



**„Über den Tellerrand geguckt“
Ein systemischer Blick auf übergewichtige Klienten in der
Ernährungsberatung**

Hausarbeit
im Rahmen der praxis-Weiterbildung
Systemisches Arbeiten
2008 - 2010

Von Renate Lieberknecht

Dipl. Oecotrophologin
Zum Geisborn 1
65812 Bad Soden
Tel.: 06196-524 88 25
www.esskonzept.de
info@esskonzept.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Ernährungsberatung	3
2.1. Qualifizierung der Berater	3
2.2. Setting und Kontext	4
2.3. Ernährungsberatung oder Essberatung?	5
2.4. Methodik in der Ernährungsberatung	6
2.5. Esskonzept – Ernährungsberatung Bad Soden	6
3. Systemisches Arbeiten in der Ernährungsberatung	6
3.1. Systemische Bedeutung des Essens	7
3.2. Patient, Klient oder Kunde?	7
3.3. Erstgespräch und Explorationsfragen	8
3.4. Kläger, Besucher und Kunden	9
3.5. Zielfragen	10
3.6. Beobachtungsaufgaben	11
3.7. Skalierungsfragen	12
4. Systemisches Arbeiten mit übergewichtigen Kindern und Jugendlichen	12
4.1. Ist das Kind der Klient?	12
4.2. Genogramm	13
4.3. Zirkuläre Fragen	13
4.4. Koalitionen und Allparteilichkeit	13
4.5. Hypothesen oder „Der Sinn des Symptoms“	14
5. Chancen und Grenzen systemischer Arbeit in der Ernährungsberatung	16
6. Ausblick	17
7. Literaturverzeichnis und Anhang	18

1. Einleitung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Anwendung von systemischem Denken und Interventionen in der Ernährungsberatung von übergewichtigen Klienten¹. Zunächst werde ich die Qualifizierung der Ernährungsberater¹ sowie das Setting und den Kontext von Ernährungsberatung in Deutschland beschreiben. Anschließend werden methodisches Vorgehen und neue Entwicklungen in der Beratung vorgestellt.

Der Hauptteil der Arbeit beschäftigt sich mit der Anwendung von systemischem Denken und Interventionen in meinem Arbeitsfeld. Ich möchte anhand von ausgewählten Interventionen zeigen, wie ich das in der Weiterbildung Gelernte in der Ernährungsberatung bei übergewichtigen Klienten angewendet habe und welche Wirkungen beim Klienten und bei mir dadurch erzielt wurden. Grenzen und Chancen einer systemischen Denk- und Arbeitsweise in der Ernährungsberatung sowie ein kurzer Ausblick bilden den Abschluss dieser Hausarbeit.

2. Ernährungsberatung

2.1. Qualifizierung der Berater

Die Qualifikation der Anbieter im Bereich Ernährungsberatung variiert sehr stark. Die Berufsbezeichnung „Ernährungsberater“ ist in Deutschland nicht geschützt. So kann das Wissen des Beraters aus einem Wochenendseminar stammen oder aus einem Studium mit weiteren Fortbildungen. Der Verband der Diplom-Oecotrophologen (VDOE, Bonn), der Verband der DiätassistentInnen (VDD, Essen) und der Bundesverband der Ernährungsmediziner (BDEM, Freiburg) arbeiten seit vielen Jahren an einer einheitlichen und genau definierten Qualifikation für die Ernährungsberatung, vor allem für den Bereich der Ernährungstherapie, also der Beratung von Menschen mit ernährungsbedingten Erkrankungen (Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Hypercholesterinämien etc.). Seit 2009 gibt es eine Rahmenvereinbarung dieser drei Verbände zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung, in der die Anbieterqualifikation auf die Berufsgruppen der Oecotrophologen, Diätassistenten und Ernährungsmediziner beschränkt wurde (zitiert z.B. bei QUETHEB e.V.). Ein Schutz der Berufsbezeichnung als Ernährungsberater/in konnte jedoch nicht durchgesetzt werden.

Auch innerhalb der einzelnen Berufsgruppen ist die Qualifizierung der Berater heterogen. Je nach Berufsgruppe (Oecotrophologin¹, Diätassistentin¹, Ernährungsmediziner¹) und Ausbildungsort werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. In der praktischen Arbeit gehen die Unterschiede weiter: abhängig vom beruflichen Werdegang und persönlichem Interesse qualifizieren sich Ernährungsberaterinnen¹ nach der Ausbildung bzw. dem Studium in unterschiedlichster Weise weiter. Manche mehr im wissenschaftlichen Bereich, manche mehr im psychologisch-methodischen. Daher kann eine Ernährungsberatung sowohl inhaltlich als auch methodisch völlig unterschiedlich sein.

In der Ausbildungsordnung der Diätassistenten findet sich folgende Beschreibung über die Tätigkeit und die Qualifizierung (www.vdd.de):

¹ Die Bezeichnungen umfassen jeweils die männliche und weibliche Form, ohne dass im Einzelnen differenziert wird.

Eine Ernährungsberatung vermittelt Informationen über ernährungsphysiologische, biochemische und allergologische Zusammenhänge der Ernährung und beinhaltet Beratung zur Lebensmittelstruktur, deren Herstellungsprozessen und ggf. auch zu Themen wie Essverhalten, Lebensführung, Körperbewusstsein und Sport (...). Demnach sind für die Ernährungsberatung verschiedene Berufsgruppen qualifiziert, wie z.B. Diätassistenten, Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftler. Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftler müssen sich nach ihrem Studium weiterqualifizieren, um Ernährungsberatungen mit den Krankenkassen abrechnen zu können. Diese Weiterbildung ist z.B. die Weiterbildung zum Ernährungsberater DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). (...)

Das „Berufe-Lexikon“ beschreibt die Inhalte der Ausbildungen zum Ernährungsberater (www.berufe-lexikon.de):

Ernährungsberater/Ernährungsberaterin ist kein staatlich anerkannter Ausbildungsberuf, und die Ausbildung ist nicht bundesweit einheitlich geregelt. (...) Inhalte: Stoffwechsel, Funktion des Verdauungsapparates, Aufbau und Funktion von Nährstoffen, Ernährungslehre, manchmal auch Gesprächsführung, Präsentation- und Sprechtechnik sowie Einfühlungsvermögen.

Interessant an dieser Aussage ist die Textstelle, dass „auch Gesprächsführung, Präsentation- und Sprechtechnik“, bzw. „Einfühlungsvermögen“ Inhalte der Ausbildung sind, denn hier werden - im Gegensatz zu den anderen rein naturwissenschaftlichen/diätetischen - eher psychologische Fähigkeiten genannt. Welche Bedeutung das hat, wird an anderer Stelle im Text noch genauer beleuchtet.

2.2 Setting und Kontext

Persönliche Ernährungsberatung findet in Deutschland entweder im stationären z.B. in Krankenhäusern, Kliniken oder Reha-Einrichtungen oder im ambulanten Bereich statt. Dort handelt es sich entweder um selbständige Ernährungsberaterinnen mit eigener Praxis, um Kooperationsmodelle, in denen eine Beraterin in der Praxis eines Arztes mitarbeitet oder um bundesweite Beratungsnetzwerke, denen die Beraterin als Franchise-Nehmerin beitrifft. Daneben gibt es noch eine Vielzahl von Modellen, auf die aber an dieser Stelle nicht eingegangen werden soll.

Im ambulanten Setting kommen Klienten entweder auf Empfehlung des Arztes oder auf eigene Initiative. Die Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten für die Ernährungsberatung nach § 20 und bei Vorlage einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung bei ernährungsabhängigen Erkrankungen nach 43 SGB V.

Je nach Krankenkasse und Indikation gibt es unterschiedliche Bezuschussungsmodelle. In jedem Fall ist eine Selbstbeteiligung des Versicherten vorgesehen. Die meisten Krankenkassen beschränken eine Ernährungsberatung auf insgesamt 5 Termine, ein Erstgespräch von 60 Minuten und 4 Folgeberatungen von je 30 Minuten (= drei Zeitstunden). Das ist ein enges zeitliches und finanzielles Budget, vor allem bei Klienten mit hohem Übergewicht und begleitenden Erkrankungen oder massiven Essproblemen. Manche Klienten sind bereit und finanziell in der Lage, aus eigenen Mitteln weiter zu bezahlen. Bei anderen endet die Beratung nach den von den Kassen bezuschussten Stunden, unter Umständen ohne dass die vereinbarten persönlichen oder therapeutischen Ziele erreicht wurden (Anmerkung: eine kleine Umfrage in meinem Netzwerk ergab eine durchschnittliche Anzahl von 5-8 Terminen, was etwa 3 bis 4,5 Zeitstunden entspricht. Diese Zahlen sind nicht repräsentativ, aber leider gibt es von Seiten des Berufsverbandes VDOE keine genauen Daten).

2.3 Ernährungsberatung oder Essberatung?

„Ernährungsberatung“ wird von vielen Menschen assoziiert mit Vorschriften, Regeln und Verboten. Zur Ernährungsberatung gehen zu „müssen“ ist schamvoll und wird gleichgesetzt mit persönlichem Versagen und Schuld.

„Da bekomme ich gesagt, was ich alles nicht essen darf“. „Die Beraterin sagt mir, dass ich beim Fernsehen keine Schokolade mehr essen soll, sondern stattdessen Gemüsesticks knabbern soll.“ „Ich darf bestimmt nichts Fettess mehr essen, nur noch Corned Beef und fettarme Wurst, was mir aber nicht schmeckt“. „Da muss ich zugeben, dass ich kein Gemüse mag und zuwenig Salat esse“. „Die wird mir meinen abendlichen Wein verbieten“. „Bestimmt darf ich meine geliebten Gummibärchen nicht mehr essen“. „Eigentlich weiß ich selbst, was ich falsch mache und bei der Ernährungsberatung werde ich das bestimmt zu hören bekommen.

Von der Ernährungsberaterin erwarten Klienten in der Regel Informationen und Aufklärung. Auf die Frage, was sie sich von der Beratung wünschen bzw. was sie brauchen, werden genannt: „Tipps und Tricks zum Abnehmen“ oder „wie ich meine Ernährung umstellen soll“ bzw. „dass Sie mir einen Plan machen, was ich in Zukunft essen darf um abzunehmen“ oder „dass Sie mir sagen, was ich in Zukunft nicht mehr essen soll“.

Nun ist es allerdings so, dass die Medien voll mit Tipps und Plänen sind, angefangen von Frauen-, Fernseh-, Apothekenzeitschriften über zahllose Diät Ratgeberbücher bis hin zu Foren im Internet. Die Geschichte vieler Klienten zeigt, dass Tipps und Pläne, also Informationen und Aufklärung, solange erfolgreich sind, wie sie sich daran halten. „Während ich nach diesem Plan gegessen habe, habe ich gut abgenommen. Es fiel mir zwar schwer, auf Schokolade und meinen abendlichen Wein zu verzichten, aber ich hab’s durchgehalten. Aber als ich dann wieder normal gegessen habe, habe ich alles wieder zugenommen.“ So oder ähnlich erzählen Klienten von bisherigen Abnehmversuchen nach Diätplänen. Das Scheitern von Diäten mit starren Plänen mag viele Gründe haben. Aber einer davon ist sicherlich, dass andere, nämlich emotionale und psychologische Faktoren, die das Essverhalten bestimmen, nicht berücksichtigt werden.

Professor Dr. rer. nat. Volker Pudel, Psychologe und Leiter der ernährungspsychologischen Forschungsstelle der Universität Göttingen, beschreibt das Phänomen, dass Essen und Ernährung nicht dasselbe sind. In der Fachsprache wird der Begriff ERNÄHRUNG verwendet, während das, was die Menschen tun, ESSEN ist. Eine repräsentative Untersuchung aus dem Jahre 1989 zeigt die Spontanassoziationen der Befragten:

Häufigkeit der verschiedenen Assoziationen zu den Begriffen Ernährung bzw. Essen		
Assoziation	Essen	Ernährung
Lust, Genuss	44,5 %	25,9 %
Gesundheit	6,9 %	21,4 %
Diätaspekt	15,5 %	10,8 %
Hunger	10,7 %	8,4 %
Chemie	0,9 %	4,2 %
Vollwertkost	0,1 %	22,1 %

Pudel, Westenhöfer (1998)

Aus dieser Tabelle wird klar, dass ESSEN eher mit positiven Emotionen verbunden ist, während mit ERNÄHRUNG mehr die kognitiv-rationalen, gesundheitsbezogenen Wirkungen der

Nahrungsaufnahme verbunden werden. Essen ist also etwas Positives, Lustvolles, Genussvolles. Und nun sollen Menschen zur ERNÄHRUNGSberatung?

2.4 Methodik in der Ernährungsberatung

Mittlerweile gibt es andere Ansätze außer Informationen und Aufklärung und es werden andere Interventionen eingesetzt. Um mit einem Sinnbild zu sprechen: es hat ein „Blick über den Tellerrand hinaus“ begonnen, also über das hinaus „was“ und „wie viel“ lauf dem Teller liegt. Während meines Studiums zu Beginn der 80er Jahre gab es Vorlesungen in Kommunikationstheorie, in denen z.B. das Modell von Schulz von Thun vorgestellt wurde und in Beratungslehre, wo es um ein erstes Kennenlernen der personenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers ging.

In der Zwischenzeit haben verschiedene verhaltenstherapeutische Methoden Eingang in die Beratungsmethodik gefunden und sind z.B. in Kursleitermanualen verschiedener Institutionen (DGE 2005, aid/DGE 2004) zur Beratung bei Übergewicht und in entsprechenden Fortbildungen zu finden. Beispiele hierfür sind: flexibles statt rigides Essverhalten, Erkennen von Auslösern für unkontrolliertes Essen und Ersatz durch andere Verhaltensweisen (Auslöserkontrolltechniken), Essverhaltenstraining oder Token-Systeme.

Klientenzentrierte Gesprächsführung wird in der „Anti-Diät-Ausbildung“ beim Frankfurter Zentrum für Essstörungen (FZE 2006) gelehrt, einer bei Oecotrophologen mit Berufserfahrung recht beliebten Fortbildung. Methoden aus dem NLP (z.B. Pacing oder Rapport), der Gestalttherapie oder aus dem TZI (kritisches Eltern-Ich, freies Kind etc.) kommen ab und zu in Fortbildungen vor (Beispiel: Gartner 2005), werden aber nicht standardmäßig angeboten.

Systemisches Denken und Beraten ist erst im Kommen. Im Selbständigen-Netzwerk meines Verbandes gibt es eine Kollegin mit einer systemischen Fortbildung. Eine Suchanfrage bei Google mit den Stichwörtern „Ernährungsberatung“ und „systemisch“ ergab 2010 insgesamt fünf Einträge, davon sind drei Oecotrophologinnen und zwei Heilpraktikerinnen. Vermutlich gibt es eine Dunkelziffer systemisch arbeitender Ernährungsberaterinnen, da nicht alle im Internet präsent sind oder explizit darauf hinweisen.

Der Einsatz von Interventionen aus dem Bereich der Psychologie, unabhängig von der Therapierichtung, erhöht meines Erachtens die Erfolgchancen in der Beratung von übergewichtigen Klienten. Wenn man an die eingangs erwähnten Unterschiede zwischen Ernährung und Essen denkt, liegt dies eigentlich auf der Hand.

2.5 Esskonzept – Praxis für Allergie- und Ernährungsberatung – Bad Soden

Ein paar Worte zu mir: ich bin Diplom-Oecotrophologin und habe mein Studium 1983 abgeschlossen. Seit 1996 bin ich in der Ernährungsberatung tätig, erst in Kooperationen mit Ärzten, Krankenkassen, Familienbildungsstätten und psychotherapeutischen Praxen. Seit 2005 arbeite ich in meiner eigenen Praxis, die den Namen "Esskonzept" hat. Die oben genannte Weiterbildung zur Zertifizierung und Registrierung bei den Krankenkassen habe ich seit 2001. Alle drei Jahre muss ich diese durch Fortbildungen aktualisieren. Im Laufe der Zeit habe ich neben den üblichen Ernährungsthemen wie Diabetes mellitus, Nahrungsmittelallergien, Magen-Darm-Erkrankungen immer mehr Interesse gefunden an „psychologischen“ Themen. Dies geschah vor allem durch meine Erfahrungen in der Beratung von übergewichtigen Klienten.

In Deutschland sind laut Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 2.6.2010 (Destatis 2010) 51 % der Erwachsenen übergewichtig. Bei Kindern und Jugendlichen sind es nach den Daten der bundesweiten KIGGS-Studie 16 % (Robert-Koch-Institut 2008). So ist es nicht erstaunlich, dass die meisten Klienten in der Ernährungsberatung übergewichtig sind. Meine Hausarbeit konzentriert sich daher auf die Beratung dieser Personen.

Mittlerweile mache ich die Erfahrung, dass immer mehr Klienten kommen, die genug von Tipps, Plänen, Kalorien, Punkten oder Fettagungen haben und bereit sind, etwas an ihrem Essverhalten zu ändern. Menschen, die bereit sind, nicht nur „auf den Teller zu gucken“ sondern „über den Tellerrand hinaus“. Sie sind bereit, einen anderen Weg zu gehen und eigene Lösungen zu suchen und zu finden.

3. Systemisches Arbeiten in der Ernährungsberatung

Im Folgenden soll systemisches Denken und Arbeiten in der Ernährungsberatung bei Übergewicht an einigen Interventionen aus meiner eigenen Praxis exemplarisch aufgezeigt werden.

3.1 Systemische Bedeutung des Essens

Wenn man nun annimmt, dass es sich nicht (nur) um mangelndes Wissen, falsche Ernährung, fehlende Kochkenntnisse oder ähnliches handelt, weshalb ein Mensch übergewichtig geworden ist - denn sonst würde ja die Vermittlung dieses Wissens und der entsprechenden Fähigkeiten helfen - dann ist es angebracht wahrzunehmen, dass der Mensch nicht rational is(s)t und darüber hinaus in einem System lebt und damit verschiedenen Wechselwirkungen ausgesetzt ist. Essen und Zu-Viel-Essen könnten dann als Symptom für etwas anderes stehen, nämlich z.B. für Kompensation, Stressreduktion, Schutz vor unliebsamen Anforderungen und ähnliches mehr. Dieser Blick ist jedoch nicht immer bequem. Der „Tanz um das Symptom“, also um das, was auf dem Teller liegt, ist möglicherweise ungefährlicher als sich mit dem Sinn des Symptoms beschäftigen zu müssen. Aber vielleicht eröffnen sich dem Klienten durch eine andere Sichtweise Chancen, dem Problem auf den Grund zu kommen und sein Essverhalten günstiger zu gestalten oder dauerhaft zu verändern.

3.2 Patient, Klient oder Kunde?

Eine grundlegende Haltung in der systemischen Beratung ist eine absolute Wertschätzung der Person und die Annahme, dass jeder Mensch Experte für sein eigenes Leben ist. In den Ethik-Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF e.V.) werden Grundhaltungen und Werte einer systemischen Beratung zusammengefasst (zitiert in: Schwing/Fryszter 2007, S. 325):

Die Grundhaltung systemischer BeraterInnen [...] ist gekennzeichnet durch Achtung, Respekt und Wertschätzung gegenüber einzelnen Personen und Systemen. [...] Die KlientInnen werden als ExpertInnen für sich und ihre Lebensgestaltung gesehen. Sie werden zur Entdeckung und selbstbestimmten Nutzung eigener Ressourcen angeregt, dabei unterstützt und begleitet. BeraterInnen orientieren sich in ihrem Handeln daran, die Möglichkeitsräume der KlientInnen und Systeme zu erweitern und deren Selbstorganisation zu fördern. [...]

In der Ernährungsberatung wird üblicherweise nicht von Klienten gesprochen, sondern von Patienten. Das hat mehrere Gründe:

1. Menschen haben oft ernährungsbedingte ERKRANKUNGEN und werden vom ARZT geschickt,
2. die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen medizinischen Berufen (Psychologen/Psychotherapeuten etc.) soll zum Ausdruck kommen und
3. um sich von unseriösen Anbietern von Ernährungsberatung abzugrenzen.

Die Bezeichnung „Patient“ drückt andererseits auch eine Beziehung aus. Ein Patient ist jemand, der mit einer Erkrankung bzw. einem Problem kommt und dem der Berater, ein Therapeut, etwas verschreibt, Tipps gibt, ihn behandelt. Der Patient befolgt diese Ratschläge oder nimmt die Medizin und wird dadurch wieder gesund. Es entsteht ein Beziehungsgefälle vom Therapeuten als Fachmann zum Patienten als Laien. Begriffe schaffen bekanntermaßen auch Realität. Wenn man einen Patienten stattdessen als „Klient“ bezeichnet oder sogar als Kunden, drückt das eine andere innere Haltung aus, die eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe möglich macht. Der Klient bzw. Kunde kann damit zum Experten seines eigenen Lebens und auf die Suche nach eigenen Lösungen geschickt werden. Es mag nur eine „Namensänderung“ sein, aber ich habe festgestellt, dass sich dadurch meine Beziehung zu den hilfeschuchenden Menschen gewandelt hat.

Genaugenommen müsste ich von „Kunden“ reden, denn meine Arbeit ist eine Dienstleistung wie andere auch. Allerdings gilt es, anders als bei einer Dienstleistung wie „Telefontarife verkaufen“ oder „Steuerberatung“ neben den persönlichen Zielen des Kunden auch therapeutische Ziele zu berücksichtigen, wie z.B. die Normalisierung von Blutwerten (Blutzucker, Cholesterin) oder Beschwerdefreiheit bei Allergien. Die Bezeichnung Klient dürfte daher dem Thema am ehesten gerecht werden und wird im Folgenden verwendet.

3.3 Erstgespräch und Explorationsfragen

Ein gutes Erstgespräch mit einem gelungenen Joining ist das „A und O“ jeder Beratung und das gilt genauso für die Ernährungsberatung. Ich habe pro Jahr etwa 80-90 Erstgespräche, die das Thema Übergewicht direkt oder indirekt betreffen. Daher lohnt es sich diesem Anfang besonderes Augenmerk zu geben.

Für das Erstgespräch und die Anamnese gibt es vom Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und –therapie (QUETHEB e.V 2006) eine Anleitung und ein „Flowchart“ (s. Anlage).

Ein Erstgespräch, in dem diese Fülle an Informationen erhoben werden soll, kann m.E. nicht innerhalb der von den Krankenkassen üblicherweise finanzierten 60 Minuten geleistet werden. Außerdem dürfte es schwer sein auf diese Art ein Gespräch zu führen, bei dem der Klient über sich und sein Problem berichten sowie ein guter Kontakt und Vertrauen als Grundlage für die zukünftige Beratungsarbeit aufgebaut werden kann. Es handelt sich also eher um ein Interview. Ohne Zweifel sind viele dieser anamnestischen Daten für eine professionelle Ernährungsberatung erforderlich, vor allem, wenn es sich um Klienten mit zusätzlichen ernährungsabhängigen Erkrankungen handelt, aber vielleicht nicht in dieser Art.

Daher habe ich meine Erstgespräche umstrukturiert. Nach einem ersten Joining, den Daten für Verwaltung, Abrechnung und den wichtigsten (!) medizinischen Daten, weiche ich vom o.g. Flowchart ab und stelle Fragen nach Ressourcen, Zielen, bisherigen Lösungs- und Er-

klärungsversuchen, ersten Ideen und Ansätzen für Veränderungen usw. in den Vordergrund (Explorationsfragen). Ziel ist, eine angenehme Beratungsatmosphäre, einen guten Kontakt und Vertrauen in die Maßnahme und mich als Beraterin aufzubauen.

Die von QUETHEB geforderten Informationen hole ich - soweit überhaupt im Einzelfall erforderlich - in den folgenden Beratungen ein. Den Abschluss meiner Erstgespräche bildet inzwischen die Frage „Wie geht es Ihnen jetzt am Ende dieses ersten Gesprächs?“. Dadurch bekomme ich einen ersten Eindruck, wie gelungen dieses Erstgespräch ist, wie sich der Kunde nach der „Hürde“ der ersten Beratung fühlt und wie ich als Berater akzeptiert werde.

3.4 Kläger, Besucher und Kunden

Steve de Shazer (zitiert in Schwing/Fryszler 2007, S.106) unterteilt ratsuchende Menschen in Kläger, Besucher und Kunden. Diese verschiedenen Typen in Bezug auf Problembewusstsein, Auftrag und Lösungsverantwortung findet man in jedem Beratungskontext, also auch in der Ernährungsberatung.

Kläger:

„Ich weiß nicht, was ich noch tun soll um abzunehmen. Ich habe schon alle Diäten gemacht. Bei Weight Watchers habe ich Punkte gezählt, schon Trennkost probiert und die Glyx-Diät. Bei meinem Arzt habe ich schon Eiweißdrinks genommen. Nichts hat genützt. Ich hab zwar immer gut abgenommen, aber dann immer alles wieder zugenommen. Ich glaub mittlerweile, dass mein Stoffwechsel schuld ist und dass ich einfach deshalb nicht abnehmen kann. Mein Arzt hat mir gesagt, ich soll zu Ihnen gehen, Sie könnten mir helfen.“

„Meine Frau kocht einfach zu gut. Ich glaube, dass ich deshalb so dick geworden bin. Und in meiner Firma gibt es keine Kantine und das Einzige, was wir in der Mittagspause erreichen können, ist McDonalds. Belegte Brote will sie mir nicht machen, und ich selbst hab keine Zeit dazu morgens.“

„Mein Stoffwechsel ist schuld. Wenn ich sehe, was andere essen, dann muss das einfach so sein. Ich esse gar nicht so viel und bin trotzdem so dick.“

Der Klient hat ein Problem, aber die anderen sind schuld oder die Umstände. Nun sind diese Klienten da und haben hohen Erwartungen an mich, denn eigene Lösungen zu finden sind sie nicht gewohnt oder sie haben resigniert. Wenn man Klägern Tipps gibt, sitzt man als Berater schnell in der Falle. An diesem Beispiel lässt sich das zeigen:

Klient: „Abends vor dem Fernseher überkommt es mich immer. Mein Mann sitzt vor dem Fernseher und isst Schokolade und zwar viel, aber der kann sich das ja auch leisten. Dann werde ich immer schwach, obwohl ich mir vornehme, nichts zu essen. Ich schaff das einfach nicht, ich bin einfach zu schwach. Und meinem Mann habe ich schon oft gebeten, keine Schokolade zu essen, aber der macht das einfach nicht.“ (klagend)

Berater: „Es wäre aber gut, wenn Sie beim Fernsehen einen Apfel oder Karotten essen würden, das hat ja viel weniger Kalorien und Fett“. (Tipp/direktiv)

Kläger: „Das hab ich schon probiert, das nützt nix. Wenn ich das gegessen habe, will ich trotzdem noch Schokolade. Außerdem mag ich nicht gerne rohes Gemüse und schon gar nicht am Abend. Man soll ja abends keine Rohkost mehr essen. Manchmal schaffe ich es und sündige nicht, aber meistens schaffe ich es nicht und hol mir dann doch die Schokolade. Also bei mir hilft das wirklich nicht.“ (Widerstand)

Wenn man nun die Hypothese annimmt, dass das abendliche „Schokoladeessen-müssen“ einen anderen Grund haben könnte, nämlich z.B. sich etwas Gutes zu tun, sich zu belohnen, sich zu entspannen oder ähnliches, wird klar, dass eine direktive Intervention (ein Tipp) nicht funktioniert. Beide Seiten werden frustriert sein, der Berater, weil der Klient seinen Tipp abweist und der Klient, weil sein Problem nicht gelöst wurde.

Besucher:

Das sind Menschen, die der Arzt aus medizinischen Gründen in die Ernährungsberatung geschickt hat (daher auch als „Geschickte“ bezeichnet). Sie kommen hoch ambivalent, haben Angst, dass sie geschimpft werden, dass die Beraterin bestimmte Lebensmittel bzw. gutes Essen verbietet oder wie ein Lehrer mit erhobenem Zeigefinger kritisiert. Im Grunde wissen die meisten Menschen, dass sie nicht so essen, wie die Wissenschaft es will (Problembewusstsein). Sich dies dann auch noch von einer Ernährungsberaterin sagen lassen zu müssen - was sie erwarten -, kann das Gefühl von Schuld, Scham und persönlichem Versagen noch verstärken und ist kein guter Ausgangspunkt für den Aufbau einer funktionierenden Beratungsbeziehung.

„Mein Arzt hat gesagt, ich müsse dringend abnehmen. Er hat gesagt, ich soll zu Ihnen gehen. Sie würden mir dann sagen, was ich alles nicht mehr essen darf.“

Dass der Klient nach dieser Aussage seines Arztes überhaupt gekommen ist, scheint ein Wunder! Zunächst geht es also im Falle eines Besuchers darum sein Kommen zu würdigen. Um aus Kostengründen Zeit im Erstgespräch zu sparen und um die bei Geschickten vorhandenen Ängste ein bisschen abzubauen, erkläre ich dann meine Arbeitsweise. Ich sage gleich, dass ich nicht mit Plänen und Vorschriften oder Verboten arbeite, sondern dass wir gemeinsam nach Lösungen suchen werden („Sie gehen den Weg und ich begleite Sie dabei“). Das erleichtert meiner Erfahrung nach die meisten Klienten, sodass sie nicht gleich nach dem ersten Mal weg bleiben.

Kunden:

Kunden im Sinne der Shazers haben ein Problembewusstsein („ich bin zu dick, weil ich so gerne und viel esse“) und sie sind bereit, etwas zu verändern, weil sie sich als Teil des Problems sehen („ich brauche jemanden, der mich beim Abnehmen unterstützt“). Mit diesen Kunden ist in der Ernährungsberatung gut zu arbeiten.

3.5 Zielfragen

Ein Ziel genau zu kennen hilft beim Abnehmen. Auf die Frage „was möchten Sie erreichen?“ bzw. „was ist ihr Ziel für diese Beratung?“ erhalte ich meistens die Antwort „ich möchte abnehmen“ oder „ich möchte 5 (oder 10, 20, ...) Kilo abnehmen“ oder „ich möchte meine Ernährung umstellen, um abzunehmen“. Diese Ziele sind jedoch, auch wenn genaue Zahlen genannt werden, doch sehr vage und unbestimmt. Wenn ich nicht genau danach frage, werden diese anderen Ziele nicht genannt, entweder weil sie gar nicht bewusst sind oder weil nicht erwartet wird, dass eine Ernährungsberaterin sich dafür interessiert. Ich habe mir deshalb angewöhnt genau zu fragen, welche Ziele erreicht werden sollen und lasse da auch mittlerweile nicht mehr locker. Hier ein paar Beispiele für Antworten:

„Ich möchte Kleidergröße 42 kaufen können“, „Ich möchte gerne wieder einen Bikini tragen in meinem nächsten Urlaub“, „Ich möchte mich wieder gerne im Spiegel anschauen“, „Ich möchte für meinen Partner attraktiver aussehen“. „Ich möchte mich wieder so bücken können, dass ich meine Schuhe gut binden kann“. „Ich möchte gerne wieder in mein Hochzeitskleid hineinpassen“.

Je mehr Ziele und je genauer beschrieben die Ziele sind, desto attraktiver und einfacher ist es für den Klienten und auch eine (Zwischen-)Bilanz des Erreichten ist viel einfacher.

Noch besser ist es für Klienten, wenn sie eine Vision davon bekommen, wie es sein wird, wenn sie ihr Ziel erreicht haben. Fragen dazu stelle ich oft dann, wenn Klienten nach den ersten Abnehmerfolgen über Stillstände bzw. Misserfolge klagen („egal was ich mache, ich nehme nicht weiter ab“). Dass der Abnehmprozess nicht kontinuierlich verläuft und berechenbar ist und dass es auch zu Stillständen kommen kann, ist normal. Es frustriert aber die Klienten, die das ja auch schon bei anderen Diätversuchen erlebt haben und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie genau dann die Beratung abbrechen.

Beraterin: „Lassen Sie uns noch mal Ihr Ziel genau anschauen. Was ist anders, wenn sie dieses Ziel erreicht haben? Wie werden Sie sich dann fühlen? Was werden Sie tun? Wer wird das merken, dass Sie so gut abgenommen haben? Und was werden diese Menschen sagen? Wie werden Sie diesen Erfolg feiern?“

Frau V. (53 Jahre alt): „Wenn ich mein Ziel erreicht habe, werde ich mich richtig gut fühlen. Und leicht. Ich werde zu meinem Partner gehen und ihn fragen, wie er mich jetzt findet. Er wird stolz auf mich sein und er wird mir das auch so sagen. Und dann werde ich mich noch besser fühlen, weil er mich gelobt hat. Und außerdem hat er mir versprochen, dass er mir dann Geld gibt, damit ich mir ein paar neue, schicke Anziessachen kaufen kann. Das ist dann meine Belohnung.“

Am Ende dieser Sitzung fragte ich Frau V. wie sie diese Stunde fand und sie antwortete „Das war richtig toll heute. Genau das, was ich gebraucht habe. Jetzt bin ich wieder richtig motiviert und werde wieder mehr mit dem Essen aufpassen und noch einmal mehr Sport machen.“

3.6 Beobachtungsaufgaben

Eine klassische Methode in der Ernährungsberatung ist das Führen eines Ernährungsprotokolls. Der Klient wird gebeten eine Woche lang alles aufzuschreiben, was er isst und trinkt, mit Uhrzeit und Mengen. Also ein „Blick auf den Teller“ zur Bestandsaufnahme! Wenn der Klient mit dem Protokoll kommt, könnte man als Berater nun dem Klienten sagen, was er alles falsch gemacht hat, z.B. sagen, dass er zu wenig Gemüse, zuviel Süßigkeiten, zu oft zwischendurch gegessen hat. Oder aber man fragt ihn, was ihm SELBST aufgefallen ist während des Aufschreibens.

Letzteres hat den Vorteil, dass der Klient nicht in die Rolle eines Versagers gerät und sich schuldig fühlt, weil er „falsch“ gegessen hat. Denn in den meisten Fällen können Klienten Punkte benennen, die Ihnen SELBST aufgefallen sind und das sind erste Möglichkeiten für Veränderungen!

Der Klient bleibt damit in der Verantwortung für sich und sein Leben statt dass ich als Berater sage, was er als nächstes tun soll.

„Mir ist aufgefallen, dass ich ziemlich große Portionen esse“. „Ich war erstaunt, dass ich so viel zwischendurch esse“. „Ich hab immer gedacht, dass es daran liegt, dass ich auf meiner Arbeit mittags nichts Warmes essen kann, aber durch das Aufschreiben ist mir klar geworden, dass ich den ganzen Tag zu viel esse.“ „Eigentlich habe ich oft gar keinen Hunger, aber ich esse immer dann, wenn andere auch essen.“

Eine mögliche Intervention wäre dann zu fragen, welche Veränderungsidee der Klient in Bezug auf die zu großen Portionen hätte (Lösungsorientierung) oder woran es seiner Meinung nach liegen könnte, dass er mitessen muss, wenn andere essen (Problemexploration).

Es ist klar, dass Ernährungsprotokolle nicht fehlerfrei sind. Der Klient kann „schummeln“, z.B. in der Protokollwoche anders essen als sonst oder nicht alles aufschreiben oder Mengen nicht richtig einschätzen, entweder absichtlich oder unabsichtlich, weil er sich schämt, weil er Lebensmittel vergisst oder nicht richtig einschätzt. Diese „underreporting“ ist ein in der Ernährungsberatung bekanntes Problem. Im Grunde genommen, sieht man von den Aus-

nahmen ab, bei denen es um eine genaue Analyse geht (Broteinheiten, Nährstoffversorgung) macht das aber nichts, solange es gelingt Ansatzpunkte für Veränderungen zu finden und das ist in der Mehrzahl der Fälle so!

3.7 Skalierungsfragen

Um Fortschritte beurteilen zu können bzw. herauszufinden, wo sich der Klient im Prozess befindet eignen sich Skalierungsfragen sehr gut. Zahlen sind etwas einfaches, jeder kennt sie und kann damit umgehen, auch Kinder. Wenn ich Skalierungsfragen stelle, male ich eine Skala von 0 – 10 auf ein Blatt Papier, benenne die Endpunkte je nach Ziel bzw. Diagnose und erarbeite dann welche Zahl vor der Beratung zutraf, welche zu Beginn der Beratung und welche aktuell. Davon ausgehend können dann zielorientierte Fragen folgen, z.B. „was müssten Sie tun, damit sie ihr Ziel, also die 10 erreichen“ oder „um von 7 auf 8 auf der Skala zu gelangen, was wäre ein nächster Schritt? Was müssten Sie beim Essen ändern?“

Kinder und die meisten Jugendliche kommen nicht freiwillig zur Ernährungsberatung. Es sind die Eltern, die sich für die Beratung anmelden. Je älter die Kinder sind, desto wichtiger ist für mich, die Motivation herauszufinden. Mit einer Skalierungsfrage erhalte ich erste Hinweise auf Motivation und Einstellung zur Beratung.

„Ich möchte dich gerne fragen, wie du das findest mit der Ernährungsberatung. Das war ja deine Mutter (deine Eltern), die auf die Idee kam bei mir anzurufen. Aber es ist für mich wichtig herauszufinden, wie du dazu stehst. Stell dir bitte eine Skala von 1 bis 10 vor. 10 bedeutet, du bist total motiviert, weil du etwas ändern möchtest in Bezug auf dein Gewicht und dein Essen. 0 bedeutet, du hast überhaupt keine Lust hierher zu kommen.“

4. Systemisches Arbeiten mit übergewichtigen Kindern und Jugendlichen

Keiner is(s)t alleine (dick) - so könnte die Überschrift für dieses Kapitel ebenfalls lauten. Kinder und Jugendliche mit Übergewicht essen nicht alleine, sondern in einer Familie und sie sind (oft) nicht alleine dick, weil es noch andere Familienmitglieder mit diesem Problem gibt. Die systemische Grundannahme, dass das Problem eines Einzelnen in dem System wirkt, in dem er/sie lebt, ist in der Arbeit mit übergewichtigen Kindern/Jugendlichen überaus wichtig.

Wie bereits erwähnt, sind etwa 15 % der Kinder und Jugendliche übergewichtig, und die Tendenz ist steigend. Die Zahl der Anmeldungen in meiner Praxis ist über die Jahre kontinuierlich gestiegen und zeigt, dass bei Ärzten und Eltern ein Bewusstsein da ist und ein Bedarf an qualifizierter Beratung besteht.

4.1 Ist das Kind der Klient?

Eltern – in den meisten Fällen sind es die Mütter – kommen mit dem Auftrag an mich, das Kind zu beraten, wie es wieder schlank wird.

„Bitte sagen Sie Leon, dass er nicht mehr so viel Süßigkeiten essen soll. Ich hab’s ihm schon so oft gesagt, aber auf mich hört er nicht mehr.“ „Wir sind hier, weil Christine mehr Obst und Gemüse essen soll. Das mag sie nämlich nicht. Aber wenn sie mehr davon essen würde und weniger Wurstbrote, dann würde sie abnehmen. Können Sie meiner Tochter mal sagen, dass das besser wäre?“ „Ich hab Peter schon so oft gesagt, dass er keinen zweiten Teller mehr essen soll. Ich bin es jetzt leid, und so haben wir uns gedacht, es wäre besser, wenn Sie als Expertin es ihm mal sagen würden.“

Was Eltern hier erwarten, ist eine kindzentrierte Beratung, eine Art „Reparatur“. Sie übersehen dabei, dass das Kind nicht alleine is(s)t und damit die gegenseitigen Wechselwirkungen der einzelnen Systemmitglieder. Sie lassen außer Acht, dass Kinder bzw. Jugendliche noch weniger vernunftbezogen essen als Erwachsene. Kein Kind spürt eine unmittelbare Reaktion auf den Appell „iss nicht so viel Kekse, davon wirst du dick!“ Außerdem versuchen Eltern auf diese Art eine Koalition mit mir gegen das Kind aufzubauen. Ihre eigene Verantwortung und ihre eigene Vorbildfunktion übersehen sie dabei oft. Es gilt also den Blick auf das System, nämlich die Familie zu weiten und das Kind mit Hilfe von geeigneten Interventionen „aus dem Schussfeld“ zu nehmen.

Mit Jugendlichen arbeite ich oft alleine, vor allem dann, wenn sie sehr motiviert sind. Dies ist gut über eine Skalierungsfrage (siehe vorheriges Kapitel) herauszufinden. Denn in der Ernährungsberatung von Jugendlichen geht es vor allem auch um die Stärkung von Eigenverantwortung, Selbständigkeit und Selbstwirksamkeit.

4.2 Genogramm

In der Ernährungsberatung arbeite ich mit Genogrammen auf einem Blatt Papier oder einem Flipchart. Wichtige Fragen sind, wer zur Familie gehört, wo wohnt, wer ebenfalls übergewichtig ist oder schlank, ernährungsabhängige Krankheiten, von wem das Kind noch betreut wird (Großeltern, getrennt lebende Elternteile) und wer deshalb Einfluss auf das Essen hat u.ä.m. Diese Genogramme zeigen oft erste Interaktionen zwischen einzelnen Familienmitgliedern, z.B. wenn Geschwister schlank sind und „alles essen dürfen“ und einem Problemkind, das übergewichtig ist und das man „immer kontrollieren muss“. Oder zwischen Elternteilen, wenn der eine schlank ist und sich Sorgen um das Kind macht, während der andere übergewichtige Elternteil auf der Seite des Kindes steht.

4.3 Zirkuläre Fragen

Das Problem mit dem Essen, dem Übergewicht und die Initiative sich an eine Ernährungsberaterin zu wenden wird nicht von allen Familienmitgliedern gleich bewertet. Mütter, Väter, Großeltern, Geschwister, das Kind selbst, Ärzte – alle können eine andere Position einnehmen. Die Einstellung der einzelnen Familienmitglieder mit Hilfe zirkulärer Fragen herauszufinden gibt Hinweise darauf, wer überhaupt ein Problem hat, wer bereit zur Mitarbeit ist und Hinweise auf mögliche Fallen in der Beratung, wie z.B. Widerstände oder Bündnisse einzelner Familienmitglieder.

„Wen in Ihrer Familie stört das Gewicht von Annika am meisten? Und wen am wenigsten?“ „Wer in eurer Familie findet die Idee zu einer Ernährungsberatung zu gehen gut? Und wer war vielleicht dagegen?“ „Was passiert zwischen deinen Eltern, wenn du beim Essen noch einen zweiten oder dritten Teller haben möchtest?“ „Wenn ich Ihren Mann fragen würde, wie er es findet, dass Leon sich mit Süßigkeiten vollstopft, so wie Sie es beschreiben, was würde er sagen, woran das liegt?“

4.4 Koalitionen und Allparteilichkeit

Eine Koalition bezeichnet ein enges Verhältnis, ein Bündnis von zwei oder mehr Familienmitgliedern miteinander, bei dem weitere Familienmitglieder ausgeschlossen sind. Dies kann zum Schaden eines Familiensystems werden wie im folgenden Fall:

Lisa (11 Jahre) kommt mit ihrem Vater. Sie sei übergewichtig und man möchte sich jetzt gerne beraten lassen. Es stellte sich zunächst heraus, dass Lisa nach medizinischer Definition überhaupt nicht übergewichtig ist, zwar etwas kräftig, aber im Normalbereich. Das erstaunt den Vater, da seine Frau ständig behauptet, Lisa sei zu dick. Dennoch möchte er beraten werden, was Lisa essen bzw. nicht essen darf, denn da gäbe es unterschiedliche Meinungen zwischen ihm und seiner Frau. Auf die Frage, warum seine Frau nicht mit zur Ernährungsberatung gekommen wäre, sagt er, sie halte das für unnötig. Sie würde selbst sehr diszipliniert essen und hätte Lisa schon alles erklärt. Aber diese würde sich nicht daran halten. Beim Frühstück gäbe es z.B. immer Streit wegen Nutella.

Die Mutter verbietet Nutella und kauft es nicht mehr. Wenn er als Vater am Wochenende beim Frühstück dabei sei und wenn die Tochter dann Nutella haben wolle, würde er zur Tankstelle fahren und Nutella kaufen. Und dann gäbe es Streit zwischen ihm und seiner Frau.

In dieser Familie ist eine Koalition zwischen Vater und Tochter gegen die Mutter entstanden. Ich werde als Beraterin aufgefordert die eine bzw. andere Seite zu unterstützen. Wenn ich das tue, bin ich in der Falle, denn egal, was ich sage, so habe ich den einen bzw. anderen Elternteil gegen mich und das Problem ist nicht gelöst. Wie sich im weiteren Verlauf der Beratung herausstellte handelte es sich nicht nur um ein Bündnis zwischen Vater und Tochter. Seit mehreren Jahren bestand ein Paarkonflikt der Eltern, auch über Trennung war schon nachgedacht worden. Häufig wurde beim Essen gestritten, denn da trafen alle aufeinander. Die Auseinandersetzungen um „ist Nutella erlaubt oder verboten“ bzw. „ist Lisa dick oder nicht dick“ entsprach einer Triangulation, also einer Umleitung des Paarkonflikts auf die Tochter und auf das – vermeintlich – ungefährlichere Thema Essen.

Ein weiteres Beispiel für heimliche oder offene Bündnisse findet man beim Thema Süßigkeiten - einem „Dauerbrenner“ in der Ernährungsberatung. Auch hier gibt es Koalitionen von Personen, die sich solidarisch mit dem Kind erklären. Großeltern („ach komm, lass uns doch die Freude“, „die Oma steckt ihm heimlich süßes zu, das hat sie neulich zugegeben“) oder getrennt lebenden Elternteile, bei denen das Kind das Wochenende verbringt („bei meinem geschiedenen Mann darf er so viel Süßigkeiten essen wie er will“) sind häufige Bündnispartner. Innerhalb der Familie gibt es häufiger Bündnisse mit dem Vater, der alles nicht so eng sieht, was die Ernährung angeht und eher seine Ruhe haben will. Während die Mütter versuchen sich mit der Ernährungsberaterin zu verbünden, da sie als Frau traditionell eher für Gesundheit und Ernährung zuständig sind.

Um in der Beratung mit Familien nicht in solche Fallen zu tappen, zum Verbündeten einzelner Familienmitglieder und zum Feind der anderen zu werden, braucht es Neutralität bzw. Allparteilichkeit, also den Blick auf jeden Einzelnen UND das System. Das geschieht am besten in Beratungen bei denen ALLE Familienmitglieder anwesend sind und ihre Sicht des Problems darstellen und zu einer von allen akzeptierten Lösung beitragen können. Im Bericht über Ann-Christin E. ist ein solches Familiengespräch beschrieben (siehe Fallbericht).

4.5 Hypothesen oder „Der Sinn des Symptoms“

Hypothesen sind ein wichtiger Bestandteil systemischer Arbeit. Sie sagen etwas aus über „die Beziehungen im Klientensystem, über die Wechselwirkungen zwischen Symptomen und Beziehungen, die Zusammenhänge zwischen Klienten- und Helfersystem, die Zusammenhänge zwischen Symptom und Geschichte des Symptoms sowie die Zusammenhänge zwischen internalisierten Mustern aus früheren Systemen, die der Betreffende in aktuellen Systemen reproduziert“ (Schwing/Fryszler 2007, S. 135). Hypothesen entsprechen demnach nicht der Wahrheit, die es ja in der systemisch-konstruktivistischen Denkweise so nicht gibt, geben aber mögliche Erklärungsansätze für das menschliche Verhalten und für die Beratungsarbeit.

Die systemische Bedeutung von Essen, Zu-Viel-Essen, Übergewicht, Zu-dick-Sein und sich daraus ableitende mögliche Hypothesen möchte ich an einigen Fallbeispielen erläutern.

Peter (11 Jahre): Peters Vater leidet seit zwei Jahren unter einer Depression. Davor hat er viel mit seinem Sohn unternommen, z.B. Ausflüge, Radtouren oder Fußball gespielt. Die Mutter hat begonnen zu arbeiten, weil der Vater kein regelmäßiges Einkommen mehr hat. Hypothese: Weil Peter den Vater so verändert erlebt und er nicht genau weiß, wie er damit umgehen soll, isst Peter vor allem am Nachmittag wenn seine Mutter arbeitet. Er isst viel und unkontrolliert aus Kummer und weil er allein ist.

Leon (10 Jahre): Leon ist der Sohn einer beruflich erfolgreichen und vielbeschäftigten Mutter. Seine Eltern sind geschieden, seinen Vater sieht er unregelmäßig. Es gab mehrere Partnerwechsel der Mutter und damit wenig Konstanz im Familiensystem. Die Mutter sagt, dass sie mit Leon wie mit einem Erwachsenen reden kann. Hypothese: Vermutlich ist Leon überfordert, vielleicht auch allein(gelassen) bzw. „Partnerersatz“ (Triangulation) und drückt dies mit übermäßigem Essen und Schlingen von Essen aus.

Lena (14 Jahre): Lena hat einen jüngeren Bruder (10 Jahre) und erlebt, dass dieser sowohl vom Vater als auch von der Mutter bevorzugt wird. Der Bruder ist schlank und darf alles essen, während sie kontrolliert wird. Es gibt immer Streit um Süßigkeiten. Die Mutter ist übergewichtig und Diabetikerin. Hypothese: Es geht um Rollenverständnis (Junge oder Mädchen) und Gerechtigkeit bzw. Bevorzugung. Die Mutter möchte ihrer Tochter das eigene Schicksal ersparen.

Christine (12 Jahre): Christine ist das einzige Kind von ebenfalls übergewichtigen Eltern. Aufgrund eines Trennungstraumas als Zweijährige wird sie von den Eltern verwöhnt. Die einzelnen Familienmitglieder haben wenig Zeit und kaum gemeinsame Interessen außer einer Vorliebe für ausgedehnte Mahlzeiten und gutes Essen. Hypothese: Das Essen ist das verbindende Element in dieser Familie und auch eine Art von Kompensation (Nicht Nein-Sagen-Können oder Wollen beim Essen) für die damals erlebte Trennung.

Yusuf (14 Jahre): Yusuf ist das dritte, jüngste und einzige männliche Kind in einer türkischen Familie. Die Mutter ist vor 4 Jahren an Krebs gestorben. Die beiden älteren Schwestern managen den Haushalt. Der Vater ist überfordert mit zwei Jobs und dem Familienmanagement. Hypothese: Yusuf ist traurig über den Verlust der Mutter, darf das aber nicht zeigen, weil es nicht männlich ist. In der Familie erlebt er eine Isolation zwischen den beiden Mädchen und dem überforderten, ihm gegenüber sehr harten Vater. Er isst sich eine Schutzschicht an und bekommt auch auf diese Weise Beachtung.

Annika (13 Jahre): Annika hat eine sehr schlanke, sehr gepflegte Mutter, der Vater ist übergewichtig und kämpft seit Jahren damit. Annika bekommt viele Ermahnungen von der Mutter in Bezug auf Gewicht und Essen. Sie solidarisiert sich mit dem Vater („wenn Papa Chips isst, esse ich auch welche, dann kann Mama nichts machen“). Hypothese: Annikas Übergewicht könnte ein Zeichen für eine Abgrenzung gegen den Schlankheitsanspruch ihrer Mutter und ein Hinweis auf mangelnde Akzeptanz und Liebe sein.

Ann-Kathrin (13 Jahre): Der Vater und die ältere Schwester sind beide psychisch krank und bekommen viel Aufmerksamkeit von Seiten der Ehefrau bzw. Mutter. Hypothese: Mit dem Übergewicht und dem Drang nach Süßem kompensiert das Mädchen ihre inneren Nöte und macht auf sich aufmerksam. Wer dick ist, wird besser „gesehen“.

Unter Verwendung von unterschiedlichen Interventionen können diese Hypothesen überprüft, verworfen oder durch neue ersetzt werden und so an einer Lösung des Problems gearbeitet werden. Mit Hilfe der Hypothesenarbeit wird noch einmal deutlich, dass das Übergewicht des Kindes zwar das Sichtbare ist, aber die dahinter liegenden Probleme und Ursachen ganz andere sind als reine Ernährungsthemen.

Zum Zeitpunkt meiner Hausarbeit habe ich noch nicht genügend Beratungen mit ganzen Familiensystemen durchgeführt. Daher möchte ich an dieser Stelle noch nicht ausführlicher darüber schreiben. Meine bisherigen Erfahrungen sind jedoch sehr positiv.

5. Chancen und Grenzen systemischer Arbeit in der Ernährungsberatung

Ich hoffe, dass ich mit der vorliegenden Arbeit und den beigefügten Fallberichten ausreichend aufzeigen konnte, dass systemisches Denken und Arbeiten in der Ernährungsberatung auf jeden Fall eine Bereicherung darstellt.

Die von mir beschriebenen Interventionen sind exemplarisch und subjektiv ausgewählt. Viele andere Methoden können ebenfalls eingesetzt werden und liefern weitere Informationen, Hinweise oder Hypothesen über das Problem, den Klienten und mögliche Lösungen. Die Rückmeldungen meiner Klienten lassen erkennen, dass der Blick „über den Tellerrand hinaus“ vielversprechend und erfolgreich ist.

Frau M., 35 J., am Ende der Beratung: „Ich war ganz erstaunt, als Sie mir sagten, dass Sie nicht mit Ernährungsplänen und Kalorien arbeiten. Ich hatte erwartet, einen Plan zu bekommen. Ich fragte mich wie das gehen sollte. Ich hab dann gedacht, ich probiere es. Ich habe 10 kg abgenommen. Und ich muss sagen, es hat sich gelohnt. Ich musste mir Gedanken über mein Essen machen und eigene Wege finden. Das war auch unbequem, aber viel besser als ein Plan. Sie haben mir viele Fragen gestellt, die mir geholfen haben über das nachzudenken, was ich bisher immer automatisch gemacht habe. Ich habe erkannt, dass ich immer dann esse, wenn ich Stress mit meinem Partner oder meinen Kindern hatte. Jetzt kenne ich meine Essfallen und weiß damit umzugehen.“

Systemische Ernährungsberatung – also die Kombination aus Ernährungsberatung UND systemischem Arbeiten bietet eine enorme Chance für eine erfolgreiche Beratung.

Es kann – und so mache ich es – zunächst eine Möglichkeit sein mit den „Tellerthemen“ zu beginnen und mit Veränderungen bei Nahrungsmitteln, Mengen, Mahlzeitenzusammensetzung und ähnlichem zu beginnen. Wenn genügend Vertrauen aufgebaut ist zwischen Beraterin und Klient, kann man dann peu à peu den Blick auf die Bedeutung von Symptomen, Gründen für ein bestimmtes Essverhalten oder Interaktionen zwischen Systemmitgliedern werfen.

Für einen Klienten mit einem Essproblem ist eine Ernährungsberatung außerdem ein niederschwelligeres Angebot als sich an einen Psychologen bzw. Psychotherapeuten zu wenden und bietet damit die Chance ins Thema einzusteigen und bei Bedarf weiter zu verweisen (siehe auch unten.)

Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass diese Art der Arbeit auch mich als Beraterin zufriedener macht, weil ich nicht mehr den Druck verspüre, Lösungen für den Klienten erarbeiten zu müssen.

Trotz dieser positiven Einschätzung gibt es auch Grenzen, die nachfolgend erläutert werden.

Grenzen des Setting:

Die Besprechung von ernährungswissenschaftlichen Inhalten, den „Tellerthemen“ (Lebensmittelauswahl, Nährstoffe, Mahlzeitenzusammensetzung usw.) wird immer Bestandteil einer Ernährungsberatung sein und sein müssen, denn sonst werden wir als Ernährungsberater der Verantwortung unserer Profession nicht gerecht. Gerade wenn bei einem übergewichtigen Menschen auch ernährungsabhängige Krankheiten wie Diabetes, Magen-Darm-Probleme, Hypercholesterinämie u.ä. vorliegen, wäre es ein grober fachlicher Fehler, die Diätetik außer Acht zu lassen und nur systemisch zu beraten.

Viele gesetzliche Krankenkassen finanzieren zur Zeit – und auch das oft nur anteilig – drei Zeitstunden verteilt auf fünf Beratungstermine. Denn Übergewicht ist ihrer Ansicht nach keine Krankheit. Systemische Ernährungsberatung braucht jedoch mehr Zeit und stößt dann an ihre Grenzen, wenn Krankenkassen hier finanziell nicht mitgehen und Klienten nicht selbst bezahlen können.

Grenzen beim Klienten:

Nicht jeder Klient ist bereit, sich auf eine systemische Ernährungsberatung einzulassen. Erfordert dies doch ein hohes Maß an Bewusstsein, Reflektiertheit, Motivation und Glaube an die eigene Wirksamkeit. Besonders in Familien ist es nicht einfach, zu dieser Form von Beratung zu motivieren und braucht ein vorsichtiges „Herantasten“. Vor allem dann, wenn zunächst nur die Mutter und das übergewichtige Kind gekommen sind.

Nicht jeder Klient braucht den systemischen „Blickwinkel“. Manche brauchen tatsächlich nur ein paar Tipps und Korrekturen ihrer Ernährung.

Nicht jeder Klient kann sich weitere Beratungsstunden finanziell leisten, wenn der Krankenkassenzuschuss aufgebraucht ist. So enden Beratungen dann unter Umständen ohne dass die vereinbarten Ziele erreicht wurden.

Grenzen beim Berater:

Die Frage, wo Ernährungsberatung auf- und Psychotherapie anfängt, ist wichtig, denn es geht auch um Kompetenzen und Grenzen des eigenen Berufsbilds. Hier ist für Ernährungsberater Vorsicht geboten nicht in „fremden Gärten zu wildern“ und damit Schaden anzurichten. Als gute Beraterin sollte man in der Lage sein bei entsprechenden psychischen Problemen bzw. Störungen des Klienten auf anderweitige Hilfsangebote wie Psychotherapie oder Beratungsstellen zu verweisen. Eine andere Möglichkeit wäre, die Beratung in Bezug auf die Ernährungsthemen fortzusetzen und parallel dazu eine psychologische Betreuung anzulegen. Wo genau die Grenze der Ernährungsberatung beginnt, ist ein gesondertes Thema.

Regelmäßige Supervision ist jedoch meines Erachtens für eine systemisch arbeitende Ernährungsberaterin unentbehrlich und hilft die eigene Arbeit, die Kompetenzen und Grenzen besser einschätzen zu lernen.

Und: eine systemisch arbeitende Ernährungsberaterin sollte auf jedem Fall in engem Kontakt mit dem Klienten sein und genau schauen, was im Einzelfall gebraucht wird. Sie sollte ihr Vorgehen transparent machen und sich gegebenenfalls die Erlaubnis des Klienten für neue und ungewohnte Beratungsmethoden einholen.

6. Ausblick

Vor kurzem ist ein erstes Buch erschienen in dem systemisches Arbeiten und Interventionen mit übergewichtigen Kindern beschrieben werden (Streber/Egger 2010). Agnes Streber, Oecotrophologin, Köchin und systemische Familientherapeutin aus München, schildert darin ihr Programm „Kinderleicht – wie übergewichtige Kinder abnehmen und Lebensfreude gewinnen“, das sie zusammen mit einer Psychologin und Familientherapeutin entwickelt hat und durchführt.

Der Wunsch nach systemischer Beratungskompetenz scheint bei Ernährungsfachleuten in meinem Umfeld im Trend zu sein. Mehrere Kolleginnen haben Fortbildungen in Form von Schnupperwochenenden oder kompletten Ausbildungen begonnen oder erwägen diese.

Es bleibt zu hoffen, dass der „Blick über den Tellerrand hinaus“ bei den Ernährungsberaterinnen beginnt, um sich dann beim Klienten fort- und durchsetzen und „Früchte“ in Form von Erfolgen zu tragen.

7. Literaturverzeichnis und Anhang

aid Infodienst und DGE e.V. (Hrsg.): Leichter, aktiver, gesünder. Interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher. Trainermanual. aid Infodienst 2004

Benecke, Monika; Hermann, Miriam; Hipp, Susanne (Hrsg.:QUETHEB e.V.): Prozessqualität in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung. Band 2: Leitfaden für den Therapieprozess. Med+Org Verlag 2006

Berufe-Lexikon:

<http://www.berufe-lexikon.de/berufsbild-beruf-ernaehrungsberater-ernaehrungsberaterin.htm>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE): Ich nehme ab. Kursleitermanual. DGE Verlag 2005

Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen: Anti-Diät in der Beratung bei Essstörungen. Grundlagen personenzentrierter Gesprächsführung. Eigene Seminarunterlagen der Fortbildung 2006-2007

Gartner, Renate : „Methoden-Mix“: Das Beste aus NLP, Gestalt und Co. für die Beratungspraxis. Eigene Seminarunterlagen einer Fortbildung 2004 (Veranstalter: Verband der Oecotrophologen e.V.)

Institut für Qualitätssicherung in der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung QUETHEB e.V.: Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung. <http://www.quetheb.de/PDFs/Rahmenvereinbarung%202009.pdf>

Pudel, Volker; Westenhöfer, Joachim: Ernährungspsychologie – eine Einführung. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 1998. Hogrefe Verlag

Robert Koch-Institut (Hrsg.): Studie zur Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen in Deutschland 2003-2006 (KIGGS). Ergebnisse veröffentlicht 2008 (www.kiggs.de)

Schwing, Rainer; Fryszer, Andreas: Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. 2. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht 2007

Statistisches Bundesamt Deutschland: Pressemitteilung Nr. 194 vom 2.6.2010: Mehr als jeder Zweite in Deutschland hat Übergewicht (veröffentlicht auf www.destatis.de)

„Über den Tellerrand geguckt“

Renate Lieberknecht

Hausarbeit im Rahmen der praxis-Weiterbildung Systemisches Arbeiten



Streber, Agnes; Egger, Angelika: Kinderleicht. Wie übergewichtige Kinder abnehmen und Lebensfreude gewinnen. Kösel Verlag 2010

Verband der Diätassistenten (VDD e.V.). Ausbildungsordnung Ernährungsberatung
<http://vdd.de/ausbildung-weiterbildung/ausbildungdiaetassistentin>