

Beratungszentrum bei Essstörungen
DICK & DÜNN e.V.



Beratung - Gruppenarbeit - Prävention - Fortbildung

Konzept

Oktober 2014

Beratungszentrum bei Essstörungen
Dick & Dünn e.V.
Innsbrucker Str. 37
10825 Berlin
Tel. 030 854 49 94
www.dick-und-duenn-berlin.de

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Arbeitsgrundlagen des Trägers	4
1.1 Leitbild	4
1.2 Qualitätssicherung	4
2. Konzept des durch Zuwendung aus dem Integrierten Gesundheitsprogramm finanzierten Projektes	5
2.1 Zielgruppen	5
2.2 Ziele	5
2.3 Leistungen und Standards	6
2.3.1 Beratung und Betreuung von Betroffenen und Angehörigen	6
2.3.1.1 Telefonische, schriftliche und E-Mail-Information und Beratung	6
2.3.1.2 Offene Beratungsrunden	6
2.3.1.3 Persönliche Einzelberatung als Einmalberatung oder fortlaufende Beratungsreihen	6
2.3.1.4 Online-Coaching für Betroffene und Angehörige	7
2.3.1.5 Angeleitete Langzeitgruppen für Betroffene	7
2.3.1.6 Angeleitete Angehörigengruppen	7
2.3.1.7 Moderierte Online-Gruppen	9
2.3.1.8 Themenspezifische Gruppen und Kurse	9
2.3.1.9 Beratung und Unterstützung bei der Initiierung von Selbsthilfegruppen	9
2.3.2 Prävention (Primär- und Sekundärprävention)	9
2.3.2.1 Unterrichtseinheit für Schüler/innen	9
2.3.2.2 Beratungsrunde für Fachkräfte	10
2.3.2.3 Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte aus dem psychosozialen Bereich	10
2.3.3 Struktur	10
2.4 Methoden und Konzepte	11
2.4.1 Beratung – neben der angeleiteten Gruppenarbeit ein weiterer Schwerpunkt unserer Tätigkeit	11
Die Haltung in der klientenzentrierten Beratung	11
2.4.1 Angeleitete Gruppen – Ein Schwerpunkt unserer Arbeit - Die Wirkungsweise der Gruppenarbeit	11
2.4.3 Präventionsarbeit mit Jugendlichen	12
2.4.4 Arbeit mit Eltern und Angehörigen	12
2.4.5 Der lerntheoretische/verhaltenstherapeutische Ansatz	13
2.4.6 Körperorientierte Arbeitsansätze	13
2.5 Vernetzung und Kooperation mit anderen Einrichtungen	13
2.6 Aussagen zur interkulturellen Öffnung, Gender Mainstreaming und Freiwilligenarbeit	14
2.6.1 Interkulturelle Öffnung	14
2.6.2 Gender Mainstreaming	15
2.6.3 Freiwilligenarbeit	16
2.7 Aussagen zur Qualitäts- und Ergebnissicherung	16
3. Andere Arbeitsfelder des Trägers	17

3.1 Wohngemeinschaft Bitter & Süß	17
3.2 Ernährungsberatung	17
4. Öffentlichkeitsarbeit	19
4.1 Presse und Medien	19
4.2 Information und Aufklärung	19
4.3 Veranstaltungen/Tagungen	19
Anhang - Organigramm	20
Anhang I - Ess-Störungen – Diagnosen, Erscheinungsformen und Ursachen	21
Anhang II - Verschiedene therapeutische Ansätze und Behandlung	24
Anhang III - Literatur	26
Anhang IV - Publikationen von Dick & Dünn - Mitarbeiterinnen	28
Anhang V - Wissenschaftliche Arbeiten und Forschungsprojekte	29
Anhang VI Geschichte des Beratungszentrums bei Essstörungen Dick & Dünn e.V.	30

1. Allgemeine Arbeitsgrundlagen des Trägers

1.1 Leitbild

Essstörungen haben in den letzten 30 Jahren in Deutschland immer mehr an Bedeutung gewonnen und verursachen gesamtgesellschaftlich enorme Kosten für das Gesundheitswesen. Eine Essstörung ist eine die persönliche und soziale Lebensgestaltung schwerwiegend beeinträchtigende Erkrankung, die häufig mit massiven gesundheitlichen und psychischen Komplikationen einhergeht. 10-20% der Betroffenen begehen Suizid bzw. sterben an den Folgen der Essstörung.

Der Verein „Beratungszentrum bei Ess-Störungen DICK & DÜNN e.V.“ hat sich seit seiner Gründung 1986 zum Ziel gesetzt, auf die gesellschaftliche Bedeutung von psychogenen Essstörungen aufmerksam zu machen (Öffentlichkeitsarbeit), ihre Entstehung im Vorfeld verhindern zu helfen (Prävention), die Behandlungskonzepte und –methoden zu optimieren (Information, Vernetzung, Aufklärung, Fortbildung) und für essgestörte Menschen und deren Angehörige eine optimale multiprofessionelle und an den individuellen Bedürfnissen sowie sozialen und psychischen Problemlagen orientierte Behandlung einzuleiten und zu begleiten (Beratung, Betreuung). Dabei wird beim Verein „Beratungszentrum bei Ess-Störungen DICK & DÜNN e.V.“ den zugrunde liegenden individuellen und sozialen und kulturspezifischen Ursachen besondere Aufmerksamkeit gewidmet: Neben familiären, biologisch-genetischen und persönlichkeitspezifischen Einflüssen werden die besonderen weiblichen, aber auch männlichen Sozialisationsbedingungen sowie widersprüchliche Rollenanforderungen an Frauen und Männer, das in der Gesellschaft vorherrschende Schlankeits- und Schönheitsideal mit in das professionelle Denken und Handeln einbezogen.

Der Verein erreicht seine Ziele durch:

- Niedrigschwelligkeit
- Multiprofessionalität
- Kontinuität und Fachkompetenz des Arbeitsteams
- vielfältige Kooperationsbeziehungen zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung
- kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen
- eine Kombination von genderorientierten, körperorientierten, systemisch-lösungsorientierten, klientenzentrierten, tiefenpsychologischen, gestaltungstherapeutischen, psychoedukativen und suchththerapeutischen Arbeitsansätzen
- Orientierung an den Bedürfnissen und Lebenswelten der von Essstörungen Betroffenen, deren Angehörigen und Stärkung ihres Selbsthilfepotentials

Wir führen grundsätzlich keine Behandlung im Sinne des SGBV durch.

1.2 Qualitätssicherung

Qualitätskontrolle und Qualitätsentwicklung im Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V. erfolgt über die fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen, regelmäßige Supervision und Intervision, Fort- und Weiterbildung, wissenschaftliche Begleitung und systematisierte regelmäßige Dokumentation und Nachweise der laufenden Arbeit.

2002 bis 2004 nahmen wir am Qualitätsmanagement für Beratungsstellen mit dem Schwerpunkt Essstörungen der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen – im Rahmen des Bundesfachverband Essstörungen und gefördert durch das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend – teil.

Seit 2000 sind wir Mitglied in der „Paritätischen Qualitätsgemeinschaft Familie, Frauen, Mädchen“ und seit 2007 mit dem Paritätischen Qualitäts-Testat zertifiziert durch die SQ Cert-GmbH.

2. Konzept des durch Zuwendung aus dem Integrierten Gesundheitsprogramm finanzierten Projektes

2.1 Zielgruppen

- Frauen, Männer, Kinder und Jugendliche die akut oder latent von Essstörungen betroffen sind
- Angehörige, Partner/innen, Freund/innen von essgestörten Menschen, die Aufklärung, Information wünschen oder persönliche Hilfe für die Beziehung mit dem essgestörten Menschen benötigen.
- Institutionen, Bildungsträger, Fachkräfte aus dem psychosozialen Bereich bzw. alle Personen, die aus beruflichen Gründen Informationen oder Hilfen zum Thema Essstörungen und deren Behandlung benötigen.

2.2 Ziele

Ziele unserer Arbeit sind:

1. Die Verbesserung der individuellen psychosozialen Situation und Lebensqualität und Stärkung der Handlungskompetenzen für die individuelle Gesundheitsförderung und Vermeidung von Folgeerkrankungen von Menschen mit Essstörungen und deren Angehörige, z.B. durch Entlastung der Betroffenen, Aufbrechen bestehender sozialer Isolation, durch Aufklärung über mögliche Handlungsspielräume, Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten zur Sensibilisierung für das Krankheitsbild und zur Erreichung eines Problembewusstseins, durch Entwicklung individueller Strategien und Handlungskompetenzen für die Betroffenen, durch Unterstützung der Identitätsfindung und des Selbstbewusstseins und mit Hilfe und Unterstützung bei der Optimierung des Behandlungserfolges sowie sekundärer Prävention zur Reduzierung und Beseitigung der Krankheitssymptome.

Wir erreichen dieses Ziel durch ein niedrigschwelliges, umfassende Beratungsangebot zu allen Aspekte der Essstörungen und deren Behandlungsmöglichkeiten und die Arbeit in angeleiteten Selbsthilfegruppen. Im Vordergrund steht dabei eine Motivationsarbeit für eine professionelle Behandlung. Als Baustein in der professionellen Behandlung hat die Elternarbeit und Selbsthilfegruppenarbeit parallel zur Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeuten gute Wirkung erzielt. Hier auch in Zusammenarbeit mit dem gemeinsamen Konzept der Wohngemeinschaft Bitter & Süß, dessen Träger das NHW (Nachbarschaft hilft Wohnen e.V.) ist. Ebenfalls ist unser Angebot zur Kliniknachsorge gut geeignet, da wir sehr zeitnah Termine und Gruppenarbeit anbieten können.

2. Die Förderung des Problembewusstseins in der Öffentlichkeit, um damit die gesellschaftliche Situation essgestörter Menschen zu verbessern bzw. die Entwicklung von Essstörungen im Vorfeld zu verhindern, z.B. durch Primärprävention zur Sensibilisierung für potentielle Risikogruppen und Interessenvertretung in der Öffentlichkeit/den Medien für die Belange essgestörter Menschen und ihrer Umwelt.

3. Die Optimierung stationärer und ambulanter Behandlungsmethoden für essgestörte Menschen – insbesondere Aufklärung, Information und Fortbildung für Fachkräfte in stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen.

2.3 Leistungen und Standards

Unsere Grundhaltung: Beratung und Selbsthilfe sind kein Ersatz für Psychologische Psychotherapie, jedoch eine gute Ergänzung.

Angebote:

2.3.1 Beratung und Betreuung von Betroffenen und Angehörigen

2.3.1.1 Telefonische, schriftliche und E-Mail-Information und Beratung

Durch tägliche telefonische Erreichbarkeit können von Essstörungen Betroffene, Angehörige oder andere Anfragende schnell, auch unverbindlich und anonym, mit uns Kontakt aufnehmen. In der Regel werden am Telefon allgemeine Fragen beantwortet, Informationen gegeben und persönliche Beratungstermine vereinbart. Jeder/m Anrufer/m werden beide Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit unserem Beratungszentrum angeboten: entweder die kostenlose offene Gruppenberatung oder ein zuzahlungspflichtiges Einzelberatungsgespräch mit Terminvereinbarung. Je nach Bedarf oder Dringlichkeit finden auch Beratungsgespräche – meist in Krisensituationen – telefonisch statt. Schriftliche Anfragen per Post oder E-Mail werden möglichst zeitnah beantwortet: Routineanfragen mittels Vordrucke/Serienbriefe und Informationsmaterial, persönliche und fachliche Anfragen mit individuellem Antwortschreiben durch fachlich qualifizierte Mitarbeiterinnen.

Umfangreiches Informationsmaterial findet sich in unserer Infobörse, die regelmäßig aktualisiert wird: Basisinformationen zu Essstörungen, Literaturempfehlungen, statistisches Material, Klinikadressen und –prospekte, ausführliche Darstellungen von stationären Behandlungskonzepten, Arzt- und Psychotherapeut/innenadressen, Filmlisten, Sportangebote etc. Persönlich oder über eine Bestellliste (auch online) kann das Informationsmaterial angefordert werden

2.3.1.2 Offene Beratungsrunden

Die offene Beratungsrunde wird zweimal wöchentlich dienstags 10-12 Uhr und mittwochs 18-19.30 Uhr für von Essstörungen betroffene Frauen und dienstags 16-17 Uhr für essgestörte weibliche Jugendliche angeboten. Einmal im Monat – jeden ersten Mittwoch im Monat – findet eine offene Gruppenberatung für Männer von 15-16 Uhr statt und für Angehörige von 16-18 Uhr. Die offene Gruppenberatung, die ohne vorherige Anmeldung und kostenfrei besucht werden kann, ist ein niedrigschwelliges Kontakt-, Informations- und Beratungsangebot, bei dem sich die Teilnehmenden spontan zu einer von einer Mitarbeiterin moderierten Gruppensituation zusammenfinden, in der sowohl individuelle Problemklärung, Diagnostik als auch Beratung und Vermittlung von Informationen über therapeutische Möglichkeiten stattfinden kann.

2.3.1.3 Persönliche Einzelberatung als Einmalberatung oder fortlaufende Beratungsreihen

Die persönliche Einzelberatung (Dauer 50-60 Minuten) ist ein grundsätzlich freiwillig eingeleitetes Beratungsgespräch mit vorheriger Terminvereinbarung und Zuzahlungsvereinbarung nach sozialer Lage. Wir bieten auch Beratungseinheiten für Angehörige, Paare oder Familien an. Eine Einzelberatung beinhaltet zunächst eine (auf Wunsch anonyme) Erhebung sozialer und persönlichkeitsbezogener Daten, eine weitgehend ausführliche Problemklärung sowie die Erhebung biografischer Daten (freiwillige Angaben) und Auslösebedingungen für das Auftreten der Essstörung und den Beratungswunsch. Die von einer Essstörung mittelbar oder unmittelbar Betroffenen sollen entlastet, informiert und je nach Bedarf für eine therapeutische Behand-

lung motiviert werden. Im Rahmen eines ressourcenorientierten und klientenzentrierten Unterstützungsangebotes hat diese Beratung zum Ziel, individuelle Handlungsperspektiven und Problemlösestrategien zusammen mit der/m Ratsuchenden zu erarbeiten. Der (gelungene) Abschluss einer Einzelberatung mündet in eine Vermittlung an eine/n niedergelassene/n Psychotherapeuten/in, Arzt/Ärztin, Klinik, Tagesklinik, WG und/oder eine angeleitete Gruppe. Auf Wunsch oder je nach Problemlage werden weitere Folgetermine vereinbart in Form einer Beratungsreihe, Krisenintervention oder einer Langzeitbetreuung. Zentrales Anliegen eines fortlaufenden Beratungsprozesses ist die Bewusstmachung von Ursachen und Sensibilisierung für Auslöser für das gestörte Essverhalten sowie die Klärung zentraler bewusster und unbewusster Konflikte, wobei das gestörte Essverhalten als sinnhafter und zu entschlüsselnder Ausdruck einer Krise oder neurotischen Störung der/des Einzelnen im Zusammenhang mit den Lebensumständen, der Vergangenheit und der Beziehungsgestaltung aufgefasst wird.

2.3.1.4 Online-Coaching für Betroffene und Angehörige

Menschen mit Essstörungen sind häufig sehr isoliert, haben Schwierigkeiten, Kontakt zu Hilfsangeboten aufzunehmen. Wir bemühen uns durch Niedrigschwelligkeit, den Kontakt mit uns zu vereinfachen. Durch das Internet ist es relativ einfach, sehr niedrigschwellig und anonym Kontakt aufzunehmen und sich beraten zu lassen. Genutzt wird dieser Service besonders häufig von Eltern aus den Randbezirken Berlins oder auch aus den östlichen Stadtteilen. Wir stellen fest, dass die Teilung der Stadt immer noch in den Köpfen vorhanden ist und viele den Weg aus den östlichen Bezirken zu uns scheuen. Ebenso häufig wird der Service von Berliner Betroffenen genutzt, die eine große Scheu haben eine Beratungsstelle persönlich aufzusuchen (sei es durch soziale Ängste oder andere Angst- und Zwangserkrankungen Schwierigkeiten haben, das Haus zu verlassen. Unser Ziel ist es, besonders letzteres Klientel durch die Onlineberatung zu einem persönlichen Gespräch zu uns in die Beratungsstelle einzuladen, so dass ein echter face-to-face-Kontakt entsteht und die Klientin/der Klient evtl. weiterführende Hilfe, wie z.B. ambulante oder stationäre Therapie oder aber auch eine angeleitete Gruppe für sich nutzt.

2.3.1.5 Angeleitete Langzeitgruppen für Betroffene

Vor Beginn der Teilnahme an einer angeleiteten Gruppe ist ein persönliches Beratungsgespräch (Einzelberatung oder offene Beratungsrunde) obligatorisch. Nach diesem Beratungsgespräch werden die Interessentinnen/ Interessenten an einer Gruppe in eine Warteliste eingetragen und telefonisch oder per E-Mail benachrichtigt, wenn ein Platz in der gewünschten Gruppe freigeworden ist. Die Gruppen sind Langzeitgruppen, zu denen turnusmäßig neue Teilnehmerinnen hinzuzukommen. Da nach unseren Erfahrungen eine weitgehende Homogenität der Gruppe (nach Alter, Körpergewicht und Symptomatik) eine gute Grundlage für ein anfängliches Solidaritätsgefühl bietet, werden die Gruppen nach den jeweiligen Essstörungen (Bulimie/Magersucht und Esssucht), alters- und geschlechtsspezifisch getrennt. Bei Bedarf bieten wir zusätzlich Gruppen mit speziellerer Thematik an: z.B. Gruppen für lesbische Frauen mit Essstörungen, für Menschen um das 50. Lebensjahr, für Frauen mit sexueller Gewalt- und Missbrauchserfahrung, Gruppen für Männer, Gruppen für Frauen mit Bulimie und Magersucht ab dem 26. Lebensjahr, Kliniknachsorgegruppen, Gruppen für Schülerinnen etc. Die Gruppen bestehen durchschnittlich aus 8-12 Teilnehmenden. Sie treffen sich wöchentlich 1 ½ Stunden zu einem festgelegten Termin. Unterstützendes Informationsmaterial sind Kommunikationsregeln und Gruppenübungen.

2.3.1.6 Angeleitete Angehörigengruppen

Eine fortlaufend regelmäßig begleitete Angehörigengruppe arbeitet als offene Gruppe mit einem festen Termin 1x monatlich. Geplant ist eine weitere Angehörigengruppe zu installieren. Um an der Angehörigengruppe teilnehmen zu können, ist ein vorab stattfindendes Beratungsgespräch (als Einzelberatung oder Gruppenberatung) obligatorisch. Die Gruppe ist sowohl offen für Elternpaare, Elternteile, Partner/innen, Geschwister, als auch Freunde/innen oder

sonstige Angehörige. Die Angehörigengruppe wird häufig auch von Angehörigen besucht, bei denen die/der betroffene Essgestörte keine oder noch keine Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft zeigt. Die Angehörigenarbeit soll das Verständnis und die Akzeptanz der Essstörung fördern, die mittelbar Betroffenen entlasten und dazu beitragen, krankheitsaufrechterhaltende Faktoren wie z.B. ein doppelbödiges Familienklima, entmutigende Erziehung, hoher Leistungsdruck, das gängige Schönheitsideal oder konkrete Essenssituationen in der Familie zu verändern.

2.3.1.7 Moderierte Online-Gruppen

Seit Winter 2010 werden von uns auch Online-Gruppen für Betroffene angeboten. Besonders für Menschen, die keine Chance haben an einer angeleiteten Gruppe bei uns direkt teilzunehmen (aus beruflichen Gründen, weite Wege, Behinderung, Kinderbetreuung, vorübergehende Auslandsaufenthalte) gilt dieses Angebot. Über unsere Web-Seite können sich Betroffene anmelden und Mitglied einer Gruppe werden. Eine Anmeldung ist nur über eine Ausweiskopie möglich, sodass wir wissen, wer an den Gruppen teilnimmt. Untereinander begegnen sich Betroffene über Nicknames. Eine Kollegin leitet die Gruppe an, d.h. sie liest alle Einträge, führt Themen zusammen, extrahiert aus den Einträgen immer wiederkehrende Themen und eröffnet dazu Themen-Threads. Sie erinnert an Gruppenregeln, notfalls editiert oder löscht sie Einträge bei Verstößen gegen die Gruppenregeln.

Ziel ist es, neben der Entlastung und Unterstützung in der Auseinandersetzung mit der Essstörung und ihren durchaus auch körperlichen Folgen, die Betroffenen zu einem realen Treffen anzuregen und sie dabei zu unterstützen, dies zu realisieren. Wir möchten damit verhindern, dass ein eventuelles soziales Rückzugsverhalten verstärkt wird.

2.3.1.8 Themenspezifische Gruppen und Kurse

Je nach Anfrage bzw. Angebot bieten wir Wochenendkurse, fortlaufende Kurse oder Gruppen zu speziellen Themen an: Körpererfahrungswochenenden, Workshops zu Schönheits- und Schlankeitsidealen, Entspannungsgruppen, Wochenendseminare für Angehörige, Bewegungs- und Tanzworkshops sowie Selbsterfahrungsgruppen mit kunsttherapeutischem Anteil, bildlichem und plastischem Gestalten. Geplante Gruppen und Kurse werden jeweils per Handzettel und auf der Homepage angekündigt.

2.3.1.9 Beratung und Unterstützung bei der Initiierung von Selbsthilfegruppen

Betroffene Frauen und Männer, die eine Selbsthilfegruppe initiieren wollen, unterstützen wir bei der Mitgliedersuche (Öffentlichkeitsarbeit), Raumsuche und bei der inhaltlichen Arbeit, durch Weitergabe von Informationsmaterial, Beratung bei inhaltlichen Problemen und Gruppenkonflikten. Bei Bedarf kommen wir auch in die Gruppen und vermitteln bei Gruppenkonflikten.

Haltung zu sozialen Netzwerken, wie Facebook, Twitter etc.

2.3.2 Prävention (Primär- und Sekundärprävention)

2.3.2.1 Unterrichtseinheit für Schüler/innen

Seit 1986 bieten wir eine Unterrichtseinheit (2x45 Minuten) in zwei Varianten für 9. Klassen (leichte Version mit zwei Arbeitsbögen) bis 13. Klassen (ausführlicher und inhaltlich komprimierter) an und führen sie auf Anfrage an Schulen selbst durch. Die Unterrichtseinheit beinhaltet eine kritische Infragestellung des gängigen Schönheits- und Schlankeitsideals und des sogenannten Normal- und Idealgewichts, informiert über gesundes Essverhalten, über die Gefahren von Diäten und Medikamentenmissbrauch (Abführmittel/Appetitzügler), Erscheinungsformen und Ursachen von Essstörungen sowie die unterschiedlichen Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten. Am Ende der durchgeführten Schulstunden erhalten die Schüler/innen Informationsmaterial in Form von Broschüren, Literaturhinweisen und Adressen von Hilfsangeboten. Die Inhalte der Unterrichtseinheiten können jeweils vorab je nach Interesse und Bedürfnissen der Jugendlichen abgestimmt und variiert werden.

Plakate, Handzettel, Projektstage, Workshops an Schulen und Jugendzentren sowie Vorträge bei Elternabenden oder Schulkonferenzen ergänzen die Unterrichtseinheiten.

2.3.2.2 Beratungsrunde für Fachkräfte

Einmal monatlich – jeden ersten Dienstag im Monat von 12-13 Uhr – bieten wir eine spezielle Beratung und Information für Kollegen/innen aus psychosozialen Tätigkeitsfeldern in Form einer Beratungsrunde an. Zum einen werden schwerpunktmäßig Informationen über Essstörungen, ihre Ausprägungen und Verlaufsformen geliefert. Mögliche Auslöser und Ursachen der Krankheitsbilder werden aufgezeigt und über verschiedene Hilfsangebote informiert. Je nach Interesse erfolgt auch die Darstellung und Entwicklung unserer Projektarbeit. Diese Informationen werden hauptsächlich von Studenten/innen, Diplomanden/innen und Praktikant/innen gewünscht. Die Beratung in der Gruppe gilt der Unterstützung von Mitarbeiter/innen verschiedener psychosozialer Einrichtungen (WG-Betreuer/innen, Familienhelfer/innen, Erzieher/innen, Diätassistent/innen, Krankenpflegekräfte etc.) oder niedergelassener Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen, die Essgestörte betreuen oder behandeln. Neben den Informationsinhalten geht es zum anderen auch schwerpunktmäßig um die Schilderungen aus der jeweiligen beruflichen Praxis, der Reflexion des eigenen Verhaltens und der Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten im speziellen Fall. Beratungen für Fachkräfte bieten wir auch als Einzelberatungen mit vorab zu vereinbarten zuzahlungspflichtigen Terminen, als Beratung von ganzen Teams oder fortlaufenden Supervisionsberatungen an.

2.3.2.3 Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte aus dem psychosozialen Bereich

Wir bieten Fortbildungen – auch mehrtätig und kontinuierlich – für unterschiedlichste Berufsfelder an: für Oecotrophologen/innen, Selbsthilfekontaktstellenmitarbeiter/innen, Hebammen, in Krankenpflegeschulen, für Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen, Mitarbeiter/innen aus Suchtberatungsstellen, Drogenkontaktlehrer/innen usw.

Seit 1993 bilden wir Gruppenmoderatoren/innen für die Anleitung von Selbsthilfegruppen aus. Das Konzept dieser 2x 5tägigen Fortbildung mit anschließendem supervidierten Praktikum beinhaltet Basiswissen über Symptomatik, Folgeerkrankungen und Behandlung von psychogenen Essstörungen, Organisation von Gruppen, Rolle und Aufgabe der Anleitung und Vermittlung von Kenntnissen der Gruppendynamik. Die Fortbildung steht allen an der Anleitung von Selbsthilfegruppen Interessierten offen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Teilnehmer/innen nicht (mehr) selbst von einer Essstörung betroffen sind.

2.3.3 Struktur

Wir sind sehr gut erreichbar. S-Bahn, U-Bahn (Innsbrucker Platz) und Busanbindung sind sehr günstig. Wir verfügen über zwei kleinere Beratungsräume, zwei große Gruppenräume (max. 25 Personen), ein Büro, zwei Toiletten, eine Küche und einen Abstellraum. Körperbehindert und Rollstuhlfahrer können mittels Aufzug unsere Beratungsräume erreichen.

2.4 Methoden und Konzepte

Folgende Konzepte und Methoden finden in unserer Arbeit Anwendung:

2.4.1 Beratung – neben der angeleiteten Gruppenarbeit ein weiterer Schwerpunkt unserer Tätigkeit

Die Haltung in der klientenzentrierten Beratung

Klientenzentrierte Beratung zielt darauf ab, die Selbstheilungskräfte durch bejahendes Begleiten in einem Klima der Anerkennung und Wertschätzung zu fördern. Bedingungsloses Akzeptieren, einführendes Verstehen und Echtheit in der Beraterin-Klientin-Interaktion ermöglichen es der Klientin/dem Klienten, sich selbst auch mit ihren/seinen Widersprüchlichkeiten und abgewehrten Anteilen anzunehmen. Die Beraterin soll soweit wie möglich als Person hinter der Klientin/dem Klienten verschwinden, sich in ihrem Verstehen nicht primär auf ihre theoretischen Vorgaben beziehen, sondern der Klientin/Dem Klienten aus sich selbst heraus und deren/dessen Bezugssystem zu verstehen suchen. Psychologische Konstruktionen und bestimmte Erklärungsmuster sollen zurücktreten zugunsten einer Haltung, in der die Beraterin gewissermaßen als liebevoller Spiegel vor der Klientin sitzt, in der diese sich ohne Angst, Scham- und Schuldgefühle betrachten kann. In der Beziehungsklärung, in der sich die Beraterin mit ihrem Erleben dosiert mitteilt, kann die Klientin/der Klient ihre/seine Perspektiven erweitern und ihre/seine psychosoziale Wahrnehmung differenzieren.

2.4.1 Angeleitete Gruppen – Ein Schwerpunkt unserer Arbeit - Die Wirkungsweise der Gruppenarbeit

Angeleitete Gruppen wirken grundsätzlich nach drei therapeutischen Prinzipien¹:

- dem Kontinuitätsprinzip,
- dem Gruppenprinzip und
- dem Selbsthilfepinzip.

Das Kontinuitätsprinzip beinhaltet die wiederholte intensive Auseinandersetzung über einen längeren Zeitraum (ein bis zwei Jahre) mit Schwierigkeiten, die ein Mitglied in eine Gruppe einbringt. Anders als das kurzfristige, sporadische Aufrufen angesichts eines Konflikts im Alltagshandeln bietet die Kontinuität der Arbeit in einer Gruppe den einzelnen die Möglichkeit, die Komplexität eines Konflikts oder Symptoms zu erfahren und neue Wege zu seiner Lösung zu erproben. Kontinuität ermöglicht Identifikationsvorgänge, Integration von verleugneten oder abgespaltenen Eigenanteilen und psychische Integration und Stabilisierung. Die Fähigkeit zur Kontinuität wird häufig durch die Selbsthilfegruppenarbeit erst erlernt und dient daher häufig auch als Motivation zur Aufnahme einer begleitenden oder anschließenden Psychotherapie.

Das Gruppenprinzip bedeutet, dass sich wie in anderen Gruppenkontexten (z.B. Familie, Teams, etc.) Phänomene wie Homöostase, vielfältige Übertragungen, Abwehrmechanismen der gesamten Gruppe, Agieren, Untergruppenbildung etc. auch in der angeleitete Gruppe zeigen, die dann angesprochen und bearbeitet werden können. Das Erlebnis der Anwesenheit anderer Gleichbetroffener fördert die Aufhebung von sozialer Isolation und das Erleben von Solidarität. Darüber hinaus ist eine angeleitete Gruppe häufig nicht nur ein Probefeld für das alltägliche Leben, sondern wirkt oft unmittelbar auf das reale Leben ein. Da unsere Gruppenarbeit aus der ursprünglichen Tradition der Selbsthilfearbeit entstammt, betonen wir besonders, dass primär keine wechselseitige Fremdhilfe, sondern wechselseitige Selbsthilfe stattfindet (Selbsthilfepinzip). Das bedeutet: „Es hilft hier nicht der eine dem anderen und der wieder ihm. Vielmehr hilft hier jeder sich selbst und hilft dadurch den anderen, sich selbst zu helfen“².

Formatiert: Unterstrichen

¹ M.L.Moeller 1978, S. 251ff.

² ebd. S. 264f.

Dabei spielen das Lernen am Modell und wechselseitige Identifikationsvorgänge eine wichtige Rolle, wobei aktive und autonome Tendenzen einzelner Mitglieder gefördert werden und gleichzeitig identifikatorische Resonanz zur verändernden Einsicht führt. Der ‚gesunde‘ Ich-Anteil eines Gruppenmitglieds kann so zum Katalysator und Therapeuten für den ‚kranken‘ Ich-Anteil eines anderen Mitglieds werden. Die Eigenaktivität der einzelnen Gruppenmitglieder fördert die Gruppenkohäsion, stärkt das Vertrauen und festigt die Beziehungen untereinander.

Einige Elemente aus dem lerntheoretischen/verhaltenstherapeutischen Ansatz können wir in abgewandelter Form (siehe hierzu auch das Handbuch für GruppenmoderatorInnen, BZgA/Köln) auch in der angeleiteten Selbsthilfe nutzen.

Während die klassische Verhaltenstherapie Essstörungen ausschließlich als gelernte Störung des Essverhaltens interpretierte, wird heute den kognitiven und emotionalen Prozessen größere Bedeutung beigemessen. In der Verhaltenstherapie geht es neben der konkreten Veränderung des gestörten Essverhaltens vor allem auch um die Bearbeitung der psychischen und sozialen Faktoren, die das Essverhalten bedingen bzw. aufrechterhalten: das Selbstwertgefühl, soziale Kompetenz, interpersonelle Konflikte, Bedürfniswahrnehmung, Rollenerwartungen und Stressbewältigungen. Verhaltenstherapeutischen Elemente in der Gruppenarbeit können sein:

- Identifizierung von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen (Situationen, Ereignisse, Gedanken, Gefühle, Stressfaktoren) die zu Essanfällen oder der Verweigerung von Nahrung oder der gedanklichen Beschäftigung damit führen
- Festlegung von individuellen Zielen
- Informationsvermittlung über ein gesundes und ausgewogenes Essverhalten
- Kognitive Umstrukturierung (z.B. mit den Mitteln des sokratischen Dialogs) von selbstabwertenden Kognitionen, Körperschemastörungen, Perfektionsdenken, Angst vor Gewichtszunahme
- Gedankenstopptechnik
- Erlernen von Entspannungstechniken und Stressbewältigung
- Training von sozialer Kompetenz am Beispiel konkreter Situationen (Kontaktaufnahme, Durchsetzungsfähigkeit, adäquates Wahrnehmen und Interpretieren von Äußerungen und Verhaltensweisen anderer)
- Förderung der Gefühlswahrnehmung und –diskrimination (z.B. Erkennen von Ärger) und Interozeption (z.B. Hunger, Sättigung) durch körperorientierte Übungen, Wahrnehmungs- und Genussstrainings

2.4.3 Präventionsarbeit mit Jugendlichen

Wir bieten hierzu verschiedene Unterrichtseinheit und Workshops an. Diese werden flexibel angeboten, je nach Altersgruppe und können sowohl geschlechtsgetrennt als auch in gemischten Gruppen durchgeführt werden.

2.4.4 Arbeit mit Eltern und Angehörigen

Auf dem Hintergrund des Wissens über die systemische Familientherapie (siehe dazu II. Anhang) übernehmen wir in unserer Arbeit weniger die aufdeckende Position als die Unterstützung in der aktuellen häuslichen Problemlage. Hierbei geht es vorrangig darum, Eltern aufzuklären, ihnen ganz konkrete Hinweise im Umgang mit Betroffenen zu geben und den Dialog innerhalb der Familie konstruktiv zu gestalten. Dazu dienen u.a. Einzelgespräche, auch unter Einbezug der Betroffenen oder anderen Angehörigen/Partner/innen und die Gruppenarbeit.

Wir übernehmen die Betreuung von Eltern häufig bereits in der Phase, in der Betroffene noch keine Einsicht in ihre Krankheit haben und jede Hilfe ablehnen. Dies kann eine Chronifizierung der Erkrankung mindern. Eltern werden in dieser Phase ganz konkret dabei unterstützt, Betroffene zu konfrontieren, ihnen Grenzen zu setzen und sie für eine Behandlung zu motivieren. Wir stellen auch entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung.

2.4.5 Der lerntheoretische/verhaltenstherapeutische Ansatz

Während die klassische Verhaltenstherapie Essstörungen ausschließlich als gelernte Störung des Essverhaltens interpretierte, wird heute den kognitiven und emotionalen Prozessen größere Bedeutung beigemessen. In der Verhaltenstherapie geht es neben der konkreten Veränderung des gestörten Essverhaltens vor allem auch um die Bearbeitung der psychischen und sozialen Faktoren, die das Essverhalten bedingen bzw. aufrechterhalten: das Selbstwertgefühl, soziale Kompetenz, interpersonelle Konflikte, Bedürfniswahrnehmung, Rollenerwartungen und Stressbewältigung. Elemente eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes in der Behandlung von Essstörungen können sein:

- Essprotokolle, Esstagebücher, Hausaufgaben
- Identifizierung von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen (Situationen, Ereignisse, Gedanken, Gefühle, Stressfaktoren) die zu Essanfällen oder der Verweigerung von Nahrung oder der gedanklichen Beschäftigung damit führen
- Festlegung von Therapiezielen
- Informationsvermittlung über ein gesundes und ausgewogenes Essverhalten
- Einführung strukturierter Esstage (z.B. drei festgelegte Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten)
- Kognitive Umstrukturierung (z.B. mit den Mitteln des sokratischen Dialogs) von selbst- abwertenden Kognitionen, Körperschemastörungen, Perfektionsdenken, Angst vor Gewichtszunahme
- Gedankenstopptechnik
- Erlernen von Entspannungstechniken und Stressbewältigung
- Training von sozialer Kompetenz am Beispiel konkreter Situationen (Kontaktaufnahme, Durchsetzungsfähigkeit, adäquates Wahrnehmen und Interpretieren von Äußerungen und Verhaltensweisen anderer)

Wichtig für Betroffene, häufig jedoch aus finanziellen Gründen nicht realisierbar:

2.4.6 Körperorientierte Arbeitsansätze

Therapeutische Ansätze, die eine sprachlich differenzierte Ausdrucksfähigkeit voraussetzen, benachteiligen manche Patienten/innen aus unteren sozialen Schichten oder Patienten/innen die sprachfremdet vom eigenen Phantasieleben abgeschnitten sind, was für viele Essgestörte zutrifft. Darüber hinaus haben viele Essgestörte ein Körperbild, das durch Selbsthass und Verachtung geprägt ist und/oder ausgeprägte Körperschemastörungen. Zu körperorientierten Behandlungsansätzen, die meist als Ergänzungen zu anderen therapeutischen Verfahren angewandt werden gehören u.a. die analytische Körperpsychotherapie nach George Downing, Gestalttherapie, Psychodrama, Konzentrierte Bewegungstherapie, Feldenkrais, Atemtherapie, Tanztherapie, Bioenergetik, Biodynamik, Musik- und Gestaltungstherapie und Entspannungstechniken wie Yoga und Autogenes Training. Körperpsychotherapie/Körperarbeit bietet die Chance, präverbale Erlebnisse oder auch tiefere Körperabwehrformen, die sich in der Bewegung, Haltung oder im Verhalten ausdrücken, erfahrbar und dem Bewusstsein zugänglich zu machen, wobei Körperarbeit im eigentlichen Sinn innerhalb einer therapeutischen Sitzung auch nur einen Umfang von 3-5 Minuten haben kann. Körperpsychotherapie bedeutet in den seltensten Fällen reine Körperarbeit – vielmehr sind bei den meisten Verfahren auch verbal-kognitive, gefühlsmäßige und symbolische Ausdrucksweisen und in der analytischen Körperpsychotherapie die Bearbeitung von Übertragung und Gegenübertragung Bestandteil des therapeutischen Prozesses.

2.5 Vernetzung und Kooperation mit anderen Einrichtungen

Wir arbeiten mit folgenden Institutionen zusammen:

- Kassenärztliche Vereinigung Berlin
- Kassenärztliche Bundesvereinigung

- Krankenkassen
- Psychosomatische Kliniken
- Psychiatrische Fachabteilungen und Fachkliniken für Kinder – und Jugendliche sowie für Erwachsene in Berlin
- Schulpsychologische Dienste
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Jugendämter
- Freie Träger der Jugendhilfe
- Mädchenzentren
- nationale und regionale Selbsthilfekontaktstellen
- Selbsthilfeorganisationen (SEKIS, NAKOS)
- Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen
- Suchtprophylaxeeinrichtungen
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Stadtteil- und Kiezprojekte berlinweit (z.B. Stadtteilmütter Neukölln)
- Universitäten und Fachhochschulen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Des Weiteren sind Kooperationspartner:

- MedizinerInnen (Praktische ÄrztInnen/InternistInnen/KinderärztInnen/ZahnärztInnen,
- NeurologInnen, GynäkologInnen) –
- Psychologische PsychotherapeutInnen
- Wohngemeinschaften, hier insbesondere BITTER & SÜSS/Berlin mit dem Träger NHW
- ErnährungsberaterInnen

Um sicher zu stellen, dass unsere KlientInnen gut versorgt werden, haben wir haben sowohl für ÄrztInnen als auch für PsychotherapeutInnen Informationsmaterial entwickelt und dies an sie verteilt.

Unsere „Informationsbörse“ für Betroffene und Angehörige enthält zudem alles über Kliniken, auch deren Spezialangebote, Literaturempfehlungen, Elternhinweise.

Wir sind Mitglied in folgenden Verbänden und Arbeitsgruppen:

- Arbeitskreis Gesundheit beim DPWV
- Bundesfachverband Essstörungen
- Fachgruppe Familie, Frauen, Mädchen beim DPWV
- Fachgruppe Suchthilfe des DPWV
- Frauengesundheitsnetzwerk Tempelhof-Schöneberg
- Gesundheit Berlin Arbeitskreis Bewegung und Ernährung
- Netzwerk Essstörungen Berlin und Brandenburg
- Netzwerk Frauengesundheit der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Frauen
- Personalarbeitskreis des DPWV
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Tempelhof-Schöneberg (Fachgruppe Sucht der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Tempelhof-Schöneberg)
- Treffen der Alkohol- und Suchtberatungsstellen
- Treffen der Leiter der Drogen- und Suchthilfeberatungsstellen

2.6 Aussagen zur interkulturellen Öffnung, Gender Mainstreaming und Freiwilligenarbeit

2.6.1 Interkulturelle Öffnung

Unsere Beratung steht für alle Kulturen offen. Familien und Einzelpersonen mit Migrationshintergrund suchen ebenfalls unsere Beratungsstelle auf, allerdings stellt diese Zielgruppe nicht

das Hauptklientel dar. Unsere Gruppen setzen sich allerdings aus TeilnehmerInnen aller Nationen zusammen (türkisch, arabisch, israelisch, polnisch, russisch, französisch, spanisch, italienisch, griechisch, amerikanisch, schwedisch). KlientInnen mit türkisch-arabischem Migrationshintergrund, sind im Prinzip gut integrierte Deutsche, die in der Regel keine Sprachprobleme haben. Wir versuchen aber auch solche MigrantInnen zu gewinnen, die in der Regel keine Beratungsstellen aufsuchen, sondern stattdessen sich Hilfe innerhalb ihrer Familienkreise organisieren, indem wir z.B. mit den Stadtteil-Müttern Neukölln immer wieder zusammenarbeiten und unser Projekt dort vorstellen. Die Workshoparbeit in Mädchenzentren stellt ohnehin eine Arbeit mit einer interkulturellen Zielgruppe dar, die Präventionsarbeit an Schulen ebenfalls.

Sprachlich sind wir in der Lage, auch in Englisch oder Französisch zu beraten. In anderen Sprachen weisen wir auf die Möglichkeit hin, eine Übersetzung zu organisieren.

2.6.2 Gender Mainstreaming

Vom frauenspezifischen/feministischen Ansatz zum Gender-Mainstreaming

Da von Essstörungen in unserer Gesellschaft überwiegend – d.h. zu 90 Prozent - Frauen betroffen sind, ist für das Verständnis dieser Erkrankung eine kritische Auseinandersetzung mit der Rolle der Frau in der Gesellschaft nötig. Zwar leben Frauen heute in den industrialisierten Wohlstandsgesellschaften in einer Welt mit viel größeren Handlungsspielräumen als die Frauen der Generationen zuvor, dennoch wirken traditionelle Rollenanforderungen weiter auf die weiblichen Sozialisationsverläufe: Frauen von heute sollen sowohl attraktiv, aufregend, dynamisch, intellektuell, karrierebewusst als auch zart, reizvoll, zerbrechlich sein, gleichzeitig sind sie nach wie vor für die Hausarbeit und Kindererziehung zuständig, dürfen dabei aber nicht zu weiblich-rund, überfürsorglich oder von Männern abhängig werden. Aber Männer sind immerhin mit 10 Prozent ebenfalls betroffen, so dass man nicht ausschließlich von einer weiblichen Erkrankung sprechen könnte. Es ist zu beobachten, dass in bestimmten gesellschaftlichen Subkulturen wie z.B. der Schwulenszene ein besonders hohes Aufkommen von Essstörungen zu verzeichnen ist. Somit macht diese Entwicklung ein Umdenken vom reinen frauenspezifischen Ansatz zu einem Ansatz nötig, der Gender-Aspekte mitberücksichtigt. Auch Männer sind bestimmten und auch widersprüchlichen Rollenerwartungen unterworfen: immer stark, immer tough, leistungsfähig, karrierebewusst und dynamisch, „Männer weinen nicht“, sollen aber inzwischen auch gefühlvoll und romantisch sein, ihren Anteil an Kindererziehung und Hausarbeit leisten.

Oberstes Gebot für alle Frauen ist das Schlanksein, wobei der weibliche Körper gleichzeitig verleugnet und stilisiert wird. Männer hingegen müssen einen sportlich gestählten Körper haben, das sogenannte „Sixpack“ ist für viele Jungen inzwischen zu erreichendes männliches Attribut. In der ausgeprägten Fitnesskultur, mit Bodybuilding³, Diäten und Schönheitsoperationen scheint der Körper zum Konsumgegenstand geworden zu sein, den man beliebig messen und manipulieren kann. So wie das anorektische Streben nach übermäßiger Schlankheit als eine „Parodie auf die weibliche Zerbrechlichkeit“⁴, die Hyperaktivität und das Hungern als Versuch angesehen werden kann, den Zweifeln an der eigenen Existenzberechtigung als Frau einen überhöhten Leistungsanspruch entgegenzusetzen, kann die Adipositas als misslungene (weil selbstdestruktive) Strategie angesehen werden, dem gängigen Schönheitsideal zu widerstehen und gleichzeitig Gewicht und Raum einzunehmen. Die konflikthafte Besetzung des Essens bei der Bulimie symbolisiert eine Störung des Hineinnehmens, Behaltens oder Herausgebens von positiven und/oder negativen Erfahrungen im Konflikt mit den widersprüchlichen weiblichen Identifikationsmodellen, wobei sich in der Symptomatik der Bulimie die dichotomisierende Konfliktlage junger Frauen unserer Gesellschaft wohl am deutlichsten ausdrückt. Beratung und Behandlung von Essstörungen vor dem Hintergrund von Gender Mainstreaming bedeutet, dass Essstörungen dauerhaft nur dadurch zu bewältigen sind, dass Frauen und

³ Mit dem zunehmenden Körperkult sind auch immer mehr Männer von Essstörungen betroffen

⁴ Orbach 1981 S. 139

Männer sich mit an sie gerichteten Rollenerwartungen bewusst und kritisch auseinandersetzen, das ständige Diäthalten, übermäßiges Trainieren und andere Formen der Körperoptimierung aufgeben und sich einen gesunden und lustvollen Umgang mit Essen und Bewegung erarbeiten, wobei sie lernen, zwischen physischem und psychischem Hunger zu unterscheiden und andere Arten der Bedürfnisbefriedigung und Konfliktlösung finden, die das süchtige Essen/Hungern oder die zwanghafte gedankliche Beschäftigung damit ersetzen können.

Unsere Einrichtung ist von Beginn an für Mädchen/Frauen und für Jungen/Männer geöffnet. Es gibt sowohl Gruppen- als auch Beratungsangebote für Mädchen/Frauen und Jungen/Männer. Dem Genderansatz tragen wir in den Unterrichtseinheiten an Schulen Rechnung, indem wir auf männliche Sozialisationsbedingungen, Rollenerwartungen und Konfliktbewältigung genauso eingehen, wie auf die weiblichen.

Wir reagieren flexibel auf Nachfragen nach Beratung und Gruppenarbeit und entwickeln je nach Bedarf entsprechende Angebote für Jungen und Männer. Die Nachfrage von männlichen Betroffenen liegt bei ca. 15 % unsere Klientels. Männer bevorzugen in der Regel geschlechtsgemischte Gruppen (davon gibt es eine vierzehntätige Gruppe seit vielen Jahren). Frauen haben eine große Auswahl von geschlechtsspezifischen oder -gemischten Gruppen.

2.6.3 Freiwilligenarbeit

Freiwilligenarbeit gibt es im administrativen Bereich oder zur Unterstützung von Fachtagungen. Ehrenamtliche sollen keine Gruppen anleiten oder Beratungen durchführen.

2.7 Aussagen zur Qualitäts- und Ergebnissicherung

Im Rahmen unserer Zertifizierung sind alle Dokumentationsverfahren überprüft und erfasst worden. Z.B. werden alle ein- und ausgehenden Telefonate von uns schriftlich festgehalten, Beratungsgespräche mit einem Fragebogen dokumentiert, Veranstaltungen auf einem Formular erfasst. Alle Daten werden im Jahresbericht veröffentlicht. Zusätzlich werden sporadisch Fragebögen für unsere KlientInnen ausgelegt, um die Zufriedenheit mit unserer Arbeit zu überprüfen. Fortbildungen werden mit einem Fragebogen evaluiert. Qualitätskontrolle und Qualitätsentwicklung im Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V. erfolgt über die fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen, regelmäßige Supervision und Intervention, Fort- und Weiterbildung, wissenschaftliche Begleitung und systematisierte regelmäßige Dokumentation und Nachweise der laufenden Arbeit.

Anregungen und Wünsche der Nutzerinnen und Nutzer werden in den Teamsitzungen besprochen und bei Bedarf umgesetzt.

2002 bis 2004 nahmen wir am Qualitätsmanagement für Beratungsstellen mit dem Schwerpunkt Essstörungen der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen – im Rahmen des Bundesfachverbands Essstörungen und gefördert durch das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend – teil.

Seit 2000 sind wir Mitglied in der „Paritätischen Qualitätsgemeinschaft Familie, Frauen, Mädchen“ und seit 2007 mit dem Paritätischen Qualitäts-Testat zertifiziert durch die SQ Cert-GmbH.

3. Andere Arbeitsfelder des Trägers

3.1 Wohngemeinschaft Bitter & Süß

Die Zusammenarbeit mit der Wohngemeinschaft Bitter & Süß, einer betreuten WG nur für Essgestörte bis 27 Jahre.

Die Wohngemeinschaft wurde auch mit unserer Initiative gegründet und das Konzept gemeinsam mit uns erstellt. Die dort angestellten KollegInnen haben wir fachspezifisch weitergebildet. Wir haben regelmäßig gemeinsame Teamsitzungen und einen Austausch über die KlientInnen.

Bei DICK & DÜNN e.V. wird die Gruppenarbeit für die bei BITTER & SÜSS lebenden Mädchen durchgeführt. Ebenso werden die Eltern im Rahmen von Einzelberatungen und Gruppenarbeit von uns betreut.

3.2 Ernährungsberatung

Wir empfehlen und arbeiten zusammen mit ErnährungsberaterInnen, die sich mit psychogenen Essstörungen auskennen. Die Ernährungsberatung findet teilweise in unseren Räumen statt. Finanziell arbeiten die KollegInnen unabhängig von uns.

- Die Ernährungsberatung bietet Unterstützung und Begleitung auf dem Weg zu einer Normalisierung des Essverhaltens. Auf der Basis einer ausgewogenen Ernährung geht es vor allem darum, Hunger, Appetit und Sättigung (wieder) wahrzunehmen und körperlichen und seelischen Hunger zu unterscheiden.
- Es gibt keine Diätpläne und starre Vorschriften, sondern es geht vielmehr darum, die eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen, Freude und Genuss am Essen wieder zu entdecken und ohne schlechtes Gewissen, ohne Kalorienzählen und ohne ein Verbot von Nahrungsmitteln zu essen.
- In der Regel werden die Beratungsgespräche von den Krankenkassen bezuschusst.
- Ziele der Beratung:
 - Kennen lernen des eigenen Essverhaltens
 - selbstbestimmter Umgang mit dem Essen, Stärkung der Eigenverantwortung
 - Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse beim Essen
 - Wahrnehmung von Hunger, Appetit, Sättigung, Durst
 - Abbau der verbotenen Nahrungsmittel – Integration aller Lebensmittel in den Speiseplan
 - Aufbau geregelter Mahlzeiten
 - Gewichtszunahme bzw. – stabilisierung
- Inhalte:
 - Anamnese
 - Motivationsklärung
 - Erarbeitung realistischer Ziele
 - Analyse des Essverhaltens anhand von Selbstbeobachtungsprotokollen
 - Informationen über gesunde Ernährung nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Zusammenhänge zw. restriktivem Essverhalten und Heißhungeranfällen,
 - Bedeutung eines bestimmten Körpergewichts, Folgeerkrankungen
 - Analyse der mit dem Essen verbundenen Gefühle und Situationen sowie der Auslöser für Heißhungeranfälle und Erbrechen
 - Erstellen einer schwarzen Liste (für verbotene und erlaubte Lebensmittel)
 - Veränderung des Essverhaltens in kleinen Schritten (z.B. regelmäßige Mahlzeiten, Abbau der verbotenen Lebensmittel)
- Methoden:
 - Selbstbeobachtung mittels Protokollen

- Gespräch (klientenzentrierte Beratung nach Carl Rogers)
- Informationsvermittlung
- **Wahrnehmungs- und Genussübungen**

4. Öffentlichkeitsarbeit

4.1 Presse und Medien

In unserer Presse- und Medienarbeit werden wir als Expertinnen zu zahlreichen Radio- und Fernsehsendungen zum Thema Essstörungen, Schlankheits- und Schönheitsideal eingeladen und veröffentlichen Artikel und Stellungnahmen in der Fach- und Tagespresse.

4.2 Information und Aufklärung

Informationsveranstaltungen, Mitwirkungen bei Messen, Aktionen und Tagungen sollen für Betroffene, Fachleute und die allgemeine Öffentlichkeit das Problembewusstsein für die Belange essgestörter Menschen fördern und über die Möglichkeiten von Beratung und Therapie informieren. Dies geschieht mit Hilfe von Informationsständen, Vorträgen und Workshops sowie gezielten Einzelveranstaltungen und –aktionen zu bestimmten aktuell relevanten Themen (z.B. Schlankheitspillen, Abführmittel, operative Eingriffe bei Übergewicht, Diäten, sexueller Missbrauch etc.). Hierzu nutzen wir auch unsere Internetseite, auf der wir aktuelle Themen aufgreifen.

4.3 Veranstaltungen/Tagungen

In Eigeninitiative oder in Zusammenarbeit mit auf Essstörungen spezialisierten Kliniken oder psychosomatischen Abteilungen organisieren wir regelmäßig Fachtagungen zum Thema Essstörungen, um das Fachwissen und die Fachkräfte aus dem psychosozialen Bereich – ambulant, teilstationär und stationär – miteinander zu vernetzen und um relevante Themen und neue Entwicklungen im Essstörungenbereich zu diskutieren und weiterzuentwickeln.

Anhang - Organigramm

Mitgliederversammlung

Vorstand (ehrenamtlich)

TEAM

Projektleitung/Geschäftsführung

Martina Hartmann, Dipl.-Soz.Arb., Suchttherapeutin (VDR), systemische Beraterin für Kinder und Jugendliche

Beratung
 Gruppenarbeit
 Eltern-/Angehörigenarbeit
 Kinder- und Jugendarbeit
 Prävention
 Fortbildungen
 Betreuung der Online-Gruppen und Coachings
 Öffentlichkeitsarbeit
 Sicherheitsbeauftragte

**Dipl. Soz./Dipl.Psych
 Renate Banze**

Beratung
 Gruppenarbeit
 Eltern- und Angehörigenarbeit
 Prävention

**Dipl. Soz.Päd.
 Beatrice Kaya**

Beratung
 Gruppenarbeit
 Prävention
 Kinder- u. Jugendarbeit
 Eltern- und Angehörigenarbeit
 Qualitätsbeauftragte
 Datenschutzbeauftragte

**Dipl. Soz. Päd.
 Angelique Hentschel**

Beratung
 Gruppenarbeit
 Eltern- und Angehörigenarbeit
 Prävention

**Verwaltungsfachangestellte
 Dagmar Janczyk**

Sekretariat
 Organisation
 Buchhaltung

Geringfügig Beschäftigte:

Sylvia Baeck, stellvertretende Geschäftsführerin, Beratung, Gruppenarbeit, Eltern- und Angehörigenarbeit,

Gerda Ihnen, Dipl.-Soz.-Arb., Gruppenarbeit

Freie Mitarbeiter/innen (ehrenamtlich bzw. sporadisch finanziert aus Drittmitteln): Buchhalterin, Putzfrau, Praktikantinnen, Ehrenamtliche, Dipl.Oecotrophologin/Ernährungsberaterin

Anhang I - Ess-Störungen – Diagnosen, Erscheinungsformen und Ursachen

Zur Festlegung der Diagnosekriterien existieren aktuell weltweit zwei medizinische Klassifikationssysteme, zum einen das ICD 10 („International Classification of Diseases“) das von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wurde und das DSM IV („Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders“), das von der American Psychiatric Association entwickelt wurde.

Diagnostische Kriterien nach ICD 10 und DSM IV:

1. Anorexia nervosa (ICD 10: F 50.0, DSM IV: 307.1)

- Extreme Gewichtsabnahme (mindestens 15 % des Ausgangsgewichts) innerhalb kurzer Zeit und/oder BMI ⁵ von 17,5 oder weniger, wobei der Gewichtsverlust willentlich selbst herbeigeführt wird durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und/oder: selbst induziertes Erbrechen, selbst induziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika
- Extreme Angst vor einer Gewichtszunahme oder dem Dickwerden trotz bestehendem Untergewichts
- Gestörte Körperwahrnehmung hinsichtlich Gewicht, Größe und Form des eigenen Körpers
- Ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen, Nicht-Essen, Kalorien
- Amenorrhoe (Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen)

Nach ICD 10 wird unterschieden zwischen einer Anorexia „binge-eating/purging-Typs“ (F 50.01), d.h. es können auch Fressanfälle mit selbst induziertem Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien oder Diuretika auftreten und einer Anorexia „restriktiven Typs“ (F 50.00), d.h. die Magersüchtige hat keine Fressanfälle, erbricht nicht und be-nutzt keinerlei Laxantien/Diuretika, um weitere Gewichtsabnahme zu erreichen.

Körperliche Folgeschäden und Komplikationen bei Magersucht können sein: Schlafstörungen, Osteoporose, Hypothermie, Hypotonie, Nierenschäden bis hin zu Nieren-versagen, Elektrolyt-imbilanzen, kardiovaskuläre Veränderungen, verlangsamter Herzschlag, der zu Schwindel und Ohnmachten führen kann, Oedeme, Haarausfall, Lanugo-behaarung, niedrige Pulsfrequenz, organische Psychosen.

Die Mortalität bei Magersucht liegt zwischen 4%-20%, Beginn der Erkrankung meist in der Pubertät oder Adoleszenz, es gibt jedoch auch „Spätanorexien“. Ca. 1% der weiblichen Bevölkerung zwischen 15 und 35 Jahren ist von Magersucht betroffen.

Häufig bei Magersüchtigen sind ausgeprägte Zwangssymptome und depressive Symptome. Die meisten Magersüchtigen haben quälende Hungergefühle, leugnen diese aber vor der Umwelt und auch vor sich selbst. Sie sind meistens sehr leistungsorientiert, intelligent, oft überdurchschnittlich begabt. Die extreme Leistungsorientierung drückt sich auch in ausgeprägtem Ordnungssinn, besonderer Sauberkeit und gesteigertem Pflichtbewusstsein gegenüber Eltern und Geschwistern aus. Für andere bereiten Magersüchtige oft üppige Mahlzeiten zu, sammeln Rezepte, lesen Kochbücher, meiden jedoch selbst in Gesellschaft zu essen, ziehen sich aus Aktivitäten zurück, die in irgendeiner Weise mit gemeinsamem Essen zu tun haben.

Als Ursachen von Magersucht kann ganz zentral das verzweifelte Ringen um Eigenständigkeit und Selbstbestimmung angesehen werden, Magersüchtige sind in ihrer Kindheit oft überange-

⁵ Der BMI berechnet sich: Körpergewicht in kg geteilt durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat

passt, symbiotisch mit ihrer Mutter verbunden und in der Reifungskrise der Pubertät von einem Gefühl der Ohnmacht gegenüber der notwendigen intrapsychischen und interpersonellen Selbstbehauptung beherrscht. Magersucht kann eine Form der Abwehr gegen ängstigende sexuelle Wünsche sein, eine Weigerung Frau (wie die Mutter) zu werden, sein und/oder angesichts der Aufgaben der Pubertät oder Adoleszenz, der Versuch, wieder in die heile Welt der Kindheit zurückzukehren. In der Familie haben Magersüchtige als Symptomträger oft die Funktion, ein untergründig konfliktgeladenes Familiensystem zusammenzuhalten, wenn sich die gesamte Familie dann um die Magersüchtige sorgt und damit anderen Konflikten ausweicht.

2. Bulimia nervosa (ICD 10: F 50.2, DSM IV: 307.51)

- Wiederholte Episoden von Essattacken in denen große Mengen von Nahrungsmitteln in sehr kurzer Zeit konsumiert werden (mindestens 2 Attacken pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten) mit dem Gefühl, das Essverhalten während der Essattacken nicht unter Kontrolle halten zu können

- Im Anschluss an die Essattacken selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika und/oder übermäßige körperliche Betätigung, um eine Gewichtszunahme zu verhindern

- Krankhafte Furcht dick zu werden bzw. andauernde, übertriebene gedankliche Beschäftigung mit Figur und Gewicht

Wie bei der Anorexia nervosa wird unterschieden in einen „purging-Typ“ (regelmäßiges selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern) und „non-purging-Typ“ (Fasten oder exzessive körperliche Betätigung) Sowohl von Anorexie als auch von Bulimie sind zu ca. 95% Frauen betroffen.

Körperliche Folgeschäden und Komplikationen bei Bulimie können sein: Magendilatation mit der Gefahr einer Magenruptur, Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen, gastrointestinaler Reflux, Oesophagitis, Dehydration, Ödeme, Durchfälle, Opstipation, Nierenschäden, Vitaminmangel, Müdigkeit, Schwindel, Menstruationsunregelmäßigkeiten (auch Amenorrhö), Schwellung der Ohrspeicheldrüsen, chronische Heiserkeit und Halsschmerzen, Zahnschmelzerosionen, Tetanien, cerebrale Krampfanfälle, Schlaf- und Konzentrationsstörungen.

Bulimiekranken sind in der Regel normal- bis leicht untergewichtig, es gibt jedoch auch Bulimie in Verbindung mit Übergewicht. Unter Bulimie leiden in Deutschland ca. 1,5 Millionen Frauen. Das Suizidrisiko ist bei der Bulimia nervosa besonders hoch (10%).

Die Bulimie tritt häufig gegen Ende der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter auf, oft auch nach vorangegangener Magersucht.

Bulimiekranken leiden sehr häufig unter depressiven Verstimmungen und einem geringen Selbstwertgefühl hinter einer nach außen gezeigten perfekten Fassade. Durch den großen Nahrungsmittelverbrauch kann die Bulimie zu finanziellen Problemen, Verschuldung, Stehlen von Nahrungsmitteln und sozialem Abstieg führen. Meist sind Bulimiekranken beruflich sehr ehrgeizig, leistungsorientiert und perfektionistisch und verheimlichen ihre als schuld- und schamhaft erlebten Essattacken. Bulimie tritt häufig in Verbindung mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sowie autoaggressiven Handlungen auf. In 50% der Fälle findet sich sexueller Missbrauch in der Anamnese.

Als Ursachen von Bulimie sind vor allem ein Mangel an Selbstwertgefühl, eine gestörte Autonomie- und Identitätsentwicklung und Selbstunsicherheit bekannt, die sich darin ausdrückt, dass bulimische Frauen es nicht gelernt haben, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen, zu differenzieren und gegenüber anderen zu vertreten, sich stark abhängig und orientiert an den Erwartungen anderer Menschen fühlen. Die familiäre Situation ist häufig durch große Unsicherheit und ambivalente Bindungen geprägt bei einem gleichzeitig stark von Leistung dominierten Familienklima, in dem Konflikte vermieden werden und widersprüchliche Botschaften den Umgang miteinander kennzeichnen.

3. Psychogene Adipositas, Esssucht (ICD 10 F 50.4), Binge-eating-Disorders (DSM IV)

Adipositas bedeutet einen Überschuss an Körperfett ab einem BMI von 30, ab einem BMI von 40 handelt es sich um „Adipositas per magna“. Die Adipositas allein bedeutet keine eigenständige Erkrankung sondern eher ein Risikofaktor für andere Erkrankungen.

Für Binge-eating, psychogene Adipositas oder Esssucht, unter der ca. 20-30% aller übergewichtigen Menschen leiden gelten folgende Kriterien:

- Wiederholte Episoden von Essanfällen, Aufnahme einer Nahrungsmenge, die deutlich größer ist als das, was die meisten Menschen unter ähnlichen Umständen zu sich nehmen würden
- Mindestens drei der folgenden Kriterien:
 - o sehr viel schnelleres Essen als normal
 - o Essen bis zu unangenehmen Völlegefühlen
 - o Aufnahme großer Nahrungsmengen ohne hungrig zu sein
 - o Alleinessen wegen Scham und Peinlichkeit
 - o Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Depressivität nach den Essanfällen
- Durchschnittlich mindestens zwei Fressanfälle pro Woche über mindestens 6 Monate
- Es werden keine Gegenmaßnahmen zur Verhinderung von Gewichtszunahme durchgeführt und die Essstörung tritt nicht ausschließlich während einer Episode von Anorexia oder Bulimia nervosa auf.

Körperliche Folgeschäden von Esssucht können sein: Störungen des Fettstoffwechsels, Gefäßsklerose, Hypertonie, Diabetes, Bindegewebsschwäche, orthopädische Beschwerden, Zyklusstörungen, Impotenz.

Die Prävalenz der Binge-Eating-Disorder in der Normalbevölkerung beträgt 2%, wobei ein Drittel der Betroffenen Männer sind. Der Beginn der Essstörung kann sowohl schon im Kindesalter, der Adoleszenz oder aber zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt liegen. Fast alle Esssüchtigen haben Diätvorerfahrungen bzw. gescheiterte Diäten hinter sich.

Esssüchtige lehnen meist ihren Körper ab (z.T. durch erlebte Diskriminierung von außen induziert oder verstärkt), richten Aggressionen gegen sich selbst, leiden unter Minderwertigkeitsgefühlen, Hemmungen, Kontaktschwierigkeiten, oft narzisstischen Depressionen.

Das Dicksein hat häufig eine unbewusste Schutzfunktion: z.B. die Auflehnung gegen ein erwartetes Rollenverhalten, Angst vor Sexualität, Vermeidung von Konkurrenzsituationen und Konflikten, wo es um Abgrenzung und/oder Expansivität geht. Für viele Esssüchtige fungiert das Essen als „Ersatzpartner“, bei dem sie Trost bei Einsamkeit, Langeweile, Frustrationen und innerer Leere finden. 90% der übergewichtigen Esssüchtigen sind bereits seit ihrer Kindheit übergewichtig und wurden von den Eltern mit Essen getröstet, beruhigt, stillgehalten, weggeschoben oder belohnt.

In der Anamnese Esssüchtiger finden sich häufig ängstliche Eltern, die ihren Kindern wenig Anregung zu Bewegung gaben und häufig deren Expansionsdrang verhinderten. Symptomauslösend sind oft Verluste, Trennungserlebnisse, Kränkungen und Enttäuschungen im persönlichen oder beruflichen Bereich.

Anhang II - Verschiedene therapeutische Ansätze und Behandlung

Die von Carl R. Rogers konzipierte **klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie** legt besonderes Gewicht auf die Eigenleistung der Klientin im Prozess der Einsichtsgewinnung und fordert besonders Respekt gegenüber der Individualität der Klientin und der subjektiven Welt ihrer Urteile, Bewertungen und Zielsetzungen. Im gesprächspsychotherapeutischen Vorgehen liegt der Schwerpunkt auf der Arbeit im Hier und Jetzt mit Hilfe von Konfrontation und Beziehungsklärung. Beim Konfrontieren werden Widersprüche, z.B. zwischen zwei verschiedenen Aussagen oder zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck angesprochen. In der Beziehungsklärung, in der sich die Beraterin mit ihrem Erleben dosiert mitteilt, kann die Klientin ihre Perspektiven erweitern und ihre psychosoziale Wahrnehmung differenzieren. Ein gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen hat sich insbesondere bei der Behandlung von „frühen“ Störungen, Borderlinestörungen und narzisstischen Störungen bewährt, bei denen es auf eine Verbesserung der Selbstempathie ankommt.

Tiefenpsychologische/psychoanalytische Erklärungsansätze

Aus psychoanalytischer Perspektive sind psychogene Essstörungen Störungen auf der Basis einer neurotischen Entwicklung. Die Art der oralen Bedürfnisbefriedigung in den ersten Lebensmonaten prägt die basale menschliche Erfahrung von Fürsorge und Geborgenheit. Übermäßige orale Entbehrung, Verwöhnung oder Willkür führen zu Irritationen in der Entwicklung eines Kindes und können dessen psychische Grundstruktur nachhaltig beeinträchtigen oder schädigen. Da die frühen Erfahrungen von Genährtwerden eng verknüpft sind mit den Erfahrungen des Geliebtwerdens, bildet die orale Phase die Grundlage für die Entwicklung eines basalen Selbstwert- und Identitätsgefühls. Je nach Interaktionsgeschehen zwischen dem Kind und seinen ersten Bezugspersonen und den in den nachfolgenden Entwicklungsphasen (analen und ödipalen) möglichen kompensatorischen Korrekturen von gestörter Oralität, kann sich aus psychoanalytischer Sicht eine Essstörung vor dem Hintergrund unterschiedlichster neurotischer Strukturniveaus entwickeln: Die Symptome einer Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Esssucht können sowohl Ausdruck einer Borderlinestörung, einer narzisstischen Störung als auch einer Neurose auf höherem Strukturniveau sein, wobei die Schwere der Symptomatik nicht unbedingt mit der dahinterliegenden Schwere der neurotischen Struktur korreliert. Die psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Konflikttheorie sieht nicht das Essstörungssymptom als eigentliche Erkrankung an, sondern die dahinterliegenden unbewältigten in der individuellen Persönlichkeit bestehenden Strukturdefizite oder unbewussten Konflikte.

Systemische Familientherapie

Aus dem Blickwinkel der systemischen Familientherapie werden Essstörungen nicht allein als individuell erworbene oder erlernte Verhaltensweisen und auch nicht nur individuelle Pathologie verstanden, vielmehr zielt die systemische Familientherapie auf die Untersuchung und Veränderung von ganzen Systemen – meist familiären Kontexten – in denen ein Symptom oder eine Störung auftritt. Essstörungen können in Krisen bei Paaren oder Familien eine vorübergehende Stabilisierung von auseinander brechenden kriselnden Beziehungen bewirken oder auch das Beziehungsgefüge bedrohen. Grundlegend ist in der systemischen Sichtweise, dass Realität nicht als absolut verstanden wird, sondern als Ausdruck einer sozialen Konstruktion, die die Mitglieder einer sozialen Gruppe/Gemeinschaft/Familie in Wechselwirkungen miteinander erschaffen. Für gewünschte Veränderungen oder störende Prozesse heißt dies in der Therapie, dass störanfällige oder das System bedrohende Realitätskonstruktionen durch neue Konstruktionen ersetzt werden können und diese anderen Wirklichkeiten dann auch wieder andere Wirkungen zeigen, d.h. sich dadurch Symptome verändern können. Essstörungen können im familiären Kontext, besonders wenn Übergangs- und Ablösungsprozesse entwicklungsbedingt anstehen beziehungsregulierende Funktionen erfüllen. Der Symptomträger („Indexpatient“) und die Beteiligten erschaffen gemeinsam neue Bedeutungen und Regeln, wobei das Symptom – die Essstörung – häufig als dritter Interaktionspartner zwischen

die beteiligten Personen tritt, z.B. als nicht selbst zu verantwortende Erkrankung, der man gemeinsam den Kampf ansagt, anstatt Konflikte von Nähe und Distanz, Ablösung und Trauer direkt zu kommunizieren. Ein bedrohtes Familiensystem oder eine Paarbeziehung kann so häufig über eine entstandene "Krankheit" zunächst stabilisiert werden. In der therapeutischen Arbeit wird der Blickwinkel viel mehr als in der psychoanalytischen Sichtweise auf die Zukunft gerichtet und im familiären Interaktionsprozess geklärt, welche Entwicklungen Symptomfreiheit und damit einhergehende andere Verhaltensweisen auslösen würden. Intermittierende Symptomfreiheit im individuellen Entwicklungsverlauf eines Menschen z.T. von mehreren Jahren ist aus systemischer Sicht eine Bestätigung dafür, dass die Betroffenen die Ressourcen zur Problemlösung bereits haben, sie ihnen in einem aktuellen Konflikt/Symptom nur nicht zur Verfügung stehen.

Wir gehen davon aus, dass eine multiprofessionelle Behandlung wichtig und effektiv ist, d.h. ein Behandlungsnetz für die KlientInnen zur Verfügung stehen sollte. Dies beinhaltet sowohl die Selbsthilfe als auch die professionelle Behandlung. Die Beratungseinrichtung vernetzt die BehandlerInnen.

Anhang III - Literatur

Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V.: Jahresberichte 1987-2006

Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V.: Jubiläumsheft 1995

Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V.: Jubiläumsheft 2005

Böhme-Bloem, Christel/Schulte, Michael J.: Bulimie. Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht. Thieme, Stuttgart 1991

Bruch, Hilde: Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Fischer, Frankfurt a.M. 1980

Bruch, Hilde: Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Mager-sucht. Fischer, Frankfurt a.M. 1991

Cierpka, Manfred/Reich Günter (Hg.): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart 1997

Dilling, Horst, Mombour, W., Schmidt, M.H.(Hg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, 3. Auflage Huber, Bern 1999

Downing, George: Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München 1996

Focks, Petra/Trück, Gabriele: Maskerade der Weiblichkeit. Ess-Brech-Sucht. Gratwanderung zwischen Anpassung und Verweigerung. Centaurus, Pfaffenweiler 1987

Frankfurter Zentrum für Essstörungen e.V.: Schriftenreihe 1/1991, 2/1992, 3/1996

Habermas, Tilmann: Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Fischer, Frankfurt a.M. 1990

Janssen, Paul L./Senf, W./Meermann, R.(Hg.): Klinik der Essstörungen. Magersucht und Bulimie. G.Fischer Stuttgart 1997

Kämmerer, Annette/Klingenspor, Barbara (Hg.): Bulimie. Zum Verständnis einer geschlechts-spezifischen Essstörung. Kohlhammer, Stuttgart 1989

Keppler, Cordula: Bulimie. Wenn Nahrung und Körper die Mutter ersetzen. Walter, Solothurn 1995

Klotter, Christoph: Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem. Zur Geschicht-lichkeit des Übergewichts. Asanger, Heidelberg 1990

Köpp, Werner/Jacoby, G.E.: Beschädigte Weiblichkeit. 2. Aufl. Asanger, Heidelberg 2000

Moeller, Michael Lukas: Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigen-verantwortlichen Kleingruppen. Rowohlt, Reinbek 1978

Orbach, Susie: Anti-Diät Buch. Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Eßsucht. 5. Auflage Frauenoffensive, München 1981

Orbach, Susie: Hungerstreik – Ursachen der Magersucht. Neue Wege zur Heilung. Econ, Düsseldorf 1987

Rogers, Carl R.: Die nicht-direktive Beratung. Kindler, München 1972

Sass, Hennig, Wittchen, Hans U., Zaudig, Michael: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV, übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 2. verb. Auflage Göttingen 1998

Anhang IV - Publikationen von Dick & Dünn - Mitarbeiterinnen

- Baeck, Sylvia:** Ess-Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lambertus, Freiburg 1994
- Baeck, Sylvia:** Ess-Störungen. Bulimie-Magersucht-Ess-Sucht. Literatur. 2. überarbeitete Fassung BZgA Köln 1995
- Baeck, Sylvia:** Schwergewicht aus dem Gleichgewicht ? In: Reducto magazin. Das Adipositas-Programm Nr. 1 Juli 1998, S. 16-17
- Baeck, Sylvia:** Arbeit mit Selbsthilfegruppen . Ein Praxishandbuch für GruppenmoderatorInnen. BZgA Köln 2000
- Baeck, Sylvia:** Über-Gewicht, verstehen und verstanden werden, handeln und behandelt werden. Eurobesitas Berlin 2000
- Baeck, Sylvia:** Ess-Störungen. Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Lehrer und Partner. Praktische Hinweise für den Umgang mit Betroffenen 2. Aufl.BZgA Köln 2001
- Baeck, Sylvia:** Über-Gewicht. Erfolg durch integratives Behandlungssystem. In: Der Allgemeinarzt 19/2002 S. 1480-1482
- Baeck, Sylvia:** Essstörungen ...was ist das ? BZgA Köln 2004
- Baeck, Sylvia:** Psychogene Ess-Störungen. Jugendliche im Krieg mit ihrem Körper und ihrer Seele. BzgAForum 1-2006, S.35-37
- Baeck, Sylvia:** Essstörungen. Was Eltern und Lehrer tun können. Ratgeber Bonn 2007
- Grünewald-Faxel, Beatrix:** Selbsthilfe bei Essstörungen – ein gangbarer Weg ? In: Petzold, H. & Schobert, R. (Hrsg.): Selbsthilfe und Psychosomatik. Junfermann 1991
- Hartmann, Martina:** Informationen zur ambulanten Psychotherapie bei Essstörungen, 2014
- Ihnen, Gerda:** „Wenn ich erst mal richtig schlank bin...“ Erfahrungen essgestörter Frauen in Selbsthilfegruppen“. Hrsg. Dick & Dünn, Beratung bei Essstörungen e.V., Oktoberdruck, Berlin 1990
- Novieku, Ute:** Die unsichtbaren Dicken – von der Ausgrenzung der Eß/Fettsucht in Klinik und Forschung. Vortrag auf dem DGVT-Kongreß, Berlin 1992
- Rosemeier, Ellen:** Kreative Medien in der sozialpädagogischen Praxis 1995-1997. Einsatz kreativer Medien in meinem Arbeitsalltag-exemplarisch dargestellt an dem besonderen Angebot „Angeleitete Selbsthilfegruppe“ im Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V.
- Vogel, Katharina/Henning, Angela:** Essstörungen. In: Bilden, Helga (Hg.in): Das Frauentherapie Handbuch, Frauenoffensive München 1991

Anhang V - Wissenschaftliche Arbeiten und Forschungsprojekte

Folgende Liste enthält Arbeiten, die über oder in Zusammenarbeit mit dem Beratungszentrum bei Ess-Störungen DICK & DÜNN entstanden sind.

Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

Beermann, Karin: Die Wirkung von Selbsthilfegruppen am Beispiel von Gruppen eßsüchtiger Frauen. Eine explorative Studie. Diplomarbeit Fachbereich 12 Erziehungswissenschaften. FU Berlin 1989

Beyer, Kathrin: Eßsucht ist weiblich. Über die gesellschaftliche Konstruktion weiblicher Konfliktlösungsstrategien. Dissertation Universität Hannover 1999

Esch, Verena: Anorexie und Bulimie bei Mädchen und jungen Frauen unter Berücksichtigung therapeutischer und sozialpädagogischer Hilfsmöglichkeiten. Diplomarbeit Fachhochschule Kiel, FB Soziale Arbeit und Gesundheit. Kiel 2008

Genz, Anja: Die Bedeutung einer therapeutischen Wohngemeinschaft mit Schwerpunkt Essstörungen für die Handlungsfähigkeit der Eltern. FU Berlin 2007

Hentschel, Angelique: Wege aus der Bulimie – theoretische Analyse und empirische Einzelfallstudien. Diplomarbeit Fachbereich Erziehungswissenschaften, Studiengang Sozialpädagogik. FU Berlin 1998

Hönke, Susanne: Selbsthilfegruppen bei Essstörungen. Die Bilanz eines Praktikums. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplomsozialarbeiterin/Sozialpädagogin Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik „Alice Salomon“ Berlin 2000

Juchmann, Ulrike: Aspekte des Körpererlebens bei bulimischen und bei nicht-eßgestörten Frauen. Diplomarbeit, Institut für Psychologie TU Berlin 1993

Kaya, Beatrice: Essstörungen und Familie. Die Bedeutung der familiären Beziehungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen – am Beispiel der Anorexie und Bulimie-. Diplomarbeit an der FU Berlin, Studiengang Sozialpädagogik. Berlin 2009

Klippel, Hanna + Sauerer, Birgit: Psychische Veränderungen in Selbsthilfegruppen bei bulimischen Frauen. Diplomarbeit Institut für Psychologie TU Berlin 1990

Langguth, Juliane: Gemeinsam gegen Bulimie – die Selbsthilfegruppe als Unterstützungsangebot im Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V. Diplomarbeit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen, Studiengang Soziale Arbeit. Berlin 2009

Lehner, Andrea: Essstörungen bei Frauen und ihr Zusammenhang mit der weiblichen Lebenssituation. Ein Suchtproblem ? Diplomarbeit im Fach Pädagogik. Universität Regensburg Philosophische Fakultät II 1989

Lohe, Petra: Zwischen Selbstheilung und Selbstbeschränkung – Zur Bedeutung von Esssucht bei Frauen vor dem Hintergrund ihrer sexuellen Gewalterfahrung als Mädchen. Diplomarbeit, Fachbereich Erziehungs- und Unterrichtswissenschaften. TU Berlin 1994

Quade, Sabine: Subjektive Sichtweisen und Erfahrungen zur Adipositas von Teilnehmern einer langangeleiteten Selbsthilfegruppe von Eßgestörten. Diplomarbeit Psychologisches Institut FU Berlin 1994

Reich, Günter/Gabriele Witte-Lakemann/Uta Killius: Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen. Eine Praxisstudie. Abschlussbericht V & R unipress Göttingen 2005

Rosemeier, Ellen: „Durch Dick & Dünn“ Schriftliche Hausarbeit im Weiterbildungsstudium Psychosoziale Arbeit an der Fachhochschule Alice-Salomon SS 1995

Storch, Sonja: Essstörungen als Überlebensstrategie nach sexueller Gewalterfahrung in Kindheit und Adoleszenz. Diplomarbeit, Institut für Psychologie. FU Berlin 1997

Veit, Amparo: Bulimische Frauen: Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten. Magisterarbeit Fachbereich Erziehungswissenschaften TU Berlin

Weber, Christian: Essstörung, männliche Essstörung und Selbsthilfe. Latente und manifeste Dimensionen dargestellt in der Interaktion einer Selbsthilfegruppe sowie anhand eines Interviews mit einer Mitarbeiterin der Selbsthilfeberatungsstelle „Dick und Dünn“ in Berlin und eines narrativen Interviews mit einem männlichen Essgestörten. Diss. FU Berlin 1997

Anhang VI Geschichte des Beratungszentrums bei Ess-Störungen - DICK & DÜNN e.V. –

- 1984 Agnes Runde und Sylvia Baeck entwickeln die Idee, Frauen mit Essstörungen zu unterstützen.
- 10. Dezember 1984 erste Ankündigung in der Berliner Abendschau für einen Infoabend in den Räumen von SEKIS (Selbsthilfekontaktstelle) in der Albrecht-Achilles-Straße in Berlin Wilmersdorf.
- 1985 Wir treffen uns im Januar zusammen mit Frau Rosemeier, Frau Ihnen und beginnen mit Gesprächen mit betroffenen Frauen und Männern. Wir nehmen Kontakt auf mit Kliniken, Behörden und Krankenkassen.
- 1986 Wir arbeiten ehrenamtlich, Frau Vogel und Frau Eilers-Helmich kommen dazu. Wir sind jetzt sechs Frauen. Eine Unterrichtseinheit wird konzipiert, Angehörige werden beraten, Kontakte mit schulpyschologischen Diensten werden geknüpft. Die Klinik am Corso, Bad Oyenhausen gehört zu unseren ersten Klinikkontakten bundesweit.
- 1987 Eintragung in das Vereinsregister und Anerkennung der Gemeinnützigkeit, eigene Räume in der Innsbrucker Straße 42 und zwei halbe Stellen. Wir starten mit der ersten Angehörigengruppe.
- 1988 Wir profilieren uns als Beratungseinrichtung, halten Vorträge auch außerhalb Berlins.
- 1989 Wir haben erste Kontakte mit dem Grips Theater und die Idee zu einem Theaterstück, die wir dann auch realisieren „Kloß im Hals“ wird in das Programm des Grips Theaters aufgenommen. Noch vor dem Mauerfall gibt es einen schriftlichen Kontakt zu Frau Prof. Dr. Ehle/Charite Schumannstrasse. Wir laden die KollegInnen ein, kurz nach Maueröffnung besuchen sie uns, wir planen eine Tagung.
- 1990 Erste Schülerinnengruppe und erste Männergruppe. Präventionsarbeit an Schulen wird verstärkt. Die Arbeitstagung zusammen mit der Charite wird in der Schumannstrasse durchgeführt und stößt auf großes Interesse. Unsere Kollegin Frau Ihnen erstellt und veröffentlicht eine Broschüre „Erfahrungen essgestörter Frauen in Selbsthilfegruppen - wenn ich erst richtig schlank bin....“.
- 1991 Extra Beratungsangebote für Angehörige und Männer werden eingeführt. Wir drehen mit dem NDR den Film „Nora“, das Portrait einer betroffenen Frau und unserer Gruppenarbeit. Aktive Mitarbeit beim BZgA Projekt „Gut Drauf“. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung führen wir Vorträge in Dresden, Schwerin und Erfurt durch und erstellen Broschüren. Wir werden Mitglied im -Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband.
- 1992 Offizielle Anerkennung als Beratungszentrum bei Ess-Störungen DICK & DÜNN e.V. durch die Berliner Senatsverwaltung. Einrichtung eines zusätzlichen Büros in Pankow, Umzug in die Innsbrucker Straße 25, erste gemischtgeschlechtliche Gruppen. Gründung des Bundesfachverbandes Ess-Störungen, wir sind dabei. Vortrag in Innsbruck, die erste Tagung dort zum Thema Ess-Störungen. Broschüren für die BZgA erstellt.
- 1993 Dick & Dünn Hannover und Nürnberg starten mit unserer Hilfe. Mitgründung EUROBESITAS, eine europäische Organisation, die sich mit Übergewicht und Ess-Störungen beschäftigt. Die ersten ModeratorInnen werden von uns ausgebildet.

- 1994 Wir beginnen mit regelmäßiger Supervision. Die Tagung „Ess-Störungen, ein deutsch-deutsches Thema“ mit 120 Teilnehmerinnen wird von uns veranstaltet. Frau Gumpert übernimmt unser Sekretariat.
- 1995 Arbeitstreffen im Theodor-Wenzel-Werk zum Thema Vernetzung. Wir feiern unser 10. Jubiläum. Es entstehen Kontakte nach Südtirol und Österreich. Wir erarbeiten ein Konzept für ein Therapiezentrum, das leider nicht verwirklicht werden konnte.
- 1996 Wir erstellen ein Verzeichnis „Hilfsangebote für Menschen mit Ess-Störungen in Berlin und Umgebung“. Es entstehen erste Kontakte zur Fontane-Klinik.
- 1997 Wir starten mit einer Gruppe für übergewichtige Kinder und deren Eltern. Aus personellen Gründen müssen wir Pankow schließen. Einführung monatliche Sprechstunde für männliche Jugendliche. Im Rahmen der Mitarbeit bei EUROBESITAS führen wir eine Parallelveranstaltung in neun europäischen Ländern mit Satellitenübertragung durch „Tag des Übergewichts“. Wir sind bei der Gründung der Arbeitsgruppe Adipositas im Kindes- und Jugendalter im Rahmen der Deutschen Adipositas Gesellschaft dabei.
- 1998 Finanzierung für unsere Sekretärin wird gestrichen. Wir beschließen darauf hin, für einige unserer Leistungen einen Beitrag zu verlangen und damit das Gehalt für unsere Sekretärin zu erwirtschaften.
- 1999 Claudia Stein-Caßens unterstützt uns mit einem Ernährungsberatungsangebot. Frau Martina Hartmann ergänzt unser Team über eine SAM-Stelle.
- 2000 Das Computerzeitalter hat uns erreicht, wir richten eine eigene Homepage und Emailadresse ein. Wir treten in die Qualitätsgemeinschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes-Landesverbandes Berlin e.V. ein und verstärken unsere Vernetzungsarbeit. Elternratgeber und ModeratorInnenhandbuch (Text: S. Baeck) werden veröffentlicht.
- 2001 Gemeinsam führen wir eine Fachtagung mit der Fontane-Klinik „Notwendigkeiten und Probleme der interdisziplinären Kooperation in Diagnostik und Therapie“ durch. Teamberatungen für KollegInnen in Innsbruck und Südtirol.
- 2002 Wir renovieren unsere Räume in der Innsbrucker Straße 25. Aktion Qualitätssicherung bis Ende 2003 mit der Universität Göttingen. Frau Hartmanns Stelle läuft aus, sie bleibt uns vorerst ehrenamtlich erhalten.
- 2003 Wir freuen uns über ein neues Gruppenangebot: Arbeit mit kunsttherapeutischen Elementen, das zusammen mit einer Kollegin mit einer kunsttherapeutischen Ausbildung betreut wird. Eine zweite Fachtagung zusammen mit der Fontane-Klinik findet statt.
- 2004 20. Jahresfeier im Rathaus Schöneberg. 100 Gäste feierten mit uns. Aktion „Primärprävention“ mit GynäkologInnen und Hebammen. Wir erstellen dafür eine Checkliste „Wann bin ich essgestört?“. Wir verstärken den Kontakt zu Zahnärzten. Wir nehmen die Arbeit in der Jugendhilfe auf.
- 2005 Wir ziehen um in die Innsbrucker Straße 37. Erste Gespräche mit dem Träger NHW zur Konzeptionierung einer Wohngemeinschaft.
- 2006 Im Februar eröffnen wir die Wohngemeinschaft Bitter & Süß, ein gemeinsames Projekt mit dem NHW. Teilnahme einer Kollegin als Expertin bei einer Delegationsreise nach China „Jugendadipositas“ auf eigene Kosten. Verleihung der Verdienstmedaille der Bundesrepublik Deutschland an unsere Projektleiterin.
- 2007 Wir erhalten das Paritätische Qualitäts-Testat und sind damit qualitätsgesichert. Einführung der Schülerinformation. Wir führen wieder eine Klientenbefragung durch. Frau Rosemeier scheidet aus. Frau Hartmann kommt wieder in das Team.
- 2008 Ein Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit wird uns für drei Jahre übergeben „Wenn Essen zum Problem wird...“. Eine unserer Klientinnen verstirbt an der Magersucht. Verstärkter Kontakt zu Sozialpsychiatrischen Diensten, Sportstudios und Ärzten. Schreiben an die Kassenärztliche Vereinigung und an die Ärztekammer.
- 2009 Wir feiern unser 25-jähriges Bestehen. Wir haben unser neues Logo, Visitenkarten, Briefpapier gibt es in Anlehnung an das Cover unserer 25-Jahresbroschüre, auch unser Internetauftritt wird entsprechend aufgefrischt. In Zusammenarbeit mit NAKOS entsteht ein Selbsthilfegewegweiser für die Gruppenarbeit, ebenso verfassen wir eine Broschüre zur Psychotherapie bei Essstörungen. Die Projektarbeit für das Bundesministerium für Gesundheit (Start 2008) wird fortgesetzt. Anhörung im Bundestag zur Versorgungslage für Menschen mit Essstörungen bundesweit.
- 2010- Zusammenarbeit mit der WG Bitter & Süß läuft sehr zufriedenstellend, es wird das dritte Treffen der WG-Einrichtungen bundesweit organisiert. Wir machen uns stark für die Einrichtung einer WG für Menschen über 27 Jahre, leider erfolglos. Die ersten Online-

Gruppen, die von uns betreut werden, entstehen. Weiterführung der Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

- 2011 Abschlusstagung des Projektes „Wenn Essen zum Problem wird...“ (BMG-Projekt). Neues Einjahresprojekt (bis 28.2.2013) für Fortbildungen von Fachkolleginnen bundesweit beginnt. Die Zusammenarbeit mit der AOK intensiviert sich. Sie besteht in der Unterstützung von zwölf Schulprojekten und der finanziellen Unterstützung unserer monatlichen SchülerInnen-Informationsveranstaltung, Fortbildung für Kita-Mitarbeiterinnen und einer Umfrage bezüglich der Betroffenheit in der homosexuellen Szene in Berlin.
- Bitter & Süß 2 konnte eröffnet werden. In Ergänzung zu Bitter & Süß 1 kann in der neuen WG nun eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung angeboten werden.
- Frau Beatrice Kaya kommt in unser Team. Frau Katharina Vogel nimmt sich erst mal bis 31.12.2013 eine Auszeit.
- Wir bekommen eine Rezertifizierung unseres Qualitätssiegels, dies ist nun bis 10.1.2015 gültig ist.
- 2012 Wir haben einen neuen Vorstand: Friedrich Dreier und Erdmute Leue sind nun dabei. Dr. Almut Gemkow und Heidrun Eilers-Helmich bleiben uns als Mitglieder erhalten. Renate Banze ergänzt unser Team 1 x pro Woche für einige Stunden. Die Zusammenarbeit mit der AOK wird fortgesetzt.
- Wir mussten unsere Preise für Beratung und Gruppenarbeit leicht anheben. Ohne eine großzügige Spende sowohl von einer Mutter, einer Klientin und RTL hätten wir dieses Jahr finanziell nicht gut überstanden. Wir müssen ca. € 3.000,00 pro Monat selbst erwirtschaften, um alle Kosten zu decken.
- 2013 Das Jahr des Generationswechsels. Im Mai beendet Gerda Ihnen ihre Mitarbeit und bleibt mit einem Minijob zur Unterstützung. Im November übergibt Sylvia Baeck die Geschäftsführung an Martina Hartmann. Frau Baeck bleibt ebenfalls mit einem Minijob dabei.
- Renate Banze und Angelique Hentschel sind nun mehr feste Mitarbeiterinnen. Frau Vogel bleibt weiterhin in ihrer Freistellung bis 31.12.2014.
- Wir bieten Online-Coaching für Eltern und weiterhin Online-Gruppen für Betroffene an Anfang des Jahres läuft das zweite Projekt mit dem Bundesministerium für Gesundheit aus. Insgesamt haben wir in beiden Projekten ca. 300 FachkollegInnen fortgebildet.
- 2014 Wir organisieren die Fachtagung – Neue Herausforderungen für das Hilfesystem Essstörungen, 31.01.2014 Vertreter aus ambulanter und stationärer Therapie, Medizin, Krankenkassen, Beratung, Selbst- und Jugendhilfe berichten + Dick & Dünn e.V. wird 30. Wir aktualisieren unsere Klinikinformationen für unsere Infobörse, indem wir die Berliner Kliniken besuchen und Informationen zusammentragen. Wir richten zur kollegialen Beratung im Essstörungsbereich ein Interventionsforum ein. Die Sekretärin Frau Gumpert geht in Rente, Dagmar Janczyk übernimmt das Sekretariat.