hamburg Eilbek

- Bachelorarbeit -

**Tag der Abgabe:**

19.03.2013

**Betreuende Prüferin:**

Prof. Dr. Annegret Flothow

**Vorgelegt von:**

Sarah Bremer

████████████████████

██████████████

████████████████████

████████████████████

**Zweite Prüferin:**

Dipl.oec.troph. Christine Jäger

---

## Kurzfassung

In dieser Bachelorarbeit geht es um die Entwicklung eines ernährungstherapeutischen Gruppenkonzepts für Patienten mit Essstörungen, insbesondere der Anorexia und Bulimia nervosa. Dieses Gruppenkonzept soll im Rahmen der Ernährungstherapie auf der Station 6D innerhalb der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Standort Eilbek Anwendung finden und stellt die Arbeitsgrundlage für den Ernährungstherapeuten dar.

Das Konzept ist inhaltlich auf acht Stunden ausgelegt, da die Patienten mit einer Essstörung in der Regel mindestens acht Wochen im stationären Aufenthalt sind. Die Gruppenberatung soll einmal wöchentlich für eine Stunde stattfinden. Die Patientengruppe besteht aus maximal 15 Personen. Das Alter der Zielgruppe liegt zwischen 16 und 30 Jahren, da es sich um eine Station für junge Erwachsene handelt. An der Gruppe werden fast ausschließlich weibliche Personen teilnehmen, da eine Essstörung bei dem weiblichen Geschlecht deutlich häufiger auftritt und nur wenig männliche Personen mit einer Essstörung den Weg in die Therapie suchen. Zu berücksichtigen ist, dass die Motivation der Patienten häufig gerade zu Beginn der Therapie sehr ambivalent ist.

Viele Patienten mit einer Essstörung haben häufig ein Laienwissen über Ernährung, welches auf pseudowissenschaftlichen Erkenntnissen aus den Medien basiert. Sie verfügen meist auch über ein sehr selektives Kalorienwissen, haben aber wenig Vorstellung von den einzelnen Bestandteilen der Nahrungsmittel und deren Bedeutung. Ziel der ernährungstherapeutischen Gruppenberatung ist, den Essstörungspatienten die gesunde und ausgewogene Ernährung durch Vermittlung von Informationen näher zu bringen und zudem praktische Hilfestellungen zur Verhaltensänderung zu leisten. Die Beratungssitzung soll den Patienten außerdem Raum bieten, ihre Bedürfnisse und Probleme anzusprechen und zu reflektieren, sowie mit Unterstützung der Beraterinnen Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Die Gruppenberatung ist ein bedeutender Bestandteil innerhalb der Ernährungstherapie, da sie aufgrund des gruppenspezifischen Effekts oftmals wirksamer und effizienter ist als die Einzelberatung.

Das ernährungstherapeutische Gruppenkonzept wird im Rahmen der Bachelorarbeit nur theoretisch entwickelt. Die Reaktionen der Patienten auf die Inhalte und das methodische Vorgehen sind unklar, ebenso wie die Erwartungen. Es wird empfohlen, nach jeder erstmalig durchgeführten Gruppenstunde ein Feedback der Patienten einzuholen, um die Stunden in der Praxis optimieren zu können. Um langfristig einen effizienten Beratungserfolg zu gewährleisten, ist es wichtig, die erbrachte Beratungsleistung regelmäßig zu evaluieren. Die Evaluierung erfolgt idealerweise mittels Supervisionen und / oder dem Einholen von Patientenmeinungen durch Fragebögen oder Gruppendiskussionen.

---

## Abstract

This thesis is about the creation of a group counseling in the frame of dietetic treatment of persons with an eating disorder, especially anorexia or bulimia nervosa. As a base, this concept can be used by a nutritionist. The group counseling shall be implemented into the dietetic treatment at the Station 6D of the Hospital for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy in Eilbek.

On average, patients with an eating disorder stay at least eight weeks in stationary treatment. Because of that, the concept is substantially constructed for eight appointments which shall take place once a week. One group consists of maximally 15 persons between 16 and 30 years, as the station 6D in Eilbek is focused on young adults. As there are mostly women threatened by an eating disorder, the group will mainly be attended by female persons. Another reason is the fact, that male patients suffering anorexia or bulimia nervosa less accept the help by a nutritionist neither by a therapist. At the beginning of a therapy, the motivation of patients is often very ambivalent which has to be regarded when implementing this group counseling concept.

A lot of patients with an eating disorder don't have funded knowledge about nutrition and often trust in pseudoscientific insights shown in the media. In addition, they only know some selected facts about calories, but can't imagine the function of ingredients and nutrients. By the communication of food science and information about nutrition within the group counseling, this approach is aimed to give an image about healthy and balanced diet for the patients. This should also be accompanied by practical help for a change of food habits. The appointments are constructed within a frame keeping enough time for the patients to talk about their problems and needs and especially to reflect them. The counselor in conjunction with the patient and the group can now develop a solution. Within the dietetic treatment the group counseling is a part with a significant meaning. It is often more powerful and more efficient due to the group dynamics by itself.

This thesis deals about the theoretical aspects of a concept of dietetic treatment in association with group counseling. The reactions of the patients to contents and methodical work are unclear as well as the expectations and hopes. Because of that, it is recommended to ask for feedback of the group after the first appointments so that there is the possibility of optimizing the next group counseling hours. For a long-term success of the group counseling concept it is important to evaluate the given consulting and guidance on a regular basis. This can be done ideally by supervision and / or by obtaining patients' opinions via questionnaires or group discussion.

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung .....	2
1.1	Problemstellung und Zielsetzung .....	2
1.2	Aufbau der Arbeit.....	3
2.	Rahmenbedingungen.....	5
2.1	Schön Klinik Hamburg Eilbek .....	5
2.2	Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie .....	5
2.3	Aufbau der Station 6D.....	6
2.4	Rahmenkonzept für Patienten mit Essstörungen.....	7
2.4.1	Zuweisungen .....	7
2.4.2	Vorgespräch .....	7
2.4.3	Therapeutische Grundhaltung .....	8
2.4.4	Ziele der Behandlung .....	8
2.4.5	Gewichtsverträge.....	9
2.4.6	Einzelpsychotherapie .....	9
2.4.7	Einzelernährungsberatung.....	9
2.4.8	Einzelsozialberatung .....	10
2.4.9	Gruppenangebote .....	10
2.4.10	Oberarztvisite .....	12
2.4.11	Regeln zum stationären Aufenthalt .....	13
2.4.12	Betreuung nach dem stationären Aufenthalt .....	13
2.4.13	Finanzielle Aspekte des stationären Aufenthaltes.....	13
3.	Krankheitsbilder .....	15
3.1	Anorexia nervosa.....	15
3.1.1	Klinische Merkmale .....	15
3.1.2	Diagnostische Kriterien.....	16
3.1.3	Komorbidität mit psychischen Erkrankungen.....	17
3.2	Bulimia nervosa.....	17
3.2.1	Klinische Merkmale .....	17
3.2.2	Diagnostische Kriterien.....	18
3.2.3	Komorbidität mit psychischen Erkrankungen.....	20
3.3	Beschwerden und Komplikationen bei Anorexia und Bulimia nervosa.....	20
3.4	Epidemiologie von Anorexia und Bulimia nervosa .....	21
3.4.1	Inzidenz .....	21
3.4.2	Prävalenz .....	23
3.4.3	Mortalität.....	24

---

4.	Therapie bei Essstörungen .....	24
4.1	Rahmenbedingungen und Ziele der Behandlung .....	25
4.2	Psychotherapeutische Behandlung .....	25
4.2.1	Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden .....	25
4.2.2	Therapiebausteine der kognitiven Verhaltenstherapie .....	28
4.2.2.1	Motivierung .....	28
4.2.2.2	Vermittlung eines individuellen Störungsmodells .....	28
4.2.2.3	Intervention zur Normalisierung des gestörten Essverhaltens .....	29
4.2.2.4	Kognitive Intervention .....	29
4.2.2.5	Intervention zur Affektregulation .....	29
4.2.2.6	Techniken zur Verbesserung sozialer Kompetenzen .....	30
4.2.2.7	Intervention zur Veränderung des Körperbildes .....	30
4.2.2.8	Förderung von Ressourcen .....	31
4.2.2.9	Rückfallprophylaxe .....	31
4.3	Ernährungstherapie .....	32
4.3.1	Wirksamkeit ernährungstherapeutischer Maßnahmen .....	32
4.3.2	Ernährungstherapie bei ANAD e.V. ....	32
4.3.2.1	Ernährungsanamnese .....	33
4.3.2.2	Essprotokolle .....	33
4.3.2.3	Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur .....	34
4.3.2.4	Integration verbotener Lebensmittel .....	35
4.3.2.5	Begleitetes Essen .....	35
4.3.2.6	Gemeinsames Kochen und Essen .....	35
4.3.2.7	Gruppenarbeit .....	36
4.3.2.8	Normalisierung des Gewichts .....	37
4.3.2.9	Reduktion von Essanfällen und Purging-Verhalten .....	38
4.3.2.10	Flexibilität und Eigenverantwortung fördern .....	38
5.	Entwicklung eines Beratungsangebots .....	39
5.1	Theoretische Basis des Konzepts .....	40
5.1.1	Ernährungsberatung als Informationsvermittlung .....	40
5.1.2	Ernährungsberatung als Trainingsprozess zur Verhaltensänderung .....	41
5.1.3	Schlussfolgerung .....	41
5.2	Rahmenbedingungen der Gruppenberatung .....	42
5.2.1	Anforderungen an die Ernährungsfachkräfte .....	42
5.2.2	Räumliche Bedingungen für die Gruppenberatung .....	42
5.2.3	Die wichtigsten Medien in der Gruppenberatung .....	43
5.3	Zielgruppe .....	44

---

5.3.1	Eigenschaften der Zielgruppe.....	44
5.3.2	Besondere Schwierigkeiten und Konsequenzen für die Planung.....	45
5.4	Beratungsanliegen, Beratungsziele .....	47
5.5	Inhaltliche Schwerpunkte der Beratung .....	48
5.6	Lernziele.....	50
5.7	Funktion und Rolle der Gruppenleitung.....	50
5.8	Methodisches Vorgehen.....	52
5.8.1	Stunde 1: Energiehaushalt des Körpers.....	52
5.8.1.1	Problemstellung.....	52
5.8.1.2	Begrüßung und Vorstellung der Gruppenleiter .....	53
5.8.1.3	Kennenlernspiel.....	53
5.8.1.4	Erwartungen der Teilnehmer.....	53
5.8.1.5	Energiehaushalt des Körpers.....	54
5.8.2	Stunde 2: Regulation des Körpergewichts (Set-Point).....	55
5.8.2.1	Problemstellung.....	55
5.8.2.2	Warming-up .....	55
5.8.2.3	Regulation des Körpergewichts (Set-Point).....	56
5.8.3	Stunde 3: Energielieferanten .....	56
5.8.3.1	Problemstellung.....	56
5.8.3.2	Warming-up .....	57
5.8.3.3	Energielieferanten .....	57
5.8.4	Stunde 4: Gesunde Ernährung anhand der Ernährungspyramide.....	58
5.8.4.1	Problemstellung.....	58
5.8.4.2	Warming-up .....	58
5.8.4.3	Ernährungsquiz.....	59
5.8.4.4	Gesunde Ernährung anhand der Ernährungspyramide .....	59
5.8.5	Stunde 5: Leistungskurve und Mahlzeitenplanung .....	60
5.8.5.1	Problemstellung.....	60
5.8.5.2	Warming-up .....	60
5.8.5.3	Leistungskurve und Mahlzeitenplanung .....	60
5.8.6	Stunde 6: Hunger und Sättigung .....	61
5.8.6.1	Problemstellung.....	61
5.8.6.2	Warming-up .....	62
5.8.6.3	Hunger und Sättigung.....	62
5.8.7	Stunde 7: Light-Produkte und sensorische Verkostung .....	63
5.8.7.1	Problemstellung.....	63
5.8.7.2	Warming-up .....	63

---

5.8.7.3	Wiederholung zum Thema Hunger und Sättigung.....	63
5.8.7.4	Light-Produkte und sensorische Verkostung .....	64
5.8.8	Stunde 8: Mahlzeitenplanung.....	64
5.8.8.1	Problemstellung.....	64
5.8.8.2	Mahlzeitenplanung .....	65
5.8.8.3	Feedback .....	66
5.9	Transfersicherung.....	66
6.	Diskussion .....	67
	Literaturverzeichnis.....	II
	Eidesstattliche Erklärung.....	X
	Anhang .....	XI

---

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Jährliche Inzidenzrate pro 100.000 Personen in der Bevölkerung der AN und BN bei Frauen im Alter zwischen 10 und 39 Jahren von 1988 bis 2000 .....	22
Abbildung 2: Verteilung (Beginn und mit dem Alter zunehmende Lebenszeitprävalenz der Essstörungen) .....	23
Abbildung 3: Strukturmodell des Gedächtnisses .....	40

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte .....	14
Tabelle 2: Kriterien der AN nach ICD-10 und DSM-IV-TR.....	17
Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der BN nach ICD-10.....	19
Tabelle 4: Diagnostische Kriterien der BN nach DSM-IV .....	19
Tabelle 5: Medizinische Komplikationen bei Essstörungen.....	21
Tabelle 6: Inzidenz der AN und BN im Überblick .....	22
Tabelle 7: Prävalenz der AN und BN im Überblick.....	24
Tabelle 8: Überblick über die Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden.....	27



---

## Abkürzungsverzeichnis

AN	Anorexia nervosa
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia nervosa
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGPM	Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
DKGD	Deutsches Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Diätetik e.V.
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association
evtl.	eventuell
FS	Fettsäuren
ggf.	gegebenenfalls
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; World Health Organization
insbes.	Insbesondere
Med.	medizinische
z.B.	zum Beispiel

## 1. Einleitung

### 1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Essstörungen haben eine große klinische und gesellschaftliche Relevanz, auch wenn sie in der Bevölkerung nicht ganz so häufig sind wie z.B. affektive Störungen. An Essstörungen erkranken fast ausschließlich junge Menschen. Die Erkrankung bringt schwerwiegende Auswirkungen für die körperliche und seelische Gesundheit mit sich. Der schulische und berufliche Werdegang wird aufgrund des Erkrankungsgipfels in der späten Adoleszenz bzw. im jungen Erwachsenenalter beeinträchtigt. Die Anorexia nervosa (AN) ist eine psychische Störung, die schwer zu behandeln ist. Häufig nimmt diese Erkrankung auch einen chronischen Verlauf an und wird lebensbedrohlich. Die Bulimia nervosa (BN) ist häufiger verbreitet als die AN. Zusätzlich zu den bekannten Zahlen ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen (DGPM, DKPM, 2010, S. 6).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011, S. 19) empfiehlt für die Behandlung von Essstörungen einen multidimensionalen Ansatz mit medizinischem und psychotherapeutischem Schwerpunkt. Als einen weiteren wesentlichen Bestandteil der Behandlung führt die BZgA die Ernährungstherapie zur Normalisierung des Körpergewichts und des Essverhaltens an. Auch die Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) und das deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) empfiehlt in der S3-Leitlinie (2010, S. 85) bei der Behandlung von Essstörungen einen Ernährungsberater<sup>1</sup> hinzuzuziehen. Dieser sollte die Patienten im Hinblick auf eine angemessene Nahrungsmenge und -Zusammensetzung beraten. Umfangreiche Erfahrungen im Umgang mit essgestörten Patienten und eine gute Absprache mit dem behandelnden Psychotherapeuten sind unabdingbar.

Die Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Standort Eilbek behandelt Patienten mit Essstörungen, insbesondere der AN und BN. Neben der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung auf der Station 6D gehört auch die Ernährungstherapie dort zu den Behandlungsbausteinen. Innerhalb der Ernährungstherapie erhalten die Patienten Einzelberatungen und nehmen an der Lehrküche sowie dem begleiteten Mittagessen teil. Aufgrund von personellen Veränderungen innerhalb der Ernährungstherapie, fehlt ein Konzept für die ernährungstherapeutische Gruppenberatung.

Die Gruppenberatung ist ein bedeutender Bestandteil innerhalb der Ernährungstherapie, da sie aufgrund des gruppenspezifischen Effekts oftmals wirksamer ist als die Einzelberatung. Der Einzelne

---

<sup>1</sup> Auf Grund der besseren Lesbarkeit verwende ich in der folgenden Arbeit immer nur die männliche Form. Gemeint sind natürlich auch alle Ernährungsberaterinnen, Ärztinnen, Therapeutinnen und Patientinnen.

wird durch die Gruppe gestärkt und traut sich mehr zu (Müller, 2011, S. 74). Die Gruppenberatung ist effizienter als die Einzelberatung, da mehr Patienten Hilfe und Unterstützung erhalten. Die Gruppe ist ein soziales System, welches Hilfe und emotionalen Rückhalt gewährt. Sie ermöglicht einen sozialen interpersonellen Kontext, in dem sich zwischenmenschliche Probleme erarbeiten lassen. Der Patient ist mit seinen Problemen nicht allein. Der Informationsaustausch untereinander kann Ängste mindern. Die Gruppe kann einander Hilfestellung geben und jeder einzelne kann dadurch seine Selbstachtung steigern. Wenn andere es schaffen, Probleme zu lösen und ein Verhalten zu verändern, wird die Hoffnung, das Ziel erreichen zu können, gefördert. Konflikte und innere Spannungen können im Schutz der Gruppe gelöst werden. Die Wahrscheinlichkeit, Veränderungen des Ernährungsverhaltens dauerhaft zu integrieren ist größer, da die Gruppenberatung einen längeren Zeitraum umfasst. Innerhalb der Gruppenberatung haben Patienten die Möglichkeit, neu erlerntes Verhalten anzuwenden, in ihrer eigenen Entwicklung voranzukommen und mit der Gruppe zu wachsen (Burkard, Huth, 2010, S. 36-37). Eine genaue Vorbereitung, insbesondere bei der Strukturierung des Stundenplans, ist für die Beratung in der Gruppe notwendig (Müller, 2011, S. 74).

Daher wird das Hauptaugenmerk in der vorliegenden Arbeit auf die Erstellung eines ernährungstherapeutischen Gruppenkonzepts für Patienten mit Essstörungen, insbesondere der AN und BN, gelegt. Das Konzept soll dem Ernährungstherapeuten der Station 6D als Arbeitsgrundlage dienen. Ziel ist, den Patienten innerhalb der Gruppenberatung ein gesundes, ausgewogenes, flexibles und vor allem angst- und symptomfreies Ess- und Ernährungsverhalten näher zu bringen und sie durch praktische Umsetzungshilfen bei der Verhaltensänderung zu unterstützen.

## **1.2 Aufbau der Arbeit**

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Teil. Im theoretischen Abschnitt werden alle notwendigen Hintergrundinformationen hinsichtlich der Rahmenbedingungen der Klinik, der Krankheitsbilder und der Therapie von Essstörungen geliefert. Im praktischen Teil wird ein Beratungsangebot entwickelt.

Um die Rahmenbedingungen für das ernährungstherapeutische Gruppenkonzept aufzuzeigen und zu definieren, wird in Kapitel zwei zunächst die Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Standort Eilbek sowie der Aufbau der Station 6D, auf der das Konzept angewendet werden soll und das Rahmenkonzept für Patienten mit Essstörungen auf dieser Station vorgestellt.

Für die Erstellung des Konzepts sowie die Arbeit mit Essstörungspatienten ist es von Bedeutung, sich näher mit dem Krankheitsbild zu befassen. Kapitel drei beschäftigt sich mit den klinischen Merkmalen und diagnostischen Kriterien der Krankheitsbilder AN und BN. Weiterhin wird in die-

---

sem Kapitel auf die Komorbidität mit psychischen Erkrankungen und auf Beschwerden und Komplikationen eingegangen. Auch die Epidemiologie der Krankheitsbilder wird betrachtet. In diesem Kapitel werden nur die Krankheitsbilder der AN und BN näher erläutert, da Patienten, bei denen eine Binge Eating Disorder oder eine Adipositas im Vordergrund steht, auf der Station, auf der das Konzept angewendet werden soll, nicht behandelt werden.

Der nachfolgende Abschnitt widmet sich der Therapie von Essstörungen. Zunächst wird die psychotherapeutische Behandlung näher betrachtet und im Anschluss wird die Ernährungstherapie erläutert. Diese stellen ebenfalls eine bedeutende Basis für das vorliegende Konzept.

Im praktischen Teil der Arbeit, Kapitel fünf, wird die Entwicklung eines Beratungsangebots beschrieben. Hier wird zunächst auf die theoretische Basis des Konzepts und die Rahmenbedingungen der ernährungstherapeutischen Gruppenberatung eingegangen. Anschließend wird die Zielgruppe sowie Beratungsanliegen-, ziele und inhaltliche Schwerpunkte der Beratung genau definiert. Auch auf die Funktion und Rolle der Gruppenleitung wird genauer eingegangen. Nachfolgend werden die einzelnen Gruppenstunden vorgestellt.

Kapitel sechs stellt den letzten Teil der Arbeit und damit die Diskussion dar.

Zur Bearbeitung der inhaltlichen Aspekte wurden einschlägige Fachliteratur mit Schwerpunkt Essstörungen / Ernährungslehre, ausgewählte Fachzeitschriften mit demselben Schwerpunkt (z.B. Ernährungsumschau, Psychotherapie im Dialog, Gesundheitswesen), die Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen und Internetquellen überwiegend von Ernährungsgesellschaften (z.B. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)) verwendet. Die Recherche erfolgte mit Hilfe des Internets und der Datenbank Pubmed. Die Recherche auf den Internetseiten von Essstörungsverbänden und –gesellschaften brachte wertvolle Fachliteratur zum Thema. Mit Hilfe der Datenbank Pubmed wurden zahlreiche Studien zur Epidemiologie und Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden gefunden. Auch die S3-Leitlinie der DGPM und DKPM enthielt eine Übersicht zahlreicher Studien zum Thema Epidemiologie von Essstörungen und Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden, die mit Hilfe der Datenbank Pubmed für die vorliegende Arbeit verwendet werden konnten. Weiterhin zeigten die Literaturübersichten, der im Studium besuchten Module Methoden der Beratung und Erwachsenenbildung, weitere Fachliteratur zum Thema auf. Zur Beschreibung der Station und des Rahmenkonzepts für Patienten mit Essstörungen wurden Informationen der Klinik und der Station hinzugezogen.

---

## **2. Rahmenbedingungen**

### **2.1 Schön Klinik Hamburg Eilbek**

Die Schön Klinik Hamburg Eilbek gehört seit August 2006 zur Schön Klinik (vormals Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg GmbH (LBK) und Asklepios Kliniken) (Redaktionsteam Schön Klinik, 2013a). Die Schön Klinik ist eine der größten inhabergeführten Klinikgruppen in Deutschland. Sie verfügt über 16 Kliniken in Bayern, Schleswig-Holstein, Hessen und Hamburg. Die meisten Krankenhäuser der Gruppe und die Kaufmännische Zentrale sind nach der europäischen Norm DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. Die Klinikgruppe verfügt insgesamt über mehr als 4.200 Krankenhaus-Betten und beschäftigt rund 7.900 Mitarbeiter. Die Schwerpunkte liegen im Bereich Orthopädie, Neurologie und Psychosomatik (Redaktionsteam Schön Klinik, 2013b).

Die Schön Klinik Hamburg Eilbek ist ein Schwerpunktversorger mit Spezialabteilungen für die überregionale Versorgung. Zu ihrem Leistungsspektrum gehören: Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Psychosomatik, Geriatrie und frührehabilitative Medizin und ein Zentrum für Schädel- Hirnverletzungen. Sie verfügt heute über mehr als 700 Betten. Es werden jährlich rund 55.000 Patienten stationär, teilstationär und ambulant von über 1.300 Mitarbeitern behandelt. Seit 2004 verfügt die Klinik über einen modernen Klinikneubau, indem eine zentrale Notaufnahme mit Funktionsdiagnostik und Radiologie, fünf Bettenstationen und eine interdisziplinäre Intensivstation mit angeschlossener Überwachungseinheit zu finden sind. Im April 2011 wurde der Neubau für die Psychiatrie eröffnet. Ein besonderes Spezialgebiet ist die Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als Universitätsabteilung (Universitätsklinik Hamburg Eppendorf, UKE) mit ihrem internistisch-psychosomatischen Schwerpunkt (Redaktionsteam Schön Klinik, 2013c).

### **2.2 Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Die Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verfügt über zwei Standorte in Hamburg. Die stationäre psychosomatische Behandlung findet in der Schön Klinik in Hamburg Eilbek statt und die Hochschulambulanz zur ambulanten psychosomatischen Diagnostik, Beratung und Indikationsstellung ist am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zu finden. Sie bieten den Patienten, durch eine enge Vernetzung mit anderen Fachabteilungen beider Kliniken, eine umfassende und effiziente medizinische Versorgung. Die Behandlung erfolgt nach dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand, da die universitäre Einrichtung selbst Forschung und Lehre betreibt. Sie orientieren sich ebenfalls an den aktuellen Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften. Auf nationaler wie auf internationaler Ebene findet eine Kooperation mit zahlreichen anderen universitären Abteilungen innerhalb von Forschungsprojekten statt (Redaktionsteam Schön Klinik, 2013d).

Die Klinik behandelt Patienten mit dem gesamten Spektrum psychosomatischer Erkrankungen. Der Schwerpunkt liegt auf der Therapie von Depressionen, Angst-, somatoformen, Persönlichkeits- und Essstörungen (AN und BN) sowie von primär körperlich kranken Patienten mit begleitenden psychischen Störungen (somatopsychische Komorbidität) (Redaktionstema Schön Klinik, 2013e). Patienten mit akuter Suchterkrankung, Demenz, Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen sowie Patienten mit akuter Selbstgefährdung können nicht behandelt werden (Redaktionstema Schön Klinik, 2013f).

Die Behandlung erfolgt nach einem integrativ medizinisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Konzept und durch ein multiprofessionelles Team bestehend aus psychotherapeutisch qualifizierten Ärzten, Psychologische Psychotherapeuten, Pflegekräften, Sport- und Physiotherapeuten sowie Spezialtherapeuten für den Bereich der Körper-, Kunst-, Musik-, Ernährungs- und Sozialtherapie. Die Patienten erhalten ein individuelles Behandlungsprogramm, bei dem Art, Schwere und Verlauf der Erkrankung, das Alter und die Lebenssituation des Patienten berücksichtigt werden (Redaktionsteam Schön Klinik, 2013d).

### **2.3 Aufbau der Station 6D**

Die Station 6 D, im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, ist eine Station für junge Erwachsene und verfügt über 35 Betten. Auf dieser Station werden die Patienten nach dem Störungsbild in zwei Teams (D1 und D2) unterteilt. Das Behandlungskonzept des Teams D1 (15 Plätze) ist ausgerichtet auf Patienten mit Essstörungen, Schwerpunkt AN und BN. Es steht ein Einzelzimmerplatz für einen Patienten mit erhöhtem somatischem oder pflegerischem Behandlungsbedarf zur Verfügung. Insgesamt können max. drei Patienten mit einer Magensonde versorgt werden. Nicht behandelt werden können Patienten, bei denen eine Binge Eating Disorder oder eine Adipositas ( $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$ ) im Vordergrund steht. Das Behandlungskonzept des Teams D2 (20 Plätze) ist ausgerichtet auf Patienten/-innen mit Störungen der Emotionsregulation, insbes. mit Verdacht auf oder vordiagnostizierter emotional instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. Daneben können Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Angsterkrankungen (Alter  $\leq 35$  Jahren) behandelt werden. Voraussetzung für eine Behandlung in diesem Team, bei einer bestehenden komorbiden Essstörung, ist ein Body Mass Index ( $\text{BMI} > 17,5 \text{ kg/m}^2$ ). Patienten mit einem  $\text{BMI} > 40$  bzw. einem Körpergewicht von mehr als 120 kg können nicht aufgenommen werden. Ebenso nicht behandelt werden können Patienten mit einem aktiven Substanzkonsum, akuter Suizidalität, massiven Selbstverletzungen, physischen Impulsausbrüchen oder körperlicher Aggressivität. Diese werden an andere Krankenhäuser oder Therapieeinrichtungen verwiesen (Team der Station 6D, 2012).

## 2.4 Rahmenkonzept für Patienten mit Essstörungen<sup>2</sup>

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Behandlungsbausteine von Patienten mit Essstörungen auf der Station 6D. Es beinhaltet Informationen über die Zuweisung, Vorgespräche, die Ziele der Behandlung und Gewichtsverträge. Weiterhin werden einzel- und gruppentherapeutische Maßnahmen sowie die therapeutische Grundhaltung genauer beschrieben. Auch auf die Regeln, die Betreuung nach dem stationären Aufenthalt und die finanziellen Aspekte wird eingegangen.

### 2.4.1 Zuweisungen

Therapeuten und Pflorgeteam überprüfen bzw. stellen in einem Vorgespräch oder in einem Telefonat die Indikation für eine stationäre Behandlung. Ebenfalls können Patienten durch die UKE-Ambulanz einen Therapieplatz erhalten. Weiterhin prüft der Oberarzt Fragebogen-Zuweisungen oder hausinterne Verlegungen auf die Indikation einer stationären Behandlung. In Fall- bzw. Mitarbeiterbesprechungen werden Patienten bei nicht eindeutiger Aufnahmeindikation vorgestellt. Auf die Wartelisten kommen nur Patienten, die mit Therapeuten gesprochen und eine Bestätigung durch das Team erhalten haben. Die Patienten werden im Gespräch auch über Anlaufstellen zur Krisenintervention informiert. Patienten, die einen Wiederaufnahmetermin bekommen haben, müssen diesen vor Aufnahme telefonisch bestätigen. Eine Wiederaufnahme nach regulärer Entlassung wird individuell festgelegt, erfolgt jedoch in der Regel erst nach einem Zeitraum von drei Monaten. Bei einer geplanten Wiederaufnahme, im Rahmen einer Intervallbehandlung, erhalten die Patienten Therapieauflagen, wie z.B. den Besuch einer Selbsthilfegruppe oder ein bestimmtes Gewicht, das erreicht bzw. gehalten werden sollte. Die Erfüllung dieser Auflagen wird bei einer telefonischen Rückmeldung der Patienten erfragt. Eine erneute Aufnahme im Anschluss an eine disziplinarische Entlassung im vorherigen Aufenthalt, durch z.B. Drogenkonsum, Gewalt, Diebstahl, Betrug oder einem Suizidversuch, ist frühestens nach sechs Monaten und einem Vorgespräch möglich.

### 2.4.2 Vorgespräch

Im Vorgespräch für die Aufnahme wird eine Diagnose gestellt. In erster Linie für F 50.0 (AN ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme), F 50.1 (AN mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme), F 50.2 (BN) und F 50.3 (Atypische BN). In Ausnahmefällen werden Patienten mit einer nicht näher bezeichneten Essstörung F 50.9 aufgenommen. Bei der BN wird im Vorgespräch festgestellt, ob es sich primär um eine Essstörung und damit die Aufnahme ins Team D1 handelt oder ob eher eine Persönlichkeitsstörung ggf. vom Borderline-Typ vorliegt und der Betroffene im Team D2 aufgenommen wird. Weiterhin werden Motivation und Ziele für den stationären Aufenthalt analysiert und benannt. Es wird festgestellt, ob der Patient aus eigener Motivation Hilfe sucht oder dieser durch Druck von Verwandten oder Freunden eine Therapie in Anspruch nimmt. Es wird

---

<sup>2</sup> Die im Folgenden beschriebenen Inhalte beziehen sich überwiegend auf das Konzept der Station 6D.

geklärt was zur Erreichung der Ziele notwendig ist, wo Veränderungen stattfinden sollen und woraus der Leidensdruck resultiert. Im Anschluss werden die Patienten über die Bedingungen des stationären Aufenthaltes aufgeklärt.

### **2.4.3 Therapeutische Grundhaltung**

Die Patienten mit einer Essstörung haben häufig eine ambivalente Therapiemotivation. Das therapeutische Team nimmt aufgrund dessen eine empathische, wertungsfreie und nicht vorwurfsvolle Haltung gegenüber den Problemschilderungen ein. Im Vordergrund steht zunächst die Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsverhältnisses, soweit die körperliche und/oder psychische Situation der Patienten kein unmittelbares Eingreifen notwendig macht (DGPM, DKPM, 2010, S. 60). Das Ziel der Therapie und die gemeinsame Arbeit von Therapeut / Behandlerteam und Patient ist die Identifizierung und Lösung der vorliegenden Probleme. Der Therapeut / das Behandlerteam muss einerseits empathisch vorgehen und versuchen, die Patienten zu verstehen, aber andererseits auch Grenzen setzen und konsequent handeln. Bei therapeutischen Grenzsetzungen kann es zu heftigen emotionalen Reaktionen kommen, die sowohl von Patienten als auch von Therapeuten ausgehen können. Die Therapeuten / das Behandlerteam muss diese wahrnehmen und einen professionellen Umgang gewährleisten (DGPM, DKPM, 2010, S. 80-81).

### **2.4.4 Ziele der Behandlung**

Zu Beginn der Behandlung werden die Therapieziele, die bereits im Vorgespräch benannt wurden, überarbeitet und festgelegt.

Mögliche Ziele für die Therapie einer Essstörung:

- Arbeit an Motivation und Ambivalenz
- Vermittlung eines normalen Essverhaltens mit drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten
- Gewichtsnormalisierung
- Behandlung der körperlichen Folgen
- Behandlung dysfunktionaler Gedanken, Überzeugungen, Werthaltungen
- Behebung von Regulationsdefiziten im Bezug auf Gefühle und Verhalten
- Verbesserung sozialer Fertigkeiten
- Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe

Bei stark untergewichtigen Patienten steht die Gewichtsnormalisierung im Vordergrund der Behandlung. Diese Patienten dürfen zunächst gar nicht oder nur eingeschränkt an Gruppentherapien teilnehmen.



### 2.4.5 Gewichtsverträge

Zu Beginn der Behandlung werden mit den Patienten Gewichtsverträge geschlossen. Diese sind abhängig vom Ausgangsgewicht. Anhand einer Gewichtskurve wird die wöchentliche Gewichtszunahme innerhalb des Aufenthaltes festgelegt. Wöchentlich werden Maßnahmen zur Verstärkung des eingehaltenen Gewichtsvertrages und Konsequenzen bei Nicht-Einhalten dieses Vertrages besprochen und festgelegt. Wenn die untere Gewichtsgrenze überschritten wurde, greifen negative Konsequenzen bis hin zur Entlassung. Bei Patienten, die mit einem BMI über 13 aufgenommen werden, ist das Ziel, einen BMI von 19 innerhalb des stationären Aufenthaltes zu erreichen. Bei Patienten, die mit einem BMI unter 13 in die Therapie starten, wird ein BMI von 16 angestrebt. Zweimal wöchentlich (Dienstag und Samstag) findet der Wiegetermin statt. Dieser Termin ist für alle Patienten verpflichtend. Die Patienten werden in Unterwäsche gewogen. Sie erfahren ihr Gewicht bei jedem Wiegetermin und tragen es eigenständig in die Gewichtskurve ein. In Einzelterminen und Oberarztvisiten wird der Gewichtsverlauf besprochen. Der Wiegetermin kann nach Anordnung bei Bedarf auch öfter erfolgen.

### 2.4.6 Einzelspsychotherapie

Jeder Patient erhält eine 50 minütige einzelspsychotherapeutische Behandlung pro Woche bei dem jeweilig zuständigen Bezugstherapeuten. Die Teilnahme an dieser Behandlung ist verpflichtend. Die Patienten vereinbaren gemeinsam mit den Therapeuten, ob ein Gespräch in der Woche stattfindet oder die 50 Minuten Gesprächszeit auf zwei Sitzungen aufgeteilt wird. Wichtige Inhalte aus den Einzelgesprächen werden in Fallbesprechungen, Kurven- bzw. Oberarztvisiten, Übergaben und Supervisionen kommuniziert. Das Pflegepersonal wird bei Krisen der Patienten oder Sonderabsprachen umgehend informiert.

### 2.4.7 Einzelernährungsberatung

Jeder Patient erhält in den ersten vier Wochen einen Einzeltermin pro Woche bei dem Ernährungstherapeuten. Zunächst führt dieser eine Ernährungsanamnese durch und erfährt dadurch, wie die bisherige Mahlzeitenstruktur aussieht und was der Patient isst und trinkt. Gemeinsam werden dann Ziele für die Ernährungstherapie erarbeitet. Weiterhin wird ein Essplan als erste Orientierung und Basis aufgestellt.

Innerhalb der Einzeltermine werden weiterhin folgende Themen bearbeitet:

- Bearbeitung von individuell gewünschten Themen
- Nicht-Erreichung des Gewichts
- Auswertung der Essprotokolle
- Vermeidung von Heißhunger und Essanfällen
- „Schwarze Liste“, Abbau angstbesetzter Lebensmittel

- Portionsgrößen
- Individuelle Mahlzeitenplanung bei bevorstehender Entlassung
- Strategien zur Aufrechterhaltung der Mahlzeiten

#### **2.4.8 Einzelsozialberatung**

Weiterhin besteht die Möglichkeit für Patienten, bei Bedarf eine Einzelberatung bei einem Sozialtherapeuten zu bekommen. Dieser informiert und unterstützt die Patienten unter anderem bei folgenden Themen:

- Fragen zur Krankenversicherung
- Berufliche Orientierung oder Wiedereingliederung
- Probleme in der Schule / Studium (Krankheitssemester beantragen etc.)
- Vermittlung in Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen
- Wohnungsuche oder betreutes Wohnen organisieren (entsprechend die Anträge auf Eingliederungshilfe stellen)

#### **2.4.9 Gruppenangebote**

Jeder Patient nimmt wöchentlich am Gruppenangebot teil. Die Bezugstherapeuten entscheiden individuell und gemeinsam mit den Patienten, welche Gruppen für die Therapie sinnvoll sind und stimmen dies mit den jeweiligen Gruppenleitern ab. Meist ist das Therapieprogramm in den ersten Wochen noch überschaubar, steigert sich aber im Verlauf. Die Teilnahme an Gruppen ist verpflichtend.

Das Gruppenangebot für Patienten mit Essstörungen im Überblick und nachfolgender Beschreibung:

- Morgenrunde
- Patientenvollversammlung
- Allgemeine Gruppe
- Essgruppe
- Lehrküche
- Tischbegleitung
- Körperbildgruppe

Jeden Tag findet für ca. 30 Minuten eine Morgenrunde statt, an der alle Patienten teilnehmen. Die Runde wird von zwei Therapeuten und einer Pflegekraft geleitet. In den Morgenrunden werden individuelle Zielsetzungen und deren Erreichung für die anliegenden Wochen besprochen. Weiterhin bieten die Morgenrunden Raum für Achtsamkeitsübungen oder Sitzmeditationen und ein im

---

Anschluss folgendes Blitzlicht, indem die Stimmung und Befindlichkeit der Patienten erfragt wird. Auch die Wochenendaktivität der Patienten wird in den Morgenrunden besprochen.

Ein Mal wöchentlich Mittwochsabends treffen sich die Patienten zu einer Vollversammlung. Die Gruppe wird nicht angeleitet und besteht aus ca. fünf Teilnehmern. Ziel der Vollversammlung ist die Besprechung und Festlegung von maximal drei Außenaktivitäten und einer Innenaktivität der Patienten für den kommenden Samstag, sowie die Verteilung der Stationsdienste. Zwei Patientenvertreter, ein Therapeut und ein Mitarbeiter vom Pflegepersonal besprechen Ergebnisse der Vollversammlung am folgenden Tag.

Die Allgemeine Gruppe findet einmal pro Woche für 60 Minuten unter Anleitung eines Therapeuten statt. In dieser Gruppe haben die Patienten die Möglichkeit, selbst ein Thema zu wählen, welches sie gern besprechen möchten. Nach einer Eingangsrunde über die aktuelle Befindlichkeit, werden die Themen gesammelt. Nach einer Abstimmung wird das Thema mit den meisten Stimmen besprochen. Unter anderem werden z.B. Themen wie Scham, Freundschaft und Selbstfürsorge besprochen.

Einmal pro Woche findet für 50 Minuten die Essgruppe statt, die ebenfalls von einem Therapeuten geleitet wird. In der Essgruppe werden folgende Themen besprochen:

- Kriterien von Essstörungen; Formen von Essstörungen; Folgeerscheinungen
- Vor- und Nachteile (lang- und kurzfristig) der Essstörung; Funktionalität
- Entwicklung eines Störungsmodells
- Einführung des A-B-C-Schemas (Hammergeschichte); Verschiedene Arten von Denkfehlern
- Strategien zur Veränderung von Denkfehlern
- Identifizieren von Grundannahmen
- Emotionen: Differenzierung / Zuordnung verschiedener Gefühle, Funktion von Gefühlen, primäre und sekundäre Gefühle
- Stressmodell; Anspannungsreduktion
- Energiehaushalt: Energiefresser / Energiequellen
- Rückfallprophylaxe: schwierige Situationen, Lösungsmöglichkeiten

Die Lehrküche findet einmal pro Woche für 90 Minuten statt und wird von dem Ernährungstherapeuten begleitet. Es können maximal drei Patienten am gemeinsamen Kochen teilnehmen. Prinzipiell nehmen die Patienten eher zum Ende des stationären Aufenthaltes zweimal hintereinander an der Lehrküche teil. Eine Organisationseinheit vor dem eigentlichen Termin unterstützt die Patien-

ten bei der Planung der Lehrküche (Auswahl der Rezepte, Einkaufszettel etc.). Ziel der Lehrküche ist es, dass sich die Patienten auf ganz praktische Weise mit der Zubereitung einer Mahlzeit und allem was dazugehört (Planung, Portionsgrößen, Einkauf, Umgang mit Resten, Abbau der „Schwarzen Liste“) auseinandersetzen, um sich auf den häuslichen Alltag vorbereiten zu können.

Die Tischbegleitung (begleitetes Mittagessen) findet montags bis freitags statt und wird abwechselnd von dem Ernährungstherapeuten, dem Pflegepersonal und den Therapeuten angeleitet. Die Bezugstherapeuten legen fest, ob ein Patient an der Tischbegleitung teilnimmt. Die Einnahme der Mahlzeiten ohne Begleitung, kann nach achtmaligem Aufessen der Mittagsportion und nach Absprache mit dem Therapeuten erfolgen. Sollten Schwierigkeiten oder Rückfälle auftreten, kann das begleitete Essen wieder aufgenommen werden. Die Tischbegleitung beginnt mit einer Blitzlichtrunde, in der alle teilnehmenden Patienten ihr aktuelles Befinden, ihr Gefühl und ihr Ziel für die Essenseinnahme (beispielsweise bezüglich der Portion, Esstempo, Pausen etc.) benennen. Nach dem gemeinsamen Essen findet ein Abschlussblitzlicht statt, bei dem die Patienten benennen, ob das individuell gesetzte Ziel erreicht wurde, wie sie sich mit der Umsetzung fühlen und wie sie im Anschluss an die Tischbegleitung damit umgehen. Die jeweilige Leitung führt die Blitzlichttrunden, prüft, ob die Tischregeln (Konzentration auf das eigene Essen, angemessenes Esstempo, nicht im Essen stochern etc.) eingehalten werden und gibt ein Feedback zur Einschätzung der Portionen.

In einer kleinen Körperbildgruppe (max. vier Patienten), innerhalb der Kunsttherapie, werden Körperschemastörungen anhand von Entfremdung mit Umrisslinien, dem fremden Blick oder Selbstdarstellungen bearbeitet. Weiterhin kann das Körperbild malerisch, in Bezug auf Themen, wie die innere Zerrissenheit oder emotionaler Innenwelt, bearbeitet werden. Die Gruppe findet einmal pro Woche für 75 Minuten statt und wird von einem Kunsttherapeuten geleitet.

Weiterhin gibt es übergreifende Gruppenangebote für beide Patiententeams innerhalb der Kunst- und Bewegungstherapie sowie die Progressive Muskelentspannung (PMR), die von dem Pflegepersonal angeboten wird.

#### **2.4.10 Oberarztvisite**

Jede Woche führt der Oberarzt unter Anwesenheit aller Therapeuten des Teams und einer Pflegekraft eine Visite durch. Die Therapeuten schildern den aktuellen Therapiestand, berichten über Erfolge und Schwierigkeiten der Patienten und tauschen sich über den weiteren Therapieverlauf und ggf. Belohnungen oder Konsequenzen aus. Im Anschluss spricht der Oberarzt selbst mit den Patienten, erfragt die aktuelle Situation und gibt Anregungen zum weiteren Therapieverlauf.

### **2.4.11 Regeln zum stationären Aufenthalt**

Auf der Station gibt es gewisse Regeln, die von allen Patienten einzuhalten sind. Die Stationsregeln im Überblick:

- Die Patienten müssen auf Sauberkeit und Ordnung in allen Räumen achten.
- Es finden keine Gespräche über Diagnosen, Erkrankungen und therapeutische Inhalte statt.
- Alkohol- und Drogenkonsum ist verboten.
- Essenszeiten sind verpflichtend und werden nur in den Essensräumen eingenommen.
- Es ist auf eine angemessene Lautstärke und die Ruhezeiten zu achten.

In der Regel haben die Patienten während des stationären Aufenthaltes die Möglichkeit Ausgänge zu beantragen. Diese müssen jedoch mit dem Bezugstherapeuten abgesprochen werden und sind nur in der therapiefreien Zeit und bis 21 Uhr möglich. Während der Therapie haben die Patienten die Möglichkeit, einmalig für 24 Stunden nach Hause zu gehen, um die Belastungssituation außerhalb der Klinik zu erproben. Schwierigkeiten und Probleme können im Anschluss mit den Bezugstherapeuten besprochen werden.

### **2.4.12 Betreuung nach dem stationären Aufenthalt**

In der Regel umfasst die Dauer des stationären Aufenthaltes, für Patienten mit Essstörungen, acht bis zwölf Wochen. Die Patienten sollen bereits während der Therapie mit Unterstützung der Therapeuten erarbeiten, wie sie die Zeit nach der Entlassung gestalten. Es besteht die Möglichkeit einer Wiederaufnahme nach einem gewissen Zeitraum bzw. ggf. eine Intervallbehandlung in gewissen Abständen. Weiterhin werden die Patienten über die Möglichkeiten einer ambulanten Therapie informiert. Einige Patienten nutzen die Wochenziele zur Suche ambulanter Therapeuten in ihrem Umkreis. Im Idealfall vereinbaren die Patienten schon während des Aufenthaltes Termine bei ambulanten Einrichtungen oder Tageskliniken und führen Vorgespräche.

Anlaufstellen für die Zeit nach dem Aufenthalt sind z.B.:

- Die Brücke Beratungs- und Therapiezentrum e.V.
- Waage e.V. das Fachzentrum für Essstörungen in Hamburg
- Das Rauhe Haus

### **2.4.13 Finanzielle Aspekte des stationären Aufenthaltes**

Die Abrechnung des Aufenthaltes von stationären Patienten in der Abteilung Psychosomatik erfolgt über den Basispflegesatz Psychosomatik von 62,03 € und den Abteilungspflegesatz Psychosomatik von 132,67 €. Mit diesen Tagespauschalen sind zurzeit alle Leistungen bei Kassen- sowie Privatpatienten abgedeckt. Zusätzlich werden für Privatpatienten, die einen Wahlarztvertrag unterschreiben,

Gebührensätze nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhoben, für Leistungen, die der Chefarzt erbracht oder angeordnet hat.

<b>Einzelne Leistungen im Bereich der Ernährungstherapie nach der GOÄ</b> (Alle Gebühren werden mit dem Faktor 2.3 multipliziert. Der Gesamtbetrag wird dann um 25% wiederum gekürzt.)	
<b>Leistung</b>	<b>Kosten</b>
Ernährungsberatung, Einzelbehandlung läuft unter: Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) - einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens	17,49 €
Ernährungstherapiegruppe, Gruppenbehandlung läuft unter: Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten.	2,62 € je Teilnehmer
Lehrküche, Gruppenbehandlung läuft ebenfalls unter: Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten.	2,62 € je Teilnehmer

**Tabelle 1: Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (Information von Eckehard Schmieder, Med. Dokumentation der Universitären Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Gemeinschaftspraxis Dr. Lutz Mauersberg und Dr. Brit Wald, 2012a,b)**

### 3. Krankheitsbilder

#### 3.1 Anorexia nervosa

##### 3.1.1 Klinische Merkmale

Die DGPM und das DKPM (2010, S. 70) definieren die AN in der S 3 Leitlinie folgendermaßen: „Als „Anorexia nervosa“ wird eine Erkrankung bezeichnet, bei der durch restriktives Essverhalten und andere Verhaltensweisen ein Gewichtsverlust selbst herbeigeführt wird und Untergewicht entsteht oder aufrechterhalten bleibt. Das Körpergewicht liegt mindestens 15 % unter dem für Geschlecht, Größe und Alter zu erwartenden Gewicht bzw. bei Erwachsenen unterhalb von 17,5 kg/m<sup>2</sup> (BMI)“.

Die AN beginnt häufig mit einem harmlos wirkenden Diätverhalten, bei dem zunächst Süßigkeiten weggelassen werden oder die Betroffenen auf vegetarische Kost umsteigen. Um das Körpergewicht zu reduzieren und / oder niedrig zu halten, werden Nahrungszufuhr und Nahrungsmenge eingeschränkt und die Nahrungsauswahl stark selektiert. Betroffene vermeiden häufig Fette und Kohlenhydrate. Exzessive sportliche Betätigung, selbstinduziertes Erbrechen oder Abführmittelmissbrauch können ebenso zum Krankheitsbild gehören. Viel Betroffene entwickeln Essrituale, wie z.B. langsames Essen oder Kleinschneiden von Nahrung. Trotz bestehendem Untergewicht existiert eine deutliche Angst zu dick oder der ausgeprägte Wunsch „schlank“ zu sein.

Auslöser finden sich meist in der Phase des Erwachsenwerdens, wie der Beginn zunehmender körperlicher Veränderungen, ein erster Auslandsaufenthalt oder ein erstes Verliebtsein. In der Pubertät bestehen häufig Ängste vor den Anforderungen des Erwachsenwerdens und gleichzeitig hohe Anforderungen an die eigene Leistungsfähigkeit. Das Selbstwertgefühl ist wenig ausgeprägt. Anerkennende Rückmeldungen als Folge einer Gewichtsabnahme und vermehrte Aufmerksamkeit von besorgten Eltern, können sich als positive Verstärker der AN erweisen. Betroffene verspüren oft das Gefühl, ihr Leben, durch die Kontrolle des eigenen Körpergewichts, besser kontrollieren zu können. Zu Spannungen im familiären Umfeld kommt es häufig durch Diskussionen über Gefährdungen, die durch das Untergewicht entstehen. Betroffene streiten die Konsequenzen ihres Handelns ab. Einbrüche in der schulischen und beruflichen Laufbahn sowie verpasste soziale und sexuelle Entwicklungen sind Folgen der AN. Die AN kann bei chronischem Verlauf zu einem Teil der Identität werden. Für viele Betroffene ist es schwer, diese aufzugeben.

Durch die restriktive Ernährung entstehen körperliche und psychische Folgen. Das endokrine System wird gestört. Bei Frauen äußert sich das unter anderem durch das Ausbleiben der Menstruationsblutung. Die eigene Körperwahrnehmung ist meist verzerrt. Der Körper wird häufig als unförmig und „fett“ erlebt, während andere Menschen realistisch wahrgenommen werden. Zu Beginn

der Erkrankung haben Betroffene oft positive Gefühle, wie Leichtigkeit, Kontrolle und Euphorie. Jedoch wandeln sich diese positiven Gefühle im Verlauf in Gleichgültigkeit, Reizbarkeit und eine depressive Stimmungslage (DGPM, DKPM, 2010, S. 70-71).

### 3.1.2 Diagnostische Kriterien

Die diagnostischen Kriterien der AN nach ICD-10 und DSM-IV sind der Tabelle 2 zu entnehmen. Es gab in der Vergangenheit unterschiedliche und mehrfach revidierte Klassifikationen von Essstörungen. Auch heute wird über eine möglichst angemessene und behandlungsrelevante Einteilung diskutiert (DGPM, DKPM, 2010, S. 71).

<b>Anorexia nervosa</b>	
ICD-10 (1993)	DSM-IV-TR (2000)
<p><b>F 50.0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Körpergewicht mind. 15 % unter dem erwarteten Gewicht oder Body-Mass-Index <math>\leq 17,5 \text{ kg/m}^2</math></li> <li>• Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder</li> <li>– selbstinduziertes Erbrechen</li> <li>– selbstinduziertes Abführen</li> <li>– übertriebene körperl. Aktivität</li> <li>– Gebrauch von Appetitzüglern, Diuretika u. a.</li> </ul> </li> <li>• Körperschemastörung; überwertige Idee, zu dick zu sein/zu werden, es wird eine sehr niedrige Gewichtsschwelle festgelegt</li> <li>• endokrine Störung (Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse), findet Ausdruck z. B. in Amenorrhoe</li> <li>• bei Beginn vor der Pubertät ist Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert, z. B. Wachstumsstopp, primäre Amenorrhoe</li> </ul>	<p><b>307.1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichtes zu halten; dauerhafter Gewichtsverlust, Gewicht <math>&lt; 85 \%</math> des zu erwartenden Gewichtes</li> <li>• ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme und davor, dick zu werden (trotz Untergewichts)</li> <li>• Körperwahrnehmungsstörung, Überbewertung von Gewicht und Figur, Leugnen des Schweregrades des Untergewichtes</li> <li>• Amenorrhoe</li> </ul>



<b>F 50.00</b> (AN ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme) <ul style="list-style-type: none"> <li>kein Erbrechen, kein Abführmittel- oder Diuretikamissbrauch</li> </ul>	<b>Restriktiver Typus:</b> Keine Essanfälle, kein Erbrechen, kein Laxanzien- oder Diuretikamissbrauch
<b>F50.01</b> (AN mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme) <ul style="list-style-type: none"> <li>selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch o. Ä., evtl. treten auch Essanfälle auf</li> </ul>	<b>Binge-Purging-Typus:</b> regelmäßig Essanfälle und „purging“-Verhalten (Laxanzien o. Ä.)

**Tabelle 2: Kriterien der AN nach ICD-10 und DSM-IV-TR (DGPM, DKPM, 2010, S. 127)**

### 3.1.3 Komorbidität mit psychischen Erkrankungen

Bei der AN gibt es häufig eine Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen, vor allem mit Depressionen, Angststörungen und Zwangserkrankungen (O'Brien, Vincent, 2003, S. 57). Ebenfalls findet sich eine Rate an Persönlichkeitsstörungen, wobei die Angaben von 0-58 % stark schwanken (Cassin, von Ranson, 2005, S. 895). Blinder, Cumella und Sanathara (2006, S. 456) untersuchten 2.436 weibliche Essstörungspatienten, die stationär zwischen dem 1. Januar 1995 und 31. Dezember 2000 behandelt wurden. Sie fanden bei über 90 % der Patienten mit AN Störungen der Stimmungslage und bei über 50 % lag eine Angststörung vor. Sie berichteten über eine geringe Rate an Suchterkrankungen (Alkohol oder anderer Substanzmissbrauch), wobei die Rate bei AN-Patienten vom restriktiven Typ deutlich geringer war, als beim „Binge-purge-Typ“. In einer Stichprobe mit über 1000 stationär behandelten Essstörungspatienten berichteten über 90 % der Befragten AN-Patienten (restriktiver und „Binge-purge-Typ“) schon einmal in ihrem Leben depressive Symptome erlebt zu haben. 80 % vom restriktiven und 86 % vom „Binge-purge-Typ“ berichteten über Angstsymptome. Zwangssymptome zeigten sich bei 56 % vom restriktiven und bei 63 % vom „Binge-purge-Typ“ (Fichter, 2005, S. 1145). Inwieweit komorbide Störungen Ursache oder Folge der AN oder aber Ergebnis eines gemeinsamen prädisponierenden Faktors sind, ist bis heute ungeklärt. In der Therapie müssen jedoch alle Störungen berücksichtigt werden, da sie sich gegenseitig beeinflussen (DGPM, DKPM, 2010, S. 72).

## 3.2 Bulimia nervosa

### 3.2.1 Klinische Merkmale

Die DGPM und DKPM (2010, S. 192) definieren die Hauptsymptomatik der BN folgendermaßen: „Die Hauptsymptomatik besteht aus Essanfällen, die von kompensatorischen Verhaltensweisen gefolgt werden. Die Patienten befürchten, durch die Essanfälle an Gewicht zuzunehmen und setzen

deshalb selbstinduziertes Erbrechen und andere gewichtsreduzierende Maßnahmen ein. Dazu gehören häufige Diäten, Fasten, Vermeidung hochkalorischer Lebensmittel, Missbrauch von Medikamenten (Laxanzien, Diuretika, Appetitzügler, Schilddrüsenhormone) und exzessive sportliche Betätigung“.

Essanfälle und gegenregulierende Maßnahmen treten bei der BN mehrmals pro Woche auf. Sie werden oft durch Scham- und Schuldgefühle vor dem sozialen Umfeld verborgen. Ein Essanfall ist durch die objektiv große Menge der Nahrungsmittel, das Gefühl des Kontrollverlusts über die aufgenommene Nahrungsmenge und durch wiederholte Episoden gekennzeichnet. Die Gedanken der Betroffenen drehen sich häufig um die Figur und das Aussehen. Sie haben die Vorstellung, dass sie nur schlank und attraktiv von der Gesellschaft und ihrem Umfeld anerkannt und respektiert werden. Betroffene setzen sich dabei selbst eine Gewichtsgrenze, die meist unter einem gesunden und normalen Gewicht liegt (DGPM, DKPM, 2010, S. 192). Sie haben jedoch häufig ein Gewicht im gesunden Bereich (Habermas, 2008, S.6). Das Essverhalten ist unregelmäßig. Mahlzeiten werden ausgelassen und es werden häufig Diäten durchgeführt. In der Vorgeschichte und auch im Verlauf der BN bestehen häufig Episoden einer AN. Betroffene haben ein geringes Selbstwertgefühl, welches stark vom eigenen Körperbild abhängt. Depressive Verstimmungen kommen bei diesem Krankheitsbild oft vor (DGPM, DKPM, 2010, S. 192).

Fairburn beschreibt in seinem theoretischen Modell, dass die ständige Beschäftigung mit Lebensmitteln und dem Essen, strikte Diätregeln und die extremen Methoden zur Gewichtskontrolle durch die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls vom Aussehen und Körpergewicht entstehen. Diätverhalten und ständige Hungerzustände („restriction“) lösen Essanfälle aus. Essanfälle oder gebrochene Diätregeln lösen wiederum Unzufriedenheit aus und werden von den Betroffenen als Beweis für ihre geringe Selbstkontrolle empfunden, wobei die eigenen Vorstellungen und Ziele überbewertet werden. Die Essanfälle führen dann zu kompensatorischen Verhaltensweisen wie Erbrechen oder den Missbrauch von Medikamenten (Fairburn et al., 2010, S. 614-615).

### 3.2.2 Diagnostische Kriterien

Die diagnostischen Kriterien der BN nach ICD-10 und DSM-IV sind den Tabellen 3 und 4 zu entnehmen.

<b>Bulimia nervosa</b>
<b>F50.2</b>
1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.

<p>2. Die Patientin versucht, dem dick machenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenhormonpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.</p>
<p>3. Eine der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten besteht in der krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer AN nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.</p>

**Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der BN nach ICD-10 (DGPM, DKPM, 2010, S. 220)**

<b>Bulimia nervosa</b>
<b>307.51</b>
<p>A. Wiederholte Episoden von „Fressattacken“. Eine „Fressattacken“-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von zwei Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.</li> <li>2. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).</li> </ol>
<p>B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.</p>
<p>C. Die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.</p>
<p>D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.</p>
<p>E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer AN auf.</p>

**Tabelle 4: Diagnostische Kriterien der BN nach DSM-IV (DGPM, DKPM, 2010, S. 220)**

### 3.2.3 Komorbidität mit psychischen Erkrankungen

Bei der BN liegt häufig eine Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen vor. Blinder, Cumella und Sanathara (2006, S. 456) fanden bei 94 % der Patienten mit BN Störungen der Stimmungslage, bei 55 % Angststörungen und bei 34 % eine Suchterkrankung (Alkohol oder anderer Substanzmissbrauch). In einer Stichprobe mit über 1000 stationär behandelten Essstörungspatienten berichteten über 90 % der Befragten, schon einmal in ihrem Leben depressive Symptome erlebt zu haben, 88 % berichteten über Angstsymptome und 67 % über Zwangssymptome. (Fichter, 2005, S. 1145). Ebenfalls findet sich bei der BN eine Rate an Persönlichkeitsstörungen, wobei die Angaben von 0-58 % stark schwanken (Cassin, von Ranson, 2005, S. 895). Nach Sanson und Sanson (2011, S. 15) ist die häufigste Persönlichkeitsstörung bei der BN die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer Prävalenz von rund 28 %.

### 3.3 Beschwerden und Komplikationen bei Anorexia und Bulimia nervosa

Betroffene suchen häufig eher aufgrund von körperlichen Folgeerscheinungen, als aufgrund der Essstörung selbst, den ersten Kontakt zu Ärzten und versuchen die Essstörung zu verheimlichen. In der Anfangsphase der Erkrankung ist eine mangelnde bis fehlende Krankheitseinsicht charakteristisch. Häufige Beschwerden und Komplikationen bei Essstörungen sind der Tabelle 5 zu entnehmen.

#### Beschwerden und Komplikationen bei Essstörungen:

- verlangsamter Herzschlag, niedriger Blutdruck, schlechte Durchblutung, Kälteempfindlichkeit, Herzrhythmusstörungen
- abdominale Schmerzen, Übelkeit, Völlegefühl, verzögerte Magenentleerung für feste Nahrung, Verstopfung, Entzündungen oder Verletzungen der Speiseröhre, Magendehnung mit Gewebsnekrose
- Verschiebung von Elektrolyten
- Amenorrhoe, Fertilitätsstörung
- Muskelschwäche, Muskelkrämpfe
- Skelettschmerzen bei Belastung
- Verminderte Knochendichte und Osteoporose
- Trockene Haut, Hyperpigmentation
- Lanugobehaarung, Haarausfall
- Schlafstörungen mit Früherwachen
- Schwindel, Kollapsneigung, Akrozyanose
- Apathie, Konzentrationsstörung
- Nierenschäden bis hin zur Niereninsuffizienz

- Zahnschäden, Hypersensivität der Zähne (nur bei Erbrechen)
- Sodbrennen, Schmerzen im Rachenbereich (nur bei Erbrechen)
- Parotisschwellung (Schwellung der Ohrspeicheldrüse) (nur bei Erbrechen)

**Tabelle 5: Medizinische Komplikationen bei Essstörungen (Fiederich, 2008, S. 152-157)**

### 3.4 Epidemiologie von Anorexia und Bulimia nervosa

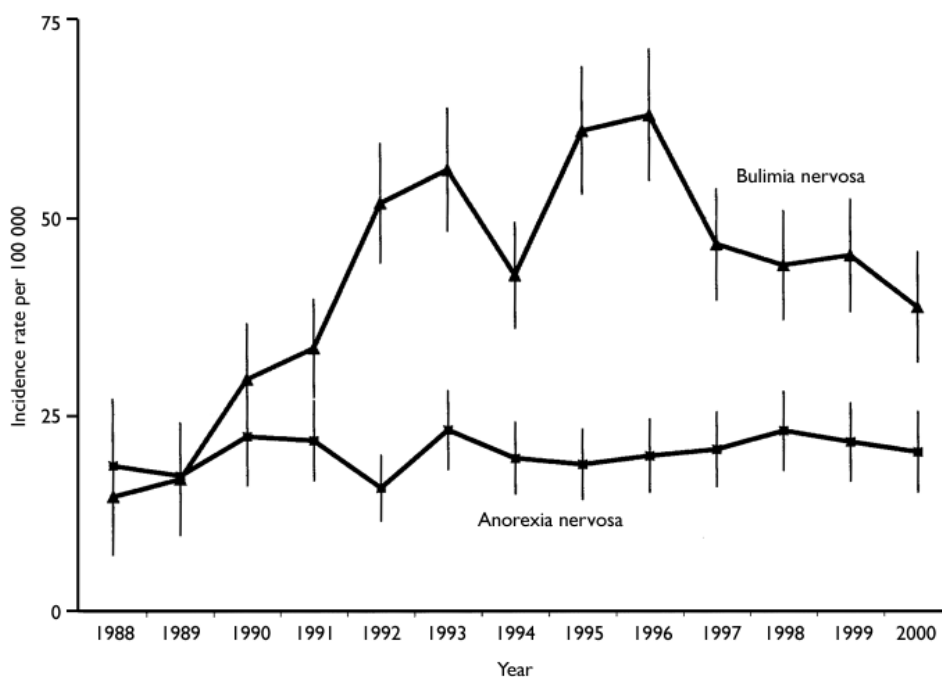
#### 3.4.1 Inzidenz

Nach Smink, van Hoeken und Hoek (2012, S. 406), die englischsprachige Literatur aus Datenbanken (Medline, Pubmed, Embase und PsycINFO) in Bezug auf die Epidemiologie von Essstörungen diskutierten, sind Essstörungen innerhalb der Gesamtbevölkerung relativ selten. AN ist am häufigsten verbreitet bei jungen Frauen. Während die Inzidenzrate der Gesamtbevölkerung im vergangenen Jahrzehnt vergleichsweise stabil blieb, hat es eine Zunahme bei der hohen Risikogruppe (der 15-19 jährigen Mädchen) gegeben. Jedoch ist unklar, ob die Erkrankung mittlerweile früher erkannt wird oder es sich um ein früheres Erkrankungsalter handelt. Das Auftreten von BN könnte seit den frühen 90er Jahren gesunken sein. In einer größeren holländischen Stichprobe von Hausarztpatientinnen mit AN wurde für den Zeitraum von 1985 bis 1989 Inzidenzrate von 7,4 pro 100 000 Personen in der Bevölkerung und für den Zeitraum von 1995 bis 1999 von 7,7 pro 100 000 Personen in der Bevölkerung ermittelt (van Son et al., 2006, S. 566-567). Currin et al. (2005, S. 132) untersuchten Daten aus den Patientenregistern von Hausärzten. Die Zielgruppe waren Frauen mit AN aus Großbritannien im Alter von 10 bis 39 Jahren. Nach diesen Erhebungen lag die Inzidenzrate im Jahr 1988 bei 18,5 pro 100 000 Personen in der Bevölkerung und im Jahr 2000 bei 20,1 pro 100 000 (siehe Abbildung 1). Die Werte variierten je nach Geschlecht. Während die Inzidenz für Frauen 8,6 pro 100 000 betrug, fanden sie bei Männern eine Inzidenz von 0,7 pro 100 000. Im Verhältnis waren Frauen mit einem relativen Risiko von etwa 12:1 deutlich häufiger betroffen. Die höchste Inzidenz (34,6 pro 100 000), lag bei Frauen im Alter zwischen 10-19 Jahren.

Eine Studie fällt aus dem Rahmen, wenn man sie mit Ergebnissen aller anderen Inzidenzstudien vergleicht und kam auf wesentlich höhere Werte für die AN. Keski-Rahkonen et al. (2007, S. 1261) berichteten bei Mädchen im Alter von 15 bis 19 Jahren über eine Inzidenzrate von 270 pro 100 000 Personen in der Bevölkerung pro Jahr. Die wahrscheinlichste Erklärung für diese Werte ist, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe von Keski-Rahkonen et al. um eine Zwillingkohorte handelte und nicht um eine wirkliche Bevölkerungsstichprobe. Es gibt Belege, dass die Prävalenz von AN bei Zwillingen höher als in der allgemeinen Bevölkerung ist (DGPM, DKPM, 2010, S. 13).

Zur Inzidenz von BN gibt es nur sehr wenige Daten. Ergebnisse dazu stellten Currin et al. (2005, S.

133), im zeitlichen Verlauf bei Frauen im Alter zwischen 10 und 39 Jahren, vor. Von 1989 bis 1993 stieg die Inzidenzrate kontinuierlich an. 1996 fand sich die nächste Inzidenzrate. In der zweiten Hälfte der 90er Jahre sank die Inzidenzrate bis zum Jahre 2000 auf 6,6 pro 100 000 Personen in der Bevölkerung pro Jahr (siehe Abbildung 1). Die Inzidenzrate der Frauen lag bei 12,4 pro 100 000 und die der Männer bei 0,7 pro 100 000. Im Verhältnis waren Frauen mit einem relativen Risiko von etwa 18:1 deutlich häufiger betroffen. Die höchste Inzidenz (35,8 pro 100 000) lag bei Frauen im Alter zwischen 10-19 Jahren.



**Abbildung 1: Jährliche Inzidenzrate pro 100.000 Personen in der Bevölkerung der AN und BN bei Frauen im Alter zwischen 10 und 39 Jahren von 1988 bis 2000 (Currin et al., 2005, S.133)**

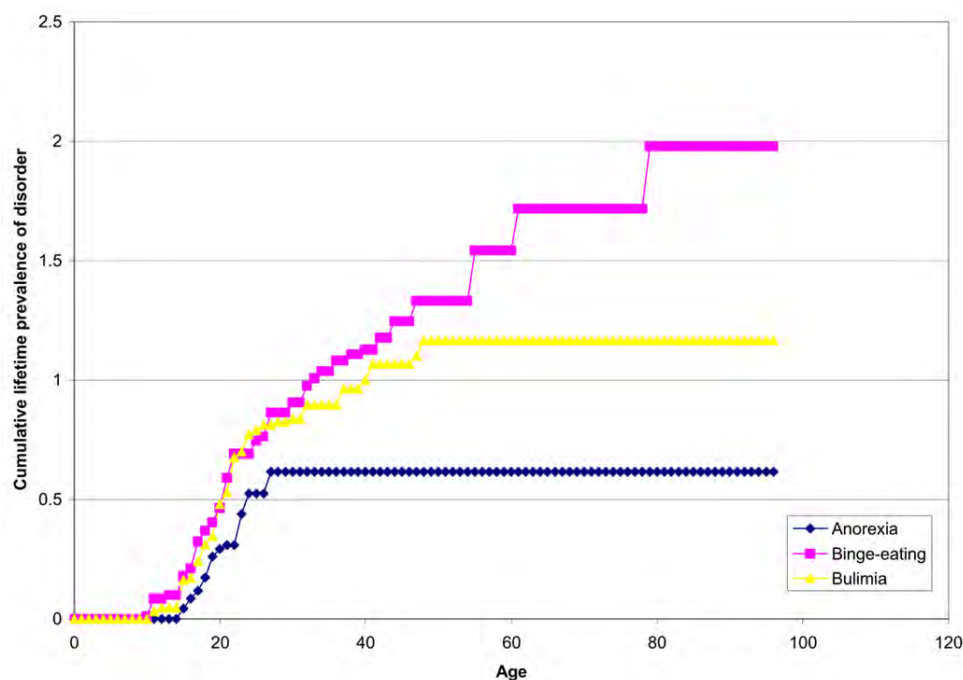
Die Zahlen zur Inzidenz von AN und BN im Überblick sind Tabelle 6 zu entnehmen.

Studie	Zielgruppe	Jahr	Inzidenz der AN (pro 100 000 Personen)	Inzidenz der BN (pro 100 000 Personen)
Currin et al., 2005	Patientenregister von Hausärzten in Großbritannien	1988	18,5	-
		2000	20,1	6,6
van Son et al, 2006	Patientenregister von Hausärzten in Holland	1985 bis 1989	7,4	-
		1995 bis 1999	7,7	-
Keski-Rahkonen et al., 2007	Zwillingsstudie in Finnland	?	270	-

**Tabelle 6: Inzidenz der AN und BN im Überblick**

### 3.4.2 Prävalenz

Thiels und Garthe (2000, S. 553) untersuchten die Prävalenz von Essstörungen unter deutschen weiblichen Studentinnen und kamen auf eine Punktprävalenz von 0,3 % für AN und 0,8 % für BN. In einer national repräsentativen Stichprobe von 10 123 US-Jugendlichen im Alter von 13-18 Jahren kamen Swanson et al. (2011, S. 716) auf eine Lebenszeitprävalenz von 0,3 % für AN und 0,9 % für BN. Hudson et al. (2007, S. 4) berichteten über eine Lebenszeitprävalenz von 0,6 % für AN und 1,0 % für BN, innerhalb einer Haushaltsstichprobe (18-21 Jahre) in den USA von 2001 bis 2003 (siehe Abbildung 2). Sie fanden eine höhere Lebenszeitprävalenz für Frauen sowohl bei AN als auch bei BN (AN: 0,9 % für Frauen, 0,3 % für Männer / BN 1,5 % für Frauen, 0,5 % für Männer). Lediglich die bereits erwähnte Untersuchung von Keski-Rahkonen et al. (2007, S. 1261) kam zu einer wesentlich höheren Lebenszeitprävalenz von 2,2 % für AN. In weiteren Zwillingskohorten zeigten sich ebenfalls höhere Prävalenzen von AN, als in den Untersuchungen an Bevölkerungsstichproben oder Schulpopulationen (DGPM, DKPM, 2010, S. 15). Bulik et al. (2006, S. 310) berichteten über eine Lebenszeitprävalenz für AN von 1,2 %, in einer sehr großen Zwillingsstudie bei Frauen in Schweden, geboren von 1935 bis 1958. Auch in einer Zwillingsstudie bei Frauen im Alter zwischen 28 und 39 Jahren in Australien, wurde eine Lebenszeitprävalenz für AN von 1,9 % festgestellt (Wade et al., 2006, S. 121). Diese Ergebnisse deuten daraufhin, dass möglicherweise insbesondere eineiige Zwillinge ein erhöhtes Risiko für AN aufweisen. Genetische Faktoren, aber auch die Selbstfindung und Persönlichkeitsreifung könnten eine Rolle spielen (DGPM, DKPM, 2010, S. 15).



**Abbildung 2: Verteilung (Beginn und mit dem Alter zunehmende Lebenszeitprävalenz der Essstörungen) (Hudson et al., 2007, S. 14)**

Die Zahlen zur Prävalenz von AN und BN im Überblick sind Tabelle 7 zu entnehmen.

Studie	Zielgruppe	Prävalenz AN	Prävalenz BN
Thiels und Garthe, 2000	Studentinnen aus Deutschland	0,3 % (Punktprävalenz)	0,8 % (Punktprävalenz)
Hudson et al., 2007	Haushaltstrichprobe in den USA	0,6 % (Lebenszeitprävalenz)	1,0 % (Lebenszeitprävalenz)
Swanson et al., 2011	Jugendliche aus den USA	0,3 % (Lebenszeitprävalenz)	0,9 % (Lebenszeitprävalenz)
Keski-Rahkonen et al., 2007	Zwillingsstudie in Finnland	2,2 % (Lebenszeitprävalenz)	-
Bulik et al., 2006	Zwillingsstudie in Schweden	1,2 % (Lebenszeitprävalenz)	-
Wade et al., 2006	Zwillingsstudie in Australien	1,9 % (Lebenszeitprävalenz)	-

**Tabelle 7: Prävalenz der AN und BN im Überblick**

### 3.4.3 Mortalität

Alle Essstörungen weisen ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf, wobei die AN, verglichen mit den anderen (BN, Binge Eating, Essstörungen nicht näher bezeichnet), das höchste Mortalitätsrisiko zeigte (Smink, van Hoeken, Hoek, 2012, S. 406). Arcelus et al. (2011, S. 726-729) führten eine Meta-Analyse zur Mortalität bei Patienten mit AN und anderen Essstörungen durch. Sie fanden heraus, dass die Gesamtzahl der Todesfälle bei AN, von insgesamt 12 808 untersuchten Personen, bei 639 lag. Die jährliche Mortalitätsrate für AN lag bei 5,10 Todesfällen pro 1000 Personen in der Bevölkerung pro Jahr, von denen 1,3 Todesfälle durch Suizid entstanden sind. Demzufolge starben pro Jahrzehnt 5,1 % oder pro Jahr 0,51 % der AN Patienten. Eine von fünf Personen mit AN begangen Selbstmord. Bei der Analyse von Studien, die sich ausschließlich mit der AN beschäftigten, fanden sie eine jährliche Mortalitätsrate von 5,39 Todesfällen pro 1000 Personen in der Bevölkerung pro Jahr. Bei der Analyse von 12 Studien, die die Sterblichkeit von Patienten mit BN untersuchten, lag die Gesamtzahl der Todesfälle bei 57 Personen von insgesamt 2585 beobachteten Patienten mit BN. Die Sterblichkeitsrate der BN lag bei 1,74 Todesfällen pro 1000 Personen in der Bevölkerung pro Jahr. Das bedeutet, dass pro Jahr 0,17 % der BN-Patienten starben. Weiterhin untersuchten Arcelus et al. (2011, S. 726-729) gesondert fünf Studien, die ausschließlich weibliche Personen betrachteten. Diese Untersuchung ergab eine Mortalitätsrate von 2,22 Todesfällen pro 1000 Personen in der Bevölkerung pro Jahr.

## 4. Therapie bei Essstörungen

Der Folgende Abschnitt widmet sich der Therapie von Essstörungen. Zunächst werden die Rahmenbedingungen und Ziele der Behandlung dargestellt. Anschließend werden die psychotherapeutische Behandlung und ihre Wirksamkeit näher betrachtet und die Ernährungstherapie ausführlich beschrieben.



## **4.1 Rahmenbedingungen und Ziele der Behandlung**

Für die Behandlung von AN gibt es in Deutschland grundsätzlich drei mögliche Behandlungssettings. Betroffene haben die Möglichkeit einer stationären, teilstationären / tagesklinischen und ambulanten Behandlung. Der Krankheitsverlauf umfasst in der Regel mehrere Jahre. Es erfolgen meist Kombinationsbehandlungen mit mehreren Beteiligten z.B. einem Psychotherapeuten, einem Hausarzt, einem Ernährungsberater und / oder einem Familientherapeuten. Ein Gesamtbehandlungsplan und eine gute Koordination zwischen den beteiligten Behandlern sind erforderlich, jedoch aufgrund fehlender Vernetzung der unterschiedlichen Behandlungsebenen oft schwierig. Bei starkem Untergewicht ist zunächst eine stationäre Behandlung erforderlich. Besonders wichtig ist eine frühzeitige Behandlung. Sie kann die akute Symptomatik verringern und eine Chronifizierung vermeiden.

Ziele der Psychotherapie sind die Wiederherstellung und das Halten eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts, die Normalisierung des Essverhaltens, die Behandlung körperlicher Folgen und der Schwierigkeiten auf emotionaler, kognitiver und zwischenmenschlicher Ebene und eine Förderung der sozialen Integration (DGPM, DKPM, 2010, S. 78-89). Patienten mit BN haben ebenfalls die Möglichkeit einer stationären, teilstationären / tagesklinischen und ambulanten Behandlung. Eine ambulante Behandlung ist bei der Mehrzahl der Patienten ausreichend. Falls die ambulante Behandlung wenig Veränderung hervorruft, scheitert oder in der Umgebung nicht vorhanden ist, ist eine stationäre oder teilstationäre Behandlung erforderlich. Auch die Schwere der Erkrankung und Suizidalität können ein stationäres Setting erfordern. Ziele der Psychotherapie sind die Normalisierung des Essverhaltens, die Bewältigung der komorbiden psychischen Probleme und die Behandlung der körperlichen Folgen (DGPM, DKPM, 2010, S. 201-202).

## **4.2 Psychotherapeutische Behandlung**

### **4.2.1 Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden**

Zur Behandlung von Essstörungen gibt es unterschiedliche Therapieansätze, wie die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle Psychotherapie, familien- und systemischorientierte Ansätze, psychodynamische Therapieverfahren und Selbsthilfeprogramme. Die kognitive Verhaltenstherapie gilt jedoch als Methode der Wahl, da sie sich in bisherigen Studien als mindestens genauso erfolgreich wie andere Verfahren erwiesen hat (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 44). Nach der DGPM, DKPM (2010, S. 6) werden Essstörungen in Deutschland im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie ambulant derzeit vornehmlich kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch behandelt. Im stationären Setting haben sich multimodale Behandlungsstrategien durchgesetzt.

Für die AN gibt es nur wenige aussagekräftige Studien zur Wirksamkeit von kognitiv-behavioralen Therapieansätzen (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 38 / Fairburn, 2005, S. S26). Eine Wirksamkeit dieses Therapieansatzes ist allerdings grundsätzlich anzunehmen (DGPM, DKPM, 2010, S. 92).

Bei der Behandlung der BN zeigt die kognitive Verhaltenstherapie gegenüber anderen Verfahren die beste Effektivität (Legenbauer, Vocks, 2006, S.44). Richards et al. (2000, S. 198) konnten z.B. eine deutliche Reduktion von Essanfällen (70-94 %) und Erbrechen (75-94 %) zeigen. Auch die Wirksamkeit der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Essstörungen konnte vielfach belegt werden. Im Hinblick auf bulimisches Verhalten war jedoch die Einzeltherapie wirksamer als die Gruppentherapie (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 39). Auf die Inhalte der kognitiven Verhaltenstherapie bei Essstörungen wird im Kapitel 4.2.2 genauer eingegangen.

Bei der interpersonellen Psychotherapie werden vor allem die interpersonalen Beziehungsmuster betrachtet. Auf das gestörte Essverhalten an sich sowie das negative Körperbild wird nicht näher eingegangen (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 40). Agras et al. (2000, S.465) untersuchten die Wirksamkeit der interpersonellen Psychotherapie im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie und konnten kurzfristig eine etwas schlechtere Wirksamkeit der interpersonellen Psychotherapie feststellen. Nach dem 2-Jahres-Follow-Up zeigten beide Ansätze jedoch keine Unterschiede in der Wirksamkeit.

Systemisch orientierte Ansätze konzentrieren sich innerhalb der Essstörungenbehandlung auf die Faktoren, die die Krankheit aufrechterhalten. Im Vordergrund steht die Erarbeitung von Lösungswegen zur Veränderung dieses aufrechterhaltenden Systems. Die Therapeuten orientieren sich bei der Intervention an gesprächstherapeutischen Grundsätzen wie Empathie und Verständnis (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 41). Der Fokus liegt dabei auf den bereits vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen zur Verabschiedung der Krankheit (Groene, 2001, S. 179). Systemisch psychotherapeutische Ansätze wurden bisher nicht umfassend evaluiert (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 41).

Insbesondere bei der Behandlung von jugendlichen Patienten mit AN hat sich die Familientherapie in den letzten 25 Jahren zu einem wichtigen Behandlungsansatz entwickelt (Eisler, le Grange, Asen, 2005, S. 291). Die Familientherapie erzielte in 60 -90 % der Fälle positive Ergebnisse und gilt bei dem Klientel als effektiv. Die größten Effekte wurden erzielt, wenn die Eltern sich aktiv mit der Krankheit auseinandergesetzt haben. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass es auf diesem Gebiet nur wenige Vergleichsstudien gibt. Familien mit eher schwierigen Kommunikationsformen sollten erst zu einem Zeitpunkt in die Therapie mit einbezogen werden, wenn die Essstörung nicht mehr im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht (Eisler, le Grange, Asen, 2005, S. 297).

Es gibt nur wenige Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapieansätze (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 41). Psychodynamische Verfahren beziehen sich auf die Auseinandersetzung mit der Symptomatik und verbinden diese mit der Arbeit an interpersonellen und intrapsychischen Konflikten. Die bestehende Konflikt- und Affektabwehr wird bearbeitet, indem die Patienten

schrittweise an das Erleben von Emotionen und Konflikten herangeführt werden (Reich, 2004, S. 32). Dare et al. (2001, S. 220) untersuchten die Effektivität psychodynamischer Therapieansätze bei Erwachsenen mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer der AN von über sechs Jahren und konnten eine Wirksamkeit feststellen.

Es existiert eine Reihe von Selbsthilfebüchern zu Essstörungen. Diese beruhen meist auf kognitiv-behavioralen Ansätzen und gliedern sich in verschiedene Themenbereiche, wie Ernährungsmanagement, kognitive Umstrukturierung, Körperbildstörungen und Problemlösefertigkeiten. Die Hemmschwelle für die Durchführung eines Selbsthilfeprogramms ist meist geringer als für eine Therapie (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 42). In einigen Studien konnte gezeigt werden, dass therapeutisch geleitete Selbsthilfegruppen für bulimische Patienten effektiver waren als Selbsthilfegruppen ohne therapeutische Anleitung oder Kontrollgruppen, bei denen die Patienten auf Wartelisten standen. Für die AN gibt es kaum Studien, die die Wirksamkeit von Selbsthilfeprogrammen untersuchten (Perkins, Schmidt, 2005, S. 87). Die DGPM und DKPM (2010, S. 94) formulieren die Wirksamkeit von Selbsthilfeprogrammen wie folgt: „Selbsthilfe könnte als erster Schritt einen Nutzen haben“.

Weiterhin sind nach Safer, Telch und Agras (2001a, S. 106 / 2001b, S. 634) dialektisch-behaviorale Ansätze, die ursprünglich zur Behandlung der Borderline-Störung entwickelt wurden, bei der Behandlung der BN erfolgversprechend.

Nach Empfehlung der DGPM und DKPM (2010, S. 89) sollte zur Behandlung von Essstörungen ein multimodales Vorgehen angewandt werden, das zusätzlich auch psychoedukative Anteile und Ernährungsberatung beinhaltet.

Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden im Überblick sind Tabelle 8 zu entnehmen.

<b>Therapieansatz</b>	<b>Wirksamkeit bei AN</b>	<b>Wirksamkeit bei BN</b>
kognitive Verhaltenstherapie	grundsätzlich anzunehmen	effektiv
interpersonelle Psychotherapie	grundsätzlich anzunehmen	effektiv
familienorientierte Ansätze	effektiv	effektiv
systemischorientierte Ansätze	bisher nicht umfassend evaluiert	bisher nicht umfassend evaluiert
psychodynamische Therapieverfahren	grundsätzlich anzunehmen	grundsätzlich anzunehmen
Selbsthilfeprogramme	könnte als erster Schritt einen Nutzen haben	könnte als erster Schritt einen Nutzen haben

**Tabelle 8: Überblick über die Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden**

## 4.2.2 Therapiebausteine der kognitiven Verhaltenstherapie<sup>3</sup>

Die kognitive Verhaltenstherapie bei Essstörungen lässt sich in unterschiedliche Therapiebausteine gliedern, die im Folgenden genauer beschrieben werden:

- Motivierung
- Vermittlung eines individuellen Störungsmodells
- Intervention zur Normalisierung des gestörten Essverhaltens
- Kognitive Intervention
- Intervention zur Affektregulation
- Techniken zur Verbesserung sozialer Kompetenzen
- Intervention zur Veränderung des Körperbildes
- Förderung von Ressourcen
- Rückfallprophylaxe

### 4.2.2.1 Motivierung

Die zentrale Herausforderung in der Essstörungstherapie und somit der erste wichtige Schritt bei der Intervention zur Verhaltensänderung ist die Motivierung der Patienten. Die Therapiemotivation ist bei vielen Patienten zu Beginn sehr ambivalent (siehe genauere Beschreibung in Kapitel 5.3.1). Essstörungen haben eine hohe Funktionalität und viele Patienten haben zu Anfang der Therapie nicht die Kraft, ihr Selbstwertgefühl anders zu stabilisieren und das symptomatische Verhalten abzustellen. Den theoretischen Rahmen für die erste Intervention bietet das Phasenmodell der Veränderung nach Prochaska und DiClemente (1984). Das Modell gliedert sich in das eingeschränkte Problembewusstsein, die Nachdenklichkeit, die Handlungsvorbereitung und Aufrechterhaltung. Es dient der Beschreibung und Optimierung des Krankheits- und Therapieverlaufs. Um die Motivation zu fördern, erfolgt zunächst die Aufklärung über gesunde Ernährung und die Folgeerscheinungen einer Essstörung. Weiterhin werden die Identifikation mit der Essstörung und die Abwägung von Vor- und Nachteilen zur Klärung der vorhandenen Ambivalenzen und Ziele thematisiert. Der Aufbau von Vertrauen und einem kooperativen Arbeitsklima ist die Voraussetzung für eine positive Verhaltensänderung. Das wird in Gruppen z.B. durch gezielte Maßnahmen wie Kennenlernspiele erreicht.

### 4.2.2.2 Vermittlung eines individuellen Störungsmodells

Ein wichtiger Ansatzpunkt in der Therapie ist die Vermittlung eines individuellen Störungsmodells. Die meisten Patienten wissen nicht, warum genau sie eine Essstörung entwickelt haben. Für Moti-

---

<sup>3</sup> Die im Folgenden beschriebenen Therapiebausteine der kognitiven Verhaltenstherapie beziehen sich alle auf die Ausführungen von Legenbauer und Vocks, 2006, S. 66 ff.

vation und angestrebte Verhaltensänderungen ist es bedeutend, dass die Patienten diesen Zusammenhang verstehen. Aus dem Störungsmodell lassen sich individuelle Bewältigungsstrategien erarbeiten und Therapieziele ableiten. Die formulierten Ziele werden in die Auswahl der Behandlungsbausteine einbezogen. Das Störungsmodell orientiert sich an prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren, die gemeinsam erarbeitet werden.

#### **4.2.2.3 Intervention zur Normalisierung des gestörten Essverhaltens**

Die Intervention zur Normalisierung des gestörten Essverhaltens und Abbau von Heißhungerattacken und Erbrechen beginnt mit der Vermittlung von Folgen des restriktiven Essverhaltens und Einfluss von Diäten auf die Entwicklung des Gewichts. Ein Bewusstsein über das Essverhalten erlangen die Patienten durch Essprotokolle. Innerhalb der Therapie werden Ernährungsfehler und interne (emotionale) sowie externe (z.B. Buffet) Auslösebedingungen für Fasten, Heißhungeranfälle und kompensatorische Maßnahmen erarbeitet. Übungen zur Wahrnehmung von Hunger und Sättigung werden durch die Selbstbeobachtung anhand der Ernährungsprotokolle ebenfalls abgedeckt. Strukturierte Esstage ohne Gegenmaßnahmen und Gewichtssteigerungsprogramme unterstützen die Verhaltensänderung. Die Nahrungsexposition kann vor allem automatisiert ablaufende Prozesse durchbrechen. Die Patienten können dadurch wieder Kontrolle über den Essensdrang erlangen.

#### **4.2.2.4 Kognitive Intervention**

Die kognitive Intervention bezieht sich auf die Identifikation dysfunktionaler Grundüberzeugungen bezogen auf Schlankheitsideal, Leistung und Selbstwert, die mit der Essstörung einhergehen. Grundüberzeugungen entwickeln sich durch Lernerfahrungen und führen über automatische Gedanken zu einer verzerrten Interpretation von Situationen. Nach der Identifikation der Grundannahmen helfen verschiedene Übungen, z.B. Rollenspiele bei der Veränderung. Weiterhin kann ein Modell zum Zusammenhang von Grundüberzeugungen und automatischen Gedanken aufgestellt werden. Automatischen Gedanken können mit Hilfe von Beispielen und dem Führen von Selbstbeobachtungsprotokollen herausgearbeitet werden. Die automatischen Gedanken werden im nächsten Schritt auf mögliche Denkfehler überprüft. Selbstschutzgedanken wie „Ich darf nicht enttäuscht sein, sonst merkt er, wie sehr mich das verletzt“ stellen eine Kategorie der Denkfehler dar. Man redet sich selbst Stärke oder Gefühlskälte ein, um nicht von anderen verletzt zu werden. Weitere Arten von Denkfehlern sind unter anderem Alles-oder-nichts Denken, Punktesammeln, Klischeekiste und Katastrophendenken. Weiterhin vermitteln die Therapeuten Techniken zur Identifikation von alternativen realitätsangemesseneren und funktionalen Kognitionen.

#### **4.2.2.5 Intervention zur Affektregulation**

Frauen mit Essstörungen beschreiben oft diffuse Gefühlszustände. Sie haben oft Schwierigkeiten ihre Gefühle zu benennen und wissen nicht, aus welchem Grund ein bestimmtes Gefühl entstanden

ist. Die Anwendung dysfunktionaler Strategien, wie z.B. Essanfälle, resultieren meist aus Stressreaktionen, die wiederum aus diffusen Gefühlszuständen entstehen. Ziel der Intervention zur Affektregulation ist die Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und des Gefühlsausdrucks. In diesem Therapiebaustein werden Techniken zur Affektregulation auf physiologischer, affektiv-kognitiver und behavioraler Ebene vermittelt. Die Patienten werden gefragt, welche Gefühle sie kennen. Im Anschluss werden diese kategorisiert. Die Hauptemotionen sind oft leicht zu bestimmen. Schwierigkeiten treten eher bei Mischformen, Körpergefühlen und physiologischen Begleiterscheinungen auf. Die Patienten werden durch verschiedene Übungen, wie beispielsweise das Gefühlsbild, für die Wahrnehmung von Gefühlen sensibilisiert. Auch die Funktion von Gefühlen wird thematisiert. Weiterhin werden Strategien zur Bewältigung von Gefühlen erarbeitet. Methoden der Entspannung, wie muskuläre Kurzentspannung, Atemübungen, autogenes Training und kontrollierte körperliche (z.B. Treppen rauf und runter laufen) und emotionale (z.B. einen emotionalen Film ansehen) Abreaktionen können zur Intervention eingesetzt werden. Kognitive Techniken, wie Aufmerksamkeitsumlenkung, die Einführung von Ruhebildern und das Einüben von positiven Selbstinstruktionen sollten eingeübt und anschließend anhand von Verhaltensketten auf mögliche Einsatzpunkte überprüft werden (siehe Verhaltenskette mit Alternativen im Anhang). Hilfreich ist auch die Aufstellung von Handlungsschritten, die symptomatisches Verhalten oder eine starke Gefühlsreaktion auslösen.

#### **4.2.2.6 Techniken zur Verbesserung sozialer Kompetenzen**

Patienten mit Essstörungen weisen oft Defizite in sozialen Kompetenzen auf. Ziel dieser Intervention ist, die Patienten für Kommunikationsschwierigkeiten zu sensibilisieren und ihnen Kommunikationsstrategien und Konflikt- und Problemlösetechniken zu vermitteln. Sie sollen lernen, sich in verschiedenen Situationen flexibel und angemessen zu verhalten. Dabei werden nonverbale Kommunikation (Gestik, Mimik, Blickkontakt, Körperhaltung und Stimme), verbale Äußerungen (direkte, eindeutige und konkrete Formulierungen eigener Bedürfnisse und Gefühle) und kognitive Aspekte, wie die Interpretation von Aussagen anderer Personen geschult. Anhand eines Kommunikationsmodells werden Missverständnisse aufgedeckt und der Fehlkommunikation im Alltag entgegengewirkt. Das Kommunikationsmodell beruht auf dem Vier-Ohren-Modell von Schultz von Thun (1981). Die Therapeuten nutzen konkrete Konfliktsituationen in Rollenspielen, um soziale Fertigkeiten zu vermitteln. Im letzten Schritt werden die sechs Schritte der Problemlösung behandelt (siehe Anhang).

#### **4.2.2.7 Intervention zur Veränderung des Körperbildes**

Die negative Einstellung zum Körper ist ein stark aufrechterhaltender Faktor bei Essstörungen. Das Selbstwertgefühl ist von Figur und Gewicht abhängig. Das Körperbild wird von Faktoren wie Wahrnehmung des Körpers, Gedanken und Einstellungen zum Körper, subjektives Körpergefühl

und Umgang mit eigenem Körper beeinflusst. Das Vier-Komponenten-Modell der Körperbildstörung fasst Faktoren und Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren zusammen. In der Körperbildtherapie gibt es verschiedene Ansätze. Der Einstieg liefern Imaginationsübungen wie Körperreisen oder Gedankensammeln. Körperwahrnehmungsübungen wie Abtasten und Zeichnen, sind ein guter Ansatz, korrigierende Erfahrungen zu machen und ein körperbezogenes Vermeidungsverhalten abzubauen. Die Eigen- und Fremdwahrnehmung lässt sich gut in einer vertiefenden Partner tastübung herausarbeiten. Weiterhin können Modellierübungen eingesetzt werden. Hierbei werden beispielsweise die Ergebnisse einer Zeichnung in ein anderes Medium übertragen (Ton oder Pappmaché). Dabei können sich die Patienten mit dem Fremdbild (eigenes Tonmodell) aufeinandersetzen und die Therapeuten können die Selbstwahrnehmung hinterfragen. Spiegel und Videokonfrontationen dienen ebenfalls zur Korrektur der negativen Aussagen zum eigenen Körper. In einem zweiten Schritt können dabei positive Aussagen über den Körper angestoßen werden und die Aufmerksamkeit auf die positive Aspekte gelenkt werden.

#### **4.2.2.8 Förderung von Ressourcen**

Ein weiterer Therapiebaustein ist die Förderung von Ressourcen mit dem Ziel, das Selbstwertgefühl zu steigern. Positive Aktivitäten werden aufgebaut und der mögliche Aktivitätenspielraum erweitert, indem neue Hobbys und Interessen gefördert werden. Selbstvertrauen in eigene Fähigkeiten, Selbstakzeptanz, soziale Kompetenz und ein soziales Netzwerk sind die vier Bereiche, die das Selbstwertgefühl prägen und in der Therapie überprüft werden. Der Fokus liegt auf dem Aufbau von Selbstakzeptanz und -vertrauen. Zum Aufbau des Selbstwertgefühls eignen sich Feedbackübungen in der Gruppe besonders gut. Weiterhin werden eigene Stärken erarbeitet. Die Patienten sollen für eigene Erfolge und positive Erlebnisse im Alltag sensibilisiert werden. Zum Aufbau verschiedener Selbstwertkomponenten werden Störfaktoren und Ressourcen im Alltag identifiziert. Dazu eignen sich Übungen wie die Planung eines Idealtages oder die Überprüfung des Energiehaushaltes im Bezug auf Energiefresser und Energiespender. Um Störungsquellen abzubauen müssen die individuellen Energiefresser ausführlich besprochen und Lösungsmöglichkeiten zum Ausgleich der Energiebilanz ermittelt werden, die vor allem positive Energiequellen integrieren.

#### **4.2.2.9 Rückfallprophylaxe**

Die Rückfallprophylaxe stellt den letzten Baustein der Therapie dar und ist äußerst wichtig, um den Therapieerfolg zu festigen. Die Patienten sollen für Risikosituationen sensibilisiert werden und Strategien für deren Bewältigung erarbeiten. Es können im Verlauf vorhersehbare und unvorhersehbare Risikosituationen entstehen, die die Patienten bewältigen müssen. Ebenso wichtig sind essenzenbezogene und allgemeine Belastungssituationen, die auftreten können. Es werden Beispiele für verschiedene Situationstypen erarbeitet und mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Bewältigungsstrategien besprochen. Besonders wichtig ist die Darstellung des Therapieverlaufs.

Durch die Herausarbeitung der individuellen Erfolge sollen die Patienten in ihrem Selbstwertgefühl bestärkt werden. Zudem können Bilanzierungszeiträume für den Zeitraum nach drei, vier und sechs Monaten geplant werden. Hierbei legen die Patienten weitere konkrete Ziele fest, die helfen sollen, Fortschritte zur Stabilisierung besser überprüfen zu können. Zuletzt wird besprochen, an wen sich die Patienten bei einer andauernden Verschlechterung wenden können und wann eine Wiederaufnahme der Therapie sinnvoll und möglich ist.

### **4.3 Ernährungstherapie**

#### **4.3.1 Wirksamkeit ernährungstherapeutischer Maßnahmen**

Ein zentrales Ziel in der Behandlung von Essstörungen ist die Rückkehr zu einer gesunden Ernährung. Es ist empfehlenswert einen Ernährungsberater hinzuzuziehen. Voraussetzung ist, dass dieser über ein sehr gutes Wissen im Umgang mit den Patienten verfügt. Als alleinige therapeutische Maßnahme ist die Ernährungsberatung jedoch nicht ausreichend. (DGPM, DKPM, 2010, S. 85). Eine Studie von Pike et al. (2003, S. 2048) zeigte, dass die Gruppe der Patienten innerhalb der kognitiven Verhaltenstherapie niedrigere Abbrecherquoten und insgesamt bessere klinische Ergebnisse aufwiesen als die Gruppe, die an der Ernährungsberatung kombiniert mit medizinischer Überwachung teilnahm. Mauch et al. (2006, S. 121-125) führten zum Thema ernährungstherapeutische Beratung eine Studie durch, mit dem Ziel, den Einfluss und die Effizienz der ernährungstherapeutischen Beratung aufzuzeigen und zu optimieren. Sie kamen zu folgendem Ergebnis: „Wir konnten bei 12 Patienten zeigen, dass eine ernährungstherapeutische Beratung den Zugang zu einer erfolgreichen Therapie von Essstörungen ermöglicht und körperliche Symptome, die auf die Ernährung zurückzuführen sind, vermindert“ (Mauch et al., 2006, S. 125). Jedoch betonten sie in ihrer Diskussion der Ergebnisse auch, dass die Effekte der Psychotherapie und Ernährungstherapie nur schwer zu trennen sind und beide Einfluss auf das Essverhalten nehmen.

#### **4.3.2 Ernährungstherapie bei ANAD e.V.<sup>4</sup>**

Ein Konzept zur Ernährungstherapie bei Essstörungen wird in den ANAD e.V. intensivtherapeutischen Wohngruppen in München umgesetzt. Die Ernährungstherapie bei ANAD e.V. beruht auf dem Anti-Diät-Konzept. Das Anti-Diät-Konzept wendet sich gegen diätetische Einschränkungen, den Verzicht auf bestimmte Lebensmittel und Light-Produkte sowie das Verschlingen von Essensbergen. Körpersignale, wie Hunger und Sättigung sollen verlässlich wahrgenommen werden (Orbach, 1984, S. 32-34).

Die professionelle Ernährungstherapie bei ANAD enthält mehrere Bausteine. Einzelgespräche,

---

<sup>4</sup> Die im Folgenden beschriebenen Inhalte der Ernährungstherapie beziehen sich alle auf die Ausführungen von Baumer, Wunderer und Müller, 2008, S. 143 ff.



zwei Ernährungstherapiegruppen und praktische Angebote, wie gemeinsames Kochen und begleitete Mahlzeiten, unterstützen die Patienten bei der Normalisierung des Essverhaltens. Jeder Patient erhält von Beginn an einen Bezugsernährungstherapeuten, der als Ansprechpartner bei allen Fragen zur Ernährung fungiert und eng mit dem Bezugspsychotherapeuten und dem Bezugssozialpädagogen zusammenarbeitet. Bei dem Erlernen eines neuen Essverhaltens ist weitreichende Unterstützung gefragt. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit spielt eine große Rolle. Vor allem beim Abbau von symptomatischem Essverhalten, wie Fasten, Essanfällen oder Erbrechen ist die psychotherapeutische Intervention gefragt.

Vordergründige Ziele in der Ernährungstherapie sind eine geregelte Mahlzeitenstruktur und die Normalisierung des Gewichts (gesund und altersentsprechend). In den ersten Wochen lernen die Patienten wieder regelmäßig zu essen, was normale Portionsgrößen sind, wie sich Essanfälle verhindern lassen und wie sie mit einer Gewichtszunahme zurechtkommen können. Im nächsten Schritt geht es um die Integration und den Abbau verbotener Nahrungsmittel. Das Ernährungsverhalten soll angst- und symptomfrei sowie bedarfs- und bedürfnisorientiert sein, ohne rigide Kontrolle und zwanghaftes Kalorien zählen. Als letztes stehen Flexibilität, Eigenverantwortung und Essen nach Hunger und Sättigung auf dem Programm.

#### **4.3.2.1 Ernährungsanamnese**

In den ersten Einzelgesprächen führen die Ernährungstherapeuten eine ausführliche Ernährungsanamnese durch, um das genaue Essverhalten und die Essstörungssymptomatik festzustellen. Sie bekommen einen ersten Eindruck über evtl. Vorerfahrungen und Schwierigkeiten der Patienten. Die Ernährungsanamnese ist besonders wichtig für die Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient, da der Therapeut durch diese Informationen einschätzen kann, was genau sie zu Beginn fordern und in welchem Tempo sie vorgehen können. Weiterhin lernen sie den Patienten im Erstgespräch kennen. Auch die individuelle Zielsetzung der Patienten wird festgelegt (siehe Ziele in der Ernährungstherapie im Anhang). Für die Motivation ist es von großer Bedeutung, dass die Patienten ihre eigenen, individuellen Ziele selbstständig für den Aufenthalt formulieren und äußern welche Unterstützung sie sich dabei wünschen.

#### **4.3.2.2 Essprotokolle**

Um das Essverhalten weiterhin zu erfassen eignen sich am besten sogenannte Essprotokolle, in denen die Patienten über sieben Tage hinweg, die Zeiten und Mengen der Lebensmittel und Getränke, die sie zu sich nehmen, dokumentieren (siehe Essprotokoll und Anleitung zum Essprotokoll im Anhang). Weiterhin geben sie an, mit wem sie die Mahlzeit eingenommen haben, welche Gedanken und Gefühle sie vor und nach einer Mahlzeit haben, wie groß ihr Hunger- und Sättigungsgefühl in Prozent ist und ob sie gewichtsregulierende Maßnahmen einsetzen oder Heißhunger ver-

spüren. Die Protokollführung ist zu Beginn der Behandlung meist ungenau. Häufig fehlen Zwischenmahlzeiten, Getränke und Süßigkeiten. Auch mit den Angaben zum Hunger- und Sättigungsgefühl haben die Patienten oft Schwierigkeiten. Es ist für viele nicht leicht, alle Lebensmittel zu dokumentieren und sich einzugestehen, welche Mengen sie bei einem Essanfall zu sich nehmen. Das Essprotokoll wird in Einzelgesprächen genau besprochen. Besonders wichtig ist dabei, den Wahrheitsgehalt des geführten Protokolls zu überprüfen. Hinweise auf nicht wahrheitsgemäß ausgefüllte Protokolle liefert besonders bei AN-Patienten eine sehr abwechslungsreiche Lebensmittelauswahl, wenn diese noch sehr zwanghaftes Verhalten und rigides Essverhalten zeigen. Weitere Zeichen sind klar voneinander abgegrenzte Mahlzeiten, normale Mengen, gerade zu Beginn der Behandlung, wenn nur alle paar Tage ein kontrollierter Essanfall stattfindet und der Patient keine Heißhungergefühle beschreibt. Die Auswertung der Essprotokolle erfolgt mit einer Software. Die Ergebnisse werden mit den Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), für die entsprechende Altersgruppe und das Geschlecht, abgeglichen. Nach der Auswertung werden dem Patienten wichtige Aspekte, wie die Kalorienzufuhr, Abweichungen im Nährstoffverhältnis zwischen Eiweiß, Fett und Kohlenhydraten, gravierende Vitaminmängel und Angaben zum Flüssigkeitshaushalt rückgemeldet und besprochen.

#### **4.3.2.3 Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur**

Der Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur ist der erste Schritt in der Entwicklung eines normalen Essverhaltens (American Psychiatric Association, 2013). Als erstes sollten Frühstück, Mittag und Abendessen geplant werden. Später kommen Zwischenmahlzeiten hinzu. Der Essplan sollte individuell auf die Bedürfnisse und den Bedarf abgestimmt sein. Es sollten alle Lebensmittel, Getränke und die Mengen festgelegt sein. Diese sollten in alltagstauglichen Angaben, wie Löffel, Tasse, Scheibe in den Essplan eingetragen werden, da es keinem normalen Essverhalten entspricht, alle Lebensmittel beispielsweise abzuwiegen (siehe Essplan im Anhang). Als Orientierung dienen den Patienten die Tagesempfehlungen für verschiedene Nährstoffgruppen. Diese leiten sich aus den Empfehlungen der DGE ab. Vielen Patienten hilft es zu Beginn überwiegend die gleichen Lebensmittel einzuplanen, da sie das Gefühl der Kontrolle behalten. Jedoch sollte eine gesunde Ernährung langfristig eher abwechslungsreich sein. Diese Gradwanderung ist eine große Herausforderung in der Ernährungstherapie. Weiterhin sind warme Mahlzeiten für Betroffene angstbesetzt, da die unrealistische Befürchtung besteht, durch diese stark zuzunehmen. Die Ernährungstherapeuten müssen an dieser Stelle informieren und in kleinen Schritten arbeiten. Der Patient sollte selbst das Gefühl haben, dass sein Plan auch wirklich umsetzbar ist. So wird die Eigenverantwortung gestärkt.

#### 4.3.2.4 Integration verbotener Lebensmittel

Viele Patienten haben ihre Nahrungsauswahl, aufgrund von Ängsten vor Fett oder hohem Kaloriengehalt, sehr stark eingeschränkt und sich Verbote auferlegt. Sie befürchten, die Beherrschung über die Menge zu verlieren oder stark zuzunehmen. Die Verbote sollten aufgedeckt und wieder in den Speiseplan integriert werden. Dazu wird mit den Patienten eine individuelle „Schwarze Liste“ erstellt und besprochen, welche der Nahrungsmittel zuerst wieder integriert werden (siehe Schwarze Liste im Anhang). Grundnahrungsmittel wie Öle zum Kochen und für Salate, Streichfett und Käse oder Wurst als Belag und Brot haben Vorrang. Wenn diese wieder regelmäßig im Essplan enthalten sind, kann der Patient selbst entscheiden, wie er fortfahren möchte. Bei dem Abbau angstbesetzter Lebensmittel ist das individuelle Tempo zu beachten, um aus Herausforderungen keine Überforderungen zu machen. Es ist nicht damit getan, ein Lebensmittel einmal zu essen. Es sollte regelmäßig in den Plan aufgenommen werden. Zu hoher Druck kann sich negativ auf die Nachhaltigkeit auswirken. Die Ernährungstherapeuten sollten jedoch auf angemessene Mengen (1 Schokoriegel, 1 Handvoll Gummibärchen) wertlegen. Strategien, wie gemeinsame Fernsehende mit Chips und Schokolade erleichtern oft die Aufgabe.

#### 4.3.2.5 Begleitetes Essen

Der Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur wird im Rahmen der Therapie durch das begleitete Essen unterstützt. Dieses findet zu den Hauptmahlzeiten morgens, mittags und abends statt und wird von Ernährungstherapeuten oder Sozialpädagogen angeleitet. Von Woche zu Woche entscheiden die Therapeuten zusammen mit den Patienten, wie oft sie teilnehmen. In den ersten Wochen und gerade bei jüngeren Patienten ist die regelmäßige Teilnahme gefordert. Auch bei Motivationseinbrüchen oder rapidem Gewichtsverlust kann es für die Patienten durchaus sinnvoll sein, erneut daran teilzunehmen.

#### 4.3.2.6 Gemeinsames Kochen und Essen

Viele Patienten müssen erst wieder lernen, für selbst zu sorgen, einzukaufen und zu kochen. Gerade Jugendliche sind oftmals das erste Mal auf sich allein gestellt. Hierbei unterstützt das gemeinsame Kochen und Essen in der Gruppe unter therapeutischer Anleitung. Die Patienten lernen Portionsgrößen richtig einzuschätzen, ein normales Esstempo wiederherzustellen und den Umgang mit Lebensmitteln.

Die Patienten haben oft Angst, da sie nicht wissen, was gekocht wird, andere Patienten nicht so kochen, wie sie es selbst tun würden und sie keine Kontrolle über Menge und Kaloriengehalt der zubereiteten Speisen haben. Zu Beginn sind motivierende Einzelgespräche notwendig, damit die Patienten loslassen können. Eine lockere Atmosphäre besteht meist, wenn Patienten schon eine Weile da sind, ihre Angst bereits verloren haben und mit Spaß und Genuss kochen und essen. Die

Erfahrung, dass beim Kochen und Essen gelacht und geredet wird, widerlegt die Befürchtungen unsicherer Patienten und schafft Sicherheit. Wenn sich alle Patienten noch sehr aufs Essen konzentrieren, ist die Stimmung angestrengt und gedrückt. Besonders wichtig ist, dass die Ernährungstherapeuten sich in dieser Situation nicht für eine gute Unterhaltung verantwortlich fühlen und sich distanzieren.

In einer Rückmelderunde informieren sich die Ernährungstherapeuten oder Sozialpädagogen über das Befinden der Patienten. Die Patienten benennen ihre Gefühle beim Kochen und Essen und beurteilen Tempo und Menge, die sie im Vorfeld bestimmt haben. Die Leitung meldet zurück, ob die Wahrnehmung stimmt und spricht ggf. symptomatische Verhaltensweisen (Herumstochern, keine Teilnahme am Tischgespräch, starkes Nachwürzen) an. Der Ernährungstherapeut führt ein Übersichtsblatt, in dem er Esstempo, Menge, Beteiligung am Kochen und am Gespräch, symptomatisches Verhalten und Schwierigkeitsgrad der Mahlzeit dokumentiert.

#### **4.3.2.7 Gruppenarbeit**

Innerhalb der Ernährungstherapie nehmen die Patienten an zwei Gruppen teil. Zu Beginn besuchen die Patienten die „Ess-O-Ess-Gruppe“, später werden sie dann in die Ernährungsgruppe eingeteilt.

In der „Ess-O-Ess-Gruppe“ werden individuelle, kleinschrittige Ziele verfolgt. Jeder Patient setzt sich ein konkretes Ziel für die kommende Woche, z.B. ein verbotenes Lebensmittel wieder in den Speiseplan zu integrieren oder ein Frühstück einzunehmen. Bei der Zielsetzung achtet der Ernährungstherapeut auf eine konkrete Formulierung und realistische Umsetzung. Er muss kritisch und genau nachfragen, welche Ziele sinnvoll sein könnten, die Motivation hinterfragen und ein angemessenes Tempo vorgeben. Um die Entwicklung zu verfolgen, werden die Ziele mit Hilfe eines Smiley-Systems schriftlich festgehalten. Die Gruppe unterstützt sich gegenseitig bei der Umsetzung der Ziele. Sie geben sich Tipps und konfrontieren einander bei zu hoch oder zu niedrig gesteckten Zielen. Am Anfang ist die Gruppenleitung noch stärker gefragt, da die Patienten gegenseitig sehr verständnisvoll sind. Sie befürchten selbst stärker mit den eigenen Schwierigkeiten konfrontiert zu werden, wenn sie Kritik an anderen äußern.

In der Ernährungsgruppe werden allgemeine Themen besprochen:

- Was ist normales Essverhalten?
- Hunger, Appetit und Sättigung
- Gewicht, „Set-Point“, Wohlfühlgewicht
- Light-Produkte
- Medizinische Komplikationen bei Essstörungen
- Essen mit Genuss

- Aktuelle Anlässe z.B. Weihnachtsessen, Familienfeste etc.

Praktische Übungen wie z.B. die Verkostung von Joghurts, sind sehr bereichernd für die Gruppenarbeit. Die Patienten können mit Hilfe einer solchen Übung z.B. erkennen, dass fettreiche Produkte besser schmecken, als Light-Produkte und sich damit auseinandersetzen, was sie dazu bewegt doch zu Light-Produkten zu greifen. Ebenfalls hilfreich für die zunehmende Flexibilität sind Außenaktivitäten, wie z.B. der Besuch eines Cafés, Eiscafés, einer Pizzeria, eines Fast-Food-Lokals oder eines griechisches Restaurant. Patienten können die Erfahrung machen, dass Essen in der Öffentlichkeit, was vielen große Schwierigkeiten bereitet, ganz normal sein und auch Spaß machen kann. Diese Besuche werden vorher nicht angekündigt, damit Patienten vorher nicht am Essen sparen, um ihr schlechtes Gewissen zu beruhigen und keine Ängste im Vorfeld zu schüren. Jedoch werden sie kurz vorher besprochen.

#### 4.3.2.8 Normalisierung des Gewichts

Die wohl größte Herausforderung in der Therapie von Essstörungen ist die Normalisierung des Gewichts. Die meisten Patienten kommen mit dem Ziel gesund zu werden in die Therapie. Jedoch liegt die Gewichtszunahme meist nicht in ihrem Sinne. Es braucht viel Zeit und Motivation, um zu erkennen, dass nur beides zusammen möglich ist. Viele Patienten haben eine magische Gewichtsgrenze. Es macht ihnen große Angst, diese zu überschreiten. Diese Gewichtsgrenze ist ein Anknüpfungspunkt in der Psychotherapie. Die Therapeuten versuchen herauszufinden, was die Patienten mit dem Unter- oder Überschreiten verbinden. Die Ernährungstherapeuten leisten Aufklärungsarbeit über den Set-Point (biologische Einflüsse auf das Körpergewicht) oder die Auswirkungen von Diäten. Je näher die Patienten einem Normalgewicht (BMI von  $19 \text{ kg/m}^2$ , Untergrenze des Normalgewichts) kommen, desto geringer ist das Rückfallrisiko. Die Beziehung zwischen Patient und Psycho- bzw. Ernährungstherapeut ist die Grundlage für erfolgreiche Veränderungen. Deshalb wird in den ersten Sitzungen viel Wert auf eine vertrauensvolle Beziehungsarbeit und Motivation gelegt.

Um Autonomiekonflikte am Beginn der Therapie zu vermeiden, sollen die Patienten zunächst selbst entscheiden, wie sie sich die Gewichtszunahme vorstellen. Jedoch muss diese auch realistisch sein. Wenn der Patient nach zwei bis drei Wochen nicht zugenommen hat, ist es ratsam, Gewichtsvereinbarungen zur Unterstützung hinzuzuziehen. Die Patienten wünschen sich auch oft mehr Druck. Die wöchentliche Gewichtszunahme und die Konsequenzen, bei Nicht-Erreichen der Ziele, bestimmen die Ernährungs- und Psychotherapeuten gemeinsam mit den Patienten. Typische Konsequenzen sind z.B. verstärkte Teilnahme an begleiteten Mahlzeiten oder verringerter Ausgang an Abenden oder Wochenenden. Die Patienten sollen diese als Ansporn und nicht als Bestrafung empfinden. Es soll ein Anreiz darstellen, Ziele zu erreichen. Ebenso wichtig ist die Belohnung nach Erfolgen. Für viele Patienten ist es schwer und ungewohnt, sich etwas Gutes zu tun. Normalerweise

---

wird eine Gewichtszunahme von 500 -1000 g pro Woche festgelegt.

Um die Gewichtsvereinbarung zu kontrollieren, werden die Patienten wöchentlich von einem Ernährungstherapeuten gewogen (siehe Hinweise zum Wiegetermin im Anhang). Die Wiegetermine verfolgen weiterhin das Ziel die Angst vor einer Gewichtszunahme zu verlieren, sich mit dem Ergebnis zu konfrontieren, selbst Verantwortung zu übernehmen und eine Orientierung zu bekommen, wie viel sie essen können bzw. müssen, um Gewichtsziel zu erreichen. Die Patienten führen eigenständig einen Protokollzettel, in den sie wöchentlich das Gewicht eintragen.

#### **4.3.2.9 Reduktion von Essanfällen und Purging-Verhalten**

Die Reduktion von Essanfällen und Purging-Verhalten ist in erster Linie ein Thema der Psychotherapie. In der Ernährungstherapie geht es darum, den Patienten den Zusammenhang zwischen einem Essanfall und dem Essverhalten zu verdeutlichen. Eine geregelte Mahlzeitenstruktur und die Integration verbotener Lebensmittel, sowie die Normalisierung des Gewichts sind unabdingbar, um Essanfälle und gegenregulierende Maßnahmen zu reduzieren und zu vermeiden. Den Patienten wird vor Augen geführt, dass restriktives Essverhalten Heißhungerattacken auslöst, da der Körper so versucht, sich Kalorien und Nährstoffe zu holen, die ihm vorenthalten werden. Die Ernährungstherapeuten besprechen mit den Patienten welche Verhaltensweisen Essanfälle begünstigen und welche Strategien helfen, sie zu vermeiden. Weiterhin werden somatische Folgen von Essanfällen und Purging-Verhalten besprochen. Kaliummangel, Flüssigkeitsverlust, Verstopfung, Nierenschäden und Herz-Rhythmus-Störungen können Auswirkungen von Abführmittelgebrauch sein. Abführmittel werden, durch die zunehmende Darmträgheit, immer höher dosiert. In der Behandlung sind Medikamente für gegenregulierende Maßnahmen verboten. Sie werden unter medizinischer Kontrolle ausgeschlichen. Die Patienten müssen darüber aufgeklärt werden, dass der Körper nach dem Absetzen meist Wasser einlagert und damit eine vorübergehende Gewichtszunahme verbunden sein kann.

#### **4.3.2.10 Flexibilität und Eigenverantwortung fördern**

Zu Anfang besteht häufig eine große Unsicherheit bei der Wahrnehmung der Körpersignale. Die meisten Patienten reagieren, wenn der Magen knurrt und ihnen übel wird. Sie übersehen die kleinen Anzeichen des Hungers, wie die Unkonzentriertheit, die Gedanken an Essen und eine flauere Gefühl im Magen. Die Ernährungstherapeuten informieren über Faktoren, die Hunger und Sättigung beeinflussen. Die Patienten sollen lernen, in sich hinein zuhören, genauer auf Signale zu achten, früher auf diese zu reagieren und sich genügend Zeit für eine Mahlzeit zu nehmen. Das Sättigungsgefühl wird häufig mit Trägheit assoziiert, da bislang ja der Anspruch galt, sich leer zu fühlen. Sättigung zu spüren ist oft schwieriger als Hunger. Gerade AN-Patienten müssen am Anfang über die Sättigungsgrenze hinaus weiter essen. Sie haben ein unangenehmes Völlegefühl, da der

Magen nicht gewohnt ist, größere Nahrungsmengen aufzunehmen und zu verarbeiten. Es kann einige Zeit in Anspruch nehmen, bis sie die Grenze zwischen Sattsein und Vollsein erkennen und die Sättigung auch als angenehm empfinden. Auf der Basis einer ausreichenden Ernährung und einer festen Mahlzeitenstruktur lernen die Patienten wieder nach Hunger und Sättigung zu essen. Jedoch dauert es oft mehrere Monate bis Körpersignale wieder verlässlich wahrgenommen werden. Hat der Patient den Ehrgeiz entwickelt wieder normal zu essen, kann er oft schwer ausreichend Geduld aufbringen. Die Ernährungstherapeuten müssen den Patienten vor Augen führen, wie lange ihr Essverhalten symptomatisch war. Wer den Körper mehrere Monate, Jahre oder Jahrzehnte auf Diät gesetzt hat, kann nicht erwarten, dass der Stoffwechsel und das Verdauungssystem sich in zwei Monaten wieder normalisieren.

Die Rolle der Ernährungstherapeuten ändert sich im Verlauf der Therapie. Zu Beginn geben sie relativ klare Vorgaben zum Essverhalten und sind sehr präsent. Später fordern sie Eigenverantwortung und Risikobereitschaft und agieren nur noch im Hintergrund. Es geht darum, sich selbstständig um eine regelmäßige und ausgewogene Mahlzeit zu kümmern und flexibel auf Veränderungen in der Tagesplanung zu reagieren. In Einzelgesprächen wird besprochen, wie die Patienten trotz Stress und Hektik im Alltag keine Mahlzeit ausfallen lassen und auch am Wochenende, trotz Ausschlafen, fünf Mahlzeiten unterbringen können. In der Gruppe werden bestimmte Herausforderungen im Alltag, wie z.B. Omas Geburtstag, Restaurantbesuche, Besuch mit der Clique in der Pizzeria oder Eisdielen vorbesprochen. Die größten Befürchtungen liegen meist darin, mit Personen aus der Verwandtschaft oder dem Freundeskreis zu essen, die den Patienten als essgestört kennen und wohlmöglich Kommentare zu der veränderten Figur abgeben. Sie erwarten als normal oder gar verfressen zu gelten. Diese Vorstellung basiert auf selektiver und verzerrter Wahrnehmung. Sie ziehen eher die zwei Mitschüler als Beispiel heran, die in Pause an einem Apfel knabbern und nicht die 25 anderen, die ein Käsebrot verzehren. Es gilt Vertrauen in sich selbst zu vermitteln und das anzuwenden, was bereits gelernt wurde. Totale Katastrophen sind meist unwahrscheinlich, oder gar nicht so schlimm, wenn man sie näher betrachtet. Das Ziel der Vorbesprechung solcher Situationen ist einen Notfallplan zu entwickeln. „Wen rufe ich an um mir Rat zu holen und wie kann ich wirklich schwierige Situationen verlassen“. Die Patienten müssen lernen, dass Rückfälle vorkommen, jedoch Ausrutscher und keine Rückschritte sind. Sie dürfen nicht den ganzen Tag bestimmen. Auch Menschen ohne Essstörung haben nicht täglich ein gesundes, geregeltes Essverhalten.

## **5. Entwicklung eines Beratungsangebots**

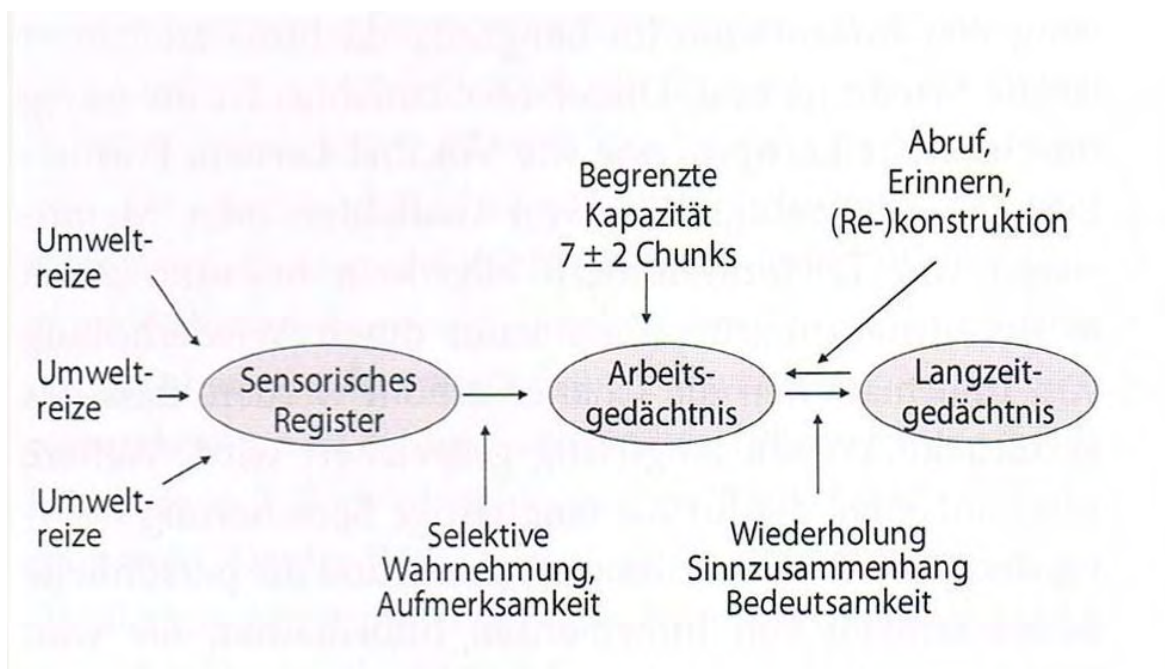
Kapitel fünf beschreibt die Entwicklung eines Beratungsangebots. Hier wird zunächst auf die theoretische Basis des Konzepts und die Rahmenbedingungen der ernährungstherapeutischen Gruppenberatung eingegangen. Anschließend wird die Zielgruppe sowie Beratungsanliegen-, ziele und inhaltliche Schwerpunkte der Beratung genau definiert. Auch auf die Funktion und Rolle der Grup-

penleitung wird genauer eingegangen. Nachfolgend werden die einzelnen Gruppenstunden vorgestellt.

## 5.1 Theoretische Basis des Konzepts

### 5.1.1 Ernährungsberatung als Informationsvermittlung

Die Informations- und Wissensvermittlung ist in der Ernährungsberatung unerlässlich. Jedoch darf die Qualität der Informationsvermittlung nicht durch die Fülle an Informationen bestimmt werden. Viel wichtiger ist, wie viel von den Informationen der Patient in ein besseres Ernährungsverhalten umsetzen kann. Dabei sollte berücksichtigt werden, wie viele Informationen der Patient überhaupt aufnehmen kann. Die gehörten Informationen können weit von der Umsetzung einer Verhaltensänderung entfernt sein. Deshalb sollten die Prozesse der Informationsverarbeitung berücksichtigt werden. Dabei hilft das in Abbildung 3 dargestellte Strukturmodell des Gedächtnisses (Müller et al., 2007, S. 209).



**Abbildung 3: Strukturmodell des Gedächtnisses (Müller et al., 2007, S. 209)**

Aus diesem Strukturmodell lassen sich Empfehlungen für die Ernährungsberatung ableiten. Der Umfang einer Information kann für jeden Menschen unterschiedlich sein. Für Patienten stellen komplexe Ernährungszusammenhänge mehrere Informationseinheiten dar, während diese für den erfahrenen Ernährungsberater nur eine Informationseinheit darstellen. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Informationseinheiten genutzt werden können. Patienten verarbeiten nicht nur Sachinformationen. Auch Kontextinformationen, wie z.B. „Wie freundlich ist der Berater?“, „Wie



fühle ich mich in der Situation?“ etc. werden aufgenommen. Bei zu vielen Informationseinheiten werden nur die letzten gespeichert. Deshalb sollten nur zwei bis drei Informationseinheiten pro Beratungssitzung vermittelt werden. Weiterhin sollten mehrere Kanäle (Sprache und Illustration) für die Wissensvermittlung genutzt werden. Durch das Hervorheben wichtiger Inhalte kann die Weiterverarbeitung gefördert werden. Ein wesentlicher Faktor für die effektive Wissensvermittlung ist die Wiederholung wichtiger Informationen, da sie die Speicherung im Langzeitgedächtnis ermöglicht. Die Patienten sollten selbst die wichtigsten Punkte der Beratung zusammenfassen. Ebenfalls sollte der Sinnzusammenhang und die persönliche Bedeutsamkeit berücksichtigt werden, da diese ebenfalls förderlich für die Speicherung der Informationen im Langzeitgedächtnis sind. Die Erläuterung von Beispielen hilft bei der Erstellung eines Zusammenhangs. Über die Ableitung von Vor- und Nachteilen eines Sachverhaltes kann die persönliche Bedeutung für die Patienten herausgearbeitet werden. Knappe, schriftliche Zusammenfassungen unterstützen die Erinnerung der Teilnehmer (Müller et al., 2007, S. 209-211).

### **5.1.2 Ernährungsberatung als Trainingsprozess zur Verhaltensänderung**

In der Ernährungsberatung reicht es jedoch nicht aus, nur die individuelle Ernährungssituation zu klären und Sachverhalte zu vermitteln. Ziel der Ernährungsberatung ist es, das Ess- und Ernährungsverhalten zu verändern. Aufgrund dessen sollten in der Ernährungsberatung auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen erfolgen. Ungünstig erlernte Muster im Essverhalten können durch Lernprozesse in eine günstigere Richtung beeinflusst werden. Patienten benötigen weitreichende Unterstützung bei der Verwirklichung dieser Veränderungen, da diese zur Beeinträchtigung von anderen psychosozialen Bedürfnissen (z.B. soziale Einbindung, Anerkennung) führen. Es soll eine Veränderung lang praktizierter Gewohnheiten erfolgen, die eine hohe Verhaltensstabilität aufweisen. Bei einer Verhaltensänderung werden quantitative und qualitative Aspekte der Lebensmittelauswahl (Was und wie viel soll gegessen werden?), Fragen der Nahrungszubereitung und die Gestaltung der Verzehrsituation (Wann und wie oft soll gegessen werden? Was sind günstige und was ungünstige Situationen?) einbezogen. Einzelne Schritte im komplexen Prozess der Verhaltensänderung sind fehlendes Problembewusstsein, Problembewusstsein, Veränderungsbereitschaft, Verhaltensänderung und Verhaltensstabilisierung. Innerhalb der Beratung sollten diese Schritte individuell berücksichtigt werden (Müller et al., 2007, S. 206-225).

### **5.1.3 Schlussfolgerung**

Auf Basis dieser Erkenntnisse soll das im Folgenden beschriebene Gruppenkonzept nicht nur auf die adäquate Informationsvermittlung zum Thema Ernährung ausgerichtet sein, sondern auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen zu Verhaltensänderungen mit einbeziehen, um eine höhere Effektivität der Beratung zu gewährleisten. Dazu ist es wichtig, die unterschiedlichen Veränderungsstadien der Patienten zu erkennen und zu berücksichtigen.

---

## 5.2 Rahmenbedingungen der Gruppenberatung

### 5.2.1 Anforderungen an die Ernährungsfachkräfte

Das Ausbildungsniveau und die Persönlichkeit des Beraters bestimmen maßgeblich die Effektivität der Ernährungsberatung. Fundierte Ausbildungsgrundlagen sind meist vorhanden, jedoch fehlen häufig Zusatzqualifikationen. Damit Klienten nicht nur ernährungsphysiologisch, sondern auch psychologisch richtig beraten werden, benötigen Ernährungsberater auch einschlägige Kenntnisse im Bereich der Psychologie. Berater müssen Ernährungsprobleme einführend verstehen, um sie beheben zu können. Klienten benötigen fundierte Hilfe zur Selbsthilfe und die professionelle Einflussnahme muss methodisch gestaltet werden (Diedrichsen, 1993, S. 23).

Persönliche Voraussetzungen, die Ernährungsfachkräfte mitbringen sollten sind Engagement, Einfühlungsvermögen (Empathie), Zuverlässigkeit und Abgrenzungsfähigkeit (BZgA, 2004, S. 128). Durch die Berufsverbände der Diätassistenten und Ökotrophologen wurden Berufsrichtlinien eingeführt, die auf die Qualität der Beratung eingehen. Ohne Praktika und Hospitation sind Berufsanfänger nicht in der Lage, Beratungen oder Schulungen durchzuführen. Das Deutsches Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Diätetik e.V. (DKGD) fordert eine ausreichende Ausbildung und beratungsspezifische Weiterbildungen für Ernährungsberater. Krankenkassen kommen diesen Forderungen ohnehin nach, da Beratungskosten nur zum Teil ersetzt werden, wenn Fort- und Weiterbildungen nachgewiesen werden können. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich qualitativ weiterzubilden. Es gibt die Fortbildung zum Ernährungsberater bei der DGE, Teilnahme an Kursen, die die Berufsverbände anbieten und die Quethub-Zertifizierung, die sogar den TÜV-Anforderungen genügt.

Ernährungsberater sollten sich regelmäßig fortbilden, Fachzeitschriften lesen und ihr Wissen durch Fachbücher auffrischen, um den Klienten stets die bestmögliche Beratung anzubieten. Es ist weiterhin hilfreich Mitglied, in einer berufsständischen Vereinigung zu sein oder sich in speziellen Organisationen wie DGE oder DKGD zu engagieren. Qualitätszirkel sind eine gute Methode, Hilfe und Unterstützung zu bekommen (Müller, 2011, S. 76).

### 5.2.2 Räumliche Bedingungen für die Gruppenberatung

In angenehmer Atmosphäre lernt und lehrt es sich besser. Diese Aussage sollte bei der Wahl der Räumlichkeiten für die Gruppenberatung unbedingt berücksichtigt werden. Helle, freundlich gestaltete Räume, möglichst mit Tageslicht, eignen sich demnach gut für die Gruppenberatung. Jedoch können zu viele Fenster ohne Gardinen auch leicht ablenken. Ein weiterer wesentlicher Punkt, der bei den Räumlichkeiten für eine Gruppenberatung berücksichtigt werden sollte, ist die Möglichkeit, Belüftung und Raumtemperatur zu kontrollieren. Der Raum sollte für alle gut erreichbar

sein. Falls dieser eine etwas versteckte Lage aufweist, ist es sinnvoll, Wegweiser aufzustellen. Ebenfalls sollten Toiletten in der Nähe und gut zu finden sein. Die Gruppe sollte an die Möglichkeiten von Raum und Mobiliar angepasst werden. Im Raum sollten ausreichend bequeme Stühle und hinreichend viele Tische zur Verfügung stehen, die man in ihrer Anordnung auch ggf. für die Arbeit in Kleingruppen leicht verändern kann. Es ist von Vorteil für Beratungen und Schulungen, wenn im Raum Schränke und Regale zur Aufbewahrung von Materialien vorhanden und nutzbar sind. Das vereinfacht die Vorbereitungen. Ebenfalls sehr relevant für die Wahl der Räumlichkeit sind die Präsentationsmöglichkeiten (Overheadprojektor, Flipchart, Projektionsflächen oder Leinwände). Sind diese vorhanden, sollte ein Seminarleiter sich im Vorfeld mit der Bedienung dieser Geräte beschäftigen. Auch Beleuchtungs- und Verdunklungsmöglichkeiten und die Stromversorgung sollten berücksichtigt werden. Weiterhin ist es hilfreich, einen Ansprechpartner bei auftretenden Problemen kurzfristig erreichen und ansprechen zu können.

Bei der Planung der Gruppenstunden ist ebenfalls zu berücksichtigen, ob der Raum nur von einem selbst und den Kollegen genutzt wird oder auch Veranstaltungen von anderen Abteilungen dort stattfinden. Um Störungen durch eine Doppelbelegung zu vermeiden, eignen sich Belegungspläne. Bei der Aufstellung eines solchen Belegungsplans sollte genügend Zeit zwischen den Veranstaltungen eingeplant werden, damit die Teilnehmer der Seminare in Ruhe den Raum verlassen können und noch genug Zeit zum Aufräumen und Lüften bleibt. Die Ausgestaltung der Räume sollte mit anderen Nutzern abgesprochen werden, damit für alle die Arbeitsbedingungen möglichst optimal gestaltet werden können. Bei der Mehrfachnutzung müssen häufig Kompromisse gemacht werden. Gut geplant ist es dennoch für alle Beteiligten angenehmer.

Auch wenn trotz allen Bemühungen die Bedingungen nicht optimal sind, sollte darauf geachtet werden, dass die Räumlichkeiten seinem Zweck gerecht werden. Absolut ungeeignet sind Aufenthaltsräume oder Durchgangszimmer. Selbst bei einer guten Vorbereitung und Absprache wird es in diesen immer wieder zu Störungen kommen (Vieten, 2004, S. 109-110).

### **5.2.3 Die wichtigsten Medien in der Gruppenberatung**

Overheadprojektor, Computer mit Beamer, Flipchart und Pinnwand sind die am häufigsten verwendeten Medien in Präsenzveranstaltungen. Diese können nicht nur von Seminarleitern verwendet werden. Auch die Teilnehmer können diese als Medien für Präsentationen, beispielsweise von Ergebnissen einer Gruppenarbeit nutzen. Durch diese Methoden können Lehrvorträge verbessert werden. Vorträge können um visuell präsentierte Informationen erweitert und somit abwechslungsreicher gestaltet werden. Das Verstehen und Behalten wird durch den richtigen Einsatz der Medien gefördert. Falsch eingesetzt können sie jedoch auch ablenken und überlasten (Weidenmann, 2006, S.89-138).

---

## 5.3 Zielgruppe

### 5.3.1 Eigenschaften der Zielgruppe

Die Patientengruppe besteht maximal aus 15 Personen. Das Alter der Zielgruppe liegt zwischen 16 und 30 Jahren, da es sich um eine Station für junge Erwachsene handelt, auf der das Konzept angewandt werden soll. An der Gruppe nehmen fast ausschließlich weibliche Personen teil, da eine Essstörung bei dem weiblichen Geschlecht deutlich häufiger auftritt und nur wenig männliche Personen mit einer Essstörung den Weg in die Therapie suchen (siehe Kapitel 3.4.2 Prävalenz).

Die Motivation der Patienten ist häufig gerade zu Beginn der Therapie sehr ambivalent. Die meisten Patienten mit einer AN nehmen durch Druck von Verwandten oder Freunden eine Therapie in Anspruch (extrinsische Motivation). Nur wenige suchen aus eigener Motivation (intrinsisch) Hilfe und klagen dann eher über körperliche und psychische Folgen, die mit der Essstörung einhergehen. Das niedrige Gewicht thematisieren sie häufig nicht, da eine große Angst vor einem normalen Essverhalten und einer Gewichtszunahme besteht. Bei Patienten mit einer BN ist die Motivation häufig stärker, da der Leidensdruck durch Essanfälle und Erbrechen größer ist. Im Hinblick auf eine Gewichtszunahme sind sie jedoch ebenfalls sehr ambivalent (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 66). Patienten, die schon länger im stationären Aufenthalt sind, haben oft mehr Motivation, da diese innerhalb der Verhaltenstherapie von Beginn an gefördert wurde. Patienten die neu in die Gruppe kommen sind häufig weniger motiviert. Diese Motivationsunterschiede können, gerade von Patienten, die schon länger an der Gruppe teilnehmen, als störend empfunden werden, jedoch für Patienten, die noch wenig Motivation zeigen, auch sehr hilfreich sein.

Die Einstellungen der Teilnehmer zur Thematik dürften bei beiden Formen der Essstörung recht ähnlich, jedoch auch sehr stark von den persönlichen Lebensumständen und den Gründen für die Therapie abhängig sein. Die meisten zeigen gerade aufgrund ihrer Erkrankung sehr viel Interesse für Themen im Bereich der Ernährungswissenschaft. Einige, vor allem die, die freiwillig Hilfe in Anspruch genommen haben, werden der Beratung wohl eher offen gegenüberstehen, sie als nützlich und sinnvoll erachten und vielleicht auch froh über die professionelle Hilfe sein. Es gibt vermutlich einige Patienten, die die Thematik und die verpflichtende Beratung als zusätzlichen oder unnötigen „Ballast“ empfinden. Viele Patienten sind mitunter zu sehr mit sich selbst beschäftigt, können den Sitzungen nicht folgen oder boykottieren diese aus unterschiedlichen Gründen.

Die Erwartungen an die Gruppenarbeit, die Methoden und die Gruppenleiter dürften sehr unterschiedlich sein. Die meisten Patienten erwarten vermutlich möglichst schnelle und wirksame Hilfe. Einige Patienten, insbesondere zu Beginn der Therapie erwarten wahrscheinlich nicht viel, wollen die Therapie nur möglichst schnell und ohne viel Aufwand hinter sich bringen, sind wenig moti-

viert, an ihrem Leben etwas zu ändern und somit auch mit wenig Engagement an der Gruppensitzung beteiligt. Die Patienten, die freiwillig teilnehmen bzw. mehr Motivation entwickelt haben, erwarten vermutlich Aufklärung in Bezug auf ihre Krankheit, Unterstützung bei ihren Unsicherheiten, Ängsten und Problemen sowie praktische Hilfestellungen, um ein normales Essverhalten zu erlernen und Rückfälle zu vermeiden. Auch der Erfahrungsaustausch und die Reflexion des Themas unter den Patienten dürften eine Rolle spielen. Sie wünschen sich vermutlich einen Austausch innerhalb der Gruppe über Probleme und Sorgen. Gleichzeitig wollen sie mehr Verständnis für das gemeinsame Problem erlangen. Von der Methodik erwarten sie vermutlich ein Vorgehen, das dem Intellekt, dem Alter, der Sprache, dem Vorwissen und den Erfahrungen der Gruppe entspricht. Von den Beratern erwarten die Patienten wahrscheinlich eine angemessene Fachkompetenz und entsprechende didaktische Fähigkeiten, die für die Gruppe relevanten Informationen für alle verständlich zu vermitteln. Außerdem wird von ihnen vermutlich erwartet, das Gegenüber zu motivieren sowie die Bedürfnisse und Probleme der Patienten zu erkennen, ernst zu nehmen und anzusprechen. Die Patienten wollen verstanden werden und nicht die wohlmöglich belehrenden Worte der Gruppenleiter ertragen. Von den Beratern wird vor allem erwartet, die Gedanken, Emotionen und Absichten der Patienten zu erkennen und sich in diese hineinversetzen zu können (Empathie). Schließlich wünschen sich die Patienten sicher eine anregende Sitzung, in der alle aktiv mit einbezogen werden. Dennoch wird es einige Patienten geben, die anderen Gruppenteilnehmern nicht zuhören können und wollen, dieses aber von den Gruppenleitern und Teilnehmern besonders dann erwarten, wenn sie sich äußern. Ein besonders hoher Anspruch an die Gruppenleiter wird sicherlich die individuelle Aufmerksamkeit für die Probleme jedes einzelnen Teilnehmers sein.

Sicherlich wird es Patienten geben, die durch vorherige stationären Aufenthalte, ambulante Therapien oder Ernährungsberatungen mehr Erfahrung und auch Vorkenntnisse zum Thema Ernährung mitbringen. Innerhalb der Gruppenarbeit kann diese Vorerfahrung zur Unterstützung genutzt werden.

Die Gruppe ist aufgrund des Geschlechts und einiger wesentlicher Merkmale der Erkrankung, wie der ausgeprägte Wunsch schlank zu sein und die starke Leistungsorientierung, die bei beiden Krankheitsbildern vorliegen, homogen. Heterogene Aspekte stellen die unterschiedlichen Ausprägungen der Essstörung (bulimisch und anorektisch), die berufliche Vorbildung und die gesellschaftlich sozialen Hintergründe, die Erfahrung durch vorherige Therapien, die unterschiedlichen Gründe und Motivation für den stationären Aufenthalt und evtl. auch die Altersunterschiede dar.

### **5.3.2 Besondere Schwierigkeiten und Konsequenzen für die Planung**

Gruppen von bulimischen und anorektischen Frauen sind durch starke Ambivalenzen und hohen Leistungsdruck gekennzeichnet. Die Verbindlichkeit der regemäßigen Teilnahme kann nicht immer

---

eingehalten werden. Beispielsweise können Essanfälle die Teilnahme verhindern. Die Aufgabe der Gruppenleiter ist, die Ambivalenzen anzusprechen. Der Leistungsdruck innerhalb und außerhalb der Gruppe muss ebenfalls thematisiert werden. Typisch für Bulimiker ist, in jeder Rolle perfekt sein zu wollen. Gruppenleiter sollten deutlich machen, dass innerhalb der Gruppenarbeit kein Leistungsanspruch besteht. Die realistische Einschätzung der Gruppenerfolge wird durch ausgeprägtes Schwarz-Weiß-Denken erschwert. Um eine Differenzierung zu ermöglichen, müssen Gruppenleiter immer wieder idealisierte oder entwertende Äußerungen hinterfragen. Hinsichtlich der Teilnahmemotivation kann es hilfreich sein, Zwischenbilanzen zu ziehen. Die Patienten sollen sich dabei überlegen, welche Veränderungen seit der Gruppenarbeit entstanden sind. Zwischenbilanzen ermöglichen eine differenziertere Wahrnehmung.

Anorektische Patienten sind oft sehr distanziert und kühl, was sich auf das Gruppenklima auswirken kann. Weiterhin treten sie oft in Konkurrenz miteinander. Gruppenleiter sollten aufmerksam sein und wenn nötig das Konkurrenzverhalten thematisieren. Weiterhin können Patienten mit einer AN schwer mit Nähe umgehen. Aus diesem Grund sollte man ihnen emotional und körperlich zurückhaltend begegnen, obwohl ihr Körper eine hohe Hilfsbedürftigkeit signalisiert. Für unerfahrene Gruppenleiter ist die Arbeit mit Magersüchtigen oft schwer. Durch die körperliche Erscheinung können fürsorgliche Überreaktionen hervorgerufen oder Blockaden ausgelöst werden, die für die Betroffenen nicht hilfreich sind.

Viele Magersüchtige berichten häufig, dass sie essen. Es sollte immer nach genauen Mengen gefragt werden, um einen Realitätsbezug herzustellen. Weiterhin bekommen Gruppenleiter so einen genauen Eindruck vom Stand der Patienten und erfahren, inwieweit sie sich noch selbst belügen. Wichtig ist in so einer Situation dem Patienten dies nicht moralisierend vor Augen zu führen. In Eröffnungsrunden zum Essverhalten trifft man auf Aussagen wie „Ich esse wie immer.“ oder „Mein Essverhalten ist unverändert.“ Diese Aussagen sollten genau hinterfragt werden. Durch Hinterfragen des Essverhaltens erhalten Gruppenleiter und Teilnehmer der Gruppe ein genaues Bild und auch der Betroffene selbst kann sein meist ritualisiertes und bizarres Essverhalten besser überblicken. Der Austausch mit anderen Teilnehmern über ähnliche Verhaltensweisen hilft, da sie das Geheime aussprechen dürfen, Verständnis erfahren und nicht verurteilt werden. Weiterhin erfolgt durch den Austausch der Schritt aus der Isolation.

Bei der Gruppenarbeit mit bulimischen und anorektischen Teilnehmern besteht häufig die Gefahr in abgehobene theoretische Diskussionen zu verfallen. Eine Redewendung, die immer wieder gern von Patienten angeführt wird ist „Ja, aber...“. Eine Herausforderung für die Gruppenleiter ist in diesen Situationen immer wieder die Gefühlsebene anzusprechen und mit einzubeziehen. Ein Zwischenblitzlicht kann eine Methode sein, um das Gespräch wieder auf eine andere Ebene zu bringen.

Fragen wie „Wie fühlen Sie sich jetzt? oder „Wie geht es Ihnen, wenn Sie das hören?“ können eine Unterstützung sein.

Es kann vorkommen, dass Patienten der Gruppe ihre Gefühle mit Äußerungen wie „Mir geht es total beschissen.“, „Nichts macht mir mehr Spaß.“, „Ich bin auch nicht gern zur Gruppe gekommen, das bringt mir sowieso nichts.“ vor die Füße werfen. Wut, Resignation, Frustration und Aggression aber auch der Appell „Helft mir“ sind bei solchen Gefühlsäußerungen vorhanden. Die Gruppenleiter können diese Gefühle unter Einbeziehung der Gruppe herausarbeiten, indem sie z.B. fragen, was die Aussagen bei den anderen Teilnehmern bewirken. Um Probleme differenziert wahrnehmen zu können, sollte an dieser Stelle hinterfragt werden, auf welche Ressourcen (Hilfe von anderen, Möglichkeiten zur Veränderung) der Patient zurückgreifen kann (BZgA, 2004, S.73-76).

Grundsätzlich leben die Patienten 24 Stunden zusammen auf einem Gang und sind auf Doppelzimmer verteilt. Es kann nicht vermieden werden, dass sich innerhalb des Zusammenlebens Konflikte ergeben. Weiterhin haben die Patienten nicht viel Freiraum und stehen unter Beobachtung, was unter Umständen auch zu Wut und Unzufriedenheit führen kann. Dieser Zustand und auch die entstandenen Konflikte können sich aufstauen und mit in die Gruppensitzung gebracht werden. Das kann zur Folge haben, dass Eröffnungsrunden, in denen die Patienten kurz schildern sollen, wie es ihnen geht, sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Weiterhin kommt es auch hin und wieder vor, dass sich einzelne Patienten nicht mögen und z.B. „mobben“. Einige wollen sich profilieren und haben eine auffällige Empfindlichkeit gegenüber Kritik, was innerhalb einer Sitzung dazu führen kann, dass diese Personen im Vordergrund stehen, sehr viel Aufmerksamkeit fordern und andere Patienten weniger beachtet werden. Die Berater sollten hier mittels Durchhaltevermögen und verschiedener Methoden ein Gleichgewicht schaffen. Es ist wichtig, die Konflikte, sofern die Patienten sehr emotional beeinflusst sind, zu klären und sich dafür Zeit zu nehmen. Personen, die sich profilieren wollen, sollten hin und wieder in ihre Schranken gewiesen werden.

#### **5.4 Beratungsanliegen, Beratungsziele**

Die Beratungsanliegen und -ziele der Patienten dürften je nach persönlicher Lebenssituation, Dauer der Erkrankung, Einstellung zur Krankheit, Motivation und Hintergrundwissen unterschiedlich sein. Die einen brauchen zunächst Informationen und eine theoretische Aufklärung über die gesunde Ernährung, andere wissen womöglich schon viel und benötigen eher praktische Umsetzungshilfen. Folglich gibt es nicht ein Ziel für alle.

Viele Patienten mit einer Essstörung haben jedoch häufig ein Laienwissen über Ernährung, welches auf pseudowissenschaftlichen Erkenntnissen aus den Medien basiert. Besonders kritisch ist bei

diesem Wissen, dass es sich meist an übergewichtige Frauen richtet und für die Zielgruppe wenig geeignet ist (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 114). Sie verfügen meist auch über ein sehr selektives Kalorienwissen, haben aber wenig Vorstellung von den einzelnen Bestandteilen der Nahrungsmittel und deren Bedeutung (Gerlinghoff, Backmund, 2000, S. 106). Grundsätzlich geht es inhaltlich darum, das bisherige Wissen zu überprüfen und objektive Tatsachen kritisch zu hinterfragen. Den Patienten soll die Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Verhalten und dem eigentlichen Wunsch, sich gesund zu ernähren verdeutlicht werden (Legenbauer, Vocks, 2006, S. 114).

Die ernährungstherapeutische Gruppenberatung soll den Essstörungspatienten folglich die gesunde und ausgewogene Ernährung durch Vermittlung von Informationen näher bringen und zudem praktische Hilfestellungen zur Umsetzung leisten. Die Beratungssitzung soll den Patienten außerdem Raum bieten, ihre Bedürfnisse und Probleme anzusprechen und zu reflektieren, sowie mit Unterstützung der Berater Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Ein vordergründiges Beratungsziel ist die Wiederherstellung eines kalorisch adäquaten, strukturierten und ausgewogenen Essverhaltens, welches die biologischen und physiologischen Konsequenzen der Mangelernährung aufhebt (Schweiger, Peters, Sipos, 2003, S. 86). Die Patienten sollen kurzfristig wieder regelmäßig normale Portionen zu sich nehmen und damit die Normalisierung des Gewichts und / oder die Reduktion bzw. Vermeidung von Essanfällen erreichen (Baumer, Wunderer, Müller, 2008, S. 144-145). Der Bezug zu Nahrungsmitteln und Essen ist gestört. Bei den Patienten gibt es nur noch verbotene und erlaubte Speisen. Die abwegigen Vorstellungen, Befürchtungen und Ängste über einzelne Nahrungsmittel sollen abgebaut und korrigiert werden (Gerlinghoff, Backmund, 2003, S. 523). Langfristig wird ein flexibles, vor allem angst- und symptomfreies Ernährungsverhalten ohne rigide Kontrolle und zwanghaftes Kalorien-Zählen angestrebt (Baumer, Wunderer, Müller, 2008, S. 144-145). Die Betroffenen sollen wieder einen ungezwungenen Umgang mit Essen erlernen, auf ihre Körpersignale (Hunger und Sättigung) achten und vollwertige, nicht fett- und kalorienreduzierte Lebensmittel verwenden. Ebenfalls sollen auch ungesunde Lebensmittel wie Süßigkeiten oder Fast Food Teil ihrer Ernährung werden (Baumer, Wunderer, 2009, S. B25).

## **5.5 Inhaltliche Schwerpunkte der Beratung**

Das Konzept für die ernährungstherapeutische Gruppenberatung wird inhaltlich auf acht Stunden ausgelegt, da die Patienten mit einer Essstörung in der Regel mindestens acht Wochen im stationären Aufenthalt sind. Die Gruppenberatung soll einmal wöchentlich für eine Stunde stattfinden. Patienten mit einer Essstörung haben, wie schon beschrieben, einen gestörten Bezug zu Essen und Nahrungsmitteln und weisen ein sehr restriktives Essverhalten auf. Ein Schwerpunkt dieser Gruppenberatung liegt folglich auf dem Erlernen und Umsetzen eines gesunden, ausgewogenen, be-



wussten und ungezwungenen Ernährungsverhaltens. Wie in Kapitel 5.4 genauer beschrieben, haben Patienten mit einer Essstörung häufig ein Laienwissen über Ernährung und verfügen über ein sehr selektives Kalorienwissen. Jedoch fehlt ihnen häufig das Wissen über die einzelnen Bestandteile der Nahrungsmittel und deren Bedeutung. Folglich ist es zunächst einmal wichtig, die Patienten über die Grundlagen der Ernährung, wie den Energiehaushalt des Körpers und die Energielieferanten, zu informieren und anhand von praktischen Beispielen zu verdeutlichen, wie sie eine gesunde und ausgewogene Ernährung erreichen und umsetzen können. Die meisten Patienten haben Angst vor zu fett- und kalorienreichen Lebensmitteln (siehe Kapitel 4.3.2.4). Deshalb sollte beim Thema Energielieferanten auch auf die Funktion im Körper näher eingegangen werden. Den Patienten soll vor Augen geführt werden, welche Aufgaben Fette, Kohlenhydrate und Eiweiße im Körper übernehmen und warum es für die Gesundheit wichtig ist, diese aufzunehmen. Auch die Aufklärung über die richtige Mahlzeitenverteilung und deren Einfluss auf die Stimmung, das Verlangen nach Süßigkeiten und plötzlichem Heißhunger und Essattacken ist von Bedeutung, um eine Reduktion von Essanfällen und Purging-Verhalten zu erzielen.

Für die Normalisierung des Gewichts ist es, wie in Kapitel 4.3.2.8 beschrieben, wichtig, Aufklärungsarbeit über den Set-Point (biologische Einflüsse auf das Körpergewicht) und die Auswirkungen von Diäten zu leisten. Deshalb stellt die Regulation des Körpergewichts ein weiteres Thema für die Gruppensitzung dar, welches mit Hilfe der Set-Point-Theorie vermittelt wird. Zunächst werden den Patienten die körperlichen und psychischen Konsequenzen des Hungers verdeutlicht. Die Erhöhung des Problembewusstseins ist gerade für weniger motivierte Teilnehmer wichtig. Weiterhin wird mit den Teilnehmern besprochen, wie sie ihr persönliches Gleichgewicht erlangen können.

Wie in Kapitel 4.3.2.10 näher beschrieben, besteht bei Essstörungspatienten gerade zu Anfang häufig eine große Unsicherheit bei der Wahrnehmung der Körpersignale, wie Appetit, Hunger und Sättigung. Folglich ist es von Bedeutung, die Patienten über die Faktoren, die Hunger und Sättigung beeinflussen, zu informieren und sie für deren Wahrnehmung zu sensibilisieren.

Um die Flexibilität und Eigenverantwortung der Patienten zu fördern, sie auf den Alltag nach dem stationären Aufenthalt vorzubereiten und einen längerfristigen Erfolg der Gruppenberatung zu gewährleisten, ist die Besprechung der Mahlzeitenplanung für verschiedene Alltagssituationen und schwierige Anlässe, ein weiteres bedeutendes Thema für die Gruppenberatung.

Zu Beginn der ernährungstherapeutischen Gruppenarbeit ist es trotz bestehender, relevanter Inhalte für die Patienten-Gruppe von Bedeutung, die Erwartungen zu klären. Hierbei erhalten die Berater einen ersten Eindruck über die Vorkenntnisse bzw. Erfahrungen seitens der Patienten. Die Bera-

tung ist effektiver, wenn sie explizit auf die Teilnehmer abgestimmt wird und motivierender, wenn die Wünsche berücksichtigt werden.

## 5.6 Lernziele

Innerhalb der ernährungstherapeutischen Gruppenberatung soll das Richtlernziel, das Erlernen eines gesunden, ausgewogenen, flexiblen und vor allem angst- und symptomfreien Ess- und Ernährungsverhaltens, erreicht werden.

Die Groblernziele für die Gruppeneinheiten sind folgende:

1. Die Kursteilnehmer kennen wichtige theoretische Grundlagen zum Thema Ernährung und abwegige Vorstellungen, Befürchtungen und Ängste über einzelne Nahrungsmittel werden abgebaut und korrigiert.
2. Die Kursteilnehmer setzen sich mit ihrem persönlichen Ernährungsverhalten auseinander.
3. Die Kursteilnehmer können ein kalorisch adäquates, strukturiertes und ausgewogenes Essverhalten sicherstellen und damit ihr Gewicht normalisieren und / oder Essanfälle reduzieren und vermeiden.

Das erste Groblernziel stellt ein kognitives Lernziel dar, da die Patienten theoretische Grundlagen zum Thema Ernährung erlernen, dies zum Teil eigenständig erarbeiten und auch der Gruppe erklären. Des Weiteren entspricht es auch einem affektiven Lernziel, da sich die Patienten sich sowohl mit ihren eigenen als auch mit fremden Vorstellungen, Befürchtungen und Ängsten über einzelne Nahrungsmittel auseinandersetzen und diese diskutieren sollen. Das zweite Groblernziel ist ebenfalls affektiver Art, da die Patienten lernen sollen, ihr eigenes Essverhalten wahrzunehmen und zu bewerten. Das dritte Groblernziel ist psychomotorischer und affektiver Art, da das gesunde und strukturierte Ess- und Ernährungsverhalten nur durch die eigene Anwendung und das Erleben positiver Konsequenzen der Veränderung zu erlernen ist.

Die Feinlernziele gliedern sich in verschiedene Themenschwerpunkte der einzelnen Beratungseinheiten und sind dem Planungsschema der Gruppenstunden im Anhang zu entnehmen.

## 5.7 Funktion und Rolle der Gruppenleitung

In der Gruppenarbeit hat die Gruppenleitung in erster Linie eine unterstützende Funktion. Sie ist dafür verantwortlich die Sitzungen zu strukturieren und den zeitlichen Ablauf einzuhalten. Sie gibt klare Regeln vor, bietet Entscheidungshilfen an und vermittelt Informationen über bewehrte Gruppennormen und über gruppenspezifische Prinzipien. Weiterhin sollte die Gruppenleitung mit den Teilnehmern Kommunikationsregeln erarbeiten und dafür sorgen, dass diese auch eingehalten wer-

---

den. In ihrer unterstützenden Funktion ist die Gruppenleitung dafür verantwortlich, das Thema immer wieder in die richtige Richtung zu lenken und zu vermeiden, dass Gespräche ins Uferlose abgleiten. Die Gruppenleitung ist eine wichtige Person, sollte jedoch nicht eindeutig das Gruppengeschehen steuern. Sie sollte versuchen, eine Situation zu schaffen, in der eine gleichberechtigte Zusammenarbeit stattfinden kann und die Teilnehmer eigenverantwortlich handeln können. Dafür ist es wichtig, der Gruppe Zutrauen und Interesse an eigenständiger Arbeit zu vermitteln. Im besten Fall ist die Gruppenleitung zum Ende fast überflüssig. Damit unterstützt sie das Selbstvertrauen und die Autonomie der Teilnehmer.

Die Gruppenleitung sollte ihre Funktion und ihr Handeln von Beginn an transparent machen und eine zurückhaltende, tolerante, gewährende und verständnisvolle Haltung einnehmen. Für die effektive Zusammenarbeit ist ein Vertrauensverhältnis sehr bedeutend. Ebenso sollte ein respektvoller und ehrlicher Umgang mit allen Teilnehmern selbstverständlich sein. Die Gruppenleitung muss jede Persönlichkeit achten, Hoffnung und Mut machen und beschützend und interaktiv auf das Gruppengeschehen einwirken. Jeder Teilnehmer sollte die Möglichkeit haben, sich einen Platz in der Gruppe zu erarbeiten. Die Teilnehmer brauchen eine Person, die stets greifbar, präsent und echt ist. Jede Gruppenleitung muss sich bewusst werden, dass sie einen Vorbildcharakter einnimmt. Ein wesentlicher Schwerpunkt in der Arbeit mit Essgestörten ist der Umgang mit Konflikten. Die Gruppenleitung sollte stets Probleme ansprechen und sich somit als angreifbare Person zeigen, die konfliktfähig ist. Ebenso sollte sie den Teilnehmern zeigen, wie sie mit Problemen umgeht und dass auch sie sich gelegentlich Unterstützung zur Problembewältigung holt. Sollte die Gruppenleitung Probleme im Umgang mit Teilnehmern haben, ist es wichtig, diese in der Supervision anzusprechen. Negative Gefühle (Neid, Wut, Ablehnung) unter den Teilnehmern müssen ebenso behutsam angesprochen werden, um sie zu ermutigen, selbst solche Gefühle anzusprechen. Dadurch können die Teilnehmer korrigierende Beziehungserfahrungen machen. Die Gruppenleitung sollte deutlich machen, dass sich Interessenskollisionen nicht vermeiden lassen und verschiedene Meinungen und Wünsche nebeneinander bestehen können.

Die Gruppenleitung sollte selbst entscheiden wie sie auf Fragen, die ihren privaten Bereich betreffen, antwortet (BZgA, 2004, S. 129-140).

Für eine gute zwischenmenschliche Kommunikation in der Beratung ist die eigene Körpersprache ein wesentlicher Faktor. Jeder Berater sollte sich die nonverbale Kommunikation zunutze machen und seine innere Verfassung zeigen. Eine offene und aufrechte Haltung mit Blickkontakt signalisiert Selbstbewusstsein, Kontaktbereitschaft und Aufmerksamkeit. Durch diese Körperhaltung kann sich der Klient angenommen und willkommen fühlen (Lückerath, Müller, 2011, S. 80).

Wichtige Techniken, die eine Gruppenleitung beherrschen sollte sind „aktives Zuhören“ und / oder die „nicht-direktive Gesprächsführung“. Aktives Zuhören bedeutet sich genau zu überlegen, was das Gegenüber sagt, was für Gefühle bei dem Gesagten eine Rolle spielen und in Worte zu fassen, was bei einem selbst angekommen ist (BZgA, 2004, S. 138). Dabei ist es wichtig sich dem Klienten zuzuwenden, sich auf ihn einzulassen und das auch mit der eigenen Körpersprache auszudrücken. Beim „aktiven Zuhören“ sollte man sich mit der eigenen Meinung zurückhalten. Das bedeutet aber nicht, dem Klienten in seiner Meinung immer zuzustimmen. Der Gruppenleiter leistet durch das „aktive Zuhören“ vor allem emotionale und psychische Unterstützung bei Veränderungen, die zum Teil mit großer Anstrengung und Schwierigkeiten verbunden sind (Lückerath, Müller, 2011, S. 88). Durch diese Gesprächshaltung kann eine Verbundenheit und Vertrauen geschaffen werden. Missverständnisse entstehen nicht so schnell und es wird verhindert, dass Ratschläge erteilt werden (BZgA, 2004, S. 138). Jedoch sollte die Gruppenleitung bei dieser Technik, auch ihre eigenen Gefühle wahrnehmen. Nur wenn der Gruppenleiter sich wohl fühlt, kann er dem Klienten auch offen und aufrichtig begegnen (Lückerath, Müller, 2011, S. 89). In der „Nicht-Direktiven Gesprächsführung“ kommt es darauf an, das Gefühl und die Einstellung der Gruppe wahrzunehmen und es den Teilnehmern mit eigenen Worten widerzuspiegeln. Indem die Gruppenleitung die Situation definiert und spezifische Fragen stellt, unterstützt sie die Gruppe (BZgA, 2004, S. 138).

## **5.8 Methodisches Vorgehen**

### **5.8.1 Stunde 1: Energiehaushalt des Körpers**

#### **5.8.1.1 Problemstellung**

In der ersten Stunde ist es wichtig, den Kurs durch Vorstellung und Kennenlernen einzuleiten und die Erwartungen der Teilnehmer an die Gruppenstunden zu klären. Dies nimmt sehr viel Zeit in Anspruch, ist aber besonders wichtig für eine erfolgreiche Gruppenarbeit. Weiterhin sollen die Patienten aber auch inhaltlich etwas aus der ersten Stunde mitnehmen und werden über den Energiehaushalt des Körpers informiert. Sie sollen die wichtigsten Energielieferanten kennenlernen und verstehen, wie die Energie verbraucht wird und welche Faktoren den Energieverbrauch beeinflussen. Ziel ist, den Patienten vor Augen zu führen, dass der Körper Energie benötigt, um funktionieren zu können und das diese über die Nahrung zugeführt werden muss. Die theoretischen Inhalte zum Thema Energielieferanten stammen überwiegend aus einschlägiger Fachliteratur (Schenk, 2011, S. 30 / Biesalski, Grimm, 2011, S. 22 / Lückerath, 2011, S. 6). Ebenfalls wurde eine Internetquelle herangezogen (Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz, o.J. a).

### **5.8.1.2 Begrüßung und Vorstellung der Gruppenleiter**

Zu Beginn der ersten Sitzung begrüßt der Gruppenleiter seine Teilnehmer. Da der Gruppenleiter und die Teilnehmer sich bereits durch die ernährungstherapeutische Betreuung auf der Station kennen, fällt die Vorstellung des Gruppenleiters etwas kürzer aus, als es in anderen Gruppenberatungen notwendig ist. Er stellt sich selbst namentlich vor und berichtet kurz über seinen Werdegang. Weiterhin begründet er seine Eignung und Motivation, eine Gruppe wie diese zu leiten. Anhand der Vorstellung bekommen die Teilnehmer einen weiteren Eindruck von dem Seminarleiter und erfahren mehr über deren berufliche Eignung.

Dann wird das Thema und der Ablauf der Sitzung anhand eines Flip-Chart vorgestellt. Diese ist für die Patienten während der Sitzung jederzeit sichtbar, sodass sie eine Orientierung haben, bei welcher Thematik sich die Gruppe gerade befindet. Schließlich geht der Berater auf die Zielsetzung ein. Dadurch bekommen die Patienten einen Eindruck von der bevorstehenden Gruppenarbeit (Quilling, Nicolini, 2009, S. 27). Die Vorstellung des Themas und des Ablaufs der Stunde erfolgt zu Beginn jeder Stunde, wird jedoch im Verlauf nicht bei jeder Stunde beschrieben. Bei dieser Zielgruppe sind eine starke Motivation der Teilnehmer und die Darstellung der Wichtigkeit dieses Seminars erforderlich.

### **5.8.1.3 Kennenlernspiel**

Eine ausführliche gegenseitige Vorstellung aller Teilnehmer, wie in anderen Seminaren, ist nicht notwendig, da sich alle kennen und gemeinsam während der Therapie auf der Station leben. Jedoch ist es sinnvoll, zu Beginn der ersten Stunde ein kurzes Kennenlernspiel durchzuführen, um gegenseitiges Vertrauen aufzubauen, von Beginn an aktiv zu werden und die Patienten sowie die Stimmung etwas aufzulockern. Ängste und Hemmungen gegenüber anderen Gruppenteilnehmern, besonders am Anfang einer Therapie, sollen hiermit minimiert werden. Als eine schnelle und effiziente Methode des Kennenlernens wendet der Berater das „Lügen-Porträt“ an. Diese Methode lässt sich am besten einsetzen, wenn sich die Teilnehmer untereinander bereits mit Namen kennen und sich gegenseitig schon ein bisschen einschätzen können. Hierbei teilt sich die Gruppe in zweier Teams auf. Die Paare interviewen sich gegenseitig über Wohnort, Hobbies, Haustiere etc. Nach dem Interview kommt die Gruppe wieder zusammen und jeder stellt seinen Partner vor. Vorgestellt werden die Partner mit drei wahren Einzelheiten, die der Berichterstatter am interessantesten fand, und einer erfundenen Aussage. Die Teilnehmer können die Einzelheiten auf einem Plakat visualisieren. Die Gruppe muss raten, welche der Eigenschaften die erfundene ist (Klee, 2006, S. 6).

### **5.8.1.4 Erwartungen der Teilnehmer**

An dieser Stelle haben die Patienten die Möglichkeit ihre Erwartung an den Kurs darzulegen. Zur Klärung der Erwartungen wird die Methode „Kärtchen“ genutzt. Dabei erhält jeder Patient vier

leere Kärtchen, auf denen er je ein Stichwort zu den vorgegeben Kategorien „Erwartungen an den Inhalt“ und „Erwartungen an die Gruppenarbeit“ notiert und diese auf einer präparierten Pinnwand der entsprechenden Spalte zuordnet (Quilling, Nicolini, 2009, S. 31). Bei dieser Methode ist darauf zu achten, dass vorab Regeln für die Beschriftung der Kärtchen aufgestellt werden. So darf jeweils nur ein Stichwort pro Kärtchen notiert werden, zudem soll es möglichst groß und in Druckbuschstaben geschrieben werden. Die Erwartungen des Beraters müssen bereits vor der Veranstaltung vorbereitet werden, um die Teilnehmer nicht unnötig warten zu lassen. Sie werden erst aufgedeckt und vorgelesen, wenn die Erwartungen der Patienten gesammelt und gebündelt sind. Dann werden die Erwartungen miteinander verglichen und Unstimmigkeiten mit der Gruppe geklärt. An dieser Stelle ist es besonders wichtig, dass der Gruppenleiter auf die Erwartungen der Teilnehmer eingeht und sie darüber aufklärt, welche Erwartungen innerhalb dieser Gruppenberatung erfüllt und welche eher außerhalb der Gruppenarbeit in Einzelgesprächen geklärt werden können.

Der Gruppenleiter erfährt durch diese Methode mehr über ihre Patienten und kann die Inhalte besser auf sie abstimmen. Jedoch setzt die Methode auch Flexibilität des Seminarleiters voraus. Dieser muss unter Umständen die geplanten Inhalte sofort umstrukturieren können. Durch die Abfrage der Erwartungen wird erreicht, dass die Teilnehmer sich ernst genommen und verstanden fühlen und den Kurs nach ihren Wünschen mitgestalten können. Die Patienten sind dadurch vermutlich motivierter und es entsteht keine „Langeweile“ und Unaufmerksamkeit. Weiterhin wird durch die Abfrage der Erwartungen an die Gruppenarbeit, der Umgang unter den Teilnehmern geklärt. Die Methode ist gut geeignet, da der Kontakt zu den Teilnehmern hergestellt wird und diese aktiviert werden, sich auch körperlich zu bewegen. Zusätzlich hat jeder Teilnehmer die Möglichkeit, zu Wort zu kommen, wenn er möchte. Es ist sinnvoll, Kärtchen zu nutzen und aufzuhängen, damit alle Teilnehmer sie nachlesen können. Damit wird verhindert, dass Dinge oft wiederholt werden und ein sichtbarer Vergleich mit den Erwartungen des Beraters gegeben ist. Zudem kann in einer Feedbackrunde leichter geprüft werden, ob die Erwartungen erfüllt wurden.

### **5.8.1.5 Energiehaushalt des Körpers**

Der Ernährungstherapeut erstellt gemeinsam mit den Patienten ein Schaubild zum Energiehaushalt des Körpers am Flipchart (siehe Arbeitsblatt 1 im Anhang). Er bezieht die Patienten durch gezielte Fragen in die Aufstellung des Schaubildes mit ein. Ein Schaubild ist eine sinnvolle Methode zur Vermittlung von Inhalten, da dieses die Inhalte verdeutlicht. Im Anschluss sammelt er gemeinsam mit den Patienten, welche Faktoren den Grundumsatz beeinflussen und inwiefern sie diesen beeinflussen (siehe Arbeitsblatt 2 im Anhang). Auch hier bezieht er die Patienten durch Fragen in die Arbeit mit ein. Anhand einer zuvor ausgeteilten Abbildung erklärt er den Patienten, wie sich der Gesamtenergiebedarf verteilt (siehe Arbeitsblatt 3 im Anhang). Eine Abbildung eignet sich gut

zum Erklären von Sachverhalten, da das Gesagte visualisiert und dadurch besser aufgenommen werden kann.

## 5.8.2 Stunde 2: Regulation des Körpergewichts (Set-Point)

### 5.8.2.1 Problemstellung

Wie in Kapitel 4.3.2.8 beschrieben ist die wohl größte Herausforderung in der Therapie von Essstörungen die Normalisierung des Gewichts. Die Aufklärungsarbeit über den Set-Point (biologische Einflüsse auf das Körpergewicht) und die Auswirkungen von Diäten kann dazu beitragen, dass die Angst vor der Gewichtszunahme reduziert wird. In dieser Stunde werden den Patienten die körperlichen und psychischen Konsequenzen des Hungerns vor Augen geführt. Die Erhöhung des Problembewusstseins ist gerade für weniger motivierte Teilnehmer wichtig. Weiterhin sollen sie lernen, wie sie ihr persönliches Gleichgewicht erreichen können. Die theoretischen Inhalte zum Thema Regulation des Körpergewichts stammen überwiegend aus einschlägiger Fachliteratur (Giesemann, 2012, S. 229 / Wunderer, Schnebel, 2008, S.59). Ebenfalls wurde eine Internetquelle herangezogen (Gawlik, 2010).

### 5.8.2.2 Warming-up

Als Warming-up wird in dieser Stunde die Methode „Kriminalfälle und unglaubliche Geschichten“ angewandt. Hier gilt es, Kriminalfälle aufzulösen. Der Gruppenleiter erzählt kurz den Anfang einer Kriminalgeschichte. Nun müssen die Teilnehmer durch Fragen, die der Leiter mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten kann, auf die Lösung kommen. Durch diese Methode soll die Stimmung gelockert und die Begeisterung an Knochelei und dem Kombinieren entfacht werden.

#### Die Geschichte

Herr Meier fährt morgens mit der U-Bahn zur Arbeit, betritt die Halle eines Wolkenkratzers und fährt mit dem Lift ins 23. Stockwerk. Sein Büro liegt allerdings in der 35. Etage. Den Rest geht er zu Fuß. Er macht das aber nicht, um fit zu bleiben oder weil er etwa ein begeisterter Treppensteiger wäre. Am Abend fährt er mit dem Lift wieder nach unten – diesmal allerdings direkt vom 35. Stockwerk aus. Nur bei Regen fährt er gleich direkt vom Erdgeschoss in den 35. Stock.

#### Die Lösung

Warum steigt Herr Meier immer schon im 23. Stock aus? Hat er etwa eine Geliebte im 24. Stock oder funktioniert der Fahrstuhl nur bei Regen?! Die Lösung ist so einfach wie verblüffend, nur wird es schon einige Zeit dauern, bis man darauf kommt, dass Herr Meier so klein ist, dass er nicht an den Fahrstuhlknopf des 35. Stocks kommt – abwärts natürlich kein Problem. Nur bei Regen hat er eben einen Schirm dabei, mit dem er den hoch gelegenen Knopf erreicht (Sächsisches Staatsinstitut für Bildung und Schulentwicklung, o.J.c).

### 5.8.2.3 Regulation des Körpergewichts (Set-Point)

Zum Einstieg in das Thema wird zunächst der Begriff „Set-Point“ geklärt. Der Gruppenleiter fragt die Patienten, ob sie den Begriff schon einmal gehört haben und was er bedeutet. Das Ergebnis wird am Flipchart festgehalten (siehe Arbeitsblatt 4 im Anhang).

Nach der Begriffsdefinition werden die Teilnehmer in Kleingruppen á zwei Personen aufgeteilt. Der Gruppenleiter hat zuvor Karten mit berühmten und bekannten Paaren z.B. Dick und Doof, Susi und Strolch, Bonny und Clyde, Siegfried und Roy usw. auf Kärtchen vorbereitet. Die Teilnehmer ziehen jeweils ein Kärtchen und suchen dann ihren Partner (splendid-akademie GbR, o.J.). Durch diese Methode kommen nicht immer dieselben Gruppenkonstellationen zustande. Die zweier Gruppe erhält einen Text zur Set-Point-Theorie mit einer Arbeitsanweisung (siehe Arbeitsblätter 5 und 6 im Anhang). Die Patienten lesen die Texte zunächst für sich alleine durch und arbeiten anschließend zu zweit die körperlichen und psychischen Konsequenzen des Hungerns und sonstiges auffälliges Verhalten heraus. Während der Gruppenarbeit steht der Gruppenleiter jederzeit für Fragen zur Verfügung. Im Anschluss werden die Konsequenzen mit der gesamten Gruppe am Flipchart gesammelt und diskutiert (siehe Arbeitsblatt 7 im Anhang).

Durch diese Methode wird erreicht, dass alle Kursteilnehmer eingebunden werden und aktiv sind. Die Informationen werden selbständig erarbeitet und nicht von dem Kursleiter vorgestellt, daher bleiben sie besser im Gedächtnis. Es wird für diese Einheit viel Zeit eingeplant, da der Lerneffekt durch selbständiges Erarbeiten höher ausfällt als bei einem einfachen Powerpoint-Vortrag durch den Gruppenleiter. Im Anschluss wird gemeinsam in der Gruppe erarbeitet, wie der Körper zu seinem persönlichen Gleichgewicht finden kann. Die Ergebnisse werden auch hier wieder am Flipchart festgehalten (siehe Arbeitsblatt 8 im Anhang).

## 5.8.3 Stunde 3: Energielieferanten

### 5.8.3.1 Problemstellung

Patienten mit einer Essstörung haben meist ein selektives Kalorienwissen und Angst vor zu fett- und kalorienreichen Lebensmitteln. Die einzelnen Bestandteile der Nahrung sind ihnen jedoch meist nicht bekannt (siehe Kapitel 5.4). In dieser Stunde sollen den Patienten die Energielieferanten nähergebracht und deutlich gemacht werden, welche wichtigen Funktionen die einzelnen Nährstoffe im Körper haben. Ihnen soll bewusst werden, dass der Körper nur gesund und leistungsfähig bleibt, wenn alle Nährstoffe in ausreichender Menge zugeführt werden. Die theoretischen Inhalte zum Thema Energielieferanten stammen überwiegend aus einschlägiger Fachliteratur (Pudel, 1991, S. 224-226 / Lückkerath, 2011, S. 14 / Gerlinghoff, Backmund, 2000, S. 106 / Biesalski, Grimm, 2011, S. 50 / Elmadfa, 2009, S. 77-78 / Vaupel, Biesalski, 2010, S. 89). Ebenfalls wurden Internet-



quellen überwiegend von Ernährungsgesellschaften herangezogen (DGE, 2007a und b / DGE, ÖGE, SGE, SVE, 2008, S. 34-59 / DGE, 2008 a und b / Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz, o.J. b).

### **5.8.3.2 Warming-up**

Um die Kooperation und Kommunikation unter den Patienten für die folgende Gruppenarbeit zu fördern, die Anfangssituation wieder zu lockern und die Teilnehmer zu aktivieren, wird die Methode „Der Gordische Knoten“ als Warming-up angewandt. Die Teilnehmer stehen im Kreis und strecken mit geschlossenen Augen ihre Hände nach innen, bis sich die Fingerspitzen berühren. Jeder Patient fasst nun zwei zufällig gewählte andere Hände (mit jeder Hand eine) und hält sie fest. Die Augen werden wieder geöffnet. Nun muss das entstandene Knäuel zu einem Kreis entknotet werden, ohne dass sich die Hände loslassen (Sächsisches Staatsinstitut für Bildung und Schulentwicklung, o.J.b).

### **5.8.3.3 Energielieferanten**

Diese Einheit beginnt mit einleitenden Worten des Gruppenleiters zum Thema Energielieferanten und Nährstoffe (siehe Arbeitsblatt 9 im Anhang). Im Anschluss erklärt er die Aufgabenstellung zum Thema. Zunächst stellt der Gruppenleiter die drei Themen, die bearbeitet werden sollen, vor. Dann finden sich drei Gruppen á maximal fünf Personen (abhängig von der Teilnehmeranzahl) zusammen. Die Patienten können sich aussuchen, welches Thema sie bearbeiten und somit welcher Gruppe sie beitreten möchten. Zur Auswahl stehen Funktion, Einteilung und Vorkommen sowie Bedarf von Energielieferanten (Kohlenhydrate, Ballaststoffe, Proteine und Fette). Die Gruppen erhalten vorgefertigte Kärtchen zu ihrem jeweiligen Thema und sollen diese auf einer präparierten Pinnwand den entsprechenden Spalten zuordnen (siehe Arbeitsblatt 10, 11 und 12 im Anhang). Während der Bearbeitung steht der Gruppenleiter für Fragen jederzeit zur Verfügung. Nach der Bearbeitung prüft der Gruppenleiter die Lösungen und gibt jeder Gruppe eine Rückmeldung über richtige und falsche Ergebnisse. Der Austausch der Ergebnisse erfolgt mit Hilfe der Methode „Museumsrundgang“. Bei dieser Methode werden die Inhalte eines Themas von einem Patienten vermittelt, der durch die Bearbeitung näher mit der Materie vertraut ist. Die Gruppenteilnehmer jeder Gruppe entscheiden selbst, wer als Experte den anderen Teilnehmern die Inhalte der Aufgabe erklärt. Der Rest der Gruppe geht eine Pinnwand weiter und lässt sich über das Thema dieser Gruppe von einem Experten informieren. Dieser Rundgang findet so lange statt, bis sich alle Teilnehmer über die nichtbearbeiteten Themen informiert haben. Es müssen sich mindestens drei freiwillige Experten pro Gruppe finden, damit alle Teilnehmer die Möglichkeit haben, sich auch über die Themen der anderen Gruppen informieren zu können (Schüler, o.J.).

Diese Methode nimmt viel Zeit in Anspruch, ist aber sehr sinnvoll, da die Informationen auch hier

selbständig erarbeitet werden und daher besser im Gedächtnis bleiben. Alle Teilnehmer sind aktiv an der Bearbeitung beteiligt. Durch die Expertenrolle wiederholen sie die erarbeiteten Inhalte und diese prägen sich somit noch besser ein. Weiterhin erhalten sie Informationen über andere Themen von Mitpatienten, die diese evtl. für sie verständlicher vermitteln können.

Im Anschluss an die Gruppenarbeit erhalten die Patienten ein Ernährungsquiz, welches abgestimmte Fragen zu den besprochenen Lerninhalten enthält (siehe Arbeitsblatt 13 im Anhang). Die Patienten füllen dieses Quiz in Stillarbeit aus. Dadurch werden die Inhalte der Stunde gefestigt. Das Quiz wird zu Beginn der nächsten Stunde aufgegriffen und besprochen.

## **5.8.4 Stunde 4: Gesunde Ernährung anhand der Ernährungspyramide**

### **5.8.4.1 Problemstellung**

Das Essverhalten der Patienten soll innerhalb der Therapie positiv verändert werden. Die Schwierigkeiten beim Erlernen eines gesunden und ausgewogenen Essverhaltens liegen meist in der praktischen Umsetzung. In dieser Stunde geht es um die Vermittlung von verschiedenen Lebensmittelgruppen und deren mengenmäßige Bedeutung. Auf Basis der in dieser Stunde gewonnenen Kenntnisse, können die Patienten ihr aktuelles Essverhalten beobachten und selbst bewerten. Nur so kann das Essverhalten besser geplant und optimiert werden. Die theoretischen Inhalte zum Thema gesunde Ernährung anhand der Ernährungspyramide stammen aus Fachzeitschriften (Stehle et al., 2005, S. 133-134 / aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz e.V., 2010, S. 53). Ebenfalls wurde eine Internetquelle herangezogen (Seitz, 2013).

### **5.8.4.2 Warming-up**

Als Warming-up wird in dieser Stunde die Methode „Elektrischer Draht“ angewandt. Bei dieser Methode wird ein ca. 2,50 m langes Seil auf Kniehöhe gespannt. Die ganze Gruppe muss als Gesamtes über das Seil, ohne dieses zu berühren und ohne Kontakt zueinander zu verlieren. Sollte der Kontakt zu einzelnen Teilnehmern unterbrochen werden, muss die ganze Gruppe von vorne beginnen. Ebenso, wenn der Zaun berührt wird. Die Teilnehmer sollten zu jeder Zeit einen Sturz erwarten und entsprechend reagieren können, um Verletzungen zu vermeiden. In der Auswertung wird besprochen, was solch ein Hindernis sein könnte und ob innerhalb der Gruppe bereits Hindernisse entstanden sind, die immer wieder auftreten. Wichtig ist an dieser Stelle zu besprechen, wie das Hindernis gemeinsam überwunden werden kann. Diese Methode soll die Kooperation und Kommunikation der Gruppe fördern und ist besonders sinnvoll, wenn tatsächlich innerhalb der Gruppenarbeit schwierige Situationen entstanden sind (Sächsisches Staatsinstitut für Bildung und Schulentwicklung, o.J.a).

### 5.8.4.3 Ernährungsquiz

Nach dem Warming-up wird zunächst das Ernährungsquiz der letzten Stunde aufgegriffen. Der Gruppenleiter bespricht mit den Patienten die Lösungen der einzelnen Fragen. Das Aufgreifen der Inhalte aus der letzten Stunde hat einen Wiederholungseffekt und sorgt für eine bessere Verarbeitung der vermittelten Informationen. Weiterhin ist die Wiederholung an dieser Stelle sinnvoll, da die Inhalte der Stunde auf denen der letzten aufbauen.

### 5.8.4.4 Gesunde Ernährung anhand der Ernährungspyramide

Dieses Thema beginnt mit einleitenden Worten des Gruppenleiters zum Thema gesunde Ernährung (siehe Arbeitsblatt 14 im Anhang). Die gesunde und ausgewogene Ernährung wird dann anhand der aid-Ernährungspyramide besprochen. Der Gruppenleiter hängt ein Tuch, auf der die Pyramide abgebildet ist, an die Wand und hält ausgewählte Karten mit Lebensmittelabbildungen bereit. Alle Karten sind (werbe-) neutral und zeigen die Größe einer Portion. Die Pyramide wird gemeinsam mit der gesamten Gruppe erstellt. Förderlich für die Gruppenarbeit ist, wenn sich ein Patient bereit erklärt, die Lebensmittelkarten an die entsprechend in der Gruppe besprochenen Stelle zu hängen. Alternativ kann diese Aufgabe auch der Gruppenleiter übernehmen. Nach der Aufstellung erhalten die Teilnehmer eine Übersicht mit Informationen zur Ernährungspyramide, die sie sich bei Bedarf jederzeit anschauen können (siehe Arbeitsblatt 15 im Anhang).

Für die Wahl dieser Methode spricht, dass die aid-Ernährungspyramide ein einfaches und alltags-taugliches System ist. Es unterstützt ein Kennenlernen der Lebensmittelvielfalt. Dieses Modell bietet durch anschauliche Symbole, selbsterklärende Ampelfarben und die Unterteilung der Pyramidenebenen in Portionsbausteine eine klare Orientierung im Alltag. Der individuelle Geschmack, die individuellen Gewohnheiten und der unterschiedliche Energiebedarf wird durch dieses Modell berücksichtigt. Die Vielseitigkeit ist der größte Vorteil dieses Systems. Es kann durch den einfachen Aufbau sowohl für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen als auch für die Beratung von Erwachsenen eingesetzt werden. Jeder Baustein der Pyramide steht für eine Portion und das Maß für eine Portion (Seitz, 2013).

Nach der Gruppenarbeit erhalten die Patienten ein vorgefertigtes Kärtchen mit einer Ernährungspyramide zum Ankreuzen und eine Übersicht zu Portionsgrößen (Arbeitsblatt der Ernährungstherapie in der Schön Klinik Bad Bramstedt) (siehe Arbeitsblatt 16 im Anhang). Anhand dieser Ernährungspyramide haben die Patienten die Möglichkeit, ihr eigenes Essverhalten in Einzelarbeit überprüfen und zu optimieren, ganz ohne Kalorien zu zählen. Der Ernährungstherapeut steht dabei für Fragen jederzeit zur Verfügung. Ein Vorteil dieser Methode ist, dass die Patienten ein problematisches oder gewünschtes Verhalten in den entsprechenden Situationen selbst beobachten, registrie-

ren und protokollieren können. Sie erhalten zum Abschluss weitere vorgefertigte Kärtchen und der Ernährungstherapeut legt ihnen nahe, ihr Essverhalten weiterhin eigenständig zu verfolgen.

## **5.8.5 Stunde 5: Leistungskurve und Mahlzeitenplanung**

### **5.8.5.1 Problemstellung**

Wie in Kapitel 4.3.2.3 beschrieben müssen Patienten mit Essstörungen erst wieder eine geregelte Mahlzeitenstruktur aufbauen, um langfristig ein normales Essverhalten entwickeln zu können. In dieser Stunde werden die Patienten über die Notwendigkeit und die richtige Aufteilung der Mahlzeiten sowie deren Hintergründe informiert. Die Inhalte werden durch die Entwicklung von praktischen Beispielen verstärkt. Die theoretischen Inhalte zum Thema Leistungskurve und Mahlzeitenplanung stammen aus einschlägiger Fachliteratur (Baumer, Wunderer, Müller, 2008, S. 157; 169; 171; 194 / Biesalski, Grimm, 2011, S. 5). Ebenfalls wurden Internetquellen von Ernährungsgesellschaften herangezogen (DGE, 2005 / ÖGE, 2002 / DGE, 2012).

### **5.8.5.2 Warming-up**

Als Warming-up wird in dieser Stunde die Methode „Wortsalat“ angewandt. Zunächst teilen sich die Patienten in kleine Gruppen á drei bis vier Personen auf. Die Gruppen erhalten einen Briefkuvert in dem Wortkarten enthalten sind. Die Teilnehmer müssen nun versuchen aus den Karten einen sinnvollen Satz zu bilden, ohne sich verbal oder per Zeichensprache auszutauschen. Alle Wortkarten müssen verwendet werden. Ein möglicher Satz wäre: „Wenn du ein Schiff bauen willst, so trommle nicht Männer zusammen, um Holz zu beschaffen, Werkzeuge vorzubereiten und die Arbeit einzuteilen, sondern lehre die Männer die Sehnsucht nach dem weiten endlosen Meer“. Um das nachfolgende Thema einzuleiten und einen Bezug zur Thematik herzustellen eignet sich folgender Satz: „Es wird empfohlen, fünf bis sechs Mahlzeiten regelmäßig über den Tag verteilt zu sich zu nehmen, wobei die Hauptmahlzeiten dabei 25-30 % der Tagesenergie ausmachen sollten und sich die Zwischenmahlzeiten in der Größenordnung von 10 % bewegen.“ In der Feedbackrunde kann neben dem Ergebnis besprochen werden, wodurch die Zusammenarbeit der Gruppe behindert wurde bzw. was hilfreich war. Diese Übung aktiviert die Teilnehmer und fördert Teamprozesse (Göppel, 2009, S. 164).

### **5.8.5.3 Leistungskurve und Mahlzeitenplanung**

Zu diesem Thema verteilt der Gruppenleiter zunächst eine Abbildung, auf der zwei Leistungskurven, einmal mit und einmal ohne Zwischenmahlzeiten, abgebildet sind. Anhand dieser erklärt er den Patienten, wie viele Mahlzeiten man bestenfalls zu sich nehmen sollte und wie diese idealerweise verteilt werden. Ebenfalls erklärt er in diesem Zusammenhang den Verlauf der Leistungs-

kurven (siehe Arbeitsblatt 17 im Anhang). Eine Abbildung eignet sich gut zum Erklären von Sachverhalten, da das Gesagte visualisiert und dadurch besser aufgenommen werden kann.

Im nächsten Schritt erarbeitet der Ernährungstherapeut mit den Teilnehmern die Vorteile von Zwischenmahlzeiten am Flipchart (siehe Arbeitsblatt 18 im Anhang). Er fragt die Teilnehmer ebenfalls, ob sie Nachteile für die Aufnahme von Zwischenmahlzeiten sehen. Die Nachteile werden ebenfalls am Flipchart festgehalten und von dem Gruppenleiter genau hinterfragt und in der Gruppe diskutiert (mögliche Antworten der Teilnehmer siehe Arbeitsblatt 19 im Anhang). Wenn in diesem Zusammenhang beispielsweise das Argument „keine Zeit“ von den Patienten genannt wird, ist es sinnvoll Strategien zu erarbeiten, wie Zwischenmahlzeiten auch in einem engen Zeitplan eingehalten werden können bzw. darauf aufmerksam zu machen, wie wichtig es ist, sich für die Nahrungsaufnahme Zeit zu nehmen. Durch die Diskussion überdenken die Patienten idealerweise ihre genannten Nachteile. Die Methode ist besonders geeignet, da die Patienten durch Ableitung von Vor- und Nachteilen eines Sachverhaltes eine persönliche Bedeutung zum Thema finden können. Ein persönlicher Bezug ist förderlich für die Aufnahme von Informationen (siehe Kapitel 5.5.1).

Nachdem idealerweise die Vorteile von Zwischenmahlzeiten überwiegen, erarbeiten die Patienten gemeinsam mit dem Gruppenleiter ideale Snacks für Zwischenmahlzeiten (siehe Arbeitsblatt 20 im Anhang). Diese werden ebenfalls am Flipchart festgehalten. Im Anschluss erarbeitet die Gruppe wieder gemeinsam am Flipchart ein Beispiel für einen Tagesplan mit drei Haupt- und drei Zwischenmahlzeiten (siehe Arbeitsblatt 21 im Anhang). Dadurch soll den Patienten die abwechslungsreiche Mahlzeitenplanung erleichtert werden.

## **5.8.6 Stunde 6: Hunger und Sättigung**

### **5.8.6.1 Problemstellung**

Wie in Kapitel 4.3.2.10 näher beschrieben besteht bei Essstörungspatienten gerade zu Anfang der Therapie häufig eine große Unsicherheit bei der Wahrnehmung der Körpersignale, wie Appetit, Hunger und Sättigung. Um die Patienten für die Wahrnehmung der Körpersignale zu sensibilisieren, ist es notwendig sie über die Entstehung und das Gefühl der Körpersignale aufzuklären. Die theoretischen Inhalte zum Thema Hunger und Sättigung stammen überwiegend aus einschlägiger Fachliteratur (Pudel, Westenhöfer, 2003, S. 56; 85-88 / Elmadfa, 2009, S. 31 / Schek, 2011, S. 188-189 / Schusdziarra, Erdmann, 2010, S. 52 / Baumer, Wunderer, Müller, 2008, S. 194 / Schweiger, Peters, Sipos, 2003, S. 107). Weiterhin wurden eine Fachzeitschrift (Langhans, 2010, S. 552) und Internetquellen (IQWiG, 2013 / Mühlemann, o.J.) verwendet.

### 5.8.6.2 Warming-up

Als Warming-up wird in dieser Stunde die Methode „Adlerauge“ angewandt, um die Patienten zu aktivieren, die Stimmung zu lockern und die Konzentration zu fördern. Bei dieser Methode stellen sich die Patienten in zwei Reihen (A und B) gegenüber. Jeder schaut sein Gegenüber genau an und merkt sich möglichst viele Einzelheiten. Auf ein Zeichen des Gruppenleiters dreht sich die Reihe A um, Reihe B verändert an sich drei Dinge, z. B. ziehen sie ihren Scheitel auf die andere Seite, stecken ihren Ring an einen anderen Finger oder verändern ihre Körperhaltung. Nach kurzer Zeit dreht sich Reihe A wieder um und versucht, die drei Veränderungen festzustellen. Nach der Auflösung erfolgt der Rollentausch (Wenger, Wilms, 2009).

### 5.8.6.3 Hunger und Sättigung

Das Thema Hunger und Sättigung beginnt wieder mit einleitenden Worten des Gruppenleiters (siehe Arbeitsblatt 22 Anhang). Im Anschluss definieren die Patienten gemeinsam mit dem Ernährungstherapeuten die Begriffe Hunger, Appetit und Sättigung. Die Ergebnisse werden am Flipchart festgehalten (siehe Arbeitsblatt 23 im Anhang).

Nach der Definition werden die Patienten über die Entstehung von Appetit und Hunger aufgeklärt. Die Patienten werden zunächst über die Entstehung der Körpersignale befragt und im Anschluss erweitert der Gruppenleiter die bereits gesammelten Ergebnisse (siehe Arbeitsblatt 24 im Anhang). Dann folgt ein Vortrag des Gruppenleiters über die unterschiedlichen Mechanismen, die zum Sättigungsprozess beitragen. Hier setzt er wieder eine Abbildung zur Anschauung und Verdeutlichung der Inhalte ein (siehe Arbeitsblatt 25 im Anhang).

Anschließend sollen sich die Patienten in zweier Gruppen zusammenfinden und gemeinsam überlegen, wie sich Hunger und Sättigung anfühlen (siehe Arbeitsblatt 26 und 27 im Anhang). Zur Bildung der zweier Gruppen wird die Methode „Gegenteiliges“ angewandt. Es sollen sich immer Paare bilden, die etwas Gegenteiliges haben z.B. blonde Haare - braune Haare oder Groß – Klein (Praxis Jugendarbeit, o.J.) Durch diese Methode soll wieder sichergestellt werden, dass nicht immer die gleichen Paarungen zustande kommen. Während der Gruppenarbeit steht der Ernährungstherapeut für Fragen zur Verfügung. Nach der Gruppenarbeit werden die Ergebnisse wieder im Plenum besprochen und am Flipchart festgehalten. Durch diese Aufgabe werden die Teilnehmer für die Wahrnehmung der Körpersignale sensibilisiert. Sie werden aufgefordert, in der nächsten Woche genauer auf ihre Körpersignale in Bezug auf Hunger, Appetit und Sättigung zu hören und darauf zu achten, ob ihnen das Ausfüllen der Essprotokolle, in denen sie Hunger und Sättigung in Prozent angeben sollen, nach dieser Stunde leichter fällt.

Als Fazit der Stunde wird gemeinsam besprochen, durch welche Strategien die Patienten die Wahr-

nehmung von Hunger und Sättigung wieder erlernen können. Diese werden ebenfalls am Flipchart gesammelt (siehe Arbeitsblatt 28 im Anhang). Dadurch wird ihnen vor Augen geführt, dass nur durch eine geregelte Mahlzeitenstruktur und viel Geduld der Körper die Signale wieder verlässlich wahrnehmen kann.

## **5.8.7 Stunde 7: Light-Produkte und sensorische Verkostung**

### **5.8.7.1 Problemstellung**

Patienten mit einer Essstörung greifen häufig zu Light-Produkten, da eine große Angst vor zu fett- und kalorienreichen Lebensmitteln besteht. Es kommt auch immer wieder vor, dass Patienten beim Einkauf für die Lehrküche, wenn dieser nicht begleitet stattfindet, Light-Produkte auswählen, obwohl diese im Rahmen der Therapie verboten sind. In dieser Stunde ist das Ziel, den Patienten zu verdeutlichen, warum Light-Produkte in einer gesunden Ernährung überflüssig und mit welchen Nachteilen sie verbunden sind. Den Patienten sollen die geschmacklichen Unterschiede vor Augen geführt werden und sie sollen darüber nachdenken, was sie dazu bewegt, immer wieder zu Light-Produkten zu greifen. Die theoretischen Inhalte zum Thema Light-Produkte stammen aus einschlägiger Fachliteratur (Diedrichsen, 1995, S. 61 / Baumer, Wunderer, Müller, 2008, S. 177 / Leitzmann, 2010, S. 112).

### **5.8.7.2 Warming-up**

Als Warming-up wird in dieser Stunde die Methode „Grips-Kochen“ angewendet. Bei dieser Methode schreibt jeder Teilnehmer zunächst einen Einkaufszettel für sein Lieblingsgericht. Alle Einkaufszettel werden dann in einem Korb gesammelt. Jeder Teilnehmer zieht einen Einkaufszettel und muss erraten, für welches Gericht die Zutaten sind. Dieses Vorgehen ermöglicht den Patienten Anregungen für neue Rezepte zu bekommen (aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz e.V., 2010, S. 29). Die Methode ist an dieser Stelle der Gruppenberatung sinnvoll, da die meisten Patienten im Verlauf der Therapie schon mal an der Lehrküche teilgenommen haben und damit sichergestellt werden kann, dass jeder Teilnehmer ein Rezept parat hat. Mit dieser Methode kann die Stimmung zu Beginn aufgelockert und somit eine gute Lernatmosphäre geschaffen werden.

### **5.8.7.3 Wiederholung zum Thema Hunger und Sättigung**

In dieser Stunde wird das Thema Hunger und Sättigung noch einmal kurz aufgegriffen, um die Patienten zu fragen, ob sie in der letzten Woche ihre Körpersignale genauer beobachtet haben und ihnen beim Schreiben der Protokolle die Angabe zu Hunger und Sättigung nach der Einheit zum Thema leichter gefallen ist. Dadurch kann sich der Gruppenleiter ein kurzes Feedback der Teilnehmer zu diesem Thema einholen und die Inhalte ggf. verändern.

#### **5.8.7.4 Light-Produkte und sensorische Verkostung**

Das Thema dieser Stunde beginnt mit der Definition des Begriffs „Light“, welche der Ernährungstherapeut gemeinsam mit den Patienten bespricht und am Flipchart festhält. Ebenfalls befragt er die Patienten, was den Verbrauchern mit dem Begriff „Light“ suggeriert wird (siehe Arbeitsblatt 29 im Anhang). Im Anschluss erarbeitet der Gruppenleiter gemeinsam mit den Patienten die Nachteile von Light-Produkten bzw. verdeutlicht, was im Körper durch die Aufnahme eines Light-Produkts passiert (siehe Arbeitsblatt 30 im Anhang). Die besprochenen Nachteile werden ebenfalls am Flipchart zusammengetragen. Die Patienten sollen dadurch verstehen, warum in einer gesunden und ausgewogenen Ernährung keine Light-Produkte nötig sind.

Nach den theoretischen Grundlagen zum Thema führt der Ernährungstherapeut mit den Patienten eine Verkostung von fettreichen und fettreduzierten Produkten durch. Dazu verteilt er den Patienten zunächst Arbeitsbögen und erklärt die darauf abgebildeten Fragen zu den jeweiligen Produkten (siehe Arbeitsblatt 31 und 32 im Anhang). Die Patienten verkosten zunächst Joghurt A, ohne dass sie wissen, um welchen Joghurt es sich handelt. Sie sollen zunächst das Mundgefühl beschreiben und anschließend entscheiden, ob es sich um einen fettreichen oder fettreduzierten Joghurt handelt. Dann verkosten sie Joghurt B und beantworten die gleichen Fragen. Danach sollen die Patienten angeben, welcher der Joghurts ihnen besser geschmeckt hat und für welchen sie sich entscheiden würden. Im Anschluss erfolgt die gleiche Übung mit Käsehäppchen. Nach der Verkostung werden die Ergebnisse gemeinsam am Flipchart ausgewertet. Die Antworten aller Teilnehmer werden in die Auswertung einbezogen. Der Gruppenleiter sammelt zunächst, welchen Joghurt bzw. Käse die Patienten für fettreich und welchen sie für fettarm halten. Dann wird festgehalten, welcher Joghurt / Käse ihnen besser schmeckt und für welchen sie sich letztendlich entscheiden würden. Im Anschluss an die Übung ist wichtig, mit den Patienten zu diskutieren, was sie dazu bringt, sich den Light-Joghurt oder fettreduzierten Käse zu kaufen, obwohl derjenige mit vollem Fettgehalt vielleicht viel besser schmeckt.

Für die Wahl der Methode spricht, dass die Patienten dadurch praktisch die geschmacklichen Vorteile von fettreichen Produkten aufgezeigt werden können. Sie dient dazu den Patienten zu verdeutlichen, dass ein symptomfreies Essverhalten auch mit Genuss verbunden sein soll.

### **5.8.8 Stunde 8: Mahlzeitenplanung**

#### **5.8.8.1 Problemstellung**

Bei den Patienten besteht häufig die Angst, die gelernten Mahlzeitenstrukturen im Alltag nach der Therapie nicht einhalten zu können und in alte Muster zu verfallen. Diese Gefahr besteht natürlich außerhalb der stationären Strukturen. Deshalb ist es sinnvoll, Befürchtungen, Ängste und Schwierigkeiten, die im Alltag auf sie zukommen könnten, vor zu besprechen und die Patienten so auf die



Zeit nach dem stationären Aufenthalt vorzubereiten. Ziel ist, dass die Patienten sich selbstständig um eine regelmäßige und ausgewogene Mahlzeit kümmern und flexibel auf Veränderungen in der Tagesplanung reagieren können.

### 5.8.8.2 Mahlzeitenplanung

Die letzte Stunde beginnt mit dem Sammeln von Befürchtungen, Ängsten und Schwierigkeiten die die Patienten in ihrem Alltag nach dem stationären Aufenthalt erwarten. Der Ernährungstherapeut hält alle Äußerungen der Patienten am Flipchart fest. Im Anschluss bespricht er gemeinsam mit den Patienten die Rahmenbedingungen der Mahlzeitenplanung, hält die wichtigsten am Flipchart fest und klärt offene Fragen. Die Teilnehmer erhalten nach der Erarbeitung der Rahmenbedingungen eine Übersicht dazu (siehe Arbeitsblatt 33 im Anhang) (Arbeitsblatt aus der Ernährungstherapie der Schön Klinik Bad Bramstedt).

Nachdem die Rahmenbedingungen für alle klar sind folgt eine Gruppenarbeit. In dieser sollen die Patienten eine Mahlzeitenstruktur zu ausgewählten Fallbeispielen, die im Alltag auf sie zukommen könnten, aufstellen. Es stehen fünf Fallbeispiele bereit (siehe Arbeitsblatt 34 im Anhang) (Arbeitsblatt aus der Ernährungstherapie der Schön Klinik Bad Bramstedt). Die Teilnehmer werden in Gruppen á zwei bis drei Personen aufgeteilt (je nach Anzahl der Teilnehmer in dieser Stunde). Dazu wendet die Gruppenleiterin die Methode „Rezeptpuzzle-Gruppenfindung kulinarisch“ an. Bei dieser Methode wird ein Rezept in so viele Teile zerschnitten, wie Gruppenmitglieder benötigt werden. Die Teilnehmer erhalten die Puzzleteilchen und müssen ihre Teampartner ausfindig machen. Diese Methode sorgt wieder dafür, dass nicht immer dieselben Gruppenkonstellationen zustande kommen. Außerdem sorgt sie für die Auflockerung der Situation und die Patienten lernen Rezepte kennen (aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz e.V., 2010, S. 28). Jede Gruppe erhält nun ein Fallbeispiel und einen Flipchartbogen mit Stiften und hat zehn Minuten Zeit, eine Struktur für die Mahlzeiten aufzustellen. Die zuvor ausgeteilten und besprochenen Rahmenbedingungen stellen die Grundlage für die Bearbeitung dar. Während der Bearbeitung steht der Ernährungstherapeut jederzeit für Fragen zur Verfügung. Im Anschluss stellt jede Gruppe ihr Fallbeispiel und die erarbeitete Mahlzeitenstruktur an diesem Tag vor. Nach jeder Vorstellung wird kurz über die Ergebnisse diskutiert.

Für die Wahl dieser Methode spricht, dass sich jeder Teilnehmer aktiv mit einem Beispiel auseinandersetzt und sich durch die Vorstellung die Mahlzeitenstruktur besser einprägt. Zudem stellen diese Fallbeispiele Situationen aus dem Alltag dar, die auf jeden einzelnen Teilnehmer nach dem stationären Aufenthalt zukommen könnten. Alternativ könnten die Fallbeispiele auch in der gesamten Gruppe erarbeitet werden. Jedoch ist hierbei nicht gesichert, dass sich auch wirklich alle Teil-

nehmer mit den Fallbeispielen auseinandersetzen. Bei dieser Methode kann es passieren, dass sich einige Teilnehmer sehr stark zurückhalten oder nicht mitarbeiten.

Nach der Besprechung erhält jeder Patient die Aufgabe, außerhalb der Stunde die eigene Mahlzeitenplanung für ihren persönlichen Alltag zu erstellen. Diese kann dann in Einzelgesprächen mit dem Ernährungstherapeuten ausführlich besprochen werden. Es ist sinnvoller, die eigene Mahlzeitenplanung in Einzelterminen zu besprechen, da die Tagesabläufe jedes Patienten unterschiedlich sind und individuell berücksichtigt werden müssen. Außerdem gibt es evtl. auch Sorgen und Ängste, die die Patienten eher nicht in der Gruppe besprechen möchten.

### 5.8.8.3 Feedback

Da es sich bei dieser Einheit um die letzte Stunde handelt und in der nächsten Stunde die Themen wieder von neuem beginnen, setzt der Gruppenleiter abschließend die Feedbackmethode „Fischernetz“ ein, um die Effektivität ihrer Gruppenstunden zu überprüfen. Hierbei wird auf ein Pinnwandpapier ein Fischernetz aufgemalt und in die obere Ecke geschrieben: „Das ist hängen geblieben...“. Dann erhält jeder Teilnehmer zwei Moderationskarten auf die er seine für ihn wichtigsten Lernerfolge schreiben kann. Diese werden dann an die Pinnwand geheftet und es entsteht eine deutliche und nachvollziehbare Visualisierung über die Lernerfolge der Teilnehmer. Das motiviert die Teilnehmer am Ende des Seminars nochmals, weil ihnen noch mal vor Augen geführt wird, was sie gelernt haben. Das wird den meisten Teilnehmern erst jetzt bewusst (Quilling, Nicolini, 2009, S. 102). Der Gruppenleiter erfährt durch diese Methode inwieweit sein Konzept erfolgreich war, ob es inhaltlich umfangreicher oder weniger umfangreich sein sollte.

## 5.9 Transfersicherung

In der ernährungstherapeutischen Gruppenberatung nimmt das Erlernen eines gesunden, ausgewogenen, flexiblen, angst- und symptomfreien und vor allem selbstverantwortlichen Ess- und Ernährungsverhaltens eine zentrale Rolle ein. Damit die Patienten das erlernte Verhalten auch in ihrer alltäglichen Lebens- und Berufspraxis anwenden, werden folgende Methoden zur Transfersicherung eingesetzt:

Um die gelernten Inhalte durch Wiederholung zu vertiefen, füllen die Patienten in der dritten Stunde ein Ernährungsquiz zum zuvor bearbeiteten Thema Energielieferanten aus. Dieses wird, um einen erneuten Wiederholungseffekt zu erzielen und auf die folgende Aufgabe vorzubereiten, erst in der nächsten Stunde besprochen.

Um den Patienten in der Selbstbeobachtung zu unterstützen, die zu einer Verhaltensänderung führen kann, erhalten die Patienten in der vierten Stunde eine Ernährungspyramide zum Ankreuzen.

---

Mit dieser können sie ihr Essverhalten weiterhin eigenständig verfolgen. Sie haben die Möglichkeit problematische oder gewünschte Verhaltensweisen in den entsprechenden Situationen selbst nachzuvollziehen und können anhand der Selbstbeobachtung ihr Essverhalten verändern.

Um den Lernerfolg der Patienten weiterhin zu unterstützen bzw. die Auseinandersetzung mit der behandelten Thematik zu verstärken und sicherzustellen, gibt der Gruppenleiter den Patienten in Stunde fünf und acht eine Hausaufgabe. In Stunde fünf erhalten die Patienten die Aufgabe, in der folgenden Woche genauer auf ihre Körpersignale in Bezug auf Hunger, Appetit und Sättigung zu hören und darauf zu achten, ob ihnen das Ausfüllen der Essprotokolle, in denen sie Hunger und Sättigung in Prozent angeben sollen, nach dieser Stunde leichter fällt. Um auch hier wieder sicherzustellen, dass sich alle mit der Thematik auseinandergesetzt haben und um ein Feedback über die Effektivität der vermittelten Inhalte zu bekommen, wird die Hausaufgabe in der folgenden Gruppensitzung aufgegriffen und ausführlich besprochen. Nach Stunde acht haben die Patienten die Möglichkeit, eigenständig ihre individuelle Mahlzeitenplanung zu erarbeiten und dies mit dem Ernährungstherapeuten in einem Einzeltermin ausführlich zu besprechen und zu optimieren. Dies bietet den Patienten die Möglichkeit sich auf schwierige Situationen im Alltag vorzubereiten.

Weiterhin erhalten die Patienten Arbeitsblätter über alle behandelten Themen mit Angabe der Literatur, die sie mitnehmen können, um sich die Inhalte erneut durchzulesen oder sich darüber hinaus zu informieren. Das ist sinnvoll, weil erfahrungsgemäß Teile des Gehörten und Gesehenen wieder vergessen oder in der Erinnerung verfälscht werden. Mit den Arbeitsblättern werden die Erinnerungen wieder aufgefrischt oder können als Nachschlagewerk bei später auftretenden Fragen genutzt werden.

## **6. Diskussion**

Die Recherche zum bearbeiteten Thema brachte viele Informationen zur Psychotherapie von Essstörungen hervor. Es existieren viele Manuale zur kognitiven Verhaltenstherapie bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Essstörungen. Ebenfalls sind Konzepte zu angeleiteten Selbsthilfegruppen vorhanden, die verschiedenste Übungen zum therapeutischen Vorgehen genau beschreiben. Auch die Vorgehensweisen anderer therapeutischer Verfahren wie z.B. der interpersonellen Psychotherapie oder der psychodynamischen Therapie sind zu finden. Jedoch existiert nur wenig Literatur zur ernährungstherapeutischen Beratung bei Essstörungen. Die vorhandene Literatur gibt einen genauen Überblick über die Themen, die in der Ernährungstherapie mit den Patienten bearbeitet werden sollten. Jedoch ist nicht beschrieben, wie die Ernährungstherapeuten die zu vermittelnden Inhalte in Gruppenberatungen aufbereitet haben und wie sie methodisch vorgehen. Wie schon erwähnt, existieren zur Behandlung von Essstörungen unterschiedliche psychotherapeutische Ansätze. Diese wurden in zahlreichen Studien auch weitestgehend auf ihre Wirksamkeit hin überprüft (siehe Über-

sicht S3-Leitlinie (DGPM, DKPM, 2010, S. 128 ff.; 229 ff.)). Die Effektivität bei AN ist bei allen Therapiemethoden nur eingeschränkt beurteilbar, da der Vergleich zu unbehandelten Gruppen bzw. Erkenntnisse über Spontanverläufe weitgehend fehlen (DGPM, DKPM, 2010, S.90). Bei der BN ist die Effektivität überwiegend besser zu beurteilen (DGPM, DKPM, 2010, S.203). Zur ernährungstherapeutischen Behandlung gibt es wenige Studien, die die Wirksamkeit untersuchten. Gesichert ist bisher nur, dass die Ernährungsberatung als alleinige Maßnahme bei Essstörungen nicht ausreichend ist (DGPM, DKPM, 2010, S. 85).

Bei der Behandlung von Essstörungen spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine große Rolle. Der Ernährungstherapeut muss vor allem mit dem Bezugspsychotherapeuten des jeweiligen Patienten eng zusammenarbeiten (Baumer, Wunderer, Müller, 2008, S. 144). Der Austausch über die Patienten findet auf der Station 6D einmal wöchentlich in Kurvenvisiten statt. Auch die morgendlichen Übergaben können zum kurzfristigen Austausch genutzt werden. Die Möglichkeit für die Ernährungstherapeutin, sich mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten auch über Gruppensituationen auszutauschen, ist somit in diesem Rahmen gegeben. Bei der Erarbeitung der einzelnen Themen für die ernährungstherapeutische Gruppenberatung ist es wichtig, die Inhalte weiterer Gruppentherapien zu berücksichtigen, um die doppelte Ansprache bzw. Behandlung einzelner Themen zu vermeiden. In der Ernährungstherapie bei ANAD e.V. werden im Rahmen der ernährungstherapeutischen Gruppenberatung beispielsweise auch medizinische Komplikationen bei Essstörungen behandelt (Baumer, Wunderer, Müller, 2008, S.153). Innerhalb dieses Konzepts wurde dieses Thema nicht aufgegriffen, da es in der Essgruppe bereits von einer Therapeutin behandelt wird. In wöchentlichen Struktursitzungen ist es möglich, sich mit den Gruppenleitern anderer Therapiegruppen über die Inhalte auszutauschen und auch mögliche Schwierigkeiten zu einzelnen Themen zu besprechen.

Der zeitliche Rahmen für die ernährungstherapeutische Gruppenberatung ist von der Klinik wöchentlich auf eine Stunde ausgelegt worden. Einzelne Schulungseinheiten innerhalb der Ernährungsberatung dauern in der Regel 30 bis 90 Minuten (Müller, 2011, S. 75). Der zeitliche Rahmen dürfte folglich für eine adäquate inhaltliche Beratung genügen. Die Qualität der Informationsvermittlung sollte auch nicht durch die Fülle an Informationen bestimmt werden. Es muss berücksichtigt werden, wie viele Informationen die Patienten überhaupt aufnehmen können (Müller et al., 2007, S. 209). Lediglich die Methodenvielfalt für Warming-ups oder Feedbackübungen ist durch den zeitlichen Rahmen etwas eingeschränkt. Damit die Teilnehmer auch inhaltlich etwas aus jeder Stunde mitnehmen, dürfen diese nicht unbedingt länger als auf 10-20 Minuten ausgerichtet sein.

Dieses Konzept wurde inhaltlich auf acht Stunden ausgelegt, da die Patienten mit einer Essstörung in der Regel mindestens acht Wochen im stationären Aufenthalt sind. Viele Patienten mit einer AN

bleiben jedoch bis zu zwölf Wochen auf der Station, um sie näher an ein normales Gewicht zu bringen und somit das Rückfallrisiko zu minimieren. Somit hat der Ernährungstherapeut die Möglichkeit gewünschte Inhalte der Patienten, die innerhalb des Konzepts nicht behandelt werden, in einer weiteren Stunde zu thematisieren. Einige Themen, wie z.B. die Bedeutung des glykämischen Index oder die Unterschiede zwischen physiologischem und emotionalem Hunger, wurden aufgrund zeitlicher Ressourcen bisher im Konzept vernachlässigt. Diese wurden in der bereits im Kapitel 4.3.1 erwähnten Studie von Mauch et al. (2006, S. 123) mit den Patienten besprochen. Auch diese Themen könnten nachfolgend noch behandelt werden oder ggf. im Austausch gegen ein anderes Thema genutzt werden, was sich in der Praxis evtl. als nicht so hilfreich herausgestellt hat. Baumer, Wunderer und Müller (2008, S.153-154; 160-161) beschreiben, dass Außenaktivitäten, wie z.B. der Besuch eines Cafés, Eiscafé, einer Pizzeria, eines Fast-Food-Lokals oder eines griechischen Restaurants ebenfalls hilfreich für die zunehmende Flexibilität sind. Patienten können die Erfahrung machen, dass Essen in der Öffentlichkeit, was vielen große Schwierigkeiten bereitet, ganz normal sein und auch Spaß machen kann. Solche Außenaktivitäten werden innerhalb der Therapie von Essstörungen auf der Station 6D bisher nicht eingesetzt und könnten ggf. auch eine weitere ernährungstherapeutische Gruppenstunde füllen.

Weiterhin gibt es, wie in Kapitel 4.3.2.7 beschrieben, in den ANAD Wohngruppen eine „Ess-O-Ess-Gruppe“, an der die Patienten zu Beginn der Therapie teilnehmen und in der individuelle, kleinschrittige Ziele, wie z.B. die Integration eines verbotenen Lebensmittels, verfolgt werden (Baumer, Wunderer, Müller, 2008, S.149-151). Es wäre sicherlich sinnvoll, die Ernährungstherapie auf der Station um solch eine Gruppe zu erweitern.

Bei der Vorbereitung von Gruppenberatungen ist auf eine größtmögliche Homogenität der Gruppenteilnehmer zu achten, da die Themen auf alle Teilnehmer ausgerichtet sein sollten (Müller, 2011, S. 75). Dieses Konzept ist auf Essstörungen, insbesondere auf Patienten mit einer AN oder einer BN, ausgelegt. Bei diesen Krankheitsbildern gibt es überschneidende Merkmale, wie z.B. der ausgeprägte Wunsch, schlank zu sein und die starke Leistungsorientierung. Die BZgA beschreibt innerhalb ihres Praxishandbuchs für Selbsthilfegruppen (2004, S. 73), dass Gruppen, die nur aus Anorektikerinnen bestehen, nicht zu empfehlen sind, da durch das ausgeprägte Distanzverhalten dieser Klientel die Gruppenbildung schwierig ist. Insofern ist die Mischung der Krankheitsbilder, wie sie auch in dem vorliegenden Konzept angedacht ist, sinnvoll. Da sowohl die meisten Patienten mit einer AN als auch mit einer BN über ein selektives Kalorienwissen und ein Laienwissen über Ernährung verfügen, sind die zu vermittelnden Inhalte theoretisch für beide Krankheitsbilder relevant und interessant.

Das ernährungstherapeutische Gruppenkonzept wird im Rahmen der Bachelorarbeit nur theoretisch entwickelt. Bislang wurde nur eine Gruppenstunde (Stunde 7: Light-Produkte und sensorische Verkostung) zum Test in der Praxis angewandt. Die Patienten waren zu Beginn der Stunde eher verhalten. Es hat eine Weile gedauert, bis die Patienten warm wurden und mehr ins Thema eingestiegen sind. Die Verkostung hat maßgeblich zur Auflockerung der Situation beigetragen und wurde überwiegend gut von den Teilnehmern angenommen. Ein Problem entstand jedoch bei dieser Gruppenstunde. Vor der Verkostung meldeten sich zwei Teilnehmer mit einer Lactoseintoleranz, die aufgrund dieser an der Verkostung nicht teilnehmen konnten. Es ist sinnvoll, dies im Vorfeld zu berücksichtigen und zu prüfen. Wenn Teilnehmer mit einer Lactoseintoleranz an der Gruppenstunde teilnehmen, sollte der Ernährungstherapeut auch Käse und Milch in lactosefreier Form zur Verkostung anbieten. Dadurch wird sichergestellt, dass auch wirklich alle Patienten an der Verkostung teilnehmen können und von der Stunde profitieren. Die Patienten gaben am Schluss ein positives Feedback zu der Gruppenstunde. Sie empfanden die Stunde als sinnvoll und waren froh, auch einmal über Kalorien und kalorienreduzierte Produkte sprechen zu können. Innerhalb der Therapie wird dieses Thema eher gemieden, da die Patienten sich von dem Gedanken an Kaloriengehalte der Lebensmittel entfernen sollen. Bei der Verkostung des Käses fiel es den Patienten leicht, den fettreduzierten vom fetthaltigen zu unterscheiden. Bei der Verkostung des Joghurts war es für die Patienten deutlich schwerer. Die Auswertung der Verkostung ergab, dass vielen Patienten fetthaltige Produkte besser schmecken, sie jedoch letztendlich trotzdem auf fettreduzierte Produkte zurückgreifen würden. Anhand dieses Ergebnisses konnte den Teilnehmern verdeutlicht werden, dass der Geschmack und Genuss nicht einfach ohne Grund existiert, sondern auch die Funktion hat, dem Körper die Nährstoffe zuzuführen, die er benötigt.

Da die anderen Stunden noch nicht in der Praxis angewandt wurden, ist nicht klar, wie die Patienten auf die einzelnen Themen und das methodische Vorgehen reagieren. Ebenso sind die genauen Erwartungen der Teilnehmer im Vorfeld nicht abzuschätzen. Deshalb macht es Sinn, wie im Konzept vorgesehen, in der ersten Stunde die Erwartungen der Teilnehmer zu klären. Bei der ersten Anwendung der Stunden ist es ebenfalls sinnvoll, nach jeder Stunde ein Feedback der Patienten einzuholen und anhand dessen die Stunden zu optimieren. Ggf. müssen die Themen inhaltlich überarbeitet und das methodische Vorgehen optimiert oder sogar verändert werden.

Um einen effizienten Beratungserfolg zu gewährleisten, ist es neben entsprechender Aus- und Weiterbildung, fachlicher und methodischer Kompetenz des Beraters wichtig, die erbrachte Beratungsleistung regelmäßig zu evaluieren. Ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung ist die Supervision. Beratungssituationen können dadurch mit erfahrenen Ausbildern oder Supervisoren besprochen werden. Ebenso können Supervisoren die Situationen beobachten und analysieren (Gözl, 2002, S. 499). Auf der Station 6D hat der Ernährungstherapeut die Möglichkeit, alle sechs Wochen

---

an einer Supervision teilzunehmen und Gruppensituationen oder Probleme mit einzelnen Patienten anzusprechen. An dieser nehmen in der Regel alle Spezialtherapeuten (z.B. Kunst-, Bewegung- und Sozialtherapeuten) teil. Dadurch wird auch ein Austausch verschiedener Berufsgruppen sichergestellt. Jedoch ist mir nicht bekannt, dass die Supervisoren auch gelegentlich Gruppen begleiten und das Vorgehen analysieren. Hier könnte ggf. noch Handlungsbedarf bestehen. Die Meinung der Patienten kann und sollte ebenfalls zur Qualitätssicherung eingesetzt werden. Sie ist bedeutend, um die Beratungsleistung nicht nur aus Sicht der Anbieter- oder Expertenseite zu bewerten. Diese kann in Form eines Fragebogens oder einer Gruppendiskussion erfolgen (Gölz, 2002, S. 499). Fragebögen liefern oftmals bessere Erkenntnisse, da sie anonym durchgeführt werden können und sich viele Patienten dann eher trauen, ehrlich zu sein. Weiterhin können die Patienten anonym gebeten werden, das Wissen vor der ersten Gruppenstunde und nach der Letzten, durch Fragebögen darzulegen. Daran lassen sich das Wissen der Klienten und die Leistungen der Berater messen (Müller, 2011, S. 76).

Weiterhin wäre es interessant und sinnvoll, mittels eines Kontrollgruppendesigns zu untersuchen, ob die Patienten tatsächlich von der ernährungstherapeutischen Gruppenberatung profitieren und die Beratungsanliegen und -Ziele auch erreicht werden.

## Literaturverzeichnis

- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., Kraemer, H. C. (2000). A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa, in: Archives of General Psychiatry, Vo. 57, p. 459-466.
- aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz e.V. (2010). Food Literacy Handbuch mit Übungen. Meckenheim: Druck Center Meckenheim GmbH.
- American Psychiatric Association (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Agency for Healthcare Research and Quality.  
<http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=9318>. Stand 01.02.2013.
- Arcelus, J., Mitchel, A. J., Wales, J., Nielson, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders, in: Archives of General Psychiatry, Vo. 68, No. 7, p. 724-731.
- Baumer, V., Wunderer, E., Müller, E. (2008). Essverhalten und Purging-Verhalten, in: Wunderer, E., Schnebel, A. (Hrsg.), Interdisziplinäre Essstörungstherapie, Weinheim und Basel: Beltz, S. 143-199.
- Baumer, V., Wunderer, E. (2009). Ernährungstherapie bei Essstörungen, in: Ernährungs-umschau, 56. Jg., Nr. 7, S. B25-B28.
- Biesalski, H. K., Grimm, P. (2011). Taschenatlas der Ernährung. Stuttgart: Georg Thieme.
- Blinder, B. J., Cumella, E.J., Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders, in: Psychosomatic Medicine, Vo. 68, p. 454-462.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P. Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa, in: Archives of General Psychiatry, Vo. 63, No. 3, p. 305-312.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004). Essstörungen. Arbeit mit Selbsthilfegruppen. Köln: Degensche Druckerei.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011). Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga-essstoerungen.de/index.php?id=165>. Stand: 11.03.2013.
- Burkard, M., Huth, K. (2010). Ernährungsberatung, in: Leitzmann, C., Stange, R. (Hrsg.), Ernährung und Fasten als Therapie, Heidelberg: Springer, S. 29-48.
- Cassin, S. E., von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review, in: Clinical Psychology Review, Vo. 25, p. 895-916.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence, in: The British Journal of Psychiatry, Vo. 186, No. 2, p. 132-135.



- 
- Dare, C., Eisler, I., Russel, G., Treasure, J., Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments, in: The British Journal of Psychiatry, Vo. 178, No. 3, p. 216-221.
  - Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz (o.J.a). Wodurch wird der Energiebedarf bestimmt. Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz.  
[http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine\\_infos/ernaehr10.php](http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine_infos/ernaehr10.php). Stand: 09.01.2013.
  - Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz (o.J.b). Nährstoffverteilung / Nährwertrelation. Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz.  
[http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine\\_infos/ernaehr13.php](http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine_infos/ernaehr13.php). Stand: 15.01.2013.
  - Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). (2005). Drei oder fünf Mahlzeiten. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE).  
<http://www.ernaehrungsberatung.rlp.de/Internet/global/themen.nsf/0/7595F1567D3A65DFC1256FAA00293932?OpenDocument>. Stand: 15.01.2013.
  - Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2007a). Was Sie schon immer über Fette wissen wollten. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.  
<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=733>. Stand. 10.01.2013.
  - Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2007b). Der präventiven Wirkung von Fett und Fettsäuren auf der Spur. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.  
<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=697>. Stand. 10.01.2013.
  - Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2008a). Kohlenhydrate in der Ernährung. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.  
<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=836>. Stand: 12.01.2013.
  - Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2008b). Ballaststoffe – kein überflüssiger Ballast. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.  
<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=873>. Stand: 12.01.2013.
  - Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2012). Essenshäufigkeit und Gewichtsregulation bei Erwachsenen. DGE Info. <http://www.dge.de/pdf/ws/DGEinfo-07-2012-Essenshaeufigkeit-Gewichtsregulation.pdf>. Stand: 15.01.2013.
  - Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖEG), Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE). (2008). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Neustadt an der Weinstraße: Umschau.
  - Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) und Deutsches Kolloquium für Psychosomatische Medizin (DKPM) (Hrsg.) (2010). S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF online.

[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-)

[0261\\_S3\\_Diagnostik\\_Therapie\\_Esst%C3%B6rungen.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0261_S3_Diagnostik_Therapie_Esst%C3%B6rungen.pdf). Stand: 07.02.2013.

- Diedrichsen, I. (1993). Ernährungsberatung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Diedrichsen, I. (1995). Humanernährung. Darmstadt: Steinkopf.
- Eisler, I., le Grange, D., Asen, E. (2003). Family Interventions, in: Treasure, J., Schmidt, U., van Furth, E. (eds.), Handbook of Eating Disorders, England: Wiley, p. 291-310.
- Elmadfa, I. (2009). Ernährungslehre. Stuttgart: Ulmer.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-Based Treatment of Anorexia Nervosa, in: International Journal of Eating Disorders, Vo. 37, p. S26-S30.
- Fairburn, C. G., Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders, in: Psychiatric Clinics of North America, Vo. 33, p. 611-627.
- Fichter, M. M. (2005). Anorektische und bulimische Essstörungen, in: Der Nervenarzt, 76. Jg., Nr. 9, S. 1141-1153.
- Fichter, M. M. (2008). Prävalenz und Inzidenz anorektischer und bulimischer Essstörungen, in: Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.), Handbuch Essstörungen und Adipositas, Heidelberg: Springer, S.38-43.
- Fiederich, H.C. (2008). Medizinische Komplikationen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, in: Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.), Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer, S.152-157.
- Frieling, H., Bleich, S. (2008). Genetische Aspekte der Essstörungen, in: Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.), Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer, S.62-66.
- Gawlik, W. (2010). Die Set-Point-Theorie: Warum Diäten meist erfolglos bleiben. Bulimie-Online. [http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25](http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com_content&view=article&id=25). Stand: 09.01.2013.
- Gemeinschaftspraxis Dr.Lutz Mauersberg und Dr.Brit Wald (2012a). Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen. Gemeinschaftspraxis Dr.Lutz Mauersberg und Dr.Brit Wald. <http://www.praxis-wiesbaden.de/gebuehrenordnungen/goae-ab01.php>. Stand: 13.02.2013.
- Gemeinschaftspraxis Dr.Lutz Mauersberg und Dr.Brit Wald (2012b). Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 2002). Gemeinschaftspraxis Dr.Lutz Mauersberg und Dr.Brit Wald <http://www.praxis-wiesbaden.de/gebuehrenordnungen/goae.php>. Stand: 13.02.2013.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H. (2000). Essen will gelernt sein. Weinheim und Basel: Beltz.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H. (2003). Von der Therapie zur Prävention. Ein Therapie-modell für Essstörungen, in: Gesundheitswesen, 65. Jg., Supplement 1, S. 520-525.

- 
- Giesemann, K. (2012). *Hungern im Überfluss – Essstörungen in der ambulanten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
  - Gölz, C. (2002). Ernährung- und Diätberatung, in: Verband für Ernährung und Diätetik (VFED) e.V. (Hrsg.), *Praxis der Diätetik und Ernährungsberatung*. Stuttgart: Hippokrates, S. 487-505.
  - Göppel, K. (2009). Warming-up: Übungen zur Aktivierung und für Teamprozesse, in: Sachsenmeier, I. (Hrsg.), *Workshpos, Seminare und Beprechungen*, Weinheim und Basel: Beltz, S. 138-170.
  - Groene, M. (2001). Systemische Ansätze zur Erklärung und Behandlung bulimischer Essstörungen, in: *Psychotherapie im Dialog*, 2. Jg., Nr. 2, S. 174-185.
  - Habermas, T. (2008). Klassifikation und Diagnose: Eine historische Betrachtung, in: Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*, Heidelberg: Springer, S.6-8.
  - Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, in: *Biological Psychiatry*, Vo. 61, No. 3, p. 348-358.
  - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2013). Diabetes: Anzeichen einer Unterzuckerung erkennen. [Gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de).  
<http://www.gesundheitsinformation.de/diabetes-anzeichen-einer-unterzuckerung-erkennen.669.de.html>. Stand: 16.01.2013.
  - Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C. M., Kaprio, J., Rissanen, A. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community, in: *The American Journal of Psychiatry*, Vo. 164, No. 8, p. 1259-1265.
  - Klee, O. (2006). *Spiele und Methoden für Workshops, Seminare, Erstsemestereinführungen oder einfach so zum Spaß*. Der Spielereader.  
<http://www.spielereader.org/spielereader.pdf>. Stand: 04.03.2013.
  - Langhans, W. (2010). Hunger und Sättigung, in: *Ernährungsumschau*, 57. Jg., Nr. 10, S. 550-558.
  - Legenbauer, T., Vocks, S. (2006). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*. Heidelberg: Springer.
  - Leitzmann, C. (2010). *Die 101 wichtigsten Fragen*. München: Beck.
  - Lückerath, E. (2011). Ernährungswissenschaften und Diätetik, in: Lückerath, E., Müller, S. D. (Hrsg.), *Diätetik und Ernährungsberatung*, Stuttgart: Haug, S. 2-47.

- 
- Mauch, M., Iff, S., Teuschner, P., Sterchi, A. B., Stanga, Z. (2006). Ernährungstherapeutische Beratung bei Patientinnen mit Anorexie, Bulimie oder deren Mischform, in: Aktuelle Ernährungsmedizin, 31. Jg., Nr. 3, S. 120-125.
  - Mühlemann, P. (o.J.). Hunger und Sättigung. feel-ok.ch. [http://www.feel-ok.ch/de/CH/jugendliche/themen/ich\\_und\\_mein\\_gewicht/rund\\_ums\\_thema\\_esstoerungen/essen\\_und\\_gefuehle/essen\\_und\\_gefuehle/hunger\\_und\\_saettigung.cfm](http://www.feel-ok.ch/de/CH/jugendliche/themen/ich_und_mein_gewicht/rund_ums_thema_esstoerungen/essen_und_gefuehle/essen_und_gefuehle/hunger_und_saettigung.cfm). Stand: 16.01.2013.
  - Müller, S. D. (2011). Diät- und Ernährungsberatung, in: Lückerath, E., Müller, S. D. (Hrsg.), Diätetik und Ernährungsberatung, Stuttgart: Haug, S. 50-76.
  - Müller, M. J., Westenhöfer, J., Löser, C., Weimann, A., Przyrembel, H. (2007). Ernährungsmedizinische Behandlung, in: Müller, M. J. (Hrsg.), Ernährungsmedizinische Praxis. Heidelberg: Springer, S. 197-363.
  - O'Brien, K. M., Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships, in: Clinical Psychology Review, Vo. 23, p. 57–74.
  - Orbach, S. (1984). Anti Diät Buch 2. München: Verlag Frauenoffensive.
  - Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) (2002). Schulbeginn: Gehirnnahrung Zwischenmahlzeit. Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE). <http://www.oege.at/php/current/content.php?a=2031>. Stand: 15.01.2013.
  - Perkins, S., Schmidt, U. (2005). Self-help for eating disorders, in: Wonderlich, S., Mitchell, J., de Zwaan, M., Steiger, H. (eds.), Eating Disorders Review Part 1, United Kingdom: British Library, p. 87-104.
  - Pike, K. M., Walsh, B. T., Vitousek, K., Wilson, G. T., Bauer, M. S. (2003). Cognitive Behavior Therapy in the Posthospitalization Treatment of Anorexia Nervosa, in: The American Journal of Psychiatry, Vo. 160, No. 11, p. 2046–2049.
  - Praxis Jungendarbeit (o.J.). Gruppeneinteilungsspiele. Praxis Jungendarbeit. <http://www.praxis-jungendarbeit.de/spielesammlung/spiele-gruppeneinteilung.html>. Stand: 06.03.2013.
  - Pudel, V. (1991). Praxis der Ernährungsberatung. Berlin und Heidelberg: Springer.
  - Pudel, V., Westenhöfer, J. (2003). Ernährungspsychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
  - Quilling, E., Nicolini, H. J. (2009). Erfolgreiche Seminargestaltung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
  - Redaktionsteam Schön Klinik (2013a). Unsere Geschichte. Schön Klinik. <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/kkh/eil/klinik/profil/geschichte/>. Stand 11.02.2013.
  - Redaktionsteam Schön Klinik (2013b). Über die Schön Klinik. Schön Klinik. <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/>. Stand 11.02.2013.

- 
- Redaktionsteam Schön Klinik (2013c). Über die Schön Klinik Hamburg Eilbek. Schön Klinik. <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/kkh/eil/klinik/profil/>. Stand 11.02.2013.
  - Redaktionsteam Schön Klinik (2013d). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Behandlung & Therapie. Schön Klinik. <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/kkh/eil/faz/psychosomatik/bk/>. Stand 12.02.2013.
  - Redaktionsteam Schön Klinik (2013e). Psychosomatische Medizin. Schön Klinik. <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/kkh/eil/faz/psychosomatik/>. Stand 12.02.2013.
  - Redaktionsteam Schön Klinik (2013f). Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Unsere Schwerpunkte. Schön Klinik. <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/kkh/eil/faz/psychosomatik/sp/>. Stand 12.02.2013.
  - Reich, G. (2004). Psychodynamische Psychotherapie einer Patientin mit Anorexie, in: Psychotherapie im Dialog, 5. Jg., Nr. 1, S. 32-39.
  - Richards, P. S., Baldwin, B. M., Frost, H. A., Clark-sly, J. B., Berrett, M. E., Hardman, R. K. (2000). What Works for Treating Eating Disorders? Conclusions of 28 Outcome Reviews, in: Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, Vo. 8, No. 3, p. 189-206.
  - Safer, D. L., Telch, C. F., Agras, W. S. (2001a). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Bulimia: A Case Report, in: International Journal of Eating Disorders, Vo. 30, p. 101-106.
  - Safer, D. L., Telch, C. F., Agras, W. S. (2001b). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa, in: The American Journal of Psychiatry, Vo. 158, No. 4, p. 632-634.
  - Sansone, R. A., Sansone, L. A. (2011). Personality Pathology and its Influence on Eating Disorders, in: Innovations in Clinical Neuroscience, Vo. 8, No. 3, p. 14-18.
  - Sarah Wiener Stiftung (o.J.). Die Ernährungspyramide. Sarah Wiener Stiftung. [http://www.sarah-wiener-stiftung.org/ernahrungswissenschaftliche\\_grund.html](http://www.sarah-wiener-stiftung.org/ernahrungswissenschaftliche_grund.html). Stand: 14.01.2013.
  - Sächsisches Staatsinstitut für Bildung und Schulentwicklung (o.J.a). Elektrischer Draht. Sächsisches Staatsinstitut für Bildung und Schulentwicklung. [http://www.sn.schule.de/~sud/methodenkompodium/module/ansatz2/3\\_4\\_5.htm](http://www.sn.schule.de/~sud/methodenkompodium/module/ansatz2/3_4_5.htm). Stand 05.03.2013.
  - Sächsisches Staatsinstitut für Bildung und Schulentwicklung (o.J.b). Gordischer Knoten. Sächsisches Staatsinstitut für Bildung und Schulentwicklung. [http://www.sn.schule.de/~sud/methodenkompodium/module/ansatz2/3\\_4\\_15.htm](http://www.sn.schule.de/~sud/methodenkompodium/module/ansatz2/3_4_15.htm). Stand 04.03.2013.
  - Sächsisches Staatsinstitut für Bildung und Schulentwicklung (o.J.c). Kriminalfälle und unglaubliche Geschichten. Sächsisches Staatsinstitut für Bildung und Schulentwicklung.

- 
- [http://www.sn.schule.de/~sud/methodenkompodium/module/ansatz2/3\\_2\\_23.htm](http://www.sn.schule.de/~sud/methodenkompodium/module/ansatz2/3_2_23.htm). Stand 05.03.2013.
- Schek, A. (2011). Ernährungslehre Kompakt. Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriften Verlag GmbH.
  - Schusdziarra, V., Erdmann, J. (2010). Regulation der Nahrungsaufnahme, in: Biesalski, H. K., Bischoff, S. C., Puchstein, C. (Hrsg.), Ernährungsmedizin, Stuttgart: Thieme, S. 47-60.
  - Schweiger, U., Peters, A., Sipos, V. (2003). Essstörungen. Stuttgart: Georg Thieme.
  - Seitz, H. (2013). Die aid-Ernährungspyramide. aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e.V. <http://www.aid.de/ernaehrung/ernaehrungspyramide.php>. Stand: 05.04.2013.
  - Smink, F.R.E., van Hoeken, D., Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates, in: Current Psychiatry Reports, Vo. 14, No. 4, p. 406-414.
  - splendid-akademie GbR(o.J.). Mehr als 10 Wege zur kreativen Gruppeneinteilung. splendid-akademie GbR. <http://www.splendid-akademie.de/schatz/methoden-werkzeugkasten/10-gruppeneinteilungen.html>. Stand 04.03.2013.
  - Stehle, P., Oberitter, H., Büning-Fesel, M., Hesecker, H. (2005). Grafische Umsetzung von Ernährungsrichtlinien - traditionelle und neue Ansätze, in: Ernährungsumschau, 52. Jg., Supplement 4, S. 128-135.
  - Schüler, J. (o.J.). Museumsrundgang als Präsentationsmethode. Schulblog. <http://schuelerecke.net/schule/museumsrundgang-als-prasentationsmethode/>. Stand: 07.03.2013.
  - Swanson, S. A., Crow, S. J., Grange, D. L., Swendsen, J., Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents, in: Archives of General Psychiatry, Vo. 68, No. 7, p. 714-723.
  - Schweiger, U., Peters, A., Sipos, V. (2003). Essstörungen. Stuttgart: Georg Thieme.
  - Team der Station 6D (2012). Konzept Station 6D. Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Schön Klinik Hamburg Eilbek.
  - Thiels, C., Garthe, R. (2000). Prävalenz von Essstörungen unter Studierenden, in: Nervenarzt, Vo. 71, No. 7, S. 552-558.
  - United Networker Magazine (2009). Tipps für ein gesundes Pausenbrot. United Networker Magazine. <http://www.unitednetworker.com/2009/09/02/jameda-de-prasentiert-zum-schulanfang-%E2%80%99Etipps-fur-ein-gesundes-pausenbrot%E2%80%9C/>. Stand: 15.01.2013.

- 
- Van Son, G. E., van Hoeken, D., Bartelds, A. M., van Furth, E. F. Hoek, H. W. (2006). Time Trends in the Incidence of Eating Disorders: A Primary Care Study in the Netherlands, in: *International Journal of Eating Disorders*, Vo. 38, No. 7, p. 565-569.
  - Vaupel, P., Biesalski, H. K. (2010). Lipide, in: Biesalski, H. K., Bischoff, S. C., Puchstein, C. (Hrsg.), *Ernährungsmedizin*, Stuttgart: Thieme, S. 85-108.
  - Vieten, M. (2004). Gruppenberatung und Gruppenschulung, in: Müller, S. D., Scholl, K. (Hrsg.), *Berufspraxis für Diätassistentinnen und Diplom-Oecotrophologinnen*. Stuttgart: Hippokrates, S. 107-113.
  - Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort, in: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vo. 40, No. 2, p. 121-128.
  - Wade, T. D., Bulik, C. M., Neale, M., Kendler, K. S. (2000). Anorexia Nervosa and Major Depression: Shared Genetic and Environmental Risk Factors, in: *The American Journal of Psychiatry*, Vo. 157, No. 3, p. 469–471.
  - Weidenmann, B. (2006). *Erfolgreiche Kurse und Seminare*. Weinheim und Basel: Beltz.
  - Wenger, A., Wilms E. (2009). *SMV-Spiele. Schülermitverantwortung in Baden-Württemberg*. <http://www.smv.bw.schule.de/smv-spiele/spiele.pdf>. Stand: 06.03.2013.
  - Wunderer, E. (2007). Essen gegen die innere Leere, in: *Ernährungsumschau*, 54. Jg., Nr. 4, S. 180-187.
  - Wunderer, E., Schnebel, A. (2008). *Interdisziplinäre Essstörungstherapie*. Weinheim und Basel: Beltz.
  - Zeeck, A. (2008). Stationäre und Teilstationäre Psychotherapie der Essstörungen, in: Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer, S. 211-218.

## **Eidesstattliche Erklärung**

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

Hamburg, den 19.03.2013



**Anhang**

A 1: Verhaltenskette mit Alternativen ..... XIII

A 2: Sechs Schritte der Problemlösung ..... XIV

A 3: Ziele in der Ernährungstherapie ..... XV

A 4: Essprotokoll ..... XVI

A 5: Anleitung zum Essprotokoll ..... XVII

A 6: Essplan ..... XVIII

A 7: Schwarze Liste ..... XIX

A 8: Hinweise zum Wiegetermin ..... XX

A 9: Planungsschema der Gruppenstunden ..... XXI

A 10: Arbeitsblatt 1 ..... XXIX

A 11: Arbeitsblatt 2 ..... XXXI

A 12: Arbeitsblatt 3 ..... XXXIII

A 13: Arbeitsblatt 4 ..... XXXV

A 14: Arbeitsblatt 5 ..... XXXVI

A 15: Arbeitsblatt 6 ..... XXXVIII

A 16: Arbeitsblatt 7 ..... XXXIX

A 17: Arbeitsblatt 8 ..... XLI

A 18: Arbeitsblatt 9 ..... XLII

A 19: Arbeitsblatt 10 ..... XLIII

A 20: Arbeitsblatt 11 ..... XLIV

A 21: Arbeitsblatt 12 ..... XLV

A 22: Arbeitsblatt 13 ..... XLVI

A 23: Arbeitsblatt 14 ..... L

A 24: Arbeitsblatt 15 ..... LI

A 25: Arbeitsblatt 16 ..... LV

A 26: Arbeitsblatt 17 ..... LVII

A 27: Arbeitsblatt 18 ..... LVIII

A 28: Arbeitsblatt 19 ..... LIX

A 29: Arbeitsblatt 20 ..... LX

A 30: Arbeitsblatt 21 ..... LXI

A 31: Arbeitsblatt 22 ..... LXII

A 32: Arbeitsblatt 23 ..... LXIII

A 33: Arbeitsblatt 24 ..... LXIV

A 34: Arbeitsblatt 25 ..... LXV

A 35: Arbeitsblatt 26 ..... LXVII

A 36: Arbeitsblatt 27 ..... LXVIII

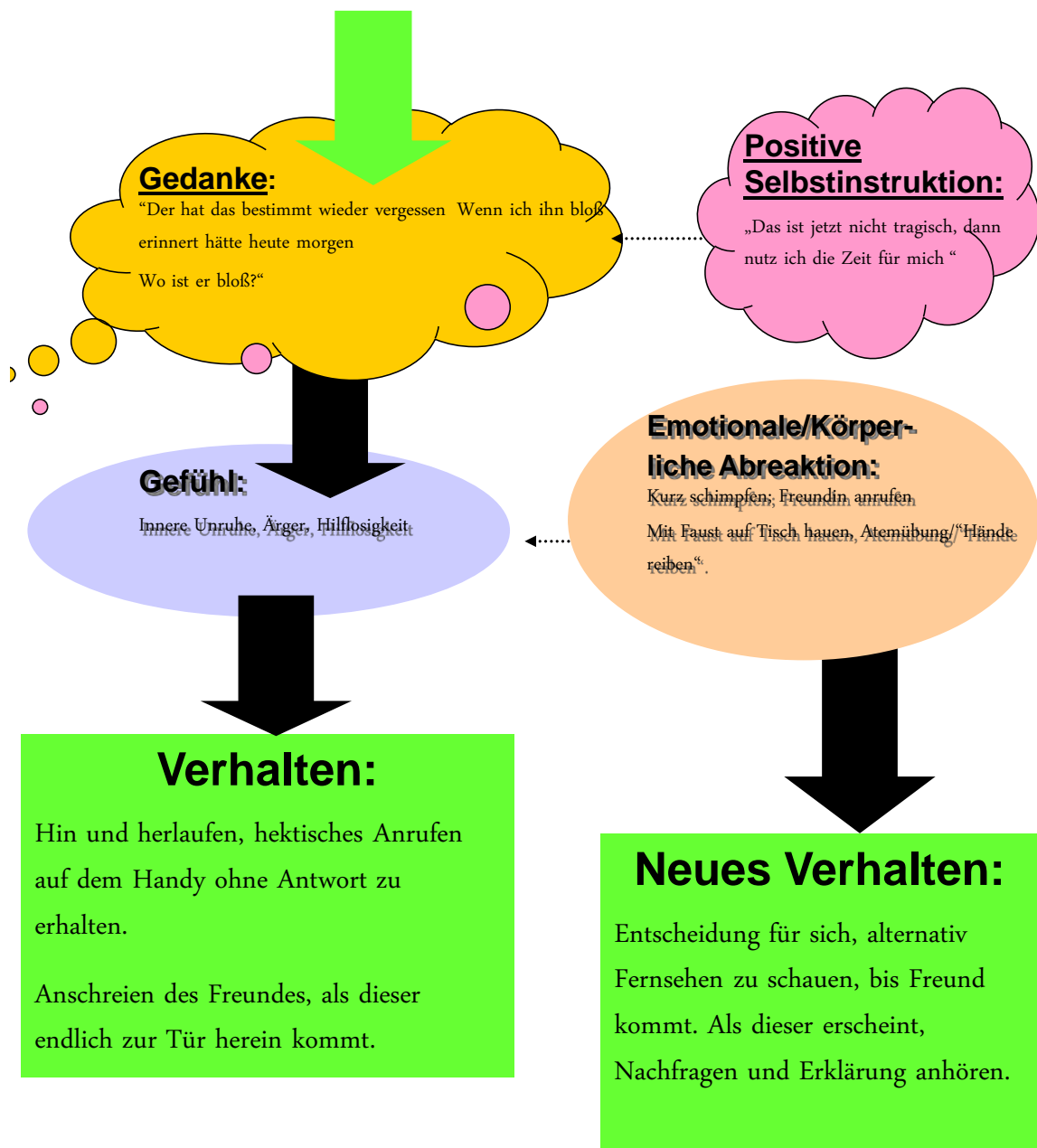
---

A 37: Arbeitsblatt 28 .....	LXIX
A 38: Arbeitsblatt 29 .....	LXX
A 39: Arbeitsblatt 30 .....	LXXI
A 40: Arbeitsblatt 31 .....	LXXII
A 41: Arbeitsblatt 32 .....	LXXIII
A 42: Arbeitsblatt 33 .....	LXXIV
A 43: Arbeitsblatt 34 .....	LXXV

## A 1: Verhaltenskette mit Alternativen

### Situation:

Sie warten auf Ihren Freund, um ins Kino zu gehen. Er kommt nicht.



## A 2: Sechs Schritte der Problemlösung

# Probleme anpacken – gewusst wie!

Im Folgenden sind sechs Schritte zum Vorgehen beim Problemlösen\* beschrieben. Sie stellen geeignete Problemlösestrategien dar, die helfen sollen, Konflikte zu lösen und immer wieder auftretende Streitauslöser zu verhindern.

### 1. Schritt: Problem- und Zieldefinition

Hier soll definiert werden, wo genau das Problem liegt und welches Ziel man erreichen möchte.

### 2. Schritt: Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten

An dieser Stelle sollten Ideen für Lösungsmöglichkeiten des Problems gesammelt werden, die geeignet wären, um dem gesetzten Ziel näher zu kommen.

### 3. Schritt: Bewertung von Lösungsmöglichkeiten

Nun sollen die einzelnen Vorschläge hinsichtlich ihrer kurz- und langfristigen Vor- und Nachteile bewertet werden.

### 4. Schritt: Entscheidung über die besten Lösungsmöglichkeiten

Hier sollen die einzelnen Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen und die beste Möglichkeit ausgewählt werden.

### 5. Schritt: Planung der Umsetzung

Nun soll die beste Lösungsmöglichkeit auch in die Tat umgesetzt werden. Dazu sollten konkrete Handlungsschritte erarbeitet werden.

### 6. Schritt: Bewertung der Lösungsversuche

An dieser Stelle soll eine Bewertung des Erfolges der Lösungsversuche stattfinden. Hierbei ist zu beachten, dass auch Fehlschläge oder Misserfolge eine wichtige Informationsquelle für ein verbessertes Vorgehen beim nächsten Mal sein können.

### A 3: Ziele in der Ernährungstherapie

Name: Luise		Datum: 6.7.06
Meine Ziele im Ernährungsbereich		
Aktuelles Problem (Ist-Zustand)	Therapieziel (Soll-Zustand)	
- Kalorien zählen	→ freies Essen (was einem schmeckt ohne Kalorienbuch)	
- essen nach Plan und Kalorien		
- Angst nicht mehr zu essen aufhören zu können	→ dem Hunger- und Sättigungsziel wieder vertrauen zu können	
- totale Angst vor Gewichtszunahme, was sich aufs Essen auswirkt	→ Gewicht so nehmen, wie es ist, ohne Auswirkung auf das Essen; Vertrauen zum Körper	
- Problem mit Essengehen	→ das wieder lernen	
- viele „verbotene“ Lebensmittel, die ich früher aber total gern gegessen habe	→ Lernen alle Lebensmittel wieder einzubauen	
- Problem mit Portionsgrößen: was ist eine richtige Portion?	→ Portionsgrößen abzuschätzen lernen	
- Problem mit Kochen: wie viel Fett usw.	→ richtig und gesund kochen lernen	



## A 5: Anleitung zum Essprotokoll

[Zum Inhalt](#)[Drucken](#)

Arbeitsblatt 7

### Anleitung zum Essprotokoll

**Tragen Sie bitte grundsätzlich alles ein, was Sie verzehren:**

- Speisen und Getränke, auch Getränke, die keine Kalorien enthalten, wie z.B. Wasser, Tee, Kaffee
- Kleinigkeiten zwischendurch, wie z.B. Bonbons, Kaugummis
- Nahrungsergänzungsmittel, z.B. Vitamine, Mineralstoffpräparate, Stärkungsmittel.

**Protokollieren Sie immer unmittelbar nach dem Essen.**

Sie müssen die Lebensmittel nicht abwägen. Stattdessen geben Sie die Mengen in üblichen Haushaltsmaßen an, z.B. Esslöffel, Tasse, Glas, Stück, Portion, Scheibe usw. Geben Sie die Mengenangaben dann genau an, wenn Sie es von der Verpackung ablesen können, z.B. Fruchtojoghurt 150g.

Geben Sie bitte für die einzelnen Lebensmittel an:

- bei **Milch** und **Milchprodukten** die Sorte und den Fettgehalt, z.B. Edamer 45 % Fett i. Tr., Fruchtojoghurt 3,5 % Fett
- bei **Fleisch** und **Fisch** die Art der Zubereitung (gekocht, gebraten usw.) und die Tierart
- bei **Fetten, Ölen** und **Margarine** die Sorte (z.B. Sonnenblumenöl, Kokosfett)
- bei **Brot** die Sorte, z.B. Vollkorn, Mehrkorn, Weißbrot, Knäckebrot usw.
- bei **Gemüse** und **Salaten** bitte ebenfalls die Sorte, Zubereitung (Soße) und Zutaten
- bei **Getränken** die Sorte

Geben Sie bitte immer an, in welchem Zustand Sie die Lebensmittel im Protokoll notiert haben, z.B. bei Nudeln: roh oder gekocht.

Notieren Sie bitte bei Gerichten die Art und Menge der Zutaten. Tragen Sie dann ein, wie viel Sie tatsächlich davon verzehrt haben, z.B. halbe Portion oder ganz aufgegessen.

Die Verwendung von Küchenkräutern, Gewürzen und Gewürzmischungen brauchen Sie nur dann anzugeben, wenn Sie davon recht viel verbrauchen. Wenn Sie also eine Prise Salz in das Nudelwasser geben, brauchen Sie dies nicht anzugeben. Falls Sie jedoch von bestimmten Kräutern oder Gewürzen sehr viel verwenden, schreiben Sie das bitte auf.

**WICHTIG:**

Ändern Sie **NICHT** während der Zeit, in der Sie dieses Protokoll führen, Ihre üblichen Essgewohnheiten.

Falls Sie an einzelnen Tagen oder während der gesamten Protokollierphase eine Diät durchgeführt haben oder krank waren, vermerken Sie dies bitte an den jeweiligen Tagen durch eine Notiz.

## A 6: Essplan

Mahlzeit	Datum	Montag, 6.11.06	Dienstag, 7.11.06
Frühstück		8 EL Müsli 150g Joghurt 1 TL Honig 1 Banane	1 Semmel, 2 Scheiben Brot 4 TL Butter, 1 Scheibe Käse 1 TL Nutella, 1 TL Honig, 1 TL Marmelade
Zwischenmahlzeit		1 Semmel 1 TL Butter 2 Scheiben Käse	1 Müsliriegel 1 Obst
Mittagessen		Teilnahme am Kochen und Essen	100 g Nudeln + Grundsoße: 1 EL Mehl, 1 TL Butter, ½ Glas Milch + 1 Handvoll Erbsen, + 1 Joghurt
Zwischenmahlzeit		1 Teilchen vom Bäcker z.B. Mohnschnecke, Quarktasche, Butterbrezel	2 Riegel Schokolade 1 Birne
Abendessen		3 Scheiben Brot, 3 TL Butter, 1 Scheibe Käse, 1 Scheibe Schinken, 1 TL vegetarischer Aufstrich ¼ Gurke + 150g Fruchtjoghurt	1 Semmel, 2 Scheiben Toast 4 TL Butter, 1 TL Frischkäse 1 Scheibe Käse, 1 TL vegetarischer Aufstrich, 1 Scheibe Schinken, 3 Essiggurken
Spätmahlzeit		150g Sahnejoghurt 1 Apfel	1 Tasse Milch 5 Kekse
Getränke/Sonstiges		+ 1 Liter Saft!	+ 1 Liter Saft!



## A 7: Schwarze Liste

### Liste der verbotenen Lebensmittel

Name: Luise Datum: 06.07.06

Notieren Sie bitte sämtliche Lebensmittel, Genussmittel und Getränke, die für Sie schwierig oder angstbesetzt und nicht in Ihrem Speiseplan integriert sind.

- Butter bzw. Margarine	- Eis vor allem von Eisdiele,
- Sahne	besonders:
- Nüsse	- Stracciatella
- Schweinefleisch	- Nuss
- Ei	- Cookie
- Cola, Limonade	- Fertiggemischtes Müsli
- Zucker	- Süßes: Schokoriegel
- Dessert	z.B. Riegel ohne kcal-Angaben
(alles Süße gleich nach dem Essen)	- Schokolade
- Kuchen, besonders Torten	- Croissants
wie Schwarzwäldekirsch oder	- Süße Teile vom Bäcker
ähnliche Sahnetorten	z.B. Nussschnecke, Mohnbrezel
- Fastfood	- Käsegebäck vom Bäcker
- Pizza	- Chips aller Art
- Döner	- Waffeln, Kekse, z.B. Butterkeks
- frittierte Sachen wie	oder Doppelkeks
1. Pommes	- Brot vom Bäcker
2. Fisch	- Bananen
3. Schnitzel / Fleisch	
- Mayonnaise	
- Nutella (schon lang nicht mehr	
probiert, weil's nicht geschmeckt	
hat, trau es mich aber	
nicht zu probieren)	
- Kaba	

## A 8: Hinweise zum Wiegetermin

[Zum Inhalt](#)[Drucken](#)

Arbeitsblatt 16

### Hinweise zum Wiegetermin

- Gewogen wird in nüchternem Zustand am Morgen.
- Alle Kleidungsstücke bis auf die Unterhose werden abgelegt, da darin Gewichte versteckt sein könnten, um das Wiegeergebnis zu manipulieren.
- Auch Haarspangen, Uhren und Schmuck sind abzulegen.
- Die Therapeuten achten darauf, dass die Patienten keine Zeit und Möglichkeit haben, unmittelbar vor dem Wiegen viel Flüssigkeit zu sich zu nehmen.
- Die Patientin sollte ruhig in der Mitte der Waage stehen, um das Gewicht korrekt ablesen zu können.
- Die Patientin sollte sich zwischen den Wiegeterminen nicht selbst wiegen.
- Gespräche über den Gewichtsverlauf werden nicht beim Wiegen geführt, sondern später in einem Einzeltermin.

## A 9: Planungsschema der Gruppenstunden

### Stunde 1: Energiehaushalt des Körpers

Zeit	Beratungsschwerpunkt	Feinlernziele	Vorgehen/Methode
15:00- 15:05 Uhr	Vorstellung der Gruppenleiterin	-	-
15:05- 15:20 Uhr	Kennenlernen	Die TN lernen sich kennen und bauen Distanz ab (affektiv).	Lügen-Porträt
15:20- 15:35 Uhr	Erwartungen der Teilnehmer	Die TN reflektieren ihre Erwartungen sowohl an die Inhalte sowie die Zusammenarbeit des Kurses (kognitiv und affektiv).	Karten / Metaplanwand
15:35- 15:45 Uhr	Energiehaushalt des Körpers	Die Teilnehmer wissen, durch welche Nährstoffe Energie zugeführt wird, wie die Energie verbraucht wird und kennen den Unterschied zwischen Grund- und Leistungsumsatz (kognitiv).	Schaubild im Plenum erstellen und am Flipchart festhalten
15:45- 15:55 Uhr	Faktoren, die GU und LU beeinflussen	Die Teilnehmer kennen die Faktoren, die Grund- und Leistungsumsatz beeinflussen (kognitiv).	Faktoren im Plenum sammeln und am Flipchart festhalten
15:55- 16:00 Uhr	Verteilung des Gesamtenergiebedarfs	Die Teilnehmer wissen, wie sich der Gesamtenergiebedarf verteilt (kognitiv).	Vortrag anhand einer Grafik

### Stunde 2: Regulation des Körpergewichts (Set-Point)

Zeit	Beratungsschwerpunkt	Feinlernziele	Vorgehen/Methode
15:00- 15:15 Uhr	Warming-up	Die Teilnehmer werden aktiviert und die Stimmung gelockert.	Kriminalfälle und unglaubliche Geschichten
15:15- 15:25 Uhr	Klärung des Begriffs „Set-Point“	Die Patienten wissen, was der Set-Point ist (kognitiv).	Begriffsdefinition im Plenum aufstellen und am Flipchart festhalten
15:25- 15:50 Uhr	Informationserarbeitung zur Set-Point-Theorie	Die Patienten finden heraus, welche Konsequenzen das Hungern hat (kognitiv).	2er Gruppenarbeit / Besprechung der Aufgabe im Plenum
15:50- 16:00 Uhr	Fazit	Die Patienten wissen, wie der Körper zu seinem persönlichen Gleichgewicht finden kann (kognitiv).	Im Plenum erarbeiten und am Flipchart festhalten

**Stunde 3: Energielieferanten**

<b>Zeit</b>	<b>Beratungsschwerpunkt</b>	<b>Feinlernziele</b>	<b>Vorgehen/Methode</b>
<b>15:00- 15:15 Uhr</b>	Warming-up	Die Teilnehmer werden aufgelockert und die Koordination- und Kommunikation wird gefördert.	Gordischer Knoten
<b>15:15- 15:20 Uhr</b>	Energielieferanten	-	Einleitende Worte der Gruppenleiterin zum Thema und Erklärung der Aufgabenstellung
<b>15:20- 15:50 Uhr</b>	Funktionen, Einteilung, Vorkommen und Bedarf von Energielieferanten	Die Teilnehmer kennen die Funktion der Energielieferanten, wissen wie sie eingeteilt werden, in welchen Lebensmitteln sie vorkommen und wie viel sie davon täglich aufnehmen sollten (kognitiv).	Gruppenpuzzle: Zuordnung mit Karten und Metaplanwand in Kleingruppen / 1 Experte jeder Gruppe stellt Ergebnisse in Kleingruppen vor
<b>15:50- 16:00 Uhr</b>	Wissensstand Ernährung	Die Teilnehmer können das gelernte Wissen reproduzieren (kognitiv).	Patienten füllen in Einzelarbeit ein Ernährungs-Quiz aus

**Stunde 4: Gesunde Ernährung anhand der Ernährungspyramide**

<b>Zeit</b>	<b>Beratungsschwerpunkt</b>	<b>Feinlernziele</b>	<b>Vorgehen/Methode</b>
<b>15:00-15:15 Uhr</b>	Warming-up	Die Teilnehmer werden aufgelockert und die Koordination- und Kommunikation wird gefördert.	Elektrischer Draht
<b>15:15-15:25 Uhr</b>	Wiederholung zum Thema Energielieferanten	Die Teilnehmer festigen die gelernten Inhalte (kognitiv).	Besprechung der Quizfragen
<b>15:25-15:30 Uhr</b>	Gesunde Ernährung	-	Einleitende Worte der Gruppenleiterin zum Thema und Erklärung der Aufgabenstellung
<b>15:30-15:50 Uhr</b>	Ernährungspyramide aufstellen	Die Teilnehmer kennen die verschiedenen Lebensmittelgruppen und deren mengenmäßige Bedeutung (kognitiv).	Gruppenarbeit im Plenum mit Hilfe des Wandsystems der aid.
<b>15:50-16:00 Uhr</b>	Eigenes Essverhalten analysieren	Die Patienten können ihr aktuelles Essverhalten beobachten, selbst bewerten und optimieren (affektiv und psychomotorisch).	Lebensmittelpyramide in Einzelarbeit ausfüllen.

### Stunde 5: Leistungskurve und Mahlzeitenplanung

Zeit	Beratungsschwerpunkt	Feinlernziele	Vorgehen/Methode
15:00- 15:15 Uhr	Warming-up	Die Teilnehmer werden aktiviert und Teamprozesse gefördert.	Wortsalat
15:15- 15:25 Uhr	Leistungskurve und Mahlzeitenverteilung	Die Teilnehmer wissen, wie die optimale Mahlzeitenstruktur aussehen sollte (kognitiv).	Vortrag der Gruppenleiterin anhand einer Abbildung.
15:25- 15:40 Uhr	Vor- und Nachteile von Zwischenmahlzeiten	Die Teilnehmer kennen die Vorteile von Zwischenmahlzeiten, überdenken ihre Einstellung zu Nachteilen und können einen persönlichen Bezug zu Thema herstellen (kognitiv, affektiv).	Im Plenum sammeln und am Flipchart festhalten, genannte Nachteile der Patienten hinterfragen und diskutieren.
15:40- 15:50 Uhr	Ideale Snacks für Zwischenmahlzeiten	Die Teilnehmer wissen, welche Lebensmittel sie idealerweise in ihre Zwischenmahlzeit einplanen (kognitiv, psychomotorisch).	Im Plenum Ideen sammeln und am Flipchart festhalten.
15:50- 16:00 Uhr	Strukturierter Tagesplan	Die Teilnehmer wissen, wie eine optimale Mahlzeitenstruktur aussieht und welche Lebensmittel sie an welchen Stellen einplanen können (kognitiv, psychomotorisch).	Im Plenum erarbeiten am Flipchart festhalten.

**Stunde 6: Hunger und Sättigung**

<b>Zeit</b>	<b>Beratungsschwerpunkt</b>	<b>Feinlernziele</b>	<b>Vorgehen/Methode</b>
<b>15:00- 15:10 Uhr</b>	Warming-up	Die Stimmung wird gelockert und die Konzentration gefördert.	Adlerauge
<b>15:10- 15:15 Uhr</b>	Hunger und Sättigung	-	Vortrag: Einleitende Worte der Gruppenleiterin zum Thema.
<b>15:15- 15:20 Uhr</b>	Definition Appetit, Hunger und Sättigung	Die Teilnehmer wissen, was man unter Appetit, Hunger und Sättigung versteht (kognitiv).	Im Plenum Definition am Flipchart erstellen.
<b>15:20- 15:30 Uhr</b>	Wie entstehen Körpersignale (Appetit, Hunger und Sättigung)?	Die Patienten wissen, wie Appetit, Hunger und Sättigung entstehen (kognitiv).	Mischung aus Vortrag und Fragen an die Patienten im Plenum / Sammeln am Flipchart
<b>15:30- 15:40 Uhr</b>	Sättigungskaskade	Die Patienten kennen die Mechanismen die zum Sättigungsprozess beitragen (kognitiv).	Vortrag der Gruppenleiterin anhand einer Abbildung / Festhalten am Flipchart
<b>15:40- 15:55 Uhr</b>	Wie fühlen sich Hunger und Sättigung an?	Die Patienten sind für die Wahrnehmung der Körpersignale sensibilisiert und können diese beobachten (affektiv, psychomotorisch).	Übung in 2er Gruppen / Besprechung im Plenum
<b>15:55- 16:00 Uhr</b>	Wie kann man Hunger und Sättigung wieder erlernen?	Die Patienten wissen, durch welche Maßnahmen sie die Wahrnehmung der Körpersignale schulen können (kognitiv, psychomotorisch).	Im Plenum Maßnahmen sammeln und am Flipchart festhalten.



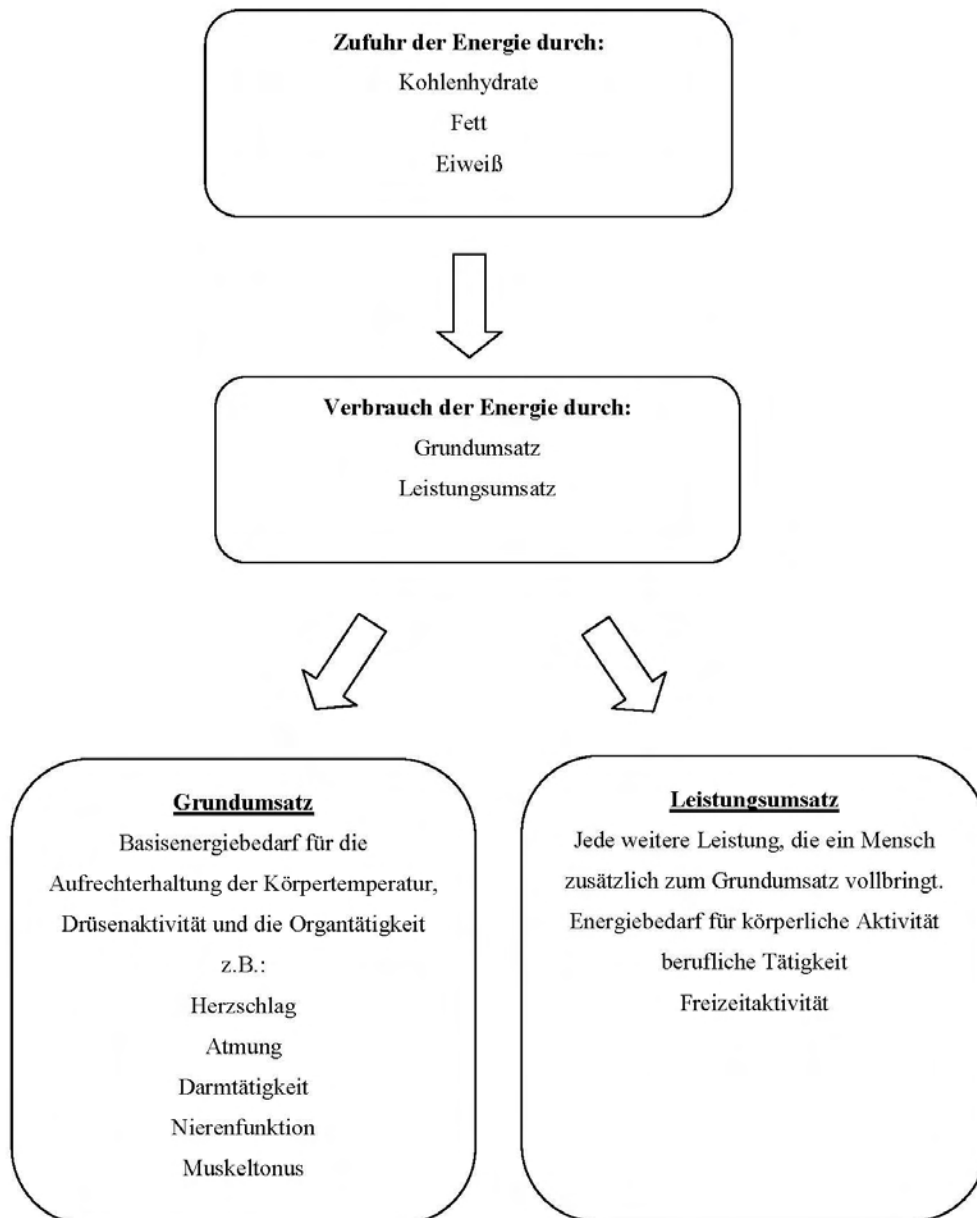
**Stunde 7: Light-Produkte und sensorische Verkostung**

<b>Zeit</b>	<b>Beratungsschwerpunkt</b>	<b>Feinlernziele</b>	<b>Vorgehen/Methode</b>
<b>15:00- 15:10 Uhr</b>	Warming-up	Die Teilnehmer werden aufgelockert und bekommen Anregungen für neue Rezepte.	Grips-Kochen
<b>15:10- 15:15 Uhr</b>	Wiederholung zum Thema Hunger und Sättigung	Die Patienten werden für die Wahrnehmung der Körpersignale sensibilisiert (affektiv).	Feedback der Patienten
<b>15:15- 15:20 Uhr</b>	Informationserarbeitung zum Thema Light-Produkte	Die Patienten wissen, was sich hinter dem Begriff Light versteckt und was den Verbrauchern durch Light-Produkte suggeriert wird (kognitiv).	Im Plenum sammeln und am Flipchart festhalten.
<b>15:20- 15:30 Uhr</b>	Nachteile von Light-Produkten	Die Patienten kennen die Nachteile von Light-Produkten und warum diese in einer gesunden Ernährung überflüssig sind (kognitiv).	Im Plenum sammeln und am Flipchart festhalten.
<b>15:30- 15:50 Uhr</b>	Genusstraining Übung 1 und 2 und Auswertung der Ergebnisse	Die Patienten identifizieren die geschmacklichen Unterschiede zwischen fettreduzierten und fetthaltigen Produkten und finden heraus, was sie dazu bewegt, immer wieder zu Light-Produkten zu greifen (affektiv, psychomotorisch).	Verkostung von Joghurts und Käse / Auswertung der Ergebnisse im Plenum / Diskussion

**Stunde 8: Mahlzeitenplanung**

<b>Zeit</b>	<b>Beratungsschwerpunkt</b>	<b>Feinlernziele</b>	<b>Vorgehen/Methode</b>
<b>15:00- 15:10 Uhr</b>	Schwierigkeiten / Ängste im Alltag	Die Patienten setzen sich mit eigenen und fremden Schwierigkeiten und Ängsten im Alltag auseinander (affektiv).	Im Plenum Befürchtungen der Patienten sammeln am Flipchart festhalten.
<b>15:10- 15:20 Uhr</b>	Rahmenbedingungen der Mahlzeitenplanung	Die Patienten kennen die Rahmenbedingungen die bei der Mahlzeitenplanung eingehalten werden sollten (kognitiv).	Im Plenum sammeln und am Flipchart festhalten / Fehlende Punkte ergänzen und offene Fragen klären.
<b>15:20- 15:45 Uhr</b>	Fallbeispiele Mahlzeiten- planung	Die Patienten wenden die gelernten Rahmenbedingungen und Inhalte der bisherigen Stunden an und wissen, wie man auch an schwierigen Tagen einen strukturierten Mahlzeitenplan erstellt (kognitiv, psychomotorisch).	Gruppenarbeit / Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse im Plenum
<b>15:45- 15:50 Uhr</b>	Eigene Mahlzeitenplanung für zu Hause	Die Patienten wissen, wie sie ihre persönliche Mahlzeitenstruktur aufstellen (affektiv, psychomotorisch).	Hausaufgabe (Besprechung bei Einzeltermin)
<b>15:50- 16:00 Uhr</b>	Feedback	Die Teilnehmer sind durch sichtbare Lernerfolge motiviert (affektiv).	Fischernetzübung

## A 10: Arbeitsblatt 1

**Energiehaushalt des Körpers**

Quelle:

Biesalski, H. K., Grimm, P. (2011). Taschenatlas der Ernährung. Stuttgart: Georg Thieme.

Schek, A. (2011). Ernährungslehre Kompakt. Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriften Verlag GmbH.

**Anteil einzelner Organe am Grundenergieumsatz:**

<b>Organ</b>	<b>Anteil am Grundumsatz in %</b>
Leber	25
Gehirn	25
Muskeln	18
Nieren	10
Herz	6
Übrige Organe	16

## Quelle:

Biesalski, H. K., Grimm, P. (2011). Taschenatlas der Ernährung. Stuttgart: Georg Thieme.

Schek, A. (2011). Ernährungslehre Kompakt. Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriften Verlag GmbH.

## A 11: Arbeitsblatt 2



### Faktoren, die Grund- und Leistungsumsatz beeinflussen

#### Von welchen Faktoren ist der Grundumsatz abhängig?

- Alter ↓
- Geschlecht Männer > Frauen
- Körperbau:  
Körpergröße und Gewicht ↑  
Prozentuale Körperzusammensetzung (Muskelmasse im Verhältnis zu Fett), abhängig von der Muskelmasse ↑
- Hormonstatus ↑ oder ↓
- Stress ↑
- Fieber ↑

#### Alter

Der Grundumsatz nimmt bis zum 4.-5. Lebensjahr deutlich zu und sinkt danach langsam bis zum 20.-25. Lebensjahr wieder ab. Mit zunehmendem Alter kommt noch eine Reduzierung des stoffwechselaktiven Gewebes (v.a. Muskelgewebes) hinzu, was zu einer Verminderung des Grundumsatzes beiträgt.

#### Geschlecht

Männer haben aufgrund der größeren Muskelmasse einen ca. 10 % höheren Grundumsatz.

#### Körperbau

Mit steigender Körperoberfläche (-größe) und zunehmender fettfreier Masse erhöht sich der Grundumsatz. Eine Steigerung des Muskelanteils an der Gesamtkörpermasse erhöht daher den Energiebedarf.

#### Quellen:

Biesalski, H. K., Grimm, P. (2011). Taschenatlas der Ernährung. Stuttgart: Georg Thieme.

Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz (o.J.a). Wodurch wird der Energiebedarf bestimmt.

Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz.

[http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine\\_infos/ernaehr10.php](http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine_infos/ernaehr10.php). Stand: 09.01.2013.

Lückerath, E. (2011). Ernährungslehre und Diätetik, in: Lückerath, E., Müller, S. D. (Hrsg.), Diätetik und

Ernährungsberatung, Stuttgart: Haug, S. 2-47.

Schek, A. (2011). Ernährungslehre Kompakt. Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriften Verlag GmbH.

**Von welchen Faktoren ist der Leistungsumsatz abhängig?**

- Muskeltätigkeit (z. B. Bewegung, Sport) ↑
- Wärmeregulation bei unterschiedlichen Umgebungstemperaturen (Schwitzen, Frieren)  
↑ oder ↓
- geistige Tätigkeit (nur geringer Einfluss) ↑
- Energiebedarf für Wachstum (bei Kindern und Jugendlichen) ↑
- Schwangerschaft und Stillen ↑

**Quellen:**

Biesalski, H. K., Grimm, P. (2011). Taschenatlas der Ernährung. Stuttgart: Georg Thieme.

Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz (o.J.a). Wodurch wird der Energiebedarf bestimmt.

Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz.

[http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine\\_infos/ernaehr10.php](http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine_infos/ernaehr10.php). Stand: 09.01.2013.

Lückerath, E. (2011). Ernährungslehre und Diätetik, in: Lückerath, E., Müller, S. D. (Hrsg.), Diätetik und

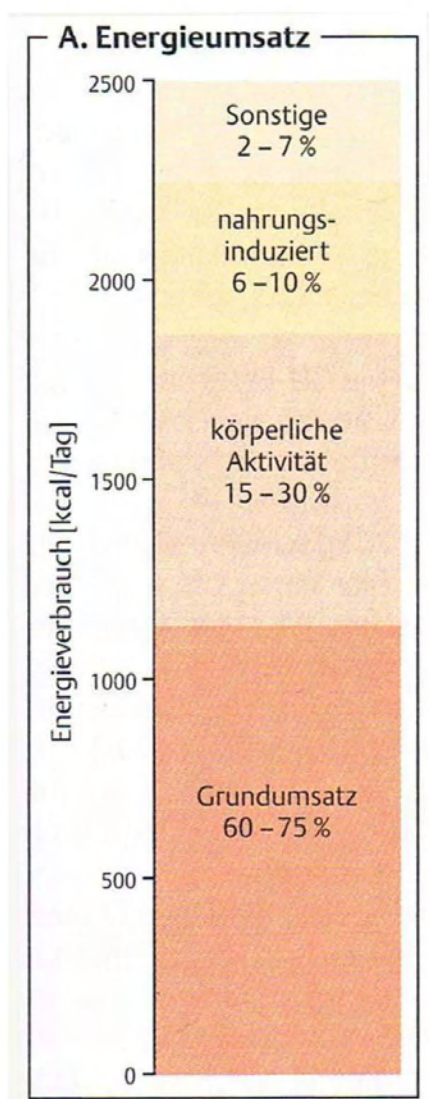
Ernährungsberatung, Stuttgart: Haug, S. 2-47.

Schek, A. (2011). Ernährungslehre Kompakt. Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriften Verlag GmbH.

## A 12: Arbeitsblatt 3

### Verteilung des Gesamtenergiebedarfs

Der Energiebedarf des Menschen lässt sich in drei wesentliche Komponenten unterteilen:



Quellen:

Biesalski, H. K., Grimm, P. (2011). Taschenatlas der Ernährung. Stuttgart: Georg Thieme.

Schek, A. (2011). Ernährungslehre Kompakt. Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriften Verlag GmbH.

**Nahrungsinduzierte Thermogenese**

Jede Nahrungsaufnahme erhöht die Wärmeabgabe des Körpers und der Brennwert der Nährstoffe steigt. Grund hierfür ist sind die energieverbrauchenden Prozesse im Stoffwechsel (z.B. Speicherung der Nährstoffe und die Verdauung).

**Sonstige**

Faktoren, die meist wegen zu geringer Anteile am Grundumsatz vernachlässigt werden z.B.: Umsatzsteigerungen durch Körper-, Organ- oder Muskelwachstum.

**Quellen:**

Biesalski, H. K., Grimm, P. (2011). Taschenatlas der Ernährung. Stuttgart: Georg Thieme.

Schek, A. (2011). Ernährungslehre Kompakt. Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriften Verlag GmbH.



## A 13: Arbeitsblatt 4



### Regulation des Körpergewichts (Set-Point)

#### Was ist der Set-Point?

- biologisch bedingtes Idealgewicht
- sehr individuell
- wird vom Stoffwechsel unter normalen Bedingungen konstant gehalten
- Körpergewicht schwankt bei normalem Essverhalten geringfügig um den Set-Point
- Gewicht lässt sich auf Dauer nur unter großen Mühen unter oder über den Set-Point heben

#### Quellen:

- Gawlik, W. (2010). Die Set-Point-Theorie: Warum Diäten meist erfolglos bleiben. Bulimie-Online. [http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25](http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com_content&view=article&id=25). Stand: 09.01.2013.
- Wunderer, E., Schnebel, A. (2008). Interdisziplinäre Essstörungstherapie. Weinheim und Basel: Beltz.

## A 14: Arbeitsblatt 5



### Die Set-Point-Theorie

#### Experimentelles Untergewicht durch Reduktionsdiät

Die in diesem Zusammenhang vielleicht wichtigste Studie wurde 1950 in Minnesota in den USA von der Arbeitsgruppe um Keys durchgeführt und sollte die Konsequenzen von Hunger auf die Psyche und die körperliche Verfassung untersuchen. Teilnehmer waren 36 junge, psychisch gesunde Männer mit durchschnittlichem Gewicht, denen die freiwillige Mitwirkung an diesem Experiment als Alternative zum Militärdienst angeboten worden war. Die gesamte Studie dauerte 1 Jahr. Während sich die Männer in den ersten 3 Monaten ganz normal nach ihren bisherigen Gewohnheiten ernähren sollten, wurde in den darauf folgenden 6 Monaten (Diätphase) die individuelle tägliche Kalorienmenge halbiert. Unter dieser Reduktionsdiät verloren die Teilnehmer durchschnittlich 25% ihres Gewichtes. In den letzten 3 Monaten (Rehabilitationsphase) bekamen sie dann wieder zunehmend mehr zu essen und nahmen dementsprechend langsam zu.

Die Ergebnisse der Studie zeigten überraschende Veränderungen im Verhalten der Männer.

Während der Diätphase waren sie in Gedanken immer stärker mit Essen beschäftigt und konnten sich immer weniger auf andere Dinge konzentrieren. Dies galt nicht nur für die Gesprächsthemen, sondern beispielsweise auch für die Auswahl von Lesestoff; einige Männer begannen, Kochbücher zu lesen und Rezepte oder Kochutensilien zu sammeln. Einige begannen, Teile der Mahlzeiten aufzuheben und Nahrungsmittel zu horten. Sie verbrachten viel Zeit damit, sich Gedanken über kommende Mahlzeiten zu machen und deren Ablauf gedanklich im Voraus zu planen. Dabei waren sie in ihren Überlegungen oft unentschieden, ob sie das Essen schnell auf einmal verschlingen oder langsam und bedächtig genießen sollten. Einige verbrachten schließlich Stunden mit dem Essen einer Mahlzeit, für die sie früher nur wenige Minuten benötigt hätten. Sie würzten die Speisen mit auffälligen Mengen zum Teil ungewöhnlicher Zutaten. Viele entwickelten regelrechte "Ticks" in Bezug auf alles, was in irgendeinem Zusammenhang mit Essen stand. Einer fiel durch den Diebstahl von Süßigkeiten auf.

Die Teilnehmer erlebten große Stimmungsschwankungen, die meisten wurden depressiv und bekamen zum Teil sogar Suizidgedanken. Viele reagierten auf Kleinigkeiten gereizt und nervös. Sie verloren ihre Freude an sozialen Kontakten, reagierten oft apathisch und mit zunehmendem Rückzug und hatten auch weniger sexuelle Interessen. Die Konzentrations- und Auffassungsfähigkeit ließ deutlich nach. Viele Männer zeigten plötzlich für sie ungewohnte Entscheidungsschwierigkeiten im Alltag.

Quelle:

Gawlik, W. (2010). Die Set-Point-Theorie: Warum Diäten meist erfolglos bleiben. Bulimie-Online.  
[http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25](http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com_content&view=article&id=25). Stand: 09.01.2013.



Auch die körperliche Leistungsfähigkeit der Teilnehmer nahm ab. Die meisten verloren ihre Ausdauer und ermüdeten schon bei leichten Anstrengungen schnell. Dennoch machten manche Männer bewusst - und teilweise exzessiv - Körperübungen, um abzunehmen und höhere Brotrationen zu bekommen bzw. eine Kürzung der Rationen zu vermeiden. Bei vielen Teilnehmern traten Schlafstörungen und Beschwerden im Magen-Darm-Bereich auf. Einige litten zusätzlich unter Haarausfall, Seh- oder Hörstörungen, Schwindelgefühlen, Kopfschmerzen und zum Teil erheblichen Kreislaufproblemen. Der Blutdruck, die Herzfrequenz und die Körpertemperatur sanken. Der Grundumsatz und damit der Energieverbrauch reduzierte sich um etwa 40%, weshalb die Männer weniger Gewicht verloren, als rein rechnerisch aufgrund der Kalorienreduktion eigentlich zu erwarten gewesen wäre.

Mit Beginn der Gewichtszunahme in der abschließenden Rehabilitationsphase setzten die Männer zunächst überdurchschnittlich viel Fett an, so dass sich ihre Figur entsprechend veränderte. Viele machten sich daraufhin Sorgen um die Form von ihrem Bauch und Po. Erst wesentlich später hatte sich auch die ursprüngliche Muskelmasse wieder gebildet, und die Männer erreichten damit nicht nur ihr Ausgangsgewicht, sondern schließlich auch ihre ursprüngliche Figur wieder.

Schon während der 6-monatigen Diätphase traten bei den Männern, die in der Vergangenheit immer ein unauffälliges Essverhalten gezeigt hatten, erstmals Heißhungerattacken mit regelrechten Fressanfällen auf. Die Betroffenen schämten sich deshalb; einige reagierten auch mit Übelkeit und Erbrechen. Das normale Gefühl für Hunger, Appetit und Sättigung war den meisten Teilnehmern schließlich vollständig abhanden gekommen. Diese Probleme waren mit der Beendigung der Diät und dem Beginn der Rehabilitationsphase jedoch keineswegs sofort verschwunden, sondern dauerten ebenso wie die Heißhungerattacken zum Teil noch mehrere Monate an. In einigen Fällen hatten sich die Männer am Ende des Jahres noch immer nicht von der Diät und den damit verbundenen Beschwerden vollständig erholt, sondern zeigten noch länger ein gestörtes Essverhalten. Nach Beendigung des Experiments wechselten einige den Beruf: ein Mann wurde Landwirt und drei absolvierten eine Ausbildung als Koch.

Quelle:

Gawlik, W. (2010). Die Set-Point-Theorie: Warum Diäten meist erfolglos bleiben. Bulimie-Online.  
[http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25](http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com_content&view=article&id=25). Stand: 09.01.2013.

## A 15: Arbeitsblatt 6



### Arbeitsblatt zur Set-Point-Theorie

Bitte ermitteln Sie in 2er Gruppen die psychischen und körperlichen Konsequenzen des Hungerns sowie sonstige auffällige Verhaltensweisen.

#### Psychische Folgen

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Körperliche Folgen

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Sonstiges Verhalten

---

---

---

---

---

---

---

---

## A 16: Arbeitsblatt 7



### Konsequenzen des Hungerns

#### Psychische Folgen

- Stimmungsschwankungen
- Depressivität
- Suizidgedanken
- Gereiztheit
- Nervosität
- Verlust sozialer Kontakte
- Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten

#### Körperliche Folgen

- Gewichtsverlust (durchschnittlich 25 %)
- Verlust der Ausdauer
- exzessive Körperübungen
- Schlafstörungen
- Beschwerden im Magen-Darm-Bereich
- Haarausfall
- Seh- oder Hörstörungen
- Schwindelgefühlen
- Kopfschmerzen
- Kreislaufprobleme
- Senkung des Blutdrucks, der Herzfrequenz und der Körpertemperatur
- Reduktion des Grundumsatzes und damit des Energieverbrauchs um etwa 40%
- Heißhungerattacken und Fressanfälle
- Verlust von Hunger und Sättigung

Quelle:

Gawlik, W. (2010). Die Set-Point-Theorie: Warum Diäten meist erfolglos bleiben. Bulimie-Online.

[http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25](http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com_content&view=article&id=25). Stand: 09.01.2013.

**Sonstiges Verhalten**

- Vermehrtes Denken an Essen
- Mehr Beschäftigung mit Themen rund ums Essen z.B. Lesen von Kochbüchern
- Nahrungsmittel horten
- Vermehrte Planung des Essens und Entwicklung von "Ticks" z.B.: Diebstahl von Süßigkeiten, starkes Würzen

Quelle:

Gawlik, W. (2010). Die Set-Point-Theorie: Warum Diäten meist erfolglos bleiben. Bulimie-Online.

[http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25](http://www.bulimie-online.de/index.php?option=com_content&view=article&id=25). Stand: 09.01.2013.

## A 17: Arbeitsblatt 8



### Fazit

#### Wie kann der Körper zu seinem persönlichen Gleichgewicht finden?

- regelmäßige Mahlzeitenstruktur
- normale Portionsgrößen
- Integration verbotener Lebensmittel
- abwechslungsreiche, ausgewogene Ernährung
- Wahrnehmung von Hunger und Sättigung
- kein stimmungsabhängiges Essen

Quelle:

Giesemann, K. (2012). Hungern im Überfluss – Essstörungen in der ambulanten Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

## A 18: Arbeitsblatt 9



### Energielieferanten

Der biologische Sinn von Nahrung besteht in der Zufuhr von Energie und Nährstoffen.

#### Nährstoffe

Nährstoffe sind Kohlenhydrate, Fette und Eiweiße sowie Vitamine und Mineralstoffe. Es ist wichtig für eine ausgewogene Ernährung, dass alle benötigten Nähr- und Wirkstoffe in ausreichender Menge und in einem ausgewogenen Verhältnis zugeführt werden.

Empfehlungen zu Nähr und Wirkstoffzufuhr beinhalten immer eine bedarfsgerechte Ernährung, mit der die Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhalten bleiben und Krankheiten vorgebeugt wird.

#### Quellen:

Gerlinghoff, M., Backmund, H. (2000). Essen will gelernt sein. Weinheim und Basel: Beltz.

Lückerath, E. (2011). Ernährungslehre und Diätetik, in: Lückerath, E., Müller, S. D. (Hrsg.), Diätetik und Ernährungsberatung, Stuttgart: Haug, S. 2-47.



## A 19: Arbeitsblatt 10



## Gruppe 1: Funktion der Energielieferanten

Kohlenhydrate	Ballaststoffe	Fett	Eiweiß
Energiequelle für alle Körperzellen	Gehören zur Gruppe der Kohlenhydrate	Bestandteile der Zellmembran	Baustoffe des Lebens
Energiespeicher	Zellwandbestandteile pflanzlicher Lebensmittel	Energieversorgung	Liefern die Aminosäuren für vielfältige biologische Funktionen im menschlichen Organismus
Grundgerüst von RNA und DNA	Wichtig für geregelten Ablauf der Magen und Darmfunktion	Energiereserve	Sorgen dafür, dass die Mineralstoffe und Vitamine und andere Nahrungsbausteine gezielt durch die Zellmembran befördert werden
Strukturelemente in den Zellwänden von Bakterien und Pflanzen		Liefern wichtige fettlösliche Vitamine A, D, E und K und die unverzichtbare Linolsäure	Transportproteine = Sauerstofftransport
		Schützen unseren Körper vor Kälte	Speicherproteine = Eisenspeicherung
		Dienen als Stütze und Polster für unsere Organe	Bewegungsproteine = Zusammenziehen der Muskulatur
		Gesättigte FS: Tragen wesentlich zur Energiezufuhr bei	Strukturproteine = Festigkeit und Formbeständigkeit des Körpers
		Einfach ungesättigte FS: Zur Aufrechterhaltung der Funktion und Fließfähigkeit zellulärer Membranen	Enzyme und Hormone = Antikörper der Immunabwehr, Übertragung von Nervenimpulsen
		Mehrfach ungesättigte FS beugen Ablagerungen in den Blutgefäßen vor und beeinflussen das Immunsystem, hemmen Entzündungsreaktionen	

## Quellen:

Biesalski, H. K., Grimm, P. (2011). Taschenatlas der Ernährung. Stuttgart: Georg Thieme.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2007a). Was Sie schon immer über Fette wissen wollten.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=733>.

Stand. 10.01.2013.

Elmadfa, I. (2009). Ernährungslehre. Stuttgart: Ulmer.

Lückerath, E. (2011). Ernährungslehre und Diätetik, in: Lückerath, E., Müller, S. D. (Hrsg.), Diätetik und Ernährungsberatung, Stuttgart: Haug, S. 2-47.

## A 20: Arbeitsblatt 11

## Gruppe 2: Einteilung und Vorkommen der Energielieferanten

Nährstoff	Einteilung	Vorkommen
<b>Kohlenhydrate</b>		
Einfachzucker / Monosaccharide	Glukose (Traubenzucker) / Fruktose (Fruchtzucker) /	Obst, Gemüse, Honig
Zweifachzucker / Disaccharide	Saccharose (Haushaltszucker) / Laktose (Milchzucker)	Zuckerrübe, Zuckerrohr, Milch- und Milchprodukte
Vielfachzucker / Polysaccharide	Stärke	Getreide, Kartoffeln, Hülsenfrüchte
<b>Ballaststoffe</b>		
		in pflanzlichen Lebensmitteln wie Vollkornprodukte, Gemüse, Kartoffeln, Hülsenfrüchte und Obst
<b>Fett</b>		
Gesättigte Fettsäuren		insbesondere aus tierischen Lebensmitteln, Fleisch, Fleischprodukte wie Wurst
Einfach ungesättigte Fettsäuren		Olivenöl, Sonnenblumenöl, Erdnuss, Raps- und Palmöl
Mehrfach ungesättigte Fettsäuren		Raps-, Walnuss-, Soja- und Leinöl, fettreichen Fischen wie Hering, Makrele und Lachs
<b>Eiweiß</b>		
		Fleisch-, Wurst- und Käsesorten, Milch- und Milchprodukte sowie Hülsenfrüchte, Kartoffeln, Fisch, Sojabohnen, Nüsse

## Quellen:

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2007a). Was Sie schon immer über Fette wissen wollten.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=733>.

Stand: 10.01.2013.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2008b). Ballaststoffe – kein überflüssiger Ballast. Deutsche

Gesellschaft für Ernährung e. V. <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=873>. Stand:

12.01.2013.

Lückerath, E. (2011). Ernährungslehre und Diätetik, in: Lückerath, E., Müller, S. D. (Hrsg.), Diätetik und

Ernährungsberatung, Stuttgart: Haug, S. 2-47.

Vaupel, P., Biesalski, H. K. (2010). Lipide, in: Biesalski, H. K., Bischoff, S. C., Puchstein, C. (Hrsg.),

Ernährungsmedizin, Stuttgart: Thieme, S. 85-108.

## A 21: Arbeitsblatt 12



## Gruppe 3: Bedarf der Energielieferanten

Nährstoff	Kohlenhydrate	Ballaststoffe	Fett	Eiweiß
<b>Bedarf</b>	mindestens 50 % der täglichen Energiezufuhr	30 g Ballaststoffe pro Tag	30 % der täglichen Energiezufuhr  Gesättigte Fettsäuren 10 %  Einfach ungesättigte 10 %  Mehrfach ungesättigte 7-10 % der Gesamtenergie	15 % der täglichen Energiezufuhr
<b>bevorzugte Lebensmittel</b>	vorzugsweise aus Getreide und Getreideerzeugnisse, möglichst aus Vollkorn, Gemüse, Obst, Hülsenfrüchten und Kartoffeln	z.B. Müsli, Vollkornbrot, Gemüse und Obst	vorzugsweise einfach und mehrfach ungesättigte Fettsäuren aus pflanzlichen Ölen	In Fleisch-, Wurst- und Käsesorten, Milch- und Milchprodukte sowie Hülsenfrüchte, Kartoffeln, Fisch, Sojabohnen, Nüsse

## Quellen:

Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz (o.J.b). Nährstoffverteilung / Nährwertrelation.

Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz.

[http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine\\_infos/ernaehr13.php](http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine_infos/ernaehr13.php). Stand: 15.01.2013.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2008a). Kohlenhydrate in der Ernährung. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=836>. Stand: 12.01.2013.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2008b). Ballaststoffe – kein überflüssiger Ballast. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=873>. Stand: 12.01.2013. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖEG), Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE). (2008). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Neustadt an der Weinstraße: Umschau.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2007 b). Der präventiven Wirkung von Fett und Fettsäuren auf der Spur. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=697>. Stand. 10.01.2013.

## A 22: Arbeitsblatt 13



### Quiz Ernährungswissen

Hinweis: Mehrfachnennungen möglich!

1. Welche Nährstoffe sind für die Energieversorgung des Körpers am wichtigsten?

- 1 Vitamine
- 2 Eiweiß
- 3 Kohlenhydrate
- 4 Hormone
- 5 Alkohol
- 6 Wasser
- 7 Fett
- 8 Mineralstoffe

2. Was bewirken Ballaststoffe?

- 1 Verstopfung
- 2 Füllen den Magen und geben ein Sättigungsgefühl
- 3 Sorgen für eine gute Verdauung
- 4 Können Darmkrankheiten vorbeugen
- 5 Entziehen dem Körper Mineralstoffe
- 6 Machen dick
- 7 Belasten den Kreislauf
- 8 Bewirken gar nichts

Quelle:

Pudel, V. (1991). Praxis der Ernährungsberatung. Berlin und Heidelberg: Springer.

3. In welchen Nahrungsmitteln ist besonders viel Eiweiß enthalten?

- 1 Nüsse
- 2 Butter
- 3 Grüner Salat
- 4 Spinat
- 5 Sojabohnen
- 6 Bananen
- 7 Fleisch
- 8 Möhren
- 9 Fisch

4. Welche Nahrungsmittel enthalten besonders viel Calcium?

- 1 Käse
- 2 Grüner Salat
- 3 Salz
- 4 Obst
- 5 Milch
- 6 Hülsenfrüchte

5. Welche Nahrungsmittel enthalten besonders viel Vitamin C?

- 1 Möhren
- 2 Sellerie
- 3 Paprikaschoten
- 4 Milch
- 5 Fleisch
- 6 Fisch

Quelle:

Pudel, V. (1991). Praxis der Ernährungsberatung. Berlin und Heidelberg: Springer.

6. Welche Funktion haben Proteine im Körper?

- 1 Baustoffe des Lebens
- 2 Liefern wichtige fettlösliche Vitamine
- 3 Speicherung (z.B. Eisenspeicherung)
- 4 Wichtig für geregelten Ablauf der Magen und Darmfunktion
- 5 Transport (z.B. Sauerstofftransport)
- 6 Bewegung (Zusammenziehen der Muskulatur)

7. Welche körperlichen Störungen treten bei Vitaminmangel auf?

- 1 Gicht
- 2 Nachtblindheit
- 3 Tbc
- 4 Anfälligkeit gegenüber Erkältungskrankheiten
- 5 Rachitis
- 6 Schilddrüsenstörungen

8. Welche Nahrungsmittel haben verhältnismäßig viel Kohlenhydrate?

- 1 Fisch
- 2 Obst
- 3 Milch
- 4 Zucker
- 5 Kartoffeln
- 6 Eier
- 7 Fleisch

Quelle:

Pudel, V. (1991). Praxis der Ernährungsberatung. Berlin und Heidelberg: Springer.

9. Wovon ist die Menge der Nahrungsmittel, die der Körper zum Leben benötigt, im Wesentlichen abhängig?

- 1 Vom Alter
- 2 Von der Tageszeit
- 3 Vom Wassergehalt des Körpers
- 4 Von der körperlichen Tätigkeit
- 5 Vom Nahrungsangebot

10. Was bedeutet die Aufschrift „Fettgehalt i. Tr.“ auf der Ware?

- 1 Fettgehalt im Tran
- 2 Fettgehalt in der Trockenmasse
- 3 Fettgehalt in Triglyceriden
- 4 Der Fettgehalt der gekauften Ware liegt über dem angegebenen Fettwert
- 5 Der Fettgehalt der gekauften Ware liegt unter dem angegebenen Fettwert
- 6 Der aufgedruckte Fettgehalt bezieht sich auf das Gewicht ohne Wasseranteil
- 7 Aufschrift auf Fleisch-Waren: „Fettgehalt im Tier“

11. Worin sind essentielle Fettsäuren – damit sind lebensnotwendige Fettsäuren gemeint – enthalten?

- 1 In gesättigten Fettsäuren
- 2 In Lebertran
- 3 In Schmalz
- 4 In fettem Fleisch
- 5 In Margarine
- 6 In Innereien
- 7 In Kalbfleisch
- 8 In Zitrusfruchtfleisch
- 9 In Sonnenblumenöl

Quelle:

Pudel, V. (1991). Praxis der Ernährungsberatung. Berlin und Heidelberg: Springer.

## A 23: Arbeitsblatt 14



### **Einleitung zur gesunden Ernährung**

In dieser Stunde wird die gesunde und ausgewogene Ernährung anhand der Lebensmittelpyramide besprochen. Gesund, mit Spaß und Genuss essen und trinken, ist oft leichter gesagt als getan. Über die Medien erhält man fast täglich Informationen über die gesunde Ernährung. Es fällt oft schwer bei der Fülle und der Widersprüchlichkeit der Informationen, die wesentlichen Aspekte der Ernährung zu verstehen und dieses Wissen auch in ein entsprechendes Verhalten im Alltag umzusetzen.

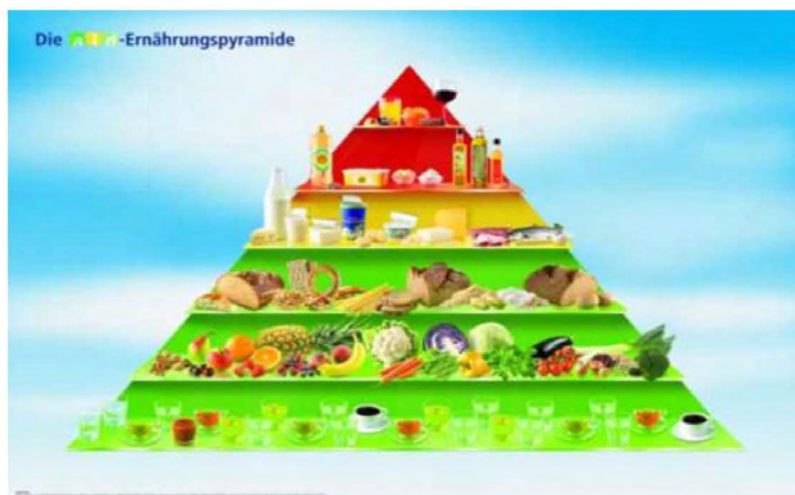
Quelle:

Seitz, H. (2013). Die aid-Ernährungspyramide. aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e.V. <http://www.aid.de/ernaehrung/ernaehrungspyramide.php>. Stand: 05.04.2013.



## A 24: Arbeitsblatt 15

### Die aid-Ernährungspyramide



#### Die Lebensmittelauswahl

In der aid-Ernährungspyramide werden acht Lebensmittelgruppen in sechs Ebenen dargestellt. In der Basis sind die Getränke zu finden. Pflanzliche Lebensmittel, die häufig und reichlich verzehrt werden sollten, folgen an zweiter und dritter Stelle. An vierter Stelle sind Lebensmittel tierischen Ursprungs platziert. Bei Ölen und Fetten in Ebene fünf ist ein sparsamer Umgang gefragt. Süßigkeiten, Snacks und Alkohol finden sich in der Pyramidenspitze.

#### Quelle:

aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz e. V. (2010). Food Literacy Handbuch mit Übungen. Meckenheim: Druck Center Meckenheim GmbH.

Sarah Wiener Stiftung (o.J.). Die Ernährungspyramide. Sarah Wiener Stiftung. [http://www.sarah-wiener-stiftung.org/ernaehrungswissenschaftliche\\_grund.html](http://www.sarah-wiener-stiftung.org/ernaehrungswissenschaftliche_grund.html). Stand: 14.01.2013.

Stehle, P., Oberitter, H., Büning-Fesel, M., Hesecker, H. (2005). Grafische Umsetzung von Ernährungsrichtlinien - traditionelle und neue Ansätze, in: Ernährungsumschau, 52. Jg., Supplement 4, S. 128-135.



### **Getränke**

In der Basis werden energiefreie Getränke platziert, da Getränke vor allem der Wasserzufuhr dienen sollen:

- Wasser/Mineralwasser
- Kräuter- und Früchtetees ohne Zuckerzusatz

In die Mitte kommen Getränke mit einem mäßigen Kohlenhydratgehalt und Getränke mit anregenden Stoffen und/oder Süßungsmitteln:

- Getränke mit Süßungsmitteln gesüßt (Cola Light)
- Obstsaftschorlen
- Grüner und schwarzer Tee
- Kaffee
- alkoholfreies Bier

In der Dreiecksspitze finden sich Getränke mit einem Kohlenhydratgehalt von >7 %:

- Fruchtsaftgetränke
- Nektare
- Limonaden
- Energy Drinks

### **Lebensmittel überwiegend pflanzlichen Ursprungs**

Basis:

- Gemüse
- Obst
- Blattsalate
- Säfte

Mitte:

Quelle:

aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz e.V. (2010). Food Literacy Handbuch mit Übungen. Meckenheim: Druck Center Meckenheim GmbH.

Sarah Wiener Stiftung (o.J.). Die Ernährungspyramide. Sarah Wiener Stiftung. [http://www.sarah-wiener-stiftung.org/ernahrungswissenschaftliche\\_grund.html](http://www.sarah-wiener-stiftung.org/ernahrungswissenschaftliche_grund.html). Stand: 14.01.2013.

Stehle, P., Oberitter, H., Büning-Fesel, M., Hesecker, H. (2005). Grafische Umsetzung von Ernährungsrichtlinien - traditionelle und neue Ansätze, in: Ernährungsumschau, 52. Jg., Supplement 4, S. 128-135.

- Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Vollkornnudeln)
- ungeschälter Reis
- Kartoffeln
- Getreideprodukte (Nudeln, helle Brötchen)
- geschälter Reis

**Dreiecksspitze:**

- Zucker
- Kuchen
- Süßigkeiten
- Knabbereien
- fettreiche Kartoffelprodukte (Pommes)

**Lebensmittel vorwiegend tierischen Ursprungs****Basis:**

- Fisch
- fettarme Milchprodukte
- mageres Fleisch inkl. Geflügel

**Mitte:**

- fettreiche Milchprodukte/Käse
- fettreiches Fleisch
- Fleischwaren (Wurst)

**Dreiecksspitze:**

- Eier
- Sahne
- Speck

**Quelle:**

aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz e.V. (2010). Food Literacy Handbuch mit Übungen. Meckenheim: Druck Center Meckenheim GmbH.

Sarah Wiener Stiftung (o.J.). Die Ernährungspyramide. Sarah Wiener Stiftung. [http://www.sarah-wiener-stiftung.org/ernahrungswissenschaftliche\\_grund.html](http://www.sarah-wiener-stiftung.org/ernahrungswissenschaftliche_grund.html). Stand: 14.01.2013.

Stehle, P., Oberitter, H., Büning-Fesel, M., Hesecker, H. (2005). Grafische Umsetzung von Ernährungsrichtlinien - traditionelle und neue Ansätze, in: Ernährungsumschau, 52. Jg., Supplement 4, S. 128-135.

### **Speisefette und Öle**

Basis:

- Rapsöl
- Walnussöl
- Sojaöl
- Olivenöl
- Weizenkeimöl

Mitte:

- Sonnenblumen
- Maiskeimöl
- Pflanzenmargarinen

Dreiecksspitze:

- Butter
- Schmalz

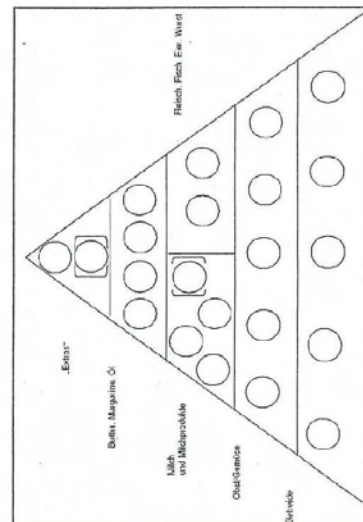
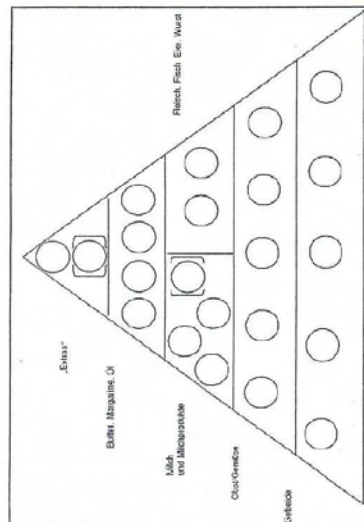
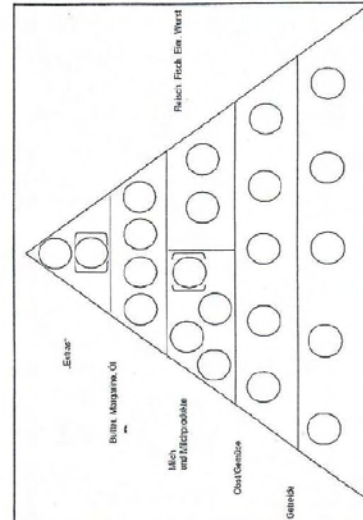
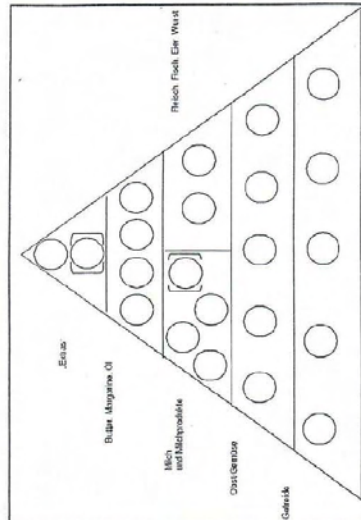
Quelle:

aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz e.V. (2010). Food Literacy Handbuch mit Übungen. Meckenheim: Druck Center Meckenheim GmbH.

Sarah Wiener Stiftung (o.J.). Die Ernährungspyramide. Sarah Wiener Stiftung. [http://www.sarah-wiener-stiftung.org/ernahrungswissenschaftliche\\_grund.html](http://www.sarah-wiener-stiftung.org/ernahrungswissenschaftliche_grund.html). Stand: 14.01.2013.

Stehle, P., Oberitter, H., Büning-Fesel, M., Hesecker, H. (2005). Grafische Umsetzung von Ernährungsrichtlinien - traditionelle und neue Ansätze, in: Ernährungsumschau, 52. Jg., Supplement 4, S. 128-135.

A 25: Arbeitsblatt 16



Quelle:  
Ernährungstherapie Schön Klinik Bad Bramstedt



### Portionsgrößen

**Getreideprodukte:** 1 Schb. Brot // 1 Brötchen // 4 EL Müsli//  
Reis, Nudeln: 60/100g // Kartoffeln: 200-250 g

**Obst:** 1-2 Stück (je nach Größe) // 150-200g loses Obst

**Gemüse:** 200g Gemüse // 200g Rohkost // 1 Schale grüner Salat

**Milchprodukte:** ¼ l Milch // ca. 200g Joghurt/Quark // 1-2 Sch. Käse

**Fleisch, Fisch, Eier:** ca. 150g pro Tag

**Sichtbare Fette:** ca. 40 g pro Tag

.....& Süßes, Knabbereien nicht vergessen ( „Schwarze Liste“!)

## A 26: Arbeitsblatt 17

### Leistungskurve und Mahlzeitenplanung



#### Leistungskurve

Jeder Mensch unterliegt seinem biologischen Rhythmus und man ist nicht zu jeder Tages- und Nachtzeit gleich aktiv. Die Leistungskurve der meisten Menschen ist vormittags am höchsten, gegen Mittag nimmt sie langsam ab und steigt erst am Nachmittag wieder an. Um etwa 11:00 Uhr ist man mit seiner Leistungsfähigkeit am Höhepunkt, die dann langsam ins Nachmittagstief absinkt. Gegen 16:00 Uhr erreicht sie neuerlich einen leichten Anstieg, der bis ca. 20:00 Uhr anhält. Danach flacht die Leistungskurve wieder ab.

#### Mahlzeitentiming

Es wird empfohlen, 5-6 Mahlzeiten regelmäßig über den Tag verteilt zu sich zu nehmen. Die Hauptmahlzeiten sollten dabei 25-30 % der Tagesenergie ausmachen, während sich die Zwischenmahlzeiten in der Größenordnung von 10 % bewegen.

#### Quellen:

Biesalski, H. K., Grimm, P. (2011). Taschenatlas der Ernährung. Stuttgart: Georg Thieme.

Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) (2002). Schulbeginn: Gehirnnahrung Zwischenmahlzeit.

Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE). <http://www.oege.at/php/current/content.php?a=2031>. Stand: 15.01.2013.

United Networker Magazine (2009). Tipps für ein gesundes Pausenbrot. United Networker Magazine.

<http://www.unitednetworker.com/2009/09/02/jameda-de-praesentiert-zum-schulanfang-%E2%80%99Etipp-fur-ein-gesundes-pausenbrot%E2%80%99C/>. Stand: 15.01.2013.

## A 27: Arbeitsblatt 18



### Vorteile von Zwischenmahlzeiten

- Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit wird gesteigert
- Leistungstiefs werden abgefangen
- Magen-Darm-Trakt wird weniger belastet
- die kontinuierliche Zufuhr von Nährstoffen über die Blutbahn sorgt somit für einen ausgeglichenen Blutzuckerspiegel während des ganzen Tages
- einem starken Abfall der Blutglucosekonzentration, der zu Hunger führt, wird vorgebeugt
- verringertes Hungergefühl
- weniger Heißhungerattacken
- eine langsamere Magenentleerung
- verringerte Magendehnung bei kleineren Mahlzeiten, eine gleichmäßigere Freisetzung von gastrointestinalen Hormonen mit appetitregulierender Wirkung
- Zwischenmahlzeiten erleichtern die ausreichende Versorgung mit bestimmten Vitaminen, Mineralstoffen und sekundären Pflanzenstoffen
- Die Empfehlung 5 Portionen Gemüse und Obst am Tag zu sich zu nehmen kann einfach umgesetzt werden

#### Quellen:

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). (2005). Drei oder fünf Mahlzeiten. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE).

<http://www.ernaehrungsberatung.rlp.de/Internet/global/themen.nsf/0/7595F1567D3A65DFC1256FAA00293932?OpenDocument>. Stand: 15.01.2013.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). (2012). Essenshäufigkeit und Gewichtsregulation bei Erwachsenen. DGE Info. <http://www.dge.de/pdf/ws/DGEInfo-07-2012-Essenshaeufigkeit-Gewichtsregulation.pdf>. Stand: 15.01.2013.

Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) (2002). Schulbeginn: Gehirnnahrung Zwischenmahlzeit.

Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE). <http://www.oege.at/php/current/content.php?a=2031>. Stand: 15.01.2013.



## A 28: Arbeitsblatt 19



**Nachteile von Zwischenmahlzeiten  
(mögliche Antworten der Patienten)**

Mögliche Antworten der Patienten	Erklärung des Gruppenleiters bzw. Erarbeitung von Strategien
Keinen Hunger	Der Körper muss sich erst an die feste Mahlzeitenstruktur gewöhnen. Es kann mehrere Monate dauern, bis die Körpersignale wieder verlässlich wahrgenommen werden. Wichtig ist, eine geregelte Mahlzeitenstruktur einzuhalten um Hunger und Sättigungsgefühle wieder richtig wahrnehmen zu können.
Keine Zeit	Strategien, um ZM einzuhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährungsplan aufstellen</li> <li>• Mahlzeiten vorplanen</li> <li>• Sich gemeinsam mit anderen Patienten verabreden</li> <li>• Wecker stellen</li> <li>• Snack mitnehmen, falls man unterwegs ist</li> </ul>
Angst vor Gewichtszunahme	Verweisen auf die Verteilung der Gesamtenergie (wie oben besprochen) Befürchtungen und Hintergründe im Einzelgespräch ansprechen bei Bezugs- oder Ernährungstherapeutin
Angst vor Kontrollverlust	Den meisten Patienten fällt es schwer, die Kontrolle aufzugeben und auf ihr Hunger und Sättigungsgefühl und damit ihrem Körper zu vertrauen. Doch nur mit einem langfristig normalen Essverhalten können sie ihren Set-Point entdecken. Gerade Heißhunger wird durch Zwischenmahlzeiten vermieden.

Quelle:

Baumer, V., Wunderer, E., Müller, E. (2008). Essverhalten und Purging-Verhalten, in: Wunderer, E., Schnebel, A. (Hrsg.), Interdisziplinäre Essstörungstherapie, Weinheim und Basel: Beltz, S. 143-199.

## A 29: Arbeitsblatt 20



### Was sind ideale Snacks für Zwischenmahlzeiten?

- ein Stück Obst der Saison
- ein Glas Obst- oder Gemüsesaft
- ein Glas Milch oder Buttermilch
- ein Joghurt z.B. mit Honig
- ein Müsli mit Getreideflocken, frischem Obst und Joghurt
- eine Scheibe Vollkornbrot mit Käse und Tomate
- ein Vollkornbrötchen mit Schinken und Gurke
- Gemüsesticks mit Joghurtdipp
- Trockenfrüchte
- ein Stück Hefekuchen mit Obstbelag
- Nüsse
- Fruchtriegel
- Kekse

Quelle:

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). (2005). Drei oder fünf Mahlzeiten. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE).

<http://www.ernaehrungsberatung.rlp.de/Internet/global/themen.nsf/0/7595F1567D3A65DFC1256FAA00293932?OpenDocument>. Stand: 15.01.2013.

## A 30: Arbeitsblatt 21



### Beispiel Tagesplan

Frühstück	8 EL Müsli 150 g Joghurt 1 TL Honig 1 Banane
Zwischenmahlzeit	1 Brötchen 1 TL Butter 2 Scheiben Käse
Mittagessen	100 g Nudeln Grundsoße: 1 EL Mehl, 1 TL Butter, ½ Glas Milch 1 Handvoll Erbsen 1 Joghurt
Zwischenmahlzeit	1 Teilchen vom Bäcker (Mohnschnecke, Quarktasche)
Abendessen	3 Scheiben Brot 3 TL Butter 1 Scheibe Käse 1 Scheibe Schinken 1 TL vegetarischer Aufstrich ¼ Gurke 150 g Fruchtjoghurt
Spätmahlzeit	150 g Sahnejoghurt 1 Apfel
Über den Tag verteilt zusätzlich	1 Liter Saft

Quelle:

Baumer, V., Wunderer, E., Müller, E. (2008). Essverhalten und Purging-Verhalten, in: Wunderer, E., Schnebel, A. (Hrsg.), Interdisziplinäre Essstörungstherapie, Weinheim und Basel: Beltz, S. 143-199.

## A 31: Arbeitsblatt 22



### Regulation der Nahrungsaufnahme

Die Regulation der Nahrungsaufnahme ist ein komplexer psychophysiologischer Prozess. Begriffe wie Appetit, Hunger und Sättigung sind für die Steuerung der Nahrungsaufnahme von zentraler Bedeutung. Mit diesen Begriffen wird jeweils eine Wahrnehmung von Körpergefühlen bezeichnet, die das Essverhalten steuern.

Die Fähigkeit zur Identifikation von Körpersignalen wie Appetit, Hunger und Sättigung geraten bei Essstörungen aus dem Gleichgewicht.

Um die Wahrnehmung der Körpersignale wieder zu erlernen, ist es wichtig zunächst einmal zu wissen, welche Faktoren die Regulation von Hunger und Sättigung beeinflussen.

#### Quellen:

- Baumer, V., Wunderer, E., Müller, E. (2008). Essverhalten und Purgier-Verhalten, in: Wunderer, E., Schnebel, A. (Hrsg.), Interdisziplinäre Essstörungstherapie, Weinheim und Basel: Beltz, S. 143-199. Pudel, V., Westenhöfer, J. (2003). Ernährungspsychologie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Schweiger, U., Peters, A., Sipos, V. (2003). Essstörungen. Stuttgart: Georg Thieme.

## A 32: Arbeitsblatt 23



### **Begriffsdefinition**

#### **Appetit**

Appetit ist ein Startsignal und führt zum Beginn der Nahrungsaufnahme. Es bezeichnet eine lustvolle Motivation zu essen, die häufig auf bestimmte Nahrungsmittel ausgerichtet ist.

#### **Hunger**

Hunger ist ein Startsignal und führt zum Beginn der Nahrungsaufnahme. Es ist ein unbehagliches, oft auch schmerzhaftes Verlangen, etwas zu essen. Dieses Verlangen zielt meist nicht auf ein spezifisches Lebensmittel ab.

#### **Sättigung**

Sättigung ist ein Stoppsignal und trägt zur Beendigung der Nahrungsaufnahme bei. Durch die Aufnahme von Nahrung wird der Prozess der Beendigung einer Mahlzeit ausgelöst. Das Resultat dieser Sättigung, dass Sattsein bewirkt, dass bis zum Beginn der nächsten Nahrungsaufnahme eine gewisse Zeit vergeht, in der nichts gegessen wird.

Quelle:

Pudel, V., Westenhöfer, J. (2003). Ernährungspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

## A 33: Arbeitsblatt 24



### Entstehung von Appetit und Hunger

#### Entstehung von Appetit

- Der Mangel an einem Nährstoff oder Nahrungsmittel zu einer bestimmten Tageszeit oder in einer sozialen Situation
- Sinneswahrnehmung beim Sehen, Riechen der Nahrung
- Nahrungsvorlieben

#### Entstehung von Hunger

- Die abnehmende Verfügbarkeit von Glukose (Abfall der Blutglukosekonzentration / ein niedriger Glukosespiegel) führt zu Hunger und motiviert zur Nahrungsaufnahme. Sensoren im Gehirn und in der Leber empfangen Signale und lösen ein Hungergefühl aus.
- Hinweise auf einen niedrigen Blutzuckerspiegel wie Unruhe und Nervosität, Heißhunger, Zitterigkeit, Konzentrationsstörungen
- Ein völlig leerer Magen löst durch Kontraktion Schmerzempfindungen und Hunger aus.
- Das Hormon Leptin wird aus dem Fettgewebe freigesetzt.
- Eine Abnahme des Hormons Leptin könnte zu einem Hungergefühl führen (bei Normalgewicht)
- Das Hormon Ghrelin wird im Magen produziert und könnte zum Wiederanstieg des Hungergefühls beitragen (noch nicht genau nachgewiesen). Erklärung: Nach einer Mahlzeit sinkt die Ghrelin-Konzentration im Blut auf ein Minimum ab. Der Wiederanstieg des Ghrelinspiegels erfolgt parallel zum Hungergefühl. Es ist jedoch unwahrscheinlich das der Ghrelinspiegel an der Sättigung beteiligt ist, da der tiefste Punkt des Spiegels wesentlich später auftritt, als das Maximum der Sättigung.

#### Quellen:

Elmadfa, I. (2009). Ernährungslehre. Stuttgart: Ulmer.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2013). Diabetes: Anzeichen einer Unterzuckerung erkennen. Gesundheitsinformation.de. <http://www.gesundheitsinformation.de/diabetes-anzeichen-einer-unterzuckerung-erkennen.669.de.html>. Stand: 16.01.2013.

Pudel, V., Westenhöfer, J. (2003). Ernährungspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

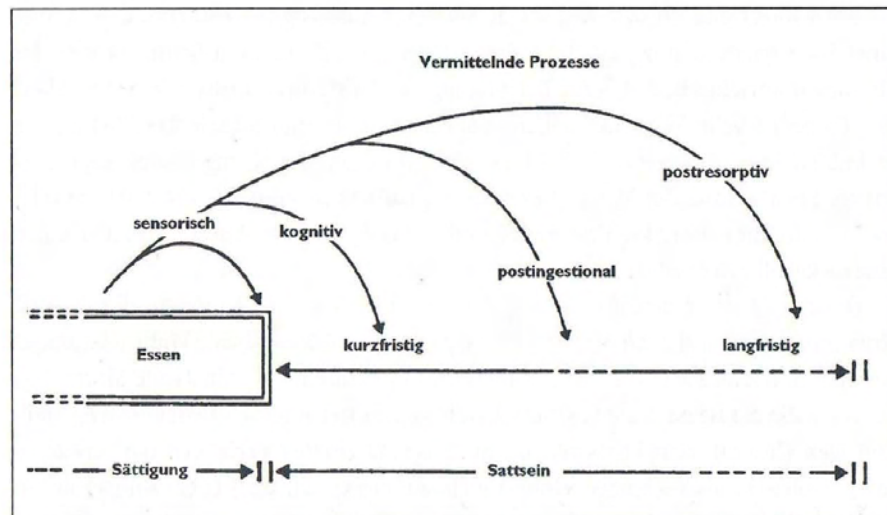
Schek, A. (2011). Ernährungslehre Kompakt. Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriften Verlag GmbH.

Schusdziarra, V., Erdmann, J. (2010). Regulation der Nahrungsaufnahme, in: Biesalski, H. K., Bischoff, S. C., Puchstein, C. (Hrsg.), Ernährungsmedizin, Stuttgart: Thieme, S. 47-60.

## A 34: Arbeitsblatt 25

### Mechanismen, die zum Sättigungsprozess beitragen

#### Sättigungskaskade



Es gibt unterschiedliche Mechanismen, die zum Sättigungsprozess beitragen:

#### sensorische Prozesse

- Sinneswahrnehmungen wie Aussehen, Geruch, Geschmack und Konsistenz der Nahrung können sich auf die Sättigung auswirken.
- Die positive Ausprägung verschiedener sensorischer Qualitäten kann zu einer höheren Nahrungsaufnahme beitragen und die negative Ausprägung zu einer geringeren.
- Die Schmackhaftigkeit bestimmt, wie viel und wie schnell man isst und nimmt beim Essen ab. Die subjektive Wahrnehmung des Geschmacks verändert sich.

#### kognitive Prozesse

- Meinung oder Einstellung gegenüber Lebensmitteln z.B. der vermutete (nicht der tatsächliche) Kaloriengehalt der Nahrung, kann einen deutlichen Einfluss auf die Essensmenge haben.

Quellen:

Langhans, W. (2010). Hunger und Sättigung, in: Ernährungsumschau, 57. Jg., Nr. 10, S. 550-558.

Pudel, V., Westenhöfer, J. (2003). Ernährungspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Schek, A. (2011). Ernährungslehre Kompakt. Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriften Verlag GmbH.

**postingestionale Effekte**

- Effekte, die nach der Nahrungsaufnahme einsetzen
- Die Magenfüllung und Magendehnung
- Die Entleerungsrate des Magens
- Ausschüttung von gastrointestinalen Hormonen wie Cholecystokin (CCK)
- Stimulation von bestimmten Rezeptoren im Magen und oberen Dünndarmabschnitt
- Verdauung der Nahrung in Magen und Dünndarm
- Wenn das Hormon Leptin ausgeschüttet wird und der Leptin-Spiegel steigt, könnte die Sättigung einsetzen. (bei Normalgewicht)

**postresorptive Prozesse**

- Mechanismen, die durch die Aufnahme der Nahrung bzw. durch ihre verschiedenen Stoffwechselprodukte ausgelöst werden.
- Wirkung von Glucose und verschiedenen Aminosäuren z.B. wenn Glucose mit der Nahrung (wie z.B. durch Kohlenhydrate) aufgenommen wird und der Glukosespiegel wieder auf einem Normalniveau liegt, wird die Nahrungsaufnahme beendet.

## Quellen:

Langhans, W. (2010). Hunger und Sättigung, in: Ernährungsumschau, 57. Jg., Nr. 10, S. 550-558.

Pudel, V., Westenhöfer, J. (2003). Ernährungspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Schek, A. (2011). Ernährungslehre Kompakt. Sulzbach im Taunus: Umschau Zeitschriften Verlag GmbH.



**A 35: Arbeitsblatt 26**



**Arbeitsblatt: Wie fühlen sich Hunger und Sättigung an?**

**Hunger**

---

---

---

---

---

---

---

**Sättigung**

---

---

---

---

---

---

---

## A 36: Arbeitsblatt 27



### Wie fühlen sich Hunger und Sättigung an?

#### Hunger

Erste Anzeichen von Hunger:

- Unkonzentriertheit
- Gedanken an Essen
- ein flaes Gefühl in der Magengegend

Späte Zeichen für Hunger:

- Magen knurrt
- Übelkeit

Empfehlung: rechtzeitig reagieren und Nahrung aufnehmen und beobachten, ob sich etwas verändert.

#### Sättigung

Sättigung zu erkennen ist häufig schwieriger.

- gefühlsmäßige Befriedigung
- schwer
- warm
- müde
- wohligh

Quelle:

Baumer, V., Wunderer, E., Müller, E. (2008). Essverhalten und Purging-Verhalten, in: Wunderer, E., Schnebel, A. (Hrsg.), Interdisziplinäre Essstörungstherapie, Weinheim und Basel: Beltz, S. 143-199.

Mühlemann, P. (o.J.). Hunger und Sättigung. feel-ok.ch. [http://www.feel-ok.ch/de/CH/jugendliche/themen/ich\\_und\\_mein\\_gewicht/rund\\_ums\\_thema\\_essstoerungen/essen\\_und\\_gefuehle/essen\\_und\\_gefuehle/hunger\\_und\\_saettigung.cfm](http://www.feel-ok.ch/de/CH/jugendliche/themen/ich_und_mein_gewicht/rund_ums_thema_essstoerungen/essen_und_gefuehle/essen_und_gefuehle/hunger_und_saettigung.cfm). Stand: 16.01.2013.

Pudel, V., Westenhöfer, J. (2003). Ernährungspsychologie. Göttingen: Hogrefe.

## A 37: Arbeitsblatt 28



### Fazit

#### **Wie kann man Hunger und Sättigung wieder erlernen?**

Die Basis, um Hunger und Sättigung wieder zu erlernen, sind ausreichende Ernährung sowie eine feste Mahlzeitenstruktur. Ebenso wichtig ist es, sich Zeit für eine Mahlzeit zu nehmen und langsam / in einem angemessenen Tempo zu essen. Weiterhin braucht man Geduld. Es kann mehrere Monate dauern, bis die Körpersignale wieder verlässlich wahrgenommen werden. Essen nach Hunger und Sättigung ist eines der später bzw. zuletzt erreichten Ziele der Essstörungstherapie. Es dauert eine ganze Weile bis sich der Stoffwechsel und das Verdauungssystem normalisieren. Der Körper wurde meist eine lange Zeit auf Diät gesetzt und braucht Zeit um sich umzustellen.

Quelle:

Baumer, V., Wunderer, E., Müller, E. (2008). Essverhalten und Purging-Verhalten, in: Wunderer, E., Schnebel, A. (Hrsg.), Interdisziplinäre Essstörungstherapie, Weinheim und Basel: Beltz, S. 143-199.

## A 38: Arbeitsblatt 29



### Light-Produkte

#### Was bedeutet „light“?

Der Begriff „light“ bezeichnet Produkte, die weniger Zucker, Fett, Koffein, Alkohol oder Kohlensäure haben.

#### Was wird den Verbraucher mit Light-Produkten suggeriert?

- Aufgrund weniger Kalorien mehr essen zu können
- Der Verbraucher muss sein Ernährungsverhalten nicht ändern
- Schlankeit, Erfolg und Anerkennung
- Ohne nennenswerten Verzicht auf Geschmack und Genuss
- Durch den Kauf und Verzehr leistet man einen wesentlichen Beitrag zur eigenen Gesundheit

Quelle:

Diedrichsen, I. (1995). Humanernährung. Darmstadt: Steinkopf.

## A 39: Arbeitsblatt 30



### Nachteile von Lightprodukten

- Geben dem Körper keine verlässliche Auskunft über ihren Energiegehalt
- Sättigungsprozess wird gestört
- Der Körper durchschaut den „Schwindel“
- Er gibt sich nach Aufnahme eines Light-Produkts kurzfristig zufrieden
- Registriert jedoch, dass kaum Kalorien zugeführt wurden und signalisiert Hunger

Beispiel: Man trinkt ein Glas Cola-light und isst danach gierig einen Schokoriegel, da der Körper sich die Nährstoffe holt, die ihm die süße Light-Nahrung vorenthalten hat.

- Oft höherer Preis als normale Produkte
- Selten eine erhebliche Kalorienminderung
- Die Entscheidung für Light-Produkte ist selten mit einer tiefgreifenden Änderung der Ernährungsgewohnheiten verbunden
- Das eigentliche Produkt wird nur durch leichtere Variante ausgetauscht
- Die Lebensmittelauswahl zielt jedoch nicht auf eine vollwertige Ernährung ab
- In fettreduzierten Light-Produkten ist häufig mehr Zucker oder Salz enthalten, als Ausgleich für den fehlenden Geschmacksträger Fett
- Fett wird auf diese Weise eingespart aber keine Nahrungsenergie
- In anderen Light-Produkten wird Zucker durch Süßstoff ersetzt

Quelle:

Baumer, V., Wunderer, E., Müller, E. (2008). Essverhalten und Purging-Verhalten, in: Wunderer, E., Schnebel, A. (Hrsg.), Interdisziplinäre Essstörungstherapie, Weinheim und Basel: Beltz, S. 143-199.

Diedrichsen, I. (1995). Humanernährung. Darmstadt: Steinkopf.

Leitzmann, C. (2010). Die 101 wichtigsten Fragen. München: Beck.

## A 40: Arbeitsblatt 31



### Verkostung von Joghurts

#### Joghurt A

Beschreiben Sie, wie sich der Joghurt im Mund anfühlt.

---

---

---

Entscheiden Sie, ob es sich bei dem Joghurt um einen fetthaltigen oder fettreduzierten Joghurt handelt.

- fetthaltig  
 fettreduziert

#### Joghurt B

Beschreiben Sie, wie sich der Joghurt im Mund anfühlt.

---

---

---

Entscheiden Sie, ob es sich bei dem Joghurt um einen fetthaltigen oder fettreduzierten Joghurt handelt.

- fetthaltig  
 fettreduziert

Welcher Joghurt schmeckt Ihnen besser?

- Joghurt A  
 Joghurt B

Für welchen Joghurt würden Sie sich entscheiden?

- Joghurt A  
 Joghurt B

## A 41: Arbeitsblatt 32



### Verkostung von Käse

#### Käse A

Beschreiben Sie, wie sich der Käse im Mund anfühlt.

---

---

---

Entscheiden Sie, ob es sich bei dem Käse um einen fetthaltigen oder fettreduzierten Käse handelt.

- fetthaltig  
 fettreduziert

#### Käse B

Beschreiben Sie, wie sich der Käse im Mund anfühlt.

---

---

---

Entscheiden Sie, ob es sich bei dem Käse um einen fetthaltigen oder fettreduzierten Käse handelt.

- fetthaltig  
 fettreduziert

Welcher Käse schmeckt Ihnen besser?

- Käse A  
 Käse B

Für welchen Käse würden Sie sich entscheiden?

- Käse A  
 Käse B

## A 42: Arbeitsblatt 33



### Rahmenbedingungen Mahlzeitenplanung

Grundstruktur:

- **regelmäßiges Essen: ca. alle 2-4 Stunden**
- **4-6 Mahlzeiten pro Tag ( mindestens 2 Hauptmahlzeiten)**
- **spätestens 30-60 Minuten nach dem Aufstehen die erste Mahlzeit**
- ausreichende Dauer der Mahlzeit: 20-30 Minuten für die Hauptmahlzeiten
- regelmäßig warme Mahlzeiten einplanen
- abwechslungsreich essen: keine Verbote
- ausreichende Portionsgrößen

.....darüber hinaus hilfreich:

- bei Bedarf, persönliche Rahmenbedingungen für Art und Weise des Essens festlegen
- Wenn ein unsicherer/unbekannter Tagesablauf bevorsteht: SPÄTESTENS am Vorabend planen
- Wenn möglich dem Essen oberste Priorität einräumen, d.h. im besten Fall erst die Mahlzeiten planen, dann die Termine
- Gibt es eine Lieblingsstruktur? Wenn ja, dann versuchen diese zu integrieren, falls nicht möglich „nicht die Flinte ins Korn werfen“! ⇒ Es gibt IMMER eine Lösung!
- Habe ich genug Vorräte im Haus, um mir alles, was ich brauche, von zu Hause mitnehmen zu können?
- Beim Verlassen des Haus: habe ich alle Lebensmittel dabei, die ich geplant habe?
- Wie viel Zufall kann ich vertragen?
- Den „worst-case“ durchdenken/im Blick haben
- Erinnerungshilfen schaffen:  
Handy/Wecker/PC/Timer/Verabredungen/Post-it/Talismann.....)
- Absprachen mit notwendig? .....wenn ja, mit wem/in welcher Form?
- Wer essen will, der findet Möglichkeiten!
- Bilanz ziehen: Essprotokolle mit Leitfragen  
(Was war gut? Was war nicht gut? Was soll anders werden?  
Kästchen-Schema: IST/SOLL gegenüberstellen

Quelle:  
Ernährungstherapie Schön Klinik Bad Bramstedt



## A 43: Arbeitsblatt 34



### Fallbeispiele Mahlzeitenplanung

1. Sie machen einen Tagesausflug (Abfahrt 10.00 Uhr) nach Kiel. Dafür stehen Sie um 8,30 Uhr auf und bereiten sich auf den Tag vor. Der Tagesausflug endet um 18 Uhr. Es sind keine festen Mahlzeiten eingeplant. Am Abend sind Sie bei einer Freundin zum Geburtstag eingeladen: Es gibt ein italienisches Buffet.....
2. Sie waren am Vorabend lange feiern. Dem entsprechend schlafen Sie sehr viel länger als sonst. Für den restlichen Tag gibt es keine weiteren Pläne.....
3. Sie absolvieren einen regulären Arbeitstag und wollen Abends im Anschluss mit einer Freundin ins Fitnessstudio. Ihre Arbeitszeiten sind 8.30 Uhr bis 17.00 Uhr. Die Fahrtzeit zur Arbeit beträgt 30 Minuten. Verabredet sind Sie um 18 Uhr. Nach dem Sportkurs (18.30 bis 20.00 Uhr) wollen Sie noch kurz in die Sauna, so dass Sie gegen 21 Uhr fertig sind. Um 21.45 Uhr sind Sie dann endlich zu Hause.
4. An zwei anderer Arbeitstagen haben Sie Schichtdienst. Das heißt Sie fangen um 13.30 Uhr an und arbeiten bis 21.30 Uhr. Am nächsten Tag haben Sie direkt wieder Frühdienst von 6.30 Uhr bis 14.30 Uhr. Bei der Arbeit gibt es keine Kantine und kein Bistro. Wie planen Sie diese beiden Tage?
5. Sie haben einen Tag Urlaub und sind komplett verplant. Um 11 Uhr treffen Sie sich zum Frühstück mit einem Freund in der Stadt. Danach wollen Sie gemeinsam shoppen gehen und am Spätnachmittag in ein Musikal. Die Vorstellung läuft von 16 bis 18 Uhr. Am Abend sind Sie mit einer Freundin zum Essen gehen um 20 Uhr verabredet. Anschließend wollen Sie noch in eine Bar und in eine Disko. Es wird spät.....
6. Planen Sie Ihren eigenen Tag! Wie werden Ihre Abläufe zu Hause sein?