

**EMPFEHLUNGEN ZUR BERATUNG UND BEHANDLUNG
DER ESSSTÖRUNG IN DEN UNTERSCHIEDLICHEN SETTINGS**





Diese Broschüre ist durch die Initiative des Vorstands des Bundesfachverband Essstörungen e.V. entstanden.
Der Vorstand bedankt sich bei allen Mitwirkenden für ihr Engagement und ihre Mithilfe.

INHALT

>> WOZU DIESE EMPFEHLUNGEN?	4
>> FACHBERATUNGSSTELLEN	6
>> AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS SOWIE IM MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUM MVZ	8
>> TAGESKLINIK, TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG	10
>> KLINIK, VOLLSTATIONÄRE BEHANDLUNG	12
>> PÄDAGOGISCH-THERAPEUTISCHE WOHNEINRICHTUNGEN	16
>> FALLSTRICKE IN DER BERATUNG UND BEHANDLUNG	18
>> DER BFE: 25 JAHRE VERBANDSARBEIT	20
>> DIE AUTORINNEN DIE AUTOREN	22
>> IMPRESSUM	23

EXPERTISE WEITERGEBEN. Seit 25 Jahren ist der Bundesfachverband Essstörungen e.V. (BFE) der Dachverband für Einrichtungen in Deutschland, die sich der Beratung und Behandlung von Essstörungen widmen. Diese Kompetenz möchten wir unseren Mitgliedern sowie allen Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften zugänglich machen.

QUALITÄT ERKENNEN. Betroffene und Angehörige, die auf der Suche nach einer Therapieeinrichtung sind, erhalten mit den Empfehlungen eine kurz gefasste Hilfestellung an die Hand, um Ziele, Angebote und Qualität von Beratungsstellen, ambulanten Therapeut*innen, Wohngruppen, Tageskliniken und Kliniken zu überprüfen. Maßgeblich ist dabei auch die aktuelle S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörung“ der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen DGEES e.V. (2018), an deren Erstellung der BFE beteiligt war.

BETROFFENE IM MITTELPUNKT, WERTSCHÄTZUNG UND PARTIZIPATION. Wir begreifen die Essstörung als psychosomatische Bewältigungsstrategie, die der/die Betroffene derzeit anders nicht zu lösen vermag. Das Handeln professioneller Helfer*innen im Essstörungsbereich ist von einer wertschätzenden und respektvollen Haltung gegenüber den Betroffenen geprägt, die – im Sinne der Partizipation – aktiv in den Beratungs- und Behandlungsprozess einbezogen werden..

MULTIPROFESSIONALITÄT. Da Essstörungen durch vielfältige Ursachen entstehen – biologische ebenso wie psychologische, soziale und soziokulturelle –, muss auch die Beratung und Behandlung multiprofessionell angelegt sein. Ärzt*innen, Psycholog*innen, Pädagog*innen und Sozialarbeiter*innen, Ernährungstherapeut*innen, Körper- und Gestalttherapeut*innen sowie weiteres pädagogisches und psychosoziales Fachpersonal arbeiten in der qualitativ hochwertigen Essstörungstherapie zusammen. Entsprechend ist auch das Autor*innenteam dieser Empfehlungen multiprofessionell zusammengesetzt.

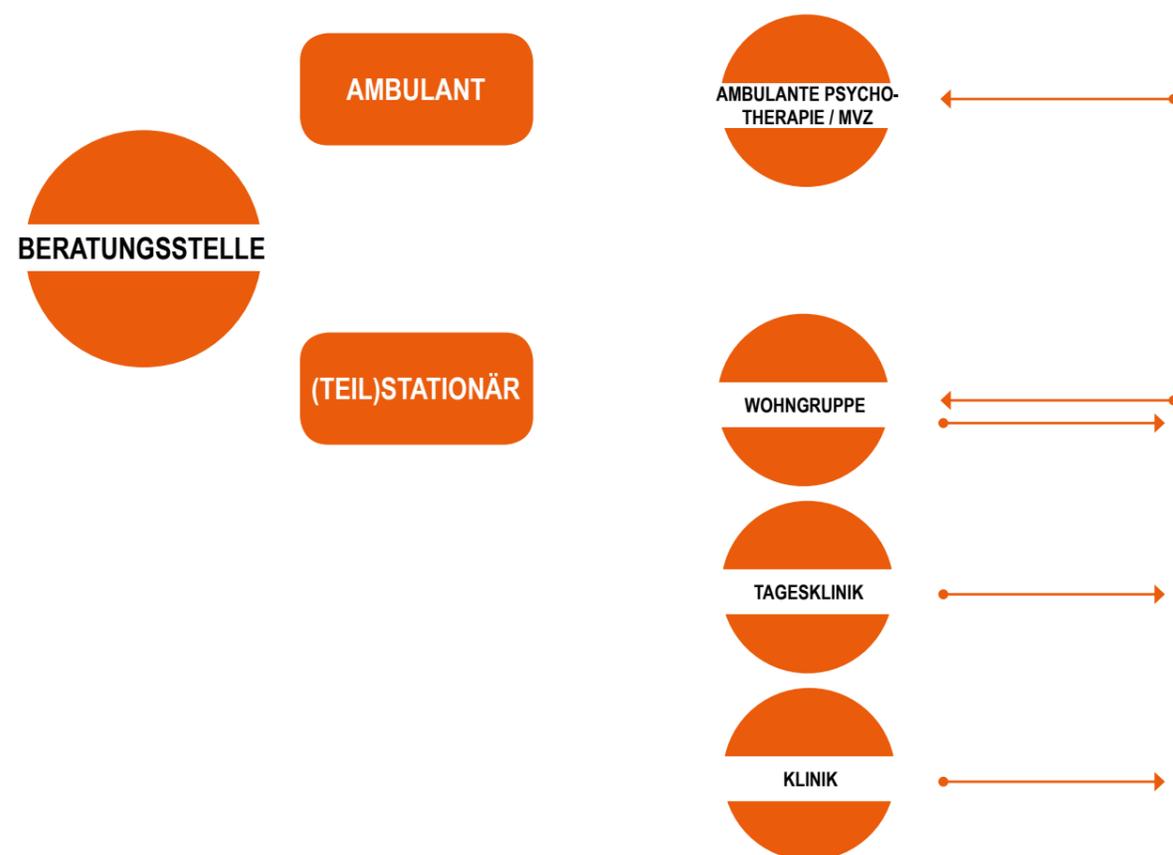
SETTINGS IM VORDERGRUND. Die Empfehlungen sind nach Settings gegliedert, da diese die Hilfsangebote strukturieren. Für jedes Setting enthalten die Empfehlungen Angaben zu:

- >> Zielgruppe und Indikationen
- >> Zielsetzungen
- >> Interventionsangeboten
- >> wesentlichen Qualitätskriterien, beispielsweise betreffend die Qualifikation der Mitarbeiter*innen.

¹ DGEES (Hg.) (2018): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Online verfügbar unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html>.

GESCHLOSSENE BEHANDLUNGSKETTE. Essstörungen bedürfen meist einer kontinuierlichen Begleitung und Behandlung über mehrere Monate oder gar Jahre hinweg. Wichtig ist, dass alle Beteiligten sich eng vernetzen und die Übergänge von einer Behandlungsform und einem Setting zum nächsten reibungslos gestaltet werden – ohne lange Wartezeiten und mit möglichst gleichbleibenden Ansprechpartner*innen. Den Einstieg in die Behandlung bildet oftmals eine Beratungsstelle als niederschwellige erste Anlaufstelle für Betroffene und deren Angehörige. Anschließend folgen, je nach Indikation, ambulante, teilstationäre oder stationäre Angebote, wobei sich die Behandlung in Wohngruppen, Tageskliniken und Kliniken unterscheiden lässt. Eine Wohngruppe kann auch nach einer Behandlung in einer Klinik oder Tagesklinik zur Wiedereingliederung ins Alltagsleben empfehlenswert sein. In aller Regel sind nach dem (teil-)stationären Aufenthalt ambulante Therapieangebote in Psychotherapiepraxen, medizinischen Versorgungszentren oder Beratungsstellen zur weiteren Stabilisierung der erreichten Erfolge nötig. Und da der Gesundungsprozess nicht immer geradlinig verläuft, sondern oft seine Höhen und Tiefen hat, kann bei Bedarf eine erneute (Intervall-)Behandlung in einem stationären Setting erfolgen.

BEHANDLUNGSKETTE BEI ESSSTÖRUNGEN



FACHBERATUNGSSTELLEN SIND FÜR BETROFFENE UND DEREN ANGEHÖRIGE OFTMALS DIE ERSTE NIEDERSCHWELIGE ANLAUFSTELLE UND DAMIT DER EINSTIEG IN DEN BEHANDLUNGSPFAD DER ESSSTÖRUNG.

>> ZIELGRUPPE UND INDIKATIONEN

Fachberatungsstellen richten ihre Angebote an

- Menschen, die an einer Essstörung erkrankt sind
- Menschen mit riskantem Essverhalten
- Angehörige und das soziale Umfeld der Betroffenen
- Fachkräfte und Multiplikator*innen

>> ZIELSETZUNGEN

Mit ihren Angeboten verfolgen Fachberatungsstellen folgende Zielsetzungen

- Niederschwelliger Einstieg ins Hilfesystem für Menschen mit Essstörungen bzw. riskantem Essverhalten und deren Angehörige
- Fachliche Einschätzung von Essstörungen
- Abklärung von Komorbiditäten
- Informationsvermittlung und Aufklärung über Merkmale, Ursachen und Folgen der Erkrankung
- Individuelle Ressourcenanalyse und Evaluierung wichtiger Lebensbereiche
- Formulierung einer Zielperspektive und Entwicklung konkreter Handlungsschritte
- Aufzeigen angemessener Behandlungsmöglichkeiten und Vermittlung in das Behandlungssystem
- Koordination und Begleitung des Hilfeprozesses
- Überbrückungsgespräche im Vorfeld und im Anschluss an eine stationäre Behandlung
- Förderung der Behandlungsmotivation
- Prävention

>> INTERVENTIONSANGEBOTE

Fachberatungsstellen bieten in aller Regel

- Persönliche Beratung
- Telefonberatung
- Online-Beratung
- Gruppenangebote
- Präventionsangebote in Schulen, Jugendeinrichtungen und Betrieben
- Fortbildung, Fachberatung und Supervision



>> QUALITÄTSKRITERIEN

Eine qualitativ hochwertige Fachberatungsstelle zeichnet sich aus durch

- Pädagogische oder psychologische Ausbildung der Mitarbeiter*innen
- Fundierte Kenntnisse der Mitarbeiter*innen in Methoden der Beratungsarbeit; therapeutische Zusatzausbildungen sind wünschenswert
- Fundiertes, spezifisches Fachwissen der Mitarbeiter*innen zu Essstörungen; regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen
- Gendersensible Sichtweise, wertschätzende und respektvolle Haltung, aktiver Einbezug der Ratsuchenden in den Beratungsprozess (Partizipation)
- Supervision und Intervention
- Systematische Dokumentation der Beratungsleistungen und Überprüfung ihrer Wirksamkeit
- Vernetzung, Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit: Die Fachberatungsstellen sind als niederschwelliges Beratungsangebot Teil einer umfassenden Versorgung bei Essstörungen und vernetzen sich aktiv mit den weiteren Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge

AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS SOWIE IM MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUM MVZ

AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE KANN BEI WENIGER STARK AUSGEPRÄGTER SYMPTOMATIK AUSREICHEND ZUR BEHANDLUNG DER ESSSTÖRUNG SEIN. SIE BILDET TEILWEISE DEN EINSTIEG IN DIE BEHANDLUNGSKETTE, SODASS DER/DEM THERAPEUT*IN EINE LOTSENFUNKTION ZUKOMMT, UND IST ZUDEM IN VIELEN FÄLLEN IM ANSCHLUSS AN STATIONÄRE MAßNAHMEN ERFORDERLICH. AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE FINDET MEIST IN PRAXEN NIEDERGELASSENER PSYCHOLOGISCHER UND ÄRZTLICHER PSYCHOTHERAPEUT*INNEN STATT UND WIRD NEUERDINGS AUCH IM MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUM MVZ ANGEBOTEN.

>> ZIELGRUPPE UND INDIKATIONEN

Indikationen für eine ambulante Psychotherapie können folgende sein

- Vergleichsweise geringes Ausmaß der Symptomatik bzw. Fehlen von Kriterien für eine stationäre Aufnahme (siehe dort)
- Nachsorge und Rückfallprophylaxe nach einem Klinikaufenthalt

Voraussetzung ist eine ausreichende Therapiemotivation. Die Patient*innen kommen oftmals mit einer ambivalenten Therapiemotivation und benötigen eine längere Zeit für den Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung.

>> ZIELSETZUNGEN

Zielsetzungen sind in der ambulanten Psychotherapie

- Verstehen der Erkrankung durch Erarbeiten des individuellen Störungsmodells
- Aufbau eines gesunden Essverhaltens (regelmäßig, ausreichend und ausgewogen); ggf. in Zusammenarbeit mit externen Ernährungstherapeut*innen
- Abbau der Selbstschädigung durch Hungern, übermäßiges Essen oder gegenregulierende Maßnahmen
- Verbesserung der Beziehung zum eigenen Körper sowie der positiven Selbstfürsorge
- Entwicklung einer positiven Selbstbewertung und realistischer Ansprüche
- Verbesserung der sozialen Beziehungen
- Bearbeitung der inneren Konflikte und der Impulssteuerung

>> INTERVENTIONSANGEBOTE

Zu einer ambulanten Psychotherapie gehören in der Regel die folgenden Bausteine

- Psychoedukation und Aufklärung über die langfristigen Folgen der Essstörung
- Gründliche Anamnese von biographisch erlebten Belastungen und deren Zusammenhang mit der Essstörung (Essstörung als – auf Dauer wenig effektive – Bewältigungsstrategie für andere Lebensprobleme)
- Störungsspezifisch ausgerichtete Behandlung (meistens 6-24 Monate dauernd)
- Einzelsitzungen
- Gruppensetting – als Chance neue Erfahrungen zu machen und von anderen Betroffenen zu lernen
- Einbezug wichtiger Bezugspersonen (Familie, Partner*in)
- Ambulante Ernährungstherapie bei Bedarf
- Sozialtherapeutische Unterstützung, wenn Probleme hinsichtlich Schule, Ausbildung, Beruf oder Wohnsituation bestehen

Möglich sind unterschiedliche Therapierichtungen, vor allem psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch und familienbasiert. Essstörungstherapeut*innen sind oftmals kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet: Die kognitive Verhaltenstherapie fokussiert insbesondere auf die Umstrukturierung der dysfunktionalen Gedanken sowie auf den Umgang mit Emotionen. Das Führen einer Gewichtskurve sowie das Esstagebuch sind Instrumente für die Patient*innen im Sinne der Selbstregulation und dienen den Therapeut*innen als Diagnostikum zu Beginn und später zur Überprüfung der Umsetzung der besprochenen Veränderungen. Patient*innen mit Essstörungen benötigen Hilfestellungen im Sinne von Strukturen, z. B. kalorische Bedarfsdeckung, Regeln für gesundes Essen, um sich auf ein gesundes neues (Ess-)Verhalten einzustellen.

>> QUALITÄTSKRITERIEN

Folgende Qualitätskriterien können die Auswahl geeigneter Psychotherapieangebote leiten

- Ausbildung und Approbation der Psychotherapeut*innen in einem anerkannten Therapieverfahren
- Spezialisierung im Essstörungenbereich
- Regelmäßige Kooperation mit anderen Berufsgruppen (Ernährungsberater*innen, Körpertherapeut*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen), damit die Patient*innen ein ganzheitliches Behandlungskonzept erhalten und regelmäßige medizinische Untersuchungen vorgenommen werden
- Vernetzung mit spezialisierten Kliniken im Essstörungenbereich, um den/die Patient*in zu unterstützen, falls ein stationärer Aufenthalt nötig ist, und eine geeignete Klinik auszusuchen
- Orientierung an der S3-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung der Essstörungen“

AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE IM MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUM MVZ

Bei einem fachgebundenen MVZ handelt es sich um einen Zusammenschluss approbierter Psychotherapeut*innen, die den Behandlungsfokus auf Patient*innen mit Essstörungen und deren Begleiterkrankungen legen. Durch diese störungsspezifische Ausrichtung ist eine Behandlung mit hohem fachlichen Standard gewährleistet.

Die Mitarbeiter*innen nehmen an der ambulanten Versorgung essgestörter Patient*innen teil, die sich nach der S3-Leitlinie richtet. Durch eine enge Vernetzung mit anderen therapeutisch-medizinischen Berufsgruppen, Einrichtungen, Beratungsstellen und Sozialhilfeträgern sollen ein ganzheitliches Behandlungsangebot und gegebenenfalls eine geschlossene Behandlungskette gewährleistet werden.

EIN TEILSTATIONÄRER AUFENTHALT IN EINER TAGESKLINIK KANN BEI WENIGER SCHWEREM KRANKHEITSVERLAUF AUSREICHEND SEIN UND BIETET ZUDEM EINE GEEIGNETE ANSCHLUSSMAßNAHME AN EINE VOLLSTATIONÄRE BEHANDLUNG. IM VERGLEICH ZU VOLLSTATIONÄRER THERAPIE IST EINE TAGESKLINISCHE BETREUUNG KOSTENEFFIZIENT.

>> ZIELGRUPPE UND INDIKATIONEN

Die Indikationen sind im Folgenden getrennt für die einzelnen Essstörungen spezifiziert. Zudem lassen sich einige Kontraindikationen formulieren.

Anorexia nervosa

Eine teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik ist indiziert für

- Weniger schwer erkrankte Patient*innen mit guter Motivation, geringer Komorbidität und nur mäßigem Untergewicht (BMI >16 kg/m²), da meist geringere Gewichtszunahmen als bei vollstationärer Therapie zu erwarten sind
- Eine Step-Down-Behandlung im Anschluss an eine vollstationäre Therapie zur Transfersicherung; optional auch bei Kindern und Jugendlichen nach somatischer Stabilisierung
- Patient*innen mit chronischen Verläufen mit wiederholten stationären Aufenthalten, bei denen die soziale Einbindung und Tagesstruktur im Fokus steht

Bulimia nervosa

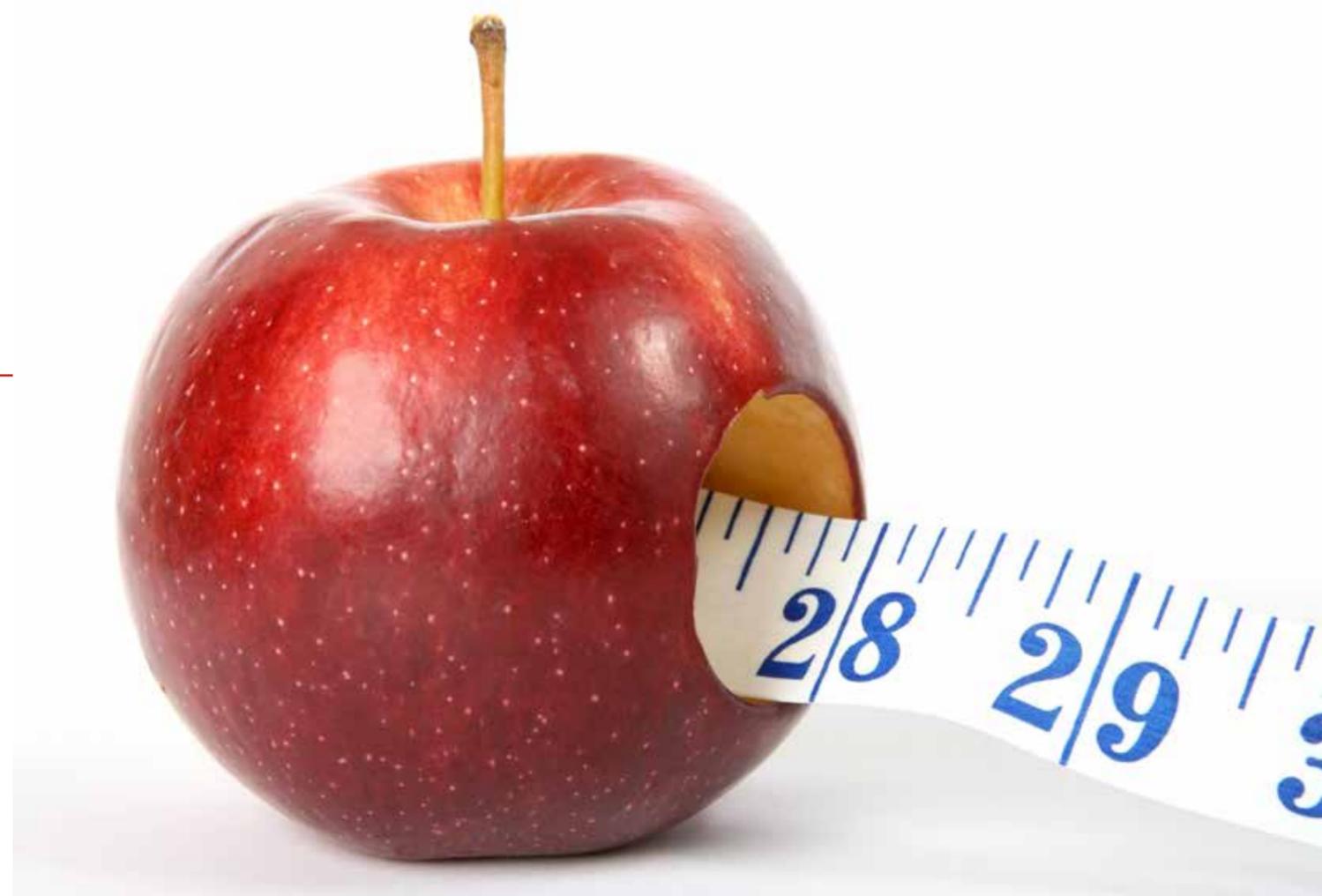
Eine teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik ist indiziert bei

- Mangelndem Ansprechen auf ambulante Behandlung
- Ausgeprägter psychischer und/oder somatischer Komorbidität (Selbstverletzung, Diabetes mellitus Typ 1)
- Allgemeiner Krankheitsschwere
- Erheblichen Konflikten im sozialen und familiären Umfeld
- Einem Fokus der Behandlung auf Transfersicherung

Binge-Eating-Störung

Die tagesklinische Behandlung der Binge-Eating-Störung kann

- Den Transfer in den Alltag fördern und
- Einen gewissen Rahmen bieten zur Stimulus- (Ernährung, Bewegung) und Reaktionskontrolle (Affektregulation bezüglich Essen)



Kontraindikation

Eine teilstationäre Behandlung ist kontraindiziert bei

- Somatischer und psychiatrischer Gefährdung
- Überforderung der Patient*innen bzgl. des notwendigen Ausmaßes an Therapiemotivation und Eigenverantwortung

>> ZIELSETZUNGEN

Zielsetzungen im teilstationären Setting der Tagesklinik sind

- Reduktion der Essstörungssymptomatik
- Sicherung vollstationär erreichter Fortschritte
- Hohe Realitätsnähe, Transfer des in der Therapie Erlernten in die Lebensrealität
- Einbezug von Angehörigen in die Therapie

>> INTERVENTIONSANGEBOTE

Alle wesentlichen Behandlungsbausteine aus der vollstationären Therapie sollten auch in der tagesklinischen Behandlung angeboten werden (siehe dort).

>> QUALITÄTSKRITERIEN

Auch die Qualitätskriterien entsprechen denen vollstationärer Einrichtungen. Zudem ist eine Spezialisierung auf Essstörungen empfohlen.

D BEI SCHWERWIEGENDER SYMPTOMATIK IST, VOR ALLEM BEI DER ANOREXIA NERVOSA, EINE STATIONÄRE BEHANDLUNG IN EINER AUF ESSSTÖRUNGEN SPEZIALISIERTEN KLINIK ANGEZEIGT, DIE EIN MULTIMODALES THERAPIEPROGRAMM ANBIETET. DIE MEHRHEIT DER PATIENT*INNEN MIT BULIMIA NERVOSA KANN HINGEGEN AMBULANT BEHANDLT WERDEN. FÜR DIE BINGE-EATING-STÖRUNG LIEGT BEGRENZTE EVIDENZ FÜR DIE WIRKSAMKEIT STATIONÄRER THERAPIEN VOR; SIE SCHEINEN EINEN GROßEN EFFEKT AUF DIE ABSTINENZ VON ESSANFÄLLEN UND DIE GEWICHTSREDUKTION ZU HABEN, ABER NUR GERING WIRKSAM ZU SEIN BEZOGEN AUF DIE GESAMTE ESSSTÖRUNGSPATHOLOGIE. EINE VOLLSTATIONÄRE BEHANDLUNG SOLLTE GENERELL NICHT ALS LETZTE OPTION ANGESEHEN WERDEN, SONDERN ALS EINE BEHANDLUNGSFORM, DIE SPEZIFISCHE MÖGLICHKEITEN BIETET.

>> ZIELGRUPPE UND INDIKATIONEN

Die Indikationen sind im Folgenden getrennt für die verschiedenen Essstörungen dargestellt.

Anorexia nervosa

Für eine stationäre Behandlung der Anorexia nervosa sprechen folgende Indikationen

- Überforderung im ambulanten Setting (zu wenig strukturierte Vorgaben bzgl. Mahlzeitenstruktur, Essensmengen, Rückmeldungen zum Essverhalten; bei Kindern und Jugendlichen: Zusammenbruch der familiären Ressourcen)
- Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden
- Gravierendes Untergewicht (BMI < 16 kg/m² bzw. bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der 3. Altersperzentile)
- Rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20 % über sechs Monate), Vorsicht bei vorheriger Adipositas (noch normales Körpergewicht trotz erheblicher Gewichtsabnahme)
- Körperliche Gefährdung (durch den Zustand des Verhungerns) oder Komplikationen
- Anhaltender Gewichtsverlust oder unzureichende Gewichtszunahme über drei Monate (bei Kindern und Jugendlichen früher) trotz ambulanten oder tagesklinischer Behandlung
- Typische hohe Behandlungsambivalenz mit Ängsten vor der Gewichtszunahme (z.T. phobisch ausgestaltet) und dadurch gegebene Notwendigkeit der kontinuierlichen Supervision der Wiederernährung; geringe Krankheitseinsicht
- Soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z.B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation bzw. im Umgang mit dem/der Betroffene*n erschöpfte Eltern/Partner*in, unzureichende soziale Unterstützung)
- Ausgeprägte psychische und körperliche Komorbidität
- Suizidalität
- Schwere bulimische Symptomatik (z. B. Laxanzien-/Diuretikaabusus, schwere Essanfälle mit Erbrechen)
- Exzessiver Bewegungsdrang, der ambulant nicht beherrscht werden kann



Bulimia nervosa

Gründe für eine stationäre Behandlung der Bulimia nervosa sind

- Unzureichende Veränderung in ambulanter Behandlung, Scheitern einer ambulanten oder tagesklinischen Behandlung
- Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden
- Krankheitsschwere (z.B. sehr schwer ausgeprägte Symptomatik, sehr chaotisches Essverhalten)
- Ausgeprägte psychische und körperliche Komorbidität, die eine engmaschige ärztliche Kontrolle notwendig macht
- Soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z.B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung)
- Suizidalität

Binge-Eating-Störung

Indikationen für eine stationäre Behandlung der Binge-Eating-Störung sind

- Hohe Krankheitsschwere
- Unzureichende Veränderung in ambulanter Behandlung
- Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden
- Ausgeprägte psychische und körperliche Komorbidität
- Soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z.B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung)

>> ZIELSETZUNGEN

- Körperliche Stabilisierung, im Falle der Anorexia nervosa ein möglichst normales Gewicht (erwachsene Frauen BMI > 18,5 kg/m², Männer > 19 kg/m², Kinder- und Jugendliche mindestens 10., besser 25. Perzentile unter Einbeziehung präorbider BMI- oder Alters-Perzentil-Daten). Ziel ist auch der Beginn bzw. der Wiedereintritt der spontanen Monatsblutung (zumindest bei jüngeren Patient*innen). Hierzu können auch stationäre Intervalltherapien erforderlich sein
- Hochfrequente psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der ängstigenden Gewichtszunahme bzw. Minderung der Essstörungssymptomatik. Bei von einer Essstörung Betroffenen ist das Erreichen einer anhaltenden Symptomabstinenz das übergeordnete Ziel
- Herausnahme aus einem (typischerweise belasteten) Familiensystem; zugleich Empowerment, also Stärkung der Eltern oder auch Partner*innen im Umgang mit den Betroffenen, um deren Rückkehr nach Hause vorzubereiten und Rückfälle zu verhindern
- Entwicklungsspielräume schaffen innerhalb der stationären (therapeutisch angeleiteten) Peergroup
- Bearbeitung besonderer Persönlichkeitsfaktoren der Patient*innen, wie Perfektionismus, überhöhte Leistungsorientierung, Detailfokussierung und Rigidität

>> INTERVENTIONSANGEBOTE**Die stationäre Intervention gliedert sich in drei idealtypische Behandlungsphasen**

Beginn der Therapie: Fokussierung auf Motivationsaufbau, Essverhalten verändern, dysfunktionale Denk-, Handlungs- und Bewältigungsmuster fortlaufend bearbeiten, bei Anorexia nervosa: Gewichtszunahme erreichen

Weiterer Behandlungsverlauf: zunehmend Bearbeitung zentraler psychischer Problembereiche mit Bezug zur Symptomatik; v.a. bei Kindern und Jugendlichen Miteinbezug der Eltern/Familien/Partner*innen

Abschlussphase: Vorbereitung der Entlassung, Rückfallprophylaxe und Transfer des Erreichten in den Alltag, übende Elemente und das Erleben eines Abschnitts, in dem – im Falle der Anorexie – das Gewicht gehalten werden kann

Eine Hierarchisierung von Therapiezielen ist v.a. erforderlich, wenn Komorbiditäten vorhanden sind; sie wird sich am Ausmaß des Symptoms und an der Gefährdung durch das jeweilige Symptoms orientieren

Behandlungsbausteine sind dabei

- Vorgespräche
- Symptomorientierte Arbeit am Essverhalten: konkrete Arbeit an den damit verbundenen Ängsten; erforderlich dazu sind eine Mahlzeitenstruktur, die Vorgabe von Essmengen, das begleitete Essen, übende Elemente, Expositions- und Reaktionsverhinderungstechniken, Symptomanalysen bei bulimischer Symptomatik, Supervision des Bewegungsverhaltens
- medizinische Betreuung: Labor, Herz-/Kreislaufparameter, Wasser- und Elektrolythaushalt; ggf. Psychopharmakotherapie
- spezifischer Psychotherapieprozess inklusive körpertherapeutischer Verfahren (z.B. Spiegelexposition), Therapieangebote mit non-verbalem Zugang, Gruppen- und Einzel-Psychotherapie, familienbasierte Interventionen (bei Kindern und Jugendlichen unabdingbar), ggf. social und emotion skills training und Cognitive Remediation Therapy CRT zur kognitiven Flexibilisierung

- Therapievereinbarungen zum Gewichtsverlauf bzw. zur Symptomaufgabe (z. B. bei Anorexia nervosa 500-1000g Zunahme pro Woche).
- Gewichtskurve bei Anorexia nervosa: Verlauf der ersten Wochen lässt Rückschlüsse auf das zu erwartende Therapieergebnis zu; damit ist die Identifikation von Risikopatient*innen frühzeitig möglich
- Rückfallprophylaxe: Besprechung etwaiger Interventionen bei Rückfällen
- frühzeitige Planung der poststationären Weiterbehandlung zur Reduktion problematischer Übergänge zwischen hoch- und niedrigerfrequenterem Setting

>> QUALITÄTSKRITERIEN**Eine stationäre Behandlung**

- beruht auf einem multiprofessionellen Behandlungsteam,
- das sich engmaschig abstimmen kann,
- das Erfahrung in der Behandlung der Essstörung hat und
- essstörungsspezifische Therapieprogramme vorhält

PÄDAGOGISCH-THERAPEUTISCHE WOHNEINRICHTUNGEN KÖNNEN DIE ERSTE INTENSIVE HILFE SEIN, DIE IN ANSPRUCH GENOMMEN WIRD. OFTMALS EBEN SIE JEDOCH DEN ÜBERGANG VOM KLINIKAUFENTHALT IN DEN ALLTAG DER BETROFFENEN UND VERSTEHEN SICH SOMIT IN STARKEM MAßE ALS BINDEGLIED ZWISCHEN STATIONÄRE UND AMBULANTER BEHANDLUNG. AUS DEN STÖRUNGSSPEZIALISIERT ARBEITENDEN WOHNEINRICHTUNGEN FÜR MENSCHEN MIT ESSSTÖRUNGEN HAT SICH DEUTSCHLANDWEIT EIN ARBEITSKREIS GEBILDET. DIESER ARBEITSKREIS ENTWICKELTE ÜBER MEHRERE JAHRE HINWEG LEITSÄTZE, DIE DIE ARBEIT IN DEN EINRICHTUNGEN QUALIFIZIEREN, STANDARDISIEREN UND VERGLEICHBAR MACHEN UND EINE ABGRENZUNG ZU NICHT-STÖRUNGSSPEZIALISIERTEN EINRICHTUNGEN ERLAUBEN. DIESE LEITSÄTZE LIEGEN DEN HIER FORMULIERTEN EMPFEHLUNGEN ZUGRUNDE.

>> ZIELGRUPPE UND INDIKATIONEN

Empfohlen wird für die Aufnahme

- ein Body-Mass-Index BMI von 17,5 kg/m² sowie
- eine Ernährung, bei der nicht notwendigerweise bestimmte Nährstoffe substituiert werden müssen, wie z. B. vegane Ernährung; im Falle einer Anschlussbehandlung an einen Klinikaufenthalt eine angemessene Ernährung zur Fortsetzung der Gewichtsrestitution oder Stabilisierung
- In Intensivwohngruppen (24-Stunden-Betreuung) mit speziellen Therapieprogrammen kann eine Aufnahme mit einem niedrigeren BMI möglich sein

Indikationen sind

- Nach einem Klinikaufenthalt, wenn eine ambulante Betreuung nicht ausreichend erscheint; bei sehr schwerwiegender Symptomatik ist ein stationäres Setting in einer Klinik unabdingbar
- Alltagserprobung, Transfer von im stationären Setting erreichten Fortschritten ins Alltagsleben
- Unzureichende bzw. nicht gesundheitsförderliche Unterstützung in der häuslichen Situation

Ausschlusskriterien sind

- Akute Selbst- und Fremdgefährdung
- Suchtmittelabhängigkeit
- Akute Psychosen

Eine Intervallbehandlung in einer Klinik kann bei folgenden Indikationen ratsam sein

- Anhaltender Gewichtsverlust bzw. anhaltende Gewichtszunahme oder unzureichende Gewichtszunahme
- Ausgeprägte komorbide Störungen
- Schwere bulimische Symptomatik oder exzessiver Bewegungsdrang

>> ZIELSETZUNGEN

Zielsetzungen der Behandlung in pädagogisch-therapeutischen Wohngruppen sind:

- Reduktion der Essstörungssymptome bzw. Aufrechterhaltung der Symptomabstinenz
- Mindestgewichtsziel von BMI 18,5 kg/m² bis 20 kg/m² bzw. der 25. Altersperzentile für (junge) Menschen mit Anorexie
- Eine Ernährungsweise, die angstfrei, natürlich, bedarf- und bedürfnisorientiert ist und ohne rigide Nahrungskontrolle und Kalorienzählen sowie diätetische Einschränkungen auskommt. Konkrete Zielsetzungen sind dabei, eine Mahlzeitenstruktur zu etablieren, das Gewicht zu normalisieren, Essanfälle und Purging-Verhalten zu reduzieren, verbotene Lebensmittel zu integrieren und das Essverhalten zu flexibilisieren, sodass (langfristig) selbstverantwortlich nach Hunger und Sättigung gegessen werden kann
- Erweiterung von Handlungsspielräumen beim Umgang mit Alltagsanforderungen, belastenden Situationen und Krisen
- Förderung von Selbstständigkeit durch den Erwerb sozialer Kompetenzen und Bewältigungsstrategien
- Verbesserung der Erziehungsfähigkeit der Eltern, Empowerment der Eltern sowie Minderung der bestehenden Konflikte bei minderjährigen Bewohner*innen

>> INTERVENTIONSANGEBOTE

Die Betreuung in einer Wohneinrichtung für junge Menschen mit einer Essstörung besteht aus einer engmaschig-vernetzten multimodalen Versorgung mit (mindestens) den folgenden Elementen

- Einzelpsychotherapeutische Behandlung, häufig einrichtungsintern
- Spezifisches, verschriftlichtes Ernährungs- bzw. Esstrainingskonzept
- Ernährungstherapieangebot durch qualifiziertes Personal (Diätassistent*in; Dipl. Oecotropholog*in), kombiniert aus Einzelberatungsgesprächen, Ernährungsgruppen und praktischen Angeboten inklusive Expositionstraining; Information und Psychoedukation, Gewichtsverträge, Essprotokolle und Esspläne; Anpassung an die individuellen Bedürfnisse und die Entwicklung der Patient*innen sowie den belastungsabhängigen Bedarf (Bewegung); basierend auf dem Anti-Diät-Konzept (keine diätetischen Einschränkungen, keine Verwendung von Light-Produkten; positive Grundhaltung zum Essen entwickeln)
- Mindestens ein pädagogisch-therapeutisches Gruppenangebot pro Woche (Körpertherapie, Bewegungstherapie, Sozialpädagogische Gruppe, künstlerisches Gestalten, Theater etc.)
- Aufbau einer Tagesstruktur
- Entwicklung einer schulischen bzw. beruflichen Perspektive
- Förderung der Teilnahme am sozialen Leben
- Anbindung an die örtliche sozialräumliche Versorgungsstruktur (Schulen, Bildungs- und Freizeiteinrichtungen, Vereine, Kirchen, etc.)
- Einbezug der Familie (nahen Angehörigen) der Betroffenen
- Regelmäßige fachärztliche Konsultation und ggf. Behandlung (internistisch / psychosomatisch / psychiatrisch)

>> QUALITÄTSKRITERIEN

Eine qualitativ hochwertige Betreuung und Therapie in pädagogisch-therapeutischen Wohngruppen lässt sich an folgenden Kriterien erkennen

- Lebensweltorientierte pädagogisch-therapeutische Betreuung. Die Gestaltung der pädagogisch-therapeutischen Betreuung gründet sich auf das Fundament einer tragfähigen konsensuellen Beziehung und Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten. Dies erfordert verlässlichen Kontakt und transparenten Austausch mit der professionellen Distanz der Mitarbeiter*innen im Umgang mit auftretendem (ess)gestörten Verhalten
- Mindestens eine ernährungsberaterisch bzw. -therapeutisch ausgebildete Fachkraft als Mitglied des Teams zum Aufbau bzw. zur Aufrechterhaltung einer in die Tagesstruktur der Wohneinrichtung integrierten Essstruktur
- Schriftlich ausformuliertes Set von Rahmenbedingungen, Regeln und Konsequenzen für problematische Verläufe der jeweiligen Essstörung, das den Betroffenen und deren Familie bei Einzug vorgelegt wird
- Externe Supervision, um einen ressourcenorientierten Umgang mit Übertragungsprozessen zu ermöglichen

Verantwortlich für den Inhalt dieses Beitrags ist die Arbeitsgruppe der im BFE organisierten spezifisch arbeitenden Wohneinrichtung Deutschlands

>> UNREALISTISCHE ZEITVORSTELLUNG BEZÜGLICH DER BEWÄLTIGUNGSDAUER

Der Krankheitsverlauf von Essstörungen wird im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen DSM-5 als mehrjährig, langwierig oder überdauernd beschrieben. Das gängige Krankheits- und Behandlungsmodell legt nahe, dass u. a. verbesserte Fertigkeiten der Emotionsregulation, der Stresstoleranz und Anpassungsfähigkeit zur Bewältigung nötig sind. Dies kann durch Üben erlernt werden, erfordert jedoch, wie das Lernen einer Sprache oder eines Musikinstrumentes, Zeit.

>> FEHLENDES NETZWERK

Der Prozess der Therapieplanung benötigt Input von unterschiedlichen Personen: den Betroffenen, den Bezugspersonen und den Akteur*innen der Behandlungskette, die aber oftmals nicht zusammenkommen, obwohl sehr wertvolle diagnostische Informationen für die Behandlungsplanung zur Verfügung stehen..

>> KEINE (KONTINUIERLICHE) EINBEZIEHUNG VON BEZUGSPERSONEN

Das mehrfach in der Wirkung belegte Maudsley-Behandlungsmodell unterstreicht, wie wichtig es ist, kontinuierlich Bezugspersonen in die Therapie einzubeziehen. Bei wohnortfernen Spezialzentren ist dies jedoch sehr aufwändig und daher oft ein einmaliges Ereignis. Ein anderes Hindernis ist, wenn der/die Betroffene nicht einverstanden ist, Bezugspersonen einzubeziehen, oder schon lange isoliert und vereinsamt ist, sodass sich keine Bezugspersonen mehr finden lassen.

>> KOMORBIDITÄT

Bei von Essstörungen Betroffenen besteht eine erhebliche Komorbidität, die im Laufe der Bewältigung die Symptome verstärken kann. Die Spezialisierung von Abteilungen kann dazu führen, dass komorbide Themen, wie z. B. Posttraumatische Belastungsstörungen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen oder Depressionen, zu einem Wechsel der Behandlungseinrichtung führen.

>> NORMATIVE VORSTELLUNGEN VON GEWICHT

Nicht nur überhöhte Schönheitsideale, sondern auch normative medizinische Gewichtsvorgaben in der Therapie erschweren das selbstfürsorgliche Essen und die Akzeptanz des sich daraus ergebenden Gewichts.

>> UNWORTE

Worte wie „Drehtüreffekt“, „Klinikhopping“, „Therapeutenshopping“ würdigen nicht die lange Bewältigungsdauer der komplexen Erkrankung und konnotieren Behandlungsversuche und Klinikaufenthalte negativ.

Betroffene als „Anorektiker“ und „Bulimikerinnen“ oder gar „Anorexien“ („die Anorexien sind immer so perfektionistisch“) zu bezeichnen, setzt die ganze Person mit der Störung gleich und fördert so Stigmatisierung und Schubladendenken.

FALLSTRICKE

>> UNSCHARFE VERWENDUNG DES BEGRIFFES MOTIVATION

Therapiemotivation und Veränderungsmotivation können sich deutlich unterscheiden. Die Therapiemotivation, der Wunsch nach Hilfe, kann sehr hoch sein, obwohl aktuell kein Wunsch nach Veränderung des Essverhaltens oder des Gewichts besteht.

>> ERNÄHRUNGSTRENDS

Diskussionen über Ernährungsformen, z. B. betreffend vegane Ernährung und Fragen nach gesunder Ernährung, können kontrolliertes Essverhalten maskieren und sind bei vielen Betroffenen der Einstieg in kontrolliertes Essverhalten bei Magersucht. Bei allen Essstörungen, insbesondere solchen, die mit Übergewicht einhergehen, ist es jedoch wichtig, Informationen zu gesunder Ernährung in die Therapie einfließen zu lassen.

>> SCHWANGERSCHAFT

Trotz eines Gefühls der Verantwortung gegenüber dem werdenden Leben sind die krankheitstypischen Ängste und impulsiven Verhaltensweisen bei der Schwangeren nicht einfach abstellbar. Schuldgefühle und Selbstvorwürfe verstärken negative emotionale Kreisläufe. Des Weiteren ist die Medikation sehr kritisch zu prüfen.

>> KOMBINATION MIT BARIATRISCHER CHIRURGIE

Postoperativ sind die Betroffenen zunächst zumeist sehr optimistisch und genießen die schnelle Veränderung ihres Körpergewichts. Die negativen Aspekte zeigen sich erst zu einem späteren Zeitpunkt. Das Essverhalten nach bariatrischen Eingriffen erschwert soziales Essen aufgrund veränderter Portionsgrößen und Nahrungsmittelauswahl mit Ergänzungsmitteln. Sollten im zeitlichen Zusammenhang mit dem Gewichtsverlust psychopathologische Auswirkungen auftreten, ist es schwer, den Prozess zu beeinflussen oder aufzuhalten.

>> ABSTIMMUNG DIGITALER TECHNOLOGIE

Es gibt einen „Dschungel“ von therapeutischen Apps, z.B. im Sinne eines Esstagebuchs, und Fitness-Apps. Wichtig ist sich abzustimmen und die Motivation für die Nutzung einer App zu überprüfen. Auch darf es nicht den Anschein machen, als ob es ein Patentrezept für die Bewältigung der Essstörung gäbe. Ein selbst gestaltetes handgeschriebenes Esstagebuch ist deutlich eher identitätsstiftend als entsprechende vorgegebene elektronische Programme.

DER BUNDESFACHVERBAND ESSSTÖRUNGEN E.V. (BFE) WURDE 1994 IN KASSEL INS LEBEN GERUFEN. AUS EINEM KLEINEN INTERESSENVERBAND HAT SICH IN DER ZWISCHENZEIT EIN BUNDESWEIT AGIERENDER VEREIN AUS AMBULANTEN BERATUNGS- UND THERAPIEEINRICHTUNGEN, PSYCHOSOMATISCHEN KLINIKEN, THERAPEUTISCHEN WOHN-GRUPPEN, PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXEN UND ERNÄHRUNGSFACHLEUTEN IM BEREICH ESSSTÖRUNGEN ETABLIERT.

>> UNSERE VERBANDSARBEIT

Der BFE unterliegt ständigem Wandel, um sich den großen Herausforderungen in der Behandlung von Essstörungen zu stellen. Neueste Studien und Behandlungsansätze werden durch die Vorstandsmitglieder in die Vorstandsrunde eingebracht, geprüft, bewertet und auf der jährlichen Mitgliederversammlung in Form von Vorträgen oder durch Bereichstreffen an die zwischenzeitlich fast 200 Mitglieder übermittelt. Große Anerkennung findet der Verband auf politischer Ebene. Die Vorstände des BFE sind in verschiedenen Fachkreisen und Gremien tätig und durch ihre Expertise maßgeblich an neuen Behandlungsempfehlungen auf Bundesebene beteiligt.

Das Wichtigste für den Verband sind jedoch die Mitglieder aus den unterschiedlichen Fachbereichen. Mit großem Engagement und Fachkompetenz arbeiten sie an der „Behandlungsfrente“. Grund für uns als Vorstand, nicht innezuhalten, sondern unsere Mitglieder auch in den kommenden Jahren in ihrer Arbeit zu unterstützen.

>> UNSER PROFIL

Der Vorstand des BFE setzt sich aus Vertreter*innen der bundesweit führenden Einrichtungen zur Behandlung von Essstörungen zusammen und verfügt in Therapie- und Präventionsfragen über eine hohe Kompetenz. Der Vorstand unterstützt die Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis, leistet professionelle Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Essstörungen, begutachtet Projekte, nimmt teil an Kongressen, forciert internationale Vernetzungsarbeit und setzt sich aktiv für die Aus- und Fortbildung von Behandler*innen ein.

>> UNSERE ZIELE

Der BFE möchte eine bedarfsgerechte Versorgung von essgestörten Menschen in stationären und ambulanten Beratungs- und Therapieeinrichtungen in Deutschland gewährleisten.

Der Verband fördert durch Fortbildungsangebote, wie z. B. Tagungen, die qualifizierte Ausbildung von Therapeuten*innen und Berater*innen, die mit Menschen mit Essstörungen arbeiten. Außerdem gibt der BFE Betroffenen Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Therapieplatz.

Darüber hinaus engagiert sich der BFE seit Jahren für die Förderung und Verbreitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen über Epidemiologie, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Essstörungen.

>> UNSERE LEITLINIEN DER VERBANDSARBEIT

- Fachlicher Austausch mit Essstörungs-Expert*innen, die bundesweit in der ambulanten und stationären Versorgung tätig sind
- Bundesweite Vernetzung, um einen Überblick über das Versorgungsangebot im Bereich Essstörungen zu gewinnen und sich mit Einrichtungen vor Ort zu vernetzen (regionale Behandlungskette als Vorstufe zur Integrierten Versorgung)
- Aktuelle Informationen über neueste Entwicklungen im Essstörungsbereich, zum Beispiel zu Prävention, Beratung, Behandlung und Integrierter Versorgung
- Qualifizierte Fortbildung auf speziellen Fachtagungen des BFE sowie durch den wissenschaftlichen Austausch mit Expert*innen
- Unterstützung durch Expert*innen beim Aufbau eines Essstörungsschwerpunktes mit fachlichem Know-how. Qualifizierte Referent*innen für Vorträge, Veranstaltungen und Fortbildungen können vor Ort zur Verfügung gestellt werden
- Regelmäßige Treffen der Mitglieder des Bundesfachverbandes zum fachlichen Austausch und zur internen Fortbildung
- Auf der jährlichen zweitägigen BFE-Mitgliederversammlungen werden in Fachgruppen verschiedene Themen und Projekte besprochen und entwickelt
- Bei Bedarf finden themenspezifische Arbeitsgruppen statt

In alphabetischer Reihenfolge

VERA BAUMER

Diätassistentin, Zertifizierte Diät- und Ernährungsberaterin VFED/ VDD
ANAD e.V. Therapeutische Wohngruppen in Kooperation mit TheraTeam

MONIKA HAASE

Dipl. Pädagogin
Bereichsleitung Jugendhilfe Bethel Bielefeld
Vorstandsmitglied des BFE

LIANE HAMMER

Dipl. Pädagogin (Univ.), Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin
Standortleitung MVZ CoMedicum Lindwurmhof

DR. MED. MARTIN GREETFELD, M.A.

Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychiatrie
Chefarzt der Schön Klinik Roseneck und der Schön Klinik Tagesklinik München

DR. MED. ELISABETH RAUH

Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie
Chefarztin der Schön Klinik Bad Staffelstein
Vorstandsmitglied des BFE

KARIN REUPERT

Dipl. Soz. Pädagogin, feministische Sozialtherapeutin
Geschäftsführung Waage e.V. Fachzentrum für Essstörungen in Hamburg
Vorstandsmitglied des BFE

DR. DIPL.-PSYCH. DORIS WEIPERT

Diplom-Psychologin/Psychologische Psychotherapeutin
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, Supervisorin
Forum für Essstörungen

PROF. DR. EVA WUNDERER

Diplom-Psychologin, Systemische Paar- und Familientherapeutin (DGSF)
Hochschule Landshut

DR. MED. WALLY WÜNSCH-LEITERITZ

Leitende Oberärztin der Klinik Lüneburger Heide
Vorstandsmitglied des BFE

BILDNACHWEIS

Umschlagfoto: bixabay, photoforyou gemeinfrei
S. 7 Werbeagentur Dohme
S. 11 appetit, unsplash gemeinfrei
S. 13 shutterstock
S. 19 steinar-engeland, unsplash

IMPRESSUM

© 2019 Bundesfachverband Essstörungen e.V.
Pilotystraße 6 / Rgb.
80538 München
bfe-essstoerungen@gmx.de

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten.

Redaktion und Fachberatung: Prof. Dr. Eva Wunderer

Redaktionelle Unterstützung: Sabine Dohme

Gesamtgestaltung, Satz und technische Umsetzung: Sabine Dohme

Druck: Deutschland

www.bundesfachverbandessstoerungen.de

