



Klinik
Hohe Mark



Therapiekonzept

Essstörungen

Behandlung von Patientinnen
und Patienten mit Essstörungen

Psychotherapie | Psychosomatik



DGD Stiftung
Mehr als
Medizin



Impressum:

DGD Klinik Hohe Mark gGmbH, Friedländerstraße 2, 61440 Oberursel

Telefon: 06171/204-0
 Telefax: 06171/204-8000
 E-Mail: klinik@hohemark.de
www.hohemark.de

Chefärzte der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik:
 Dr. Friederike Vogel, Dr. Sebastian Krug

Verantwortlich für den Inhalt dieses Konzepts:
 Dr. med. Heike Thomas, (Oberärztin, Hauptautorin)
 Dr. med. Friederike Vogel, Dr. med. Sebastian Krug (Chefärzte)
 Stand März 2026

Inhaltsverzeichnis

1.	Institutionelle Einbindung der Klinik	4
2.	Das Therapiekonzept für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen	5
2.1.	Behandlungsvoraussetzungen	7
2.1.1.	Zielgruppe und Indikation	9
2.1.2.	Aufnahmevoraussetzungen und Aufnahmeverfahren	10
2.1.3.	Nachsorge	11
3.	Zur praktischen Durchführung der Therapie	11
3.1.	Besonderheiten im essspezifischen Setting	12
3.1.1.	Essvertrag	12
3.1.2.	Mahlzeiten	12
3.1.3.	Schöpftisch	13
3.1.4.	Kochgruppe	13
3.2.	Einzeltherapie	13
3.2.1.	Familien- und Paargespräche	14
3.3.	Gruppentherapien	14
3.3.1.	Kompetenzgruppe/Visitengruppe	14
3.3.2.	Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie	14
3.3.3.	Basis-Essgruppe/Psychoedukationsgruppe	15
3.3.4.	Erlebnisorientierte-interaktionelle Gruppe	15
3.3.5.	Achtsamkeitsgruppe	15
3.3.6.	Selbstversorgungsgruppe und Stationsdienste	16
3.4.	Spezialtherapeutische Angebote	16
3.4.1.	Körper- und Bewegungstherapie	16
3.4.2.	Maltherapie	17
3.4.3.	Gestaltungstherapie	17
3.4.4.	Theatertherapie	17
3.4.5.	Sozialdienst	18
4.	Diagnostische / therapeutische Dokumentation	18
5.	Therapieevaluation	19

1. Institutionelle Einbindung der Klinik

Die DGD Klinik Hohe Mark ist eine gemeinnützige Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin. Unter dem Motto „Fachlich kompetent – christlich engagiert – herzlich zugewandt“ arbeiten fast 500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Standorten Oberursel und Frankfurt am Main. Therapeutische Schwerpunkte liegen in der Behandlung von Depressionen, Burnout, Suchterkrankungen, Trauma-Folgestörungen, Essstörungen und psychosomatischen Erkrankungen.

Die DGD Klinik Hohe Mark gehört zum Verbund der DGD-Kliniken. Träger ist die Stiftung des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes mit Sitz in Marburg. Gemeinsames Ziel der DGD-Kliniken ist, auf christlicher Grundlage die einzelnen Patientinnen und Patienten als Menschen in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen und zugleich eine medizinische und pflegerische Versorgung auf höchstmöglichem Qualitätsniveau zu gewährleisten. Über den DGD ist die Klinik ebenfalls Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland.



2. Das Therapiekonzept für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen

Essstörungen beginnen meist schon im Jugendalter und betreffen am häufigsten – aber keineswegs ausschließlich – junge Frauen. Eine Essstörung zieht sich oft über Jahre hin, beeinträchtigt den Tagesablauf und die Lebensgestaltung und kann zu ausgeprägten körperlichen Folgeschäden führen. Die Symptomatik geht mit einem hohen Leidensdruck bei den Betroffenen und auch bei deren Familien einher. Häufig wird im Verlauf der Erkrankung die gesamte Lebensführung von der Essstörung bestimmt, sodass die Menschen mit einer Essstörung unter Umständen nicht mehr ihren Alltag und ihre beruflichen Aufgaben bewältigen können. Das Thema „Essen“ wird bisweilen zum einzigen Lebenssinn und es bestehen häufig enge Verbindungen zwischen der Regulation von Gefühlen, dem Selbstwerterleben und dem Essverhalten. Das Denken engt sich ein, die Stimmung schwankt, soziale Situationen werden gemieden und so kommt es zu einem Kreislauf von psychischen Symptomen und körperlicher Beeinträchtigung sowie einer Störung der Körperwahrnehmung (sogenannte „Körperschemastörung“). Die Ursachen sind komplex, lassen sich also nicht auf eine einzige Hauptursache

(wie z. B. bestimmte familiäre Konstellationen) zurückführen. Auch sind Essstörungen oft mit anderen seelischen Erkrankungen verbunden, insbesondere mit Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen oder Borderline-Störungen. Zur Behandlung von Essstörungen gibt es in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik der DGD Klinik Hohe Mark seit dem Jahr 2000 ein eigenes spezifisches Behandlungsangebot. Derzeit können auf einer gemischten psychotherapeutischen Station bis zu max. 10 Patienten und Patientinnen mit Essstörungen behandelt werden. Viele der ärztlichen, psychologischen, pflegerischen oder anderweitigen Therapeutinnen und Therapeuten haben in Bezug auf die Essstörungserkrankung eine Expertise entwickelt oder spezifische Weiterbildungen absolviert, so dass ein hoher Standard in der Behandlung sichergestellt ist. In unserem spezifischen Essstörungen-setting werden Menschen mit folgenden Erkrankungen behandelt:

- Anorexia nervosa (Magersucht)
- Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)
- Binge-Eating-Störung
- Sogenannte atypische Essstörungen und weitere Erkrankungen aus dem Spektrum der Essstörungen

Anorexien sind dadurch gekennzeichnet, dass durch Einschränkung des Essverhaltens und andere Maßnahmen (Erbrechen, vermehrter Sport, Gebrauch von Abführmitteln oder Appetitzüglern) ein Gewichtsverlust herbeigeführt wird, sodass das Körpergewicht deutlich unter der Norm liegt; der Body-Mass-Index liegt unter $18,5 \text{ kg/m}^2$. Es kann zu erheblichen bis hin zu lebensbedrohlichen körperlichen Folgeschäden kommen.

Bei der **Bulimie** kommt es zu häufigen Essanfällen, bei denen große Mengen an Nahrungsmitteln gegessen und anschließend – selbst herbeigeführt – wieder erbrochen werden. Auch hier beschäftigen sich die Betroffenen ständig mit dem Gewicht und dem Essen und empfinden sich als zu dick, obwohl sie meist eher schlank sind und versuchen, durch weitere Maßnahmen ihr Gewicht zu reduzieren.

Patientinnen und Patienten mit **Binge-Eating-Störung** berichten über häufige Essattacken, bei denen sie das Gefühl haben, ihr Essverhalten nicht kontrollieren zu können und große Mengen von Nahrungsmitteln verzehrt werden. Kompensationsmechanismen wie Erbrechen werden nicht eingesetzt. Dadurch entwickeln die Betroffenen oft ein erhebliches Übergewicht (BMI oft über 30 kg/m^2), das zu einem zusätzlichen Leidensdruck und häufig auch zu körperlichen Erkrankungen führt.



Atypische Formen von Essstörungen, bei denen die Symptome nicht einer der bisher genannten Gruppen eindeutig zugeordnet werden oder deren diagnostische Kriterien nicht vollständig erfüllt sind, spielen im Alltag eine große Rolle. Essstörungen können auch im Rahmen von Depressionen oder anderen seelischen Erkrankungen auftreten und dabei eine erhebliche Eigendynamik entwickeln. Stationäre Behandlung ist indiziert,

- wenn die Erkrankung soweit eskaliert ist, dass die Betroffenen ihr altes Essverhalten zwar aufgeben wollen, dies aber trotz ambulanter Behandlung nicht gelingt.
- wenn zusätzlich Suizidgedanken oder Selbstverletzungen auftreten. Bei starker Ausprägung kann zunächst eine akutpsychiatrische Behandlung erforderlich sein.
- wenn die Essstörung zu erheblichen körperlichen Folgeschäden geführt hat, hierbei kann auch zunächst eine internistische Behandlung erforderlich sein.
- wenn Begleiterkrankungen (z. B. schwere depressive Symptome, Zwänge, Ängste, Persönlichkeitsstörungen oder andere seelische Beeinträchtigungen) vorliegen.

Unsere Therapie ist an der spezifischen Symptomatik und den Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten orientiert, die Behandlung wird individuell



angepasst und beruht auf den bestehenden Behandlungsleitlinien der entsprechenden deutschen Fachgesellschaften. Im Vordergrund steht – wie bei jeder Psychotherapie – zunächst der Aufbau einer sicheren und vertrauensvollen Beziehung zwischen Patientin bzw. Patient und unserem Team. Weiterhin ist die Vermittlung von Informationen zur Erkrankung und Behandlung (Psychoedukation) ein wichtiger Bestandteil unserer Therapie. Eine große Herausforderung ist es für sehr viele Betroffene, das regulierte Essen wieder neu zu erlernen und mit den damit einhergehenden körperlichen Veränderungen zurecht zu kommen, so dass das Arbeiten an emotionalen Regulationsfähigkeiten, das Erzielen von Stabilität und die Förderung von Ressourcen im Verlauf der Behandlung eine große Rolle spielen. Neben der konkreten Normalisierung des Essverhaltens widmen wir uns therapeutisch auch Themen der inneren Entwicklung und Reifung. Identitätsfragen finden ebenso Platz wie Fragen nach beruflicher Perspektive, Beziehungskonflikte und andere indi-

viduelle Themen. Nicht immer können in der mehrwöchigen Behandlung alle gewünschten Behandlungsziele erreicht werden. Trotzdem sind auch kleinschrittige Behandlungserfolge sinnvolle und hilfreiche Ergebnisse von Psychotherapie, die eine Verbesserung der Lebensqualität und eine bessere Alltagsbewältigung ermöglichen und zu einer stabileren seelischen Gesundheit beitragen. Gelegentlich erfolgt daher eine mehrphasige stationäre Behandlung in Intervallen, ambulante Psychotherapie ist dann in der Zwischenzeit dringend erforderlich. Unser stationäres Setting bietet ein vielfältiges Netz an Behandlungs- und Unterstützungsangeboten und im therapeutischen Milieu bestehen viele Möglichkeiten der Reflexion und Auseinandersetzung. Im Rahmen unseres beziehungsorientierten Ansatzes arbeiten wir neben den ärztlich oder psychologisch durchgeführten Einzeltherapien mit dem „Bezugspflegesystem“: Jede Patientin und jeder Patient wird einer spezifischen Pflegeperson zugeordnet, welche sowohl die pflegerischen und therapeutischen

Belange als auch die konkrete Essensplanung und Besprechung der Esstagebücher gemeinsam mit im Blick hält. Dazu gehört ein wöchentliches Gespräch, in dem die pflegerische Bezugsperson die Patientin oder den Patienten im individuellen Therapieprozess unterstützt. Weiterhin finden neben den Einzel- auch Gruppenpsychotherapien Platz, wie Kompetenzgruppe, Psychoedukation, Achtsamkeitsgruppe, erlebnisorientiert-interaktionelle Gruppe und spezifische Gruppenangebote nach Indikation (Angstgruppe, Gruppe bei Schlafstörungen, DBT-Angebot, etc.). Hinzu kommen spezialtherapeutische Angebote wie Gestaltungs- und Maltherapie, Theatertherapie sowie Körper- und Bewegungstherapie. Eine gut ausgebaute Arbeitstherapie steht für die Gesamtklinik zur Verfügung, die unsere Abteilung sowohl für arbeitsvorbereitendes Training bei entsprechender Indikation als auch als Übungsfeld bei arbeitsbezogenen Konflikten nutzt. Unser Sozialdienst führt Beratungen zu verschiedenen sozialen Fragen durch, wie z.B. Orientierung in der Vielzahl möglicher rehabilitativer Maßnahmen und deren Finanzierung. Ein besonderes Merkmal unserer Klinik insgesamt ist ihre überkonfessionell christliche Ausrichtung. Diese äußert sich in einem allen Patientinnen und Patienten offenstehenden Angebot an Veranstaltungen und Seelsorge, das bei Interesse wahrgenommen werden kann und durch die Klinikseelsorge koordiniert wird. Dieses umfasst Gottesdienste, Gesprächs-

gruppen zu Lebens- und Glaubensfragen, Einzelseelsorge und Andachten.

2.1.1. Zielgruppe und Indikation

Wir behandeln Patienten und Patientinnen mit Essstörungen ab der Vollendung des 18. Lebensjahres, die aus eigenem Antrieb ihr Essverhalten ändern wollen. Komorbide psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Ängste und Zwänge können mitbehandelt werden. Wenn die Essstörung mit einer floriden psychotischen Symptomatik oder mit einer stoffgebundenen Suchterkrankung (legale und/oder illegale Suchtmittel) verbunden ist, wird in der Regel vorrangig eine psychiatrisch ausgerichtete Behandlung mit Fokus auf die entsprechende Erkrankung benötigt. Auch akute Suizidalität, schwere Impulskontrollstörungen oder schwerwiegende posttraumatische Symptome mit Dissoziationen benötigen andere therapeutische Rahmenbedingungen.

Bei ausgeprägten körperlichen Folgeschäden (Herzrhythmusstörungen, schwere diabetische Stoffwechsellage etc.) muss zunächst eine internistische Behandlung erfolgen. Ambulante Gespräche zur Klärung der stationären Behandlungsindikation werden bei uns ab einem BMI von mindestens 13,5 kg/m² durchgeführt, für stationäre Aufenthalte setzen wir einen Mindest-BMI von 14,5 kg/m² voraus, Sondenernährung wird in unserem Setting nicht durchgeführt.

2.1.2. Aufnahmevoraussetzungen und Aufnahmeverfahren

Zur Anmeldung für einen Aufenthalt in unserem Esssetting benötigen wir einen kurzen Eigenbericht über die aktuelle Situation, Vorgeschichte und Therapieziele sowie eine kurze Befürwortung des niedergelassenen behandelnden Arztes/Ärztin mit Informationen über den Therapiestand, körperliche Begleiterkrankungen und Medikation. Schon vor der hiesigen stationären Aufnahme sollte eine ambulante psychotherapeutische - und ggf. auch psychiatrische Behandlung begonnen oder gebahnt sein, damit nach der stationären Behandlung im ambulanten Rahmen weitergearbeitet werden kann und möglichst schon eine sichere therapeutische Beziehung im Alltag/im Außen besteht.

Aufgrund unseres Therapiekonzeptes muss körperlich-medizinische Stabilität bestehen sowie Mobilität und Gefährlichkeit. Ausstehende medizinische Diagnostik muss vor der Aufnahme abgeschlossen sein. Die äußeren Lebensverhältnisse (Wohnen, Finanzen, rechtliche Verfahren) sollen soweit geklärt sein, dass sich die Patientinnen und Patienten wohnortfern ohne wesentliche Ablenkung der psychotherapeutischen Behandlung widmen können. Ein vorheriger stationär psychiatrischer oder psychotherapeutischer Aufenthalt sollte mindestens drei Monate zurückliegen.

Wir führen für das stationäre Esssetting vor Beginn der Behandlung ein ambulantes Gespräch, in welchem die aktu-

elle Situation, die Vorgeschichte und das Behandlungsziel Platz finden. Dabei können unter anderem auch Fragen zum Behandlungsablauf geklärt werden, da neben dem psychotherapeutischen Behandlungsangebot auch feste Regeln zur Nahrungsmittelaufnahme bestehen, was häufig für die Betroffenen eine große Herausforderung darstellt; Essverträge und Einzelheiten des therapeutischen Settings werden hier besprochen. Diese Gespräche zur Indikationsklärung für die stationäre Essstörungsbehandlung finden über unsere Fachambulanz für Essstörungen statt. Hier erhalten Sie auch weitere Informationen über ambulante Hilfsangebote wie Beratungsstellen für Essstörungen und Selbsthilfegruppen. Sollte noch keine ambulante Psychotherapie bestehen, können ggf. bis zur stationären Aufnahme überbrückend Gesprächstermine vereinbart werden. Tel.: 06171 204 3073 oder per E-Mail: essstoerungsambulanz@hohemark.de.

Bei weiteren Fragen berät sie unser Aufnahmemanagement, dort können Sie auch ein Merkblatt für die stationäre Behandlung anfordern: Tel: 06171 204-5900 oder per E-Mail: patientenmanagement@hohemark.de

2.1.3. Nachsorge

Nach der stationären Behandlung sollte die Therapie im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie weiter fortgesetzt werden. Hilfreich ist auch der Besuch von Selbsthilfegruppen oder das Aufsuchen von spezifischen Beratungsstellen. Eine mehrwöchige Behandlung ist stets nur ein Schritt auf einem längeren Therapieweg. In Ausnahmefällen können in unserer psychotherapeutischen Ambulanz zur Stabilisierung ambulante Termine oder eine Nachsorge erfolgen, falls bis zum Zeitpunkt der Entlassung noch kein ambulanter Therapieplatz gefunden wurde.

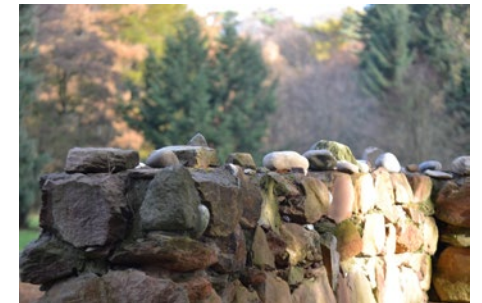
3. Zur praktischen Durchführung der Therapie

Die erste Zeit der Behandlung dient dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung, die für jede psychotherapeutische Behandlung grundlegend ist. Erst in einer vertrauensvollen Beziehung kann es gelingen, auch über schambesetzte Themen und Verheimlichung zu sprechen, die oft mit Essstörungen verbunden sind. Eine biografische Anamnese wird erhoben, außerdem ist die aktuelle Symptomatik der Krankheit bedeutsam und steht im Vordergrund.

In den ersten Tagen wird eine sorgfältige Diagnostik durchgeführt; dazu gehören eine körperliche Untersuchung inklusive des neurologischen Status,

Laboruntersuchungen und ein EKG. Neben Unter- und Übergewicht können auch Schäden an Zähnen, Knochen und Gelenken, Hautveränderungen, Hormonstörungen (Verlust der Monatsblutung), Herzrhythmusstörungen etc. vorhanden sein. Behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen müssen jedoch vor dem hiesigen stationären Aufenthalt abgeklärt und behandelt sein.

Der psychopathologische Befund, der bei Aufnahme erhoben wird, wird gegebenenfalls durch testpsychologische Untersuchungen ergänzt.



Besondere Berücksichtigung finden Denken, Erleben und Verhalten: Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Selbstwertgefühl, Wahrnehmung des eigenen Körpers (Körperschemastörungen), Diäten, „verbotene“ Speisen, Essanfälle und Vermeidung von Essen, gegensteuerndes Verhalten (Sport, Erbrechen, Abführmittel).

All diese Aspekte werden in Teamsitzungen und Supervisionen gemeinsam besprochen. Nur so kann gewährleistet werden, dass nicht ein entscheidender

Aspekt unberücksichtigt bleibt. Im weiteren Therapieverlauf erhält jede Patientin und jeder Patient in der Regel pro Woche eine Einzeltherapiesitzung bei einer Person aus dem ärztlichen oder psychologischen Team und im Rahmen der Bezugspflege. Die Teilnahme an den angebotenen Gruppen bestimmt sich aus der aktuellen Symptomatik und dem entsprechenden Behandlungsbedarf, eine regelmäßige Teilnahme am Behandlungsprogramm ist erforderlich. Weiterhin findet wöchentlich eine oberärztliche Visite, in regelmäßigen Abständen auch eine chefürztliche Visite statt. Eine psychopharmakologische Behandlung wird von uns in Absprache mit den Patientinnen/Patienten bei bestehender Indikation leitliniengerecht begonnen, fortgeföhrt oder entsprechend angepasst. Gegen Ende der Behandlung muss die Entlassung in den Fokus der Therapie gerückt werden. In dieser Phase soll eine gelungene Ablösung aus dem Therapiesetting ermöglicht werden, das neu Erlernte integriert und gefestigt werden, parallel aber auch die Außenorientierung wieder hergestellt werden. Es sind die für die nächste Zeit anstehenden Fragen zu klären, wie private Beziehungen, Wohnung, Arbeit und ambulante Anschluss-therapie. Welche Rahmenbedingungen und Unterstützung im Alltag sind nötig, um auch ambulant das hier wiedererlernte regulierte und regelmäßige Essen beizubehalten? Weiterhin werden Belastungserprobungen ins häusliche Umfeld durchgeführt.

3.1. Besonderheiten im ess-spezifischen Setting

3.1.1 Essvertrag

Das therapeutische Vorgehen und die sich aus der Erkrankung ergebenden Therapieziele werden zu Beginn besprochen und es wird ein individueller Therapievertrag (sogenannter „Essvertrag“) abgeschlossen. In diesen Vertrag wird z. B. Gewichtszunahme bzw. -abnahme, der Verzicht auf Abführmittel, die Teilnahme an den Mahlzeiten, das Föhren eines Essstagebuchs, der Verzicht auf zusätzliche Nahrungsaufnahme außerhalb der festen Mahlzeiten und regelmäßige Gewichtskontrollen vereinbart.

Bei anorektischen Essstörungen arbeiten wir mit einem Stufenvertrag. Die Therapiestufe ergibt sich aus dem Gewicht der Patientinnen und Patienten. Bei einem sehr niedrigen Ausgangsgewicht kann die Teilnahme zunächst nur an bestimmten Therapieformen und unter Einschränkung der Ausgänge erfolgen, mit zunehmendem Gewicht kommen weitere Therapieformen und längere Ausgangszeiten hinzu.

3.1.2 Mahlzeiten

Zentral ist die regelmäßige Teilnahme an den drei Hauptmahlzeiten, die im Speiseraum der Station gemeinsam mit allen Mitpatientinnen und Mitpatienten eingenommen werden. Zu Beginn der Behandlung erhalten die Patientinnen und Patienten portionierte Kost. Die Portionen werden gemeinsam mit der pflegerischen



Bezugsperson festgelegt und gegebenenfalls im Blick auf die Gewichtsentwicklung angepasst.

Im Anschluss an die Mahlzeiten bleiben die Patientinnen 30 Minuten im Speiseraum und föhren ein Esstagebuch. Oft geraten die Patientinnen und Patienten mit verbindlichen Gewichtsvorgaben bei den Mahlzeiten unter einen zunehmenden Druck. Im Esstagebuch bringen sie ihre Eindrücke, Gedanken, Geföhle und Erinnerungen in Bezug auf das Essen/die Mahlzeit zum Ausdruck. Das Esstagebuch wird jede Woche mit der pflegerischen Bezugsperson sorgfältig besprochen.

3.1.3 Schöpftisch

Etwa ab der zweiten Hälfte der stationären Behandlung üben die Patientinnen und Patienten beim Mittagessen an einem eigenen Tisch das Portionieren der Speisen. Dadurch wird ein zunehmendes Maß an Eigenverantwortung eingeübt, eine begleitende Person aus dem therapeutischen Team steht für entstehende Fragen und zur Hilfestellung zur Verfügung.

3.1.4 Kochgruppe

In einer der letzten Wochen der stationären Behandlung bereiten die Patientinnen und Patienten in einer kleinen Gruppe ihr Mittagessen in enger Absprache mit der/dem Ernährungstherapeutin/en selbst zu. Sie suchen ein passendes Rezept aus, setzen die erforderlichen Mengen ein und kaufen die Nahrungsmittel selbst ein und verzehren die Mahlzeit dann gemeinsam nach dem Kochen.

3.2 Einzeltherapie

Die Einzeltherapie erfolgt in der Regel in 50-minütigen Sitzungen, die bei Bedarf auch geteilt werden können. Wir föhren tiefenpsychologisch fundierte oder verhaltenstherapeutische Einzeltherapie durch, die durch spezifische Ansätze wie z.B. Schematherapie, Innere-Kind-Arbeit oder IRRT (zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen) ergänzt werden. Neben der ärztlichen oder psychologischen Einzeltherapie findet wöchentlich ein Gespräch mit der Bezugspflege statt. Im bezugstherapeutischen Gespräch haben neben den konkreten Planungen

für das Essen eher Beziehungsprobleme und Fragen der praktischen Lebensorganisation Raum, während das ärztlich-psychotherapeutische Gespräch einen Schwerpunkt in der Arbeit an inneren Konflikten und der Persönlichkeitsorganisation hat. Neben der Regulierung des Essverhaltens sollen stabilisierende Fähigkeiten gefördert werden: Sich selbst reflexiv wahrzunehmen, eigene Impulse und Affekte zu steuern und den Selbstwert zu regulieren, mit sich selbst nach innen (und dementsprechend nach außen) zu kommunizieren, Bilder und Erinnerungen wichtiger guter Bezugspersonen nutzen, um sich selbst besser zu steuern und zu regulieren. Bei Krisen, insbesondere bei innerem Druck zu erbrechen, Essen außerhalb der Mahlzeiten zu sich zu nehmen oder sich selbst zu verletzen, erwarten wir, dass die Patientin/der Patient sich umgehend beim Pflorgeteam meldet und über die Spannungszustände spricht. Es werden bei Bedarf z.B. sogenannte „Skills“ (Mechanismen zur Spannungsreduktion) erarbeitet.

3.2.1 Familien- und Paargespräche

In manchen Fällen ist es hilfreich, den Partner/die Partnerin oder die Eltern in einem gemeinsamen Gespräch in die Therapie einzubeziehen. Im Verlauf der Behandlung kann ein gemeinsamer Termin angeboten werden, um richtungsweisende Fragen und Anliegen zu klären. Für spezifische und langfristige Anliegen, die im engeren Sinne einer Paar-

oder Familientherapie bedürfen, müssen im ambulanten Bereich entsprechende Behandlungsangebote in Anspruch genommen werden.

3.3 Gruppentherapien

3.3.1 Kompetenzgruppe Visitengruppe

In der wöchentlich stattfindenden, oberärztlich geleiteten Gruppe nehmen jeweils die Hälfte der Patienten und Patientinnen im Wechsel teil, sodass jede/r alle zwei Wochen davon profitieren kann. In der Gruppe werden interaktionelle Konflikte, eigene Probleme im Außen und Innen oder allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit bestimmten Themen (z.B. Abschied, Krankheitserleben, Selbstwert) in den Mittelpunkt gestellt. Die Themen werden durch die Therapeuten und Mitpatientinnen aufgenommen, ergänzt und ressourcenorientiert bearbeitet. Über die Hilfsfunktion der oberärztlichen Leitung oder anderer Mitglieder des therapeutischen Teams können Affekte und Gedanken identifiziert und modifiziert und ggf. auch „Antworten“ gegeben werden. Auf diese Weise wird Wahrnehmung und Wertschätzung vermittelt und Nachreifung sowie konstruktive Lösungsansätze entwickelt.

3.3.2 Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie

Diese Gruppe folgt dem Konzept eines

analytisch-interaktionellen Modells. Es werden konkrete Probleme thematisiert (z. B. bei der gemeinsamen Mahlzeit beobachtet zu werden, das individuelle Essverhalten einzelner Teilnehmenden, die mit Angst erlebte Gewichtszunahme etc.) und die dem Symptom zugrunde liegenden psychodynamischen Hintergründe werden fokussiert. Dazu gehören z. B. Identifikationsfragen oder die Fragen des Selbstbildes, Erfahrungen mit Gefühlen oder Grenzsetzungen, die Auseinandersetzung mit tief verwurzelten Botschaften der Eltern und weitere Themen.

3.3.3 Basis-Essgruppe/ Psychoedukationsgruppe

In dieser Gruppe werden den Patientinnen und Patienten detaillierte Informationen zu Mechanismen der Essstörung, zu ausgewogenem Essverhalten und zu den Zusammenhängen zwischen den Esssymptomen und psychischen Vorgängen vermittelt. Die Teilnehmenden erarbeiten sich in interaktiver Form und mit praktischen Übungseinheiten neue Erkenntnisse, die sie in speziellen Hausaufgaben vertiefen sollen. Die Gruppe beinhaltet verschiedene essstörungsspezifische Module, die Anleitung erfolgt durch verschiedene Berufsgruppen aus dem Team, vorwiegend durch psychologische Leitung. Es können neue Handlungskompetenzen und ein Verständnis für sich und die bestehende Symptomatik entwickelt werden.

3.3.4 Erlebnisorientierte- interaktionelle Gruppe

Zu Beginn dieser therapeutisch geleiteten Gruppentherapie wird ein Interaktions-spiel oder eine Symbolarbeit durchgeführt, möglichst mit Beteiligung aller anwesenden Gruppenmitglieder. Die Teilnehmenden kommen auf klare Vorgaben nonverbal ins Handeln und können das zunächst oft unbewusst Geschehene im gemeinsamen Gespräch mit der Gruppe reflektieren und sich mit zugehörigen Verhaltensmustern auseinandersetzen. Daraus entwickelt sich die Chance, kreativ zu experimentieren und neues Verhalten einzuüben, z. B. eine andere Position in der Gruppe einzunehmen. Ein besonderer Profit besteht in den wechselseitigen Rückmeldungen untereinander, es kann sowohl stützend, als auch aufdeckend gearbeitet werden.

3.3.5 Achtsamkeitsgruppe

In dieser pflegerisch geleiteten Gruppentherapie werden die Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Übungen angeleitet, einen bewussteren Umgang mit eigenen Wahrnehmungen, Gefühlen, Gedanken, Handlungen und dem eigenen Körper zu erlernen. Dies hilft dabei, körperlichen und seelischen Stress zu vermindern sowie dysfunktionale Verhaltensweisen zu erkennen und zu ändern. Innere Achtsamkeit wird als Weg gezeigt, um Gefühl und Verstand in ein Gleichgewicht zu bringen. Achtsamkeit, Stresstoleranz, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Emotionsregulation und Selbstwert werden gefördert.

3.3.6 Selbstversorgungsgruppe und Stationsdienste

In der wöchentlichen Selbstversorgungsgruppe mit allen Patientinnen und Patienten der Station werden die Stationsdienste (z.B. Blumen-, Küchen- und Ordnungsdienst) verteilt und Fragen des Zusammenlebens auf der Station besprochen und koordiniert. Die Stationsdienste bieten die Chance, dass sich Patientinnen und Patienten in definierten Übungsfeldern und Verantwortungsbereichen ausprobieren und im Umgang mit sich selbst und mit anderen wahrnehmen können. In der Selbstversorgungsgruppe steht das Wahrnehmen, Ansprechen und Lösen aufgetretener Konflikte im Vordergrund, daneben das Entdecken und Nutzen von Alltagsressourcen. Auch kreative Ideen und Anregungen von Patientinnen und Patienten zur Gestaltung von Abläufen und Stationseinrichtungen werden auf-

gegriffen, diskutiert und gegebenenfalls umgesetzt. Das ermöglicht ein direktes Erleben von Selbstwirksamkeit.

Die Gruppen laufen nach genau festgelegten Regeln ab, die eine Leitung der Selbstversorgungsgruppe durch eine Patientin/Patient ermöglicht. Insbesondere dieses Amt der Leitung und Moderation kann Erfahrungen mit sich bringen, die in der therapeutischen Arbeit eingebunden sowie zur Symptombewältigung genutzt werden können.



3.4. Spezialtherapeutische Angebote

3.4.1 Körper- und Bewegungstherapie

Körperschemastörungen engen die Wahrnehmung des eigenen Körpers der Patientinnen und Patienten ein bzw. verfälschen sie. In der Gruppe für Körperwahrnehmung werden bewusste Körpererfahrungen vermittelt, z. B. durch das Berühren verschiedener Materialien oder durch das wechselseitige Nachbilden der Körperumrisse mit Seilen durch die Patientinnen/Patienten und durch die Therapeutin. Unterstützt wird dieses Therapieangebot durch Beobachtungen vor dem Ganzkörperspiegel mit anschließendem Protokoll des eigenen emotionalen Betroffenseins und der konkreten Beschreibung wichtiger Eindrücke in der oft lange gemiedenen Begegnung mit dem eigenen Körper. Zum Aufgabenspektrum weiterer Gruppenangebote unserer Körper- und Bewegungstherapie gehört neben der Erfahrung des eigenen Körpers auch die Beziehungsaufnahme zu anderen Gruppenmitgliedern und zur ganzen Gruppe.

3.4.2 Maltherapie

Einmal pro Woche treffen sich die Patienten und Patientinnen unter therapeutischer Anleitung zum Malen zu einem vorgegebenen Thema oder einer vorgegebenen Technik. Auf diese Weise erfahren die Teilnehmenden, wie sie durch



Malen auch schwer erträgliche Gefühle ausdrücken und über den Ausdruck diese besser verarbeiten können. Die Ausdrucksfähigkeit wird gefördert, positive innere Bilder können entwickelt werden. Eine besondere Verstärkung erfährt dieses Erleben, wenn in der gemeinsamen Bildbetrachtung die Bilder vorgestellt und Rückmeldungen erfolgen, so kann die eigene Perspektive erweitert und ein vertieftes Verständnis für sich und das Geschaffene gewonnen werden.

3.4.3 Gestaltungstherapie

In der Gestaltungstherapie können unter der Anleitung einer Kreativtherapeutin auf nonverbaler Ebene bei möglichst offenen oder fehlenden Vorgaben Erfahrungen mit dem eigenen Selbst gemacht werden, quasi „begreiflich“ werden. Techniken und Werkstoffe können aus den zur Verfügung stehenden Materialien ausgewählt werden, in der Ausdruckszentrierung finden symbolisch Empfindungen, Gefühle und innere Bilder eine Form. Der Schwerpunkt liegt im praktischen Tun und Erleben, in der Abschlussrunde kann das Erlebte in Worte gefasst und aus der Distanz betrachtet werden. In dieser Gruppe können auch zur Erweiterung der Handlungskompetenz Werk-

stücke gefertigt und so schöpferische Fähigkeiten und Selbstheilungskräfte aktiviert werden.

3.4.4 Theatertherapie

Theatertherapie knüpft an den intuitiven, den kompetenten und den kreativen Persönlichkeitsanteilen des Menschen an. Über die Arbeit mit dem Körper und den verschiedenen Spielformen wird den Teilnehmenden ein „Spiel-Raum“ eröffnet, in dem eigene Verhaltensmuster sichtbar und neue Handlungsmöglichkeiten ausprobiert werden können. Zu den Spielformen gehören beispielsweise die Improvisation, die Figurenarbeit und das Geschichtenentwickeln. Dabei bietet die eingenommene Rolle einen Schutz, um auch wenig integrierte Anteile und Gefühle zugänglich und erlebbar zu machen.

3.4.5 Sozialdienst

Viele psychische Erkrankungen haben soziale Auswirkungen, so auch im Bereich der Essstörungen. Soziale Probleme können auch Erkrankungen verursachen oder beeinflussen. Hier nimmt der Sozialdienst der DGD Klinik Hohe Mark eine wichtige therapieergänzende und therapieunterstützende Funktion wahr.

Das Team des Sozialdienstes berät und begleitet bei psychosozialen Fragestellungen, vermittelt individuell regional und überregional an weiterführende Dienste. Die besonderen Fragestellungen der Betroffenen mit Essstörungen werden dabei berücksichtigt.

Besonders bei der Planung und Vorbereitung medizinischer oder beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Wiedereingliederung am Arbeitsplatz), bei der Beantragung Betreuten Wohnens, bei Informationen über Wohngruppen für Menschen mit Essstörungen, Adressen von Beratungsstellen und wohnortnahen Einrichtungen für psychosoziale Hilfen oder bei der Planung einer tagesklinischen Weiterbehandlung wird Unterstützung geleistet.

4. Diagnostische therapeutische Dokumentation

Über die Aufnahmegespräche und die Anamnesen sowie über den Therapieverlauf werden Protokolle erstellt, die Bestandteil unserer elektronischen Patientenakte sind. Hier werden auch Informationen über Einzel- und Gruppentherapien sowie über die Spezialtherapien zusammengetragen und es erfolgt eine Dokumentation der Medikation, der Laborwerte und der medizinisch-pflegerischen Maßnahmen.

Dies ist im Rahmen des Qualitätsmanagements notwendig, dient zur besseren Vernetzung und unterliegt selbstverständlich dem Datenschutz.

Nach Abschluss der Therapie wird ein ausführlicher Bericht verfasst, der sich in erster Linie an die einweisende Person richtet und der außerdem wichtige Informationen für die Weiterbehandlung beinhaltet. Eine Weitergabe dieses Berichtes erfolgt in jedem Fall nur bei



ausdrücklicher Zustimmung der Patientin oder des Patienten. Wenn der Weitergabe des Berichtes nicht zugestimmt wird, was in Einzelfällen vorkommt, speichern wir den Bericht intern als Katanese ab. Wir benachrichtigen die einweisende ärztlichen oder psychologische Praxis dann kurz über diese Entscheidung des Patienten bzw. der Patientin. Insgesamt ist uns Datenschutz ein wichtiges Anliegen. Auch in späteren Jahren werden patientenbezogene Daten nur mit ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung der Patientinnen und Patienten an Therapeuten oder Institutionen weitergegeben. Der Umgang mit Daten und deren

Verarbeitung steht unter ständiger Aufsicht eines internen und eines regelmäßig berichtenden Datenschutzbeauftragten.

5. Therapieevaluation

Für jede Institution ist es wichtig, regelmäßige Rückmeldungen darüber zu erhalten, ob die geleistete Arbeit effektiv und erfolgreich ist. Die gesetzten Ziele sind allerdings naturgemäß sehr verschieden.

Für uns als psychotherapeutisch-psycho-somatische Abteilung ist die am meisten interessierende Frage, ob es für unsere Patientinnen und Patienten durch die Behandlung zu einer Besserung der Lebensqualität gekommen ist. Wichtigste Messgröße ist hier eine nachweisbare Reduktion der anfangs beklagten Symptome – im besten Falle deren Verschwinden.

Zu diesem Zweck führen wir stichprobenartig eine ständige Patientenbefragung zu Anfang und zu Ende der Therapie durch.

Die Ergebnisse werden laufend an die zuständigen Therapeutinnen und Therapeuten zurückgemeldet und zusammenfassend in zweijährigem Abstand im „Therapeutischen Qualitätsbericht“ der Klinik Hohe Mark veröffentlicht.

Die bisherigen Ergebnisse sind äußerst positiv und ermutigend. Im Durchschnitt profitieren Patientinnen und Patienten aller Abteilungen stark von einer Behandlung in der DGD Klinik Hohe Mark.



**Klinik
Hohe Mark**

DGD Klinik Hohe Mark gGmbH

Friedländerstraße 2 | 61440 Oberursel

Telefon 06171 204-0 | info@hohemark.de | www.hohemark.de

Stand März 2026 / Nachhaltigkeit: Diese Broschüre wurde auf PEFC-zertifiziertem Papier gedruckt (PEFC/04-31-3130).