

Essstörungen in der Schule

Handlungsleitfaden für den Umgang
mit Betroffenen von Essstörungen



www.iqsh.de

IMPRESSUM

Essstörungen in der Schule

Handlungsleitfaden für den Umgang mit Betroffenen von Essstörungen

Herausgeber

Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen
Schleswig-Holstein (IQSH)
des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur
des Landes Schleswig-Holstein
Dr. Gesa Ramm, Direktorin
Schreberweg 5, 24119 Kronshagen
<https://www.iqsh.schleswig-holstein.de>
https://twitter.com/_IQSH

in Zusammenarbeit mit

Frauen helfen Frauen Stormarn e. V.
Bahnhofstraße 12, 23843 Bad Oldesloe
T +49 (0)4531 86772
frauenberatung@frauenhelfenfrauenvormarn.de
<https://www.fhf-stormarn.de>

Bestellungen

T +49 (0)431 5403-148
F +49 (0)431 988-6230-200
publikationen@iqsh.landsh.de

Autorinnen

Heike Kühl-Frese, Zentrum für Prävention des IQSH
Anja Deloch, Frauen helfen Frauen Stormarn e. V.

Wissenschaftliche Beratung

Prof. Dr. Janine Trunk, Hochschule Döpfer Köln

Gestaltung

Meike Voigt Grafikdesign, Kiel

Fotos

adrian_ilie825 (Titel), RTimages (Seite 9), sylv1rob1 (Seite 11), gustavofrazao (Seite 16), koszivu (Seite 21), animaflora (Seite 23), 313 (Seite 25), GCapture (Seite 27), Dream-Emotion (Seite 29), stockfoto-graf (Seite 31) - alle fotolia.com, ansonsaw (Seite 24) auf istockphoto.com

Publikationsmanagement und Lektorat

Petra Haars, Stefanie Pape, Elke Wiechering

Druck

hansadruck und Verlags-GmbH & Co KG, Kiel
Druck auf FSC-zertifiziertem Papier
Unveränderter Nachdruck von Oktober 2018

© IQSH Oktober 2018 Okt 19
Auflage 1.000 1.000

Best.-Nr. 03/2018

Essstörungen in der Schule

Handlungsleitfaden für den Umgang
mit Betroffenen von Essstörungen

Vorwort

Mit dem vorliegenden Handlungsleitfaden „Essstörungen an Schulen“ wollen wir Lehrkräfte, Schulsozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Schulleitungen dabei unterstützen, mit diesem sensiblen Thema kompetent umzugehen und in schwierigen Situationen schnell und professionell reagieren zu können. Der Handlungsleitfaden bietet grundlegende Informationen zu den Ursachen und zum Umgang mit Essstörungen von Kindern und Jugendlichen, ermöglicht Orientierung und zeigt Handlungsoptionen bei Anzeichen und konkreten Auffälligkeiten auf.

Begleitend bietet das IQSH basierend auf der Handreichung praxisnahe Fortbildungen an.

Ich freue mich über die gelungene Kooperation mit der Beratungsstelle Frauen helfen Frauen Stormarn e. V. und danke den Autorinnen Heike Kühl-Frese, IQSH-Koordinatorin Suchtprävention, und Anja Deloch von der Beratungsstelle für die Erarbeitung dieser Handreichung sowie Prof. Dr. Janine Trunk von der Hochschule Döpfer, Köln, für die wissenschaftliche Beratung.

Dr. Gesa Ramm
Direktorin

Inhalt

Einführung – 9

1 Essstörungen – Definition und Grundlagen – 10

1.1 Formen von Essstörungen – 11

1.2 Adipositas – (k)eine Essstörung?! – 12

1.3 Verbreitung von Essstörungen – 12

1.4 Ursachen und Dynamik von Essstörungen – 13

2 Umgang mit Essstörungen – Bewusstmachen der eigenen Haltung – 15

3 Wahrnehmen – Anzeichen und Auffälligkeiten – 17

4 Vernetzung - allein geht es nicht! – 20

5 In Kontakt treten – 22

5.1 Kontakt mit der betroffenen Schülerin / dem betroffenen Schüler – 22

5.2 Kontakt mit den Eltern/Erziehungsberechtigten – 23

5.3 Stolpersteine – 23

5.4 Strategien im Kontakt mit den Betroffenen – 25

5.5 Gesprächsraster – 26

6 Die Rolle der Schule – 28

6.1 Prävention – 28

6.2 Kooperation mit einer Beratungsstelle – 29

7 Schritt für Schritt – 30

8 Unterstützungsangebote des IQSH – 32

9 Literatur – 33

Einführung

Essen und die damit verbundene Nahrungsaufnahme gehören zu den alltäglichen und damit selbstverständlichsten Tätigkeiten der Menschheit. Mit der Geburt gilt ein guter Appetit als Indiz für eine gesunde Entwicklung. Umso erstaunlicher mutet es an, wenn das Gleichgewicht aus Hunger und Sättigung trotz eines ausreichenden Nahrungsangebots gestört wird.

Genau dieses Phänomen tritt gehäuft bei jungen Menschen auf, besonders bei jungen Frauen und Mädchen. Die meisten Essstörungen beginnen in der Pubertät, einer Phase, die insgesamt eine große Herausforderung für Jugendliche darstellt. In nahezu jeder weiterführenden Schule Schleswig-Holsteins fallen Schülerinnen und Schüler auf, die erste Anzeichen, aber auch schwere Symptome einer Essstörung aufweisen.

Essstörungen haben schwerwiegende Auswirkungen sowohl auf die körperliche als auch die seelische Entwicklung und wirken sich in der Folge auf schulische und berufliche Perspektiven aus.

Obwohl Essstörungen beziehungsweise Anzeichen für eine Essstörung unter Schülerinnen und Schülern ein so häufig beschriebenes Phänomen sind, herrscht oftmals große Ratlosigkeit unter Lehrkräften und Pädagogen, wenn es um den Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schülern geht:

- Dürfen und sollen die Betroffenen von Lehrkräften und Pädagoginnen und Pädagogen angesprochen werden?
- Welche Ansprache und Wortwahl ist geeignet?
- An welcher Stelle sollten und müssen Eltern/ Erziehungsberechtigte einbezogen werden?
- Inwieweit sollten Mitschülerinnen und Mitschüler involviert werden?
- Gibt es Interventionsmöglichkeiten durch die Schule, welche Formen der Intervention sind geeignet?

Viele Schulleitungen, Lehrkräfte und Schulsozialpädagoginnen und -pädagogen, aber auch Eltern und partiell (Mit-)Schülerinnen oder Schüler wünschen sich Orientierung und Sicherheit im Umgang mit Betroffenen.

Unser Anliegen ist es deshalb, Handlungsoptionen aufzuzeigen, die im schulischen Kontext konkret umgesetzt werden können. Auf diese Weise können alle an der Schule tätigen Pädagoginnen und Pädagogen hilfreich wirksam sein, ohne therapeutisch zu handeln.

Diese Ziele können besonders gut gelingen, wenn die Bereitschaft zur Kooperation und Vernetzung innerhalb der Schule und mit externen Partnern gegeben ist.

Wir danken allen, die uns bei der Erstellung der Broschüre unterstützt haben. Dies gilt insbesondere Prof. Dr. Janine Trunk, HSD Hochschule Döpfer, Köln, für ihre wissenschaftliche Beratung.

Natürlich unterstützen wir Sie gern bei allen Initiativen Ihrer Schule, die sich nach der Lektüre dieser Broschüre ergeben.



1 Essstörungen – Definition und Grundlagen

Jeder Mensch muss essen. Die Aufnahme von Nahrung ist lebensnotwendig und somit ein „normaler“ Vorgang zwischen Hunger und Sättigung (vgl. Pietrowsky, 2015, S. 175 - 182).

Essen erfährt über die Nahrungsaufnahme hinaus unterschiedliche Bedeutung und Bewertung. Dabei spielen zum Beispiel kulturelle, gesellschaftliche und individuelle Gegebenheiten eine Rolle.

Die schlichte Nahrungsaufnahme kann sich zu einer komplizierten und sehr problembehafteten Angelegenheit entwickeln, die nichts mehr mit der originären Aufgabe (Sättigung eines physischen Hungergefühls) zu tun hat. Dabei können auch Essstörungen auftreten.

Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen mit suchtähnlichem Charakter; ein psychischer Konflikt wird auf der körperlichen Ebene ausgetragen.

Essstörungen können unterschiedliche Formen annehmen und reichen von Nahrungsverweigerung (Anorexia nervosa) bis hin zu Essanfällen mit Kontrollverlust (Binge-Eating).

Das äußere Erscheinungsbild variiert dementsprechend von Untergewicht bis hin zu klinisch relevantem Übergewicht (Adipositas). Dabei wird üblicherweise der BMI (Body-Mass-Index) als Maßstab zur Bewertung des Körpergewichts herangezogen. Zur Bewertung der gesundheitlichen Gefährdung müssen aber weit mehr Parameter beachtet werden (Körperzusammensetzung mit Fett, Muskeln, Knochen, Fettverteilung usw.) (vgl. Institut Suchtprävention, 2017, S. 5 – 6). Die Bewertung des gesundheitlichen Zustands gehört in die Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten.

Gemeinsam ist allen Essstörungen die starke gedankliche Auseinandersetzung mit Essen, dem eigenen Gewicht und dem Körperumfang. Alle Essstörungen ziehen früher oder später körperliche Folgeerkrankungen nach sich. Darüber hinaus führen Essstörungen häufig zu einer sozialen Isolation.

Unabhängig von der spezifischen Ausprägung der Essstörung handelt es sich in der Regel um eine persönliche Bewältigungsstrategie einer tiefer liegenden, scheinbar unlösbaren psychischen Notlage, die sich unter anderem vor dem Hintergrund des gesellschaftlich anerkannten Schönheits- und Schlankheitsideals entwickelt hat und im Zusammenhang mit einem vielschichtigen, häufig problembehafteten sozialen Umfeld steht. Insbesondere der Regulation von Gefühlen kommt eine entscheidende Bedeutung bei Essstörungen zu – und der Suchtcharakter ist ein Hinweis darauf, dass der Weg aus einer Essstörung in der Regel langwierig ist.

1.1 Formen von Essstörungen¹

Anorexia nervosa (Magersucht)

Mit diesem Krankheitsbild geht ein massiver, selbst verursachter Gewichtsverlust einher, der zu erheblichem Untergewicht (BMI kleiner gleich 17,5) führt.

Die Angst vor einem vermeintlich dicken Körper steuert bei den Betroffenen das Essverhalten und ihr Verhalten ganz allgemein. Die Gedanken der Betroffenen kreisen ständig um das Thema Essen. Sie halten strenge Diäten, hungrig und/oder treiben exzessiv Sport. Die Mangelernährung führt häufig zu körperlichen Funktionsstörungen, wie zum Beispiel bei Mädchen/Frauen zum Ausbleiben der Menstruation. Chronisches Untergewicht hat negative bis lebensgefährdende Auswirkungen auf die Vitalfunktionen.

Durch die Körperbildstörung wird das eigene Körperbild von den Betroffenen nicht realistisch wahrgenommen – viele fühlen sich auch dann noch zu dick, wenn sie bereits stark abgemagert sind.

Durch die Kontrolle des Körpergewichts und die Macht, die sich dadurch zeigt (auch ihren Mitmenschen gegenüber), fühlen sich die Betroffenen andererseits oftmals aufgewertet. Der Stolz über diese eigene „Leistung“ trägt maßgeblich zur Aufrechterhaltung der Störung bei und die Kontrolle über das Essverhalten kompensiert oft erlebten Kontrollverlust und/oder subjektiv so bewertete Misserfolge in anderen Lebensbereichen (siehe auch: Werner/Trunk, 2017).

Bulimia nervosa

(Ess-Brech-Sucht)

Menschen mit Bulimie leiden an einem Syndrom, das durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Essverhaltens und des Körpergewichts charakterisiert ist. Durch stark eingeschränkte Nahrungszufuhr einerseits werden Essanfälle andererseits begünstigt, sodass ein Teufelskreis von Essanfällen und dem Versuch, diese rückgängig zu machen, entsteht. Kompensatorisch wird



einer Gewichtszunahme zum Beispiel durch Erbrechen, den Gebrauch von Abführmitteln und Entwässerungstabletten und/oder das Betreiben exzessiven Sports entgegengewirkt.

Wiederholtes Erbrechen kann zu Elektrolytstörungen und körperlichen Folgeerkrankungen führen (Teufel/Zipfel, 2015).

Menschen mit diesem Krankheitsbild sind in der Regel normalgewichtig. Von Bulimie betroffene Menschen neigen zu angepasstem Verhalten. Scham- und Schuldgefühle sind besonders ausgeprägt. Durch das Normalgewicht und die im Geheimen stattfindenden Ess-Brech-Attacken bleiben Betroffene oftmals lange unerkannt.

Binge-Eating-Störung (Esssucht)

Menschen mit einer Binge-Eating-Störung nehmen häufig unkontrolliert riesige Mengen von Nahrung zu sich, die weit über das Sättigungsgefühl hinausgehen. Diese Essanfälle oder auch „Fressattacken“ führen in der Regel zu einer als unangenehm empfundenen Übersättigung, was aber nicht zur Beendigung der Attacke führen muss. Im Unterschied zur Bulimie werden die Essanfälle nicht durch Erbrechen oder Ähnliches kompensiert, sodass die Erkrankung meist zu erheblichem Übergewicht führt. Häufig leiden die Betroffenen unter diesen Essanfällen, die im Sinne des „Frustessens“ kurzfristig negative Gefühle „betäuben“.

Langfristig sind sie meistens mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden, also einer Steigerung negativer Gefühle.

Bis heute werden im Wesentlichen diese drei Essstörungsarten unterschieden, wobei Mischformen häufig vorkommen und die Übergänge fließend sind. Für sie liegen diagnostische Kriterien und therapeutische Manuale vor (vgl. Jacobi, Thiel, Beintner, 2016, und Legenbauer/Vocks, 2014).

¹ Vgl. BZgA, S3-Richtlinie, und andere.

Daneben wird eine Reihe anderer Formen auffälligen Essverhaltens und des Umgangs mit dem eigenen Körper beobachtet. Die Biggerexie, die Sportsucht und die Orthorexia nervosa sollen hier kurz skizziert werden.

Biggerexie/Muskeldysmorphie und Sportsucht

Die Biggerexie oder Muskeldysmorphie, die hauptsächlich männliche Jugendliche und Männer betrifft, wurde im Volksmund auch unter dem Begriff „Adonis-Komplex“ bekannt. Für die Betroffenen geht es darum, möglichst umfassend Muskelmasse aufzubauen (in der Regel in Fitness-Studios). Diesem Streben liegen oftmals eine gestörte Eigenwahrnehmung zugrunde, nach der der eigene Körper als zu schmächtig bewertet wird. Nicht selten wird der Aufbau der Muskelmasse durch die Zufuhr eiweißhaltiger Präparate und die Einnahme von Medikamenten unterstützt. Die Zahl Betroffener wird auf 1 % geschätzt (vgl. BZgA, 2008 a, b, c, und Trunk, 2018).

Die Sportsucht wiederum kann mit gewichtsreduzierenden Maßnahmen und Diäten einhergehen und Formen einer klinisch relevanten Essstörung annehmen (auch: Anorexia Athletica).

Sowohl bei der Sport- als auch der Muskelsucht wird Sport über die körperliche Grenze hinaus, oft ohne Wettkampf- oder Teamgedanken, getrieben. Das kann zur Kompensation von Misserfolgen in anderen Lebensbereichen beitragen und wird durch die Ausschüttung körpereigener Endorphine verstärkt.

Orthorexia nervosa (krankhaftes Gesund-Essen)

Bei diesem Krankheitsbild geht es um die vermehrte Beschäftigung mit Lebensmitteln und deren Qualität. Mögliche Hinweise auf orthorektisches Verhalten:

- Die Gedanken kreisen ständig um gesundes Essen und Ernährung.
- Die eigene Ernährungsweise wird als die einzige richtige gesehen.
- Gefühl der Reinheit und Kontrolle, wenn alle Regeln eingehalten werden.
- Versagens- oder Schuldgefühle, wenn die Ernährungsregeln gebrochen werden.
- Missionarisches (Aufklärungs-)Verhalten gegenüber Familie, Freunden, Bekannten etc.
- Viele Nahrungsmittel sind tabu, weil sie als „ungesund“ bewertet werden.
- Die Liste subjektiv „verbotener“ Nahrungsmittel erweitert sich zusehends.
- Kompensationsverhalten wie z. B. Fastentage nach dem Verzehr von „Sünden“.
- Genuss und Vorlieben werden ignoriert, es zählt nur der Gesundheitsaspekt.
- Sozialer Rückzug bis hin zur Isolation, z. B. keine gemeinsamen Mahlzeiten, Ablehnen von Einladungen.

(Vgl.: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien/Österreich: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/orthorexie>, Zugriff am 26.10.2017).

1.2 Adipositas - (k)eine Essstörung?!

Die Ernährungs- und Bewegungssituation sowie die sozio-ökonomischen Verhältnisse haben sich in den Industriekulturen während der letzten Jahrzehnte radikal verändert. Damit verbunden ist unter anderem eine eklatante Zunahme der Adipositas/Fettleibigkeit. Im Gesamtkollektiv adipöser Menschen findet sich eine Subgruppe, bei der das veränderte Ess- und Bewegungsverhalten auf psychische Probleme zurückzuführen ist. Demnach entsteht die anhand des Body-Mass-Indexes ausgemachte Adipositas oft durch die Essanfälle im Rahmen einer Binge-Eating-Störung. Das heißt, Binge-Eating und Adipositas treten in fast der Hälfte aller Fälle gemeinsam (komorbid) auf (Becker, 2015, S. 467 – 471).

Ungeachtet dessen gibt es keinen zwangsläufigen Rücksluss von einer Adipositas auf eine Binge-Eating-Störung!

Viele adipöse Menschen, insbesondere Schülerinnen und Schüler, leiden unter ihrem Gewicht, da sie Opfer vieler ungünstiger Zuschreibungen und Vorurteile sind. So sind sie zum Beispiel oft dem „Adipositas-Stigma“ ausgesetzt. Dieses beschreibt das Phänomen, dass übergewichtige Menschen überzufällig häufig mit negativen Attributen assoziiert werden, zum Beispiel faul und undiszipliniert zu sein (vgl. Hilbert/Tuschen-Caffier, 2010).

1.3 Verbreitung von Essstörungen

Wie aktuelle Studienergebnisse zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren zeigen, fühlen sich 43,2 % der Mädchen und 25,6 % der Jungen in Deutschland zu dick. Davon setzen 21,8 % der Mädchen und 11,9 % der Jungen regelmäßig Gegenmaßnahmen um, wie Diäten oder exzessives Sporttreiben, d. h. diese recht große Gruppe ist besonders gefährdet, unter bestimmten Umständen eine Essstörung zu entwickeln (vgl. HBSC-Studienverbund Deutschland, 2015, S. 1).

Bei Mädchen nimmt das Risiko für eine Essstörung während der Pubertät zu, bei Jungen dagegen ab.

Essstörungsart	Häufigkeit	Ersterkrankungsalter	Geschlechtsverhältnis Jungen : Mädchen	Mortalitätsrate
Anorexia nervosa	0,5 - 1,0 %	12 - 17 Jahre	1 : 10	5 - 10 %
Bulimia nervosa	1,0 %	16 - 20 Jahre	1 : 10	2,6 %
Binge-Eating-Störung	1,6 %	alle Altersgruppen	1 : 2	(nicht bekannt)

Quelle: Werner, Natalie; Trunk, Janine (2017): Operante Verfahren. Techniken der Verhaltenstherapie. Kapitel 7: Aufbau neuen Essverhaltens, S. 78.

Langzeitbeobachtungen zeigen, dass knapp die Hälfte der an Anorexie erkrankten Menschen diese überwindet, bei einem Drittel eine Verbesserung eintritt und ein Fünftel chronisch erkrankt bleibt. Bei den an Bulimie und Binge-Eating erkrankten Menschen sehen die Zahlen etwas besser aus, das heißt, etwa 70 % schaffen es, die

Essstörung vollständig hinter sich zu lassen. Dennoch sind auch hier chronische Krankheitsverläufe keine Seltenheit. Die schwierigen und zeitintensiven Verläufe sowie die hohe Sterblichkeitsrate (10 % bei der Anorexie) zeigen deutlich, wie wichtig Prävention von Essstörungen ist.

1.4 Ursachen und Dynamik von Essstörungen

Ähnlich wie bei den Abhängigkeitserkrankungen sind Essstörungen in der Regel auf mehrere Ursachen zurückzuführen (vgl. DHS, 2013, S. 2). Sie werden meist durch eine als krisenhaft erlebte, aktuelle Lebenssituation (z. B. Tren-

nung der Eltern, Umzug, Tod einer nahestehenden Person, Liebeskummer, abwertende Äußerungen Dritter, ...) ausgelöst. Dies geschieht jedoch immer vor dem Hintergrund des Zusammenwirkens verschiedener prädisponierender Risikofaktoren.

Faktoren, die an der Entwicklung einer Essstörung beteiligt sind



[Wunderer, Schnebel:
Interdisziplinäre
Essstörungstherapie, 2008,
S. 51 ff.]

Die prädisponierenden Risikofaktoren lassen sich demnach in folgende Kategorien aufteilen:

- **Soziokulturelle beziehungsweise gesellschaftliche Faktoren:**

Eine Rolle spielen hier unter anderem ein Überangebot von Nahrung in den Industrieländern, der gesellschaftliche Wandel der Esskultur sowie die herrschenden Schönheits- und Schlankheitsideale und der daraus resultierende Druck, der zunehmende Bewegungsmangel, die XS-Mode sowie die hohe Bewertung von Leistung und Aussehen. Vor allem Mädchen wachsen oft mit dem Bewusstsein auf, dass das äußere Erscheinungsbild eine große Bedeutung hat.

- **Erfahrungen und Erleben im sozialen Umfeld:**

Besonders familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster wirken sich auf die Entstehung von Essstörungen aus. Begünstigend sind konfliktvermeidende und kontrollierende Strukturen. Ebenfalls bedeutsam sind die Wertesysteme der Familie, der Schule und der Peergroups.

- **Biologische Faktoren / Gene:**

Hierzu zählen zum Beispiel organische und/oder hormonelle Dysfunktionen oder Störungen. Genetische Faktoren sollen in Zukunft mehr in den Fokus der Ursachenforschung genommen werden. Erste Studien weisen auf eine angeborene Veranlagung im Persönlichkeitsprofil magersüchtiger Menschen hin (Simchen, 2010, S. 41).

- **Individuelle Faktoren:**

Besonders häufig ist ein geringes Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsgefühl bei Menschen mit Essstörungen zu beobachten. Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, die Bedeutung von Anerkennung, der Grad der Impulsivität und der Rigidität sowie die Geschlechtsidentität spielen eine wichtige Rolle. Menschen mit Anorexie zeigen zum Beispiel häufig eine starke Leistungsorientierung mit Hang zum Perfektionismus (Wunderer/Schnebel, 2008).

Die einzelnen Risikofaktoren **können** zur Entstehung einer Essstörung beitragen. Entscheidend ist das **Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren**.

In der Dynamik der Entstehung einer Essstörung erfolgt eine stetig wachsende Konzentration auf alle Themen rund ums Essen (z. B. Planen von Mahlzeiten, Einkauf, Kalorienzählen, Gewichtsverlauf beobachten, Körpermaße kontrollieren), ohne dass die auslösenden und/oder ursächlichen Themen des Verhaltens reflektiert werden. Dies geschieht in der Regel auf einer unbewussten Ebene.

Essstörungen haben einen autoaggressiven Charakter. Die Betroffenen reagieren dabei auf einen subjektiv nicht aushaltbaren Spannungszustand mit autoaggressiven

Mustern, was durch das häufige gemeinsame Auftreten von Essstörungen und selbstverletzendem Verhalten unterstrichen wird (Nutzinger, 2015, S. 165 – 172).

Die Betroffenen fallen in der Regel nicht auf, eine Krankheitseinsicht besteht häufig nicht. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sie häufig erst 2 bis 3 Jahre nach Ausbruch ihrer Erkrankung professionelle Unterstützung bekommen.

Wie aus der Beschreibung der möglichen Ursachen hervorgeht, entstehen Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen meist im Zusammenspiel mit dem sozialen und familiären Umfeld. In der Regel erfüllt die Erkrankung nicht nur für die Betroffenen selbst eine Funktion, sondern meist auch für das familiäre Umfeld. So kann sie zum Beispiel von möglichen innerfamiliären Konflikten ablenken, bestehende Verhaltensmuster können aufrechterhalten werden. Diese Dynamik entsteht nicht bewusst und ist deshalb schwer zugänglich. Aus diesem Grund gestaltet sich der Weg aus einer Essstörung oftmals langwierig. Deshalb konzentrieren sich moderne Behandlungsansätze von Essstörungen nicht (mehr) ausschließlich auf die Regulation der Essgewohnheiten und des Körpergewichtes, sondern schlagen entsprechend den vielfältigen Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung ein multimodales therapeutisches Vorgehen vor. Das schließt die Arbeit mit der Familie mit ein (Werner/Trunk, 2017).

Grundsätze für das Verständnis von Essstörungen (vgl. Bryant-Waugh/Lask, 2008, S. 76 ff.)

1. Essstörungen sind schwere psychosomatische Erkrankungen.
2. Niemand entscheidet sich freiwillig oder bewusst für eine Essstörung.
3. Widerstand gegen Veränderung und gegen Hilfe treten häufig auf.
4. Ein geringes Selbstwertgefühl ist häufig Dreh- und Angelpunkt.
5. Der Weg aus der Essstörung ist lang.

2 Umgang mit Essstörungen – Bewusstmachen der eigenen Haltung

Das äußere Erscheinungsbild, Vorlieben in Bezug auf die Essgewohnheiten, Geschmack und Genussfähigkeit sind individuell ausgeprägt. Jeder Mensch hat seine eigene Beziehung zu sich selbst, seinem Körper und zum Essen. Dies gilt – wie auch andere persönliche Themen – als Privatangelegenheit, die der Eigenverantwortung der Kinder und Jugendlichen beziehungsweise deren Eltern unterliegt und entsprechend keine Bewertung durch die Lehrkräfte erfahren sollte.

Fallen nun Schülerinnen und Schüler auf, die scheinbar ungünstige Verhaltensänderungen zeigen, die deutlich an Körpergewicht verlieren oder entsprechend zunehmen, die sich zunehmend sozial isolieren oder andere Anzeichen von ungünstigen Stimmungsentwicklungen aufzeigen, fällt der Umgang mit den Betroffenen oft schwer: Wann darf / wann muss die Pädagogin, der Pädagoge intervenieren? Wie wird die Grenze zwischen Privatangelegenheit und pädagogischer Verantwortung gezogen? Wie viel Einmischung seitens der Lehrkräfte ist also vor diesem Hintergrund angemessen?

Im Vergleich zu vielen Verhaltensweisen, die durch ein klares Regelwerk bestimmt werden, gibt es in diesem Kontext keine sicheren Antworten und für jede Situation gültigen Handlungsrichtlinien.

Gerade in Bezug auf das weite Thema „Essen“ und das eigene Erscheinungsbild haben auch die Lehrkräfte eigene Vorerfahrungen und Haltungen, die möglicherweise den Umgang mit dieser Thematik mehr oder minder bewusst beeinflussen und den sachgerechten Blick darauf verstehen können.

Die eigene Haltung ist stets subjektiv und kann daher entsprechende Bewertungen nach sich ziehen, die mehr mit der eigenen Person als mit der betroffenen Schülerin / dem betroffenen Schüler zu tun haben.

Das Gefühlsspektrum reicht dabei von Abwehr bis hin zur überbordenden Fürsorge – nicht selten werden aufgrund der empfundenen Hilflosigkeit notwendige Schritte vermieden oder verzögert.

Dabei kann diese emotionale Resonanz sogar hilfreich sein, wenn sie entsprechend identifiziert und reflektiert wird.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Schülerinnen und Schüler gerade in den Jahren der Pubertät zum Teil extreme körperliche und auch seelische Veränderungen aufzeigen. Woran also zeigt sich, dass eine Veränderung auf eine Störung hindeutet? Wie ist erkennbar, ob eine Jugendliche, ein Jugendlicher einfach nur sehr schlank oder aber magersüchtig ist? Darüber hinaus kann die extreme körperliche Veränderung ja auch ganz andere Ursachen haben.

Auch wenn sich der Eindruck verfestigt, dass eine Schülerin oder ein Schüler tatsächlich Zeichen einer Essstörung aufweist, bestehen vonseiten der Lehrkräfte oftmals Bedenken, sich in die Privatsphäre der Jugendlichen und deren Familien einzumischen oder wohlmöglich etwas falsch zu machen.

Das Thema „Essstörungen“ löst daher bei vielen Lehrkräften Verunsicherung aus.

Entscheidend in dieser Situation ist es, sich von diesem Gefühl nicht schrecken zu lassen. Hilfreich ist, dieser möglichen Verunsicherung Raum zu geben, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen und gegebenenfalls Kolleginnen und Kollegen einzubeziehen.

Hilfreich im Umgang mit Betroffenen oder vermeintlich Betroffenen sind:

- die Fähigkeit zur **Einfühlung in die Lebenssituation** der Schülerinnen und Schüler.
Der Kontakt zu ihnen wird entscheidend mitgeprägt von der Bereitschaft, sich einzulassen und der/dem Betroffenen empathisch zu begegnen, das gezeigte Verhalten NICHT zu bewerten und die Person NICHT auf das Essverhalten und/oder Körpergewicht zu reduzieren.
- die kritische Auseinandersetzung mit dem **eigenen Essverhalten** und **eigenen Schönheitsidealen**.
Gerade in diesem Kontext kollidieren häufig eigene unbewusste Haltungen mit den Wahrnehmungen der Schülerinnen und Schüler. Es ist daher sinnvoll, sich mit dem eigenen Körpergefühl und dem dazugehörigen individuellen Schönheitsideal auseinander gesetzt zu haben, wenn also eine Bewusstheit der eigenen Körperidentität besteht. Gleichermaßen gilt für das eigene Essverhalten.
- die Entscheidung zur Übernahme von **Verantwortung als Lehrkraft**.
Obwohl es sich um ein privates Thema handelt, sollten Lehrkräfte und Pädagoginnen und Pädagogen nicht vor Interventionen zurückschrecken, wenn der Verdacht auf eine Essstörung besteht. Nur so kann ein Problembewusstsein entstehen, können entsprechende Hilfsangebote in Anspruch genommen werden.

Wenn Sie sich aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrung oder Haltung, wie auch immer diese aussehen mag, nicht sicher sind, ob Sie den Betroffenen oder potenziell Betroffenen unvoreingenommen, wertschätzend und empathisch begegnen können, zeugt es von großem Verantwortungsgefühl, wenn Sie „den Fall“ an eine Kollegin oder einen Kollegen delegieren. Diese Freiheit sollte immer gegeben sein und respektiert werden.



3 Wahrnehmen – Anzeichen und Auffälligkeiten

Um Anzeichen, die auf eine Essstörung hinweisen können, zu erkennen, werden im Vorwege vermutlich mehrere Hinweise wahrgenommen und kombiniert. Viele Einzelhinweise könnten auch flüchtige Merkmale und Auffälligkeiten sein, denn alle Veränderungen des Ess- und Sozialverhaltens können vorübergehende Phänomene sein und sollten nie isoliert betrachtet werden.

Um Sicherheit in der Einschätzung der Situation zu erlangen, sollten Kriterien auf ihre Dauer und Intensität geprüft werden. Überdies hilft oftmals die Intuition der Pädagogin, des Pädagogen.

Sollten Sie Zweifel haben, ist es ratsam, das Gespräch mit Kolleginnen oder Kollegen zu suchen und/oder eine Beratungsstelle zu konsultieren.

Anzeichen, die bei Essstörungen sehr früh auftreten können, sind:

- Unzufriedenheit mit der Figur
- Diätwünsche
- Verstärkte Beschäftigung mit Themen um Essen und Figur
- Aggressive, ablehnende Reaktionen, wenn das Thema Essen angesprochen wird
- Rückzugsverhalten

Verschiedene Autorinnen und Autoren (vgl. BZgA, 2009, Bryant-Waugh/Lask, 2008) haben eine Vielzahl von Anzeichen zusammengetragen, die sich auf Auffälligkeiten beziehen, die sich auch in der Schule zeigen und auf eine der beschriebenen Essstörungstypen hinweisen können. Wie die Zusammenstellung zeigt, lässt sich aber kein einheitliches Muster für die/den „typisch essgestörte/-n Schüler/-in“ ausmachen. So variiert zum Beispiel das Leistungsverhalten von starkem Leistungsabfall bis hin zu extremem Leistungsverhalten und Perfektionismus. Auch hier gilt es, die einzelnen Beobachtungen vor dem Hintergrund einer möglichen Essstörung zu diskutieren, ohne eine Diagnose zu stellen.

Verhalten im Unterricht allgemein

- Scheint häufig psychisch abwesend / nicht erreichbar
- Starke Apathie im Unterricht oder Hyperaktivität
- Depressive Verstimmungen
- Heftige Gefühlsschwankungen
- Reizbarkeit
- Extreme Reaktionen (wie z. B. Aggression, Apathie, Weinen)

Leistungsverhalten

- Schwankungen im Leistungsverhalten
- Mangelnde Konzentrationsfähigkeit
- Abnehmende Lernbereitschaft
- Plötzlich starker Leistungsabfall
- Übertriebener Fleiß, ausgeprägter Ehrgeiz
- Auffallende Unzuverlässigkeit
- Mangelndes Durchhaltevermögen
- Hohe Leistungsanforderung an sich selbst und extremes Leistungsverhalten
- Selbstüberschätzung
- Perfektionismus
- Weltuntergangsstimmung bei Misserfolgen

Soziales Verhalten

- Weniger Kontakt zu Mitschülerinnen und Mitschülern (Isolation in der Gruppe, Vereinsamung)
- Irritationen
- Diskrepanzen zwischen Wahrnehmung der betroffenen Schülerin / des betroffenen Schülers und Mitschülerinnen, Mitschülern
- Ablehnung der Klasse als Gruppe und/oder wird von der Klasse abgelehnt
- Soziale Isolation
- Meidet die Lehrkraft oder sucht in ungewöhnlich starker Weise Kontakt
- Verlagerung der Verantwortung für sich und eigenes Verhalten auf andere, Opferrolle
- Anlügen von Mitschülerinnen, Mitschülern und Lehrkräften

- Unzuverlässigkeit beim Einhalten von Abmachungen
- Auffälliges Desinteresse an Sexualität / keine sexuellen Kontakte
- Extremes Kümmern um andere, gegebenenfalls auch durch Nahrungsbereitung und Versorgung

Auffälligkeiten in Verbindung mit Fehlzeiten

- Erkennbare Muster bei Verspätungen
- Auffällig häufiges Kranksein und auffällige Häufung von Fehlzeiten
- Gegebenenfalls auch unentschuldigtes Fehlen
- Häufiges Fehlen im Fach Sport oder extrem starker Bewegungsdrang / extrem starke sportliche Aktivitäten

Emotionale Reaktionen

- Von beherrscht, höflich, brav bis hin zu starken Gefühlsausbrüchen
- Gefühl, zu dick zu sein
- Starke Stimmungsschwankungen
- Verlust an spontaner Fröhlichkeit
- Abwertung der eigenen Person, besonders der eigenen Figur
- Schlank sein hat einen extrem hohen Stellenwert
- Essen oder Nicht-Essen bestimmt das Denken
- Essen hängt stark von der aktuellen Stimmung (Frust, Stress, Traurigkeit ...) ab
- Selbstwert und Stimmung der oder des Betroffenen stehen in direktem Zusammenhang mit der Gewichtszunahme bzw. -abnahme
- Betroffene/-r fühlt sich als Versager/-in, trotz guter Schulnoten
- Unangenehme Gefühle/Situationen (Frust, Konflikte, Stress ...) werden mit Heißungeranfällen oder „Nicht-Essen“ kompensiert
- Kontrolle über den Körper
- Selbstmordäußerungen/-versuche

Eine besondere Schwierigkeit in der Einschätzung hat auf jeden Fall damit zu tun, dass Betroffene kaum auffallen. Sie verhalten sich eher angepasst, unauffällig und sind meist (sehr) leistungsorientiert. Essstörungen haben einen autoaggressiven/selbstdestruktiven Charakter.

Auffälligkeiten, die auf eine Magersucht hinweisen können:

- Strikte Ernährungsumstellung auf fettlose, fleischlose und kalorienarme Ernährung
- Vermehrte Sportaktivitäten, Steigerung der Intensität
- Schnelle Gewichtsabnahme
- Leugnen von Hungergefühlen
- Essen als beliebtes Gesprächsthema
- Studium von Kochbüchern, Kochen für andere

- Das Essen wird in sehr kleine Stücke geschnitten und sehr langsam gegessen
- Häufiges Wiegen zur Gewichtskontrolle
- Trotz sichtbaren Untergewichts, Klagen über den „dicken Bauch“ und/oder „fette Beine“
- „Zwiebelartiges“ Kleiden, um den Gewichtsverlust zu kaschieren und nicht zu frieren
- Fehlende Krankheitseinsicht
- Kreislaufprobleme
- Streben nach Perfektionismus
- Leistungsorientierung
- Haare werden dünner
- Haut wird trocken und blass
- Starkes Kontrollbedürfnis, Zwanghaftigkeit
- Abmessen/-tasten des Körperumfangs („body checking“)

Auffälligkeiten, die auf eine Bulimie hinweisen können:

- Heimliche Essanfälle
- Aufsuchen des Bads / der Toilette unmittelbar nach dem Essen; Geräusche werden überdeckt
- Spuren und Geruch von Erbrochenem in Bad/Toilette
- Unerklärliches Verschwinden von Lebensmitteln aus dem Kühlschrank / den Vorratsschränken
- Konsum/Beischfüren von abführenden Lebensmitteln, Abführtabletten, Entwässerungstabletten
- „Bisswunden“ an den Handknöcheln
- Geplatzte Äderchen im Gesicht nach dem Aufsuchen der Toilette
- Vermehrte körperliche Aktivitäten
- Allgemein angepasstes Verhalten
- Schwarz-Weiß-Denken
- Mangelnde Impulskontrolle
- Eventuell missbräuchlicher Suchtmittelkonsum

Auffälligkeiten, die auf eine Binge-Eating-Störung hinweisen können:

- Ständige Diätvorsätze
- Heimliche Essanfälle, ohne Gegenmaßnahmen (manchmal auch nachts)
- Schamgefühle nach dem Essen
- Bewegungsarmut
- Ablehnung des eigenen Körpers (häufig verstärkt durch erlebte Diskriminierungen)
- Minderwertigkeitsgefühle, Hemmungen
- Kontaktshemmungen
- Depressionen, gedrückte Stimmungslage

Es geht nicht darum, Schülerinnen und Schüler akribisch, detektivisch, lückenlos zu überwachen, sondern um einen **wachen, interessierten** Blick und die innere Bereitschaft, gesammelte Informationen jederzeit als gegenstandslos wieder fallen zu lassen.

Festhalten von Beobachtungen

Es ist dringend erforderlich, die wahrgenommenen Auffälligkeiten systematisch zu erfassen, um sich von Gefühltem freizumachen. Dabei geht es um die Dokumentation

von Beobachtbarem, um zukünftiges Handeln entsprechend vorzubereiten, nicht etwa um Schlussfolgerungen, persönliche Einschätzungen oder gar darum, eine Diagnose zu stellen.

Dokumentationsbogen

Name der Schülerin / des Schülers	
Klasse	
Beobachtungszeitpunkt oder -zeitraum	
AUFFÄLLIGKEITEN	
1. Verhalten im Unterricht allgemein	
2. Leistungsverhalten	
3. Soziales Verhalten	
4. Auffälligkeiten in Verbindung mit Fehlzeiten	
5. Emotionale Reaktionen	
6. Essstörungsspezifische Hinweise	
7. Sonstiges	

4 Vernetzung - allein geht es nicht!

Ein verantwortungsvoller Umgang mit Betroffenen beim Verdacht auf eine Essstörung bedingt die Zusammenarbeit und den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen, und gegebenenfalls auch interprofessionell.

Im ersten Schritt geht es darum, **die eigenen Beobachtungen** mit Kolleginnen und Kollegen sowie den Personen **auszutauschen und abzugleichen**, die die betroffene Schülerin / den betroffenen Schüler ebenfalls unterrichten oder anderweitig im Kontakt stehen, wie zum Beispiel Schulsozialarbeitende oder pädagogisches Personal:

- Werden die Wahrnehmungen geteilt?
- Hat es schon Reaktionen oder sogar Interventionen gegeben, von denen nicht alle Kenntnis haben?
- Gab es schon Elterngespräche, die im Zusammenhang mit den Wahrnehmungen stehen oder unabhängig davon geführt wurden?

Dieser erste Austausch hat das Ziel, möglichst viele Perspektiven und Beobachtungen zusammenzutragen und auszuwerten, um vorschnelle Schlussfolgerungen und Handlungen zu vermeiden.

Die aus diesem Austausch resultierenden offenen Fragen und Bedenken sollten mit einer **kooperierenden Beratungsstelle oder Fachstelle für Essstörungen** geklärt werden.

Diese Phase braucht ausreichend Zeit! Auch wenn die wahrgenommene Störung oder Krankheit bedrohlich erscheint - die Betroffenen leben in der Regel schon einige Monate oder länger damit. Es kommt auf ein gut abgestimmtes Vorgehen an. Zum Abschluss dieser Phase sollte **ein-e Ansprechpartner/-in** für die betroffene Schülerin / den betroffenen Schüler festgelegt werden. Sie/Er koordiniert die weiteren Schritte, führt die Gespräche mit der oder dem Betroffenen und den Erziehungsberechtigten (ggf. auch mit Unterstützung weiterer Personen) und hält während des folgenden Prozesses die Fäden in der Hand.

Die Ansprechpartnerin, der Ansprechpartner sollte eine vertrauliche Beziehung und einen guten Zugang zur Schülerin / zum Schüler haben. Vorsicht vor emotionaler Verstrickung! Erfahrungsgemäß reagieren Schüler/-innen zunächst abweisend auf vermeintliche Einmischung vonseiten der Schule. Ansprechpartner/-innen müssen in der Lage sein, dies nicht persönlich zu nehmen und sich abzugrenzen.

Der/die Ansprechpartner/-in kann selbstverständlich jederzeit und den eigenen Bedürfnissen entsprechend auf die professionelle Begleitung durch die Fachberatungsstellen und die Beratung durch die eigenen Kolleginnen und Kollegen zurückgreifen.

Im Rahmen der internen Kommunikation ist es gegebenenfalls sinnvoll, **die Schulleitung** zeitnah zum Erstgespräch zu informieren. Diese Information dient der Auskunftsfähigkeit der Schulleitung bei eventuellen Nachfragen durch die Erziehungsberechtigten.

Ob und wann die Vernetzung ausgedehnt wird, ist von dem jeweiligen individuellen Prozess abhängig. Folgende Personen und Professionen können hilfreich sein:

- Schulsozialarbeiter/-in
- Suchtpräventionsbeauftragte/-r
- Beratungslehrkräfte
- Mitarbeiter/-innen des Schulsekretariats
- Mitschüler/-innen
- Stufenleiter/-innen, Schulleitung
- Fachkräfte aus Beratungsstellen
- Therapeutinnen/Therapeuten
- (Schul-)Psychologinnen/Psychologen

Selbstverständlich ist die Einbeziehung des/der betroffenen Schülers/Schülerin sowie der Eltern bei minderjährigen Schülerinnen/Schülern in den weiteren Schritten unerlässlich. Für den Zeitpunkt der Einbeziehung der Eltern sollten auf jeden Fall die Wünsche der Betroffenen gehört und nach Möglichkeit berücksichtigt werden.



5 In Kontakt treten

Die Phase der Vernetzung diente dem Austausch der professionellen Kräfte an Schule und Umfeld mit dem Ziel, die richtigen Handlungsschritte einzuleiten.

Wesentliches Ziel dabei ist die gelingende Kontaktaufnahme mit der betroffenen Schülerin / dem betroffenen Schüler und dem familiären Umfeld.

5.1 Kontakt mit der betroffenen Schülerin / dem betroffenen Schüler

Gerade weil das dem Gespräch zugrunde liegende Thema emotional behaftet ist und erwartungsgemäß auch noch weitere Emotionen auslösen wird, geht es im Wesentlichen darum, dass die Lehrkraft beziehungsweise die Person, die das Gespräch führen wird, eine klare Struktur, einen Plan, einen „roten Faden“ für dieses Gespräch entwickelt. Ort und Zeit sollten bestimmt werden und der Schülerin / dem Schüler mitgeteilt werden. Bei der Formulierung des Gesprächsanlasses sollte vermieden werden, dieses auf das Körperegewicht des oder der Betroffenen zu reduzieren. Bewährt haben sich Formulierungen wie: „Ich habe einige Veränderungen bei dir wahrgenommen, über die ich mit dir sprechen möchte ...“ Oder: „Ich möchte mit dir über einige Verhaltensweisen sprechen, die mir in letzter Zeit gehäuft aufgefallen sind ...“

Im Vorwege sollten einige Formulierungen und Aspekte schriftlich festgehalten werden und in eine Struktur gebracht werden. Das Gesprächsraster (Punkt 5.5) dient dafür als Grundlage.

1. Welche Beobachtungen liegen dem Gespräch zugrunde?

Hier geht es um das Zusammenragen der unterschiedlichen Beobachtungen im ersten Vernetzungsschritt (Punkt 4). Wichtig ist, dass es bei der Dokumentation dieser Beobachtungen bleibt. – Es geht an dieser Stelle noch nicht um Deutungen und keinesfalls um Zuschreibungen!

2. Gesprächseröffnung

Es empfiehlt sich, eine exakte Formulierung für den Gesprächsbeginn zu verschriftlichen, um nicht vorschnell in Bewertungsmuster zu fallen.

3. Formulierung der eigenen Sorge

Auch hier lohnt es sich, eine Formulierung zu finden, die sich auf das Wohlergehen des Kindes, des/der Jugendlichen bezieht und nicht einseitig auf das Körperegewicht.

4. Sicht des Schülers / der Schülerin

Selbstverständlich sollte in dem Gespräch ausreichend Raum für die Sicht und Darstellung der Schülerin / des Schülers vorhanden sein, die von der gesprächsführenden Lehrkraft offen und ohne Bewertung gehört wird.

5. Fragen und Erwartungen an die Schülerin / den Schüler

Hier geht es um Fragen und Erwartungen, die die gesprächsführende Lehrkraft an die/den Betroffene/-n richten möchte. Dazu gehören zum Beispiel der Einbezug der Eltern, Annahme von Hilfs- und Gesprächsangeboten. An dieser Stelle sollte auch die schulische Haltung und Strategie im Umgang mit Betroffenen von Essstörungen transparent gemacht werden.

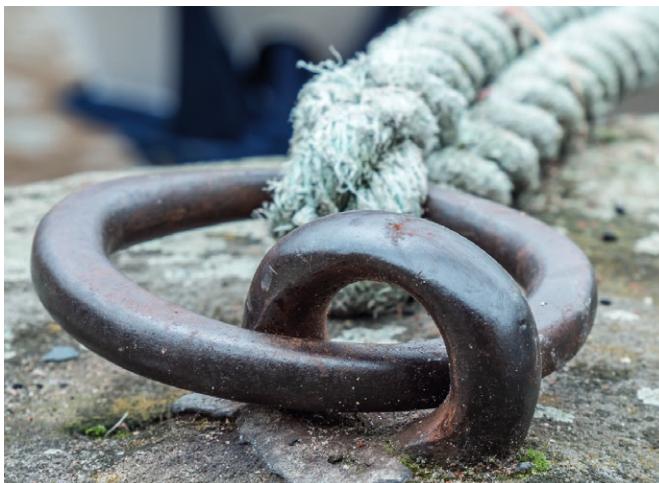
6. Verbindliche Vereinbarungen

Am Ende des Gesprächs werden Vereinbarungen getroffen, welche Schritte zu gehen sind (Eltern informieren, Beratungsstelle aufsuchen, medizinische Abklärungen ...).

Diese sollten konkret benannt und mit Zeitangaben dokumentiert werden. Auch die Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Vereinbarungen sollten benannt werden.

7. Protokoll

Die wichtigsten Bestandteile des Gesprächs und die Vereinbarungen werden protokolliert und der Schülerin / dem Schüler vorgelesen.



8. Neuen Gesprächstermin vereinbaren

Zuletzt sollte ein neuer Termin vereinbart werden, der Raum für die geplanten Vereinbarungen lässt, aber auch ein schnelles Vorgehen ermöglicht.

Im Folgegespräch wird resümiert, wie es dem Schüler / der Schülerin ergangen ist, welche Schritte gemacht wurden, ob Vereinbarungen eingehalten wurden und welche Perspektiven sich daraus ergeben.

5.2 Kontakt mit den Eltern / Erziehungsberechtigten

Eltern oder Erziehungsberechtigte minderjähriger Schüler/-innen müssen informiert werden, wenn die Schule Maßnahmen einleitet.

Das Erstgespräch kann ungeachtet dessen ohne den Einbezug der Eltern geführt werden. Bei betroffenen Minderjährigen sollte jedoch schon in diesem Gespräch angekündigt werden, dass die Eltern über weitere Schritte informiert werden müssen. Es kann auch mit der/dem Betroffenen vereinbart werden, dass diese/dieser die eigenen Eltern/Erziehungsberechtigten informiert.

Denkbar ist auch, ein Gespräch gemeinsam mit den Eltern / dem Elternteil oder Erziehungsberechtigten und ihrem Kind zu führen. Dies muss sowohl mit dem Kind als auch den Eltern im Vorwege geklärt werden.

Über die Informationspflicht den Eltern gegenüber hinaus können diese wichtige Partner sein, wenn es um die gesunde Entwicklung ihrer Kinder geht. Deswegen ist auch hier eine sorgfältige Planung des Gespräches erforderlich. Es kann jedoch auch sinnvoll sein, die Schülerin / den Schüler zunächst ohne aktive Unterstützung der Eltern zu begleiten oder sie für eine Behandlung zu motivieren.

Die Vorbereitungen sind dabei im Wesentlichen identisch mit denen für das Schülergespräch, es kann das gleiche Raster (5.5) mit folgenden Aspekten verwendet werden:

1. Welche Beobachtungen liegen dem Gespräch zugrunde?
2. Gesprächseröffnung
3. Formulierung der eigenen Sorge
4. Eigene Fragen und Erwartungen an die Eltern/ Erziehungsberechtigten
5. Sicht der Eltern/Erziehungsberechtigten
6. Verbindliche Vereinbarungen
7. Protokoll
8. Neuen Gesprächstermin vereinbaren

5.3 Stolpersteine

Wie bereits in Kap. 1 beschrieben, erfüllen Essstörungen, wie andere psychische Erkrankungen auch, für die Betroffenen eine wichtige Funktion. Auch wenn es für Außenstehende oft schwer nachvollziehbar ist, kann davon ausgegangen werden, dass mit der Essstörung innere und/oder familiäre Konflikte kompensiert werden. (Vgl.: Hochschule Neubrandenburg, Dessau-Roßlau: http://digibib.hs-nb.de/file/dbhsnb_derivate_oooooooo1974/ Masterthesis-Sticherling-2015.pdf, Zugriff, 17.12.2017)

Aus diesem Grund ist es eher unwahrscheinlich, dass Schüler/-innen oder Eltern auf Anhieb positiv auf das Gespräch reagieren.

Mit folgenden Reaktionen sollte gerechnet werden:

- Verharmlosung
- Rechtfertigung
- Leugnung
- Aggression
- Tiefe emotionale Betroffenheit

Gerade vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, auf die eigene Gesprächsstruktur zurückgreifen zu können und sich nicht verstricken zu lassen. Es geht nicht darum, „Recht“ zu haben, sondern das Wohl des Kindes in den Mittelpunkt zu stellen.

Darüber hinaus gibt es „Fallen“, in die man unbewusst geraten kann, dann bewirkt gut gemeintes Verhalten das Gegen teil – nämlich die Unterstützung eines krankmachen den Systems.

(Vgl.: Amt für Gesundheitsvorsorge, St. Gallen/Schweiz: <http://www.zepra.info/>, Zugriff 30.10.2017)

Duldsamkeit XL

Dieses Verhalten wird meist von der Hoffnung gespeist, das Problem werde sich früher oder später von selbst lösen, oder gar von der Idee, „schlafende Hunde“ besser nicht zu wecken, um nicht Auslöser eines Prozesses zu werden, der zunächst nicht überschaubar ist. In der Regel dauert es viele Monate, bis Betroffene von Essstörungen professionelle Hilfe bekommen – eine lange Zeit, in der sich die Essstörung manifestieren kann.

Auge zudrücken

Dabei wird zunächst das Leid der Betroffenen erkannt und damit die Notwendigkeit, Unterstützung anzubieten. Eine übertriebene Nachsicht jedoch (z. B. im Hinblick auf Fehlzeiten, Befreiung von Klausuren, Notengebung, unangemessenem Verhalten) ist früher oder später immer Wasser auf die Mühlen der Essstörung. Durch das Gewähren von besonderen Freiheiten oder Sonderrechten wird ihre Störung unbewusst und ungewollt verstärkt, eine Veränderung infolgedessen unwahrscheinlich.

Mitleidsfalle

Es existiert ein großer Unterschied zwischen Mitgefühl und Mitleid. Mitgefühl ist mit Empathie verbunden und in der Regel angemessen. Mitleid jedoch geschieht von oben nach unten und verhindert eine Begegnung auf Augenhöhe. Die Betroffenen werden in die Opferrolle gedrängt und im Folgenden häufig auf ihre Essstörung reduziert.

Inkonsequentes Handeln

Die frühe Intervention ist immer auch eine Herausforderung. Wann ist der richtige Zeitpunkt, aktiv zu werden? Wie viel Druck soll aufgebaut werden? Wie eng sollen die Grenzen gesteckt werden? Dabei liegt es nahe, sich mal so und mal so zu verhalten und somit inkonsequent zu sein. Inkonsequenz jedoch nimmt den Betroffenen den festen Orientierungsrahmen und bringt in dieser vulnerablen Phase ein Mehr an Haltlosigkeit.



5.4 Strategien im Kontakt mit den Betroffenen



- Planen Sie das Gespräch gründlich und formulieren Sie einzelne Passagen vor!
- Beginnen Sie mit dem, was beobachtet und wahrgenommen wurde ohne dabei zu bewerten oder zu diagnostizieren!
- Vermeiden Sie jede Form der Anklage, des Vorwurfs oder der Schuldzuweisung!
- Reduzieren Sie das Gespräch nicht auf das Körpergewicht und das Essverhalten!
- Betrachten Sie Ihr Gesprächsgesuch als Angebot! Sie stellen Ihre Wahrnehmungen zur Verfügung. Das bedeutet auch, dass Sie nicht die Person sind, die ein mögliches Problem löst, sondern nur in Ihrem Rahmen zur Entwicklung beitragen können.
- Scheuen Sie sich nicht, mögliche schulische Konsequenzen zu benennen! Wenn Sie zum Beispiel einem untergewichtigen Kind den 3-km-Lauf nicht zutrauen, können Sie eine medizinische Unbedenklichkeitserklärung in Betracht ziehen. Diese Maßnahmen müssen mit der Schulleitung abgestimmt sein!
- Zeigen Sie immer wieder das Interesse am Wohlergehen des Kindes/Jugendlichen. Es geht nicht darum, die Betroffenen zu „überführen“, sondern den Blick gemeinsam auf eine günstige Entwicklung der Schülerin / des Schülers zu lenken.
- Lassen Sie sich von Abweisungen oder anderen Formen der Ablehnung nicht schrecken! Sie sind damit nicht persönlich gemeint.
- Unternehmen Sie keine Schritte oder Maßnahmen, ohne sich mit den Betroffenen, insbesondere den Eltern, abzustimmen.

Ausnahme: Gefahr im Verzug oder Kindeswohlgefährdung

- Appellieren Sie an die Eigenverantwortung der Betroffenen: Die Verantwortung für die weiteren Schritte liegt bei dem betroffenen Kind/Jugendlichen und den Eltern.
- Hadern Sie nicht mit (vermeintlichen) Misserfolgen! Ihre Initiative hinterlässt mit Sicherheit Wirkung – auch wenn dies nicht unmittelbar erkennbar ist. Bleiben Sie dran, fragen Sie nach, nehmen Sie es nicht persönlich und halten Sie nach Möglichkeit den Kontakt!
- Seien Sie sich Ihrer eigenen Grenzen bewusst! Sie sind Lehrerin oder Lehrer, Pädagogin oder Pädagoge und haben weder therapeutische noch medizinische Verantwortung.

5.5 Gesprächsraster

1. Dokumentation: Was wurde wahrgenommen und beobachtet?	
2. Formulierungen für das geplante Gespräch	
3. Formulierung meiner Sorge	
4. Sichtweisen des Gesprächs- partners (Schüler/-in oder Eltern/ Erziehungsberechtigte)	
5. Erwartungen / Sicht der Schule	
6. Vereinbarungen	
7. Kurz-Protokoll des Gespräches	
8. Neuer Termin?	



6 Die Rolle der Schule

Schülerinnen und Schüler, die Anzeichen von Essstörungen aufweisen oder an Essstörungen leiden, gehören längst nicht mehr zur Ausnahme. Deshalb ist es sinnvoll, dass sich Schulen im Vorwege mit diesem Thema befassen, um möglichst zügig und professionell intervenieren zu können, wenn ein konkreter Fall eintritt. Dadurch entsteht Handlungssicherheit.

Mit der Umsetzung des Handlungsleitfadens können Strukturen geschaffen werden, die einen offenen und konsequenten Umgang mit Betroffenen von Essstörungen ermöglichen und ihnen die Chance bieten, einen schnelleren Weg aus der Essstörung zu finden.

Zu der inhaltlichen gesamtschulischen Auseinandersetzung mit dem Thema Essstörungen gehören idealerweise fächerübergreifend eine kritische Auseinandersetzung mit dem Schönheits- und Schlankheitsideal, ein kritisches Hinterfragen der traditionellen Geschlechterrollen und der Anerkennung von Rollenvielfalt sowie die Förderung der Bewusstheit für Gesundheit und gesunde Ernährung. Auch die eigene Haltung zu diesen Aspekten ist bedeutsam, da sie gegebenenfalls unbewusst modellhaft vorgelebt wird.

6.1 Prävention

Der Schule als Ort der Durchführung von Präventionsmaßnahmen kommt eine besondere Bedeutung zu.

Dazu gehören zunächst universelle Maßnahmen, wie die Stärkung von Lebens- und Sozialkompetenzen. Diese dienen dem Aufbau von Schutzfaktoren und der Fähigkeit, mit Krisen konstruktiv umzugehen.

Damit einher geht auch die Unterstützung von Entwicklungsaufgaben, insbesondere für Schüler/-innen in der Pubertät. Die meisten Essstörungen beginnen in der Pubertät, einer Phase, die insgesamt eine große Herausforderung für Jugendliche darstellt. Nicht nur die Veränderung des Körperbildes ist Grund dafür, dass sich die

Anzahl der betroffenen Jugendlichen mit Anzeichen von Essstörungen in der Pubertät häuft. Vielmehr ist es eine Vielzahl von Entwicklungsaufgaben, die in dieser Zeit bewältigt werden müssen. Dazu zählen unter anderem die Akzeptanz des eigenen Körpers, die Entwicklung einer eigenen (neuen) Identität, die allmähliche Ablösung vom Elternhaus, die Übernahme der Geschlechterrolle und die Überprüfung von Werten beziehungsweise die Entwicklung eigener Werte.

Lehrkräfte und Pädagoginnen und Pädogen können Jugendliche bei der Bearbeitung ihrer Entwicklungsaufgaben unterstützen. Dies gelingt am ehesten, wenn sie sich unabhängig von eigenen Vorstellungen, Werten und Erfahrungen auf die individuellen Bedürfnisse der Jugendlichen einlassen können.

Mit der Durchführung essstörungsspezifischer Präventionsmodule können je nach Bedarf der jeweiligen Schule unterschiedliche Ziele erreicht werden:

- Aufklärung über die Entstehung von Essstörungen
- Hinweis auf die Schwere der Erkrankung
- Kenntnisse bezüglich der Essstörungsarten
- Förderung der individuellen Ressourcen und Schutzfaktoren bezüglich Essstörungen
- Entwicklung individueller Krisenbewältigungsstrategien
- Stärkere Bewusstheit für das eigene Körgergefühl und/oder für die Wahrnehmung der Emotionen
- Ideen zum Umgang mit Betroffenen
- Hinweis auf professionelle Unterstützungsmöglichkeiten im nahen Umfeld der Schülerinnen und Schüler

Mithilfe von Aushängen, dem Vorhalten von Informationsmaterialien sowie entsprechenden Links auf der Homepage der Schule kann das Thema Essstörungen sichtbar gemacht werden.

6.2 Kooperation mit einer Beratungsstelle

Falls es eine Fachstelle zu Essstörungen in der Nähe der Schule gibt, ist es ratsam, mit dieser eine Kooperation einzugehen und somit eine direkte Ansprechpartnerin, einen direkten Ansprechpartner zu haben, die/der wohnortnah zu erreichen ist. Spezifische Fragen von Lehrkräften und Schülerinnen/Schülern können durch direkte Kommunikationswege schnell geklärt werden. Die Fachstellen sind in der Regel gut vernetzt (z. B. mit Ärztinnen/Ärzten, Therapeutinnen/Therapeuten und Fachkliniken). Betroffene von Essstörungen oder Schülerinnen/Schüler, die auf dem Wege sind, eine Essstörung zu entwickeln, bekommen so frühzeitig professionelle Unterstützung.

Mögliche Aktivitäten in Kooperation mit Fachstellen:

- Durchführung von Präventionsmaßnahmen
- Gestaltung von Unterrichtseinheiten/Projekttagen
- Besuch der Lehrerkonferenz
- Durchführung von Fortbildungen für Lehrkräfte
- Besuch von Elternabenden
- Veranstaltung von Infoabenden
- Beratung von Lehrkräften und Schülerinnen/Schülern
- Fallbesprechungen
- Krisenintervention



7 Schritt für Schritt

Folgende Zusammenfassung zeigt den Ablauf im Überblick für den Fall, dass eine Schülerin oder ein Schüler Auffälligkeiten oder Anzeichen einer Essstörung aufzeigt:

1. Schritt

- Austausch mit Kolleginnen/Kollegen (Lehrkräften, Schulsozialarbeitenden ...) - Dokumentation
- Offene Fragen mit kooperierender Beratungsstelle klären
- Ansprechpartner/-in für die betroffene Schülerin / den betroffenen Schüler festlegen

2. Schritt

- Klärendes Gespräch mit der Schülerin / dem Schüler
- Konkrete Absprachen treffen
- Neuen Gesprächstermin vereinbaren

3. Schritt

- Einbeziehen der Eltern
- Konkrete Absprachen (Konsequenzen bei Nichteinhalten) besprechen
- Hilfs- und Beratungsangebote nennen
- Gesprächsdokumentation
- Neuer Gesprächstermin

4. Schritt

- Sollten die Gespräche bis hierhin nicht zu einer Initiative seitens der Eltern und/oder der Betroffenen geführt haben, sollten zeitnah Folgegespräche geführt werden. In diesen weiteren Gesprächen geht es um
 - **das Insistieren auf professioneller Behandlung** (hausärztliche Konsultationen, Diagnostik)
 - **das Einbeziehen weiterer Fachstellen** (Schulleitung, Feststellung der Schulfähigkeit durch Fachärztin/Facharzt, Jugendamt (bei Vernachlässigung der Erziehungspflicht))

5. Schritt

In besonders gravierenden Fällen kann ein vorübergehendes Schulbesuchsverbot oder partielles Verbot einzelner Schulstunden (zum Beispiel Sport) oder Schulveranstaltungen (zum Beispiel Wanderausflüge) bei einem entsprechenden amtsärztlichen Gutachten ausgesprochen werden.

Kein Schritt erfolgt, ohne dass dieser allen Beteiligten im Vorfeld transparent gemacht wurde.

Die einzelnen Schritte dürfen nicht als Sanktionen verstanden werden – sondern als notwendige Konsequenz, um der Essstörung entgegenzuwirken und der Schülerin / dem Schüler die größtmögliche Unterstützung zukommen zu lassen.

Bei jedem Schritt geht es darum, stets die Verbindung mit der/dem Betroffenen zu halten, unterstützend und solidarisch zu sein, sich aber nicht von der Essstörung und ihrer jeweiligen Dynamik einfangen zu lassen, sondern sich davon eindeutig und klar zu distanzieren.

Die durchgehende Botschaft der Schritt-für-Schritt-Elemente für die Schülerin / den Schüler und alle Beteiligten ist:

- Wir sind an deinem Wohlergehen interessiert.
- Wir nehmen dich ernst.
- Du bist uns wichtig.
- Uns ist die krankmachende Dynamik der Essstörung bewusst.
- Wir sind unsolidarisch mit der Essstörung.
- Wir bleiben dran.
- Wir werden unserer Verantwortung als Schule gerecht.



Der gesamte Schritt-für-Schritt-Ablauf bietet einen sicheren Handlungsrahmen. Dennoch ist es wichtig, diesen unter Umständen den jeweiligen Gegebenheiten anzupassen. Manchmal bedarf es mehrerer Gespräche.

Die Interventionen bieten keine Garantie auf Erfolg. Wenn es nicht gelingt, trotz aller Angebote die Betroffenen inklusive der Erziehungsberechtigten zur Übernahme der Verantwortung in diesem Zusammenhang zu bewegen, ist es notwendig, dies zu akzeptieren und die Bemühungen einzustellen. Dies bedeutet nicht, dass der Kontakt abgebrochen werden sollte, die Offenheit für Gespräche sollte beibehalten werden. Lediglich der Druck, der bis hierhin aufgebaut wurde, sollte abgebaut werden. Dies dient auch der Entlastung der Lehrkräfte und der pädagogischen Fachkräfte.

Zu guter Letzt:

Essstörungen zählen zu den schwersten psychosomatischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Die Lehrkräfte sind oft erste Impulsgeber, wenn sie ihre Wahrnehmungen und Verhaltensauffälligkeiten zur Verfügung stellen. Aber, wie bei vielen anderen Verhaltensstörungen auch, reicht eine noch so gut geplante Intervention oft nicht aus, um Veränderungsmotivation zu entwickeln beziehungsweise zu fördern. Dies ist kein Versagen der Pädagoginnen oder Pädagogen!

Jeder Fall ist individuell zu behandeln. Das Handlungsmanual dient der Orientierung und Sicherheit im Umgang mit betroffenen und potenziell betroffenen Schülerinnen und Schülern sowie deren familiärem und sozialem Umfeld. Welche Anteile von Verstehen, Entgegenkommen, Grenzziehung, Druck und Geduld den günstigsten Weg bedeuten, hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie der Lebenssituation und der Persönlichkeit, aber auch der individuellen Entscheidung der Pädagogin / des Pädagogen in der speziellen Situation.

8 Unterstützungsangebote des IQSH

Das Zentrum für Prävention des IQSH bietet verschiedene Unterstützungsangebote an:

KOSIMA - Konsummuster sichtbar machen

Im Mittelpunkt des Projekts KOSIMA steht die Befragung von Schülerinnen und Schülern ab Jahrgangsstufe 5 einer Schule zu deren Konsumgewohnheiten und Einstellungen zu bestimmten Substanzen und Verhaltensweisen.

Gefragt wird unter anderem nach Konsummustern im Zusammenhang mit dem Essverhalten, der Bedeutung des Aussehens und der Zufriedenheit mit der eigenen Figur. Darüber hinaus werden Fragen zur Zufriedenheit in Bezug auf verschiedene Lebenssituationen (Schule, Familie, Freundeskreis) gestellt.

Die mittels Tablets erhobenen Daten werden anonym ausgewertet und bilden die Grundlage für eine Beratung der jeweiligen Schule, die auf passgenaue Präventionsmaßnahmen und -konzepte abzielt.

Kontakt: heike.kuehl-frese@iqsh.landsh.de

Essstörungen und selbstverletzendes Verhalten im Schulalltag

In dieser Fortbildungsveranstaltung geht es neben vielen Informationen zum Thema schwerpunktmäßig um Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und der Gesprächsführung mit betroffenen Schülerinnen und Schülern beziehungsweise Möglichkeiten des Umgangs, wenn ein Verdacht auf eine Essstörung vorliegt.

→ <http://formix.info/SUCoo46>

Diese Veranstaltung steht auch als Abrufangebot für ganze Kollegien beziehungsweise Teile des Kollegiums auf Schulentwicklungstagen und schulinterne Fortbildung bereit.

→ <http://formix.info/SUCoo49>

Präventionskonzepte - Entwicklung und Beratung

Ausgehend vom Ist-Stand der jeweiligen Schule bietet diese Abrufveranstaltung die Möglichkeit, Präventions- und Beratungskonzepte zu erarbeiten, zu überarbeiten oder weiterzuentwickeln.

→ <http://formix.info/SUCoo51>

Wir haben es schwer - Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit Adipositas

Ziel dieses Abrufangebots ist die Sensibilisierung möglicher Probleme adipöser Kinder und Jugendlicher insbesondere in der Schulgemeinschaft. Es werden Handlungsfelder für Lehrkräfte aufgezeigt, die die betroffenen Schülerinnen und Schüler im Schulalltag unterstützen können.

→ <http://formix.info/GSUo140>

Darüber hinaus können Sie sich auch jederzeit an die **regionalen Beratungsstellen** der Kreise und Regionen wenden.

Unterstützungsangebote finden Sie zudem

- beim **Bundesverband Essstörungen**
→ www.bundesfachverbandessstörungen.de
- bei der **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)**
→ www.bzga.de

Natürlich haben Sie auch die Möglichkeit, Ihre Fragen, individuellen Bedarfe, Anliegen und Anregungen an das Zentrum für Prävention zu richten.

Kontakt:

heike.kuehl-frese@iqsh.landsh.de

oder

martina.roesner@iqsh.landsh.de

Tel. 0431 5403-156



IQSH Zentrum für Prävention
Gesunde Schule | Sucht- und Gewaltprävention

9 Literatur

- Becker, Sandra (2015): Adipositas und Binge-Eating-Störung. In: Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina; Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage, S. 467 – 471. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bryant-Waugh, Rachel; Lask, Bryan (2008): Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Mannheim.
- Bundesfachverband Essstörungen: <https://www.bundesfachverbandessstoerungen.de/>, Zugriff 30.10.2017.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004): Zu dick? Zu dünn? Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008a): GUT DRAUF - Tipp 5: Fitness, Sport, Body. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008b): GUT DRAUF - Tipp 6: Fit ohne Pillen. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008c): GUT DRAUF - Tipp 7: Gefährliches Ziel: „Traumbody“. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2013): Essstörungen vorbeugen. Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2016): Essstörungen – was ist das? Köln.
- DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2013): Essstörungen – Suchtmedizinische Reihe. Band 3. Hamm.
- Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich (2015): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5, 1. Auflage. Göttingen.
- Fichter, Manfred: Epidemiologie der Essstörungen. In: Herpertz, S.; de Zwaan, M.; Zipfel, S. (Hrsg.) (2015): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg.
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015): Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ – Faktenblatt „Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen“. http://www.gbe-bund.de/pdf/Faktenbl_koerperbild_diaetverhalten_2013_14.pdf, Zugriff 30.10.2017.
- Herpertz, Herpertz-Dahlmann, Fichter, Tuschen-Caffier, Zeeck (2011): S3-Leitlinie - Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Berlin, Heidelberg, New York.
- Herzog, W.; Munz, D.; Kächele, H. (2004): Essstörungen - Therapieführer und Psychodynamische Handlungskonzepte. Stuttgart.

Hilbert, Anja; Tuschen-Caffier, Brunna (2010): Essanfälle und Adipositas. Ein Manual zur kognitiv-behavioralen Therapie der Binge-Eating-Störung. Göttingen.

Jacobi, Corinna; Thiel, Andreas; Beintner, Ina (2016): Anorexia und Bulimia nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. Weinheim, Basel.

Legenbauer, Tanja; Vocks, Silja (2014): Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg.

Nutzinger, Detlev O. (2015): Selbstverletzendes Verhalten bei essgestörten Frauen. In: Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina; Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg.

Pietrowsky, Reinhard (2015): Hunger und Sättigung. In: Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina; Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg.

Simchen, Helga (2010): Essstörungen und Persönlichkeit. Stuttgart.

Stahr, Ingeborg; Barb-Priebe, Ingrid; Schulz, Elke (2009): Essstörungen und die Suche nach Identität. Weinheim und München.

Teufel, Martin; Zipfel, Stephan (2015): Klinische Aspekte der Anorexia und Bulimia nervosa. In: Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina; Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage, S. 15 – 19. Berlin, Heidelberg.

Trunk, Janine (2012): Unperfekt schön! Schulische Prävention von Ess- und Körperbildstörungen. In: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (Hrsg.): Jugend und Risiko. Handlungsansätze für die Suchtprävention. S. 95 – 118.

Trunk, Janine (2016): Der Körper als Baustelle. (Selbst-)Optmierung und riskantes Schönheitshandeln im Jugendalter. Pro Jugend, 11 (2).

Trunk, Janine (2018): Körperbilder, -optimierung und -modifikation: Riskantes Schönheitshandeln bei Mädchen und Jungen. Theoretischer Hintergrund und praktische Implikationen für die Jugendarbeit. Deutsche Jugend – Zeitschrift für die Jugendarbeit, 10 (2).

Usländer, Martina; Gröger, Kurt: Prävention von Essstörungen – ein Stufenplan für den Umgang mit Betroffenen. Informationsdienst zur Suchtprävention Pforzheim, http://www.schule-bw.de/themen-und-impulse/leitperspektiven/praevention-und-gesundheitsfoerderung/suchtpraevention/infodienst/info21/21_Enzkreis.pdf, Zugriff 30.10.2017.

Weltgesundheitsorganisation: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification, Version 2017, <http://www.dimdi.de/static/de/index.html>, Zugriff: 18.12.2017.

Werner, Natalie; Trunk, Janine (2017): Operante Verfahren. Techniken der Verhaltenstherapie. Daraus: Kapitel 7: Aufbau neuen Essverhaltens. Weinheim, Basel.

Wunderer, Eva; Schnebel, Andreas (2008): Interdisziplinäre Essstörungstherapie. Weinheim und Basel.
Institut Suchtprävention pro mente, Linz/Österreich (2016): x.act

Essstörungen. https://www.praevention.at/uploads/media/x-act_Essstoerungen2016.pdf, Zugriff 30.10.2017.

ZEPRA, Prävention und Gesundheitsförderung, St. Gallen/Schweiz: Interventionsmodell Step by Step. S. 20 (Co-Verhalten). <http://www.zepra.info/>, Zugriff 30.10.2017.

Zipfel, Stephan; Löwe, Bernd; Herzog, Wolfgang (2015): Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa. In: Herpertz, Stephan; de Zwaan, Martina; Zipfel, Stephan (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. Auflage, S. 57 – 61. Berlin, Heidelberg: Springer.

IQSH
Institut für Qualitätsentwicklung
an Schulen Schleswig-Holstein

Schreberweg 5
24119 Kronshagen
Tel.: 0431 5403-0
Fax: 0431 988-6230-200
info@iqsh.landsh.de
<https://iqsh.schleswig-holstein.de>
https://twitter.com/_IQSH



FRAUEN helfen FRAUEN
Stormarn e.V.