

Beratungszentrum bei Ess-Störungen

DICK & DÜNN e.V.



Beratung – Gruppenarbeit – Prävention – Fortbildung

Konzept 2019

Beratungszentrum bei Ess-Störungen

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	5
2.	Konzept des durch Zuwendung aus dem Integrierten Gesundheitsprogramm finanzierten Projektes	6
2.1	Zielgruppen	6
2.2	Ziele	6
2.3	Leistungen und Standards	8
2.3.1	Beratung und Betreuung von Betroffenen und Angehörigen	8
2.3.1.1	Telefonische, schriftliche und E-Mail-Information und Beratung	8
2.3.1.2	Offene Beratungsrunden	8
2.3.1.3	Persönliche Einzelberatung als Einmalberatung/fortlaufende Beratungsreihen	9
2.3.1.4	Online-Coaching für Betroffene und Angehörige	9
2.3.1.5	Online – Coaching: Signal – Beratung für Jugendliche	10
2.3.1.6	Angeleitete Langzeitgruppen für Betroffene	10
2.3.1.7	Angeleitete Angehörigengruppen	10
2.3.1.8	Themenspezifische Gruppen und Kurse	11
2.3.1.9	Präventionsangebot auf Facebook	11
2.3.2	Prävention (Primär- und Sekundärprävention)	11
2.3.2.1	Unterrichtseinheit für Schülerinnen und Schüler	11
2.3.2.2	Persönliche Einzelberatung oder fortlaufende Beratungsreihen für Fachkräfte (LehrerInnen)	12
2.3.2.3	Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte aus dem psychosozialen Bereich	12
2.3.2.4	Betriebliche Präventionsarbeit	12
2.3.3	Struktur	12
2.4	Methoden und Konzepte	13
2.4.1	Beratung	13
2.4.2	Angeleitete Gruppen – Ein Schwerpunkt unserer Arbeit - Die Wirkungsweise der Gruppenarbeit	13
2.4.3	Präventionsarbeit mit Jugendlichen	14
2.4.4	Arbeit mit Eltern und Angehörigen	14
2.4.5	Der lerntheoretische/verhaltenstherapeutische Ansatz	14
2.4.6	Körperorientierte Arbeitsansätze	15
2.4.7	Achtsamkeit	15
2.4.8	Kreative Therapien	15
2.5	Vernetzung und Kooperation mit anderen Einrichtungen	16
2.6	Aussagen zur interkulturellen Öffnung, Gender Mainstreaming und Freiwilligenarbeit	17
2.6.1	Interkulturelle Öffnung	17
2.6.2	Gender Mainstreaming	17
2.6.3	Freiwilligenarbeit	18
2.7	Aussagen zur Qualitäts- und Ergebnissicherung	18

3.	Andere Arbeitsfelder des Trägers	19
3.1	Wohngemeinschaft Bitter & Süß	19
3.2	Ernährungsberatung	19
4.	Öffentlichkeitsarbeit	20
4.1	Presse und Medien	20
4.2	Information und Aufklärung	20
4.3	Veranstaltungen/Tagungen	20
Anhang –	Organigramm	21
Anhang I -	Ess-Störungen – Diagnosen, Erscheinungsformen und Ursachen	22
Anhang II -	Verschiedene therapeutische Ansätze und Behandlung	26
Anhang III –	Literatur	29
Anhang IV -	Publikationen von Dick & Dünn – Mitarbeiterinnen	31
Anhang V -	Wissenschaftliche Arbeiten und Forschungsprojekte	32
Anhang VI	Geschichte des Beratungszentrums bei Essstörungen Dick & Dünn e.V.	34

1. Allgemeine Arbeitsgrundlage 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.

Das Bundesministerium für Gesundheit geht von folgenden Betroffenenzahlen aus:

Unter 100.000 Menschen sind an:

Magersucht	500 – 1.000
Bulimie	2.000 – 4.000
Binge Eating	1.000 – 3.000 erkrankt.

Das bedeutet für BerlinerInnen mit einer EinwohnerInnenzahl von 3.613.495 (31. Dezember 2017, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.), dass man mit folgenden Betroffenenzahlen rechnen kann:

Magersucht:	ca. 18.067 – 36.135
Bulimie:	ca. 72.270 – 144.540
Binge Eating:	ca. 36.134,95 – 108.404,85

Diese Zahlen bilden allerdings nur die Betroffenen ab, nicht diejenigen, die von einer Essstörung gefährdet sind.

Nach Angaben der Bundesregierung weisen bereits 21,9 Prozent der 11- bis 17-Jährigen Symptome von Essattacken oder Magersucht auf. Bei den Mädchen sind es 28,9 Prozent und bei den Jungen 15,2 Prozent, wie aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Linksfraktion im Bundestag hervorgeht. Knapp die Hälfte der Mädchen fühlen sich zu dick, obwohl sie normalgewichtig seien. Bei den Jungen sind es 22 Prozent.

Legt man diese Zahlen für Berlin zugrunde, deren Anteil der Kinder und Jugendlichen Bevölkerung bei 538.970 liegt (ohne die genaue Aufteilung der Altersgruppe zu kennen) / (Quelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg), dann ahnt man, welche Dimension der gefährdete Personenkreis hat. Wir finden, das sind Zahlen, die besorgniserregend sind und Handlungsbedarf in Richtung weiterer Ausbau der Präventionsangebote und Konzepte besteht.

In ExpertInnenkreisen wird beobachtet, dass das Einstiegsalter bei Mädchen mit Anorexie mittlerweile häufiger bei ca. 8-12 Jahren liegt.

Und die von der Bigorexie betroffenen Jungen nehmen leicht ansteigend zu. Darüber wird u. a. in unseren Präventionsmodulen an den Schulen informiert.

Innerhalb der ersten 3 Jahre nach Entstehung der Essstörung sollte eine Behandlung in die Wege geleitet werden, um eine Chronifizierung bestenfalls zu vermeiden. In der Studie von GEWINO, die von der AOK Nordost 2018 u.a. im Rahmen des Kooperationspilotprojektes mit Dick & Dünn e.V. in Auftrag gegeben wurde, ist ein Ergebnis, dass die an Bulimie erkrankten Frauen in der Regel erst nach 3 Jahren seit Entstehung der Erkrankung medizinische und/oder therapeutische Hilfe aufsuchen.

Öffentlichkeitsarbeit

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.

Weiterhin 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, Nachsorge). Dabei wird beim Verein „Beratungszentrum

bei Ess-Störungen DICK & DÜNN e.V.“ den zu- grunde 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 Schlankheits- und Schönheitsideal mit in das professionelle Denken und Handeln einbezogen.

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 Intervention, 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.
- Schüler und Schülerinnen im Rahmen des Präventionsunterrichtes an Schulen, Eltern und Lehrpersonal

2.2 Ziele

Ziele unserer Arbeit sind:

1. Die Verbesserung der individuellen psychosozialen Situation und Lebensqualität; die Stärkung der Handlungskompetenzen für die individuelle Gesundheitsförderung und die Vermeidung von Folgeerkrankungen von Menschen mit Essstörungen und deren Angehörige. Dies erfolgt in der Regel durch Entlastung der Betroffenen, Aufbrechen bestehender sozialer Isolation, durch Aufklärung über mögliche Handlungsspielräume, Verstehbarmachung der Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten, sowie deren schnelle Inanspruchnahme, ebenso über Be- 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 Aspekten der Essstörungen und deren Behandlungsmöglichkeiten und die Arbeit in angeleiteten Gruppen. Im Vordergrund steht dabei eine Motivationsarbeit für eine professionelle Behandlung. Als Baustein in der professionellen Behandlung hat die Elternarbeit und Gruppenarbeit parallel zur Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeuten eine hohe Wirksamkeit 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.

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, Vernetzung der Behandler/innen. Daraus folgend wurde das Netzwerk Essstörungen Berlin – Brandenburg durch Dick & Duenn e. V. mit initiiert.

Der Verein erreicht seine Ziele durch seine Sonderstellung als Beratungszentrum:

Als das einzige unabhängige Berliner Beratungszentrum, sind wir als multiprofessionelle Expertinnen expliziert auf Essstörungen, deren Suchtverlagerung und Komorbiditäten spezialisiert.

Was uns ergänzend zu den Behandlern der Essstörungen im Hilfesystem auszeichnet und unverzichtbar macht, sind folgende Aspekte:

Niedrigschwelligkeit:

Ratsuchende können sich anonym, ohne Voranmeldung und kostenlos:

per Chat, per Telefon und vor Ort

so oft, wie gewünscht und notwendig mehrmals von einer und verschiedenen Beraterinnen beraten lassen.

Ebenso bieten wir zeitnahe Termin an, Wartezeit maximal 1 Woche.

Unabhängigkeit /Unparteilichkeit:

Ratsuchende nutzen uns nicht nur, um sich über Essstörungen, Motivation zur Behandlung und das Behandlungssystem unabhängig zu informieren, sondern auch auf der Suche nach Rat, wenn Sie im Behandlungssystem auf Hindernisse stoßen, unzufrieden sind mit Behandlung, Behandlungsaspekte nicht verstehen, diese nicht passend finden, Kritik am Behandlung loswerden wollen, Behandlung als nicht wirksam erleben, und nach Alternativen in der Behandlung suchen. Hier fungieren wir im Sinne einer Ombudstelle, nehmen Beschwerden auf, agieren vermittelnd und motivieren auch, sich an entsprechenden Fachstellen Hilfe zu suchen und weiter das Behandlungssystem für Essstörungen zu nutzen.

Zielgruppenvielfalt:

Wir arbeiten integrativ unter dem systemischen Gesichtspunkten.

Alle Ratsuchenden: Betroffene Personen, Eltern, Familie, PartnerInnen, päd. Fachkräfte wie u.a. ErnährungsberaterInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, pädagogische Fachkräfte ... können sich für ihren jeweils entsprechenden (päd.) Kontext Rat und Supervision einholen und in den Beratungsprozess miteinbezogen werden, so umfangreich, und zeitnah wie nötig, manchmal lebenslang.

Angebotsvielfalt und uneingeschränkter Umfang:

Wir beraten im Einzelkontakt und Gruppenangeboten und betreuen im Sinne der Prävention, Behandlung, Nachsorge: vor, während und nach der Essstörungssymptomatik. Wir erleben und begleiten damit unsere Ratsuchenden mehr als nur in einer Phase ihres Lebens manchmal über Jahre und haben Teil an der Entwicklung der Personen, die die gesamte Lebensspanne umfassen kann. Dieses umfangreiche Wissen nutzen wir in den Beratungen. Fremdbeispiele von Gesundheit können Mut machen, Hoffnung und Kraft geben für weitere Schritte Richtung Hilfesystem und Gesundheit. Wir begleiten in jeder Phase der Essstörungen mit entsprechenden Angeboten und können zeitnah auf die Bedürfnisse unserer Ratsuchenden reagieren und ggfs. neue Angebote entwickeln.

Wir beraten zu Prävention, führen umfangreich Prävention an Schulen durch, Fortbildungen für LehrerInnen, bilden Peers aus, führen Elternabende durch.

Integrative Vernetzung:

Wir verfügen über ein umfangreiches Berliner und bundesweites Netzwerk. Wir verfügen über umfangreiche Adressen von BehandlerInnen von Essstörungen wie Kliniken, ÄrztInnen, TherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen, mit denen wir auch neue Angebote entwerfen.

Die aktive Mitgestaltung und Mitwirkung im Netzwerk Essstörungen Berlin - Brandenburg soll zur Verbesserung des Zusammenwirkens des ambulanten und stationären Versorgungssystem führen.

Methodische Vielfalt:

Durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen sorgen wir für eine Kombination von genderorientierten, körperorientierten, systemischlösungsorientierten, Klienten/innen zentrierten, tiefenpsychologischen, gestaltungstherapeutischen, psychoedukativen und suchttherapeutischen Arbeitsansätzen, die in die Arbeit mit unseren KlientInnen Anwendung finden.

Beratungsanliegen:

Beratungsanliegen in der Betroffenenarbeit: Psychosoziale Folgebeeinträchtigungen essgestörter PatientInnen bestehen oft über die essgestörte Symptomatik hinaus. Daher nimmt die psychosoziale Beratung neben der Beratung zu Essstörungen und Motivationsarbeit in Richtung Behandlung einen großen Stellenwert ein.

Ein weiterer Hauptanteil ist die Eltern/Angehörigenarbeit.

Angehörige wenden sich an das Beratungszentrum Dick und Dünn e.V., weil Sie nach Informationen suchen, weil Sie verunsichert sind im Umgang mit der Tochter/dem Sohn. Sie leiden unter Schuldgefühlen, fühlen sich hilflos, allein gelassen, haben Angst in dieser neuen Situation und

suchen nach Verständnis, Entlastung und Rat zum Umgang mit dem Kind. Hier geht es um Entlastung der Eltern, Stärkung der Eltern in Ihrer Rolle, Hilfe zur Selbsthilfe in Richtung Selbstfürsorge.

Im Klinikalltag bleibt oft wenig Zeit für Elternarbeit. Eltern erleben sich zeitweise nicht ausreichend in die Behandlung eingebunden. So geht es in der Beratungssituation mit Angehörigen nicht nur um Klinsuche, sondern auch darum, Behandlung zu verstehen, wie Sie Kinder motivieren können zu Behandlung, ggfs. diese gegen den Widerstand der Kinder einzuleiten und aufrecht zu erhalten. Ebenso dem Versuch des Umgangs mit eigenen Themen und Gefühlen, die durch die Erkrankung des eigenen Kindes ausgelöst werden.

Als Beratungszentrum sehen wir uns damit in einer Sonderstellung, die sowohl Berliner als auch bundesweite multiprofessionelle Expertise vernetzt und Lücken im Behandlungssystem ausfüllt und einen nahtlose, zeitnahe Behandlung innerhalb des Hilfesystems erleichtern soll.

2.3 Leistungen und Standards

Unsere Grundhaltung: Beratung und Selbsthilfe sind kein Ersatz für Psychologische Psychotherapie, jedoch eine notwendige und sinnvolle Ergänzung. Oft erwächst die Motivation zur Behandlung über die Beratung und / oder die Teilnahme in der angeleiteten Gruppe.

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. Hier werden jeder/m Anrufer/m zwei Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit unserem Beratungszentrum angeboten:

- die kostenlose offene Gruppenberatung
- 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.

Wir verfügen über umfangreiches und aktuelles Informationsmaterial:

Basisinformationen zu Essstörungen, Literaturempfehlungen, statistisches Material, Krisen- und Klinikadressen und –prospekte, ausführliche Darstellungen von stationären Behandlungskonzepten, Arzt- und Psychotherapeut/innenadressen, Filmlisten, Sportangebote etc.

2.3.1.2 Offene Beratungsrunden

- Jeden ersten Dienstag im Monat 10.00 Uhr und jeden Mittwoch 18-19.00 Uhr findet die offene Beratungsrunde für von Essstörungen betroffene Frauen statt.
- Jeden ersten Mittwoch im Monat von 15.00 – 16.00 Uhr findet die offene Beratungsrunde für Männer statt.
- Jeden ersten Mittwoch im Monat 16.30 – 17.30 findet die offene Beratungsrunde für Angehörige statt.
- 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 Problemlösung, das Verstehbarmachen der Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten, als auch Beratung und Vermittlung von Informationen über therapeutische Möglichkeiten stattfinden kann.

2.3.1.3 Persönliche Einzelberatung als:

Einmalberatung oder fortlaufende Beratungsreihen für Betroffene und Angehörige

- Die persönliche Einzelberatung (Dauer 50-60 Minuten) ist ein grundsätzlich freiwillig eingeleitetes Beratungsgespräch mit vorheriger Terminvereinbarung und Zuzahlungsvereinbarung nach sozialer Lage. Wir bieten Beratungseinheiten für Betroffene, Angehörige, Paare oder Familien an. Eine Einzelberatung beinhaltet zunächst eine (auf Wunsch anonyme) Erhebung sozialer und persönlichkeitsbezogener Daten, eine weitgehend ausführliche Problemlösung 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 Behandlung 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 Einmalberatung 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.
- Für Jugendliche mit Essstörungen, deren Geschwister und Freunde im Alter zwischen 13 und 18 Jahren findet jeden Dienstag 16-17.00 Uhr die kostenfreie Jugendsprechstunde statt (Einzelgespräch).

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 Betroffenen und Eltern aus den Randbezirken Berlins, wenn Wege zu lang oder aufgrund gesundheitlichen Befindens, wegen eingeschränkter Mobilität Wege nicht machbar sind. Gelegentlich werden Beratungen, die vor Ort begonnen wurden, Online oder per Telefon weiter betreut, wenn KlientInnen für das Auslandsjahr, die Stadt verlassen. Ebenso häufig wird dieses Angebot von Berliner Betroffenen genutzt, die eine große Scheu haben, eine Beratungsstelle persönlich aufzusuchen, also wegen sozialer 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 Online – Coaching: Signal – Beratung für Jugendliche

Die kostenlose, anonyme Beratung ohne Voranmeldung über das Handy richtet sich an Jugendliche mit Essstörungen, Verdacht auf Essstörungen, an deren Angehörige und Freunde im Alter zwischen 13 und 18 Jahren.

Die Signal – App wird auf das Smartphone herunter geladen.

Dienstags zwischen 17.00 und 18.00 findet dieses Beratungsangebot statt.

2.3.1.6 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 integriert werden. 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 Binge-Eating ,Disorder), 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 und werden kontinuierlich von einer Anleiterin moderiert.

2.3.1.7 Angeleitete Angehörigengruppen

Eine fortlaufend regelmäßig begleitete Angehörigengruppe arbeitet als offene Gruppe mit einem festen Termin 1x monatlich. Um an der Angehörigengruppe teilnehmen zu können, ist vorab ein 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.

2.3.1.8 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 Schlankheitsidealen, 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. Diese Angebote finden oft in Kooperation mit Selbsthilfekontaktstellen oder Stadtteilzentren und frauenspezifischen Beratungsstellen statt.

2.3.1. Präventionsangebot auf Facebook

www.facebook.com/eatandshine

Im Zuge der kommunikativen Bedarfe entstand 2016 eine Facebook - Fachseite präventiven Charakters. Hier finden sich Informationen und Austauschmöglichkeiten zum Thema Essen und Sattsein, ebenso wie die Vermittlung eines angenehmen Körper- und Selbstwertgefühls.

Wir pflegen eine achtsame Haltung orientiert an den aktuellen Standards des Datenschutzes zu sozialen Netzwerken, wie Facebook, Twitter etc.

Es gibt keine direkte Verlinkung unserer Website zu Facebook.

2.3.2 Prävention (Primär- und Sekundärprävention)

2.3.2.1. Unterrichtseinheiten für Schülerinnen und Schüler

Seit 1986 bieten wir Unterrichtseinheiten an Schulen an.

Seit 2017 bieten wir für 7. und 8. Klassen Primärprävention an: - Ess- Störungen vorbeugen !

Für 9. und 10. Klassen bieten wir Sekundärprävention an:

- Was sind Ess-Störungen, Behandlung, wie kann ich als Nicht- Betroffene/R helfen.

Unterrichtseinheiten können im Umfang von 2 oder 3 Schulstunden gebucht werden und sind sowohl in den Räumen von Dick & Dünn als auch in den Schulen selbst buchbar. Alle Angebote sind kostenpflichtig.

Die Unterrichtseinheit beinhaltet eine kritische Infragestellung des gängigen Schönheits- und Schlankheitsideals 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.

Angewendete Methoden sind:

Gruppendiskussionen für Mädchen und Jungen getrennt über männliche Dozenten, Medieneinsatz, Selbsterfahrung, Körper- und Wahrnehmungsübungen.

Plakate, Handzettel, Projektstage, Workshops an Schulen und Jugendzentren sowie kostenpflichtige Vorträge bei Elternabenden oder Schulkonferenzen und Lehrerinnenfortbildungen zu 4 Themenblöcken der Ess-Störungen können die Unterrichtseinheiten ergänzen.

2.3.2.2 Persönliche Einzelberatung oder fortlaufende Beratungsreihen für Fachkräfte (LehrerInnen)

Über kostenpflichtige Einzeltermine bieten wir eine spezielle Beratung und Information für Kollegen/innen aus psychosozialen Tätigkeitsfeldern in Form einer Beratung. 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 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 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.

2.3.2.4 Betriebliche Präventionsarbeit

Auch für Betriebe halten wir ein entsprechendes Angebot, welches sich an PersonalreferentInnen, PersonalleiterInnen, BetriebssozialarbeiterInnen, betriebliche SozialarbeiterInnen, GesundheitsmanagerInnen, BetriebsärztInnen, und MitarbeiterInnen in der betrieblichen Suchtarbeit richtet, vor.

Themen der Fortbildung ist der „Umgang mit essgestörten Mitarbeiter/innen“.

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 RollstuhlfahrerInnen können mittels Aufzug unsere Beratungsräume erreichen. Dennoch sind wir nicht barrierefrei, da große Rollstühle nicht in den Fahrstuhl passen.

2.4 Methoden und Konzepte

Folgende Konzepte und Methoden und Haltungen finden in unserer Arbeit Anwendung:

2.4.1 Beratung

Die Haltung in der klientInnenzentrierten Beratung

KlientInnenzentrierte Beratung zielt darauf ab, die Selbstheilungskräfte durch bejahendes, vorurteilsfreies Begleiten in einem Klima der Anerkennung und Wertschätzung zu fördern. Bedingungsloses Akzeptieren, einführendes Verstehen und Echtheit in der Beraterin-Klientin/ten-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.

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

Angeleitete Gruppen wirken grundsätzlich nach drei therapeutischen Prinzipien¹:

- dem Kontinuitätsprinzip,
- dem Gruppenprinzip und
- dem Selbsthilfeprinzip.

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 (Selbsthilfeprinzip). 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. 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

¹ M.L.Moeller 1978, S. 251ff.

² ebd. S. 264f.

einzelnen Gruppenmitglieder fördert die Gruppenkohäsion, stärkt das Vertrauen und festigt die Beziehungen untereinander.

Einige Elemente aus dem lerntheoretischen/verhaltenstherapeutischen Ansatz (siehe 2.4.5) können wir in abgewandelter Form (siehe hierzu auch das Handbuch für GruppenmoderatorInnen, BZgA/Köln) auch in der angeleiteten Gruppe nutzen.

2.4.3 Präventionsarbeit mit Jugendlichen

Wir bieten hierzu verschiedene Unterrichtseinheiten 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. Angehörige sollen Entlastung erfahren. 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 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)

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

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 sprachentfremdet 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.

2.4.7 Achtsamkeit

Achtsamkeit ist eine erlernbare Fähigkeit das innere Erleben mit mehr Distanz einfach zu beobachten, ohne sich in Bewertungen zu verheddern und ohne damit etwas zu tun oder zu verändern. Es hilft beim absichtsvollen und bewussten Ankommen im Hier – und Jetzt zu einer Akzeptanz und Annahme der eigenen Situation und der verschiedenen Anteile in Menschen fast ohne Bewertung zu gelangen.

Das Einüben eines liebevollen Blickes auf uns selbst führt zur liebevollen Selbstannahme und setzt Energien frei, die in Richtung aktive Gestaltung des eigenen Lebens streben.³

2.4.8 Kreative Therapien

Eine Kunsttherapie (Gestaltungstherapie) bietet ebenfalls einen nonverbalen Zugang zu Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen und innerem Erleben. Hiermit kann die Essstörung dargestellt, Beziehungen, Stimmungen- über kreative Medien mit Hilfe von Pinsel, Ton oder Musik erspürt und ausgedrückt werden.

„Ich kann das nicht „ ist eine häufige Reaktion der Essgestörten Menschen, die oft sehr leistungs- und ergebnisorientiert sind. Einfach mal drauflosmalen fällt ihnen schwer. Kreative Medien können genutzt werden, um weg vom Intellekt, von hohen Idealen zu kommen, in den Moment des Spürens zu gelangen und Körper, Geist und Seele zu verbinden, um Spannungen zu entladen, Leere zu füllen und der Beschäftigung mit dem Thema (Nicht-)Essen und Essanfälle etwas entgegen zu setzen.⁴

³Eifert / Timko: Mehr vom Leben, Wege aus der Anorexie- Das ACT-Selbsthilfebuch Belz 2012, S.110ff

⁴ Anke Nolte: Essstörungen, Hilfe bei Anorexie, Bulimie und Binge – Eating, Berlin Stiftung Waren-test, S. 105ff

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
- Bundesfachverband für Essstörungen BFE
- Deutsche Gesellschaft für Ess-Störungen
- Deutsche Adipositas Gesellschaft
- Netzwerk Essstörungen Berlin/ Brandenburg
- Suchtkoordinatorin des BA Tempelhof - Schöneberg

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
- Netzwerk Essstörungen Berlin und Brandenburg
- Netzwerk Frauengesundheit der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Frauen
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Tempelhof-Schöneberg (Fachgruppe Sucht der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Tempelhof-Schöneberg)
- Fachforum Essstörungen der Senatsverwaltung Gesundheit, Gleichstellung und Pflege

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 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 auch für MigrantInnen sichtbar zu sein, 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 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 aus. Jungen und 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 Bodybuilding⁵, Diäten und Schönheitsoperationen scheint der Körper zum Konsumgegenstand geworden zu sein.

Beratung und Behandlung von Essstörungen vor dem Hintergrund von Gender Mainstreaming bedeutet, dass Essstörungen dauerhaft nur dadurch zu bewältigen sind, dass Frauen und Männer sich mit an sie gerichteten Rollenerwartungen und Körperbildzuschreibungen 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. Medien-

⁵ Mit dem zunehmenden Körperkult sind auch immer mehr Männer von Essstörungen betroffen

kompetenz kann uns fähig machen zur kritischen Prüfung dessen, was uns als normal und schön verkauft wird.

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.

Bei Unterrichtseinheiten an Schulen setzen wir für die Schüler männlichen Honorarkräften ein.

Wir reagieren flexibel auf Nachfragen nach Beratung und Gruppenarbeit und Unterrichtseinheiten und entwickeln je nach Bedarf entsprechende Angebote für Jungen und Männer. Die Nachfrage von männlichen Betroffenen liegt 2017 bei ca. 7,5 % unseres Klientels. Männer bevorzugen in der Regel geschlechtsgemischte Gruppen (davon gibt es eine vierzehntätige Gruppe seit vielen Jahren). Frauen haben eine große Auswahl von geschlechtsspezifischen Gruppen oder eine gemischten Gruppe.

2.6.3 Freiwilligenarbeit

Freiwilligenarbeit gibt es im administrativen Bereich oder zur Unterstützung von Fachtagungen und in der Öffentlichkeitsarbeit. Ehrenamtliche erhalten einen Ehrenamtsvertrag.

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, Organisationsberatung und Intervision, 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 veröffentlichten Artikel und Stellungnahmen in der Fach- und Tagespresse.

Wir verstehen uns als Lobby für die Betroffenen von Essstörungen und setzen uns gezielt gegen Diskriminierung ein.

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 so-wie gezielten Einzelveranstaltungen und –aktionen zu bestimmten aktuell relevanten Themen (z.B. Schlankheitsspielen, Abführmittel, operative Eingriffe bei Übergewicht, Diäten, sexueller Missbrauch etc.). Hierzu nutzen wir auch unsere Internetseite, auf der wir aktuelle Themen aufgreifen.

Seit 2017 existiert eine Facebookseite mit präventivem Charakter:

Eat & Shine zum Thema:

Essen und Sattsein, Selbstwertgefühl und gutes Körpergefühl, Antigewichtsdiskriminierung

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 2018

<p>Vorstand (ehrenamtlich) Erdmute Leue und Friedrich Dreier Felicitas Häntschel</p>
<p>Projektleitung</p> <p>Carmen Schmidt</p> <p>Dipl.-Soz.-Päd. Beraterin und Entspannungsdozentin Gruppenmoderatorin bei Essstörungen</p> <p>Zuständigkeiten: Projektleitung Beratung, (soz.)Gruppenarbeit, Eltern-und-Angehörigenarbeit, Prävention, Netzwerkarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen, Sicherheitsbeauftragte</p>

Mitarbeiterinnen werden über
AOK Präventionsprojekt
finanziert

<p>Angelique Hentschel,</p> <p>Dipl.-Soz.-Päd., Sucht- und Sozialtherapeu- tin, Systemische Beraterin</p> <p>Zuständigkeiten: Stellv. Projektleitung Beratung Gruppenarbeit, soziale Gruppenarbeit Eltern- und Angehörigenarbeit Prävention</p>	<p>Martina Hartmann,</p> <p>Dipl.-Soz.-Arb., Suchttherapeutin (VDR), Systemische Beraterin für Kinder und Jugendliche</p> <p>Zuständigkeiten: Beratung, soziale Gruppenarbeit Gruppenarbeit, Eltern- und Angehörigenarbeit, Prävention, Öffentlichkeitsarbeit Fortbildungen Betreuung Onlinean- gebote</p>	<p>Renate Banze</p> <p>Dipl.-Soz.-Päd. Dipl.- Psychologin</p> <p>Zuständigkeiten: Beratung Gruppenarbeit, Eltern- und Angehörigenarbeit, Prävention, Kinderschutzbeauftragte</p>	<p>Beatrice Kaya</p> <p>Dipl.-Soz.-Päd.</p> <p>Zuständigkeiten: Beratung, Gruppenarbeit Online-Beratung, Prävention, Eltern- und Angehörigenarbeit, Qualitäts- und Datenschutzbeauftragte</p>	<p>Cecily Schalock</p> <p>Dipl.-Soz.Päd.</p> <p>Zuständigkeiten: Beratung, Online-Beratung, Prävention</p>	<p>Claudia Stein-Cassens</p> <p>Dipl.- Oecotrophologin, Ernährungsberaterin, Systemische therapeutin</p> <p>Zuständigkeiten: Beratung Gruppenarbeit Prävention</p>	<p>Danijela Farkas</p> <p>Verwaltungsangestellte</p> <p>Zuständigkeiten: Sekretariat Organisation Buchhaltung</p>
---	--	--	---	--	--	---

Geringfügig Beschäftigte:
Sylvia Baeck: Beratung, Gruppenarbeit, soz.
Gruppenarbeit, Eltern- und Angehörigenarbeit
Felicitas Kösters: Büro/Öffentlichkeitsarbeit

Freie Mitarbeiterinnen: Ehrenamtliche,
Praktikantinnen, Honorarkräfte

Anhang I

- Ess-Störungen – Diagnosen, Erscheinungsformen- Verlauf

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 V („Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders“), das von der American Psychiatric Association entwickelt wurde.

Diagnostische Kriterien nach ICD 10 und DSM V:

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

- Extreme Gewichtsabnahme (mindestens 15 % des Ausgangsgewichts) innerhalb kurzer Zeit und/oder BMI ⁶ von 17,5 oder weniger. Bei Betroffenen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
- Der Gewichtsverlust wird willentlich selbst herbeigeführt 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 (Gewichtsschwiebe), sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst angelegt!
- Gestörte Körperwahrnehmung hinsichtlich Gewicht, Größe und Form des eigenen Körpers, übertriebener Einfluss des Körpergewichts auf den Selbstwert und nicht Erkennen des Schweregrades des geringen Körpergewichtes (Körperbildstörung)
- Ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen, Nicht-Essen, Kalorien, Körperbild

Nach ICD 10 wird unterschieden zwischen einer Anorexia „*binge-eating/purging-Typs*“ (F 50.01), auch als „bulimische Anorexie oder Bulimanorexie“ bezeichnet, 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 benutzt keinerlei Laxantien/Diuretika, um weitere Gewichtsabnahme zu erreichen.

Körperliche Folgeschäden und Komplikationen bei Magersucht können sein:

Amenorrhoe (Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen) bzw die Regel setzt gar nicht erst ein. Bei männlichen Betroffenen Libido und Potenzverlust.

Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.

Schlafstörungen, Osteoporose, Hypothermie, Hypotonie, Nierenschäden bis hin zu Nierenversagen, Elektrolytimbalancen, kardiovaskuläre Veränderungen, verlangsamter Herzschlag, der zu Schwindel und Ohnmachten führen kann, Oedeme, Haarausfall, Lanugo-behaarung, niedrige Pulsfrequenz, organische Psychosen. Entwicklungsverzögerungen bei präpubertalem Beginn kann auftreten.

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.

Männer sind in jedem 10. Falle betroffen.

Weiterhin ist magersüchtiges Verhalten die lebens- gefährlichste psychiatrische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter.

⁶ Der BMI berechnet sich: Körpergewicht in kg geteilt durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat

Häufig bei Magersüchtigen sind ausgeprägte Angst- Zwangssymptome und depressive Symptome und autistische Störungen. Folgende Einflussfaktoren wirken sich negativ auf den Verlauf also auf die Heilungschancen aus: bestehende Komorbiditäten, Substanzgebrauch, Krankheitsdauer, sehr geringes Gewicht, auch hohes Alter bei Krankheitsbeginn, ebenso Erbrechen und hohe Ängstlichkeit. 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.

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

- Wiederholte Episoden von Binge- Eating Essattacken in denen große Mengen von Nahrungsmitteln in sehr kurzer Zeit konsumiert werden (mindestens 1 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 kompensatorische Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika und/oder übermäßige körperliche Betätigung (Sportbulimie), Vernachlässigung von Insulinvergabe bei Diabetikerinnen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern

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

- Selbstbewertung ist stark von Körperform und Gewicht abhängig

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.

Die Prävalenz liegt bei 2%. Ein großer Teil der Betroffenen findet keinen Weg ins Hilfesystem. Die Mortalitätsrate liegt unter der der Magersüchtigen.

Ähnlich wie bei der Anorexie können 50-70% der Betroffenen die Bulimie überwinden, 13% gehen in eine andere Ess-Störung (eher ins Binge-Eating) über, 20% zeigen einen chronischen Verlauf.

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 Medikamentenabusus sowie autoaggressiven Handlungen auf. In 50% der Fälle findet sich sexueller Missbrauch in der Anamnese.

Depressionen, mangelnde Impulskontrolle, und Suchtverhalten und Borderline- Persönlichkeitsanteile, hoher sozialer Stress, und niedriger Jobstatus wirken sich als negative Prädikatoren hinderlich auf die Genese aus.

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. Binge-Eating- Störung, Esssucht (ICD 10 F 50.4), Binge-Eating-Disorders (DSM V)

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 Wesentlich schnelleres Essen als normal
 - o Essen bis zu unangenehmen Völlegefühlen
 - o Aufnahme großer Nahrungsmengen ohne hungrig zu sein
 - o Alleinessen wegen Scham und Peinlichkeit über die Menge
 - o Ekelgefühle, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Depressivität nach den Essanfällen
- Durchschnittlich mindestens 1 Fressanfälle pro Woche über mindestens 3 Monate
- Es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle
- 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 1,9% Frauen, 0,3 % Männer, 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.

Auch ohne Behandlung scheint die Binge-Eating-Störung vergleichsweise positiv zu verlaufen. Das Übergewicht bleibt jedoch meistens weiter bestehen. (-!0% gehen in eine Bulimie über.

Der Schweregrad der Essstörung, ein negatives Körperbild und interpersonelle Probleme wirken sich negativ auf den Verlauf aus.

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.

Atypische/andere spezifizierte Essstörung

Mehr als die Hälfte der Essstörungsdiagnosen ist gemäß der Diagnostik keiner der drei Kategorien zuzuordnen. Sie werden den atypischen Essstörungen (ICD 10), bzw den nicht näher bezeichneten Essstörungen (DSM V) zugeordnet.

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.

Verhaltenstherapie

(Kognitive) Verhaltenstherapie

Diese Behandlungsform beruht auf der Erkenntnis, dass für das Erleben und Verhalten von Menschen vor allem dessen Lerngeschichte verantwortlich ist. Das bedeutet, wenn man aufgrund schwieriger Lebensbedingungen (z. B. Konflikte in der Familie) ein „ungünstiges“ Verhalten (z. B. Essanfälle) oder Erleben (z. B. Minderwertigkeitsgefühle) gelernt hat, kann man dieses Muster an häufig selbstschädigenden Denkstilen, Gefühlen und Verhaltensweisen mit den Mitteln der (kognitiven) Verhaltenstherapie auch wieder verlernen und dafür hilfreiche, neue Verhaltensweisen, Denkstile und Gefühlsreaktionen erlernen.

Auch wird der Umgang mit zwischenmenschlichen Problemen aufgegriffen und es werden bei Bedarf der Partner oder andere Familienmitglieder in die Therapie einbezogen. Der Begriff „kognitiv“ bezieht sich auf Denkmuster, welche verändert werden sollen, wenn sie schädlich für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden sind. In der kognitiven Verhaltenstherapie wird mit konkreten Vereinbarungen, Übungen (z. B. Rollenspielen zur Bearbeitung zwischenmenschlicher Konflikte) und auch Hausaufgaben (z. B. dem Führen von Tagebüchern zum Essverhalten) gearbeitet.⁷

Psychoanalyse

In der Psychoanalyse wird angenommen, dass unbewusste Konflikte und Erlebnisse in der Vergangenheit psychische Erkrankungen mit verursachen und aufrechterhalten. In der Therapie lernt die Patientin grundlegende Dinge in der Beziehung zu sich selber und zu anderen Menschen emotional neu zu bewerten und zu verändern.

Psychoanalytische Behandlungsmethoden kommen bei jungen Patientinnen mit einer Essstörung als Erstbehandlung nicht infrage. Sie können im Einzelfall sinnvoll sein, wenn sich nach der Behandlung der Essstörung weiterhin gravierende zwischenmenschliche Probleme und Probleme im Selbsterleben finden. Es gibt bislang keine Studien zur Effizienz der Psychoanalyse im Hinblick auf Essstörungen.⁸

Interpersonelle Psychotherapie

Die interpersonelle Psychotherapie geht davon aus, dass eine Essstörung durch zwischenmenschliche Probleme entstanden ist oder aufrechterhalten wird. Dies können zum Beispiel Konflikte mit dem Partner, Verlust einer nahestehenden Person, Schwierigkeiten durch Veränderungen in den Lebensumständen oder chronisch unbefriedigende Beziehungen sein. Die Behandlung erfolgt über eine Lösung dieser zwischenmenschlichen Probleme. Zu Beginn werden in einer Analyse die zwischenmenschlichen Probleme der Patientin erhoben, an denen nachfolgend in der Therapie systematisch gearbeitet wird. Die Wirksamkeit in der Behandlung der Bulimie und der Binge-Eating-Störung wurde nachgewiesen. Die interpersonelle Psychotherapie gehört

⁷ Patientenleitlinie „Diagnostik und Behandlungen“ 1. Auflage 2015, S.32

⁸ Ebd., S. 33

aber nicht zu den in der deutschen wissenschaftlichen Leitlinie empfohlenen Behandlungen, da die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen werden.⁹

¹⁰

Familien-basierte Therapie

Bei Kindern und Jugendlichen hat sich die Familien-basierte Therapie als wirksam erwiesen. Dabei lernen die Eltern, wie sie ihr Kind bei der Bewältigung von Essstörungen unterstützen können. Manchmal werden Gespräche mit den Eltern allein, manchmal mit allen Familienmitgliedern geführt. So können Konflikte gelöst, aber auch ein Gleichgewicht zwischen Kontrolle und Eigenständigkeit der Jugendlichen gefunden werden.

Weitere Behandlungsoptionen, die eine Psychotherapie ergänzen können, sind:

- Körperorientierte Methoden
- Medikamentöse Behandlung
- Ernährungstherapie (bei Magersucht; aber als alleiniger Ansatz nicht ausreichend)

...außerdem als eigenständige Behandlungsmethode die angeleitete Selbsthilfe.¹¹

Körperorientierte Methoden

„Körperorientierte Methoden“ ist ein Sammelbegriff für alle Behandlungsformen, bei denen der Körper im Mittelpunkt der therapeutischen

Arbeit steht. Dazu gehören zum Beispiel die

konzentrierte Bewegungstherapie und die Tanztherapie als psychotherapeutische Methoden oder auch Methoden zur Entspannung, Atem- und Sporttherapie.

Medikamentöse Behandlung

Bei Essstörungen ist nur in Einzelfällen bei Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung sowie bei begleitenden Erkrankungen (zum Beispiel zur Besserung der Symptome von Depressionen oder Ängsten) die Behandlung mit Psychopharmaka sinnvoll. Jedes Medikament hat neben der erwünschten Wirkung auch unerwünschte Nebenwirkungen wie zum Beispiel Schwindelgefühle oder Übelkeit. Sie sind beherrschbar und vergehen meist von allein wieder. Wenn Sie ein Medikament nehmen müssen, dann lassen Sie sich von Ihren Ärzten über mögliche Nebenwirkungen informieren.¹²

Ernährungstherapie

Ernährungstherapie kann als begleitende Maßnahme neben einer ambulanten Psychotherapie sinnvoll sein, um wieder ein normales Essverhalten zu erlernen und Informationen darüber zu bekommen, wie eine ausgewogene, ausreichende und gesunde Ernährung aussieht.

Erforderlich ist sie als ein Element einer multimodalen Therapie bei der stationären Behandlung schwerer Essstörungen. Als alleinige Maßnahme ist sie zur Behandlung einer Essstörung nicht geeignet.¹³

⁹ Patientenleitlinie „Diagnostik und Behandlungen“ 1. Auflage 2015, S.33

¹⁰ Ebd. S.33

¹¹ Ebd. S. 34

¹² Ebd. S.35

¹³ Ebd. S. 35

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 geschlechtsspezifischen 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 Geschichtlichkeit 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 eigenverantwortlichen 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

Wunderer, Eva: Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen, Belz 2015

Patientenleitlinie "Diagnostik und Behandlungen von Essstörungen" 1.Auflage 2015

Eifert / Timko: Mehr vom Leben, Wege aus der Anorexie- Das ACT-Selbsthilfebuch Belz 2012

Anke Nolte: Essstörungen, Hilfe bei Anorexie, Bulimie und Binge – Eating, Berlin Stiftung Waren-test 2013

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

Baeck, Sylvia: Immer Ärger mit dem Essen...
Essstörungen erkennen und handeln
Ratgeber für Angehörige

Barmer GEK , Postfach 11 07 04, 10837 Berlin, Mai 2003

Baeck, Sylvia: Nichts als Essen im Kopf von Selbstbewußtsein, Schönheitsidealen und Körperwahrnehmung
Barmer GEK , Postfach 11 07 04, 10837 Berlin, Mai 2003

Baeck, Sylvia:

Grünwald-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, Neuauflage 2018

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 schulpsychologischen 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 EURO-BESITAS, 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 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 Jähriges. 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 Satelitenübertragung 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. Teambesprechungen 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 Selbsthilfepfadweiser 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 Abschlussstagung 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 Essstörungenbereich ein Interventionsforum ein. Die Sekretärin Frau Gumpert geht in Rente, Dagmar Janzcyk übernimmt das Sekretariat.

2015 Aufgrund von Krankheit gibt es eine Neubesetzung unseres Sekretariats ab 6/2015. Frau Farkas wird eingestellt. Eine Kollegin geht ab 30.6.2015 bis 12 /2016 in den Mutterschutz. Frau Schallok unterstützt das Team in Vertretung für sie. Eine weitere Kollegin fällt wegen Krankheit für mehrere Monate aus;-Sylvia Baeck und Gerda Ihnen bleiben uns als Honorarkräfte als Beraterinnen weiterhin erhalten. Das Leitbild wird gekürzt. Die Räume werden komplett renoviert und erhalten teilweise neues Mobiliar, wir erhalten eine neue Küche. Gründung der Body-Image-Kampagne. Aktiv gestalten wir eine Anti-Diät- Aktion „ NO DIET TALK AT X-MAS“ auf der Schlossstr. in Steglitz. Wir erhalten das Paritätische Qualitätssiegel mit sehr gut. Neue Ehrenamtliche unterstützen uns im Onlinebereich. Das Netzwerk Berlin –Brandenburg entwirft eine neue Online- Plattform, auf der wir uns als Beratungsstelle präsentieren.

2016 Frau Kösters unterstützt uns als Honorarkraft in Verwaltung und der Öffentlichkeitsarbeit. Für die Moderation der angeleiteten Gruppen konnten wir Frau Stein-Caßens gewinnen, Frau Banze übernimmt die Elterngruppe von Frau Baeck. Die AOK-Nordost übernimmt Kosten für die Prävention an 6 Schulen aus dem Landesprogramm „Gute gesunde Schule“. Hierbei wird Frau Schallok von der männlichen Präventionskraft, Herrn Wehlan, der die Einheiten für Jungen übernimmt, unterstützt. und Herr Miklitz wird für die Präventionsarbeit eingearbeitet. Aus unserem Imageflyer heraus entstehen 6 neue Flyer, die sich an unsere unterschiedlichen Zielgruppen richten. Über den Messenger „Signal“ können Jugendliche jetzt per Handy beraten werden.

Auf unserer neu eingerichteten Facebookseite „Eat & Shine“ finden Jugendliche und junge Erwachsene eine Anlaufstelle, die sich mit Schönheits-und Körperbildern, ebenso mit Ernährungsregeln beschäftigt. Bitter und Süß feiert sein 10 jähriges Bestehen dazu wird Dick & Dünn eine Beitrag verfasst, welcher in dem Buch: „Ihr sorgt doch nur für mich, weil ihr Geld damit verdient“ NHW, Westkreuzverlag 2016, S. 155ff gedruckt wird.

Wer unsere Beratungseinrichtung in Zukunft finanziell unterstützen möchte, ohne selbst Geld spenden zu wollen, kann dies seit 2016 über die Spendenplattform: „Betterplace“, das charity-shopping: „gooding“ und „boost“, ebenso über die Nutzung der Suchmaschine „benefind“.

Ein Tanz- und Bewegungstherapeutisches Angebot mit der Psychologin und Tanz- Bewegungstherapeutin Annalisa Maggiani findet statt. Yogalehrerin Frau Alexandra Kleinheinrich mit ihrer Aktion Sozial Spirit. bietet 6 Frauen mit Essstörungen in den Räumen von Dick& Dünn 10 Sitzungen Yoga kostenlos an. 6 Ehrenamtliche unterstützen uns mit der Facebook- Seite.

2017 Aufgrund von Krankschreibung der Projektleitung übernimmt A. Hentschel die Stellvertretung. Frau Kaya kehrt aus der Elternzeit zurück. Mit der AOK- Nordost entsteht ein Pilotprojekt zur Früherkennung und Frühbehandlung von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Projekt Gute gesunde Schule wird praktisch an den Schulen umgesetzt. Bei der Rezertifizierung durch SQ-Cert erhalten wir 90%. Wir nehmen Teil an der Podiumsdiskussion in der Kultur

brauerei nach der Filmvorführung „Embrace“, ebenso an der Pressekonferenz der AOK zur Früherkennung bei Essstörungen.

Frau C. Schmidt übernimmt die Projektleitung. Ihren Posten als Vorstand gibt sie ab.

2018 Das Projekt Gute gesunde Schule wird ausgewertet. Die AOK –Nordost übernimmt die Finanzierung für die Module (leider nicht die Finanzierung der Personalstelle) eines neuen umfangreichen Konzeptes. Dieses wird von Frau Schallock maßgeblich erarbeitet und beinhaltet umfangreiche Unterrichtseinheiten für SchülerInnen, LehrerInnen, PeerhelferInnen und Eltern, welches 2019 an 3 Schulen erprobt werden soll. Wir nehmen neue Vereinsmitglieder auf; Frau Felicitas Häntschel wird zur 2. Vorsitzenden gewählt. Die neue Satzung wird in der Mitgliederversammlung angenommen. Gerda Ihnen (Honorarkraft) verabschiedet sich endgültig von Dick & Dünn. Mit dem Expertengremium des BMG entwerfen wir der 3. Flyer Essstörungen – Was kann ich tun? Informationen für Lehrkräfte, pädagogische und psychosoziale Fachkräfte. Im November startet die Organisation der Tagung für Wohngruppen „Partizipation“ in Kooperation mit Bitter und Süß. Von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung erhalten wir im Rahmen einer befristeten Aufstockung Gelder u. a. für die Installierung einer barrierearmen Internetseite, neuer Kopierer und für Personalmittel.