



Niedersächsische  
Landesstelle

für  
Suchtfragen

## **Ess-Störungen am Arbeitsplatz**

Eine Praxishilfe für  
Personalverantwortliche und  
Kolleginnen und Kollegen

**Entwurf, Text:** Dr. Kathrin Beyer  
Ingeborg Holterhoff-Schulte  
Ute Pegel-Rimpl  
Anne Schwarz

**Redaktion,  
Layout:** Ingeborg Holterhoff-Schulte

Herausgegeben von der



Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen  
Podbielskistraße 162, 30177 Hannover  
Tel.: 05 11/62 62 66 0 Fax: 05 11/62 62 66 22  
[info@nls-online.de](mailto:info@nls-online.de)  
[www.nls-online.de](http://www.nls-online.de)  
Februar 2004

**Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen wird gefördert aus Mitteln des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit.**

## **Inhaltsverzeichnis**

Vorwort.....	5
Was sind Ess-Störungen? Definitionen und Beschreibungen der Krankheitsbilder .....	7
Woran erkenne ich Beschäftigte, die Ess-Störungen haben? .....	12
Warum sollen Kolleginnen und Personalverantwortliche überhaupt eingreifen?.....	16
Kann eine Problemanalyse den Handlungsbedarf konkretisieren? .....	18
Wie kann das kollegiale Gespräch vorbereitet werden? .....	24
Wann soll ein lösungsorientiertes Gespräch geführt werden? .....	26
Wie bereiten Führungskräfte ein lösungsorientiertes Gespräch vor? .....	27
Was sollten Führungskräfte berücksichtigen, wenn Veränderungsprozesse eingeleitet werden?.....	31
Welche Hintergründe und Auslöser liegen Ess-Störungen zugrunde?.....	33
Wo können Betroffene und Angehörige Hilfen finden? .....	35
Weiterführende Literatur .....	39

## **Die Autorinnen**

### **Kathrin Beyer**

Dr. phil; Studium der Diplom-Sozialwissenschaften, Promotion zum Thema Ess-Sucht; Zusatzausbildungen in systemischer Einzel-, Paar- und Familienberatung/Therapie und in psychosozialer Beratung; Gruppenmoderatorin und Ausbilderin für angeleitete Selbsthilfegruppen für Menschen mit Ess-Störungen, Referentin bei Krankenkassen, Autorin, seit 12 Jahren in der Beratung, Forschung und Lehre zum Thema Ess-Störungen tätig.

Gleichstellungs- und Suchtbeauftragte an der Hochschule für Musik und Theater in Hannover.

### **Ingeborg Holterhoff-Schulte**

Diplom-Sozialpädagogin und Erziehungswissenschaftlerin, seit 12 Jahren Referentin für Suchtprävention bei der Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen.

### **Ute Pegel-Rimpl**

Erziehungswissenschaftlerin, selbständige Trainerin für Personalverantwortliche im Bereich „Betriebliche Suchtprävention“, Lehrbeauftragte bei der Universität Hannover, Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaften, Veröffentlichungen zum Thema „Suchtmittel am Arbeitsplatz“.

### **Anne Esther Schwarz**

Diplom-Sozialpädagogin, Suchtbeauftragte an der Universität Hannover und im Ministerium für Wissenschaft und Kultur. Seit 15 Jahren in der betrieblichen Suchtprävention in Berlin und Hannover tätig.

## **Vorwort**

Während die Magersucht (Anorexia nervosa) bereits 1873 von dem französischen Neurologen Ernest Charles Lasège in Paris und zeitgleich von dem Londoner Internisten William Gull in der medizinischen Literatur beschrieben wird, ist die Ess-Brech-Sucht (Bulimie) erst 1979 als eigenständige Krankheit erkannt worden. Seit den neunziger Jahren gewinnt die Ess-Sucht (Binge Eating Disorder) an Bedeutung.

Inzwischen gibt es zahlreiche Fachliteratur und Broschüren zur Erstinformation. Bei der Recherche der vorhandenen Materialien stellte sich allerdings heraus, dass es keine Publikation gibt, die sich mit dem Thema „Ess-Störungen am Arbeitsplatz“ beschäftigt. Da Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit am Arbeitsplatz verbringen, ist dieser ein geeigneter Ort für Prävention und Intervention bei Ess-Störungen. Hier können die Beschäftigten im Rahmen des Gesundheitsmanagements vorbeugend aufgeklärt werden. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, sich mit den in der vorliegenden Broschüre dargestellten Hintergründen und Auslösern von Ess-Störungen auseinander zu setzen.

Unter dem Gesichtspunkt der Fürsorgepflicht werden die Hilfen beschrieben, die den bereits Betroffenen angeboten werden sollten. Es geht dabei vorrangig um die Unterstützung der ess-gestörten Personen, aber auch um arbeitsvertragliche Pflichten der Betroffenen und die Sicherung des „Teamfriedens“.

Um den Leserinnen und Lesern praktische Hinweise zu geben, werden zunächst einzelne Ess-Störungen beschrieben und Auffälligkeiten benannt. Wenn Verantwortliche oder Kolleginnen und Kollegen Grund zum Handeln sehen, sind konkrete Vorschläge für die Gesprächsführung mit den Betroffenen eine Hilfe. Die möglichen Anlaufstellen, um sich außerhalb des Betriebes professionelle Hilfe zu holen, runden den Inhalt dieser Broschüre ab.

Von Ess-Störungen sind überwiegend Frauen betroffen. Für das männliche Geschlecht lässt sich eine zunehmende Tendenz zur Entwicklung von diesbezüglichen Krankheitsbildern feststellen. Damit der Text leicht lesbar bleibt, wird entweder die neutrale Geschlechtsform benutzt und, wo dieses nicht möglich ist, die weibliche.

Wir freuen uns, wenn Sie uns ihre Erfahrungen mit dieser Praxishilfe schildern. Da wir mit dieser Broschüre Neuland betreten, sind wir für eine Rückmeldung dankbar.

Die Autorinnen

## **Was sind Ess-Störungen?**

### Definitionen und Beschreibungen der Krankheitsbilder

*Es fängt oft harmlos an! Eine junge Frau fühlt sich zu dick, beginnt mit einer Diät und erntet viel Beifall für die erfolgreiche Gewichtsabnahme. Sie genießt ihren schlanken Körper, könnte wieder normal essen und ihre Diät beenden, hungert aber weiter. Aus der schlanken jungen Frau wird mit der Zeit ein dürrer, zunehmend in sich gekehrter Mensch, der ganz allmählich seine Mitmenschen zur Verzweiflung treibt. Jede Form eines entspannten, gemeinsamen Essens wird unmöglich, es herrscht zunehmend eine aggressive Stimmung bei Tisch. Die junge Frau beschäftigt sich nur noch mit Kalorientabellen und Kochrezepten, wirkt schnell erschöpft und verweigert jegliche Form der Nahrungsaufnahme. Wie ein Gespenst wandelt sie durchs Haus, kaschiert ihren Körper durch übereinander geschichtete Kleidung, wird immer spröder und einsamer. Angehörige ahnen längst, dass aus der normalen jungen Frau ein kranker Mensch geworden ist, den sie selbst nicht mehr erreichen. Auch die ständigen Aufforderungen, doch endlich wieder zuzunehmen und ordentlich zu essen, weist die Frau zurück. Einladungen nimmt sie kaum noch wahr, überrascht aber ihre Lieben, Freunde und Kollegen hin und wieder mit einem üppigen Essen, von dem sie allerdings nichts zu sich nimmt. Ihre Tagesration besteht in der Regel aus zwei Äpfeln, ein paar Knäckebrot, etwas Salat und Magermilchjoghurt. Wasser und Cola Light trinkt sie literweise. Irgendwann schlagen die Angehörigen Alarm, fordern sie eindringlich auf, zum Arzt zu gehen. Doch es passiert lange Zeit nichts.*

*Freunde und Arbeitskollegen wissen auch nicht weiter. Dabei war doch bislang alles in Ordnung. Die Arbeit lief perfekt, die Stimmung war gut und auch gemeinsame Mahlzeiten im Rahmen von Pausen stellten kein Problem dar. Doch nun ist alles anders. Die Frau ist krank, das ist eindeutig. Doch sie selbst scheint das nicht wahrzunehmen. Und ansprechen möchte sie*

## Was sind Ess-Störungen?

*niemand darauf. Die Vermutung liegt nahe, dass sie die anderen zurückweist und sich noch mehr zurückzieht. Und schließlich gibt es keinen Grund, sie auf ihre Ess-Störung anzusprechen, die Arbeit läuft doch hervorragend. Aber wie lange noch?*

Die Fachwelt unterscheidet heute vier Formen essgestörten Verhaltens:

- Magersucht – Anorexie/ Anorexie Nervosa
- Ess-Brechsucht – Bulimie
- Esssucht – Binge Eating Disorder
- latente Esssucht

Charakteristisch für alle vier Formen ist, dass sich die Betroffenen dem Essen hilflos ausgeliefert fühlen und ihre Gedanken ständig um das Essen kreisen. Dadurch ist spontanes, lustvolles Essen kaum mehr möglich. Aufkommende Hungergefühle werden ignoriert oder aber grenzenlos ausgelebt. Oftmals werden Bemühungen unternommen, das Essen wieder loszuwerden: durch rigides Hungern, durch die Einnahme von Abführmitteln, durch exzessives Sporttreiben oder, wie bei der Ess-Brech-Sucht, durch selbstinduziertes Erbrechen. Angehörige und Personen aus dem nahen Umfeld essgestörter Menschen erfahren oft erst spät von der „heimlichen“ Not. Sie wundern sich über das merkwürdige Essverhalten, können aber eine Essstörung dadurch allein nicht zuordnen. Auffällig wird das Problem meistens erst dann, wenn sich die Betroffenen immer mehr zurückziehen und ein unkompliziertes Verhalten untereinander kaum noch möglich ist.

Eine Essstörung ist keine harmlose Angelegenheit, die man mit „dem richtigen Umgang beim Essen“ in den Griff bekommt. Ess-Störungen sind keine Ernährungsstörungen, sondern psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter. Mit „Suchtcharakter“ ist das Gefühl essgestörter Menschen bezeichnet, nicht mehr die Kontrolle über ihr Essverhalten ausüben zu können. Der gestörte Umgang mit dem Essen wird zum Ersatz für nicht gelöste Lebenskonflikte.



## **Magersucht**

### **Anorexie/Anorexia Nervosa**

Die Magersucht tritt sehr häufig bei Mädchen in der Vorpubertät oder Pubertät auf. Sie ist charakterisiert durch eine rigide Gewichtskontrolle, die in der Regel durch eine starke Abmagerung der Betroffenen für Außenstehende sichtbar wird. Magersüchtige verweigern zunehmend das Essen und nutzen auch andere Mittel, wie z.B. Abführmittel, exzessives Sport Treiben etc., um das Körpergewicht drastisch zu reduzieren. Die Körperwahrnehmung ist gestört, die Betroffenen scheinen in ihre eigene Welt versunken, alles dreht sich nur noch um das Essen und den Körper. Paradoxe Weise bekochen Magersüchtige ihre Freunde und Familie oft mit fetthaltigen Speisen, während sie selbst kaum etwas zu sich nehmen.

Bei Magersüchtigen wird von Menschen aus dem nahen Umfeld durchaus der rapide Gewichtsverlust registriert. Zu ernsthaften Reaktionen kommt es erst zu einem relativ späten Zeitpunkt, wenn der ausgemergelte Körper nicht mehr durch weite übereinander geschichtete Kleidung verdeckt werden kann und die Krankheit nicht mehr zu übersehen ist.

Die fehlende Krankheitseinsicht ist ein weiteres Kennzeichen dieser Erkrankung.

Magersüchtige sind als Kinder häufig als brav und folgsam gewesen und zeichneten sich durch überdurchschnittliche Leistungen in der Schule und oft auch in der Freizeit, z.B. im Sport, aus. Ihr Prinzip scheint zu sein: Gut sein reicht bei weitem nicht, Perfektion ist alles!

## **Ess-Brechsucht**

### **Bulimie**

Die Bulimie (griechisch: Ochsen- oder Stierhunger) wird seit 1979 als Krankheit anerkannt. An Bulimie erkrankten überwiegend Frauen etwa im Alter zwischen 18 und 30 Jahren. Zunehmend entwickeln auch junge Männer Bulimie.

## Was sind Ess-Störungen?

Menschen mit Bulimie schlingen innerhalb einer kurzen Zeitspanne große Mengen von Lebensmitteln in sich hinein. Um nicht an Gewicht zuzunehmen, erbrechen sie dann das Essen oder nutzen andere Mittel zur Gewichtsregulation. Die Sorge um die Figur und die Gedanken um das Essen haben einen hohen Stellenwert im Lebensalltag der Betroffenen.

Für Außenstehende ist das essgestörte Verhalten kaum sichtbar, da die Essanfälle nur selten in der Öffentlichkeit ausgelebt werden. Fachleute sprechen von einem ritualisierten Essverhalten in Heimlichkeit.

Frauen, die unter Bulimie leiden, zeigen sich ihrer Umwelt gegenüber oft perfekt und leistungsorientiert. Sie stellen eigene Bedürfnisse zurück und entwickeln ein feines Gespür für die an sie gerichteten Erwartungen. Das geringe Selbstwertgefühl hinter der perfekten Fassade ist nur schwer zu durchschauen.

Das Körpergewicht der Betroffenen ist eher normal bis leicht untergewichtig und entspricht dem gängigen Schönheitsideal unserer Zeit.

### **Ess-Sucht**

#### **Binge Eating Disorder**

Binge Eating Disorder bedeutet sinngemäß ein „ausschweifendes Essverhalten mit gesundheitlichen Auswirkungen“.

Menschen mit Ess-Sucht bezeichnen sich selbst oft als grenzenlos süchtige Esser. Haben sie einmal mit dem Essen begonnen, gibt es keinen Halt mehr. Innerhalb einer kurzen Zeitspanne wird eine große Menge an Nahrung verschlungen, oftmals hastig, gierig und selten mit Genuss. Dabei werden Ess-Süchtige von dem Gefühl beherrscht, nicht mehr mit dem Essen aufhören zu können und die Kontrolle zu verlieren. Dieses Gefühl macht ihnen Angst, löst Stress, Scham und Verzweiflung aus. Langfristig führt es dazu, dass das Essen nur noch in aller Heimlichkeit stattfindet. Im Vergleich zu Menschen mit Bulimie erbrechen Ess-Süchtige das Essen nicht. Sie sind oft stark übergewichtig (adipös).

Dennoch sind nicht alle Übergewichtigen esssüchtig. So gibt es viele Menschen, die sichtbar zu viele Pfunde mit sich herumtragen und dennoch mit Genuss essen können. Essen stellt hier keine Ersatzfunktion dar und findet nicht heimlich statt.

### **Latente Esssucht**

Das Leben von latent Ess-Süchtigen wird bestimmt von Diäten, vom Zählen der Kalorien oder Fettpunkte. Hungersignale werden einerseits unterdrückt, andererseits kommt es zu Essattacken, die dann wieder durch die nächste Diätphase abgelöst werden.

Latent Esssüchtigen ist die Lust am Essen fremd geworden, ihr Leben ist bestimmt durch ein „Entweder - Oder“, dem Wechsel zwischen „Zuviel-Essen“ und „Diät-Halten“. Ihre Störung wird selten als solche gesehen, da das Diät-Halten gerade für Frauen selbstverständlich ist und für die Gestaltung eines wohlgeformten Körpers vorausgesetzt wird.

Latent Ess-Süchtige sind besonders gefährdet, an Bulimie, Magersucht oder Ess-Sucht zu erkranken. Versagt die sogenannte Selbstkontrolle des Diät-Haltens eines Tages, greifen die Betroffenen oft zu drastischeren Maßnahmen der Gewichtserhaltung oder werden esssüchtig.

### **Woran erkenne ich Beschäftigte, die Ess-Störungen haben?**

Auffälligkeiten im Arbeits-, Sozialverhalten und im äußeren Erscheinungsbild

Im Gegensatz zu anderen substanzbezogenen Störungen (Alkohol, Medikamente) gibt es bei Ess-Störungen zunächst keine gravierend negativen Folgen im Arbeitsverhalten, ganz im Gegenteil: sowohl Personen mit Bulimie als auch Magersüchtige sind - mit Ausnahmen - teamfähig, kooperativ und kommunikativ. Zu einer Isolation kommt es erst im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit.

#### **Mögliche Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten**

- Leistungseinbrüche sind eher selten. Die Betroffenen sind besonders aktiv. In vielen Fällen zeichnen sie sich durch intensiven Arbeitseinsatz aus. Der Hang zum Perfektionismus kann ihnen allerdings zur eigenen Falle werden: sie wollen mehr leisten und Aufgaben vollkommen erfüllen, dabei überschreiten sie schon mal ihre Kompetenzen. Eine Vorgesetzte formuliert: „Ich dachte oft, ich muss meine Mitarbeiterin bremsen!“
- Es kann es zu Konzentrationsstörungen und einer auffälligen Vergesslichkeit kommen.

#### **Mögliche Auffälligkeiten im Sozialverhalten**

- Die Betroffenen sind zu einem großen Teil sehr ängstlich und sehr sensibel. Kritik wird von Ihnen selten als Sachkritik aufgenommen, sondern stärker als persönliche Kritik empfunden. Die Diskrepanz zwischen Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung ist offensichtlich.
- Überlegenheits- und Minderwertigkeitsgefühle wechseln sich ab. Es kommt zu Stimmungsschwankungen, die mit Gewichtsschwankungen korrespondieren können. Der un-

vorhersehbare Wechsel zwischen aggressivem und Mitleid erweckendem Verhalten macht den Umgang mit Ihnen immer schwieriger.

- Bei Ess-Gestörten kann ein distanzloses, grenzüberschreitendes Verhalten auftreten. Sie mischen sich z. B. in die privaten Angelegenheiten Anderer ein, überschütten andere mit ihren eigenen Problemen oder erzwingen Aufmerksamkeit mit übertriebenen Geschenken.
- Ess-Gestörte zeigen am Arbeitsplatz ein starkes Bedürfnis nach Harmonie. Sie sind eher überangepasst und total korrekt.
- Im privaten Kontakt erlebt man eher einen Menschen, der alles für andere tun möchte, freiwillig viel Verantwortung übernimmt und dabei für sich selber nicht gut sorgt.
- Bekannt ist vor allem bei Magersüchtigen, dass sie andere gerne bekochen, selber aber nichts mitessen.
- Das deutlichste Merkmal im Sozialverhalten zeigt sich bei betrieblichen Feiern oder Festen. Sie versuchen, sich vor dem gemeinsamen Essen und Trinken „zu drücken“. Wenn sie auch sonst kommunikativ sind, so haben sie z. B. bei dem gemeinsam anberaumten Frühstück einen „triftigen“ Grund, plötzlich verhindert zu sein. Wenn sie doch beim Essen zugegen sind, dann halten sie sich sehr zurück: „Danke, ich habe heute schon ganz viel gegessen.“ Sofern überhaupt etwas gegessen wird, werden fetthaltige Speisen „wegen der Unverträglichkeit“ gemieden. „Allergien“ sind auch beliebte Ausreden, um Essen stehen zu lassen. Eine Kollegin beschreibt: „Selber pickt sie nur herum, aber mir zählt sie die Kekse in den Mund!“

## Erkennungsmerkmale

- Bei Personen mit Ess-Sucht ist oft eine Verlagerung des Essens in die Heimlichkeit zu beobachten. In gemeinsamer Runde wird eher normal konsumiert, weitergegessen wird dann alleine. Anlass für den Kontrollverlust beim Essen können sowohl Ärger und Konflikte wie auch Gefühle von Freude und Hochstimmung sein.
- Die Betroffenen erleben zunehmend ihre Ess-Störung als das beherrschende Thema ihres Lebens, andere Interessen werden immer mehr vernachlässigt. Auch Freundschaften und gemeinsame Aktivitäten geraten in den Hintergrund. Es kommt zur Isolation.

### **Mögliche Auffälligkeiten im äußeren Erscheinungsbild**

- Die Magersucht ist gekennzeichnet durch ein augenfälliges Untergewicht. Die Betroffenen kaschieren dieses mit dem so genannten „Zwiebellook“. Das heißt, sie tragen viele Kleidungsstücke übereinander und bevorzugen weite, unscheinbare Garderobe. Magersüchtige sind häufig sportlich sehr aktiv.
- Die Einnahme von Abführpräparaten oder Appetitzüglern kann vor den Augen der Kolleginnen und Kollegen vorkommen. Müdigkeit und Schwindel sind als Folgen erkennbar.
- Das Körpergewicht bei Bulimikerinnen lässt keine Rückschlüsse zu. Sie bemühen sich, dem gängigen Schönheitsideal zu entsprechen und sind meistens weder zu dünn noch zu dick! Sie legen besonderen Wert auf ein „gestyltes“ Äußeres.
- Ess-Sucht/Binge Eating ist in der Regel durch ein hohes Übergewicht gekennzeichnet. Die Personen neigen oft zur Bewegungsarmut. Ihr Körpergewicht und Essverhalten wird von ihnen selber häufig mit Begründungen kommentiert.

**Veränderungen wahrnehmen, aber nicht  
Krankheiten diagnostizieren!**

Gewarnt werden muss vor dem Versuch, am Arbeitsplatz Ess-Störungen zu diagnostizieren. Dabei könnte auch ein folgenschwerer Fehler auftreten: Nicht alle Übergewichtigen sind essgestört und nicht alle Hageren sind Mager-süchtig!

Personalverantwortliche oder Kolleginnen würden bei anderen Erkrankungen ihrer Beschäftigten ebenfalls keine Diagnosen stellen und spezifische Behandlungsmöglichkeiten vorschlagen.

Sinnvoll ist es, die beobachteten Veränderungen den Betroffenen mitzuteilen und ihnen Unterstützung anzubieten.

## Warum eingreifen?

### **Warum sollen Kolleginnen und Personalverantwortliche überhaupt eingreifen?**

Ess-Störungen am Arbeitsplatz wahrzunehmen und anzusprechen, ist ein Gebot der Fürsorge und bedeutet eine Hilfe für die Beschäftigten. Die Wahrnehmung von Veränderungen bei einer Mitarbeiterin oder Kollegin sollte immer frühzeitig Anlass für ein Gespräch sein. Die Betroffenen müssen wissen, wie sie von anderen gesehen und erlebt werden. Die Betroffene schätzt eventuell die Auswirkungen der Ess-Störung auf die Arbeit und den Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen nicht mehr realistisch ein. Oft ermöglichen erst die Rückmeldungen der Umgebung die Annahme von Hilfe.

Jene Beschäftigte, die an dieser Stelle immer wieder Zweifel anmelden, ob ein Ansprechen der auffälligen Mitarbeiterin gerechtfertigt sei, sollen ermutigt werden, Verantwortung zu übernehmen. Häufig wird befürchtet, es könne sich um ein zu tiefes Eindringen in die Privatsphäre oder um Unterstellungen und Denunziation handeln. Es ist verständlich und sinnvoll, die Entscheidung für oder wider eine Intervention sorgfältig abzuwägen. Sofern die Ess-Störung sich aber bereits auf die Arbeitsleistung und das soziale Miteinander in der Gruppe auswirkt, ist eine Ansprache unumgänglich!

Ein ganz wichtiger Aspekt ist die Fürsorgepflicht für die Betroffenen. Ess-Störungen sind kein harmloses Thema, sie verursachen neben sozialen auch massive körperliche Schäden. Sie können zu lebensbedrohlichen Zuständen führen und sogar den Tod zur Folge haben.

### **Körperliche Folgeschäden der Magersucht**



Auf Grund ihrer chronischen Mangelernährung können körperliche Folgeschäden bei der Magersucht auftreten:

- Konzentrationsstörungen
- starke Kälteempfindlichkeit und Blaufärbung der Extremitäten durch verminderte Durchblutung
- Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen und Licht
- Magen-Darm-Beschwerden
- Ausbleiben der Menstruation
- Haarausfall
- Herz- und Kreislaufbeschwerden
- Sinken des Blutzuckerspiegels
- Zahnschäden
- flaumige Körperbehaarung

### **Körperliche Folgeschäden der Bulimie**

Auch bei der Bulimie können das Essverhalten und die gewichtsreduzierenden Manipulationen zu erheblichen organischen Folgeschäden führen. Im Wesentlichen sind zu nennen:

- Schwellungen der Speicheldrüsen
- Zahnschmelzschäden
- Speiseröhreneinrisse, Schluckbeschwerden
- Magenwandperforation sowie Elektrolytentgleisungen (Kalium-, Magnesiummangel), die ihrerseits zu Nierenschäden und Herzrhythmusstörungen führen
- Die Regelblutung kann ausbleiben

### **Körperliche Folgeschäden der Ess-Sucht**

Körperliche Folgeschäden können in erster Linie im Zusammenhang mit einem hohen Gewicht stehen, zum Beispiel:

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Gelenkleiden und Wirbelsäulenschäden
- Leberschäden
- Überlastungen des Herzens und des Kreislaufs.

### **Kann eine Problemanalyse den Handlungsbedarf konkretisieren?**

Wenn am Arbeitsplatz eine Ess-Störung bei einer Beschäftigten vermutet wird, kann es hilfreich sein, die Situation noch einmal genauer zu eruieren. Bei der Analyse können Antworten aufgetaucht, die vorher nicht mitgedacht wurden oder es bleiben auch noch Antworten auf gezielte Fragen offen. Es lohnt sich, vor dem nächsten Gespräch mit der Betroffenen diese zu recherchieren. Die nachfolgend aufgeführten Fragen können für eine Problemanalyse hilfreich sein.

#### **Problemanalyse**

- Wie äußert sich das Problem?  
Vornehmlich personen- oder situationsbezogen oder sowohl als auch?
- Wer ist von dem Problem betroffen?  
Intern – extern
- Welche direkten und indirekten Folgen hat das Problem?
- Vermutete Ursachen des Problems?  
Aus meiner Sicht - Aus Sicht der anderen Beteiligten
- Wann ist das Problem zum ersten Mal aufgetreten?
- Wer hat das Problem bereits vor mir zu lösen versucht?
- Mit welchen Mitteln hat man bisher versucht, das Problem zu lösen?
- Warum blieben bislang die Lösungsversuche ohne Erfolg?
- Gibt es gute Erfahrungen aus früheren Situationen? Konstruktive Lösungen?

An dem folgenden Fallbeispiel sollen diese Fragen und die sich daraus ergebenden Handlungsmöglichkeiten verdeutlicht wer-

den. Der Ausbildungsleiter beschreibt die Situation mit der Auszubildenden Frau Schmidt.

### ***Wie äußert sich das Problem?***

Das Problem ist überwiegend personenbezogen. Es handelt sich um die 23-Jährige Frau Schmidt, die zur Zeit in der Verwaltung eingestellt ist und eine Ausbildung zum gehobenen Dienst macht. Diese Ausbildung wird von ihr wiederholt. Sie musste sie beim ersten Mal krankheitsbedingt abbrechen. Frau Schmidt ist extrem mager. Sie kaschiert ihre Figur mit weiten Kleidungsstücken. Im Gesicht ist sie sehr blass. Da der theoretische Teil der Ausbildung außerhalb der Dienststelle über Monate stattfindet, ziehen die Auszubildenden für diese Zeit in möblierte Unterkünfte vor Ort. Frau Schmidt weigert sich, eine Wohnmöglichkeit am Ausbildungsort wahrzunehmen. Sie bleibt bei ihren Eltern wohnen und nimmt täglich lange Fahrtzeiten in Kauf. Das gemeinsame Lernen und Freizeitaktivitäten mit den anderen finden nicht statt. Die derzeitigen Leistungen sowohl während der Praxiszeit in der Dienststelle als auch die theoretischen Ergebnisse weisen auf ein erneutes Scheitern der Ausbildung hin. Falls sie überhaupt bestehen sollte, ist eine Übernahme in den Dienst gefährdet.

### ***Wer ist von dem Problem betroffen?***

Frau Schmidt verbaut sich mit ihren Leistungen zur Zeit ihre berufliche Zukunft. Der Ausbildungsleiter macht sich Gedanken. Die Dozenten in der Schule sind besorgt. Ein anderer Anwärter, der mit ihr in der ersten Ausbildung war, sucht den Kontakt vergeblich zu ihr. Eine andere junge Frau, die jetzt mit ihr in der Ausbildung ist, scheint sich an Frau Schmidt ein nachahmenswertes Beispiel in Bezug auf ihr Essverhalten zu nehmen.

### ***Welche direkten und indirekten Folgen hat das Problem?***

Der Ausbildungsleiter investiert inzwischen viel Zeit, um Netzwerke aufzubauen, die einen stabilisierenden Einfluss auf Frau Schmidt nehmen sollen. Er macht sich große Sorgen um diese junge Frau und ihre Wirkung auf die andere Auszubildende. Im Privaten bespricht er sich mit seiner Frau. Er beschreibt für sich eine große psychische Belastung durch den ungelösten Konfliktfall. Seine eigene Hilflosigkeit zwingt ihn, den Personalrat, die Frauenbeauftragte und nicht zuletzt die Dienststellenleitung einzubeziehen. Alle Angesprochenen bitten Frau Schmidt zu einem Gespräch, bei dem sie eine Steigerung ihrer Leistungen verspricht. Eine Einsicht in die von den Beteiligten vermutete Ess-Störung zeigt sie nicht. Inzwischen sind alle Personalverantwortlichen ratlos.

### ***Vermutete Ursachen des Problems***

Aus der Sicht des Ausbildungsleiters hat Frau Schmidt ein überzogenes Schlankeitsideal. Nach Rücksprache mit dem Kollegen, mit dem Frau Schmidt in der ersten Ausbildung etwas näher befreundet war, erfährt er von den privaten Verhältnissen. Die Eltern von Frau Schmidt sind alt. Sie haben die einzige Tochter erst sehr spät bekommen. Sie wurde sehr behütet und mit allem versorgt. Der Kollege vermutet, dass auch der Umstand, dass sie nicht an den Ausbildungsort zieht, durch die Eltern mitbedingt ist. Wörtlich sagt der Kollege: „Ihre Eltern können sie nicht loslassen!“

### ***Wann ist das Problem das erste Mal aufgetreten?***

Laut Beschreibung des Kollegen hat Frau Schmidt bereits mit 18 Jahren auffällige Probleme mit dem Essen gehabt. Sie hat ihm erzählt, dass sie während des Abiturs mit Vitamintabletten und Traubenzucker ganz gut durchgekommen sei. Fettiges Essen habe sie nur müde gemacht und ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Nach der nicht bestandenen ersten Ausbildung für den gehobenen Dienst hat sie ihre Ernährung gänzlich umgestellt. Sie isst kaum noch feste Nahrung, trinkt aber sehr viel Fruchtsäfte, nimmt Vitaminpräparate und Traubenzucker.

***Wer hat das Problem bereits vor mir zu lösen versucht?***

Das Gespräch mit den Personalverantwortlichen hat stattgefunden. Ein Einzelgespräch jeweils mit der Frauenbeauftragten und der Personalratsvorsitzenden hat es zusätzlich gegeben.

Nach dem Scheitern der ersten Ausbildung hat es Gespräche mit dem befreundeten Kollegen gegeben, in denen sie sich ihm teilweise geöffnet hat. Diese liegen aber längere Zeit zurück. Er ist der einzige, der zur Zeit Hintergrundinformationen liefern kann.

***Mit welchen Mitteln hat man bisher versucht, das Problem zu lösen?***

Gespräche mit der Betroffenen sollten das Problem lösen. Ziel der Gespräche war, Frau Schmidt „die Augen für ihre Situation zu öffnen“. Die Gefahr eines erneuten Scheiterns wurde ihr deutlich gemacht.

***Warum blieben bislang Lösungsversuche ohne Erfolg?***

Aus Sicht von Herrn Mustermann ist es vornehmlich die Uneinsichtigkeit von Frau Schmidt. Ihm sind aber auch schon Zweifel gekommen, ob er die Situation bereits zu lange laufen lässt. Er hat keine konkreten Schritte mit Frau Schmidt vereinbart. Er überlegt, ob er eventuell andere Personen zur Lösung einbeziehen sollte.

***Gibt es gute Erfahrungen aus früheren Problemsituationen?***

Der Ausbildungsleiter weiß, dass der frühere Ausbildungskollege einen guten Draht zu Frau Schmidt hatte. Ihm hat sie ihre Ess-Störung nicht verheimlicht. Seine Ratschläge hat sie zumindest zugelassen und nicht gleich abgewehrt.

Der Ausbildungsleiter selber erinnert sich an eine andere Beschäftigte, die aufgrund der langen und hohen Einnahme von Schmerzmitteln am Arbeitsplatz immer weniger belastbar war. In diesem Fall hat er damals die Betriebsärztin eingeschaltet. Diese konnte mit der Beschäftigten und in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt eine Lösung für die Betroffene erar-

## Problemanalyse

beiten. Eine Besserung stellte sich daraufhin auch in der Arbeitsleistung und in der Zufriedenheit des Teams ein.

Aus der Analyse der Fallgeschichte ergeben sich für den Ausbildungsleiter jetzt folgende Konsequenzen:

Er ist nicht länger bereit, die Situation ohne Konsequenzen hinzunehmen. Die detailliert aufgeführten Folgen für die Betroffene, die andere Auszubildende und ihn selber zeigen ihm erneut dringenden Handlungsbedarf. Im nächsten Gespräch wird er eine Vereinbarung mit der Betroffenen treffen, die entweder eine Leistungsverbesserung und/oder die Annahme von Hilfe in Form einer Auflage vorsieht. Er möchte dabei auch einen konkreten Zeitplan festlegen.

Der Ausbildungsleiter wird Frau Schmidt auffordern, die Betriebsärztin aufzusuchen, um mit ihr abzuklären, ob der Gesundheitszustand die Fortsetzung der Ausbildung möglich macht. Von der Intervention der Betriebsärztin erhofft er sich eine positive Wirkung. Er wird sie vorab informieren, warum er Frau Schmidt zu ihr schickt.

Der Ausbildungskollege ist trotz guter Erfahrungen lange nicht mehr einbezogen worden. Der Ausbildungsleiter wird mit ihm sprechen, ob er sich bereit erklärt, bei dem nächsten Gespräch mit Frau Schmidt – ihr Einverständnis soll vorher erfragt werden – als Vertrauensperson hinzuzukommen.

Herr Mustermann überlegt, ob es einen Sinn macht, mit den Eltern von Frau Schmidt Kontakt aufzunehmen. Sie tragen vermutlich erheblich zu der schwierigen Situation der Betroffenen bei. Um eine Entscheidung hierüber zu treffen, will sich Herr Mustermann bei der Ansprechperson für Suchtfragen, die seit fünf Monaten offiziell diese Aufgabe wahrnimmt, beraten lassen.

Das konsequente Gespräch mit der Betroffenen, die Bereitschaft des Kollegen mitzuwirken, die Beratung bei der Ansprechperson für Suchtfragen und das Ergebnis bei der Be-

triebsärztin will der Ausbildungsleiter abwarten. Eventuell wird er danach auch die Dozenten in der Schule und die Leitung der Dienststelle in das weitere Vorgehen einbeziehen.

### Wie kann das kollegiale Gespräch vorbereitet werden?

**Wenn es in Ihrem Betrieb eine Ansprechperson für Suchtfragen oder eine Sozialberatung gibt, terminieren Sie ein Vorbereitungsgespräch mit ihr.**

#### ***Schaffen Sie ein gutes Gesprächsklima!***

Hierzu gehören Zeit und Rahmenbedingungen, die ein ungestörtes Gespräch ermöglichen.

#### ***Stecken Sie realistische Ziele!***

Keine Betroffene entwickelt im ersten Gespräch volle Problemeinsicht, selbst wenn es im ersten Moment sogar so erscheinen mag. (siehe Abbildung S 32)

#### ***Zeigen Sie der Mitarbeiterin, dass Sie sich Sorgen machen!***

Teilen Sie mit, welche Gefühle das auffällige Verhalten der Beschäftigten in Ihnen auslöst. Denken Sie daran, dass eventuell das Krankheitsbild einen Menschen so verändert, dass er zur Zeit nicht anders kann. Achten Sie darauf, nicht vorwurfsvoll zu reagieren, sondern stellen Sie Ihre Sorge in den Mittelpunkt.

#### ***Machen Sie ein konkretes Hilfeangebot!***

Ihr Wunsch zu helfen muss glaubhaft und deutlich werden. Halten Sie die Adressen von Beratungsstellen und/oder Selbsthilfegruppen bereit (siehe S. 35 ff.) Wenn Sie sich vorab informiert haben, können Sie dazu beitragen, die Angst und Scham der betroffenen Person vor der Annahme von Hilfe zu verringern. Sie können Hilfe anbieten, aber ihre Annahme nicht einfordern. Nur die Betroffene selbst kann entscheiden, sich helfen zu lassen.



***Achten Sie auch auf sich!***

Die Verantwortung für den weiteren Prozess liegt bei der Betroffenen, nicht bei Ihnen. Achten Sie darauf, sich nicht zu überfordern und ziehen Sie rechtzeitig Grenzen. Nicht Sie sind die Therapeutin, sondern Sie wollen die Betreffende bewegen, professionelle Hilfe anzunehmen. Wenn Sie das Gefühl haben, dass Sie alleine nicht weiter kommen, ziehen Sie bei weiteren Gesprächen eine verantwortungsbewusste Person hinzu.

### **Wann soll ein lösungsorientiertes Gespräch geführt werden?**

Menschen mit Ess-Störungen sind weitgehend auf die korrigierenden Wahrnehmungen anderer angewiesen. Der Einfluss von Seiten des Arbeitsumfeldes ist neben der Familie für die Veränderungsbereitschaft der Betroffenen von wesentlicher Bedeutung. Die Chancen für ein Leben ohne Essensprobleme sind größer, je früher die negative Entwicklung zum Stillstand gebracht wird.

Als Führungskraft oder als Kollegin sollten Sie zuerst versuchen, die Situation durch gezielte Beobachtungen zu klären. Sie sammeln die beobachtbaren Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten, im Sozialverhalten und im äußeren Erscheinungsbild und stellen diese in Zusammenhang mit ihrer Vermutung, dass die Veränderung mit einer Ess-Störung in Zusammenhang stehen könnte, d.h. Sie erstellen eine Problemanalyse.

Im Vorfeld arbeitsrechtlich relevanter Vorkommnisse sind sowohl Kolleginnen als auch Funktionsträger am Arbeitsplatz aufgefordert, ein Gespräch aus Sorge um die betreffende Person zu führen. Inhalt dieses Gesprächs sind die beobachteten Veränderungen bzw. das auffällige Verhalten der Kollegin.

Bei Veränderungen im Arbeits- und Leistungsverhalten und bei Problemen in der kollegialen Zusammenarbeit ist die Führungskraft gemeinsam mit anderen Funktionsträgerinnen gefragt. Bei diesem Gespräch geht es nicht nur um die Sorge bezüglich der Gesundheit der Beschäftigten, sondern auch um die Erfüllung arbeitsvertraglicher Verpflichtungen.

## **Wie bereiten Führungskräfte ein lösungsorientiertes Gespräch vor?**

**Wenn es in Ihrem Betrieb eine Ansprechperson für Suchtfragen oder eine Sozialberatung gibt, terminieren Sie ein Vorbereitungsgespräch mit ihr. Bitten Sie die weiteren vorgesehenen Beteiligten dazu.**

Schaffen Sie ein gutes Gesprächsklima. Hierzu gehören Zeit und Rahmenbedingungen, die ein ungestörtes Gespräch ermöglichen. Bei mehreren Gesprächsteilnehmerinnen: Lassen sie alle Beteiligten mit ihren persönlichen Wahrnehmungen zur Situation sprechen. Es ist nicht vorauszusehen, wer von den Beteiligten die betroffene Person am ehesten erreicht.

Notieren Sie sich Ihre Beobachtungen und das, was Ihnen andere Mitarbeiterinnen zugetragen haben möglichst mit Datum und Uhrzeit. Eine schriftliche Vorbereitung schützt sie davor, die Gesprächsführung aus der Hand zu geben und den Faden zu verlieren.

### ***Schrittweises Vorgehen***

- Führen Sie das erste Gespräch unter vier Augen. Häufig reichen Vier-Augen-Gespräche jedoch nicht aus.
- Im zweiten Schritt ziehen Sie Ihre Stellvertreterin hinzu. Mit Einverständnis der Betroffenen können der Personal-/Betriebsrat, die Ansprechpartnerin für Suchtfragen, die Gleichstellungsbeauftragte oder gegebenenfalls die Vertrauensperson der schwerbehinderten Menschen hinzugezogen werden.

## Das lösungsorientierte Gespräch

- Beim dritten Gespräch wird zusätzlich die nächsthöhere Vorgesetzte einbezogen.
- Das vierte Gespräch unter Federführung der Personalabteilung wird geführt, wenn die vorangegangenen Gespräche nicht zu einem dauerhaft positiven Ergebnis geführt haben.

### ***Benennen Sie die Fakten und Auswirkungen!***

- Wo liegen eindeutige Abweichungen von konkreten betrieblichen Vorgaben vor? Legen Sie notwendige Dokumente, z. B. Stellenbeschreibung, interne Absprachen, das aktuelle Arbeitszeitkonto etc. bereit.
- Die betroffene Person wird detailliert und sachlich mit den Auffälligkeiten anhand Ihrer Aufzeichnungen konfrontiert. Zeigen Sie ihr, wie wichtig ihr korrektes Handeln für reibungslose Arbeitsabläufe ist. Führen Sie die Folgen von Fehlern vor Augen. Sagen Sie ihr auch, wie wichtig ein gutes Team ist. Zeigen Sie ihre Sorge, wenn es bereits zu Konflikten mit der betroffenen Person im Team gekommen ist.
- Stellen Sie Ihre Wahrnehmungen als Ihre persönliche Erklärung für die negative Veränderung dar. Beharren Sie nicht darauf, dass Ihr Erklärungsmuster richtig ist. Die betroffene Person darf das anders sehen!

### ***Bleiben Sie bei Ihrer Wahrnehmung!***

- Es geht für die Betroffenen um eine dauerhafte Veränderung und vielleicht um eine einschneidende Lebensumstellung. Nur durch Ihr konsequentes Handeln wird der Betroffenen klar, dass sie um eine Entscheidung nicht herumkommt. Lassen Sie sich nicht von Mitleid oder Versprechungen verunsichern oder durch Verleugnen, Bagatellisieren, Ärger nicht von den Konsequenzen abbringen.

***Benennen Sie die aktuellen und die zu erwartenden Konsequenzen!***

- Teilen Sie mit, dass dieses Gespräch vertraulich gehandhabt wird und in welcher Form Sie es dokumentieren. Wird ein schriftlicher Vermerk angefertigt, sollten diesen alle am Gespräch Beteiligten unterzeichnen. Kündigen Sie an, dass Sie zukünftig ihr Verhalten aufmerksam beobachten werden.
- Stellen Sie dar, wie Sie weiter vorgehen werden, z. B. wer im nächsten Gespräch hinzu gezogen wird.
- Wenn arbeitsvertragliche Pflichtverletzungen vorliegen, sollten Sie die daraus resultierenden arbeitsrechtlichen Maßnahmen aufzeigen, falls die Auffälligkeiten erneut auftreten.
- Bei lang andauernden Krankheitszeiten kann eine Untersuchung beim Amtsarzt oder beim arbeitsmedizinischen Dienst angekündigt werden.
- Eine ärztliche Bescheinigung kann bei häufigen Kurzfehlzeiten ab dem ersten Krankheitstag gefordert werden.

***Sprechen Sie ihre Erwartungen an das zukünftige Arbeitsverhalten möglichst konkret und präzise in positiver Form aus!***

- Sind Auflagen erforderlich? Welche Konsequenzen soll das Verhalten der Betroffenen haben? Was erwarten Sie an Veränderungen in einem zeitlich festgelegten Rahmen?
- Fassen Sie die wichtigsten Ergebnisse noch einmal zusammen.

***Machen Sie ein konkretes Hilfeangebot!***

- Ihr Wunsch zu helfen muss glaubhaft und deutlich werden. Halten Sie die Adressen von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen bereit (siehe Seite 35 ff).
- Wenn sie sich vorab informiert haben, können sie dazu beitragen, die Angst und Scham der betroffenen Person vor der Annahme von Hilfe zu verringern.

## Das lösungsorientierte Gespräch

- Sie können Hilfe anbieten, aber ihre Annahme nicht einfordern. Nur die Betroffene selbst kann entscheiden, sich helfen zu lassen.

### ***Terminieren Sie ein Bilanzgespräch!***

- Die Beteiligten treffen nach einem angemessenen Zeitraum wieder zusammen mit dem Ziel, die getroffenen Vereinbarungen zu überprüfen und positive oder negative Veränderungen festzustellen.
- Die Zeiträume zwischen den einzelnen Gesprächen müssen der Betroffenen hinreichend Zeit geben, um sich auf die geforderte Verhaltensänderung einzustellen.
- Eine nachhaltige Behandlungsbereitschaft wird in der Regel erst innerhalb einer angemessenen Motivationszeit durch eine mit Essstörungen vertraute, ausgebildete Fachberatung hergestellt.

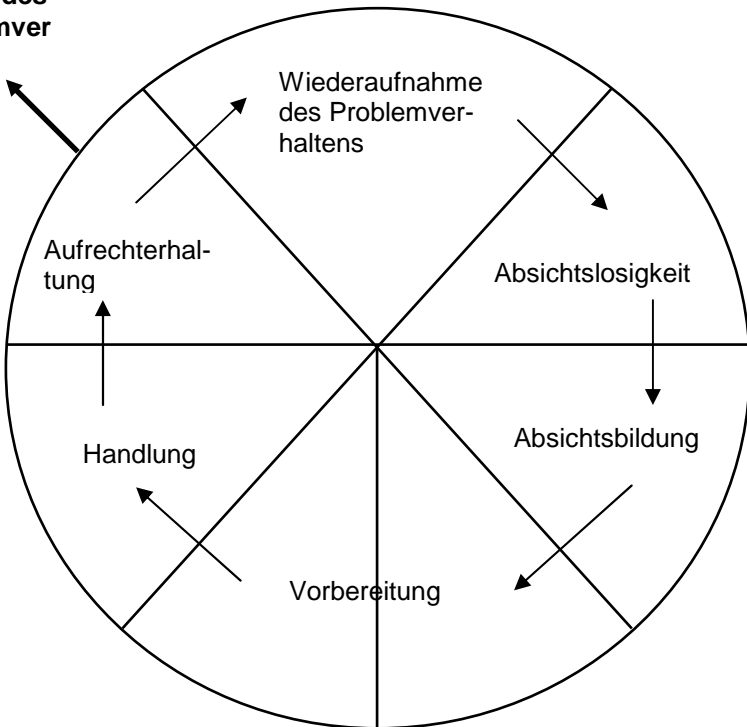
## **Was sollten Führungskräfte berücksichtigen, wenn Veränderungsprozesse eingeleitet werden?**

Mit der nachfolgenden Grafik soll verdeutlicht werden, in welchen Schritten Menschen einen Veränderungsprozess durchleben. Die Zeiträume, die in den einzelnen Schritten gebraucht werden, sind individuell unterschiedlich. Die Ansprache der Betroffenen findet meistens dann statt, wenn diese sich im Stadium der Absichtslosigkeit befinden, d. h. sie sind zur Zeit noch nicht bereit, sich auf eine Veränderung einzulassen. Die Rückmeldungen an die Betroffene, dass sie etwas verändern soll, muss von dieser erst einmal „verdaut“ werden. Sie braucht Zeit!

In einem der ersten Gespräche direkt eine Absichtsbildung zu erwarten, ist in der Regel unrealistisch. Der Weg in die Ess-Störung hinein dauert lange. Dem entsprechend ist der Weg heraus nicht mit einmaligem „guten Zureden“ zu erreichen. Und dennoch, jedes weitere Gespräch trägt zur Absichtsbildung der betroffenen Person bei. Kein Gespräch ist sinnlos!

**Rad der Veränderung**  
nach Prochaska & DiClemente

**Dauerhafte Be-**  
**endigung des**  
**Problemver-**  
**haltens**





## **Welche Hintergründe und Auslöser liegen Ess-Störungen zugrunde?**

### **Persönliche und familiäre Faktoren**

In der Fachwelt gibt es unterschiedliche Erklärungsmodelle über die Entstehung von Ess-Störungen. Dazu zählen individuelle, familiäre sowie soziokulturelle Einflüsse. Von Bedeutung sind auch persönliche Eigenschaften wie ein gering ausgeprägtes Selbstbewusstsein, eine starke Abhängigkeit von der Meinung wichtiger Bezugspersonen und ein großes Bedürfnis nach Zuwendung.

Die Familien von Magersüchtigen sind oft sehr leistungsbetont. Innerhalb der Familie von Essgestörten herrscht häufig ein großes Harmoniebedürfnis bei wenig Außenorientierung und kaum gelebter Emotionalität untereinander.

### **Das Schönheitsideal**

Das westliche Schönheitsideal, in den Medien mit überschlan-ken Models präsentiert, hat sicher einen hohen Anteil an der Verbreitung von Ess-Störungen. Einem unrealistischen Schönheitsideal entsprechen zu wollen, setzt die negative Entwicklung häufig in Gang.

### **Diäten können Essstörungen begünstigen**

Das Wort „Diät“ stammt aus dem Griechischen (diaita) und bedeutete ursprünglich sinngemäß eine der Krankheit vorbeugende Lebensweise durch die Pflege von Körper, Geist und Seele.

Heutzutage verwendet man die Bezeichnung Diät für eine einschränkende Form der Ernährung, die in erster Linie dazu beitragen soll, Gewicht zu reduzieren. Mittlerweile sind hierzulande über 500 Diäten auf dem Markt, 75 Prozent aller Frauen haben bereits Diäterfahrungen.

## Hintergründe und Auslöser für Ess-Störungen

Gewichtsreduktionsprogramme werden vorschnell jedem dicken Menschen empfohlen, ohne die Lebensumstände zu erfragen. Gerade von ärztlicher Seite werden immer wieder die gesundheitlichen Risiken eines hohen Gewichtes genannt, selten aber die gesundheitlichen Folgewirkungen von Diäten und Ess-Störungen. Eine Gewichtsreduktion löst nicht die Probleme der Betroffenen, die sie über ihren Umgang mit dem Essen zu kompensieren versuchen.

### **Essen ist mehr als Nahrungsaufnahme!**

Von Kindesbeinen an sind unsere Vorlieben eng verknüpft mit der Kultur, in der wir leben, unserem sozialen Umfeld, der eigenen spezifischen Persönlichkeit und mit den beim Essen verbundenen erworbenen Gefühlen. Negative Gedanken beim Essen, verbunden mit Schuldgefühlen, fördern geradezu Ess-attacken und verhindern ein selbstbestimmtes Maß der Nahrungsaufnahme.

Menschen mit Ess-Störungen beschreiben genau dieses Problem: Sie sind oft sehr darauf bedacht, das Richtige zu essen, kennen sämtliche Diäten, halten diese eine Zeitlang durch und geben sich irgendwann, wenn die Disziplin nicht mehr aufrecht zu erhalten ist, ihrer Esslust hin. Das Resultat sind Gewissensbisse, Selbstzweifel und Stressbelastungen, die wiederum neue - selbst auferlegte - disziplinarische Maßnahmen im Umgang mit dem Essen nach sich ziehen.

## **Wo können Betroffene und Angehörige Hilfe finden?**

Menschen, die unter Ess-Störungen leiden, versuchen ihr Problem zunächst selbst zu lösen und vor ihrer Umgebung geheim zu halten. Manchmal funktioniert diese Geheimhaltung über Jahre, bis jemand aus der Familie, dem Bekanntenkreis oder am Arbeitsplatz aufmerksam wird und sich über das Verhalten wundert. Angehörige verfallen oft in Panik, wenn sie feststellen, dass ein Familienmitglied problematisches Essverhalten zeigt. Verständlich, wenn sich vor ihren Augen jemand zu Tode hungert oder aus allen Nähten platzt oder heimlich erbricht oder den Kühlschrank täglich ausräumt. Dennoch ist die Ess-Störung nicht über Nacht entstanden und wird auch nicht über Nacht geheilt.

So schwer und unverständlich es auch sein mag: Ess-Störungen machen für die Betroffenen einen Sinn! Sie ziehen einen Nutzen daraus. Das bedeutet aber nicht, dass sie nicht auch darunter leiden. Doch solange der Krankheitsgewinn über das Leiden siegt, fühlen sich viele Essgestörte nicht krank und Therapien sind oft wenig wirksam.

Als erster Schritt kann der Besuch in einer Beratungsstelle hilfreich sein. Voraussetzung dafür ist, dass Fachleute in der jeweiligen Einrichtung über Kenntnisse und Beratungsqualifikationen im Umgang mit Essstörungen verfügen. In Deutschland gibt es mittlerweile zahlreiche Beratungseinrichtungen und Selbsthilfe-Kontaktstellen für Essgestörte (siehe Anhang).

Doch nicht jede Stadt und jeder Ort verfügt über eine solche Einrichtung. Fachleute anderer Beratungsstellen können in jedem Fall aber im Rahmen eines ersten Kontaktes für die Ratsuchenden entlastend wirken.

## Hilfeangebote

Weiterhin ist ein Arztbesuch gerade für junge Menschen oft die erste Anlaufstelle, insbesondere dann, wenn gesundheitliche Störungen von Angehörigen vermutet werden.

Wichtig ist hierbei, sich unterschiedliche Behandlungsvorschläge anzuhören. Die beste Klinik der Welt nützt nichts, wenn die Betroffenen für eine Hilfestellung überhaupt nicht zugänglich sind. Ausgenommen sind hierbei natürlich lebenserhaltende Maßnahmen in einem Krankenhaus.

In jedem Fall gilt es abzuklären, welche Form einer Behandlung für Betroffene sinnvoll und angemessen ist. Manchmal müssen mehrere Fachleute aufgesucht werden, und der Weg der Hilfestellung erscheint mühsam und langwierig. Dennoch lohnt sich die Mühe.

Folgende Adressen helfen weiter:

### **Amanda – Frauenberatung**

Volgersweg 4 a  
30157 Hannover  
Tel: 05 11/88 59 70  
Fax: 05 11/38 87 494

### **ANAD e. V.**

Seitzstr. 8  
80538 München  
Tel: 0 89/24 23 99 60  
Fax: 0 89/24 23 99 66  
E-Mail: [beratung@anad.de](mailto:beratung@anad.de), Internet: [www.anad.de](http://www.anad.de)

### **Bundesverband Essstörungen e. V.**

Kurt-Schumacher-Str. 2  
34117 Kassel  
Tel: 05 61/71 34 93

### **Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.**

Friedrichstr. 28  
35392 Gießen  
Tel: 06 41/99 45 61 2  
Fax: 06 41/99 45 61 9

**Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen**

Westring 2  
59065 Hamm  
Tel: 02 38 1/90 15 0  
Fax: 02 38 1/15 33 1  
E-Mail: [info@dhs.de](mailto:info@dhs.de)

**Dick und Dünn e. V.**

Innsbrucker Str. 25  
10825 Berlin  
Tel: 0 30/85 44 99 4  
E-Mail: [dick-und-duenn@freenet.de](mailto:dick-und-duenn@freenet.de)

**Frauentreffpunkt, u.a. bei Ess-Störungen**

Jakobistraße 2  
30163 Hannover  
Tel: 05 11/33 21 41  
Fax: 05 11/33 21 43

**KIBIS-KISS**

Gartenstr. 18  
30161 Hannover  
Tel: 05 11/66 65 67  
Fax: 05 11/96 26 16 6  
E-Mail: [kibis-kiss@htp-tel.de](mailto:kibis-kiss@htp-tel.de)  
Internet: [www.kibis-kiss.de](http://www.kibis-kiss.de)

## Hilfeangebote

### **Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)**

Wilmerdorfer Str. 39  
10627 Berlin  
Tel. 0 30/89 14 01 9  
Fax 0 30/89 34 01 4  
E-Mail: [natos@gmx.de](mailto:natos@gmx.de)  
Internet: [www.NAKOS.de](http://www.NAKOS.de)

### **Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS)**

Podbielskistr. 162  
30177 Hannover  
Tel. 05 11/62 62 66 0  
Fax 05 11/62 62 66 22  
[info@nls-online.de](mailto:info@nls-online.de)  
Internet: [www.nls-online.de](http://www.nls-online.de)

### **Overeaters Anonymous (OA)**

#### **Anonyme Ess-Süchtige, Selbsthilfegruppen**

30175 Hannover, Gruppentreffen in der Beratungsstelle Königstraße 6, Sonntag, 16.30 Uhr  
30177 Hannover, Gruppentreffen im Lister Turm, Walderseestraße 100, Dienstag, 19.30 Uhr  
Weitere Gruppentreffen in Ihrer Nähe finden Sie unter:  
[www.overeaters-anonymous.de/termin.htm#3](http://www.overeaters-anonymous.de/termin.htm#3)

### **SEKIS**

Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle  
Lotharstr. 95  
53115 Bonn  
Tel. 0228/9145917

Ergänzende Materialien können kostenlos angefordert werden bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln, [www.bzga.de](http://www.bzga.de).

## Weiterführende Literatur

**Beyer, Kathrin:** Eßsucht ist weiblich. Über die gesellschaftliche Konstruktion weiblicher Konfliktlösungsstrategien. Hannover 2000

**Bruch, Hilde:** Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Frankfurt am Main 1991

**Bruch, Hilde:** Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Frankfurt am Main 1982

**Claude-Pierre, Peggy:** Der Weg zurück ins Leben. Magersucht und Bulimie verstehen und heilen. Toronto 1997

**Flaake, Karin/King, Vera:** Weibliche Adoleszenz. 2. Auflage, Frankfurt am Main 1993

**Fusini, Nadia:** Am besten gefiel mir ihr Mund. (Roman) München 1998

**Focks, Petra:** Das andere Gesicht. Bulimie als Konfliktlösungsstrategie von Frauen. Frankfurt am Main 1994

**Göckel, Ursula:** Eßsucht oder die Scheu vor dem Leben. Eine exemplarische Therapie. Reinbek 1988

**Göckel, Ursula:** Endlich frei vom Esszwang. 12 Beispiele wie man die Eßsucht überwinden kann. Stuttgart 1992

**Habermas, Tilmann:** Zur Geschichte der Magersucht. Eine medizinpsychologische Rekonstruktion. Frankfurt am Main 1994

**Jaeggi, Eva/Klotter, Christoph:** Essen ist keine Sünde. Ein Anti-Diät-Buch. München 1995

## Literatur

**Johnston, Anita:** Die Frau, die im Mondlicht aß. Bern, München, Wien 2001

**Lawrence, Marilyn (Hrsg.):** Satt aber hungrig. Frauen und Essstörungen. Hamburg 1989

**Orbach, Susie:** Antidiätbuch I und II. München 1978 und 1984

**Pollmer, Udo u.a.** Prost Mahlzeit. Krank durch gesunde Ernährung. Köln 1994

**Roming, Anna:** Das Geheimnis schlanker Menschen. In: Psychologie Heute. Heft 8, S. 21-31, August 1999

**Schimpf, Monika:** Selbstheilung von Eßstörungen für langjährig Betroffene. Ein Arbeitshandbuch. Dortmund 1997

**Weber, Gunthard./Stierlin,Helm:** In Liebe entzweit. Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht. Reinbek bei Hamburg 1989

### Literatur für Angehörige

**Baack, Sylvia:** Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer. Freiburg im Breisgau 1994

**Wardetzki, Bärbel:** Iß doch endlich mal normal. München 1996