

Michael Booch

Zwischen Therapie und Beratung – Zur Rolle der Lehrkraft bei der Präventions- und Interventionsarbeit von Essstörungen in der Schule

In der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter gehören Essstörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Kenntnisse über die Krankheit und Auskunft über Handlungsschemata professionalisieren eine Lehrkraft in ihrer Handlung, mit Essstörungen in der Schule angemessen umzugehen. Wenn Schulkinder an einer Essstörung leiden, ist die Grenze zwischen Beratung und Therapie in jedem Fall einzuhalten, denn Lehrkräfte können nicht die Aufgabe der Therapierenden übernehmen.

Schlüsselwörter: Essstörung, Schule, Leitfaden, Prävention, Intervention

1 Einleitung

Essstörungen gelten als besonders gefährlich. Die Krankheit entwickelt sich schleichend und schädigt Körper und Seele von Erkrankten schwer (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2010). Vor allem essgestörte Kinder und Jugendliche sind in ihrer altersgemäßen Entwicklung gefährdet (Knobloch, Kleinert & Helwig, 2014). In der Pubertät ist die Gefahr erhöht, eine Essstörung zu entwickeln (Berking & Rief, 2012).

Zu Beginn dieses Artikels werden die vier Hauptformen von Essstörungen umschrieben. Die zusätzliche Darstellung typischer Verhaltensweisen von Erkrankten erleichtert es einer Lehrkraft außerdem, die psychosomatische Erkrankung Essstörung zu erkennen und das Störungsbild weitgehend zu beschreiben. Das darauffolgende Kapitel zeigt die Verbreitung von Essstörungen auf, um auf die Relevanz der Krankheit in den Schulen Deutschlands zu schließen.

Ziel dieses Artikels ist es, Lehrerinnen und Lehrern grob über die Thematik von Essstörungen zu informieren, sowie einen kurzen Handlungsablauf für Essstörungen in der Schule aufzuzeigen. Einen ausführlichen Leitfaden, wie Lehrpersonen adäquat mit Essstörungen von Schülerinnen und Schülern umgehen können, wie auch die Analyse neun verschiedener Präventionsprogramme, sind in der wissenschaftlichen Hausarbeit des Autors einzusehen.

2 Arten von Essstörung

Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen (Berger et al., 2008). Diagnostisch betrachtet lassen sich vier Hauptformen unterscheiden: Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht), Binge-Eating-Störung (Esssucht) und »Nicht näher bezeichnete Essstörungen« (American Psychiatric Association, 2015). Die folgenden Tabellen wurden von der BZgA (2013b) übernommen.¹ Sie veranschaulichen, welche typischen Verhaltensweisen Erkrankte zeigen können:

Tabelle 1: Typisch für Anorexia nervosa (Quelle: BZgA, 2013b, S. 17)

Typisch für Anorexia nervosa:
• Fehlender Kontakt zum eigenen Körper und dessen Bedürfnissen • Der Körper wird als Feind erlebt und bekämpft • Ständiges Wiegen und Sich-zu-dick-Fühlen • Der Kopf kontrolliert und steuert • Kontrolle vermittelt das Gefühl, autonom und selbstständig zu sein • Manchmal übertriebene Sparsamkeit und extremer Reinlichkeitssinn, Ablehnung jeglicher lustbetonter Betätigung, eine ausgesprochene spartanische Lebensweise • Rückzugsverhalten • Schwarz- Weiß- Denken und depressive Verstimmungen • Ritualisiertes Essverhalten • Extrem langsames Essen, extrem heiß oder kalt essen • Verzehr von Baby- und kalorienarmen Nahrungsmitteln und Getränken, meist sehr einseitige Nahrungsauswahl • Essen vortäuschen, kauen und ausspucken • Kochen, backen, Rezepte sammeln und andere zum Essen animieren • Vieles im Stehen machen • Sich Kälte aussetzen • Exzessiv Sport treiben • Tragen von schweren Taschen/Rucksäcken • Die Betroffenen weigern sich über lange Zeit, sich ihre Krankheit einzugestehen

Tabelle 2: Typisch für Bulimia nervosa (Quelle: BZgA, 2013b, S. 21)

Typisch für Bulimia nervosa:
• Essverhalten in der Öffentlichkeit ist kontrolliert • Auswahl von Light- und fettarmen Produkten für die Mahlzeiten, die ‚offiziell‘ gegessen werden und im Körper bleiben • Trennen in erlaubte und verbotene Lebensmittel • Einkauf großer Mengen billiger, leicht verzehrbare Lebensmittel für die Essanfälle • Schlingendes Essen bei den Essanfällen • Horten von Lebensmitteln mit gleichzeitiger Angst davor, Lebensmittel zu Hause zu haben • Manchmal erhebliche Verschuldungen aufgrund der hohen Ausgaben für Lebensmittel • Keine geregelten Mahlzeiten • Nach außen hin funktioniert alles perfekt, die Fassade stimmt • Bulimie ist schambesetzt und heimlich • Selbstekel, das Gefühl, abnorm zu sein • Soziale Isolation, Vernachlässigung von Interessen, depressive Verstimmungen • Viele sportliche Aktivitäten

Tabelle 1: Typisch für Binge-Eating-Störung (Quelle: BZgA, 2013b, S. 26)

Typisch für Binge-Eating-Störung:
• Häufige Heißhungeranfälle, dabei werden große Mengen von Lebensmitteln verzehrt • Gestörtes Essverhalten zwischen den Essanfällen (abwechselnd restriktives und unkontrolliertes Essen) • Fehlende Regelmäßigkeit bei der Ernährung • Häufiges Diäthalten und Abbruch von Diäten • Störung der Hunger- und Sättigungswahrnehmung • Geringe körperliche Bewegung und Aktivität • Bevorzugung bewegungsarmer Freizeitbeschäftigungen wie Fernsehen und Computerspiele • Herunterschlucken von Gefühlen (Ärger, Wut, Traurigkeit, Freude)

3 Krankheitshäufigkeit

Die exakte Verbreitung von Essstörungen lässt sich nur schwer ermitteln, und insgesamt ist mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen. Da Betroffene die Krankheit leugnen, können Gesundheitssysteme viele Fälle nicht registrieren.

Die bundesweite Kinder- und Jugendstudie KiGGS befragte ca. 7.500 Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren. Aus den Daten geht hervor, dass der Großteil der Befragten (78 %) als unauffällig eingestuft wird. Dagegen gruppieren sich 22 % der Befragten in der Kategorie auffällig. Mädchen weisen in dieser Studie mit 28,9 % nahezu doppelt so häufig Symptome für Essstörungen auf, wie ihr gegenteiliges Geschlecht (15,2 %) (Hölling & Schlack, 2007). Hölling & Schlack (2007) leiten aus den Befunden der KiGGS-Studie ab, dass jedes fünfte Kind in Deutschland Symptome einer Essstörung aufweist (Hölling & Schlack, 2007). Aus diesen Tatsachen kann gefolgert werden, dass eine Lehrkraft mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer essgestörten Schülerin oder einem essgestörten Schüler konfrontiert wird.

4 Die Rolle der Lehrkraft

Schritt für Schritt soll der folgende Leitfaden Lehrkräfte unter anderem befähigen, sich den eigenen Aufgaben in der Präventionsarbeit bewusst zu werden (Kapitel 4.1) und in diversen Gesprächen angemessene Worte zu finden (Kapitel 4.2).

4.1 Lehrkraft und Prävention

Die folgende Auseinandersetzung bietet Schulen und Lehrpersonen eine Leitlinie für Präventionsarbeit, um sich in der Vielzahl der Pflichten, Anregungen und Ratschläge zurechtzufinden.

4.1.1 *Bereiche einer umfangreichen Versorgung*

Wenn Menschen an einer Essstörung leiden, sollte das Versorgungsangebot stets umfassend sein (BZgA, 2013). Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2013, S.14) fasst vier Bereiche für eine umfangreiche Versorgung zusammen:

1. *Gesundheitsförderung, Prävention*
2. *Niederschwellige Beratungsangebote*
3. *Diagnostik und Behandlung*
4. *Nachsorge*

Die Lehrkraft spielt in der Institution Schule bei der Verhinderung einer Krankheitsentstehung und bei der Gesundheitsförderung eine bedeutende Rolle (Verwaltungsvorschrift, 2014).²

Dabei kommt der Lehrperson in den vier Bereichen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum einen bei der frühzeitigen Erkennung von auffälligen Verhaltensänderungen einer behandlungsbedürftigen Essstörung und zum anderen bei der schnellen Vermittlung von Beratungsangeboten mit fachkundiger Hilfe eine oft unterschätzte Bedeutsamkeit zu (BZgA, 2013). Die medizinische Diagnose, Behandlung und Nachsorge muss dagegen ausnahmslos von Fachkräften psychologischer und medizinischer Kliniken durchgeführt werden (ebd.).

In der Schule spielen Lehrkräfte demnach in zwei von vier Bereichen der BZgA eine unverzichtbare Rolle, um „im Rahmen ihrer Möglichkeiten Betroffene möglichst frühzeitig in professionelle Hilfsysteme zu überführen“ (Landesinstitut für Erziehung und Unterricht, 2001, S. 2). Die Amtspflicht der Lehrerinnen und Lehrer bestätigt die Auffassung der BZgA durch die Fürsorgepflicht, für das Wohl der Schülerinnen und Schüler Sorge zu tragen und die Kinder und Jugendlichen vor einer Gefährdung der Gesundheit zu bewahren (Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz, 2015, Artikel 34 Satz 1 GG).

4.1.2 Prävention als Aufgabe

Lehrkräfte haben gemäß der Verwaltungsvorschrift des Kultusministeriums (2014) die Aufgabe, eine Kooperation zu Beratungs- und Therapiesystemen herzustellen und außerdem ihren eigenen Wissenstand zum Thema Essstörungen zu erweitern, um Verhaltensauffälligkeiten richtig einordnen zu können. Diese Aufgaben der Verwaltungsvorschrift (2014) setzen ein hohes Maß an Empathie und Geschick voraus, um Betroffene adäquat beraten und weitervermitteln zu können, die Klasse durch Aufklärung über die Erkrankung zu sensibilisieren, Elterngespräche zu führen oder präventive Programme vorzustellen (BZgA, 2013).

Neben der Fürsorgepflicht und den Aufgaben aus der Verwaltungsvorschrift in der Präventionsarbeit weisen die Standards für Lehrerbildung³ noch auf weitere Aufgaben im Hinblick auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler hin. Sie beziehen sich gleichermaßen auf die Fürsorgepflicht gegenüber den Bildungs- als auch den Erziehungszielen, welche fest im Schulgesetz verankert sind. Nach diesen Standards hat eine Lehrkraft die Aufgaben zu unterrichten, zu erziehen, zu beurteilen und schließlich zu innovieren (Kultusministerkonferenz, 2004).

Der Bereich des Erziehens beinhaltet unter anderem, dass Lehramtsabsolventinnen und -absolventen Präventivmaßnahmen in der Theorie kennen und diese in der Praxis anwenden können (ebd.). Sie sollen „Schülerinnen und Schüler im Umgang mit persönlichen Krisen- und Entscheidungssituationen“ unterstützen können, „Risiken und Gefährdungen des Kindes- und Jugendalters sowie Präventions- und Interventionsmöglichkeiten“ kennen (ebd., S. 10). Das Zitat beschreibt mit »Interventi-

| Essstörungen in der Schule

onsmöglichkeiten« präventive Interventionen. Diese sind von der therapeutischen Intervention abzugrenzen, da sie nicht in den Aufgabenbereich einer Lehrkraft fallen. Mit der im Januar 2015 in Kraft getretenen Verwaltungsvorschrift verschärfte sich die Präventionsarbeit an Schulen deutlich. Pädagogische Einrichtungen sind seit diesem Zeitpunkt verpflichtet, auf gesundheitliche Risiken mit präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu reagieren (Verwaltungsvorschrift, 2014).

4.1.3 Bildungsplan und REVIS

Inwiefern der Bildungsplan für Realschulen (2004) die Thematik »Essstörungen« aufgreift, zeigt die nachfolgende Auflistung der entsprechenden Kompetenzformulierungen:

Die Schülerinnen und Schüler sollen ...

... Essstörungen erkennen, wissen um deren mögliche Folgen und Hilfsmöglichkeiten durch Freunde, Familie und Institutionen.

... gesundheitliche Folgen von Fehlernährung aufzeigen und Ernährungs- und Verhaltensregeln ableiten [können]. (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, 2004, S. 152)

Parallel bietet die Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in allgemein bildenden Schulen (REVIS)⁴ durch das Bildungsziel 1 und das Bildungsziel 4 in der schulischen Ernährungsbildung eine präventive „Steilvorlage“ (Bartsch, 2014, S.105), Kinder und Jugendliche zu begleiten, gesellschaftliche Körperbilder zu reflektieren, den eigenen Körper zu akzeptieren und das eigene Essverhalten zu erkennen. Die folgenden Bildungsziele wurden aus REVIS (2005, S. 1) entnommen:

Bildungsziel 1: Die Schülerinnen und Schüler gestalten die eigene Essbiographie reflektiert und selbstbestimmt.

Bildungsziel 4: Die Schülerinnen und Schüler entwickeln ein positives Selbstkonzept durch Essen und Ernährung.

4.2 Essstörungen in der Schule

Wenn Schülerinnen und Schüler bereits betroffen sind oder im Verlauf der Schullaufbahn unbemerkt eine Essstörung entwickeln, „werden therapeutische Maßnahmen [...] [benötigt], um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen und Rückfälle zu verhindern.“ (BZgA, 2013a, S.19). Die Fälle essgestörter Schülerinnen und Schüler sind sehr individuell und es gibt keine Musterlösung, wie man auf gewisse Situationen zu reagieren hat (Baeck, 2007).

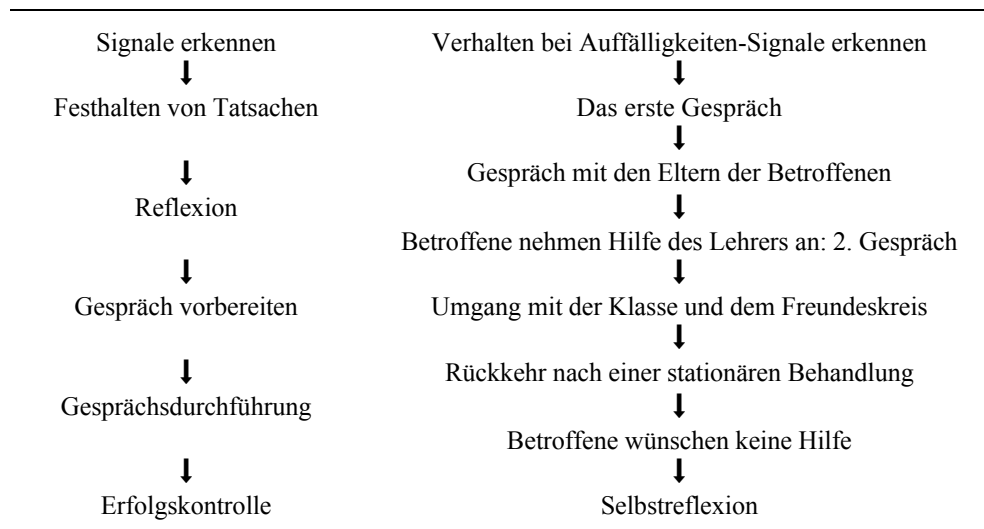
Da Lehrkräfte weder Therapeutinnen und Therapeuten noch Ärztinnen und Ärzte sind, sollten Lehrpersonen pädagogische Hilfen geben, um Betroffene durch Gespräche zu motivieren, professionelle Hilfe außerhalb der Schule aufzusuchen (Landesinstitut für Bildung und Erziehung Stuttgart, 2001). Demnach sollten sich Lehrperso-

nen durch den Einsatz geeigneter Maßnahmen bemühen, die volle Verwirklichung des Rechtes, „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit [der Schülerinnen und Schüler] zu erhalten“ (§ 24 UN-Kinderrechtskonvention), sicherzustellen.

Im Folgenden wurden Publikationen der BZgA, Handreichungen des Landes, Doktor- und Zulassungsarbeiten sowie Leitfäden aus Deutschland und Österreich untersucht, um pädagogische Lehrkräfte für das Thema zu sensibilisieren, die Rolle der Lehrkraft zu analysieren und Lehrerinnen und Lehrern Handlungsvorschläge zu bieten, um in diversen Situationen angemessen handeln zu können.

Die in der Arbeit niedergeschriebenen Empfehlungen basieren auf zusammengefassten Vorgehensweisen, die sich in der genannten Literatur mehrfach wiederholen und mit einschlägiger Literatur verglichen wurden. Zudem wurden die Ratschläge mit den Ansichten erfahrener Psychologen und Mitarbeitern einer Schule für psychisch kranke Kinder⁵ verglichen. Dabei orientiert sich die Arbeit am Handlungsschema der Früherkennung und Intervention „step by step“ (Waldhelm-Auer, 2004).

Tab. 4: „step by step“ (Quelle: Waldhelm-Auer, 2004, S. 58) und modifiziertes Handlungsschema (Quelle: eigene Darstellung).



Das Handlungsschema der Tabelle 4 wurde für die Verwendung im Rahmen dieses Artikels teilweise modifiziert. In Anlehnung an das Institut Suchtprävention (2016) wurden Überschriften geändert, Inhaltsschwerpunkte umgestaltet und Punkte hinzugefügt, um Lehrkräften einen chronologischen Handlungsablauf (Interventionsablauf)⁶ von Essstörungen aufzuzeigen.

Die folgende *kurzgefasste Darstellung* der Handlungsfälle soll Lehrkräften eine Hilfestellung geben, die Betroffenen konsequent, möglichst rasch und unterstützend zu motivieren, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

| Essstörungen in der Schule

4.2.1 Verhalten bei Auffälligkeiten-Signale erkennen

Ein Lehrer kann die Schülerin nur vorurteilsfrei und sachgerecht ansprechen, wenn er mögliche Stereotype durch Sachkenntnis von vorne herein aus dem Weg räumt. Unüberlegtes Handeln birgt die Gefahr, subjektiv zu argumentieren und durch unangemessenes Agieren die erkrankte Schülerin noch mehr zu belasten. Durch den täglichen Kontakt mit den Schülerinnen kann einem Lehrer eine Verhaltensauffälligkeit noch vor den Eltern auffallen.

4.2.2 Das erste Gespräch

Zusammenfassend schildert der Lehrer in einem ersten Gespräch isoliert von der Klasse die Beobachtungen stets objektiv wertschätzend. Der Lehrer bezieht sich an dieser Stelle nach wie vor auf seine Vermutungen. Diese sind nicht durch eine medizinische Diagnose gestützt. Die Wörter „Essstörung“ oder „Magersucht“ werden demzufolge im ersten Gespräch in keinem Fall verwendet (Landesinstitut für Erziehung und Unterricht, 2001). Ziele und Konsequenzen können helfen, die Schülerin zu heilenden Handlungen zu ermutigen (Waldhelm-Auer, 2004).

Lehrkräfte sind eine unterstützende Begleitung und vermitteln Erkrankte zwischen Beratungsstellen und therapeutischen Anstalten. Lehrer ersetzen solche Einrichtungen in keinem Fall. Im Verlauf des Gesprächs stellt der Lehrer diese Grenzen zwischen Schule und Therapie dar. Der Pädagoge schildert deutlich, er könne die Betroffene beraten, welche Schritte als nächstes eingeleitet werden könnten (Baeck, 2007), in keinem Fall kann er aber die Krankheit therapieren (Waldhelm-Auer, 2004). An dieser Stelle ist noch einmal explizit zu erwähnen, dass Lehrer keine Diagnosen stellen.

4.2.3 Gespräch mit den Eltern der Betroffenen

Häufig ahnen Eltern nichts von der Essstörung ihrer Kinder. Eine behutsame Hinführung und Sensibilisierung für diese Problematik ist genauso wichtig, wie der objektive Gesprächsverlauf. Dabei stehen Verhaltensweisen und Fehlzeiten im Vordergrund (Landesinstitut für Erziehung und Unterricht, 2001).

Der Lehrer sollte in der Lage sein, den Eltern Beratungsstellen empfehlen zu können. Hier finden die Erziehungsberechtigten weitere Informationen, Hilfe und fachliche Ratschläge (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2012).

4.2.4 Betroffene nimmt Hilfe des Lehrers an: Zweites Gespräch

Der Lehrer unterstützt jede essgestörte Schülerin und vermittelt sie an Beratungsstellen. Die Vermittlung an weitere Einrichtungen steht im zweiten Gespräch im Vordergrund (Regierungspräsidium Stuttgart. Schule und Bildung, 2009). Von Empfeh-

lungen, bestimmte Therapeuten zu konsultieren, ist abzusehen. Eine Vermittlung mehrerer Adressen schließt aus, nach einer Therapie, die nicht den gewünschten Erfolg hatte, mit Vorwürfen konfrontiert zu werden. Ab dem Zeitpunkt eines stationären Aufenthalts begrenzen sich die Aufgaben des Lehrers auf den Austausch mit der Therapieschule (falls vorhanden).

Eine bevorzugte Notengebung ist ausgeschlossen (ebd.). Bei einem längeren stationären Aufenthalt der Betroffenen entscheiden die Lehrperson und die Schulleitung gemeinsam über Notengebung und Versetzung, da bei der Betroffenen meist größere Wissenslücken bestehen können (Regierungspräsidium Stuttgart. Schule und Bildung, 2009).

4.2.5 Umgang mit der Klasse und dem Freundeskreis

Ein Lehrer erklärt der Klasse, ebenso wie der Betroffenen und deren Eltern, die Grenzen zwischen Beraterfunktion und Lehrerfunktion. Dem Freundeskreis ist bewusst zu machen, dass weder der Lehrer noch der Freundeskreis die Krankheit heilen können. Freundinnen und Freunde sind dennoch als Unterstützung geeignet, den Betroffenen in ihren Handlungen und der Therapie beizustehen (BZgA, 2013c).

4.2.6 Rückkehr nach einer stationären Behandlung

Der Lehrer thematisiert mit der Betroffenen und der Klasse die Rückkehr in die Schule. Ein empathischer Empfang kann verhindern, dass sich die Schülerin mit Ängsten und negativen Gedanken quält. Auch die Klassenmitglieder/-innen sollten sich auf das Wiedersehen vorbereiten können, da sie selbst oft unsicher sind und nicht wissen, wie sie sich verhalten sollen (ebd.).

4.2.7 Betroffene wünschen keine Hilfe

Um das Wohl der Schülerin nicht zu gefährden, lädt die Lehrkraft zusammen mit der Schuldirektion nicht einsichtige Eltern zu einem Gespräch ein. Eine explizite Darlegung der Bedeutsamkeit einer Therapie soll die Eltern davon überzeugen, Hilfsmöglichkeiten anzunehmen. Die Uneinsichtigkeit der Eltern kann bis zur Vermittlung der Schülerin an das Jugendamt führen. Voraussetzung für einen reibungslosen Ablauf der Intervention und Prävention ist die Zusammenarbeit mit den Eltern.

4.2.8 Selbstreflexion

Lehrkräfte wissen oft nicht, wie sie sich gegenüber den Erkrankten verhalten sollen, denn sie „schwanken oft zwischen Ignorieren des Problems und besonderer Aufmerksamkeit gegenüber Betroffenen“ (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2012, S. 38). Diese „besondere Aufmerksamkeit“ kann den Gedanken her-

| Essstörungen in der Schule

vorrufen, die Lehrkraft müsse die Betroffene heilen. Das führt zu einer Überforderung und kann die Lehrergesundheit gefährden. Das Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (2001) hält es bei Essstörungen in der Schule für unerlässlich, eine distanzierte Selbstreflexion zu vollziehen. Dadurch nimmt der Lehrer die eigenen Gefühle wahr und reflektiert Wahrnehmungen und Ansichten, um eine emotionale Distanz zu gewährleisten (ebd.).

5 Schlussfolgerung

Der Artikel zeigt die Relevanz von Essstörungen im schulischen Kontext auf: Jugendliche sind häufiger betroffen als Erwachsene. Diese Tatsache erhöht das Risiko einer Lehrkraft, in der Schule mit Essstörungen konfrontiert zu werden. Lehrkräfte sind weder Therapeuten/Therapeutinnen noch Ärzte/Ärztinnen. Sie sollten pädagogische Hilfen geben, um Betroffene durch Gespräche zu motivieren, professionelle Hilfe außerhalb der Schule aufzusuchen. Diese Vermittlung an Beratungsstellen setzt voraus, dass Lehrpersonen mit Hilfsstellen für Suchterkrankungen kooperieren, um ein breites Netzwerk aufzubauen.

Falls sich Lehrkräfte für beratende Handlungen ungenügend vorbereitet fühlen, können sie sich an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wenden. Diese bietet auf ihrer Webseite (www.bzga-essstoerungen.de) eine bundesweite und qualitätsgesicherte Suchfunktion für Behandlungs- und Beratungseinrichtungen im Bereich Essstörungen.

Anmerkungen

- 1 Symptome einer „nicht näher bezeichneten Essstörung“ sind nicht zu finden. Diese sind nicht identisch mit den Erkennungsmerkmalen einer Essstörung (Wunderer, 2015). In dieser Form können u. a. Beschwerdebilder auftreten, „für die nicht genügend Informationen vorliegen, um eine genauere Diagnose stellen zu können“ (American Psychiatric Association, 2015, S. 484).
- 2 Es ist anzumerken, dass die beschriebenen Vorschriften der Verwaltungsvorschrift (2014) allgemein auf Krankheit/Gesundheit der Schülerinnen und Schüler abzielen und nicht explizit erwähnen, Essstörungen vorzubeugen.
- 3 Diese Standards wurden in der Kultusministerkonferenz formuliert und legen dar, welche Anforderungen Lehrerinnen und Lehrer erfüllen sollen.
- 4 *REVIS*: Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in allgemeinbildenden Schulen.
- 5 Der Vergleich stützt sich auf Erfahrungen aus dem Professionalisierungspraktikum, welches im März 2015 an einer „Schule für Kranke“ in Ulm absolviert wurde.
- 6 Es ist anzumerken, dass unter dem Begriff „Intervention“ nicht die therapeutische Intervention gemeint ist. Unter „Interventionsablauf“ ist nachfolgend zu verstehen,

dass Lehrkräfte angemessene Handlungen einleiten, um das Wohlbefinden der/des Erkrankten zu fördern (Raabe, 2004).

Literatur

- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Washington, DC. <https://doi.org/10.1026/02600-000>
- Bartsch, S. (2014). Präventionsmaßnahme Ernährungsbildung. *Ernährung im Fokus*, 14-03-04, S. 105.
- Berger, U., Bormann, B., Brix, C. et al. (2008). Evaluierte Programme zur Prävention von Essstörungen. *Ernährung*, 2, 159-168. <https://doi.org/10.1007/s12082-008-0165-0>
- Berking, M. & Rief, W. (2012). *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor* (Band 2: Therapieverfahren, Lesen, Hören, Lernen im Web). Berlin.
- Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (2015). *Artikel 34 Satz 1 GG*.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2010). *Diagnostik und Therapie der Essstörungen*. Berlin.
- Knobloch, J., Kleinert, J. & Helwig, J. (2014). Vor der Essstörung: Risikoverhalten und Persönlichkeitsmerkmale bei Schülerinnen des Gymnasiums. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(2), 50-60. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000113>
- Baeck, S. (2007). *Essstörungen: Was Eltern und Lehrer tun können*. Bonn: Balance.
- Barmer GEK (2011). *Psychogene Essstörungen: erkennen, benennen, vorbeugen – Ratgeber für Multiplikatoren* (Stand: Oktober 2011). Berlin.
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2012) *Suchtprävention in der Schule* (4. Aufl.). Wien. <http://www.praevention.at/upload/documentbox/Version2012.pdf>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013). *Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland* (Band 4). Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013a). *Essstörungen vorbeugen: Informationen und Übungen für die Gruppenarbeit* (Ausgabe 1.50.02.13). Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013b). *Essstörungen – Was ist das*. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013c). *Leitfaden*. Köln: BZgA.
- Hölling, H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 794-799. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0242-6>
- Institut Suchtprävention (2016). *X-act Essstörungen. Materialien zur Prävention von Essstörungen in der Schule*. http://www.praevention.at/uploads/media/x-act_Essstoerungen2016.pdf

| Essstörungen in der Schule

- Kultusministerkonferenz (2004). *Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften*. Beschluss vom 16.12.2004.
http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2004/2004_12_16-Standards-Lehrerbildung.pdf
- Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (2001). *Informationsdienst zur Suchtprävention – Anorexie, Bulimie, Adipositas: Essstörungen – (k)ein Thema für die Schule: Eine Handreichung für die Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention in Baden-Württemberg* (Ausgabe 12). Stuttgart.
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport (2004). *Bildungsplan Realschule Baden-Württemberg*.
- Raabe K. (2004). *Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen*. Hohengehren: Schneider Verlag.
- REVIS (2005). *Bildungsziele und Kompetenzen in der Ernährungs- und Verbraucherbildung*.
<http://www.evb-online.de/docs/kompetenzraster-vertikal-endfassung.pdf>
- Regierungspräsidium Stuttgart Schule und Bildung (2009). *Informationsdienst zur Suchtprävention: Basiswissen schulische Suchtprävention, Grundlagenheft für die Lehrerfortbildung: Eine Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention in Baden-Württemberg* (Ausgabe 20, Neufassung 2009).
- UN- Kinderrechtskonvention: *Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989*.
<http://www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf>
- Verwaltungsvorschrift (2014). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule* (am 01.01.2015 in Kraft getreten).
- Waldhelm-Auer, B. (2004). *Iss mal was! Is' denn was? Prävention von Essstörungen an Schulen: Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer*. Traunstein: Fachambulanz für Suchtkranke, Caritas-Zentrum.
- Wunderer, E. (2015). *Praxisbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen*. Weinheim: Beltz.

Verfasser

Michael Booch
Pädagogische Hochschule Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 561
D-69120 Heidelberg
E-Mail: michael.booch@gmx.de