

Persönliche PDF-Datei für Mannhardt S.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Esstörungen

e&m Ernährung und
Medizin

2025

33–38

10.1055/a-2535-4198

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *e&m Ernährung und Medizin* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 1439-1635

Essstörungen

(K)ein Thema für die ambulante, professionelle ernährungstherapeutische Beratung?

Sonja M. Mannhardt

Immer mehr Menschen mit gestörtem Essverhalten suchen professionelle Hilfe. Jedoch sind stationäre und ambulante psychotherapeutische Behandlungsplätze rar und haben oft lange Wartezeiten. Eine ambulante ernährungstherapeutische und ernährungspsychologische Beratungsfachkraft kann hier eine verlässliche Anlaufstelle über den gesamten Therapieverlauf hinweg sein und die Betroffenen in Form von Hilfe zur Selbsthilfe unterstützen und begleiten.



Vertrauensvolle Atmosphäre: Ambulante Ernährungstherapie mit psychologischer Komponente ist ein wichtiger Baustein in der professionellen Behandlung von Menschen mit Essstörungen. Symbolbild. © Prostock-studio/stock.adobe.com

Einleitung

Während manifeste Essstörungen rasant zunehmen [1] und immer mehr Menschen mit gestörtem Essverhalten Hilfe und Unterstützung bei ambulanten Ernährungstherapeuten suchen, fehlen offizielle Daten zur riesigen Gruppe der „Not-otherwise-specified-Störungen“. Obwohl die Begleitung betroffener Klienten tagtägliche Arbeit von Ernährungsfachkräften ist, wird ihnen vielfach trotz des Sym-

ptoms Essverhalten, die Berechtigung und Kompetenz abgesprochen, diese Hilfesuchenden beraten und begleiten zu können. Zwar gibt es Leitlinien, die die Ernährungstherapie als Teil von stationärer Behandlung nennen [2], doch *wie* genau ambulant tätige ernährungstherapeutisch, ernährungspsychologische Beratungsfachkräfte mit Betroffenen vor, während und nach einer stationären Behandlung arbeiten, ist bisher so gut wie nicht thematisiert.

In diesem Artikel wollen wir Licht ins Dunkel bringen und beleuchten, wie wir ernährungsmedizinisch, pädagogisch und ernährungspsychologisch geschulten Ernährungsfachkräfte unseren Beitrag leisten.

Vorbeugung – Essen als Totalphänomen ist mehr als sich ernähren

„Mir scheint, dass das ganze Wissen über Ernährung die Menschen eher irritiert. Es ist, als ob die Befähigung verloren geht, auf den eigenen Körper zu hören und ihn so anzunehmen, wie er ist.“ [3]

FALLBEISPIEL

Frieda P. kommt aus eigenem Antrieb zur ambulanten Ernährungstherapie. Sie habe trotz umfangreichen Ernährungswissens „Probleme mit dem Naschen“ und fühle sich wegen Social Media einfach nicht mehr wohl in ihrem Körper. Sie trackt seit geraumer Zeit ihre Ernährung, hat von Longevity gehört, ist passionierte Biohackerin, lebt nach Ernährungsplänen, konsumiert Nahrungsergänzungsmittel wie Bonbons und versucht seit Jahren, möglichst gesund zu leben. Sie trinkt nicht, kennt jede gesunde Ernährungsbotschaft, ist weder übergewichtig, noch hat sie andere somatische Störungen. Doch mit ihrem Naschen kommt sie, trotz ihrer eisernen Disziplin und Vernunft, ohne Unterstützung nicht mehr klar. Im Gegenteil: Je mehr Druck sie sich macht, auch noch dieses Verhalten zu bekämpfen, desto schlimmer werden ihr Naschverhalten, ihre Scham und ihre Schuldgefühle. Ihr Wunsch nach Kontrolle, Orientierung und Sicherheit wächst. Immer restriktiver werdendes Essverhalten ist ihr Instrument.

So wie Frieda P. im Fallbeispiel gibt es mittlerweile unzählige Klienten in den Praxen ambulanten ernährungstherapeutischer Kolleg:innen. Der Übergang von gestörtem Essverhalten zu einer Essstörung ist fließend. Die „Du musst, du sollst, du darfst nicht“-Parolen der Ernährungskommunikation, der erhobene Zeigefinger vieler (selbsternannter) Experten, das propagierte kollektive, gezügelte Essverhalten, der Trend zur Selbstoptimierung und die Verschmelzung von Ernährung und Identität, scheinen sich bei Vielen langsam ins Gegenteil zu verkehren.

Merke

Die Medien sind voll von Themen und vermeintlichen Experten rund um das Thema Ernährung, gesundes Essen und einem „richtigen“ Essverhalten. Dies kehrt sich bei immer mehr Menschen in ein „ungesundes“ Gegenteil.

Der aktuelle Trendreport Ernährung 2025 zeigt auf, was gerade in der Gesellschaft zu beobachten ist [4]. In unseren Praxen sehen wir tagtäglich, wie sich gut gemeinte Trends in Richtung Gesundheit langsam ins Gegenteil verkehren. Die Extreme nehmen zu, wie auch Schuld, Scham oder Angst, etwas falsch zu machen. Das macht nicht nur die ambulante Ernährungstherapie bei manifesten Essstörungen, sondern auch die Vermeidung von gestörtem Essverhalten zu einem riesigen Betätigungsfeld für ernährungspsychologisch geschulte, ernährungstherapeutische und ambulant tätige Ernährungsfachkräfte. Ziel: Sicherheit und Halt zu geben und die Balance zwischen den sich immer mehr abzeichnenden Ernährungs-Extremen zu wahren. Doch wo beginnt gestörtes Essverhalten und wo eine Essstörung nach ICD-10, ICD-11 und DSM-5?

Erstkontakt mit Betroffenen

„Der Mensch ist kein wiederholbares Serienprodukt, der Mensch ist keine identisch reproduzierbare Fertigware. Der Mensch ist vielmehr von der Zeugung an eine einmalige unwiederholbare Individualität.“ [5]

Es gibt unzählige Formen von Essstörungen, die im ICD-10, ICD-11 und DSM-5 klassifiziert und beschrieben werden. Insbesondere die OSFED, EDNOS (Other Specified Feeding or Eating Disorders) sowie UFED, die nicht näher bezeichneten Fütter- und Essstörungen, zeigen, wie vielfältig die Erscheinungsbilder von Essstörungen sind [6–9]. Charakteristisch ist allen beschriebenen „Störungen“ ein auffälliges Essverhalten, das von einem Extrem, der totalen Askese, über das streng restriktive, rigide, gezügelte Essverhalten bis hin zum anderen Extrem, der viel zu hohen Energiezufuhr und Fressattacken, reichen kann [10].

Weil für „Not-otherwise-specified-Störungen“ letztendlich nur die Selbstauskunft und ein subjektiver Leidensdruck vorliegt, ist die allererste Anlaufstelle bei „Essproblemen“ die ambulante Ernährungstherapie.

Merke

Nicht jeder mit einem Ess- oder Naschproblem kommt mit einer sauberen psychiatrischen Diagnose zur Ernährungstherapie, aber jeder mit einem Essproblem benötigt Hilfe zur Selbsthilfe.

Es gibt weder die Essstörung noch geht ein gestörtes Essverhalten wieder „weg“, denn für Betroffene ist das Verhalten nicht „gestört“, sondern eine nützliche Gewohnheit. Und selbst wenn Menschen mit einer manifesten Essstörung zugewiesen werden, ist die allgemeine Diagnose und allgemeine Beschreibung von Symptomen nicht gleichzusetzen mit den Ursachen einer Störung [11]. Man muss sich daher im Erstkontakt sehr intensiv dem Einzelnen zuwenden – unabhängig von einer oder keiner Diagnose –, um zu erkennen, was is(s)t, was wirkt, was benö-

tigt wird und was die Gründe für ein zunächst nur subjektiv empfundenes Essproblem sind. Leidet Frau P. aus dem Fallbeispiel „nur“ subjektiv unter ihrer Naschlust, weist sie bereits ein gestörtes Essverhalten auf oder ist sie bereits auf dem Weg in eine manifeste Essstörung? Genügt es, Frau P. Wissen zu gesunder Ernährung zu vermitteln, oder braucht Frau P. jenseits der Wissensvermittlung etwas anderes und wenn ja, was?

PRAXISTIPP

Fragebogen

Screening-Tools für Essstörungen gibt es zuhauf, doch was existiert für Frauen wie Frau P. und ambulant tätige Ernährungstherapeuten? Um eine erste, grobe Differenzierung zwischen gestörtem Essverhalten und manifester Essstörung vorzunehmen, gibt es seit 2008 einen Fragebogen, der geeignet ist, im Assessment bereits vor einer medizinisch-psychiatrischen Diagnosestellung zu klären, welche Bereiche betroffen sind [12]. Interessierte können den Fragebogen bei der Autorin bestellen; er ist noch unveröffentlicht.

Was ambulante Ernährungstherapie vor einer medizinisch-psychotherapeutischen Therapie leisten kann

Merke

Eine Ernährungstherapie unterstützt von Essstörungen Betroffene dabei, Schritt für Schritt zu einem normalen Essverhalten und Gewicht zurückzufinden [13].

Da zu Beginn eines Hilferufs häufig weder klar ist, ob eine Essstörung vorliegt oder es sich nur um ein „gestörtes, gezügeltes, rigides, unausgewogenes, extremes etc.“ Essverhalten handelt, ist i.d.R. zu Beginn eines Beratungsprozesses oder sogar Behandlungsprozesses, eingeleitet durch Arzt, Psychiater oder Psychotherapeuten, die Einstufung nicht bekannt. Erst eine fundierte Datenerhebung, ein strukturiertes Vorgehen nach G-NCP [14], bestehend aus 5-stufigem Assessment und präzisen Ernährungsdiagnosen, bringt erste Klarheit über die vorliegenden Phänomene und ermöglicht die weitere Planung sowie den Beginn von wirkungsvollen Interventionsmethoden, die geeignet sind, „das Gewicht und Essverhalten zu normalisieren“ [10]. Doch was bedeutet normalisieren? Das Therapienetz Essstörungen [13] sagt dazu Folgendes:

- ausreichende Portionsgrößen und ausgewogene Mahlzeiten zur Deckung des individuellen Nährstoffbedarfs
- das Beachten körpereigener Signale zur Bestimmung von Hunger und Sättigung, sie zu hören und ihnen zu vertrauen

- eine nachhaltige Beziehung zum Essen aus einem ausgewogenen Ansatz heraus, frei von negativen oder verzerrten Gedanken über sich selbst

Wir meinen: Allein durch den strukturierten, qualitätsgesicherten „Nutrition Care Process“ [14] erfüllen ernährungspsychologische Ernährungstherapeuten etliche der derzeit formulierten APA-Empfehlungen zum Assessment und zur Behandlung von Essstörungen (► **Tab. 1**) [15].

Was ambulant tätige Ernährungsfachkräfte im „Notfall“ leisten können

„Ich hätte viel früher kommen sollen, aber niemand hat mir gesagt, dass es so etwas gibt.“ (Frau P. aus dem Fallbeispiel)

Nicht selten kommt es vor, dass Patienten von ihren Angehörigen angemeldet werden, doch was sich beim Erstkontakt zeigt, ist häufig ein akutes Geschehen. Betroffene mit einem Body-Mass-Index (BMI) unter 14 kg/m² bei schwerer Magersucht kommen seit der Coronavirus-Pandemie häufiger in die ambulante Ernährungstherapie. In diesen Fällen ist keine klassische ernährungstherapeutisch-psychologische Beratung vonnöten, sondern ein „Notfallmanagement“, bestehend aus:

- sofortiger Einbezug des Hausarztes
- Kontaktadressen von Psychosomatikern und Psychotherapeuten aushändigen
- bei Suizidalität Meldung machen und die Empfehlung aussprechen, sofort in der nächsten Klinik in der Notaufnahme vorzusprechen
- eine stabile Berater-Klient-Beziehung bieten und die Zeit überbrücken, bis das Therapienetz greift

Es kommt auch vor, dass sich eine manifeste Essstörung hinter einer somatischen Erkrankung oder hinter komplexen Krankheitsbildern verbirgt. So kann es geschehen, dass manche Klientinnen oder Klienten in der Ernährungstherapie von Entwicklungstraumen, Verschickung, Gewalterfahrung erzählen oder schon massive Ängste und Zwangshandlungen zur Sprache kommen. Es kann sein, dass es sich um noch relativ unbekannte Essstörungen handelt, wie z. B. die vermeidende/restriktive Essstörung ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder). Auch nicht unüblich ist, dass Kliniken nur bei Suizidalität schnelle Therapieplätze vergeben, die Aufnahme von Betroffenen unter BMI 14 kg/m² hingegen ablehnen. Und es kommt vor, dass die frustrane Suche nach schneller, ambulanter Psychotherapie Wartezeiten bis 9 Monate nach sich zieht.

Merke

Die ambulante Ernährungstherapie ist häufig die einzige stabile Beziehung und verlässliche Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige – insbesondere bei langen Wartezeiten auf Psychotherapieplätze.

► **Tab. 1** Assessment und Behandlungsplan nach APA (zusammengefasst von 16 auf 8 Schritte) und adaptiert an den NCP-Assessment-Prozess der professionellen Ernährungstherapie (Mannhardt; 2025).

	To-do-Liste
Die Schritte sollten nicht nur für die Behandlung gelten, sondern auch für die verantwortungsvolle ernährungstherapeutische Beratungstätigkeit nach NCP-Prozess-Kriterien	1. Screening auf das Vorhandensein einer Essstörung als Teil von Assessment und Evaluation Essstörung oder gestörtes Essverhalten?
	2. Anthropometrie und Ermittlung des Ausgangszustands
	3. Häufigkeit, Intensität und Zeit, die Betroffene mit kompensatorischem Verhalten verbringen
	4. Client-History – Krankengeschichte; wann begonnen?; begleitende Umstände, Trigger, psychosoziale Faktoren; was wurde bereits unternommen?; Zeit, die Betroffene mit Essen, Gewicht und Körper verbringen; Komorbiditäten, familiäre Prädisposition für Essstörungen und psychiatrische Erkrankungen; psychosoziale Faktoren
Nicht in den APA-Empfehlungen, aber Teil einer professionellen Ernährungstherapie	5. Labordaten
	6. Ernährungsbezogene körperliche Befunde und Symptome
	7. Anamnese des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens <ul style="list-style-type: none"> ▪ auffällige Verhaltensweisen (Erbrechen, Abführmittel, Vermeidung, Tracking etc.) ▪ Verhaltensweisen rund um Lebensmittelauswahl, Mengenrestriktion ▪ Verhaltensweisen rund um Bewegung
	8. Der NCP-Prozess der Ernährungstherapie erfordert eine anschließende Ernährungsdiagnose. Im Anschluss an die Datenerfassung wird eine umfassende Ernährungsdiagnose gestellt. Dazu nutzt der Prozess das PESR-Statement-Verfahren. Die Diagnose kann sich im Verlauf der Therapie ändern und wird immer wieder angepasst. Erst danach werden geeignete Maßnahmen ergriffen, um die darin Betroffenen zu unterstützen, ihr Verhalten zu ändern (Interventionen).

Was ambulant tätige Ernährungsfachkräfte während und nach stationärer Therapie und/oder Psychotherapie leisten können

„It is apparent that dietitians require good communication skills and humanistic qualities to build positive relationships with patients. Patients strongly desire individualised nutrition care and greater involvement in care. Ensuring dietitians are able to incorporate patient-centred practises during care (PCC) requires further research.“ [16]

Essen ist ein biologisches, soziales, psychologisches, kulturelles, traditionelles Totalphänomen. Da Essverhalten nur jenseits von Wissensvermittlung verstehbar und zu „normalisieren“ ist, braucht es Fachkräfte, die sich mit sämtlichen Dimensionen des Ernährungs- und Essverhaltens auskennen und Hilfe zur Selbsthilfe geben können [17].

Da Essen und Probleme mit Essverhalten zentrales Thema und Symptom jedes gestörten Essverhaltens und jeder Essstörung sind, wäre es wünschenswert, nicht nur stationäre Kolleg:innen in die Ernährungstherapie einzubeziehen, sondern die ambulante, begleitende ernährungstherapeutische Beratung gezielt zu nutzen.

PRAXISTIPP

Während Betroffene in stationären Einrichtungen „versorgt“ werden, sorgen sich Angehörige zu Hause unversorgt weiter. Ernährungspsychologisch geschulte Ernährungstherapeuten können ambulant unterdessen einen wichtigen Beitrag leisten, um Eltern und Geschwister durch „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu stützen und zu unterstützen.

A. Theobald erklärt in seinem Buch: „Bedauerlicherweise ist die Evidenz der Wirksamkeit von Ernährungstherapie als integraler Bestandteil und eigenständiger Disziplin im Rahmen der ambulanten Therapie bei Essstörungen noch nicht ausreichend belegt“ [10].

Was ernährungspsychologisch qualifizierte Ernährungsfachkräfte neben ernährungsmedizinischer, ernährungswissenschaftlicher und diätetischer Fachkompetenz leisten können:

- Sie sind in der Lage, gute und tragfähige Berater-Klient-Beziehungen zu bilden.
- Sie zeigen Mitgefühl und empathisches Verhalten.

- Sie verfügen über wirkungsvolle Kommunikationskompetenz.
- Sie individualisieren und personalisieren ihre Beratungskompetenz.
- Sie sind in der Lage, zu ermutigen.
- Für „Patient-centered-Care“ bringen sie genügend Zeit mit [16].
- Sie betrachten den Beratungsprozess als „Hilfe zur Selbst- und Verstehenshilfe“, bei dem nicht eine Störung oder ein Symptom beseitigt werden soll, sondern am Symptom-Verhalten gearbeitet wird. Das bedeutet: Alles, was sich rund um Essen, auf dem Teller, um den Teller herum und über den Tellerrand hinweg abspielt, wird mit den Betroffenen betrachtet und die Frage geklärt, wozu ist dieses Verhalten gut? Gemäß dem Menschenbild der Individualpsychologie, mit der bereits viele Kolleg:innen arbeiten: Jedes Verhalten, und sei es noch so schädlich, hat Sinn und dient einem positiven Zweck [18].

Zu guter Letzt

Was ein Psychotherapeut, ein Medizinethiker, eine Klientin uns lehren

Anna, 16 Jahre, verfasste ein Gedicht: „Ich wurde einst als Samen in die Erde gesetzt. Ich fing an zu sprießen und zu wachsen. Nun bin ich ein junger Baum. Doch kann ich nicht wachsen, wie ich möchte. Ein Baum darf nicht zu breit, nicht zu schräg, nicht zu hoch und nicht zu krumm sein. Nein jeder Baum ist verpflichtet schön, anständig zu wachsen. Ich würde gerne so wachsen wie ich will, doch es ist, wie wenn Zäune um mich gebaut wurden, die meinen Ästen keinen Platz lassen, die mich einengen. Ich befürchte, als alter Baum werde ich denken: Ich bin nicht gewachsen wie ich wollte und es würde zu spät sein.“ (Quelle: Privatbesitz Mannhardt).

In seinem Buch schreibt H. Richter [11]: „Eine Diagnose sagt nicht aus, was los ist, und psychische Diagnosen wechseln häufig Symptome mit Krankheit. Doch ein Symptom ist weder die Krankheit, noch sagt das Symptom etwas über die Ursachen aus. Statt Fremdbestimmung braucht es Ansätze, die Autonomie und Selbstbestimmung fördern. Es braucht den Blick für das große Ganze, die Legitimierung des Nicht-Messbaren. Es geht um schrittweises, dialogisches, exploratives Handeln, das situationsorientiert erfolgt. Es geht um ein integratives Denken, damit es gelingt, Patienten und ihre Probleme mit Komplexitätskompetenz zu erfassen und sie mit Hilfe zur Selbsthilfe zu begleiten, dass sie autonome Lösungen und Essentscheidungen treffen können, gleichgültig, ob „nur ein Naschproblem“ vorliegt, oder wir es mit einer manifesten Essstörung zu tun haben.“

Und der Autor G. Maio erklärt [19]: „Dazu braucht es die Fähigkeiten, sich einzulassen; es benötigt das angemessene Sprechen, Geduld, Reflexivität, Feinsinn und tiefe Wertschätzung für jeden Patienten, Demut und eine Ethik der Sorge.“

Genau deshalb sind zumindest prof e.a.t. ESSperthen und Absolventen der Akademie für Beratung und Philosophie der Ansicht, dass alle Essstörungen ein wichtiges und zentrales Thema für die ambulante, professionelle ernährungstherapeutische Beratung sind.

Merke

Der Beitrag von ernährungspsychologisch geschulten Ernährungsfachkräften sollte nicht unterschätzt werden, denn diesen leisten sie bereits heute erfolgreich zum Wohle der Betroffenen.

KERNAUSSAGEN

- Leitlinien nennen die Ernährungstherapie als einen Baustein bei der stationären Behandlung von Essstörungen.
- Für den ambulanten Bereich vor, während und nach einer stationären Behandlung stehen ernährungstherapeutische und ernährungspsychologische Beratungsfachkräfte mit ihrer Kompetenz den Betroffenen und ihren Angehörigen zur Seite.
- Sie sind in der Lage, Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln, die Betroffenen fachkompetent zu unterstützen und ihnen eine ermutigende, empathische und verlässliche Anlaufstelle und Begleitung auf ihrem Weg zu einem normalisierten Essverhalten zu bieten.
- Für eine erste, grobe Differenzierung zwischen gestörtem Essverhalten und manifester Essstörung ist ein Fragebogen hilfreich, der bereits vor einer medizinisch-psychiatrischen Diagnosestellung abzuklären hilft, welche Bereiche betroffen sind.
- Eine ambulante ernährungstherapeutische und ernährungspsychologische Praxis kann zudem die oft langen Wartezeiten für eine ambulante Psychotherapie nutzbringend überbrücken.

Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Autorinnen/Autoren



Sonja M. Mannhardt

Sonja Mannhardt ist Diplom Oecotrophologin, Tiefenpsychologische Lehrberaterin & Supervisorin sowie Führungskräftecoach (EMCC). Sie ist Inhaberin einer Praxis für ernährungspsychologische Ernährungstherapie. Zudem ist sie wissenschaftliche Leiterin und Inhaberin des prof e.a.t. ESSpernen-Netzwerks und der prof e.a.t. Akademie sowie geschäftsführende Gesellschafterin und wiss. Leiterin der Akademie für Beratung und Philosophie GbR.

Korrespondenzadresse

Dipl. oecotroph. Sonja M. Mannhardt

Käppelematten 21
79379 Müllheim
Deutschland
info@gleichgewicht4you.de

Literatur

- [1] BZgA. Nehmen Essstörungen zu? Zugriff am 10.02.2025 unter: <https://www.bzga-essstoerungen.de/was-sind-essstoerungen/wie-haeufig-sind-essstoerungen/nehmen-essstoerungen-zu/>
- [2] AWMF. S3-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung der Essstörung. 2018. Zugriff am 10.02.2025 unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-0261_S3_Esstoerung-Diagnostik-Therapie_2020-03-abgelaufen.pdf
- [3] Rocchi G. Essstörungen verstehen und überwinden. München: Riva; 2024: 57
- [4] Nutrition Impact Hub gUG. Trendreport Ernährung 2025. 29.01.2025. Zugriff am 10.02.2025 unter: <https://www.nutrition-hub.de/post/trendreport-ernaehrung-trends-2025>
- [5] Büchner F. Der Mensch in der Sicht moderner Medizin. Freiburg: Herder; 1985: 81
- [6] ICD 10. Essstörungen. Zugriff am 10.02.2025 unter: <https://www.icd-code.de/icd/code/F50-.html>
- [7] Meule A. Klassifizierung und Diagnostik von Essstörungen nach der ICD-11. November. 2022; Zugriff am 10.02.2025 unter: https://www.researchgate.net/publication/368328061_Klassifizierung_und_Diagnostik_von_Esstörungen_nach_der_ICD-11
- [8] Sass H, Wittchen H-U, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. 3. Aufl. 2001, TR: Textrevision. Göttingen: Hogrefe; 2003
- [9] Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S. Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022
- [10] Theobald A. Essstörungen. In: Theobald S, Hrsg. Ernährungstherapie. Ein evidenzbasiertes Kompaktlehrbuch. Utb. Bern: Haupt Verlag; 2021: 298–321
- [11] Richter H. Jenseits der Diagnosen. Fallstricke der Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer; 2024: 26
- [12] Mannhardt S. Gestörtes Essverhalten. Vorstellung eines Kurzfragebogens für Ernährungsfachkräfte (Vortragspreis). Dt. Allergiekongress, Erfurt; 2008. Allergo 2008; 17: 61
- [13] Therapienet Esstörungen. Wie wichtig Ernährungsberatung bei einer Essstörung ist. Zugriff am 10.02.2025 unter: <https://www.tness.de/blog/wie-wichtig-ernaehrungsberatung-bei-einer-essstoerung-ist/>
- [14] VDD. Manual für den German Nutrition Care Process (G-NCP). Lengerich: Pabst Science Publishers; 2015
- [15] Crone C, Fochtmann LJ, Attia E et al. (APA recommendations). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. Am J Psychiatry 2023; 180: 167–171
- [16] Sladdin I, Ball L, Bull C, Chaboyer W. Patient-centred care to improve dietetic practice: an integrative review. J Hum Nutr Diet 2017; 30: 453–470
- [17] Mannhardt S. Du sollst, du musst, du darfst nicht: Agonie des Essens und des „guten Geschmacks“. Haushalt in Bildung & Forschung 2014; 3: 40–56
- [18] Mannhardt S. Die ernährungstherapeutisch-tiefenpsychologische Beratung. Geschichte, Menschenbild und Nutzen für Ernährungsfachkräfte. Ernährungs-Umschau, Sonderheft 10. Ernährungspsychologie 2024; 25–31
- [19] Maio G. Ethik der Verletzlichkeit. Freiburg: Herder Verlag; 2024

Bibliografie

Ernährung & Medizin 2025; 40: 33–38
DOI 10.1055/a-2535-4198
ISSN 1439-1635
© 2025. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany