



BACHELORARBEIT

Die pflegerische Unterstützung von Menschen mit einer Körperschemastörung

Vorgelegt am 13.06.2019

Lena Lisiewicz

- 1. Prüferin: Prof. Dr. Uta Gaidys**
- 2. Prüferin: Katrin Behrens**

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

Zusammenfassung

Problembeschreibung: Das Problemfeld Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ist in den letzten Jahrzehnten sehr präsent geworden. Die Patienten*innen benötigen aufgrund ihrer ausgeprägten Krankheitssymptomatik häufig eine stationäre Therapie. Um der hohen Rückfallrate entgegenzuwirken wäre es für die Betroffenen wichtig, die Erkenntnisse und erarbeitete Strategien nicht auf die Therapiesitzungen zu beschränken, sondern diese im alltäglichen Leben anzuwenden und zu vertiefen. Examinierte Pflegekräfte könnten die Patienten*innen hierbei nach dem stationären Aufenthalt, im Rahmen einer spezialisierten ambulanten Betreuung unterstützen. Es ist jedoch fraglich, inwieweit diese Aufgaben von der Pflege bereits übernommen werden und mit welchen pflegerischen Interventionen dieses Ziel zu erreichen ist.

Untersuchungsfragen: Welche Pflegeinterventionen können nach Wahrnehmung von Pflegenden dazu beitragen, die Essstörung bei Patienten*innen mit einer Körperschemastörung zu reduzieren?

Wie kann eine ambulante pflegerische Betreuung nach Wahrnehmung von Pflegenden, im Anschluss an einen stationären Aufenthalt, dazu beitragen, dass die Rückfallquote von Essstörungspatienten*innen mit einer Körperschema-störung reduziert wird?

Methode: Es werden 6 Leitfadengestützte Interviews mit examinierten Pflegenden von unterschiedlichen Essstörungsstationen in Hamburg geführt. Die Inhalte der Interviews werden mit Hilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring zusammengefasst und hinsichtlich der Untersuchungsfragen analysiert. Weiter werden die Interviewergebnisse der aktuellen Literatur gegenübergestellt und kritisch betrachtet um die Untersuchungsfragen zu beantworten.

Ergebnisse: Die pflegerischen Maßnahmen stellen für Anorexie- und Bulimiepatienten*innen einen bedeutsamen Aspekt in der stationären Therapie dar. Eine besonders wichtige Aufgabe der Pflege ist hierbei die Essensbegleitung. Auch Bezugspflegegespräche spielen für die Patienten*innen eine wichtige Rolle um aktuelle Ereignisse besprechen und reflektieren zu können. Hinsichtlich der ambulanten Betreuung durch examinierte Pflegekräfte lässt sich vermuten, dass diese dazu beitragen könnte die Rückfallquote zu reduzieren. Hierbei könnte die Alltagsgestaltung rund um das Thema Ernährung aufgegriffen werden. Weiter kann auf diese Weise stationär Erlerntes auch im häuslichen Umfeld gemeinsam vertieft werden.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Problembeschreibung	1
1.2.	Forschungsziel.....	3
1.3.	Forschungsfragen	4
2.	Methode.....	4
2.1.	Systematische Literaturrecherche	4
2.2.	Qualitative Datenerhebung und -auswertung.....	5
3.	Ergebnisdarstellung.....	7
3.1.	Erläuterung des Krankheitsgeschehens	7
3.1.1.	Körperschemastörung am Beispiel von Anorexie und Bulimie.....	8
3.1.2.	Begriffsbestimmung.....	9
3.1.3.	Therapieansätze	12
3.2.	Ergebnisse der Interviews.....	15
3.2.1.	Eine große Überwindung	16
3.2.2.	Kontinuum zwischen Motivation und Kontrolle.....	19
3.2.3.	Ein schmaler Grat zwischen Heimkehr und Rückfall.....	23
3.2.4.	Fachliche Unterstützung bei der Alltagsbewältigung.....	25
3.2.5.	Umsetzungsmöglichkeiten eines spezialisierten Pflegedienstes	28
4.	Diskussion	31
5.	Limitation	38
6.	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	39
7.	Literaturverzeichnis.....	42
	Anhang.....	I
	Eidesstattliche Erklärung	XIV

1. Einleitung

1.1. Problembeschreibung

In den letzten Jahrzehnten ist das Problemfeld „Essstörungen“ sehr präsent geworden. Zu ihnen zählen unter anderem die Anorexia nervosa (Magersucht) und die Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) (AWMF, 2018).

In der Zeit von 2000 bis 2016 ist die Zahl der diagnostizierten Fälle einer Anorexia nervosa in den deutschen Krankenhäusern von 5.363 auf 7.764 gestiegen. Dies ergibt eine Zunahme von 44,77% in 16 Jahren. Auch die Erkrankungsrate an der Bulimia nervosa ist nicht zu unterschätzen. Derselben Statistik zufolge lag die Zahl der diagnostizierten Fälle in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2016 bei 1.949 Fällen (Statista, 2019). In der Praxis zeigt sich überdies, dass ein Großteil der Betroffenen einer „nicht näher bezeichneten Essstörung“ zugeordnet wird. Hierzu gehören Störungsbilder, welche von denen der klassischen Essstörungen abweichen (AWMF, 2018). Ein hoher Prozentsatz der Erkrankungen bleibt hierbei zudem unentdeckt, sodass die Dunkelziffern hoch sind. Vermutungen zufolge liegen diese bei 50-70% (Reich, Cierpka, 2010). Dies betrifft besonders Bulimia nervosa. So liegt die reelle Zahl der Erkrankungen an Bulimia nervosa sogar höher, als der der Anorexia nervosa (Hoek, 2006).

Die Erkrankung an Anorexie ist mit einer Körperschemastörung verbunden. Auch die Erkrankung an Bulimie ist häufig mit einer solchen Störung gekoppelt. Dies betrifft besonders Patienten*innen mit einer schweren Symptomatik (Salbach-Andrae et al. 2010). Eine Körperschemastörung oder auch Körperbildstörung ist eine Leibgefühlsstörung. Das Wahrnehmungsbild des eigenen Körpers ist bei den Betroffenen verzerrt. Sie empfinden sich selbst als zu dick obwohl dies nicht der Realität entspricht. (Dilling et al. 2015).

Die negative Einstellung zum eigenen Körperbild sowie die Angst davor, an Gewicht zuzunehmen, weisen auf die Ähnlichkeit beider Störungsbilder hin (Vocks et al. 2018). Aus diesem Grund liegt der Fokus dieser Arbeit auf diesen beiden Formen der Essstörungen.

Der erste Krankheitseintritt einer Anorexie betrifft zumeist Frauen im Alter von 10 bis 25 Jahren. Das häufigste Eintrittsalter liegt bei 13 bis 16 Jahren. Der Krankheitseintritt einer Bulimie beginnt im Vergleich im Schnitt etwas später. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer. Jedoch sind auch immer mehr Männer mit strenger Inzidenz betroffen (BZgA, o.J.).

Kremser (2011) zitiert Hebebrandt und Herpertz-Dahlmann, dass der Auftritt einer Essstörung in der pubertären Phase mit zwei Temperamentsfaktoren zusammenhängt: Dem negativen Affekt (depressive Symptomatik) und einer hohen Persistenz (großes Durchhaltevermögen, Zähigkeit bei einer Sache zu bleiben) (Kremser, 2011).

Anorexie wird als gefährlichste Form der Essstörungen bezeichnet, da die Mortalitätsrate bei bis zu 15-20% liegt (Haupt; Gouzoulis-Mayfrang, 2016). Sie kennzeichnet sich durch das krankhafte Bedürfnis an Gewicht zu verlieren. Um dieses Ziel zu erreichen, bedienen sich die Betroffenen extremer Methoden, wie der Reduktion der Nahrungsaufnahme auf ein Minimum, Laxantienabusus, selbstinduziertes Erbrechen und übertriebene körperliche Aktivitäten. Dieses Verhalten führt zu starkem Untergewicht, welches laut Diagnosekriterien mindestens 15% unter dem Normalgewicht liegt (Dilling et al. 2015).

Während bei der Erkrankung an Anorexie nahezu komplett auf Nahrung verzichtet wird, treten bei der Erkrankung an Bulimie Heißhungerattacken mit darauffolgendem selbstinduziertem Erbrechen auf. Betroffene leiden unter großer Angst durch die Essanfälle zuzunehmen und setzen daher selbstinduziertes Erbrechen und weitere Maßnahmen ein, um der Gewichtszunahme entgegenzuwirken (Dilling et al. 2015).

Verschiedene Interviews (Hans, 2007; Pylypchuk, 2012) mit Betroffenen zeigen, dass sie ab einem bestimmten Zeitpunkt häufig wissen, dass sie eine Erkrankung haben. Trotzdem empfinden sie sich oft nicht als krank oder wollen der Erkrankung nicht entgegensteuern.

In einem Interview von Spiegel-Online sagt eine Anorexiiebetroffene beispielsweise: *„sich als krank zu empfinden und zu wissen, dass man krank ist, ist für mich ein Unterschied. Ich weiß, dass es nicht gesund ist, was ich mache und dass Magersucht eine Krankheit ist, aber ich empfinde mich nicht als krank“* (Hans, 2007, S.1). Hier wird das Auseinanderbrechen von Emotionen und Kognition der Betroffenen deutlich. Durch dieses Wissen und die fehlenden Emotionen können diese Erkrankungen sehr oft lange therapeutisch unzugänglich bleiben.

Beide Formen der Essstörungen ziehen schwere körperliche Folgen nach sich. Häufig ist eine stationäre Therapie unumgänglich. Dies betrifft insbesondere die Patienten*innen mit einer ausgeprägten Essstörungssymptomatik (Haupt; Gouzoulis-Mayfrang, 2016).

Psychosomatische Kliniken beschreiben, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen der Pflege und den Therapeuten bestehe. So würden Betroffene durch einen eigenen therapeutischen Anspruch und beispielsweise dem System der Bezugspflege unterstützt werden (Psychosomatische Klinik, o.J).

Jedoch besteht die Gefahr, dass die Patienten*innen in alte Verhaltensweisen zurückfallen, sofern sie aus der Klinik entlassen werden. Insbesondere Patienten*innen mit Anorexia nervosa fallen nach dem stationären Aufenthalt durch eine hohe Rückfallquote auf (Herpertz-Dahlmann; Zwaan, 2011). Für sie wäre es also wichtig, die Erkenntnisse und erarbeitete Strategien nicht auf die Therapiesitzungen zu beschränken, sondern diese im alltäglichen Leben anzuwenden und zu vertiefen.

In Deutschland gibt es ambulante Pflegedienste, welche für die Versorgung und Begleitung psychiatrischer Patienten*innen zuständig sind (Hemkendreis; Volker, 2014). Der Recherche zufolge scheint es jedoch keine Pflegedienste zu geben, welche sich auf Patienten*innen mit Essstörungen spezialisiert haben. Demnach ist zweifelhaft ob die Pflegenden den Herausforderungen der Krankheitsbilder Anorexie und Bulimie gewachsen sind.

Laut Professionsdefinition des International Council of Nurses beschäftigt sich Pflege unter anderem mit der Versorgung und Betreuung von Menschen aller Altersgruppen, in unterschiedlichen Versorgungssettings. Sie beinhaltet die „Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten“ sowie die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse von zu pflegenden Personen (ICN, 2002). Diese Definition beinhaltet auch die Erfahrungen mit einer Krankheit im alltäglichen Leben.

Ausgehend von dieser Definition haben Pflegenden den besonderen Auftrag, therapeutisch im Lebensalltag der Patienten tätig zu werden. Bei Patienten mit Essstörungen bedeutet dies auch, die Patienten*innen im Alltag durch anleitende und beratende Tätigkeiten zu unterstützen.

Es ist jedoch fraglich, inwieweit diese Aufgaben bisher von der Pflege übernommen werden und mit welchen pflegerischen Interventionen Pflegenden dieses Ziel erreichen können.

1.2. Forschungsziel

Das Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, welche Bedeutung pflegerische Arbeit für Essstörungspatienten*innen mit einer Körperschemastörung hat. Im Rahmen dessen soll dargelegt werden, welche pflegerischen Interventionen aus Sicht von examinierten Pflegekräften dazu beitragen können, die Essstörung bei Patienten*innen mit einer Körperschemastörung zu reduzieren.

Weiter soll aufgezeigt werden, inwieweit eine ambulante Betreuung durch spezialisierte Pflegekräfte nach der stationären Therapie dazu beitragen kann, dass die Rückfallquote von Essstörungspatienten*innen mit einer Körperschemastörung reduziert wird.

Ausgehend von dieser Informationsbeschaffung können in einem weiteren Schritt Handlungsempfehlungen erarbeitet werden. Diese dienen als Grundlage für den Ausbau einer spezialisierten ambulanten pflegerischen Betreuung der Patienten*innen im Anschluss an die stationäre Therapie. Auf diese Weise können Betroffene dabei unterstützt werden, ihre Erkenntnisse aus dem stationären Aufenthalt im alltäglichen Leben anzuwenden.

1.3. Forschungsfragen

Um die einzelnen Elemente der Untersuchung gleichermaßen zu berücksichtigen wurden folgende Forschungsfragen entwickelt:

- Welche Pflegeinterventionen können nach Wahrnehmung von Pflegenden dazu beitragen, die Essstörung bei Patienten*innen mit einer Körperschemastörung zu reduzieren?
- Wie kann eine ambulante pflegerische Betreuung nach Wahrnehmung von Pflegenden, im Anschluss an einen stationären Aufenthalt, dazu beitragen, dass die Rückfallquote von Essstörungspatienten*innen mit einer Körperschema-störung reduziert wird?

2. Methode

In diesem Kapitel wird die Herangehensweise zur Beantwortung der Forschungsfragen beschrieben. Hierdurch soll ermöglicht werden, die einzelnen Arbeitsschritte zur Erstellung dieser Arbeit nachzuvollziehen.

Zunächst wird die systematische Literaturrecherche erläutert. Sie dient dazu den aktuellen Forschungsstand darzustellen und die Informationsbeschaffung für die Begriffsbestimmungen aufzuzeigen. In einem weiteren Schritt wird die Vorgehensweise für die qualitative Datenerhebung und Evaluation beleuchtet. Für die Untersuchung der Wahrnehmung von examinierten Pflegekräften werden Experteninterviews durchgeführt und anschließend differenziert betrachtet und ausgewertet.

2.1. Systematische Literaturrecherche

Für die Bearbeitung der Thematik wird zunächst eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken „Pubmed“ und „CINAHL“ anhand der Fragestellungen durchgeführt.

Die Suche wird auf die Sprachen deutsch und englisch eingegrenzt. Die verwendeten Schlagwörter werden ins Englische übersetzt und mit den Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft.

Im Folgenden werden die Suchbegriffe aufgelistet:

Frage 1:

Deutsch	Wahrnehmung, Meinung, Auffassung, Sicht, Körperschemastörung, Körperbildstörung, Essstörung, Anorexie, Bulimie, Pflegeinterventionen, Pflegemaßnahmen, rezidiv, reduzieren, Mindern, minimieren, senken, verringern, vermindern
Englisch	View, opinion, idea, Perception, cognition, Disorder of body schema, disrupted working body schema, eating disorder, Anorexia, Bulimia, nursing intervention, nursing measure, nursing activities, nursing facilities, reduce, decrease, lower, lessen

Frage 2:

Deutsch	Ambulante Betreuung, Ambulante Pflege, ambulante Psychiatrische pflege, stationäre Behandlung, stationärer Aufenthalt, stationäre Therapie, Essstörung, Anorexia, Bulimia, Rückfall, Wiedererkrankung, rezidiv, reduzieren, Mindern, minimieren, senken, verringern, vermindern
Englisch	Outpatient care, ambulant care, inpatient care, inpatient treatment, inpatient stay, inpatient therapy, eating disorder, Anorexia, Bulimia, relapse rate, relapse, back disease, reduce, decrease, lower, lessen,

Ergänzend wird eine Handrecherche durchgeführt, um geeignete Literatur heranzuziehen. Hierzu werden die Schlagwörter in unterschiedlichen Kombinationen bei Google Scholar eingegeben. Um relevante, nicht freigegebene Literatur einzusehen werden die Autoren per E-Mail kontaktiert. Weiter werden die Kataloge der Fachbibliothek für Soziale Arbeit und Pflege an der HAW Hamburg, der Bücherhallen Hamburg, der Ärztlichen Zentralbibliothek in Hamburg und die der Staatsbibliothek Hamburg nach geeigneten Publikationen durchsucht. Die Literatur wird abschließend auf ihre Relevanz und Tauglichkeit hin untersucht.

2.2. Qualitative Datenerhebung und -auswertung

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wird ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Bisher liegt kaum quantifizierbares Material vor und es gibt scheinbar keine entwickelten Evidenzstandards für pflegerische Interventionen bei Essstörungspatienten*innen mit einer Körperschemastörung. Aus diesem Grunde wird in

dieser Arbeit der explorative Vorgang gewählt und ermittelt, was Pflegende bisher in Ihrem Arbeitsalltag umsetzen und wie sie dieses wahrnehmen.

Durch den qualitativen Ansatz kann die Wahrnehmung der Interviewteilnehmer (hier der examinierten Pflegekräfte), welche den Schwerpunkt dieser Arbeit darstellt, analysiert und dargelegt werden (Lamnek; Krell, 2016). Qualitative Interviews dienen der Erfassung von Erfahrungen und Meinungen der Befragten (Mayer, 2015).

Es werden halbstandardisierte Einzelinterviews mit examinierten Pflegekräften durchgeführt. Halbstandardisierte Interviews bieten einen Mittelweg zwischen einer offenen Befragung und einem standardisierten Interview. Ein offenes Interview ist sehr selbstgeleitet durch den*die Interviewteilnehmer*in und erschwert die Vergleichbarkeit der Aussagen. Das standardisierte Interview hingegen gibt den Teilnehmer*innen weniger Möglichkeiten, Erfahrungen selber zu berichten. Durch den Einsatz von halbstandardisierten Interviews wird ein Kompromiss geschlossen. Einerseits kann die Vergleichbarkeit hergestellt werden und andererseits wird eine explorative Vorgehensweise ermöglicht, um den Betroffenen Wort zu geben (Lamnek; Krell, 2016). Somit bekommen die Interviewpartner*innen die Möglichkeit, ihre eigene Wahrnehmung zu der beschriebenen Thematik auszudrücken.

Für die Befragung wird ein selbstentwickelter Interviewleitfaden verwendet, welcher im Anhang beigefügt ist. Er dient als Orientierung in den Befragungen (Mayer, 2015). Verwendet werden hauptsächlich offene Fragen. Diese ermöglichen es, individuelle und authentische Informationen für die Datenanalyse zu erhalten (Mayer, 2015).

Bei den Interviewpartner*innen handelt es sich um freiwillige Personen, welche als examinierte Pflegekraft auf einer Spezialstation für Essstörungen im Raum Hamburg arbeiten. Diese verfügen über Expertise im Handlungsfeld und sind gut mit der beschriebenen Problematik vertraut. Somit können sie die Auswirkungen pflegerischer Interventionen auf den Krankheitsverlauf kritisch betrachten. Die Stichprobe enthält 6 Teilnehmer*innen.

Für die Auswertung der Interviewdaten wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring herangezogen. Mit Hilfe dieser Methode können zentrale Inhalte herausgearbeitet werden. Der Vorteil ist das systematisch kontrollierte Vorgehen, welches die Nachvollziehbarkeit erhöht (Mayring, 2015).

Die relevanten Aussagen der Transkripte werden kodiert. Auf Grundlage der Inhalte werden Kategorien gebildet. Im nächsten Schritt werden die kodierten Aussagen, welche thematisch und inhaltlich zusammenhängen einer Kategorie zugeordnet. Für jede

Kategorie wird ein geeignetes Oberthema gefunden. Dieser Vorgang wird für jedes Interview durchgeführt (Mayer, 2015).

Zum Abschluss werden die Erkenntnisse in der Ergebnisdarstellung zusammengefasst. Die Ergebnisse werden daraufhin interpretiert und mit denen der einbezogenen Literatur verglichen. Auf diese Weise wird die Validität der Aussagen überprüft.

Die Kontaktaufnahme zu den Interviewpartner*innen erfolgt über ein Informationsschreiben, welches persönlich bei den Stationsleitungen der geeigneten Stationen eingereicht oder nach telefonischer Rücksprache per E-Mail zugesandt wird. So kann die schriftliche Information mit der persönlichen Kontaktaufnahme kombiniert und gegebenenfalls aufkommende Fragen direkt besprochen werden. Weiter können über die Stationsleitungen ein Großteil der Pflegekräfte erreicht werden. Der persönliche Kontakt soll zudem die Antwortquote erhöhen.

Die Teilnehmer*innen werden zunächst über den Nutzen der durchgeführten Studie informiert und auftretende Fragen werden geklärt. Weiter wird eine Einverständniserklärung bezüglich der Tonbandaufnahme ausgehändigt und von den Interviewteilnehmer*innen unterschrieben.

Die Interviews werden während der Arbeitszeit in einem separaten Raum in der Einrichtung durchgeführt und auf einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Im Rahmen der Datenanalyse erfolgt die Transkription der Tonbandaufnahmen. Eine Interviewtranskription wird beispielhaft im Anhang beigefügt. Bei der Transkription werden die Datenschutzbestimmungen eingehalten und alle persönlichen Daten pseudonymisiert. Die Transkription erfolgt nach den Regeln von Kuckartz (Kuckartz, 2018). Die Namen der Interview-partner*innen werden durch die Pseudonyme „A“, „B“, „C“, „D“, „E“ und „F“ ersetzt.

3. Ergebnisdarstellung

Unter diesem Kapitel werden sowohl die Ergebnisse aus der Literatur, als auch die Ergebnisse aus den Experteninterviews aufgezeigt.

3.1. Erläuterung des Krankheitsgeschehens

Um ein einheitliches Verständnis für die Thematik der vorliegenden empirischen Arbeit entwickeln zu können, wird in diesem Kapitel der theoretische Hintergrund dargestellt. Zunächst wird die Körperschemastörung im Kontext mit Anorexie und Bulimie erläutert

und die Begriffe Anorexie und Bulimie definiert. Weiter wird ein Einblick in die Behandlungsmöglichkeiten dieser Krankheitsbilder gegeben.

3.1.1. Körperschemastörung am Beispiel von Anorexie und Bulimie

Eine Körperschemastörung bezeichnet eine psychische Störung, bei welcher eine tief verwurzelte Angst vor dem „zu dick werden“ besteht (Dilling et al., 2015).

Wenngleich der Zusammenhang zwischen einer Körperschemastörung und einer Essstörung nachgewiesen werden konnte, ist es umstritten, ob eine Körperschemastörung als Entstehungsursache einer Essstörung dient oder ein Begleitsymptom darstellt. Gesteigerte Gewichtsorgen konnten jedoch als Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung identifiziert werden, sodass eine Körperschemastörung womöglich auch ursächlich ist. Es zeigte sich weiter, dass das Fortbestehen eines gestörten Körperbildes über die Normalisierung des Essverhaltens hinaus, das Rückfallrisiko erheblich steigert (Vocks, et al. 2018).

Patienten*innen mit einer Körperschemastörung haben ein verzerrtes Wahrnehmungsbild gegenüber ihrer Figur. Sie setzen sich eine niedrige Gewichtsgrenze und fühlen sich unabhängig von ihrem realen Körpergewicht zu dick. Weiter sind sie nicht in der Lage, ihre eigenen Körperdimensionen realistisch einzuschätzen. Die negative Einstellung zum eigenen Körper und die Angst vor einer Gewichtszunahme, zeigen sich als beständige Symptome beider Krankheitsbilder. Sie weisen zudem auf die Ähnlichkeit der beiden Erkrankungen hin (Vocks et al, 2018).

Schon in den frühen 60er Jahren erkannte die Essstörungstherapeutin Hilde Bruch, den Stellenwert des Körperbildes bei Patienten*innen mit Anorexia nervosa und beschrieb die Körperschemastörung als eines von drei Leitsymptomen. Grundlage für diese Erkenntnis war die Beobachtung von 12 Patienten*innen mit Anorexia nervosa über einen Zeitraum von 10 Jahren (Bruch, 1962). Heute ist bekannt, dass auch viele Bulimiepatienten*innen eine pathologische Wahrnehmung in Bezug auf ihren eigenen Körper und die eigenen Körperproportionen haben (Salbach-Andrau et al., 2010). Ein wesentlicher Unterschied lässt sich zudem in der Bewertung des jeweils eigenen Körperbildes erkennen. Während Anorexiepatienten*innen ihr Körperbild entpathologisieren und sich als „nicht zu dünn“ empfinden, tendieren Bulimiepatienten*innen, welche häufig normalgewichtig sind, dazu sich als zu dick zu empfinden und ihr Erscheinungsbild somit zu pathologisieren (Salbach-Andrae, et al. 2010).

Insgesamt sind Patient*innengruppen unzufriedener mit ihrem Körper als gesunde Menschen gleichen Alters. Sie zeigen stärkere Wahrnehmungsverzerrungen und meiden es

ihr Spiegelbild zu sehen oder bestimmte Körperpartien zu berühren (Reich, Cierpka, 2012). Anorektiker*innen und Bulimiker*innen versuchen zudem ihre körperbezogenen negativen Emotionen mit Hilfe von Vermeidungs- und Kontrollverhalten zu reduzieren (Salbach-Andrae et al. 2010).

3.1.2. Begriffsbestimmung

Nachfolgend werden die Krankheitsbegriffe Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erläutert. Da die Krankheitsbilder in der Literatur häufig zusammenhängend beschrieben werden (Salbach-Andrae et al. 2010; Reich, Cierpka, 2010), werden auch hier beide Krankheitsbilder gemeinsam erläutert. Spezifische Aspekte werden gesondert dargestellt.

Wie schon beschrieben, stellen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa zwei Unterformen von Essstörungen dar. Obwohl beide Erkrankungen mit einem pathologischen Ernährungsverhalten einhergehen, zeigt sich eine unterschiedliche Symptomatik.

Anorexia nervosa kennzeichnet sich durch einen selbsteingeleiteten Gewichtsverlust, welcher zu unterschiedlichen Schweregraden einer Unterernährung führt. Bulimia nervosa ist hingegen durch Essattacken, in Kombination mit einer andauernden Beschäftigung mit dem Essen und dem eigenen Körpergewicht charakterisiert. Extreme Maßnahmen sollen hierbei einer Gewichtszunahme entgegenwirken, sodass Betroffene unter anderem Erbrechen der Mahlzeiten herbeiführen (Vocks et al., 2018).

Wie Eingangs beschrieben, ist die Zahl der Anorexie- und Bulimieerkrankungen in den letzten Jahrzehnten gestiegen. Durch die hohen Dunkelziffern fallen die Prävalenzangaben in der Literatur sehr unterschiedlich aus (Smink et al. 2012). Im Durchschnitt wurden für Frauen im Alter von 15-24 Jahren folgende Prävalenzen ermittelt: 0,3% für Anorexie und 1% für Bulimie (Hoek, 2006).

Betroffene deren Störungsbilder von den Diagnosekriterien der Anorexie und Bulimie abweichen, werden im ICD-10 den „nicht näher bezeichneten Fütter- und Essstörungen“ zugeordnet (Dilling, 2015). Diese Gruppe erfasst mit 60% die größte Gruppe von Essstörungen, wobei hier nicht nur Patienten*innen mit Anorexie-, oder Bulimie-ähnlichen Symptomen erfasst werden (AWMF, 2018). Dennoch wird ersichtlich, dass die Zahl der Betroffenen deutlich höher liegt als die diagnostizierten Fälle.

Auch die Altersangaben für den häufigsten Eintritt der Erkrankungen werden nicht einheitlich beschrieben. Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zufolge, tritt die Erkrankung an Anorexie am häufigsten zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr und die Erkrankung an Bulimie zwischen dem 13. und 16. Lebensjahr auf (BZgA, o.J.). Einigung besteht in der Literatur darüber, dass Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer

(BZgA, o.J.; Salbach-Andrae, 2010). Diesbezüglich wird diskutiert, ob die Erkrankung auf Probleme bei der Bewältigung von Entwicklungs- und Reifeprozessen bei Frauen in der Adoleszenz zurückzuführen ist. So könnte auch das niedrige Eintrittsalter erklärt werden (Salbach-Andrae et al. 2010).

Die Entstehung einer Essstörung ist multifaktoriell bedingt. Sie ist in der Regel auf die Kombination aus prädisponierenden Faktoren und einem auslösenden Faktor zurückzuführen. Weiter bedingen aufrechterhaltende Faktoren, dass die Symptomatik anhält (Salbach-Andrae et al. 2010).

Zu den Prädisponierenden Faktoren zählen neben soziokulturellen und familiären Faktoren unter anderem auch bestimmte Charaktereigenschaften.

Weiter konnten die Charaktereigenschaften „negativer Affekt“ und „Persistenz“ mit der Erkrankung an Essstörungen in Verbindung gebracht werden. Persistenz steht hierbei für die Beharrlichkeit, bei einer Sache zu bleiben. Der negative Affekt steht für eine depressive Symptomatik (Kremser, 2011). Bei beiden Krankheitsbildern zählen depressive Störungen zu den häufigsten Komorbiditäten. Hierbei ist unklar ob diese ursächlich oder als Folge der Essstörung auftreten (Salbach-Andrae et al. 2010).

Zu den Charaktereigenschaften, welche als Einflussfaktoren für die Entstehung einer Essstörung identifiziert werden konnten, zählen ein niedriges Selbstwertgefühl und ausgeprägter Perfektionismus (Vocks et al. 2018).

Das Selbstwertgefühl Betroffener unterscheidet sich von gesunden Personen in der Ausprägung und in der Art und Weise dieses zu messen. Während die meisten Menschen ihren Selbstwert an der Leistung in unterschiedlichen Lebensbereichen, wie Arbeit oder Beziehungen festmachen, beurteilen sich Patienten*innen mit Anorexie oder Bulimie überwiegend anhand ihres Körpergewichtes und ihrer Fähigkeit, dieses aufrecht zu erhalten oder zu reduzieren (Fairburn, Harrison, 2003). Perfektionismus als Persönlichkeitsmerkmal beinhaltet, dass Betroffene sich an unrealistisch hohen Standards orientieren und sich utopische Ziele setzen. Die Ausprägung ist bei Anorexiepatienten*innen insgesamt stärker und kann die Ursache für ein schlechtes Therapieergebnis darstellen (Bardone-Cone et al. 2007). Folglich können diese Persönlichkeitsmerkmale dazu führen, dass Betroffene ein utopisch niedriges Zielgewicht als erstrebenswert empfinden und stellen begünstigende Faktoren für die Entstehung einer Essstörung dar.

Einen weiteren Risikofaktor machen familiäre Bedingungen aus. So können beispielsweise Verhaltensmuster wie Überbehütung, Konfliktvermeidung und Leistungsorientierung aber

auch fehlende Aufmerksamkeit und Impulsivität begünstigende Faktoren darstellen. Die familiären Strukturen spielen eine große Rolle bei der Identitätsfindung und der Entwicklung von Selbstbewusstsein (Salbach-Andrae et al. 2010). Zur Auswirkung der Familiendynamik auf die Entstehung einer Essstörung werden unterschiedliche Theorien diskutiert. So kann ein verändertes Essverhalten als Auflehnung gegenüber den Eltern und Kontrollmöglichkeit verstanden werden (Townsend, 2012).

Soziokulturellen Erklärungsansätzen zufolge wird ein Zusammenhang mit dem Schlankheitsideal der westlichen Industriegesellschaften vermutet, welches vor allem durch die Medien verbreitet wird. Auffällig sei hierbei, dass die Prävalenz der Erkrankungen in den westlichen Gebieten deutlich höher liegt. Die Verinnerlichung des vorgelebten Schlankheitsideales begünstigt hierbei die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (AWMF, 2018).

Prädisponierende Faktoren erhöhen das Risiko an einer Essstörung zu erkranken. Auslöser des Krankheitseintrittes ist jedoch zumeist ein einschneidendes Erlebnis. Beispiele hierfür sind Verlusterfahrungen und negative sexuelle Erlebnisse (Salbach-Andrae et al. 2010).

Nach dem Ausbruch der Erkrankung führen aufrechterhaltende Faktoren zu dem Fortbestehen der Essstörung. Bei anorektischen Patienten*innen kann dies zum Beispiel das Gefühl sein, den eigenen Körper zu kontrollieren. Bei bulimischen Patienten*innen ist ein Beispiel das Pathologisieren des eigenen Körpergewichtes und der anhaltende Versuch dieses zu reduzieren (Salbach-Andrae, 2010).

Den Diagnosekriterien des ICD-10 zufolge, erfolgt eine eindeutige Diagnose der Anorexie auf fünf zutreffenden Voraussetzungen (Dilling et al. 2015). Neben der Körperschemastörung ist Untergewicht ein weiteres Kriterium. Das Körpergewicht liegt hierbei mindestens 15% unter dem Normalgewicht. Zusätzlich wird der Gewichtsverlust von den Patienten*innen beispielsweise durch Verweigerung der Nahrungszufuhr oder übermäßige sportliche Aktivitäten selbst herbeigeführt. In Folge der Unterversorgung zeigt sich zudem eine Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Die äußert sich bei Frauen durch eine auftretende Amenorrhö und bei Männern durch einen Libido- und Potenzverlust. Bei einem Krankheitseintritt vor der Adoleszenz führt Anorexie zu verzögerten Entwicklungsschritten und kann einen Wachstumsstopp auslösen (Dilling et al. 2015).

Symptomatisch stellt die pathologische Angst vor Fettleibigkeit in Kombination mit einer übermäßigen Beschäftigung mit dem Körper im Fokus der Erkrankung. Auch die ununterbrochene Beschäftigung mit Nahrung und die Verweigerung dieser, weisen auf

eine Erkrankung an Anorexie hin. Ergänzend zeigt sich das Bedürfnis nach ausgeprägter Körperlicher Betätigung. Überdies treten neben der typischen Symptomatik vermehrt Zwangsverhalten, wie exzessives Händewaschen oder Angststörungen im Zusammenhang mit Anorexie auf (Towsend, 2012).

Die Kriterien für eine eindeutige Diagnose einer Bulimie, unterscheiden sich von denen der Anorexie (Dilling et al. 2015). Wie bei Anorexie, liegt der Erkrankung eine ständige Beschäftigung mit Nahrung zugrunde. Diese endet jedoch in Essattacken, bei welchen in kürzester Zeit große Nahrungsmengen konsumiert werden. Um die Essattacke zu kompensieren und einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken bedienen sich Betroffene gewichtsreduzierender Maßnahmen. Hierzu zählen selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienabusus sowie zeitweilige Hungerperioden. Bulimiepatienten*innen haben krankhafte Angst vor einer Gewichtszunahme und streben ein Körpergewicht deutlich unter dem Normalgewicht an. Häufig haben sie vor der Bulimie eine Episode der Anorexie durchlebt (Dilling et al. 2015).

Bulimiepatienten*innen erleiden während der Essattacken einen Kontrollverlust, welchen sie nicht in der Lage sind zu stoppen. Selbsthass und depressive Verstimmungen sind die Folge. Sie sind häufig normalgewichtig, als Folge des häufigen Erbrechens treten jedoch Dehydration und ein unausgeglichener Elektrolythaushalt auf (Towsend, 2012).

3.1.3. Therapieansätze

In diesem Kapitel werden die Inhalte einer Psychotherapie bei Patienten*innen mit Essstörungen in aller Kürze dargestellt. So wird ein grundlegendes Verständnis der Therapeutischen Inhalte aufgebaut. Weiter wird Bezug zu der ambulanten psychiatrischen Pflege aufgebaut.

Um für eine Therapie zugänglich zu sein, müssen Betroffene sich zunächst eingestehen, dass sie krank sind und sich bewusst dafür entscheiden die Essstörung aufzugeben. Nur so kann eine Therapie Erfolge erzielen (ANAD, o.J.). Als erster Anhaltspunkt stehen unterschiedliche Beratungsstellen zur Auswahl. Hier können Informationen über die Erkrankung und weitere Vorgehensweisen eingeholt werden. In Hamburg ist der Waage e.V. eine bekannte Anlaufstelle. Der Waage e.V (Fachzentrum für Essstörungen) in Hamburg dient als Informationsstelle für unterschiedliche Zielgruppen und kooperiert mit vielen Kliniken und Facheinrichtungen (Waage e.V., o.J).

In einem weiteren Schritt wird entschieden, in welchem Setting die Therapie stattfinden soll. Neben einer ambulanten Psychotherapie und einem stationären Aufenthalt auf einer Spezialstation für Essstörungen, gibt es auch die Möglichkeit an einer Tagesklinik

angebunden zu werden. Ergänzend stehen unterschiedliche Selbsthilfegruppen zur Auswahl (ANAD, o.J.). Sofern keine ausgeprägte Symptomatik, vitale Gefährdungen oder psychiatrische Komorbiditäten auftreten, kann die Psychotherapie häufig ambulant durchgeführt werden. Bei Anorexiepatienten*innen ist ein klinischer Aufenthalt aufgrund der ausgeprägten Symptomatik häufiger notwendig, als bei Bulimiepatienten*innen (Haupt; Gouzoulis-Mayfrang, 2016).

Bei der Therapie von Essstörungen stellt die Psychotherapie den Mittelpunkt dar. Hier werden in den meisten Fällen psychoedukative oder verhaltenstherapeutische Ansätze angewandt (Haupt; Gouzoulis-Mayfrang, 2016). Wegen der vielfältigen Ursachen und Auswirkungen auf unterschiedliche Lebensbereiche ist eine interdisziplinäre Begleitung durch unterschiedliche Berufsgruppen empfehlenswert. Auch im Rahmen einer ambulanten Therapie ist eine multiprofessionelle Betreuung ratsam. Eine ärztliche Begleitung ist aufgrund der körperlichen Folgen, welche aus dem Ernährungszustand resultieren, fast immer notwendig (ANAD, o.J.).

Um ein normales Essverhalten zu erreichen, werden zu Beginn einer Therapie Ziele mit der Patientin oder dem Patienten festgelegt und in einem Behandlungsvertrag niedergeschrieben. Zusätzlich werden Maßnahmen ausgewählt, um diese zu erreichen. Ein Ziel könnte beispielsweise eine festgelegte Gewichtszunahme innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes sein. Bei nicht Erreichen der Ziele folgen Konsequenzen, welche im Vorfeld zusammen festgelegt wurden (Haupt; Gouzoulis-Mayfrang, 2016).

Neben Maßnahmen zur Normalisierung des Essverhaltens und der Behandlung der psychischen Symptomatik, wie beispielsweise des niedrigen Selbstwertgefühles, gehört auch die Analyse der Ursachen für die Entstehung der Essstörung zu den Bausteinen der Psychotherapie (ANAD, o.J.). Häufig ist zusätzlich eine Familienpsychoedukation oder Familientherapie sinnvoll, um nachhaltige Erfolge bei der Krankheitsbewältigung zu erzielen (Haupt; Gouzoulis-Mayfrang, 2016).

Da die Wahrnehmung gegenüber dem eigenen Körperbild Auswirkungen auf die Therapieerfolge und das Rückfallrisiko hat, ist auch die Behandlung der Körperschemastörung ein ausschlaggebender Punkt für die Therapie von Anorektiker*innen und Bulimiker*innen. Daher setzt eine weitere Therapieform bei der Körperbildtherapie an. Hierbei sollen unterschiedliche Interventionen den Betroffenen ein gesundes Körperbild wiederbringen und die Wahrnehmung geschult werden (Vocks et al. 2018). Zusätzlich wird der Umgang mit emotionalen Spannungszuständen in der Therapie besprochen. Patienten*innen laufen Gefahr, die Spannungszustände durch pathologisches Essverhalten zu kompensieren. Um

dem entgegenzuwirken, erlernen sie Entspannungsverfahren und Möglichkeiten, die dabei helfen ihre emotionalen Zustände zu verarbeiten (Haupt; Gouzoulis-Mayfrang, 2016).

Da die Erkrankung an einer Essstörung Auswirkungen auf unterschiedliche Lebenssituationen zur Folge hat, kann eine Begleitung im alltäglichen Leben hilfreich sein. Diese Begleitung kann beispielsweise durch Sozialpädagogen*innen geleistet werden (ANAD, o.J.).

Im §36 Sozialgesetzbuch XI ist die Pflegesachleistung im häuslichen Setting definiert. Demnach hat Pflegehilfe unter anderem zum Ziel, die Patienten*innen zu Hause zu betreuen und in ihrem alltäglichen Leben zu unterstützen (§36 SGB XI Abs. 2). Es soll häusliche Pflegehilfe geleistet werden, um Einschränkungen der Pflegebedürftigen mit Hilfe von pflegerischen Interventionen zu mindern oder zu beseitigen. Zu den Aufgaben der Pflegenden gehört laut §36 SGB XI, den Patienten*innen „Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen, bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung“ (§36 SGB XI, Abs. 2) zu bieten.

Hieraus lässt sich ableiten, dass auch eine ambulante pflegerische Begleitung für Patienten*innen mit Anorexie und Bulimie geeignet ist. So könnte diese ergänzend zu der ambulanten Psychotherapie hilfreich sein, um die Betroffenen dabei zu unterstützen, sich nach einem stationären Aufenthalt im alltäglichen häuslichen Umfeld zurechtzufinden

Im § 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI wird zudem die Pflegebedürftigkeit definiert. Der Definition zufolge zählen auch Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zu möglichen Gründen einer Pflegebedürftigkeit. So werden Personen eingeschlossen, welche durch kognitive oder psychische Beeinträchtigungen ihren Alltag nicht selbstständig bewältigen können (§ 14 SGB XI, Abs. 2). Es lässt sich schlussfolgern, dass diese Definition der Pflegebedürftigkeit die Anorexie- und Bulimiepatienten*innen mit einbezieht. Dies gilt insbesondere für Betroffene mit einer schweren Krankheitssymptomatik. Im Falle einer stationären Therapie kann davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen eine schwere Symptomatik aufzeigen.

In Deutschland gibt es seit Mitte der 1980er Jahre spezielle ambulante Pflegedienste, welche sich auf die psychiatrische Pflege spezialisieren (Hemkendreis; Haßlinger, 2014). Die Voraussetzung ambulante psychiatrische Pflege beziehen zu können, ist hierbei die Verordnung durch einen Neurologen (Hemkendreis; Haßlinger, 2014). Die neueste „Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege: Psychiatrische häusliche Krankenpflege“ (GBA, 2018) wurde 2018 durch den gemeinsamen Bundesausschuss

veröffentlicht. Die Verordnung muss demnach einen Behandlungsplan enthalten, in welchem die Indikation, die Zielsetzung und die Behandlungsschritte enthalten. Zudem muss, sofern die Behandlung eine Dauer von 4 Monaten überschreitet, dieses im Behandlungsplan begründet und durch die Krankenkasse genehmigt werden (GBA, 2018). Die vielen Vorgaben erschweren es den Betroffenen Unterstützung durch eine psychiatrische Pflegekraft zu beziehen (Hemkendreis; Haßlinger, 2014).

Die ambulanten psychiatrischen Pflegedienste decken zudem unterschiedliche Krankheitsbilder ab (Hemkendreis; Haßlinger, 2014). Der Recherche zufolge scheint es in Deutschland zudem wenige dieser psychiatrischen Pflegedienste zu geben. So konnte kein ambulanter psychiatrischer Pflegedienst ausfindig gemacht werden, welcher explizit auf Essstörungen spezialisiert ist.

Ambulante psychiatrische Pflege bietet den Pflegenden die Möglichkeit für eigenverantwortliches Handeln und individuelle Arbeitsgestaltung. Sie kann mit den Patienten*innen eigene Inhalte zur Wiedererlangung der Selbstständigkeit besprechen und die Maßnahmen anpassen. Dies beinhaltet jedoch ein hohes Maß an Expertise (Hemkendreis; Haßlinger, 2014). Es ist fraglich, ob die Qualität der ambulanten psychiatrischen Pflege ausreichend gewährleistet werden kann und ob der derzeitige Bedarf einer pflegerischen Betreuung bei Anorexie- und Bulimiepatienten*innen gedeckt werden kann.

3.2. Ergebnisse der Interviews

Im Folgenden wird aufgezeigt, welche Inhalte aus den Interviews mit den Pflegenden hervorgegangen sind. Im Rahmen der Inhaltsanalyse nach Mayring wurden die Inhalte der Interviews in die Kategorien „Eine große Überwindung“, „Kontinuum zwischen Begleitung und Kontrolle“, „ein schmaler Grat zwischen Heimkehr und Rückfall“, „Fachliche Unterstützung bei der Alltagsbewältigung“ sowie „Umsetzungsmöglichkeiten eines spezialisierten Pflegedienstes“ unterteilt.

Die Inhalte werden zusammengefasst und durch aussagekräftige Zitate der Pflegenden untermauert. Zunächst wird aus Sicht der Pflegenden beschrieben, wie sie die Patienten*innen erleben und welchen Prozess sie durchlaufen. Weiter wird beschrieben, welche pflegerischen Aufgaben die Pflegekräfte auf Station ausüben und welche sie für besonders wirksam für die Therapie von Essstörungen halten. Nachfolgend wird aus der Sicht der Pflegenden dargestellt, welche Faktoren die entlassenen Patienten*innen zu einem Rückfall verleiten könnten. Zudem wird aus der Sicht der Pflegenden aufgezeigt, ob

sich mit Hilfe der Begleitung entlassener Patienten*innen durch einen spezialisierten ambulanten Pflegedienst eine Rückfallquote reduzieren lässt. Abschließend wird beschrieben, wie ein solcher Pflegedienst aus Sicht der Pflegenden gestaltet werden könnte und welche Aufgabenbereiche die Pflege übernehmen könnte.

3.2.1. Eine große Überwindung

Diese Kategorie ist wichtig, um ein Verständnis für die Situation der Patienten*innen zu entwickeln. Wie bereits erläutert, müssen sich Patienten*innen bewusst dafür entscheiden, die Essstörung aufgeben zu wollen. Die Inhalte dieser Kategorie zeigen, dass dieser Schritt für Betroffene eine große Überwindung darstellt und sie viel Durchhaltevermögen benötigen.

Zunächst wird aus Sicht der Pflegenden beschrieben, welchen Herausforderungen sich die Patienten*innen mit Anorexie und Bulimie im Allgemeinen stellen müssen, wenn sie eine stationäre Therapie beginnen. Weiter wird anhand konkreter Beispiele der Pflegenden dargestellt, wie sich eine erfolgreiche Therapie auf die körperliche und kognitive Verfassung der Patienten*innen auswirken kann.

Die Pflegenden betonen, dass es für die Patienten*innen zu Beginn des stationären Aufenthaltes besonders schwer ist, sich an das neue Umfeld und die Erwartungen zu gewöhnen: „[...] *Am Anfang ist es immer schwierig, sie muss hier erstmal ankommen*“ (A: 40). Sie hätten häufig große Schwierigkeiten, sich an die neuen Bedingungen anzupassen und benötigten gerade für die Esszeiten viel Durchhaltevermögen: „[...] *die Esszeit ist immer sehr, sehr schwer*“ (A: 47).

Weiter beobachten die Pflegenden, dass viele Patienten*innen kreisende Gedanken haben. Sie empfinden sich, unabhängig von ihrem realistischen Gewicht, als zu dick und sind diesem Gefühl ausgeliefert. Die Patienten*innen haben eine pathologische Sicht auf ihren eigenen Körper und müssen erst wieder erlernen ihren Körper realistisch einschätzen und akzeptieren zu können: „*weil die haben auch meistens Gedankenkreisen. Also sowas wie `ich werd zu dick`[...] und eben auch wichtig warum, dass sie wissen warum sie zunehmen. Aber auch zu lernen ihren Körper zu akzeptieren. Aber eben auch realistisch zu akzeptieren*“ (A: 63-66). Pflegende C beschreibt, dass sich Patienten*innen zu Hause mehrmals am Tag wiegen, um die Kontrolle über ihr Gewicht zu behalten. Sie würden die Gewichtszunahme beim Essen und die Gewichtsabnahme bei Aktivitäten kontrollieren. Auch diese Möglichkeit, Kontrolle zu erfahren, falle für sie auf der Station plötzlich weg: „[...] *die wiegen sich ja vor jedem Essen, nach jedem Essen und [...] vor jeder Bewegung,*

nach jeder Bewegung. Also das ist wirklich ganz, ganz (...) schwierig dann gestört und das dürfen sie hier dann halt nicht mehr“ (C: 91-93).

Je nachdem, ob es sich bei der Grunderkrankung um Anorexie oder Bulimie handelt, haben die Patienten*innen, so berichtet Pflegende A, teilweise seit Tagen nichts mehr gegessen und benötigen viel Zuspruch durch das Stationsteam, um sich wieder an Essenspläne halten zu können: *„Weil es ihnen eben schwerfällt, sich an Esspläne zu halten [...] hier anzukommen, hier zu essen, weil sie ja auch manchmal tagelang vorher nichts gegessen haben. Und ja, ist viel Motivationsarbeit“ (A: 42-50).* Dieser Herausforderung können nicht alle Patienten*innen standhalten: *„Aber nicht alle schaffen das. Einige brechen auch im Verlauf ab“ (A: 51).*

Pflegende E teilte ihre Beobachtung, dass viele Patienten*innen im Laufe der Therapie zunächst weiter abnehmen und es sich selber nicht eingestehen können. Sie seien nicht mehr in der Lage diese Gefühle zuzulassen, weil sie in der Erkrankung so weit fortgeschritten seien: *“Oder wenn die dann auch weiter abnehmen, [...] die sehen das ja nicht, das ist ja auch deren Krankheit. Das sie das halt nicht zugeben. [...] Dass sie auch bewusst abnehmen, [...] weil das Gehirn dann ja auch schon nicht mehr so funktioniert“ (E: 24-28).*

Ein Aspekt, welcher für den Erfolg der Therapie häufig eine große Rolle spiele, sei die Integration in der Gruppe. Viele Patienten*innen würden den Pflegenden gegenüber äußern, dass es ihnen leichter fällt in der Gruppe zu Essen und dass es ihnen hilft den Kontakt zu ihren Mitpatienten*innen zu suchen. So würden sich die Patienten*innen gegenseitig motivieren und beim Essen unterstützen. Andere Patienten*innen seien sehr isoliert und könnten sich der Gruppe gegenüber gar nicht öffnen: *“Also ist der Patient zum Beispiel sehr isoliert? Auch dadurch, dass er sich gar nicht so zeigen kann oder mit der Essstörung sich isoliert [...] Oder gibt es eher so ein Gefühl von `einer für alle, alle für einen`, wo es sich dann leichter isst [...]. Da sagen Patienten dann schon, dass es leichter ist zu Essen in der Gemeinschaft“ (F: 40-15).*

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie der Prozess der Patienten*innen im Laufe der stationären Therapie verlaufen kann. Dies wird aus Wahrnehmung von zwei Pflegenden am Beispiel von zwei anorektischen Patientinnen dargestellt.

Pflegende F berichtet, dass eine Patientin zu Beginn der Therapie sehr viel Angst davor hatte, ihre Fassaden fallen zu lassen. Es sei ihr schwer gefallen sich zu zeigen, wie sie wirklich war. Die Patientin habe viel Zuspruch und Unterstützung benötigt um sich auf die Therapie einzulassen: *„Viel Anleitung von uns gekriegt von uns, in der ersten Zeit. Hat*

sehr viel Angst gehabt sich überhaupt auf die einzulassen und sich uns überhaupt zu zeigen. Zeigen dürfen, wie man wirklich ist. Fassaden fallen zu lassen und auch so angenommen zu werden“ (F: 57-60).

Im Verlauf habe sich die Patientin auf die Therapie einlassen können und sogar die Sonde freiwillig genommen. Mittlerweile habe sie den schwersten Teil überstanden und nehme ohne Sonde weiter zu: *„Mit richtig eintauchen auch mit Sonde [...] zu sagen `ich nehme die Sonde`. Ohne diesen ganzen Druck von außen dann. Die hat das dann geschafft dieses Tal zu durchschreiten und jetzt eigentlich ohne Sonde“ (F: 60-64).*

Die Patientin sei zu dem Zeitpunkt seit 18 Wochen auf der Station gewesen und habe viele Niederschläge durchlebt. Trotzdem habe sie langfristig kontinuierlich an Gewicht zugenommen: *„[...] dann ist das eine Patientin, die seit 18 Wochen hier ist, gerade, dann ist das ganz positiv. Die hat gut zugenommen mit aufs und abs. Aber kontinuierlich schon nach oben“ (F: 55-57).*

Eine weitere Pflegende beschreibt, dass sich im Falle einer erfolgreichen Therapie nicht nur der körperliche, sondern auch der kognitive Zustand teilweise sehr verändere. Auch sie berichtet beispielhaft von einer Patientin, bei welcher vor allem die Konzentrationsfähigkeit sehr zugenommen habe: *„Zum einen äußerlich natürlich, aber auch kognitiv. Also, dass sich da wirklich viel verändert. Dass sie wacher ist, dass sie sich besser konzentrieren kann.“ (C: 18-19).* Die Patientin sei vor der Therapie nicht in der Lage gewesen, sich auf Gespräche zu konzentrieren und habe in den Gruppen teilweise zusammenhangslose Beiträge geliefert: *„Dass sie in Gruppen saß und gar nicht (..) also, dass sie wirklich Beiträge gesagt hat, die gar nicht zum Thema passten“ (C: 19-20).*

Es hat sich gezeigt, dass solche positiven Beispiele den Pflegenden ein gutes Gefühl geben und sie in ihrer Arbeit bestätigen: *„Das ist ein schönes Erleben dann, dass man das sieht, dass sie ruhiger geworden ist und klarer. Ja. Und dass was ankommt, also dass man das merkt“ (C: 21-26).*

Trotzdem ist es wichtig, im Hinterkopf zu behalten, dass eine erfolgreiche Therapie keine Heilung der Erkrankung bedeutet. Viele Patienten*innen werden nach dem Abschluss der Therapie rückfällig und kommen wieder auf Station: *„Und wir haben ja auch viele die wiederkommen. Manche nach einem Jahr, manchmal nach vier oder fünf Jahren aber die kommen wieder“ (C: 240-241).*

3.2.2. Kontinuum zwischen Motivation und Kontrolle

Pflegekräfte, welche mit Patienten*innen zusammenarbeiten die eine Essstörung haben, müssen sich vielen Herausforderungen stellen. Die pflegerischen Aufgabenfelder sind mit einem ständigen Wechsel zwischen „Motivation“ und „Kontrolle“ der Patienten*innen einhergehend. Um die Balance zwischen diesen beiden Bereichen zu halten, bedarf es viel Fingerspitzengefühl und Geduld.

Um welche Aufgabenbereiche es sich hierbei handelt und welche aus Sicht der befragten Pflegenden besonders wirkungsvoll erscheinen, wird in dieser Kategorie dargestellt.

Der Stationsalltag beginnt auf allen einbezogenen Stationen mit der Überprüfung unterschiedlicher Vitalzeichen und gegebenenfalls einer Blutentnahme. Hierbei wird zudem der erste Kontakt hergestellt und erste Gespräche angeboten: *„Die Patienten zu wecken, die Vitalzeichenkontrolle, [...] die medizinischen Sachen [...] und auch für Kurzkontakte“* (D: 36-45).

Je nach Station beschreiben die Pflegenden, dass es ein bis zwei Wiegetage in der Woche für Patienten*innen mit Anorexie und Bulimie gibt: *„Wir wiegen unsere Anorexiopatienten oder Bulimiepatienten jede Woche einmal und bei Bedarf, wenn's nötig tut auch öfters“* (A: 9-10). Dieser Aufgabe komme bei der Arbeit mit Patienten*innen mit Essstörungen eine besondere Rolle zu. Für die Patienten*innen sei das Wiegen mit vielen Emotionen verbunden und habe je nach Gewicht positive oder negative Konsequenzen zur Folge: *„das ist natürlich immer sehr aufregend. Da sind sie dann am Abend vorher auch oft schon sehr aufgereggt, einfach weil davon dann meistens auch einfach Konsequenzen abhängen, also positive oder negative“* (C: 34-37).

Neben dem Wiegen ist krankheitsbedingt das Essen ein großes Thema auf den Stationen. *„Die Patienten bekommen bei Aufnahme einen Essplan und der wird dann langsam im Verlauf gesteigert [...] sie sollen sich möglichst an ihren Essplan halten“* (A: 16-17).

Ein großes Aufgabenfeld der Pflegenden stellt die Essensbegleitung dar. Die Essensbegleitung ist eine besonders wichtige Aufgabe: *„[...] weil ja sichergestellt wird, dass sie essen müssen“* (B: 90). Sie findet auf den meisten Stationen bei jeder Mahlzeit statt. Auf einer Station findet das Mittagessen an Wochenenden und Feiertagen ohne Begleitung statt, sodass die Patienten*innen lernen eigenverantwortlich zu handeln: *„Dann geht's weiter mit Mittagessen, was begleitet wird [...] Werktags. An Wochenenden und an Feiertagen nicht, auch ganz bewusst nicht. Also dann üben sie auch mal ganz alleine“* (F: 19-21).

Die Essensbegleitung beinhaltet eine Vorbesprechung, das Essen an sich und eine Nachbesprechung. Die Vor- und die Nachbesprechung stellen hierbei sehr wichtige Aspekte dar. Es wird über die Gefühle der Patienten*innen vor dem Essen gesprochen und zum Abschluss reflektiert, wie es ihnen nach danach geht: *„[...]Vorbesprechung. Da wird dann geguckt wie ist der Hunger, Appetit des einzelnen Patienten. Wir versuchen sie dann zu motivieren [...]danach ist dann die Nachbesprechung [...] wie ist es dem Patienten ergangen, wie fühlt er sich oder hat er alles aufessen können“* (A: 11-22).

Pflegende E berichtet, dass Patienten*innen häufig eine verfälschte Wahrnehmung in Bezug auf ihre Ernährung haben und nicht wissen, welche Portionen physiologisch sind. Auch deshalb benötigten sie Unterstützung: *„[...] dass man eben dabeisitzt und denen Mengenangaben sagt. Wie viel die Essen sollen. Was eine normale Portion ist“* (E: 330-31).

Bei den Gesprächen über die Essensbegleitung wird die nötige Balance zwischen Motivation und Kontrolle der Patienten*innen durch die Pflegenden besonders deutlich. Zu der Essensbegleitung gehört neben der Begleitung und Motivation zum Essen auch das Begrenzen von pathologischen Verhaltensweisen.

Der Interviewpartner*innen zufolge, zeigen Patienten*innen mit Anorexie oder Bulimie häufig unterschiedliche Verhaltensmuster, um sich der Nahrungsaufnahme zu entziehen oder diese stark zu reduzieren. Die plötzliche Kontrolle dieser Strategien durch eine fremde Person sei für die Patienten*innen sehr schwer auszuhalten und somit für die Pflegenden eine fordernde Aufgabe: *„Und wir begrenzen da auch Verhalten während des Essens. Also da gibt's ja Strategien, dass die Patienten das Essen zerstückeln, dass sie auch versuchen was verschwinden zu lassen [...] versuchen viel zu trinken, damit es besser dann wieder rauskommt [...], dass wir sagen `so, jetzt bitte mal wieder auf sich konzentrieren, aufs Essen konzentrieren`. Und ich glaub das ist ein ganz, ganz wichtiger Punkt [...] Das ist auch das Schwierigste für viele am Anfang. Das es kontrolliert wird. Also das ist eine unangenehme Situation für viele [...]“* (C: 79-87).

Bei besonders schwerwiegenden Verhaltensmustern, entgegnet Pflegende B, schließt an die Essensbegleitung eine einstündige Sichtkontrolle an, um sicherzustellen, dass das Essen beispielsweise nicht erbrochen wird *„Und dann auch [...] die Sichtkontrolle, dass sie danach nicht erbrechen können zum Beispiel“* (B: 91-93).

Auch die Esstagebuchbesprechung gehöre zu den Aufgabengebieten der Pflege. Teilweise finde diese im Zuge der Essensbegleitung statt, teilweise auch unabhängig davon in Einzelgesprächen. Bei der Esstagebuchbesprechung stehe die Wahrnehmung der

Patienten*innen im Fokus. Es gehe hierbei auch darum, wie sie sich und ihren Körper wahrnehmen: *„Diese Esstagebuchbesprechung [...], wo es aber auch darum geht `Wie nehme ich meinen Körper wahr? [...] traue ich mich, mich anzufassen`? [...] oder müssen Spiegel abgehängt werden, weil man es gar nicht aushält. Oder auch zu besprechen, `welche Körperteile sind schwierig`? Also einmal für sie als Patient aber auch zu überlegen, `welche Körperteile stehen im Fokus der Pflegekraft, wenn sie mich anguckt`. [...]Ja und in dem Hinblick führen wir Gespräche“* (F: 102-105).

Bei der Frage, welche pflegerischen Interventionen für die Therapie besonders hilfreich seien, wird in den Interviews die Essensbegleitung ohne Ausnahme genannt.

Ein weiterer Therapiebaustein, welcher von den Pflegenden als besonders wichtig interpretiert wird, sind die unterschiedlichen Gruppen. Diese werden je nach Station und Thematik durch die Pflegekräfte oder durch Psychotherapeuten begleitet. Die Pflege übernehme hierbei überwiegend Gruppen für bestimmte Themen wie innere Anspannungen, Probleme mit dem Körpergefühl oder Probleme in der Alltagsbewältigung: *„wir haben die Einführungsgruppe zum Thema Anspannungen und Skills. [...] Und der zweite Teil dreht sich um Achtsamkeit und Gefühle. Das lernen die kennen und (..) also ja das machen wir“* (C: 55-58).

Teilweise würden auch Gruppen zum Thema Psychoedukation durch die Pflege übernommen. Hier würden die Patienten*innen über ihre Erkrankung und die damit verbundenen Gefahren aufgeklärt: *„Auch Psychoedukation was Essstörungen betrifft, also das heißt wir klären auf über die Gefahr [...] dass diese auch zum Tode führen kann. Sie werden mit ihrer Krankheit konfrontiert, was Sie ihrem Körper antun [...] Auch was sie ihrem Umfeld damit auch projizieren oder [...] zum Beispiel Schwierigkeiten einen Beruf zu erlangen, [...]“* (A: 83-90).

Die Leitung von therapeutischen Sitzungen und Gruppen, bei welchen es um die Aufarbeitung der Ursachen und Erlebnisse geht, seien hingegen Aufgabe der Psychotherapeuten: *“...von den psychologischen Therapeuten ist ihnen dann auch einer zugeteilt [...] die machen dann therapeutische Gruppen, wo es zum Beispiel darum geht Ursachen zu identifizieren und Erlebnisse aufzuarbeiten“* (A: 81-83).

Pflegende D berichtet von einer Gruppe, welche durch eine Pflegekraft und den Stationsarzt gemeinsam übernommen wird. In der Symptomzentrierten Gruppe gehe es um das „Symptom Essstörung“ und darum den Patienten*innen eine realistische Einschätzung zu ihrem Essverhalten zu geben: *„Dann sind wir in der SZG, das ist die Symptomzentrierte Gruppe wo es wirklich um das Symptom Essstörung [...]Also es ist [...] der Stationsarzt*

dabei und einer von der Pflege, um da auch nochmal eine Rückmeldung zu geben, weil die Patienten ihr Essverhalten natürlich deutlich anders einschätzen als wir das so tun“ (D: 38-42).

Eine weitere Pflegeintervention, welche von den Pflegenden auch immer wieder als besonders hilfreich beschrieben wird, sind die pflegerischen Gespräche.

Neben den bereits genannten Gesprächsbedarfen während der Essbegleitung, gehören zum Beispiel Bezugspflegegespräche zu den Aufgaben der Pflegenden. Je nach Station finden diese an festen Tagen oder bei Bedarf statt und dienen unter anderem der Besprechung von Zielsetzungen und Schwierigkeiten der Patienten*innen. Weiter werden Maßnahmen besprochen, um die Ziele zu erreichen oder Problemen entgegenzuwirken: *„Die Gespräche [...] jeder Patient [...] bekommt eine zuständige Pflegekraft und die führt zweimal die Woche, meistens so eine Stunde, ein Gespräch. Und da werden dann die Ziele festgelegt, jeder hat ja [...] individuelle Ziele oder eigene Problematiken werden dann besprochen und da werden dann Maßnahmen besprochen. `Wie kann ich zu meinem Ziel kommen? Was motiviert mich? [...] Wie kann ich mich ablenken`?“ (A: 57-63).*

Auch Krisengespräche, wenn die Patienten*innen beispielsweise weiter abnehmen, gehören zu den Aufgaben der Pflegenden: *„Oder wenn die dann auch weiter abnehmen, dass man da auch mit ihnen redet wie das denn sein kann“ (E: 24).* Wie bereits beschrieben kommt es bei einer erfolgreichen Therapie trotzdem häufig zunächst zur Gewichtsabnahme. Hier sei es besonders bedeutsam, dass die Pflegekräfte viel Geduld und Verständnis zeigen und mögliche Verhaltensweisen oder Lügen der Patienten*innen nicht persönlich nehmen würden: *„Also da muss man wirklich geduldig sein, weil gerade bei den anorektischen Patienten kann das Monate dauern bis überhaupt irgendwas passiert. [...], also wenn die Psychotherapie dann auch erfolgreich ist, [...] dass sie dann oft erstmal rückfälliger werden. Weil das was die erlebt haben sehr stark (..) Also, dass die sich öffnen und dann erstmal abnehmen [...] das ist halt immer dann ein Prozess und dass man da einfach auch als Pflegekraft dranbleibt und auch damit klarkommt, dass die vielleicht auch lügen [...]dass man da auch die Geduld hat und die auch immer weiter begleitet und ohne Vorbehalt. Das ist schon was ganz Wichtiges“ (E: 62-71).*

Weiter wird in den Interviews berichtet, dass die Patienten*innen viel Zuspruch und Unterstützung benötigen, um die Therapie erfolgreich abzuschließen: *„[...] Gespräche, die auch unterstützend im Alltag sind, ein bisschen so den Rücken stärken und ein bisschen den Patienten bewusst auch annehmen und sagen `du bist gut so. Und dass der Weg, der vor einem liegt, dass man den zusammen durchschreitet“ (F: 73-76).*

Bei akuten Themen seien die Pflegenden den Patienten*innen zudem für Kurzkontakte verfügbar. Pflegende C berichtet, dass Patienten*innen gerade nach der Körperbildgruppe häufig sehr belastet sind und Gesprächsbedarf haben. Bei den Kurzkontakten würden solche Emotionen und passende Skills besprochen um der inneren Anspannung entgegenzuwirken: „[...] oft sind die Patienten nach der [...] Körperbildgruppe sehr traurig oder belastet. [...] dann kommen die eben zu uns. Dann bieten wir Kurzkontakte an, wo wir uns mit denen zusammensetzen und sagen [...] was könnte jetzt helfen, müssen Sie sich ablenken oder müssen Sie nochmal ins Gefühl reingehen? [...] da wenden wir ja auch Skills an, damit die mit dem Gefühl klarkommen oder eben mit der Anspannung, die dann entsteh“ (C: 103-110).

Insgesamt wurde während der Interviews deutlich, dass das Aufgabenfeld der Pflegenden von Station zu Station unterschiedlich weit definiert ist. Während auf einigen Stationen auch therapeutische Übungen von den Pflegenden angeleitet werden, werden solche Interventionen auf anderen Stationen komplett an die Therapeuten weitergeleitet. Auf einigen Stationen werden beispielsweise Spiegelkonfrontationen und die Besprechung der Wahrnehmung von den Pflegenden übernommen. So solle den Patienten*innen ein realistisches Körperbild vermittelt werden: „Da machen wir dann auch Spiegelkonfrontation, das heißt, sie stehen dann in Unterwäsche vor dem Spiegel und müssen ihren Körper angucken. Und ihre Wahrnehmung wird dann besprochen und eben auch die Wahrnehmung von der Pflegekraft. Und wir versuchen dann [...] dass Sie eben sehen, dass sie eigentlich sehr, sehr dünn sind und nicht zu dick“ (A: 71-75). Eine Interviewpartnerin sagt hingegen: „Spiegelkonfrontation ist nicht unsere Aufgabe“ (D: 59).

3.2.3. Ein schmaler Grat zwischen Heimkehr und Rückfall

In dieser Kategorie wird dargestellt, welche Faktoren aus Sicht der Pflegenden dazu beitragen, dass die Patienten*innen mit Essstörungen nach der Entlassung aus einer stationären Therapie rückfällig werden. Aus den Interviews geht hervor, dass es häufig die gleichen Umstände sind, welche die Patienten*innen zurückwerfen.

Pflegende B sieht fehlende Entschlossenheit der Betroffenen als entscheidenden Faktor an. Diese sei wichtig, um die Erfolge aus der stationären Therapie nachhaltig aufrecht erhalten zu können, da die neuen Herausforderungen sehr kräftezehrend sind: „Wenn sie nicht entschieden sind. Das ist es häufig. Und dass die neuen Wege ja auch einfach sehr anstrengend sind“ (B: 118-119).

Zum anderen könne ein vermindertes Selbstbewusstsein ein Auslöser sein. Wenn das Selbstbewusstsein nicht gefestigt sei, könnten zum Beispiel Äußerungen aus dem Umfeld dazu führen, dass Betroffene verunsichert werden und einen Rückfall erleiden: „[...] ein vermindertes Selbstbewusstsein, was ja noch nicht so gestärkt ist und jemand im Umkreis [...] sagt, `du siehst zu dick aus` [...] einige die kein gutes Selbstbewusstsein haben fallen dann in so ein Loch und können damit eben nicht umgehen und haben dann einen Rückfall“ (A: 99-105).

Auch Stresssituationen würden einen häufigen Faktor darstellen: „Stress auf Arbeit, in der Ausbildung, Niederschläge, Verlust, wie der Tod eines Angehörigen [...]“ (A: 106-107). Gerade in Kombination mit der Herausforderung sich wieder alleine zu organisieren, können aus Sicht der Pflegenden solche Erlebnisse zu einem Einbruch der erarbeiteten Erfolge führen: „Dass es ganz schwer ist, neue Sachen, die man gerade einmal für ein paar Wochen gelernt hat umzusetzen, wenn man vorher jahrelang anders gelebt hat [...]. Also da reichen ja oft kleine Anforderungen, die sie da dann auch schon aus dem Konzept bringen meistens“ (D: 89-92).

Vielen Patienten*innen falle es sowieso schwer, negative Gefühle in Kauf zu nehmen: „[...] oder die Patienten auch einfach nicht bereit sind auch negative Gefühle in Kauf zu nehmen“ (B: 121). Dieses Verhalten zeige sich besonders deutlich, wenn die Ursache der Essstörung noch nicht ausreichend aufgearbeitet wurde: „Es gibt ja einen Grund für eine Essstörung. Also eine Essstörung ist ja meistens ein Symptom für irgendwas. Und wenn dieser Grund nicht ausreichend bearbeitet ist [...]“ (B: 119-121).

Als weiterer großer Einflussfaktor wird die Entlassung aus dem stationären Setting in das gewohnte Umfeld genannt. Dieser Punkt wird von allen Interviewpartner*innen als Rückfallrisiko eingestuft.

Eine Interviewpartnerin berichtet aus ihren Gesprächen mit den Patienten*innen, dass der Wegfall der Struktur, welche im stationären Aufenthalt gegeben wird eine große Herausforderung darstellt. Die Patienten*innen folgten in der Klinik einem sehr geregelten Tagesablauf und hätten bei schwierigen Phasen immer die Möglichkeit sich Hilfe in Form von Gesprächen anzufordern. Zu Hause seien sie wieder komplett auf sich alleine gestellt: „[...] dass sie zu Hause eben nicht mehr diese Struktur hatten, dass sie zum Essen erscheinen müssen. [...] dass sie da wieder total unkontrolliert sind“ (C: 123-125). „Also dieser Unterschied in der Klinik zu sein mit klaren Strukturen, Regeln und Vorgaben, wir sagen an wie es läuft [...]. Und dann haben sie sich da gerade eingefunden über die Wochen und dann gehen sie nach Hause und alles bricht weg“ (C: 236-340).

Die Rückkehr in das gewohnte Umfeld konfrontiere die Patienten*innen zudem mit vergangenen Zeiten, welche mit der Erkrankung in Verbindung stünden: *„[...]alles was irgendwie wieder genauso ist, wie in der schwersten Krankheitsphase, [...] also das sich da halt einfach nichts verändert hat und dass die da auch ganz schnell wieder in ihrem alten drin sind“* (D: 85-88).

Pflegende F fügt hinzu, dass zusätzlich zu der Veränderung der strukturellen Rahmenbedingungen, die Patienten*innen auch niemanden mehr haben, der mit ihnen die Essenspläne kontrolliert: *„Keine Essenspläne in der Hand zu haben. So `was muss ich wirklich essen, wo muss ich gucken für mich was brauche ich um den Alltag zu strukturieren` (.) so. Ich glaub schon, dass das große Rückfallfaktoren sind“* (F: 130-132).

Um dieser Problematik vorzubeugen werde häufig schon während der Aufenthalte versucht einen Platz in einer betreuten Einrichtung oder in einer Tagesklinik zu finden, sodass die Patienten*innen zunächst weiterbetreut werden: *„Und es wird oft versucht, hier im Laufe der Zeit auch, dass sie sich einen Wohnplatz suchen in einer betreuten Einrichtung [...]. Das ist ganz wichtig oft, da es sonst nicht nachhaltig tatsächlich ist* (C: 131-137).

Als letzter, häufiger Faktor wird die Körperschemastörung genannt. Sie bestehe häufig über den Klinikaufenthalt hinaus und könne zu einem Rückfall führen: *„Es ist ein sehr großes Thema [...]. Die fühlen sich ja immer noch zu dick auch wenn sie schon so dünne Ärmchen haben und finden sich eklig, wenn sie sich im Spiegel angucken. Und das ist schon sehr, sehr präsent bei den Patienten und macht es ihnen schwer durchzuhalten“* (C: 256-258).

3.2.4. Fachliche Unterstützung bei der Alltagsbewältigung

Diese Kategorie ist thematisch mit zwei Fragen aus dem Interviewleitfaden zusammenhängend. Nachfolgend wird beschrieben, ob aus Sicht der Pflegenden eine spezialisierte ambulante pflegerische Betreuung im Anschluss an die Therapie in der Klinik hilfreich wäre. Weiter wird dargestellt, welche Aufgabenfelder den Pflegenden zukommen könnten.

Alle befragten Pflegenden sind der Meinung, dass eine spezialisierte ambulante pflegerische Betreuung zu Hause für die Patienten*innen hilfreich wäre: *„Ich könnte mir sehr gut vorstellen, [...], dass es hilfreich ist“* (D: 123). Die plötzlichen Veränderungen der Strukturen, welche den Patienten*innen in den Wochen vor der Entlassung Halt gegeben haben, stelle eine große Herausforderung für die Betroffenen dar. Aus diesem Grund wird auf manchen Stationen eine Intervallbehandlung durchgeführt: *„[...] also hier wird ja zum*

Beispiel eine Intervallbehandlung gemacht, dass sie zwischendurch nach Hause gehen und dann wiederkommen oder halt in die Tagesklinik kommen, das ist ja auch schon mal eine Unterstützung“ (E: 91-94).

Viele Patienten*innen hätten im Gespräch mit den Pflegekräften auch geäußert, dass sie Angst davor haben, zu Hause wieder komplett auf sich gestellt zu sein: *„[...] wenn die dann kurz vor der Entlassung sind und die natürlich auch Angst kriegen vor zu Hause und vor der Entlassung. Was ja auch realistisch ist oft und das sagen wir denen auch ganz offen“ (C: 145-150).* Es wäre den Pflegenden zufolge hilfreich, dass jemand vor Ort ist, der die Patienten*innen bei dem Weg in ein eigenständiges Leben unterstützt: *„Weil man einfach dort vor Ort ist und eben sich den Kühlschrank angucken kann, wie die Gegebenheiten dort vor Ort sich anschaut und genau, da die Patienten eben eher betreut“ (A: 121-124).*

Eine Interviewpartnerin erwähnt sogar, dass ein psychiatrischer ambulanter Dienst, angebunden an den Klinikaufenthalt, schon einmal aufgebaut werden sollte. Gescheitert sei es dann letztendlich an der Umsetzung: *„Es sollte mal ein psychiatrischer ambulanter Dienst aufgebaut werden, das konnten wir leider noch nicht so umsetzen“ (A: 120).*

Wichtig sei hierbei jedoch, dass die Pflegekräfte ausreichend spezialisiert und mit den Krankheitsbildern vertraut sind: *„Also im Großen und Ganzen Ja, es kommt aber drauf an wie die Ausbildung der Leute dort ist. Also bei spezialisierten Pflegekräften würde ich sagen, würde das sehr helfen“ (F: 141-145).* Hierzu wird auch angemerkt, dass es bereits ambulante Pflegedienste gäbe, welche solche Aufgaben übernehmen. Diese seien jedoch nicht spezialisiert: *„Also das wird ja auch schon gemacht. Nur eben nicht mit spezialisierten Pflegekräften“ (C: 165-166).*

In der psychiatrischen ambulanten Therapie, welche die meisten Patienten*innen nach einem klinischen Aufenthalt wahrnehmen, werde das Essverhalten häufig nicht gesondert besprochen. Die Betroffenen müssten sich zu Hause selber organisieren und strukturieren: *„Denn wenn die weiter Psychotherapie machen, ist ja oft das Essen so Nebensache. Da gibt es dann andere Themen und die müssen halt selber gucken, wie sie dann klarkommen (D: 125-128).* Eine Pflegekraft könnte die Patienten*innen aus Sicht der Pflegenden bei dieser Herausforderung unterstützen: *„[...] ganz bestimmt würde das helfen. Jemand der mit denen gemeinsam dann Essen plant und sowas alles, ja“ (B: 151).*

Pflegende E äußert Bedenken, dass eine pflegerische Begleitung zu Hause schwierig wäre, da der Gruppenaustausch dann fehle. Sie merkt jedoch im selben Zug an, dass diese Begleitung zusätzlich zu Gruppen und die Psychotherapie möglich wäre: *„Ich könnte ich*

mir schon gut vorstellen. Bloß hätte die Betroffene ja dann diesen Austausch mit anderen dann halt nicht. [...] Oder eben auch zusätzlich“ (E: 111-113).

Bei der Frage, welche Aufgabenfelder die Pflegenden in der Begleitung übernehmen könnten sind sich die Pflegenden in den meisten Punkten einig.

Die Pflegenden könnten die Patienten*innen demnach beispielsweise beim Einkaufen unterstützen um sicherzustellen, dass sie genügend Nahrungsmittel zu Hause haben. Dies sei häufig die erste Hürde der Betroffenen, wenn es darum geht sich selbstständig zu versorgen: *„[...]sich die Lebensmittel besorgt, die sie braucht. Auch da fehlt manchmal der Antrieb überhaupt. [...] deswegen essen auch viele sehr wenig, weil sie eben dann sich erst gar nicht das Essen besorgen.“ (A: 138-143).* Weiterhin bestünde gerade bei anorektischen Patienten*innen die Gefahr, dass sie dazu neigen, sich keine hochkalorische Nahrung zu kaufen: *“[...] wenn die mit einem Einkaufszettel losgehen [...] hochkalorische Sachen innerlich schon streichen und die das gar nicht in den Einkaufswagen packen (D: 106-107).*

Neben dem gemeinsamen Einkaufen könnten auch Kühlschrankskontrollen gewisse Verhaltensweisen der Patienten*innen aufdecken: *„Und dann eben vielleicht auch im Kühlschrank direkt auch schaut. [...] Also wäre es vielleicht auch für die Wahrheitsfindung sozusagen auch ganz gut, wenn es dann zu Hause wäre“ (E: 114-116).*

Auch bei der Erstellung und Einhaltung der Essenspläne könnte eine Pflegekraft unterstützend tätig sein. Diese Essenspläne würden die Patienten*innen von den Stationen kennen. Sie könnten diese unter Begleitung zu Hause weiterführen: *„[...] dann die Esspläne angucken, die sie hier im Krankenhaus bekommen haben. [...] Dass das dann fortgeführt wird oder aufgebaut wird weiterhin zu Hause“ (A: 135-138).* Zusätzlich könnten Esstagebuchgespräche weiterhin angeboten werden: *„Esstagebuchgespräche, also dass man das dann nochmal so durchgeht mit den Patienten“ (F: 173).*

Gerade am Anfang könnte die Pflegekraft die Patienten*innen auch beim Kochen unterstützen, um die Patienten*innen langsam an das selbstständige Kochen heranzuführen: *„Also irgendwie da zu gucken, die dann auch am Anfang vielleicht mehr beim Kochen zu unterstützen“ (B: 165-167).*

Ein weiterer häufig genannter Punkt ist die Möglichkeit für die Patienten*innen, mit einer außenstehenden Person über die aktuelle Situation und gegebenenfalls auftretende Schwierigkeiten sprechen zu können: *“Also dass man auch darüber spricht: `[...] welche Gefühle sind präsent, [...] wie wird eine Essstörung also ein Essanfall verhindert [...]` Und das dann auch einfach nach zu besprechen immer wieder [...]“ (C: 196-199).* Auch über

mögliche Ablenkungsstrategien könne in diesem Zuge gesprochen werden: *„Oder welche Skills sind da, vielleicht auf wirklich da mal nachgucken“* (C: 200).

Die Grundlage für eine funktionierende ambulante pflegerische Betreuung sei jedoch eine Spezialisierung in diesem Bereich. Diese Notwendigkeit wird von mehreren Befragten genannt und als sehr wichtig deklariert. Sollte eine solche Spezialisierung vorliegen, könnten dann auch therapeutische Aufgaben durch die Pflege weitergeführt werden: *„Also wenn die Pflege spezialisiert ist kann sie auch therapeutische Aufgaben übernehmen [...] Die Spezialisierung halte ich in diesem Fall für sehr, sehr wichtig“* (F: 194-196).

So äußerte Pflegende F, dass Pflegende auch im Hinblick auf die Körperschemastörung mit den Patienten*innen sprechen und diese auch beim Wiegen unterstützen könnte: *„Und auch nochmal in Bezug auf die Körperwahrnehmungsstörung zu gucken wie ist es denn jetzt? Auch wiegen. Finde ich ganz wichtig, dass das wiegen nicht nur beim Hausarzt ist, sondern dass könnte tatsächlich auch durch die Pflege super begleitet werden“* (F: 174-177).

Die Pflegenden auf den Spezialstationen sind in den meisten Fällen auf die Krankheitsbilder spezialisiert und haben entsprechende Weiterbildungen vorzuweisen: *“Also wir machen, haben fast alle eine Weiterbildung natürlich in Gesprächsführung und in, [...] psychologische analytische Kompetenzen in psychosozialer Beziehungsarbeit“* (D: 45-47).

Pflegende A gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die ambulanten psychiatrischen Pflegedienste, welche bereits existieren, eine solche Spezialisierung häufig nicht vorweisen können. Sie erwähnt jedoch den Sozialpsychiatrischen Dienst, welcher ähnliche Aufgabenbereiche übernimmt: *„Es gibt natürlich auch vom „Sozialpsychiatrischen Dienst“ Betreuer, die dann auch Patienten begleiten. Aber ambulante Pflege ist noch nicht so weit verbreitet. Es gibt die psychiatrische ambulante Pflege, die haben auch schon Schulungen bekommen in dem Bereich. Aber natürlich nicht so intensiv wie die Pflege hier vor Ort auf so einer Spezialstation“* (A: 125-129).

3.2.5 Umsetzungsmöglichkeiten eines spezialisierten Pflegedienstes

Während die Pflegenden sich einig darüber waren, dass eine ambulante Begleitung hilfreich sein könnte, haben sich die Vorstellungen über die Umsetzung eines solchen Pflegedienstes in einigen Punkten unterschieden. Welche organisatorischen Möglichkeiten in den Interviews genannt wurden, wird in dieser Kategorie beschrieben.

Die erste Überlegung, welche häufig angebracht wird, ist ob es sich bei den Pflegenden um Pflegekräfte von den Stationen oder um unbekannte Pflegende handeln sollte. Hierbei kommen unterschiedliche Sichtweisen zum Vorschein.

Pflegende B äußert, dass die ambulante Betreuung durch eine Pflegekraft aus der Klinik für die Patienten*innen optimal wäre. Da die Pflegekräfte aus der Klinik die Patienten*innen sehr intensiv kennenlernen würden und mit den Schwierigkeiten vertraut seien: *“ [...] wäre es natürlich total optimal, wenn es jemand machen könnte, der eben die Patientin auch schon auf Station betreut hat. Weil wir lernen die Patientinnen ja hier auch sehr intensiv kennen [...]. Da wissen wir ja schon wer wie tickt und was die Schwierigkeiten sind. Das ist natürlich dann auch optimal“* (B: 179-183). Pflegende C betont in diesem Zuge das Vertrauen der Patienten*innen gegenüber der Pflegenden auf Station: *“Gerade, weil man sich dann ja auch schon kennt und die uns dann natürlich auch vertrauen würden. Und sich anvertrauen würden und wissen, ich bin da nicht alleine in meinem Umfeld und es passiert nichts mehr“* (C: 154-156). Auch Pflegende A empfindet dieses Vertrauensverhältnis als hilfreich. Auch um schneller intervenieren zu können, falls der Patient oder die Patientin Schwierigkeiten hätte: *“Da konnten die Pflegekräfte eben dann auch schneller intervenieren und schneller Hilfe holen schneller Hilfe anbieten. Das macht auch für mich auch durchaus Sinn“* (A: 156-159).

Pflegende D sieht diese Variante eher kritisch. Die Pflegekräfte würden aus dem stationären Setting in das private Umfeld der Patienten*innen wechseln und so eine ganz andere Rolle einnehmen. Daher würde sie eine fremde Person bevorzugen: *“[...] weil sich das dann so vermischt. Also die Rolle ist dann ja plötzlich eine ganz andere, weil man hier ja schon sehr abgegrenzt ist und das auch irgendwie wichtig ist und dann geht man plötzlich in diesen privaten Raum“* (D: 133-135). Sie fügt hinzu, dass zudem auch andere Berufsgruppen an einer ambulanten Betreuung beteiligt werden könnten. Dies würde ein solches Projekt im Hinblick auf die Personalfindung auch realisierbarer machen: *„Ich könnte mir eher neues Personal vorstellen. Also Menschen, die auch mit Essstörungen Erfahrung haben. Das könnten auch Sozialarbeiter sein zum Beispiel, wenn man jetzt wieder an die Realisierbarkeit denkt“* (D: 137-139).

Als weiteres Argument wird genannt, dass eine neue Pflegekraft auch einen neuen Abschnitt signalisieren würde und den Patienten*innen das Gefühl geben würde etwas geschafft zu haben *„oder ein größerer Erfolg ist, wenn die dann mit neuen Pflegekräften zusammenarbeiten. Das die auch das Gefühl haben, dass sie auch was geschafft haben“* (E: 134-136). Durch die lange Beziehungsarbeit sei es den Patienten*innen zudem häufig

ein Bedürfnis, ein positives Bild gegenüber den Pflegekräften aufrechtzuerhalten. Wenn nun im ambulanten Setting etwas nicht so gut laufe, könne dies bei einer bekannten Betreuung für die Patienten*innen noch schwieriger sein: *„Oder auch wenn Etwas nicht so gut läuft, dass einfach durch die lange Beziehungsarbeit (..) Also das man da auch vorbelastet sein kann. Also das ist dann natürlich auch die Gefahr, dass die vielleicht noch mehr enttäuscht wären dann. Also die selber“* (E: 135-140).

Als weitere Idee wird genannt, dass es eine Pflegende geben könnte, die die Patientin von der Klinik in die ambulante Betreuung überleite. Die Patientin würde dann anfangs von beiden Parteien ambulant betreut werden und später nur noch durch die ambulante Pflegekraft. So könnte die Patientin langsam in das häusliche Setting übergeleitet werden und die Pflegekräfte könnten sich miteinander austauschen: *„Vielleicht darf es [...] jemanden geben, der schon in der Klinik ist aber dann auch draußen [...], dass es nicht alles völlig fremd ist. Die auch den gleichen Fokus vielleicht haben, der auch hier schon in der Klinik gesetzt worden ist, der dann weitergeführt wird. Das der Patient [...] eine Überleitung in etwas Häusliches bekommt. Also kann [...] die ersten Wochen nach Station von beiden Parteien noch betreut werden könnten. Also aus der Klinik und aus dem Ambulanten bis es dann nur noch durch den ambulanten Bereich geht. Ja das kann ich mir gut vorstellen“* (F: 155-164).

Sofern es sich bei der ambulanten Betreuung um fremdes Personal handeln würde, wären gute Übergaben von großer Relevanz. Nur so kann die Behandlung effektiv weitergeführt werden.

Pflegende F äußert die Idee eine Schnittstelle zwischen der Klinik und dem ambulanten Pflegedienst zu schaffen. Durch Gespräche oder gegebenenfalls auch einen Pflegeüberleitungsbogen könne so eine detaillierte Übergabe erfolgen *„Also man könnte ja so eine [...] herstellen, wo man sagt das ist Zentrumsmäßig. Wo man die Patienten überleitet, ähnlich wie beim Pflegedienst mit einem Pflegeüberleitungsbogen. Das man erste Gespräche mache, vielleicht auch begleitet von einer Pflegekraft hier im Haus, sodass es wirklich eine Übernahme ist“* (F: 151-155). Weiter sei es eine Überlegung wert, ob zusätzlich der Kontakt zu einem Hausarzt hergestellt werden könnte, sodass der Zustand des Patienten oder der Patientin überprüft und dementsprechend agiert werden kann: *„Könnte man ja auch überlegen [...] ein Netz mit Hausarzt [...] zu gucken ist der Patient soweit stabil? Oder andererseits könnte man auch gucken, der ist jetzt ein Jahr ambulant geführt [...] Was braucht der Patient noch?“* (F: 186-189).

Auch in Bezug auf die Frequenz der Besuche waren sich die Pflegenden uneinig.

Pflegende B äußert in diesem Zusammenhang, dass eine tägliche Begleitung den Patienten*innen am Anfang am helfen könnte. Die Frequenz solle dann jedoch im Laufe der Zeit reduziert werden. So könnten die Patienten*innen langsam umgewöhnt werden: *„Also optimal wäre natürlich nach so einer Entlassung, dass einmal täglich jemand hinkommt und einmal guckt wie es läuft und das dann langsam auszuschleichen“* (B163-164). Eine andere Pflegekraft würde die Frequenz von Anfang an von den Fortschritten in der Entwicklung des Patienten oder der Patientin abhängig machen: *„Das würde ich tatsächlich überlegen wie weit der Patient dann fortgeschritten ist in seiner Entwicklung [...] Das könnte man ja begründen mit therapeutischem Fokus“* (F: 183-185).

Als weitere Meinung hierzu wurde hervorgebracht, dass ein täglicher Besuch zu viel Kontrolle ausüben würde: *„[...] vielleicht wäre es auch zu viel [...]. Zu viel Kontrolle. [...]die geben ja ungern Kontrolle ab und wenn dann ständig jemand dasteht und sagt `wir gehen jetzt einkaufen`, ja weiß ich nicht.“* (D: 113-115). Zeit sei ein wichtiger Faktor, sodass das Essen für der Patienten*innen für die ganze Woche geplant werden kann: *„Das ist schwierig. Also das müsste tatsächlich ja fast so sein, dass man so viel Zeit hätte mit denjenigen, das Essen zu planen, was diejenigen Essen möchten für die Woche“* (D: 101-103).

Die Befragten sind sich jedoch einig darüber, dass eine Betreuung in dieser Form über einen längeren Zeitraum erfolgen sollte: *“Also wirklich ein Jahr plus. Denke ich schon. Also Es kommt auch auf die Frequenz an aber ich denke schon, dass das sehr helfen könnte“* (F: 146-147).

4. Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews dem aktuellen Stand der Literatur gegenübergestellt und hinsichtlich der eingangs festgelegten Fragestellungen diskutiert.

Um die Fragen „Welche Pflegeinterventionen können nach Wahrnehmung von Pflegenden dazu beitragen, die Essstörung bei Patienten*innen mit einer Körperschemastörung zu reduzieren?“, und „Wie kann eine ambulante pflegerische Betreuung nach Wahrnehmung von Pflegenden, im Anschluss an einen stationären Aufenthalt, dazu beitragen, dass die Rückfallquote von Essstörungspatienten*innen mit einer Körperschemastörung reduziert wird?“ zu beantworten, wird die Diskussion in zwei Abschnitte unterteilt.

Eingangs ist zu erläutern, dass sich gezeigt hat, dass die Körperschemastörung nicht von der Gesamtheit der Erkrankung zu trennen ist. Interventionen müssen sich demzufolge auf die Gesamtheit der Erkrankung beziehen.

Maßnahmen zur Verbesserung der eigenen Körperwahrnehmung sind dennoch ein wichtiger Bestandteil der Behandlung, um nachhaltige Behandlungserfolge zu erzielen (Vocks et al. 2018). Den Schwerpunkt der Behandlung stellt jedoch zumeist die Normalisierung des Essverhaltens dar (ANAD, o.J.).

Zunächst wird erörtert, welche Pflegeinterventionen geeignet sind, um die Essstörung bei Patienten*innen mit einer Körperschemastörung zu reduzieren.

Bei der Behandlung einer Essstörung ist eine interdisziplinäre Begleitung durch unterschiedliche Berufsgruppen ratsam (ANAD, o.J.). Obwohl Pflegekräfte im Rahmen einer stationären Therapie von Essstörungen einen wesentlichen Bestandteil des Genesungsprozesses ausmachen, ist wenig über die Wirksamkeit spezieller pflegerischer Interventionen bekannt (Micevski; McCann, 2005). Dem aktuellen Forschungsstand sind überwiegend Erkenntnisse hinsichtlich der psychotherapeutischen Therapiemodelle zu entnehmen (Haupt, Gouzoulis-Mayfrank, 2016).

Im Rahmen der Studie: “Recovery of Normal Body Weight in Adoleszenz with Anorexia: The Nurses perspective on Effective Intervention“ wurde untersucht, welche Interventionen aus Sicht der Pflegenden wirksam sind, um ein Normalgewicht der Patienten*innen wiederherzustellen. In der vorliegenden Studie werden die Normalisierung des Essverhaltens und die damit einhergehende Gewichtszunahme als Hauptziel der stationären Therapie von Anorexiepatienten*innen beschrieben. Dies sei die Grundvoraussetzung für eine Steigerung der persönlichen Leistungsfähigkeit und sozialer Erholung (Bakker et al. 2011). Auch bei der Therapie von Bulimiepatienten*innen, stellt die Behandlung der Essstörungssymptomatik im Rahmen einer Normalisierung des Essverhaltens einen wichtigen Behandlungsaspekt dar (AWMF, 2019).

Den Ergebnissen der Studie von Bakker et al (2011) zufolge, gehört die Essensbegleitung zu den wichtigsten pflegerischen Aufgaben. Die Begrenzung pathologischer Verhaltensweisen durch die Pflegekräfte wird hierbei gesondert genannt und von den Pflegenden als wirksam empfunden. Auch die Motivation der Patienten*innen wird im Rahmen der Studie als unabdingliche Pflegeintervention identifiziert (Bakker et al. 2011).

Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Interviews. In den Interviews werden sowohl die Essensbegleitung, als auch einhergehende Maßnahmen wie die Sichtkontrolle oder die Begrenzung von pathologischen Verhaltensweisen während des Essens als elementare pflegerische Aufgabenbereiche genannt. Diese unterscheiden sich zwar zwischen Bulimie- und Anorexiepatienten*innen, werden jedoch durch ähnliche Interventionen begrenzt.

Weitere effektive pflegerische Aufgaben stellen laut Bakker et al. (2011) die Unterstützung bei der Wiederaufnahme des gesunden Trainings und der Entwicklung sozialer Kompetenzen dar. Auch die Betreuung der Angehörigen wird als essentiell beschrieben.

Während die Wiederaufnahme eines gesunden Trainings überwiegend auf Anorexiepatienten*innen anwendbar ist, kann die Relevanz der Entwicklung von sozialen Kompetenzen und der Elternberatung auch auf Bulimiepatienten*innen übertragen werden. Soziale Integration und familientherapeutische Maßnahmen werden in der Literatur als wirksame Therapiebausteine beider Essstörungen beschrieben (ANAD, o.J.; Reich, Cierpka, 2010; Salbach-Andrae, et al. 2010).

Die Unterstützung bei der sozialen Integration wird in den Interviews nicht eindeutig benannt. Es werden jedoch Interventionen beschrieben, welche dazu beitragen können, diese zu erreichen. So wird beispielsweise Psychoedukation im Rahmen von Aufklärungsgesprächen genannt, um den Patienten*innen aufzuzeigen, wie sich ihr Verhalten auf ihr Umfeld auswirken kann. Es lässt sich vermuten, dass auf den Stationen auch soziale Aktivitäten angeboten werden, diese jedoch von den Pflegenden nicht explizit genannt werden. Hierzu könnten beispielsweise Spaziergänge oder Gesellschaftsspiele gehören. Auch die Teilnahme an den verschiedenen therapeutischen Gruppen führt die Patienten*innen zusammen und ermöglicht ihnen soziale Interaktion.

Aus den Ergebnissen der Interviews lässt sich ebenfalls keine eindeutige Übereinstimmung zu dem Aspekt der Wiederaufnahme des gesunden Trainings erkennen. Lediglich beschreibt eine Pflegende, dass es ihre Aufgabe sei, den pathologischen Bewegungsdrang der Patienten*innen zu unterbinden. Dieser Punkt wird jedoch im Rahmen der Interviews nicht weiter ausgeführt. Da für die Bewegungsbezogenen Interventionen häufig Physiotherapeuten oder Sporttherapeuten zuständig sind (AWMF, 2019), ist fraglich in wie weit diese von den befragten Pflegenden durchgeführt und somit als pflegerische Aufgaben identifizieren werden.

Gerade die familientherapeutischen Interventionen werden jedoch häufig als fundamentaler Bestandteil einer erfolgreichen Therapie von Patienten*innen mit Anorexie oder Bulimie beschrieben. Die Familie kann eine wichtige Ressource bei der Behandlung von Essstörungspatienten*innen darstellen (AWMF, 2019). Die Integration der Behandlung der Familie soll gestörte Beziehungsmuster identifizieren und neue Beziehungsgestaltungen ermöglichen (Reich, Cierpka, 2010). Bakker et al. (2011) identifizieren die Einbindung der Eltern sogar als Voraussetzung für eine erfolgreiche

Therapie. Aus Sicht der dort befragten Pflegenden, seien die Eltern häufig überfordert und benötigten Anleitung und Beratung um ihr Kind unterstützen zu können.

Aus den Interviewergebnissen dieser Arbeit gehen keine pflegerischen Aufgaben in Bezug auf die Einbindung der Familie hervor. Der Grund hierfür kann nicht abschließend geklärt werden. Möglicherweise erscheinen die familientherapeutischen Aspekte für die Interviewpartner*innen in Bezug auf die gestellten Fragen nicht relevant oder sie gehören nicht zu den Aufgaben der befragten Pflegenden.

Aus der Interviewanalyse geht hervor, dass auch Übungen bezüglich der Körperschemastörung zu den Aufgabenbereichen der Pflegenden gehören. Wie einleitend beschrieben stellen diese nicht den Schwerpunkt der Therapie dar. Die Behandlung der Körperschemastörung ist jedoch bedeutsam um das Selbstwertgefühl der Patienten*innen zu steigern und das Essverhalten nachhaltig zu normalisieren (Vocks et al. 2018). In den Interviewergebnissen zeigt sich, dass die Pflege hierbei die therapeutischen Übungen weiterführen kann, sofern eine ausreichende Spezialisierung vorliegt.

Es geht zudem hervor, dass Bezugsgespräche als elementare pflegerische Intervention wahrgenommen werden. So wird deutlich, dass die Patienten*innen viel Zuspruch und Unterstützung benötigen. Neben Krisengesprächen und Zielgesprächen, werden Esstagebuchgespräche als sinnvoll erachtet. Hierbei steht die Beziehung zum eigenen Körper im Mittelpunkt.

Es konnte keine Literatur gesichtet werden, in welcher die Auswirkungen von pflegerischen Gesprächen auf die Therapie von Anorexie- oder Bulimiepatienten*innen untersucht wurden. Viele Psychosomatische Kliniken mit Spezialisierung auf Essstörungen verfolgen jedoch das Prinzip der Bezugspflege (München Klinik Harlaching, o.J.; UKM, o.J.). Weiter wird beschrieben, dass sich Bezugspflege ergänzend zu der therapeutischen Arbeit als wirksam erweist (München Klinik Harlaching, o.J.). Dies lässt die Vermutung zu, dass Bezugspflege und einhergehende Gespräche eine Ressource im Rahmen der stationären Therapie darstellt.

In den Interviews wird deutlich, dass die spezialisierten Pflegenden Gespräche als wichtiger Bestandteil des pflegerischen Handlungsfeldes erachten.

Wie bereits verdeutlicht wurde, mangelt es in der Literatur an aussagekräftigen Ergebnissen zu der Wirksamkeit unterschiedlicher pflegerischer Maßnahmen. Im Hinblick auf die Symptomatik der Krankheitsbilder und der vorgestellten pflegerischen Aufgabenbereiche, lässt sich jedoch darauf schließen, dass pflegerische Interventionen

einen erheblichen Anteil an der klinischen Therapie von Essstörungspatienten*innen beisteuern.

Nachfolgend wird diskutiert, wie eine ambulante pflegerische Betreuung aus Sicht der Pflegenden dazu beitragen kann, die Rückfallquote von Essstörungspatienten*innen nach einer erfolgreichen stationären Therapie zu senken.

In der S3 Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen heißt es, dass insbesondere Anorexiepatienten*innen bei dem Übergang von einem intensiven in ein weniger intensives Setting erhöhte Rückfallquoten aufweisen. Für den Übergang sei die weitere Teilnahme an Gruppen und poststationären Einzelgesprächen mit therapeutischen Bezugspersonen aus dem klinischen Aufenthalt wirksam. Wegen der Gefahr einen Rückfall zu erleiden seien Probeentlassungen in Form von außerstationären Wochenenden oder Intervallbehandlungen sinnvoll. Auch die ambulante Begleitung durch einen Sozialarbeiter oder die Betreuung in einer spezialisierten Wohngruppe werden als hilfreiche prophylaktische Maßnahmen beschrieben (AWMF, 2019). Dies deckt sich mit den Interviewergebnissen. Zwar wird in den Interviews keine Einteilung in Bulimiepatienten*innen und Anorexiepatienten*innen vorgenommen, doch die Entlassung aus der stationären Behandlung in das ambulante Setting wird von den Pflegenden als eindeutiges Kriterium für ein Rückfallrisiko identifiziert. Dies wird unter anderem mit fehlender Struktur und fehlender Unterstützung im Alltag begründet. Häufig werde daher auch nach Plätzen in Wohngruppen gesucht, um die Patienten*innen zu entlassen.

Giel et al. (2013) beschreiben, dass gerade Anorexiepatienten*innen von einer hohen Rückfallquote betroffen sind. Als Faktoren nennen sie unter anderem eine lange Erkrankungsdauer, eine schwer ausgeprägte Symptomatik und eine hohe Komorbidität.

Als besondere Rückfallrisiken bei Bulimiepatienten*innen werden das Fortbestehen eines negativen Körperbildes und dessen Überbewertung beschrieben. Auch belastende Situationen werden als Rückfallrisiko von Bulimiepatienten*innen genannt (AWMF, 2019).

Auch aus Sicht der befragten Personen, stellen diese Faktoren ein Rückfallrisiko dar. Gerade Stress wird in den Interviews häufig als möglicher Faktor genannt. Weiter werden ein niedriges Selbstbewusstsein und eine ausgeprägte Symptomatik als begünstigend für einen Rückfall identifiziert. Dies deckt sich mit der Erkenntnis, dass ein negatives Körperbild einen Einflussfaktor darstellt. Um Erfolge und Strategien aus der stationären Therapie zu vertiefen und auf alltägliche Situationen anzuwenden wird folgend eine ambulante psychiatrische Betreuung durch Pflegekräfte als mögliche Alternative diskutiert.

Es gibt ambulante Pflegedienste, welche sich auf die Betreuung von Patienten*innen mit psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld spezialisiert haben (Hemkendreis, Haßlinger, 2014). Der Recherche zufolge sind diese jedoch nicht auf Essstörungen spezialisiert und decken ein breites Feld von Erkrankungen ab.

Da Pflegekräfte im stationären Setting erfolgreich bei der Behandlung von Patienten*innen mit Anorexie oder Bulimie mitwirken (München Klinik Harlaching, o.J.; UKM, o.J), lässt sich ableiten, dass dies auch im ambulanten Setting möglich ist.

Aus der Interviewanalyse geht hervor, dass Pflegende eine ambulante pflegerische Betreuung als sinnvoll erachten, um die Rückfallquote der Essstörungspatienten*innen nach einer stationären Therapie zu reduzieren. Hier wird jedoch die Spezialisierung auf Essstörungen als besonders wichtig beschrieben.

Zu den Aufgabenbereichen der ambulanten Pflege gehören die Unterstützung bei der Strukturierung und Bewältigung des Alltags (§ 36 SGB XI Abs. 2). Als mögliches Aufgabenfeld für die ambulante pflegerische Betreuung wird in den Interviews die Essensbegleitung, einhergehend mit dem Einkauf, Kochen und der Kontrolle von Essensplänen am häufigsten genannt. Hieraus lässt sich folgern, dass sich die Aufgabenbereiche, welche in den Interviews als wichtig erachtet werden mit den Voraussetzungen für eine ambulante pflegerische Therapie vereinbaren lassen. So können die Essstörungspatienten*innen an ein eigenständiges Leben herangeführt werden.

Die Stabilisierung und Rückfallprophylaxe stellen einen weiteren wichtigen Teil der Therapie dar. Sie sollen die Patienten*innen schulen kritische Situationen zu erkennen und Strategien anzuwenden um zu verarbeiten (Salbach-Andrae et al. 2010). Auch die Möglichkeit für die Patienten*innen einen Ansprechpartner bei schwierigen Situationen zu haben wird in den Interviews häufig genannt. So können kritische Situationen früher erkannt und rechtzeitig besprochen werden um einem Rückfall entgegen zu wirken. Überdies könnten fachlich spezialisierte Pflegekräfte die Patienten*innen auch beim Wiegen unterstützen und therapeutische Übungen weiter anleiten.

Um eine erfolgreiche ambulante pflegerische Betreuung der Patienten*innen ermöglichen zu können, wird eine gute Übergabe aus der Klinik als notwendig beschrieben. So können individuelle Informationen über die Patienten*innen nicht verloren gehen. Dieses Kriterium geht aus den Interviews als Voraussetzung für eine effektive Behandlung hervor. Ein Pflegeüberleitungsbogen wird als mögliches Instrument genannt.

Der Pflegeüberleitungsbogen ist Teil des Entlassungsmanagements im Krankenhaus. Dieses beinhaltet die Organisation des Übergangs eines Patienten oder einer Patientin von

einer stationären Krankenhausversorgung an einen Nachversorger (BGM, 2018). Mitunter ist das Entlassungsmanagement eine Unterstützung für die Patienten*innen bei der Bewältigung von auftretenden Anforderungen beim Wechsel der Versorgungsumgebung (Wingfeld, 2011). Auch Patienten*innen mit Anorexie oder Bulimie wechseln bei der Entlassung aus einer stationären Therapie die Versorgungsumgebung. Folglich könnte ein Pflegeüberleitungsbogen ein mögliches Instrument zur Überleitung in die häusliche Pflege darstellen. Wie bereits festgestellt werden konnte, zeigen die Essstörungspatienten*innen jedoch sehr individuelle Probleme und pathologische Verhaltensweisen. Fraglich ist daher, ob ein solcher Bogen den individuellen Anforderungen der Patienten*innen gerecht werden kann und alle notwendigen Informationen über die Patienten*innen beinhalten würde.

Als weitere Möglichkeit wird genannt, dass eine Pflegekraft von Station die Patienten*innen aus dem stationären Setting in die ambulante Versorgung begleitet und an die ambulante Pflegekraft überleitet. Diese Variante erscheint auch für den Austausch zwischen den Pflegekräften, hinsichtlich der individuellen Bedürfnisse der Patienten*innen als besser geeignet. Es Hemkendreiß & Haßlinger (2014) beschreiben die Möglichkeit in Deutschland, dass ambulante psychiatrisch Pflegende vor der Entlassung aus der Klinik mit den Patienten*innen in Kontakt treten, um ihnen die Überleitung in das häusliche Umfeld zu erleichtern. Diese wird jedoch hierzulande nicht vergütet (Hemkendreiß; Haßlinger, 2014). Hinsichtlich der Problematiken der Essstörungspatienten*innen könnte dies ein erleichterndes Kriterium darstellen.

Ohne Überleitung könnte die Entlassung aus der Klinik gestaltet werden, wenn die Patienten*innen durch die Pflegekräfte von den Stationen weiter betreut werden würden. Aus den Interviewergebnissen geht hervor, dass diese Möglichkeit Chancen und Risiken birgt. Einerseits wären die Probleme der Patienten*innen bei den Pflegenden bekannt und sie hätten bereits ein vertrauensvolles Verhältnis. Andererseits würde der räumliche Wechsel für die Pflegenden eine große Herausforderung bei der Distanzbewahrung bedeuten. Zudem könnten neue Bezugspersonen auch einen Erfolg für die Patienten*innen signalisieren.

Abschließend sei erwähnt, dass die ambulante pflegerische Betreuung die ambulante Psychotherapie keinesfalls ersetzt, sondern zusätzlich gewährleistet werden soll. Dies wurde auch in den Interviews deutlich gemacht.

5. Limitation

Diese Forschungsarbeit weist eine Vielzahl an methodischen und inhaltlichen Limitationen auf, welche im folgenden Abschnitt benannt werden.

Zentrale Limitationen dieser Studie, stellen die Zeit und die dementsprechend geringe Anzahl der durchgeführten Interviews dar. Im Rahmen dieser Arbeit musste eine Auswahl an Interviewpartner*innen getroffen werden. Dieser Aspekt schwächt die Aussagekraft der Inhaltsanalyse und Ergebnisse. Zudem arbeiten die Interviewteilnehmer*innen teilweise auf denselben Stationen, sodass die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse weiter eingeschränkt wird. Auch diese Vorgehensweise wurde hinsichtlich der vorgegeben zeitlichen Begrenzung gewählt.

Das methodische Vorgehen erweise sich hinsichtlich der Zielsetzung dieser Arbeit als sinnvoll. Mit Hilfe der Interviews konnte die Wahrnehmung der Pflegenden untersucht und beleuchtet werden.

Als weitere Limitation ist zu nennen, dass die Krankheitsbilder, Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sehr komplex sind, sodass nicht alle Aspekte beleuchtet werden konnten. Zudem konnten einige Punkte der Arbeit aus denselben Gründen nur oberflächlich behandelt werden. Insbesondere die Krankheitsentstehung und die Auswirkungen der Erkrankung für die Patienten*innen hätten näher betrachtet werden können. Es hat sich darüber hinaus gezeigt, dass die Bearbeitung beider Krankheitsbilder zusammen im Rahmen dieser Arbeit teilweise schwierig umsetzbar war. Dies zeigte sich auch bei der Bearbeitung der Körperschemastörung in Verbindung mit den Krankheitsbildern. Erschwerend kam hinzu, dass in den Interviewfragen die Krankheitsbilder nicht spezifisch unterteilt wurden. So konnte in der Inhaltsanalyse und Diskussion nicht eindeutig erkennbar gemacht werden, welche Aussagen sich auf welches Störungsbild beziehen. Es wäre sinnvoll gewesen, sich zunächst auf eines der Krankheitsbilder zu beschränken.

Zusätzlich wurden auch Arbeiten einbezogen, welche sich nur auf Anorexiopatienten*innen beziehen. Dies wurde an den besagten Stellen kenntlich gemacht. Dieses Vorgehen ist mit dem Mangel an Literatur zu begründen. Es mangelt sowohl an fachlicher Literatur, welche die Wahrnehmung der Pflegenden einbezieht, als auch an Untersuchungen dazu, welche pflegerischen Interventionen bei der Behandlung von Essstörungspatienten*innen wirksam sind.

Als weiterer limitierender Faktor ist zu nennen, dass einige der relevanten Studien für die Autorin nicht freigegeben waren. Auch nach Anschreiben der Autoren wurde in diesen

Fällen kein Zugriff auf die Studien erteilt, sodass sie in dieser Forschungsarbeit nicht berücksichtigt wurden.

6. Schlussfolgerungen und Ausblick

Das Problemfeld der Erkrankungen an Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ist in den letzten Jahrzehnten sehr präsent geworden. Betroffene Patienten*innen benötigen eine umfangreiche therapeutische Behandlung. Gerade bei schwerer und langanhaltender Symptomatik ist ein klinischer Aufenthalt notwendig.

Ziel dieser Arbeit war darzustellen, welche Bedeutung die pflegerische Arbeit für die Patienten*innen hat. Im Zuge dessen sollte gezeigt werden, welche pflegerischen Interventionen aus Sicht von examinierten Pflegekräften wirksam sind, um die Essstörung bei Menschen mit einer Körperschemastörung zu reduzieren. Weiter sollte aufgezeigt werden, wie nach Wahrnehmung der Pflegenden eine ambulante Betreuung durch spezialisierte Pflegekräfte, das Rückfallrisiko in eine Essstörung reduzieren kann.

Diese Arbeit zeigt, dass die Aufgaben der Pflege einen bedeutsamen Anteil an der stationären Therapie von Essstörungspatienten*innen ausmachen. Die Unterstützung und Begleitung durch das Pflegeteam, erweisen sich neben den psychotherapeutischen Sitzungen als wichtiger Bestandteil der Behandlung. Die Pflege übernimmt viele Aufgabenbereiche, welche zu der Reduzierung einer Essstörung beitragen und eine erfolgreiche Therapie unterstützen. Aus Sicht der Pflegenden gehört hierbei die Begleitung und Unterstützung rund ums Essen zu den wichtigsten Aufgabenbereichen. Zusätzlich halten die Pflegekräfte auf den Stationen den strukturellen und organisatorischen Rahmen und stehen den Patienten*innen für Bezugspflegegespräche zur Verfügung. Überdies gehört die Leitung unterschiedlicher Gruppen und Weiterführung therapeutischer Maßnahmen zu den Aufgaben der Pflegekräfte.

Trotz des weiten Aufgabenbereiches ist die Studienlage über die Wirksamkeit pflegerischer Arbeit in diesem Zusammenhang rar. Insgesamt liegen wenige Untersuchungen vor, wie sich pflegerische Interventionen auf die Erkrankung der Patienten*innen mit Anorexie oder Bulimie auswirken. Hier bedarf es weiterer Forschung und mehr Beachtung hinsichtlich der Möglichkeiten der pflegerischen Arbeit. Nur so kann das Handlungsfeld Pflege voll ausgeschöpft werden.

Im Falle der Entlassung aus einer stationären Therapie, erweist sich eine weitere Begleitung im häuslichen Bereich, durch spezialisiertes Personal als sinnvoll. Der

Spezialisierung auf die Krankheitsbilder kommt hierbei eine besonders große Rolle zu. Diese zeigt sich bereits im Zuge der stationären Therapie als notwendig.

Dieser Arbeit geht hervor, dass die Patienten*innen im häuslichen Umfeld Gefahr laufen in alte Gewohnheiten zu verfallen und dass die pflegerische Begleitung dazu beitragen kann, diese Gewohnheiten frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Durch Hilfe zur Selbsthilfe in der eigenen Lebenswelt der Patienten*innen könnten auf Station erlernte Verhaltensweisen im häuslichen Umfeld angeleitet werden. Hinsichtlich der Gestaltung der Aufgaben ist auch hier die Anleitung rund ums Essen als besonders bedeutsam hervorgegangen. Die Begleitung beim Einkauf, Kochen und Essen, sowie regelmäßige Gespräche hinsichtlich der aktuellen Schwierigkeiten und Erfolge, wären aus Sicht der Pflegenden sinnvoll und gut im Rahmen einer ambulanten Betreuung umsetzbar.

In welcher Form die Begleitung durch einen spezialisierten ambulanten Pflegedienst am sinnvollsten ist, lässt sich im Rahmen dieser Arbeit nicht abschließend klären. Das System der Bezugspflege erweist sich jedoch als hilfreich und sollte auch im Rahmen der ambulanten Betreuung umgesetzt werden. Ob es sich hierbei um bereits bekannte oder fremde Pflegekräfte handeln sollte, geht aus dieser Arbeit nicht eindeutig hervor. Auch die Frage nach der Frequenz der Besuche kann nicht eindeutig beantwortet werden. Hier ist es vermutlich sinnvoll die individuelle Ausgangssituation der Patienten*innen als Grundlage für die Planung zu betrachten und die Entscheidung nach der Frequenz individuell zu treffen. Um gute Erfolge zu erzielen muss eine informationsreiche Überleitung in die ambulante Betreuung gewährleistet sein, sodass keine wichtigen Informationen über den Patienten verloren gehen.

Aus ökonomischer Sicht stellt sich die Frage, ob ein auf Essstörungen spezialisierter ambulanter Pflegedienst finanzierbar wäre. So ist davon auszugehen, dass die Herausforderungen in Bezug auf Finanzierbarkeit eines Pflegedienstes bei einem engfassten Adressatenfeld größer sind. Weiter steht in Frage, ob Krankenkassen die ambulante Begleitung der Patienten*innen durch eine Pflegekraft nach einem erfolgreichen stationären Aufenthalt bewilligen würden. Dies müsste im Rahmen einer weiteren Forschungsarbeit genauer beleuchtet werden.

Examierte Pflegekräfte finden auch hier in der Literatur bisher wenig Beachtung, obwohl diese Berufsgruppe für die häusliche Begleitung aufgrund der Aufgabenbereiche besonders geeignet scheint.

Grundsätzlich stellt die Variante der ambulanten Begleitung durch einen auf Essstörungen spezialisierten Pflegedienst eine Möglichkeit dar, die Patienten*innen so gut wie möglich

vor einem Rückfall zu bewahren. Dennoch wird deutlich, dass weitere Studien hinsichtlich der Wirksamkeit der pflegerischen Interventionen sowie der Gestaltungsmöglichkeiten einer ambulanten Betreuung notwendig sind.

Hinsichtlich der hohen Rückfälligkeit von Patienten*innen mit Anorexie und Bulimie sollte eine erhöhte Aufmerksamkeit auf die Möglichkeiten gelegt werden diese zu reduzieren. Hierzu muss ein Umdenken in der Gesellschaft und in der Politik geschehen. Zudem kann die Hypothese in den Raum gestellt werden, ob eine ambulante spezialisierte Begleitung im häuslichen Umfeld generell im Anschluss an einen klinischen Aufenthalt ermöglicht werden sollte. Hier könnte sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen als Sinnvoll erweisen. Dies wäre auch hinsichtlich der Realisierbarkeit eine Überlegung wert.

7. Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - AWMF (2018): AWMF-Registernummer. 051-026. S3-Leitlinie. Diagnostik und Therapie der Essstörungen, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Essstoerung-Diagnostik-Therapie_2019-01.pdf, abgerufen am 08.06.2019

ANAD (o.J.): Behandlungsmöglichkeiten, <https://www.anad.de/essstoerungen/behandlungsmoeglichkeiten/>, abgerufen am 20.05.19

Bardone-Cone, A.; Wonderlich, S.; Frost, R.; Bulik, C.; Mitchell, J.; Uppala, S.; Simonich, H. (2007): Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*. 27(3), 384-405.

Bruch, H. M.D. (1962): Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24(2).

Bundesgesundheitsministerium – BGM (2018): Entlassmanagement. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html>, abgerufen am 02.06.19

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - BZGA (o.J.) : Wie häufig ist die Magersucht?. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, <https://www.bzga-essstoerungen.de/wie-haeufig-sind-essstoerungen/>, abgerufen am 27.04.19

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. (2015): ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD.10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10., überarbeitete Auflage. Lübeck, München, Mannheim: Hogrefe Verlag

Fairburn, Prof. C.; Harrison, Prof. P (2003): Eating disorders. *The Lancet*, 361 (9355), 407-416.

Gemeinsamer Bundesausschuss - GBA (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häuslich Krankenpflege-Richtlinie): Psychiatrische häusliche Krankenpflege. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3411/2018-07-19_HKP-RL_Psychiatrische-haeusliche-Krankenpflege_BAnz.pdf?, abgerufen am 05.05.19

Giel, K.; Leehr, E.; Becker, S.; Startup, H.; Zipfel, S.; Schmidt, U. (2013): Rückfallprophylaxe bei Anorexia nervosa. Relapse Prevention in Anorexia Nervosa. *Psychother Psych Med*, 63, 290-295.

Hoek, H. (2006): Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 19(4), 389-394.

Hans, B. (2007): Magersucht 2.0. Tinderella aus dem Netz, <http://www.spiegel.de/lebenundlernen/schule/magersucht-2-0-tinderella-aus-dem-netz-a-489275-2.html>, abgerufen am 27.04.19

Haupt, W.; Gouzoulis-Mayfrank, E. (2015): *Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe*. 11. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Hemkendreis, B; Haßlinger, V. (2014): *Ambulante Psychiatrische Pflege*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH

Herpertz-Dahlmann, B.; Zwaan, M. (2011): Essstörungen. Neue Erkenntnisse für Diagnostik und Therapie. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-010-3226-y>, abgerufen am 27.04.19

Hilbert, A. Vocks, S. (2017): Aktuelle Behandlungsansätze für Essstörungen. *Psychotherapeut*. 62 (3), 161-163

International Council of Nurses - ICN (2002): *Nursing Definitions. Definition of Nursing*. Genève: International council of Nurses, <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>, abgerufen am 27.04.19

Kremser, B (2011): *Anorexie und Bulimie bei Mädchen in der Pubertät. Ein Vergleich der psychischen Ursachen*. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH

Kuckartz, U. (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa

Lamnek, S.; Krell, C. (2016): *Qualitative Sozialforschung*. 6. Überarbeitete Auflage. Basel: Beltz Verlag

Mayer, H. (2015): *Pflegeforschung anwenden, Elemente und Basiswissen für das Studium*. 4. Auflage. Wien: Facultas

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

Micevski, V.; McCann, T. (2005): Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. Contemporary Nurse, 20(1), 102-116.

München Klinik Harlaching (o.J.): Essstörungen. Therapie von Magersucht und Bulimie. <https://www.muenchen-klinik.de/krankenhaus/harlaching/psychosomatik-psychotherapie/behandlung-psychosomatik/magersucht-anorexie-bulimie/> abgerufen am 01.06.19

Psychosomatische Klinik Kloster Dießen (o.J.): Krankenpflege und Co-therapie, <https://www.psychosomatik-diessen.de/team/krankenpflege-und-co-therapie.html>, abgerufen am 27.04.19

Pylypchuk, I. (2012): Ich wollte immer eine perfekte Figur haben, <https://www.welt.de/vermischtes/article111163146/Ich-wollte-immer-eine-perfekte-Figur-haben.html>, abgerufen am 27.04.19

Salbach-Andrae, H.; Jacobi, C.; Jaite, C. (2010): Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Sming, F.; van Hoeken, D.; Hoek, H. (2012): Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Current Psychiatry Reports, 14(4), 406-414

Statista (2019): Anzahl der in deutschen Krankenhäusern diagnostizierten Fälle von Anorexie und Bulimie in den Jahren 2000 bis 2016, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/28909/umfrage/in-krankenhaeusern-diagnostizierte-faelle-von-anorexie-und-bulimie/#0>, abgerufen am 16.05.19

Schön Klinik. Tagesklinik Hamburg (o.J): Behandlungskonzept. Ist eine Tagesklinik das richtige für mich?, <https://www.schoen-klinik.de/tageskliniken-hamburg/behandlungskonzept>, abgerufen am 16.05.19

Sozialgesetzbuch (SGB XI): § 36 Pflegesachleistung. Elftes Buch. Soziale Pflegeversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 17.12.2018 I 2587. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/36.html>, abgerufen am 03.05.19

Sozialgesetzbuch (SGB XI): § 14 SGB XI. Begriff der Pflegebedürftigkeit Elftes Buch. Soziale Pflegeversicherung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 17.12.2018 I 2587, § 14 SGB XI, Begriff der Pflegebedürftigkeit. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html>, abgerufen am 03.05.19

Townsend, M. (2012): Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen für die Psychiatrische Pflege. Handbuch zur Pflegeplanerstellung. 3. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Universitätsklinikum Münster – UKM (o.J.): Willkommen auf der Spezialstation für Essstörungen (Station 5). <https://www.ukm.de/index.php?id=9832>, abgerufen am 01.06.19

Vocks, S.; Bauer, A.; Lagenbauer, T. (2018): Körperbildtherapie bei Anorexie und Bulimia nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag & Co. KG

Wingfeld, K. (2011): Pflegerisches Entlassungsmanagement. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer

Waage e.V (o.J.): Über uns. Waage e.V., <https://www.waage-hh.de/ueber-uns/>, abgerufen am 09.06.19

Waage e.V. (o.J.): Unsere Angebote. Hier finden Sie Ihre passende Form der Beratung. <https://www.waage-hh.de/angebote/>, abgerufen am 09.06.19

Anhang

Anhang 1: Informationsschreiben	II
Anhang 2: Einverständniserklärung	III
Anhang 3: Interviewleitfaden	IV
Anhang 4: Interviewtranskription	V
Anhang 5: Suchstrategie	XII

Anhang 1: Informationsschreiben

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

Untersuchung zum Thema:

Die Pflegerische Unterstützung von Menschen mit Anorexie und Bulimie

Liebe Kollegen und Kolleginnen,

Sie arbeiten unter anderem mit Patientinnen, welche an Anorexie oder Bulimie erkrankt sind. Diese Arbeit ist bedeutsam für die Betroffenen, als auch für uns als Pflegende.

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit für mein Pflegestudium an der HAW in Hamburg möchte ich mich mit dieser Thematik und Ihrer Arbeit beschäftigen. Hierbei soll Ihre Wahrnehmung als examinierte Pflegende den Kernpunkt darstellen.

Das Ziel meiner Arbeit ist es, zu zeigen welche Bedeutung pflegerische Arbeit für diese Patientinnen hat. Zudem möchte ich herausfinden, ob eine spezialisierte pflegerische ambulante Begleitung im Anschluss an den stationären Aufenthalt hilfreich wäre.

In einem kurzen Interview möchte ich Sie gerne zu Ihren Eindrücken und Erfahrungen befragen. Es geht um Ihre individuelle Wahrnehmung und dementsprechend gibt es kein Richtig oder Falsch oder auch keine Ja oder Nein Fragen, sondern Fragen zu Ihrer Arbeit und Ihrer Meinung.

Das Gespräch wird etwa 20 Minuten dauern und in einem geschützten Raum stattfinden. Hierzu komme ich auch gerne zu Ihnen in die Einrichtung.

Das Interview wird auf Tonband aufgenommen und anschließend von mir in eine schriftliche Form übertragen. Die Angaben zu Ihrer Person werden hierbei pseudonymisiert. Das bedeutet, dass niemand sie als Person erkennen kann und die Daten nicht an Dritte weitergegeben werden.

Es steht Ihnen frei, das Gespräch jederzeit abzubrechen und es ist Ihre Entscheidung in welchem Umfang Sie die einzelnen Fragen beantworten möchten. Ihre Teilnahme ist gänzlich freiwillig. Es entstehen keine nachteiligen Folgen für eine Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Abbrechen des Gesprächs.

Für Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Ich wäre sehr dankbar, wenn Sie sich für eine Teilnahme an dieser Arbeit entscheiden.

[REDACTED]

Kontaktdaten:

Lena Lisiewicz
Studentin, 8. Semester Pflege dual
Lena.lisiewicz@haw-hamburg.de

Anhang 2: Einverständniserklärung

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

Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

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

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

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

Die Interviewteilnehmer*innen sind nur der datenerhebenden Studenten, Lena Lisiewicz, bekannt.

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

Vorname; Nachname in Druckschrift

Ort, Datum/ Unterschrift

Anhang 3: Interviewleitfaden

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

Interviewleitfaden

Sie arbeiten mit jungen Menschen zusammen, welche an einer Anorexie oder Bulimie erkrankt sind. Wenn Sie an die letzte Patientin oder den letzten Patienten mit Anorexie denken, wie haben Sie diese erlebt?

Können Sie mir einen üblichen Tagesablauf dieser Person schildern?

Wenn Sie an den Umgang mit Ihren Patienten*innen denken, welche Ihrer Tätigkeiten helfen den Patienten*innen besonders? Wie werden diese in den Stationsalltag integriert?

Welche Faktoren tragen ihrer Erfahrung nach besonders zu einem Rückfall nach der Behandlung bei?

Können Sie sich vorstellen, dass eine anschließende ambulante pflegerische Betreuung für die Patienten*innen hilfreich wäre? Auch hinsichtlich der Rückfallquote?

Wie könnte diese Betreuung gestaltet werden?

Anhang 4: Interviewtranskription

I: Also meine erste Frage wäre so, du arbeitest ja hier mit jungen Menschen zusammen, die Anorexie oder Bulimie auch haben. Wenn du da an die letzte Patientin denkst, wie hast du die so erlebt? Also hier auf Station so den Verlauf, wie ist sie hier angekommen, wie ist sie hier weggegangen?	1 2 3 4 5
C: Hmm (...) die letzte die hier entlassen wurde sozusagen?	6 7
I: Die letzte die entlassen wurde oder auch eine, die noch hier ist. Einfach was dir leichter fällt.	8 9 10
C: Ja, da muss ich mal eben überlegen. (...)	11
Ja, okay. Ich muss mir da jetzt eine mal so raussuchen, die ich mir dann vorstelle.	12
Ja okay, also wie habe ich die erlebt? Die ist hier angekommen. Ganz, ganz, also wirklich im desolaten Zustand. Sehr untergewichtig und das hat sich über die Zeit sehr positiv verändert, also das ist jetzt wirklich mal eine gute Geschichte. Also die hat über die Zeit schon (...) ich weiß jetzt nicht genau, aber die hat schon so sechs, sieben Kilo zugenommen und das merkt man sehr an. Also das merkt man bei ihr sehr stark. Zum einen äußerlich natürlich, aber auch kognitiv. Also, dass sich da wirklich viel verändert. Dass sie wacher ist, dass sie sich besser konzentrieren kann. Dass sie in Gruppen saß und gar nicht (...) also, dass sie wirklich Beiträge gesagt hat, die gar nicht zum Thema passten. Und das hat sich ganz doll verändert. Das ist ein schönes Erleben dann, dass man das sieht, dass sie ruhiger geworden ist und klarer und (...)	13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
I: und konzentrierter?	24 25
C: ...konzentrierter, Ja. Und dass was ankommt, also dass man das merkt. Und ein bisschen fröhlicher auch (...) ja.	26 27 28
I: Schönes Beispiel!	29 30
C: Ja, genau.	31
I: Und wie ist da so der Tagesablauf? Also der Tagesablauf einer Patientin?	32 33
C: Also es geht Morgen so um (...) ab viertel nach sieben los. Wir haben zweimal die Woche	34

Wiegen, das ist natürlich immer sehr aufregend. Da sind sie dann am Abend vorher auch oft schon sehr aufgeregt, einfach weil davon dann meistens auch einfach Konsequenzen abhängen, also positive oder negative.	35 36 37
Dann ist ab halb acht das Frühstück, da frühstücken sie dann auch gemeinsam in einer Gruppe, also die essgestörten Patienten. Und dann findet die Morgenrunde statt oder eben auch Visite. Dann gibt es verschiedene Gruppen, die immer wöchentlich, oft wöchentlich eben stattfinden. Dann das Mittagessen, was auch begleitet wird. Teilweise von uns, teilweise auch von anderen Therapeuten. Und dann nachmittags haben die manchmal auch noch Gruppen oder eben auch Freizeit. Und dann findet nochmal eine kleine, also das nennen wir „tria“, also das ist eine Patientengruppe, die sich abends trifft, vorm Abendessen und da nochmal den Tag bespricht. Das machen die aber dann untereinander. Und dann ist Abendessen und dann meistens freie Zeit. Also da passiert dann nichts mehr.	38 39 40 41 42 43 44 45 46 47
I: Und was sind das für Gruppen? Also die sie tagsüber haben? Sind das auch Gruppen, die von der Pflege begleitet werden oder sind das....	48 49 50
C: ...teils teils, genau. Also es gibt so die Einführungsgruppe, die sich so allgemein dreht um die Themen die wir hier, (...) also wir sind ja hier eine gemischte Station, wir sind ja nicht nur eine Essstörungsstation, sondern auch, also wir haben den Schwerpunkt ja auf Borderline und Persönlichkeitsstörungen und wir haben die Einführungsgruppe zum Thema Anspannungen und Skills. Und da sind eben auch alle Patienten, also auch die Essstörungspatienten mit drin. Und der zweite Teil dreht sich um Achtsamkeit und Gefühle. Das lernen die kennen und - also ja das machen wir. Und was machen die noch so (...)	51 52 53 54 55 56 57
Also wir begleiten die Basisgruppe, da sind dann manchmal auch so essgestörte Menschen mit drin. Die dreht sich aber schwerpunktmäßig um Borderline und die Essstörungspatienten haben eigene Gruppen, in denen sie - in denen es um Essstörungsbewältigung geht und um, wie heißt die andere noch (.)	58 59 60 61
Dann gibt's eine Körperbildgruppe, die begleiten wir aber nicht. Also das macht die Kunsttherapeutin zusammen mit einer Psychologin, genau.	62 63
Und es gibt noch eine Essstörungsgruppe, ich weiß aber nicht ob sie noch einen gesonderten Namen hat. Das weiß ich jetzt nicht genau.	64 65 66
I: Okay, dann im Umgang mit deinen Patienten, welche pflegerischen Tätigkeiten helfen da besonders?	67 68 69
C: Also um die Essstörung in den Griff zu kriegen?	70

I: Genau.	71
	72
	73
C: Also ein ganz, ganz wichtiger Punkt ist natürlich die Essbegleitung. Dass Therapeuten,	74
also dass wir therapeutisch anwesend sind und als Vorbild auch essen. Also wir müssen auch	75
mitessen und essen auf, sozusagen. Das muss man vorbildhaft. Und wir begrenzen da auch	76
Verhalten während des Essens.	77
Also da gibt's ja Strategien, dass die Patienten das Essen zerstückeln, dass sie auch	78
versuchen was verschwinden zu lassen. Das ist nicht mehr so häufig gottseidank aber dass	79
sie dann auch ganz viel trinken. Also versuchen viel zu trinken, damit es besser dann wieder	80
rauskommt, kennt man ja auch. Oder sich ganz viel unterhalten. Also das wird auch	81
begrenzt, dass wir sagen `so, jetzt bitte mal wieder auf sich konzentrieren, aufs Essen	82
konzentrieren`. Und ich glaub das ist ein ganz, ganz wichtiger Punkt. Das ist auch das	83
Schwierigste für viele am Anfang. Das es kontrolliert wird. Also das ist eine unangenehme	84
Situation für viele. Aber ich glaube, das ist mit die wichtigste (..) also der wichtigste Teil der	85
Therapie, würde ich sagen.	86
Und das kontrollierte Wiegen. Also, dass sie sich auch zwischendurch dann nicht wiegen	87
dürfen. Das machen sie zu Hause ja manchmal stündlich. Also die, die wirklich ganz schwer	88
krank sind, die wiegen sich ja vor jedem Essen, nach jedem Essen und vor jedem (..) also vor	89
jeder Bewegung, nach jeder Bewegung. Also das ist wirklich ganz, ganz (...) schwierig dann	90
gestört und das dürfen sie hier dann halt nicht mehr. Also wenn das irgendwie auffällt, dass	91
die wissen wie ihr Gewicht ist oder so, da haben wir dann auch schon Zimmerkontrollen	92
durchgeführt. Und dass die dann eine Waage bei sich im Schrank hatten oder so. Genau, das	93
wird alles begrenzt.	94
Das ist halt auch eine schwierige Krankheit und eine gefährliche eben auch.	95
	96
I: Ja. Und du hattest eben die Körperbildgruppe angesprochen, wie ist das? Also gibt's da	97
auch pflegerische Interventionen, die da durchgeführt werden?	98
	99
C: Ja, also nicht direkt aber oft sind die Patienten nach der (..) <u>gerade</u> nach der	100
Körperbildgruppe sehr traurig oder belastet. Auch manchmal wütend, manchmal erschreckt.	101
Und dann kommen die eben zu uns. Dann bieten wir Kurzkontakte an, wo wir uns mit denen	102
zusammensetzen und sagen `Mensch, wie können Sie damit jetzt umgehen, was könnte jetzt	103
helfen, müssen Sie sich ablenken oder müssen Sie nochmal ins Gefühl reingehen? Was hilft	104
jetzt gerade`? Ja und da wenden wir ja auch Skills an, damit die mit dem Gefühl	105
klarkommen oder eben mit der Anspannung, die dann entsteht. Damit die, (...) also alles was	106

dann halt so kommt. Das ist auch unterschiedlich.	107
Genau, also da sind wir dann schon indirekt involviert. Oder wir geben auch manchmal (..)	108
also manchmal kriegen die auch die Aufgabe das selber durchzuführen, dass sie da selber	109
abmessen sollen nochmal für sich. Und dann geben wir eben die Schnüre oder Bänder raus	110
und diese Geschichten.	111
Genau, aber das versuchen wir dann schon auch eher kontrolliert zu machen. Also nur die,	112
die das dann wirklich auch machen sollen. Therapeutisch erlaubt sozusagen. Und da bieten	113
wir dann eben auch Unterstützung an, wenn das schwierig ist.	114
Da wird das dann so fortgeführt.	115
	116
I: Okay und welche Faktoren tragen deiner Meinung nach zu einem Rückfall bei?	117
	118
C: Also viele Patienten berichten, dass sie zu Hause eben nicht mehr diese Struktur hatten,	119
dass sie zum Essen erscheinen müssen. Das fällt ja weg zu Hause ganz oft und das ist ein	120
großer Aspekt, dass da keiner mehr drauf guckt, dass sie da wieder total unkontrolliert sind.	121
Also der andere Teil ist, dass sie eben wieder in das Umfeld zurückgehen, aus dem sie	122
kommen. Wo dann wieder die gleiche Situation ist wie vorher, wo die Mutter dann darauf	123
Einfluss nimmt, die natürlich sich sorgt und da dann ganz viele Kommentare gibt und fragt	124
und ständig Essen auf den Tisch stellt oder (...). Also es ist oft ein Thema. Also, dass die	125
Familie dann schon so involviert ist in dieses Geschehen. Und es wird oft versucht, hier im	125
Laufe der Zeit auch, dass sie sich einen Wohnplatz suchen in einer betreuten Einrichtung.	127
Das ist sehr oft Thema. Das klappt natürlich nicht immer sofort aber (...). Also die Patienten	128
sind sechs, acht oder zwölf Wochen hier und in der Zeit schafft man das nicht immer gleich.	129
Aber es wird dann angebahnt und es ist dann irgendwann im Laufe der nächsten, weiß ich	130
nicht, Monate, Jahre passiert, dass sie ausziehen und aus dem Umfeld indem sie sind	131
rauskommen. Das ist ganz wichtig oft, da es sonst nicht nachhaltig tatsächlich ist.	132
	133
I: Ja, das ist jetzt eigentlich auch schon so ein ganz guter Einstieg in die nächste Frage. Und	134
zwar ob du denkst, dass eine pflegerische Nachbetreuung ambulant, ob das hilfreich wäre die	135
Rückfallquote zu reduzieren zu Hause.	136
	137
C: Also ich höre das ja heute zum ersten Mal und ich finde das im ersten Moment so eine	138
super Idee. Klar, ich müsste mir das auch ein bisschen genauer Mal überlegen aber es ist oft	139
so, dass ich auch mit den Patienten so (..) gerade, wenn die dann kurz vor der Entlassung	140
sind sitze und die natürlich auch Angst kriegen vor zu Hause und vor der Entlassung. Was ja	141
auch realistisch ist oft und das sagen wir denen auch ganz offen. Und dass ich dann immer	142

versuche so zu sagen, `haben Sie denn alles gut vorbereitet? Sind Sie gut angebunden?	143
Haben Sie eine ambulante Therapie? Haben Sie sich bei Waage gemeldet? `	144
Waage ist ja die Einrichtung überhaupt in Hamburg die auch Essgestörte Patienten dann	145
betreut. Aber das ist ja manchmal auch weit weg dann und die sind ja alle dann auch gar	146
nicht in der Lage dahin zu fahren. Also ich glaube das ist eine super Idee. Auf jeden Fall.	147
Gerade, weil man sich dann ja auch schon kennt und die uns dann natürlich auch vertrauen	148
würden. Und sich anvertrauen würden und wissen, ich bin da nicht alleine in meinem	149
Umfeld und es passiert nichts mehr. Kann ich mir gut vorstellen.	150
	151
I: Genau das wäre jetzt ja so eine Variante, dass die Pflegekräfte von hier dann die Patienten	152
auch zu Hause begleiten. Und so ein unabhängiger ambulanter Pflegedienst, der aber	153
wirklich auf Essstörungen spezialisiert ist und eine Einführung, also eine gute Übergabe hier	154
bekommen würde, könnten Sie sich das auch vorstellen mit neuen Pflegekräften?	155
	156
C: Auf jeden Fall. Also das wird ja auch schon gemacht. Nur eben nicht mit spezialisierten	157
Pflegekräften, sondern (...) also das sind dann eben die ambulanten Pflegedienste, die es gibt	158
oder eben diese (...) früher hieß es ppm, das heißt jetzt irgendwie anders. ASP oder keine	159
Ahnung, genau - die das anbieten. Und mit denen verbinden wir uns eben auch <u>schon jetzt</u> .	160
Also das wird auch angeleiert von hier.	161
Aber klar, wenn es das gäbe und wir wüssten die und die können wir da kontaktieren also	162
von uns - und die Patienten melden sich da und die kriegen von uns eine Übergabe und die	163
kriegen von uns einen Brief oder eine Übergabe – <u>super</u> . Ich glaub das wäre total hilfreich.	164
	165
I: Und wie kannst du dir vorstellen würde optimal, also unabhängig von Personalmangel und	166
finanziellen Engpässen so eine ambulante Betreuung aussehen?	167
	168
C: Also ich weiß es nicht genau. Also es gibt ja diese Möglichkeiten eben, dass die nach	169
Hause kommen zu den Patienten und mit denen drauf gucken wie ist vielleicht der Ess-plan?	170
Wie ist da irgendwie (..) wie läuft's oder wird eingekauft zusammen erstmal. Ich weiß es gar	171
nicht, ich find das interessant. Ob man dann zusammen auch kochen würde oder ob die	172
Patienten vielleicht auch dahin kommen könnten und dann in die Einrichtung kommen. Also	173
es gibt da ja auch immer, also sowas wie bei Waage, also dass es denn da vielleicht auch eine	174
Gruppe gibt, eine ambulante oder so. Also das wäre ja glaub ich auch... ich glaube da gibt's	175
dann soweit ich weiß zum Beispiel gar nichts. Eine ambulante essgestörte Gruppe, das habe	176
ich noch nie gehört aber das wär ja glaub ich auch (...) Also wo die sich ja dann vielleicht	177
auch wiedertreffen, die sich vielleicht auch irgendwie in einer Klinik kennengelernt haben	178

und sagen `hey wie läuft's bei dir? `und sich austauschen können.	179
	180
I: Also kannst du dir auch vorstellen, dass jetzt neben zusammen kochen, zusammen essen,	181
zusammen einkaufen auch therapeutische Maßnahmen, also pflegerische, die dann von der	182
Pflege durchgeführt werden können, dass die da auch integriert werden? Dass man die zu	183
Hause dann einfach weiterführt.	184
	185
C: Ja auf jeden Fall. Also dass man auch darüber sprich: wie läuft's, wie ist es, welche	186
Gefühle sind präsent, welche (...) also was wird angewendet um sich gut abzulenken, wie	187
wird eine Essstörung also ein Essanfall verhindert, indem man regelmäßig isst. Und das dann	188
auch einfach nach zu besprechen immer wieder, auf jeden Fall.	189
Oder welche Skills sind da, vielleicht auch wirklich da mal nachgucken. Also hat der Patient	190
das dort stehen? Auf dem Nachtschrank, auf dem Schreibtisch oder keine Ahnung, muss er	191
das irgendwo rauskramen aus dem untersten Schränkchen oder so? Also ist es wirklich	192
präsent, oder (...)? Also wie man das dann wirklich zu Hause umgesetzt wird. Oder ich sag	193
den Patienten auch ganz oft `pinnen Sie sich Ihre Sachen, die sie hier erarbeitet haben an die	194
Schranktür oder an die Wand oder (...), ja und machen die das dann wirklich auch. Oder die	195
kriegen hier ja ein Bonusmodell, das hat jetzt hier mit der Essstörung nichts zu tun, sondern	196
das ist ein Teil aus der Chemotherapie. Und das Bonusmodell ist auch etwas das man. So	197
sehr schön vor Augen haben kann, wenn man sich das irgendwo hingängt oder aber auch	198
fotografiert. Ja und machen die das wirklich? Haben die das denn präsent? Und das einfach	199
mal zu fragen und das da jemand ist der das weiß und der dann auch nicht irgendwie	200
involviert ist, so wie Eltern oder Freunde oder (...), Also der emotional eben dann auch einen	201
gesunden Abstand hat. Ich glaub das wäre total gut, klar.	202
	203
I: Okay, ja ich glaube das war es von meiner Seite. Hast du noch irgendwas?	204
	205
C: Hmm, fällt mir noch was ein? Ich muss mal überlegen, was bieten wir unseren Patienten	206
noch an? Also das Ding ist, dass wir für unsere Patienten auch eine extra	207
Ernährungstherapeutin eben auch haben und die mit denen ja immer diese Essenspläne	208
erstellt. Und die haben die ja ambulant auch nicht. Und ich glaube da eben einfach mit den	209
Patienten immer mal drauf zu gucken: `Wie ist der aktuelle Ernährungsplan? Haben sie	210
überhaupt noch einen? Welche Zwischenmahlzeiten werden eingenommen? Ob die	211
überhaupt wirklich eingekauft worden? Ich glaub da wirklich je kontrollierter man da eine	212
Zeit lang drauf guckt, desto länger wird das dann auch anhalten.	213
	214

I: Okay, Ja gerade weil man bei denen zuhause im Umfeld ist, nicht irgendwo. Also es gibt ja	215
auch die Tageskliniken zum Beispiel wo sie dann tageweise hingehen. Aber da sind sie eben	216
auch wieder nicht in Ihrem gewohnten Umfeld Das ist ja auch wieder in der Klinik.	217
	218
C: ...ganz genau und da ist der Tag dann ja eben auch wieder durchgeplant und vorgegeben.	219
Ja ich glaube das könnte schon viel bringen. Weil ich glaube wir können uns manchmal gar	220
nicht vorstellen wie dieses Gefälle ist. Und das finde ich super, dass es ein Thema ist bei	221
Ihnen, bei dir.	222
Also dieser Unterschied in der Klinik zu sein mit klaren Strukturen, Regeln und Vorgaben,	223
wir sagen an wie es läuft und die müssen sich damit abfinden sozusagen. Und dann haben sie	224
sich da gerade eingefunden über die Wochen und dann gehen sie nach Hause und alles bricht	225
weg. Das stelle ich mir auch sehr schwierig vor, gerade bei den Essgestörten Patienten. Und	226
wir haben ja auch viele die wiederkommen. Manche nach einem Jahr, manchmal nach vier	227
oder fünf Jahren aber die kommen wieder.	228
	229
I: Steht da eigentlich häufig die Körperschemastörung im Fokus?	230
	231
C: Es ist ein sehr großes Thema aber ich krieg das hier nicht so genau mit. Aber das ist klar.	232
Die fühlen sich ja immer noch zu dick auch wenn sie schon so dünne Ärmchen haben und	233
finden sich eklig wenn sie sich im Spiegel angucken. Und das ist schon sehr, sehr präsent bei	234
den Patienten und macht es schwer durchzuhalten.	235
	236
I: Okay, ja dann vielen Dank.	237
C: Sehr, sehr gerne.	

Anhang 5: Suchstrategie

Welche Pflegeinterventionen können nach Wahrnehmung von Pflegenden dazu beitragen, die Körperschemastörung von Patienten*innen mit Essstörungen zu reduzieren? Welche Maßnahmen werden hierzu bereits durchgeführt?

Suchnr.	Stichworte	Suchlimits	Treffer
1	View	Englisch, deutsch, 10 Jahre	117251
2	Opinion	*	271454
3	Idea	*	34027
4	Perception	*	212745
5	Cognition	*	143974
6	Disorder of body schema	*	4974
7	Disrupted working body schema	*	11
8	Eating disorder	*	15071
9	Anorexia	*	11499
10	Bulimia	*	3638
11	Nursing intervention	*	125352
12	Nursing measure	*	11184
13	Nursing activities	*	12476
14	Nursing facilities	*	8778
15	reduce	*	340299
16	decrease	*	357288
17	lower	*	851376
18	lessen	*	3193
19	#1OR#2OR#3OR#4OR#5	*	708988
20	#6OR#7OR	*	4982
21	#8OR#9OR#10	*	22263
22	#11OR#12OR#13OR#14	*	135903
23	#15OR#16OR#17OR#18	*	1434166
24	#19AND#20AND#21AND#22AND#23	*	2
25	#20AND#21AND#22	*	15
26	#20AND#21AND#22AND#23	*	3
27	#21AND#22	*	332

Wie kann eine ambulante pflegerische Nachbetreuung aus Sicht von Pflegenden dazu beitragen die Rückfallquote von Menschen mit einer Körperschemastörung nach einer Stationären Therapie zu reduzieren?

Suchnr.	Stichworte	Suchlimits	Treffer
1	Outpatient care	Englisch, deutsch, 10 Jahre	52554
2	Ambulant care	*	282
3	Inpatient therapy	*	35808
4	Inpatient care	*	155206
5	Inpatient treatment	*	149532
6	Inpatient stay	*	10938
7	Eating disorder	*	15071
8	Anorexia	*	11499
9	Bulimia	*	3638
10	Relapse rate	*	61584
11	Back disease	*	16124
12	Reduce	*	340299
13	Decrease	*	357288
14	Lower	*	851376
15	lessen	*	3193
16	#1OR#2	*	52738
17	#3OR#4OR#5OR#6	*	169518
18	#7OR#8OR#9	*	22263
19	#10OR#11	*	61586
20	#12OR#13OR#14OR#15	*	1434166
21	#16AND#17AND#18AND#19AND#20 (Wahrnehmung noch nicht inbegriffen)	*	1
22	#16AND#18		307

Eidesstattliche Erklärung

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

Hamburg, den 13.06.2019



Lena Lisiewicz