



© maya23k - 123rf.com

Einsatz und Aufgaben der Ernährungstherapie in der Behandlung von Essstörungen

Sonja Beinlich

Essstörungen zählen zu den psychischen Erkrankungen. Sie sind nach dem internationalen Klassifikationsschema für Krankheiten (ICD 10-GM) unter denselbigen eingeordnet. Eine psychotherapeutische Unterstützung ist daher als ein Behandlungsbaustein bei Essstörungen in jedem Fall notwendig. Für Ernährungsfachkräfte stellen die Erkrankungen insofern ein Aufgabenfeld dar, als sich die Symptome der Erkrankung hauptsächlich im Essverhalten der Betroffenen zeigen.

Die häufigsten Formen von Essstörungen sind Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Disorder. Weiterhin fallen unter den Begriff der Essstörungen die Orthorexia nervosa, die „selektive Essstörung“ (ARFID) sowie weitere atypische Formen. Auf die ernährungstherapeutische Behandlung der drei erstgenannten Essstörungsformen soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Häufigkeiten von Essstörungen

Verlässliche Zahlen zur Prävalenz von Essstörungen insgesamt, aber vor allem auch für Deutschland allein, sind schwer

zu finden. Die Studiendesigns unterscheiden sich zum Teil erheblich hinsichtlich der betrachteten Altersgruppen. Es gibt auch unterschiedliche Bezugsgrößen zur Prävalenz (Lebensprävalenz versus 12-Monats-Prävalenz) sowie Unterschiede in den zugrunde gelegten Diagnosekriterien (z. B. ICD-10 versus amerikanische DSM-5) [1].

Für Europa findet man Zahlen für die Häufigkeit von Anorexia nervosa von 0,5 bis 2 Prozent, für Bulimia nervosa von ein bis drei Prozent. Die Binge-Eating-Disorder wird häufig nicht gesondert aufgeführt, sondern unter den sonstigen Essstörungen verzeichnet. Der Anteil beträgt europaweit circa 4,8 Prozent [1]. Dies liegt vermutlich daran, dass die Binge-Eating-Disorder keine eigene Kategorie in der ICD-10 besitzt, sondern dort unter der Kategorie „atypische Bulimia nervosa“ oder „Essattacken bei anderen psychischen Störungen“ eingeordnet wird. Lediglich die amerikanische DSM-5 besitzt eine eigene Kategorie für die Binge-Eating-Disorder.

Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) liegt die Prävalenz für Essstörungen weltweit bei Mädchen und Frauen bei 1,4 Prozent für Anorexia nervosa, bei 1,9 Prozent für Bulimia



© Sonja Beinlich

nervosa und bei 2,8 Prozent für Binge-Eating-Disorder. Der Anteil der Jungen und Männer liegt deutlich darunter (0,02 % für Anorexia nervosa, 0,06 % für Bulimia nervosa und 0,1 % für Binge-Eating-Disorder). Insgesamt leiden demnach drei bis fünf Prozent der Menschen an einer Essstörung [2]. Betrachtet man die Häufigkeit von gestörtem Essverhalten (Menschen mit Symptomen einer Essstörung, aber ohne dass diese als psychische Erkrankung diagnostiziert ist oder auch keine manifeste Erkrankung vorliegt), finden wir weitaus höhere Zahlen. In der vom Robert Koch-Institut herausgegebenen KIGGS-Studie wurde anhand eines Fragebogens ermittelt, dass gut ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen beiderlei Geschlechts ein auffälliges Essverhalten zeigen. Bei den Mädchen waren es knapp 30 Prozent und bei den Jungen gut 15 Prozent [3]. Zahlen der Statistik-Datenbank Statista sowie Statistiken der gesetzlichen Krankenkassen zeigen, dass die Anzahl der Menschen mit Essstörungen in den letzten Jahren noch deutlich zugenommen hat – vor allem beim Krankheitsbild Anorexia nervosa. Die Corona-Pandemie gilt dabei mutmaßlich als großer Einflussfaktor vor allem bei jüngeren Menschen. Vermutet wird hierbei, dass die Dunkelziffer hoch ist, da die Daten der Krankenkassenauswertungen nur ärztlich diagnostizierte Fälle abbilden [4, 5]. Auch in meiner Praxis bemerke ich, dass seit der Corona-Pandemie mehr junge Menschen Unterstützung bezüglich der Behandlung ihrer Essstörung suchen.

Unterschiedliche Formen von Essstörungen

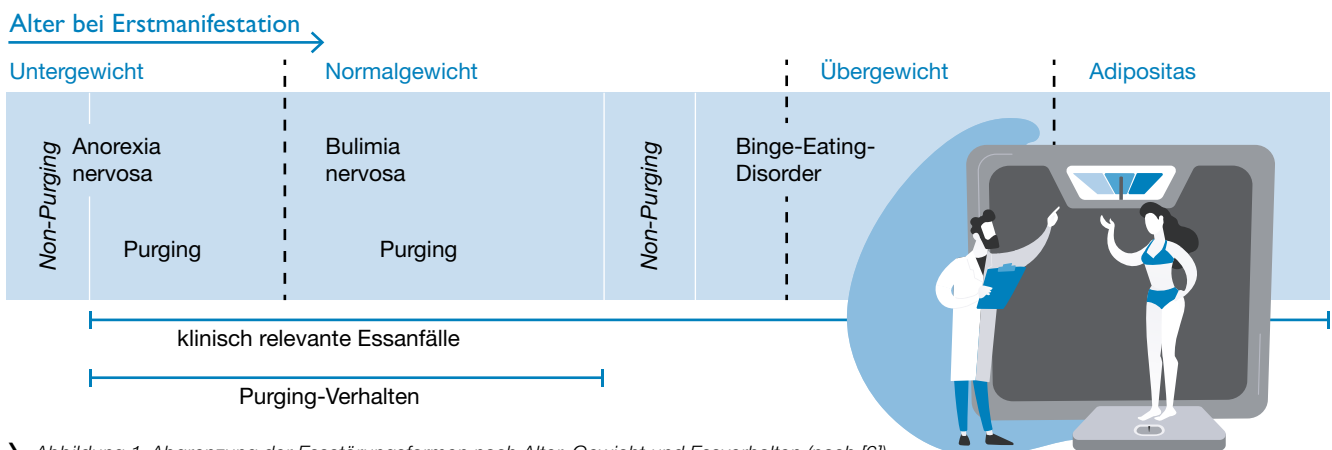
Die Anorexia nervosa ist am deutlichsten durch ein bestehendes Untergewicht zu erkennen, während die Bulimia nervosa

sich vorrangig durch Essattacken mit anschließendem Erbrechen auszeichnet. Bei der Binge-Eating-Disorder treten ebenfalls Essattacken auf, allerdings ohne anschließende kompensatorische Maßnahmen wie Erbrechen. Bei Menschen mit Bulimia nervosa treten neben dem Erbrechen oder auch anstelle des Erbrechens andere Formen der gegenregulierenden Maßnahmen auf, wie zum Beispiel übermäßige Bewegung oder Sport, Missbrauch von Abführmitteln, Appetitzüglern oder Diuretika. Es gibt Mischformen, bei denen zum Beispiel auch bei Anorexia nervosa Gegenmaßnahmen wie Erbrechen auftreten (Purging-Typ). Menschen mit Bulimia nervosa erbrechen unter Umständen auch ohne vorher große Mengen an Nahrungsmitteln konsumiert zu haben. Diese Erscheinungen werden dann als „subjektive Essanfälle“ bezeichnet [7].

Betroffene mit Bulimia nervosa sind oft normalgewichtig und man sieht ihnen ihre Essstörung äußerlich nicht sofort an. Menschen mit Binge-Eating-Disorder sind meist übergewichtig und werden von Medizinern entsprechend dem Krankheitsbild Adipositas behandelt. Auch ihre Essstörung ist nach außen hin nicht gleich ersichtlich [6].

Die Anorexia nervosa tritt oft schon in jungen Jahren auf – in der Regel zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr [6]. Laut Statistiken und auch meiner eigenen Erfahrung nach kann sie in einigen Fällen durchaus auch schon früher auftreten (mit zwölf Jahren oder in seltenen Fällen sogar früher) [1, 4]. Eine Bulimia nervosa beginnt häufig etwas später im Alter von 16 bis 19 Jahren und eine Binge-Eating-Disorder entwickelt sich häufig noch später im Alter zwischen 20 und 30 Jahren [6]. Oftmals geht einer späteren Essstörung eine frühere voraus. So entwickeln einige Menschen mit einer Anorexia nervosa später eine Bulimia nervosa oder eine Binge-Eating-Disorder. Abbildung 1 zeigt die Abgrenzung der Essstörungsformen nach Alter, Gewicht und Essverhalten.

Gemeinsam ist den Essstörungen, dass sich die Betroffenen ständig mit den Themen Essen und Gewicht beschäftigen und diverse Ängste bezüglich der Nahrungsaufnahme haben. In vielen Fällen haben die Betroffenen utopische Vorstellungen eines angemessenen Körpergewichts, ausgeprägte Ängste vor dem Dicksein beziehungsweise dem Dickwerden und eine überzogen negative Wahrnehmung ihrer eigenen Körperform (Körperschemastörung) [6].



➤ Abbildung 1: Abgrenzung der Essstörungsformen nach Alter, Gewicht und Essverhalten (nach [6]).

Wie entstehen Essstörungen?

Wenn Menschen eine Essstörung entwickeln, treffen häufig mehrere Risikofaktoren aufeinander. Eine Rolle spielen zum Beispiel **soziokulturelle Faktoren**. In unserer Gesellschaft gelten immer noch nur schlanke Menschen als schön und sie genießen ein größeres Ansehen im sozialen Kontext. Soziale Medien unterstützen diesen Trend tagtäglich. Von Essstörungen Betroffene erleben häufig schon früh in ihrem sozialen Umfeld ein gezügeltes Essverhalten (Diätverhalten) und probieren dieses selbst aus. Diese Art von Beschäftigung mit dem Thema Essen und Figur erhöht das Risiko, später an einer Essstörung zu erkranken. Der soziokulturelle Einfluss erklärt auch, warum vorrangig Mädchen und Frauen an einer Essstörung erkranken.

Weitere Risikofaktoren sind **genetische und andere biologische Faktoren**. Zwillingsstudien liefern Hinweise, dass Essstörungen unter Umständen in manchen Familien gehäuft auftreten. So ist das Risiko in Familien, in denen gehäuft andere psychiatrische Erkrankungen auftreten, wie zum Beispiel Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen sowie Substanzmissbrauch, deutlich erhöht, dass ein Familienmitglied (isoliert oder zusätzlich zu einer anderen psychischen Erkrankung) an einer Essstörung erkrankt. Eine familiäre Neigung zu Übergewicht oder auch das Geburtsgewicht scheinen Einfluss auf ein mögliches Risiko zu haben, eine Essstörung zu entwickeln. Auch der Einfluss von Hormonen und Neurotransmittern wird als Risikofaktor diskutiert.

Bestimmte individuelle **Persönlichkeitsmerkmale** bergen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung. Betroffene zeigen oft ein mangelndes Selbstwertgefühl und einen Hang zum Perfektionismus. In Lebensbereichen, in denen es viel um **Leistungsdruck** geht, treten Essstörungen häufiger auf. Zum Beispiel bei Kindern, die sportliche Aktivitäten auf Leistungsniveau betreiben. Handelt es sich um eine Sportart, bei der eine zarte körperliche Statur eine Rolle spielt (z. B. Turnen, Ballett, bestimmte Kampfsportarten, Radsport, Reiten), ist das Risiko nochmal erhöht. Weitere Risikofaktoren sind **belastende (traumatische) Lebensereignisse**. Hierzu können zum Beispiel Vernachlässigung, Verlust eines Elternteils, auffälliges Verhalten eines Elternteils, Mobbing oder sexueller Missbrauch zählen. Familiäre Vorbelastungen für psychische Erkrankungen und Leistungsdruck rufen in den betroffenen Familien oft „ungesunde“ **Kommunikationsmuster** unter den Familienmitgliedern hervor [6, 7].

Trifft ein Mensch mit einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur und einer entsprechenden genetischen Prädisposition – im Umfeld unseres gängigen Schönheitsideals sowie in einem sozialen Umfeld, welches von bestimmten (pathogenen) Kommunikations- und Konfliktlösemustern geprägt ist – auf einen Auslöser, so kann sich daraus eine Essstörung entwickeln. Auslöser können spezifische Situationen sein. Beispielsweise kann ein Mitschüler einen Kommentar zur Figur der betroffenen Person gemacht haben. Der betroffene Mensch beginnt dann beispielsweise eine Diät und rutscht so oft unmerklich in die Essstörung hinein. Der eigentliche Wunsch ist letztlich nicht das Streben nach einer perfekten Figur, sondern vielmehr ein Lösungsversuch, um mit den eigenen Gefühlen und Gedanken umgehen zu können. Die Betroffenen haben oft nicht gelernt, ihren Mitmenschen gegenüber Gefühle und Gedanken angemessen zu kommunizieren und drücken sich daher über ihre Symptome auf Essverhaltensebene aus.

Wie finden Betroffene ihren Weg in eine Behandlung?

Eine Anorexia nervosa wird oft leicht durch das entstehende Untergewicht und das sichtbar auffällige Essverhalten entdeckt. Menschen mit Anorexie meiden häufig gemeinsame Mahlzeiten mit anderen Menschen, stochern im Essen herum, essen extrem langsam und meiden vor allem hochkalorische, fettreiche und/oder kohlenhydratreiche Nahrung beziehungsweise als ungesund geltende Lebensmittel, wie zum Beispiel Fast Food. Familienangehörigen und/oder Ärzten fällt der körperliche Zustand beziehungsweise das Essverhalten auf und sie versuchen daraufhin, die Betroffenen zu einer Behandlung zu bewegen. Die Behandlung besteht vor allem aus der medizinisch-körperlichen Behandlung sowie einer Psychotherapie. Doch auch eine Ernährungstherapie kann und sollte eine Rolle spielen. Sie kann ambulant oder stationär in einer fachspezifischen Klinik erfolgen.



© maksymiv - 123rf.com

Eine Bulimia nervosa oder eine Binge-Eating-Disorder bleiben meist länger unentdeckt. Da die Essanfälle sowie kompensatorische Maßnahmen aufgrund des Schamgefühls der Betroffenen in der Regel heimlich erfolgen, bekommt das Umfeld meistens nicht gleich etwas davon mit. Auch für Ärzte sind diese Krankheitsbilder schwieriger zu entdecken. Bei der Bulimia nervosa kann beispielsweise das Blutbild Hinweise auf Mangelerscheinungen liefern und Auffälligkeiten zum Beispiel in Hinblick auf den Elektrolythaushalt aufzeigen. Gelegentlich fallen bei der Anamnese die optisch erkennbaren Zeichen wie die „Hamsterbacken“ auf, die ein Hinweis auf durch das Erbrechen angeschwollene Speicheldrüsen sein können. Betroffene mit Binge-Eating-Disorder zeigen medizinisch in der Regel die gleichen Auffälligkeiten wie Menschen mit Adipositas. Mitunter werden sie aufgrund dessen zu einer Ernährungsberatung überwiesen, wo eine sensible Fachkraft hoffentlich das auffällige Essverhalten entdeckt. Natürlich gibt es auch Betroffene, die selbst frühzeitig eine Krankheitseinsicht entwickeln und sich eigenständig um Hilfe im Umfeld und/oder bei Fachkräften (Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, Beratungsstellen, Ernährungsberater) bemühen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Behandlung einer Essstörung erfordert immer eine Zusammenarbeit verschiedener Professionen. Im optimalen Fall sind darunter Allgemeinmediziner (körperliche Gesundheit), Fach-



ärzte für Psychiatrie (Medikation), psychologische Psychotherapeuten (Psychotherapie), pädagogische Fachkräfte (Alltagsbegleitung) und Ernährungsfachkräfte (Ernährungstherapie). In stationären Einrichtungen wie Kliniken oder Wohngruppen finden wir diese Fachkräfte meist gebündelt. Für die Arbeit im ambulanten Setting sollten sich Ernährungsfachkräfte entsprechend mit den anderen Professionen vernetzen.

Ich persönlich erwarte von meinen ambulanten Klienten stets, dass zumindest der Hausarzt und – wenn möglich – auch ein Psychotherapeut mit in den Prozess einbezogen sind. Nur gemeinsam kann meines Erachtens vor allem in kritischen Situationen das Bestmögliche für die Klienten entschieden werden.

Wie finden Betroffene den Weg in die ambulante Ernährungsberatung?

Betroffene finden auf vielerlei Wegen in die Ernährungsberatung. Empfehlungen von Ärzten und/oder Psychotherapeuten sind eine der Möglichkeiten. Viele Betroffene kommen auch aus Eigeninitiative oder auf Initiative ihres sozialen Umfelds (meist Eltern oder Partner). Wenn Betroffene bereits stationär in einer Klinik behandelt worden sind, sprechen auch diese Einrichtungen oft die Empfehlung aus, ambulant eine Ernährungstherapie fortzuführen. Einige der Menschen mit Essstörungen, die in meine Praxis kommen, befinden sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung. Ich erlebe es aber auch oft, dass der Weg zu mir in die Ernährungsberatung der erste Andockpunkt bezüglich einer Behandlung ist. Das liegt zum einen daran, dass die Wartezeiten auf einen Therapieplatz häufig weitaus länger sind als die Wartezeit auf einen Platz in der Ernährungsberatung. Viele Klienten äußern dann, dass sie froh sind, überhaupt erstmal eine Ansprechpartnerin bezüglich ihrer Erkrankung zu haben. Darüber hinaus gibt es auch Familien, die in der Erkrankung der Betroffenen ein reines Ernährungsproblem sehen, weil die Erkrankung auf dieser Ebene am ehes-

ten ersichtlich ist. Hier braucht es viel Feingefühl, um zu vermitteln, dass möglicherweise weitere Professionen vonnöten sind, um den Betroffenen adäquat zu helfen.

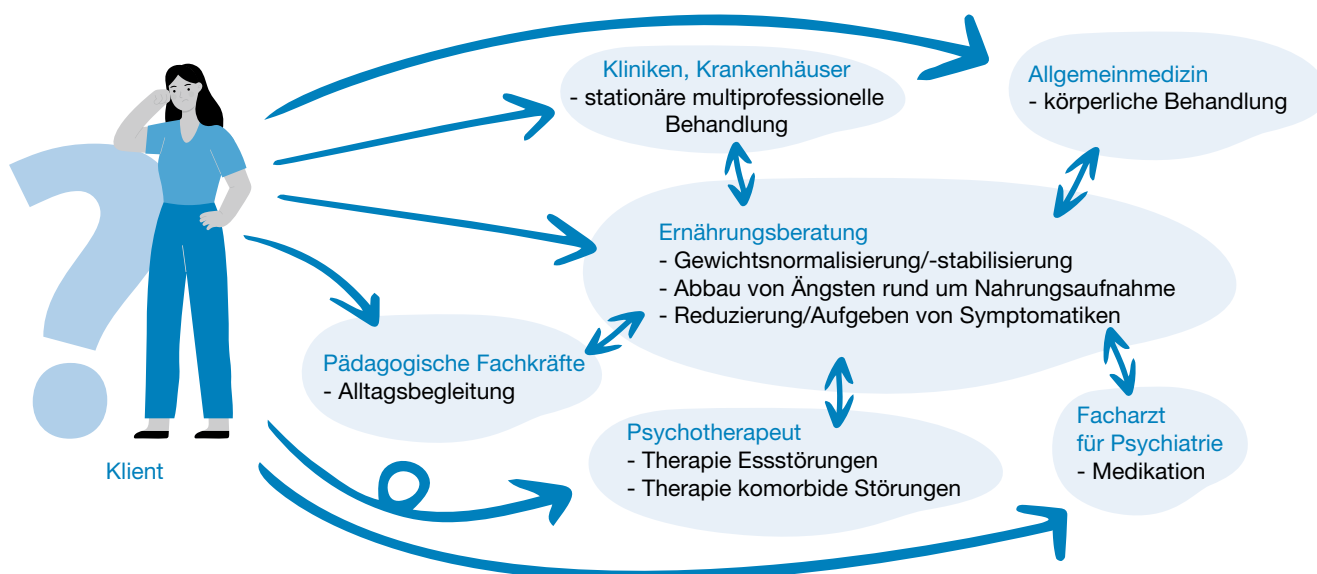
In meine ambulante Praxis kommen statistisch gesehen weitaus mehr Menschen mit Anorexia nervosa als mit den übrigen Essstörungen, obwohl die Erkrankung laut Statistiken weniger häufig vorkommt. Vermutlich liegt es daran, dass die Erkrankung wie beschrieben schneller auffällt und die betroffenen Personen oft noch minderjährig sind. Sie gelangen deshalb auch ohne tiefgreifende Krankheitseinsicht aufgrund des elterlichen Eingreifens schneller und früher in Behandlung.

Die Rolle der Ernährungsberatung

In der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Essstörungen spielt die Ernährungsberatung bisher eine eher untergeordnete Rolle. Explizite Erwähnung findet sie nur in der Behandlung von Anorexia nervosa. Bei den anderen Essstörungsformen wird sie gar nicht oder nur untergeordnet erwähnt [8]. Erfahrungsgemäß wird während der Psychotherapien nur selten direkt über die Essensproblematik gesprochen. Dort geht es vorrangig um Themen wie Selbstwert, soziale Schwierigkeiten und Themen, die die komorbiden Störungen der Klienten betreffen.

Aus meiner Erfahrung sind Ernährungsfachkräfte jedoch ein wichtiger Teil des gesamten Behandlungsplans der betroffenen Menschen. Diese äußern oft selbst, dass Ernährungsfachkräfte eine große Stütze für sie sind. Hauptaufgabe der Ernährungsberatung bei Essstörungen ist aus meiner Sicht der Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Vertrauen unsere Klienten ihren Ernährungsfachkräften, können ihnen diese ganz viel Sicherheit im Umgang mit ihren Symptomen geben. Wenn dies gelingt, könnte man quasi von einer Art Co-Therapie sprechen.

Ernährungsberatung im interprofessionellen Team



› Abbildung 2: Die Ernährungsberatung erfolgt in einem Zusammenspiel mit einem interprofessionellen Team.



© zinkevych - 123rf.com

Wo sind die Grenzen der Ernährungsberatung bei Essstörungen?

Ernährungsfachkräfte arbeiten vorrangig am Symptom der Erkrankung – nicht an der Ursache. Die Bearbeitung der Ursachen fällt in das Fachgebiet der Psychotherapeuten. Diesen obliegt auch die Behandlung von komorbiden Störungen wie Ängsten, Zwängen, Depressionen, Traumata und Persönlichkeitsstörungen. Ernährungstherapeutische Tools für die Behandlung von Essstörungen überlappen sich manchmal mit psychotherapeutischen Methoden. Hier gibt es persönliche Grenzen einer jeden Fachkraft, die davon abhängen, wie weit sie sich diese Vorgehensweisen zutraut, und ob sie über eine entsprechende Fortbildung verfügt. Ferner hängt das Vorgehen auch davon ab, inwiefern bestimmte Themen in der Psychotherapie bereits bearbeitet werden.

Als ambulant tätige Fachkräfte müssen wir mit beurteilen, ob eine ambulante Behandlung (noch) ausreicht, oder ob die betroffene Person sich besser in stationäre Behandlung begeben sollte.

Inhalte der Ernährungsberatung bei Essstörungen

Ein entscheidender Faktor, der eine „klassische“ Ernährungsberatung von einer Beratung bei Betroffenen mit einer Essstörung unterscheidet, ist die Gratwanderung zwischen der Vermittlung einer gesunden Ernährung und einer angstfreien Ernährung. Eine Gratwanderung deshalb, weil die Ängste der Betroffenen sich in der Regel auf Lebensmittel beziehen, die wir im Rahmen einer gesunden Ernährung nur begrenzt empfehlen. Für die Betroffenen hat der Einbezug dieser Lebensmittel in den Essalltag eine größere Bedeutung für die Bewältigung der Erkrankung als beispielsweise das Erlernen der Regeln der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) oder der Ernährungspyramide. Daher weichen unsere Essempfehlungen bei Menschen mit Essstörungen manchmal von den üblichen Empfehlungen für eine gesunde Ernährung ab. Dies bezieht sich sowohl auf die Nahrungsmittelauswahl als auch auf die Mahlzeitenstruktur.

Strikte Vorgaben zu Essmengen (Essenspläne) sind im Konzept der Ernährungstherapie (Hilfe zur Selbsthilfe) oft nicht vorgesehen. Bei Menschen mit Essstörungen sind sie jedoch ganz oft ein übliches und notwendiges Hilfsmittel auf dem Weg zur Selbsthilfe. Personen mit Essstörungen haben durch ihre Ängste Schwierigkeiten, angemessene Essmengen abzuschätzen. Essenspläne und Anleitungen zu Portionsgrößen helfen ihnen weiter. Außergewöhnliche Esssituationen wie Restaurantbesuche oder Urlaube bereiten den Betroffenen oft besondere Schwierigkeiten. Auch dabei können Ernährungsfachkräfte helfen, indem sie diese Situationen mit den Betroffenen

ausführlich im Vorfeld besprechen und ihnen Hilfestellungen mitgeben, die ihnen helfen, die Situationen möglichst gut zu meistern. Aber auch die ganz normalen Alltags-Esssituationen bereiten den Menschen mit Essstörungen gerade zu Beginn der Ernährungsberatung Schwierigkeiten genug. In der ambulanten Beratung können wir diese Situationen mit unseren Klienten vor- und nachbesprechen. Im stationären Bereich wird dafür in der Regel eine Mahlzeitenbegleitung durch Fachpersonal angeboten. Je nach Setting fällt diese Aufgabe ausschließlich in den Bereich der Ernährungsfachkräfte oder auch in den Bereich des Pflege- oder anderen Betreuungspersonals.

Ein weiteres Mittel der Angstbewältigung kann zum Beispiel gemeinsames Einkaufen und/oder Kochen sein. Diese Möglichkeit bietet sich sowohl für den ambulanten als auch stationären Bereich an. Hierbei werden die Betroffenen ganz bewusst bestimmten angstbesetzten Situationen ausgesetzt, mit dem Ziel, dass das Angstniveau langsam aber stetig durch die gemachten Erfahrungen sinkt. Darüber hinaus können Ernährungsberater sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting den Betroffenen kleine Aufgaben geben, bei denen sie sich mit angstbesetzten Lebensmitteln und/oder Situationen befassen. Neben der Auseinandersetzung mit Ängsten auf der Handlungsebene können Ernährungsfachkräfte den Betroffenen auch fachlichen Input im Sinne einer Psychoedukation mitgeben. Einigen Betroffenen hilft es zum Beispiel, die Funktion ihres Körpers zu kennen, um besser mit Angstgedanken umgehen zu können.



© Syda Productions - Fotolia.com

In der Ernährungsberatung können auch die Angehörigen der Menschen mit Essstörungen unterstützt werden. Sie sind oft unsicher, wie sie mit dem betroffenen Familienmitglied umgehen sollen. Gemeinsame Gespräche können helfen, Esssituationen zu entspannen und damit für ein angenehmeres Familienklima zu sorgen.

Methoden in der Ernährungsberatung bei Essstörungen

- Essenspläne/Mahlzeitenstruktur
- Essprotokolle
- Portioniertraining
- Mahlzeitenbegleitung
- Einkaufstraining
- Kochtraining
- Übungen zu „Angst-Lebensmitteln“
- Übungen zum Umgang mit Symptomdruck
- Familiengespräche

Fallbeispiel

Anna, 15 Jahre, leidet seit einem halben Jahr an Anorexia nervosa. Bei einem prämorbidem Gewicht um die 35. BMI-Perzentile herum entstand ihr Wunsch abzunehmen. Zunächst verkleinerte sie ihre Portionsgrößen, später mied sie „ungesunde Lebensmittel“ wie Fast Food und fetthaltige Lebensmittel sowie Süßigkeiten. Später verzichtete sie auch weitestgehend auf Nudeln, Reis und Kartoffeln. Ihre Nahrungsmittelauswahl und Energiemenge war schließlich stark eingeschränkt und sie verlor dadurch Gewicht (8 kg innerhalb der letzten 6 Monate). Hinzu kam ein immer stärkerer Drang sich mehr bewegen zu müssen. Anna versuchte zwanghaft, mindestens 20.000 Schritte pro Tag zu schaffen. Dies überprüfte sie anhand ihrer Fitbit-Armbanduhr.

Mit einem Körpergewicht um die 10. Perzentile herum wurde sie mit ihrer Mutter bei mir in der Praxis vorstellig. Anna gab an, überhaupt kein Gefühl mehr für angemessene Essensmengen zu haben, Hunger verspüre sie auch länger nicht mehr. Obwohl sie wisse, dass sie zu dünn sei, habe sie weiterhin das Gefühl abnehmen zu müssen. In Momenten, in denen sie sich vornimmt, wieder normal zu essen, schafft sie es dennoch nicht, mehr und/oder anders zu essen – zu groß ist die Angst, schnell zuzunehmen und dick zu werden.

Damit Anna wieder ein Gefühl für eine angemessene Essensmenge bekommt, stellten wir gemeinsam einen Tagesplan zusammen. Wir wählten die Lebensmittel aus, die für Anna okay waren und ergänzten sie um fehlende Lebensmittelgruppen für eine altersentsprechende ausgewogene Ernährung. Dabei gingen wir wie folgt vor: Wir besprachen, welche Lebensmittel Anna Angst machen. Dann begannen wir, zunächst die Lebensmittel wieder einzuführen, die ihr davon die geringsten Schwierigkeiten bereiteten. Damit Anna besser die Hürden überwinden konnte, sprachen wir über die Hintergründe zu den ihre Angst aufrechterhaltenden Mechanismen und überlegten gemeinsam mögliche

Hilfestellungen, damit sie ihre Ängste in den Esssituationen besser überwinden kann. Dabei halfen ihr Erklärungen dazu, was im Körper bei der Gewichtszunahme passiert und welche Faktoren darauf Einfluss haben, wie die Gewichtszunahme verläuft. Außerdem besprachen wir, wie sie mithilfe von Haushaltsmaßen die richtigen Portionsgrößen gut einschätzen kann, um keine Lebensmittel abwiegen zu müssen. Es stellte sich heraus, dass es für Anna eine Stütze ist, wenn sie Mahlzeiten gemeinsam mit ihrer Mutter einnimmt. Wir schauten, inwiefern es der Familie möglich war, Mahlzeiten gemeinsam zu planen, und welche Mahlzeiten Anna alleine gestalten musste.

Bezüglich der übermäßigen Bewegung vereinbarten wir zunächst eine schrittweise Reduktion der Schrittzahl. Das Schrittezählen aufzugeben erschien Anna zu dem Zeitpunkt schier unmöglich.

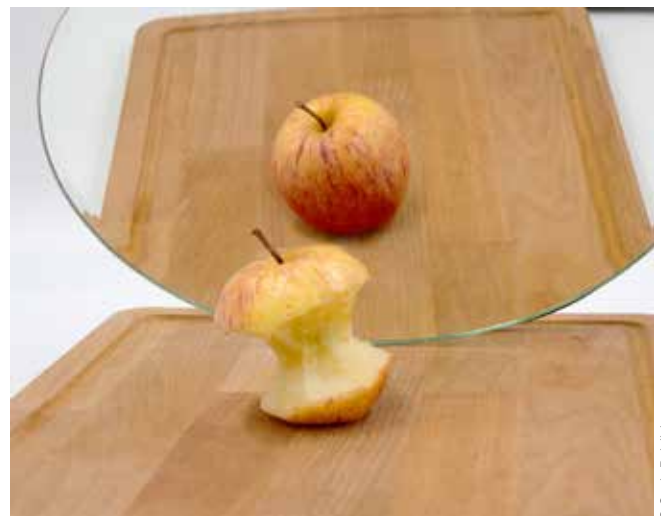
Im weiteren Verlauf passten wir Annas Essensplan immer wieder bezüglich Energiemenge und Nahrungsmittelauswahl an, um so eine vereinbarte Gewichtszunahme von 500 Gramm pro Woche bis zum besprochenen Mindestzielgewicht von 53 Kilogramm zu erreichen.

Nach Erreichen des Gewichtziels war die Ernährungstherapie für Anna noch nicht zu Ende. Es gab für sie immer noch angstbesetzte Lebensmittel und sie litt noch stark unter dem Bewegungsdrang. Wir arbeiteten weiter an ihren Ängsten, indem Anna immer mehr neue Lebensmittel ausprobierte. Auch das Hungergefühl war für sie noch nicht spürbar, sodass wir in der Folge Schritte ausarbeiteten, wie sie nach und nach von ihrem festen Essensplan loslassen kann. Anna war sehr stolz darauf, als sie es nach vielen Gesprächen über ihr Bewegungsproblem und ihre Ziele für ein gesundes angstfreies Leben eines Tages schaffte, ihre Fitbit-Armbanduhr abzulegen und schließlich zu verkaufen.

Dauer und Finanzierung der (ambulanten) Ernährungstherapie

Eine Essstörung ist nicht in ein paar Wochen behandelt. Es gibt Menschen, die die Meinung vertreten, dass eine Essstörung nie ganz verschwindet. Die Betroffenen können nur lernen, bestmöglich mit der Erkrankung umzugehen, sodass sie in ihrem Leben nicht beeinträchtigt werden. Einige Betroffene benötigen im Verlauf mehrere stationäre Aufenthalte, um stabil genug zu sein, die Therapie dauerhaft ambulant fortzusetzen.

Die im Mittel fünf Termine, die die Kassen finanzieren, reichen nicht aus, um die Betroffenen adäquat zu unterstützen. In einigen Fällen genehmigen die Krankenkassen Folgeanträge und in wenigen Fällen gibt es andere Fördermittel. Bei den meisten bleibt die Ernährungsberatung jedoch am Ende eine Privatleistung. Wer es sich leisten kann und den Nutzen darin sieht, führt die Ernährungstherapie weiter fort. Ich erlebe oft, dass die Betroffenen und deren Familien den Nutzen darin zwar sehen, es sich aber finanziell dauerhaft nicht leisten können. Daher habe ich persönlich für mich die Entscheidung getroffen, spezielle



© Sonja Beirlich

Beratungspakete für meine Klienten mit Essstörungen anzubieten, die ihnen kostenmäßig etwas entgegenkommen. Das Ganze ist letztlich eine (betriebswirtschaftliche) Entscheidung, die jede Ernährungsfachkraft für sich selbst treffen muss.

Fachliche Qualifikation für die Ernährungstherapie bei Essstörungen

Notwendige Voraussetzung für die Ernährungstherapie bei Essstörungen ist – genau wie für alle anderen Indikationen in der Ernährungstherapie – eine Grundqualifikation in Form einer Ausbildung oder eines Studiums im Ernährungsbereich. Ernährungsfachkräfte benötigen ein Fortbildungszertifikat der Berufsverbände, wenn sie ambulante Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen wollen.

Da das Thema Essstörung in den Ausbildungen und Studiengängen nur sehr kurz behandelt wird, empfiehlt es sich, Fachfortbildungen zum Thema zu besuchen. Für Ernährungsfachkräfte gibt es hier einige Angebote auf dem Markt, welche auch für die Bepunktung zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung anerkannt sind.

Darüber hinaus ist es hilfreich, sich mit Hintergründen zu komorbiden Störungen zu befassen. Auch hierfür gibt es zum Teil Angebote für Ernährungsfachkräfte, aber auch Angebote, die sich auch an pädagogisches oder pflegerisches Personal richten und Ernährungsfachkräften ebenfalls hilfreiches Wissen vermitteln.

Um die kommunikative und methodische Kompetenz zu stärken, kann ich Einblicke in Vorgehensweisen aus der Verhaltenstherapie sowie der systemischen Beratung beziehungsweise Therapie empfehlen. Ich persönlich hatte mich vor über

zehn Jahren für die staatlich anerkannte Prüfung zur Heilpraktikerin eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie entschieden. Da ich zur damaligen Zeit hauptberuflich im Bereich Essstörungen gearbeitet habe, wollte ich gerne umfassende Kenntnisse im Bereich der klinischen Psychologie erlangen.

Literatur

1. https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/Bundesgesundheitsblatt/Downloads/2019_10_Cohrdes.pdf?__blob=publicationFile
2. <https://www.bzga-essstoerungen.de/was-sind-essstoerungen/wie-haeufig-sind-essstoerungen/>
3. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/GPA_Daten/Essverhalten.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=Sch%C3%A4tzungen%20f%C3%BCr%20die%20erwachsene%20Bev%C3%B3lkerung,%20DBrechsucht%20\(Bulimie\)%20leiden](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/GPA_Daten/Essverhalten.pdf?__blob=publicationFile#:~:text=Sch%C3%A4tzungen%20f%C3%BCr%20die%20erwachsene%20Bev%C3%B3lkerung,%20DBrechsucht%20(Bulimie)%20leiden)
4. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1338573/umfrage/veraenderung-des-aufkommens-von-essstoerungen-nach-altersgruppen/>
5. <https://www.bzga-essstoerungen.de/was-sind-essstoerungen/wie-haeufig-sind-essstoerungen/nehmen-essstoerungen-zu/>
6. Wunderer E, Schnebel A. Interdisziplinäre Essstörungstherapie: Psychotherapie, Medizinische Behandlung, Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie. Beltz Verlag:Weinheim und Basel; 2008
7. Jacobi C, Paul T, Thiel A. Essstörungen. Hogrefe: Göttingen; 2004 8. https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-026I_S3_Esstörung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf

Sonja Beinlich, M. Sc. Oecotrophologie

Ernährungsberatung und Gesundheitsdienstleistungen,
Braunschweig
E-Mail: eb@eb-gesund.de



Fructophan und Betadianin

Fructose-Intoleranz und Histamin-Unverträglichkeit



**Rundum gut versorgt
bei erhöhtem Nährstoffbedarf**

Fructophan Kapseln

Ergänzt den täglichen Bedarf an Folsäure, Zink und Tryptophan bei fructosearmer Kostform aufgrund einer Fructose-Intoleranz oder Fruchtzucker-Malabsorption.
60 Kapseln PZN 11535098

Betadianin Kapseln

DAO-Kofaktoren zur Ergänzung einer histaminarmen Kost bei Histamin-Unverträglichkeit. Mit Vitamin B6 und C, Zink, Magnesium, Kupfer und Tryptophan.
60 Kapseln PZN 12479835

**Fructophan und Betadianin
Individuelle Lösungen aus der Apotheke**

Jetzt informieren und kostenlose Patientenbroschüren für die Sprechstunde anfordern:

www.bauchvital.de

