

Prävention in der Schule:

**Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen am Beispiel
einer Haupt- und Realschule im ländlichen Raum**

Diplomarbeit

im Rahmen der Diplom-Hauptprüfung

der Fachrichtung Psychologie

Technische Universität Braunschweig

vorgelegt von

Ilona Lubitz

Januar 1998

Inhaltsverzeichnis

1 GEGENSTAND UND ZIEL DER UNTERSUCHUNG	1
1.1 PROBLEMSTELLUNG	1
1.2 ZIELSETZUNG DER ARBEIT	3
2 EBSTÖRUNGEN	5
2.1 DEFINITION VON EBSTÖRUNGEN	5
2.1.1 <i>Adipositas / Eßsucht</i>	6
2.1.2 <i>Bulimia nervosa</i>	9
2.1.3 <i>Anorexia nervosa</i>	10
2.2 DIAGNOSE VON EBSTÖRUNGEN	11
2.3 EPIDEMIOLOGIE VON EBSTÖRUNGEN	13
2.4 ÄTIOLOGIE VON EBSTÖRUNGEN	15
2.4.1 <i>Die biologische Sichtweise</i>	16
2.4.2 <i>Die soziokulturelle Interpretation</i>	18
2.4.3 <i>Das lerntheoretische Modell</i>	19
2.4.4 <i>Die psychodynamische Perspektive</i>	20
2.4.5 <i>Der systemtheoretische Ansatz</i>	20
2.5 PROGNOSE VON EBSTÖRUNGEN	22
2.6 ZUSAMMENFASSUNG	24
3 PRÄVENTION	26
3.1 DEFINITION	26
3.1.1 <i>Primäre Prävention</i>	27
3.1.2 <i>Sekundäre Prävention</i>	28
3.1.3 <i>Tertiäre Prävention</i>	28
3.2 SPEZIFISCHE VS. UNSPEZIFISCHE PRÄVENTION	28
3.2.1 <i>Spezifische Prävention</i>	28
3.2.2 <i>Unspezifische Prävention</i>	29
3.3 EXKURS: GESUNDHEITSFÖRDERUNG ALS BEISPIEL UNSPEZIFISCHER PRÄVENTION	31
3.4 BEDEUTUNG DES PSYCHOSOZIALEN NETZES FÜR DIE PRIMÄRE UNSPEZIFISCHE PRÄVENTION	34
3.5 PROBLEME PRÄVENTIVEN VORGEHENS	36
3.6 ZUSAMMENFASSUNG	38
4 ALLGEMEINE SCHULISCHE PRÄVENTIONSMABNAHMEN	39
4.1 BEDEUTUNG	39

4.2 ZIELSETZUNGEN	41
4.3 EXKURS: PRÄVENTION IN DER SCHULE AM BEISPIEL DER SUCHTPRÄVENTION	43
4.4 DIE ROLLE DER BERATUNGSLEHRER BEI DER SCHULISCHEN PRÄVENTION	46
4.5 DIE ROLLE DER LEHRER ALS MEDIATOREN	47
4.6 MÖGLICHKEITEN ZUR VERBESSERUNG DER SITUATION VON LEHRERN UNTER PRÄVENTIVEM ASPEKT	49
4.6.1 Strukturelle Maßnahmen	50
4.6.2 Lehrerausbildung	52
4.6.3 Lehrerfortbildung	53
4.7 ZUSAMMENFASSUNG	56
5 SCHULISCHE PRÄVENTIONSMÖGLICHKEITEN BEI EBSTÖRUNGEN	58
5.1 SCHULISCHE VERMITTLUNGSFORMEN PRÄVENTIVEN VORGEHENS	59
5.2 GESCHLECHTSBEZOGENE PRÄVENTION	60
5.3 METHODEN EBSTÖRUNGSBEZOGENER PRÄVENTION	61
5.3.1 Aufklärung	61
5.3.2 Beratung	63
5.3.3 Training	64
5.3.4 Krisenintervention	69
5.3.5 Systembezogene Intervention	69
5.4 PRÄVENTIONSMABNAHMEN DER LEHRER BEI EBSTÖRUNGEN	71
5.4.1 Kenntnisse über Eßstörungen	72
5.4.2 Aufbau von Handlungskompetenz	74
5.5 ZUSAMMENFASSUNG	75
6 UNTERSUCHUNG SCHULISCHER PRÄVENTIONSMÖGLICHKEITEN VON EBSTÖRUNGEN	76
6.1 METHODISCHES VORGEHEN	76
6.1.1 Festlegung der Fragestellung	77
6.1.2 Herstellung des Feldkontaktes	81
6.1.3 Materialsammlung	82
6.2 AUSWERTUNG UND ERGEBNISSE	96
6.2.1 Auswertung der teilstrukturierten Interviews	96
6.2.2 Diskussion der teilstandardisierten Interviews	101
6.2.3 Auswertung des Fragebogens an das Lehrerkollegium	102
6.2.4 Diskussion des Fragebogens an das Lehrerkollegium	125
6.2.5 Auswertung des Fragebogens an die psychosozialen Institutionen	130
6.2.6 Diskussion des Fragebogens an die psychosozialen Institutionen	133
6.2.7 Auswertung des Fragebogens an die Kirchengemeinden	135
6.2.8 Diskussion des Fragebogens an die Kirchengemeinden	136
6.3 ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNG DER UNTERSUCHUNG	137
7 DISKUSSION UND FOLGERUNGEN	139

8 ZUSAMMENFASSUNG

145

9 LITERATUR

147

1 Gegenstand und Ziel der Untersuchung

1.1 Problemstellung

„Dicke Frauen sind gesünder“! Über diese dpa-Meldung konnte man am 19.11.1996 in der Aller-Zeitung (Gifhorn) stolpern und sich wundern, da doch gerade zuvor noch vom Bundesgesundheitsminister und den Krankenkassen darüber diskutiert wurde, die Krankenversicherungsbeiträge für Risikopatienten wie Raucher, Motorradfahrer und Übergewichtige zu erhöhen. Wer seine Gesundheit fahrlässig durch bestimmte vermutete Risikofaktoren beeinträchtigt und damit den Kassen und Beitragszahlern auf der Tasche liegt, soll auch mehr zahlen.

Um so überraschender kommen nun statistischen Berechnungen des Colonia-Versicherungskonzerns (Köln), demzufolge Frauen im Alter von 20 bis 40 Jahren, die zwischen 20 und 50 Prozent über ihrem Normalgewicht liegen, weniger Kosten für Therapie und Heilmittel verursachen als schlanke Frauen. Besonders psychische Probleme wie Eßstörungen (Magersucht und Bulimia nervosa), die gehäuft bei schlanken Frauen auftreten und mit hohen Folgekosten verbunden sind, sollen für diese Kostendifferenz verantwortlich sein.

Gestörtes Eßverhalten ist demnach nicht ausschließlich ein persönliches Problem. Vielmehr werden einige sich stark ausbreitende psychische Probleme wie die eben genannten Eßstörungen auch für die Allgemeinheit zunehmend von Interesse, da sie einen weiteren Kostenfaktor bei der immer schwieriger werdenden Finanzierung unseres Gesundheitssystems darstellen. Vor allem gestörtes Eßverhalten, das sich bereits manifestiert hat - also über mehrere Jahre besteht -, ist besonders behandlungsresistent und dadurch kostenintensiv. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, verstärkt primärpräventive Maßnahmen zur Vorbeugung von Eßstörungen anzuwenden; einerseits um einen Beitrag zur Eindämmung der explodierenden Kosten im Gesundheitswesen zu leisten (vgl. Stark, 1989, S. 12), andererseits, um den betroffenen Menschen einen langen Leidensweg zu ersparen. Auch Reinberg & Baumann (1986, 397) betonen in ihrer Studie die Notwendigkeit präventiver Ansätze bei Eßstörungen.

Aber selbst wenn abweichendes Eßverhalten nicht gleich ganz verhindert werden kann, wie es das Ziel der primären Prävention ist, so kann dennoch das frühzeitige Erkennen einer Eßstörung bedeutsam für den Behandlungserfolg sein. Viele Wissenschaftler sind sich darin einig, daß abweichendes Eßverhalten wie die meisten psychischen Störungen leichter, d.h. schneller

und erfolgreicher zu behandeln ist, je eher es festgestellt wird (vgl. Harland & Siegel, 1996; Laessle, 1990).

Es gibt also viele Gründe, die die Notwendigkeit der Prävention von Eßstörungen unterstreichen. Daraus ergibt sich jedoch die Frage, wie und wo diese am günstigsten durchgeführt werden kann. Auf der einen Seite gibt es die Medien, die jedoch durch die gleichzeitige Bevorzugung des derzeitigen sehr schlanken Schönheitsideals, welches für die Entstehung von Eßstörungen als überaus bedeutsam eingeschätzt wird, wenig überzeugend wirken. Eine weitere Möglichkeit der Einflußnahme auf Kinder und Jugendliche ist vor allem die Schule, der in Bezug auf Präventionsmaßnahmen eine bedeutende Rolle zukommt. Die Schule stellt nach der Familie den nächstwichtigsten Einflußfaktor im Leben von Kindern und Jugendlichen dar (vgl. Born, 1994, S. 48), was nicht zuletzt mit der bestehenden Schulpflicht zusammenhängt, die sicherstellt, daß hier alle Jugendlichen erreicht werden können.

Allerdings klagen Erzieher und Lehrer ohnehin schon über die anwachsenden gesellschaftlichen Forderungen, die sie neben ihren eigentlichen Aufgaben übernehmen sollen (vgl. z.B. Ulich, 1996).

Wer also soll die Prävention oder frühzeitige Intervention von Eßstörungen übernehmen? Und wer bezahlt sie? Kann Schule auch noch gegen Eßstörungen präventiv tätig werden, wo ihr ohnehin ständig mehr und größere gesellschaftliche Aufgaben zugewiesen werden? Wie groß ist die Bereitschaft von Lehrer, nun auch noch gegen Eßstörungen vorzugehen? Diese Fragen sollen in der vorliegenden Arbeit behandelt werden.

Exemplarisch sollen in der hier durchgeführten Untersuchung die Einsatzmöglichkeiten von Prävention an einer Haupt- und Realschule im ländlichen Raum überprüft werden. Dabei wird berücksichtigt, daß es zwischen einzelnen Schulen große Unterschiede gibt und Maßnahmen, die für eine Schule geeignet sind, sich nicht ohne weiteres auf andere Schulen übertragen lassen (vgl. Kelly, 1989, S. 128). Dies gilt sicherlich auch für ländlich gelegene Schulen, deren Schüler oft mit anderen Problemen - wie räumliche Entfernung zu Freizeit- und Beratungsangeboten - konfrontiert sind als Jugendliche in der Stadt.

Es leuchtet ein, daß Schule die Prävention, Diagnose und Intervention von Eßstörungen nicht alleine bewältigen kann. Insofern ist auch von Interesse, inwiefern psychosoziale Institutionen wie beispielsweise Beratungsstellen oder niedrigschwellige Angebote zur Freizeitgestaltung für

Jugendliche in der Umgebung vorhanden sind bzw. in ein Präventionsprogramm gegen Eßstörungen eingebunden werden können. Dies ist umso wichtiger, je ländlicher eine Schule gelegen und um so weniger bekannt bzw. weiter entfernt spezielle Beratungsstellen sind.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den Möglichkeiten und Grenzen schulischer Prävention, insbesondere mit der Prävention von Eßstörungen. Es soll erarbeitet werden, welche präventiven Maßnahmen gegen Eßstörungen möglich sind und inwiefern Schule einen Beitrag dazu leisten kann. Da der Schule als Institution ohnehin ständig mehr und größere gesellschaftliche Aufgaben zugewiesen werden, stellt sich jedoch die Frage, ob sie überhaupt noch in der Lage sein kann, die Vielzahl gesellschaftlicher Probleme (wie Gewaltbereitschaft, Rechtsextremismus, Suchterkrankungen usw.) anzugehen bzw. zu deren Lösung beizutragen.

Eßstörungen sind nun ein weiteres gesellschaftliches Problem, welche die Schule verhindern oder eindämmen soll. Inwieweit Schule dies leisten kann, soll diese Arbeit überprüfen. Dabei stehen folgende Fragen im Mittelpunkt:

- Welche vorbeugenden Maßnahmen gegen Eßstörungen sind in der Schule möglich? Welche Grenzen stehen dem gegenüber?
- Auf welche Art der Unterstützung können die Lehrerinnen und Lehrer einer Haupt- und Realschule im ländlichen Raum zurückgreifen? Wohin können sie betroffene Schülerinnen und Schüler verweisen?
- Welches tatsächlich durchführbare Konzept einer Eßstörungsprävention in einer Haupt- und Realschule im ländlichen Raum ist unter Berücksichtigung des psychosozialen Angebotes im Umkreis denkbar?

Zunächst werden in einem theoretischen Teil die verschiedenen Formen der Eßstörungen dargestellt. Nach der Definition und den Diagnosemöglichkeiten von Eßstörungen, wird auf deren Epidemiologie, Ätiologie, und Prognose eingegangen. Die Frage nach Therapiemöglichkeiten bleibt dagegen größtenteils unberücksichtigt.

Während Kapitel 3 auf die verschiedenen Formen der Prävention sowie auf die Gesundheitsförderung als Beispiel für primäre unspezifische Prävention eingehen wird, beschäftigt sich das

4. Kapitel mit der Bedeutung, den Zielsetzungen und Grenzen schulischer Prävention. Die Rolle der (Beratungs-)Lehrer als Mediatoren bei der schulischen Prävention bildet in diesem Kapitel einen besonderen Schwerpunkt. Kapitel 5 geht dann auf die schulischen Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen ein.

In Kapitel 6 und 7 werden die schulischen Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen am Beispiel einer Haupt- und Realschule im ländlichen Raum empirisch untersucht. Dabei sollen vor allem Einstellungen und Meinungen von Lehrern zur Prävention allgemein und zu eßstörungsbezogener Prävention im besonderen erfaßt werden. Aber auch das psychosoziale Netz im Bereich der Samtgemeinde Brome (wie Beratungsstellen und Kirchengemeinden) soll Berücksichtigung finden.

Bei den Eßstörungen handelt es sich faktisch um „Frauenkrankheiten“; d.h. 85 bis 95% der Betroffenen sind weiblichen Geschlechts (vgl. Laessle, 1990; Meermann & Vandereycken, 1987). Um dem gerecht zu werden, ohne die voraussichtlich zunehmende Zahl männlicher Patienten zu vernachlässigen, wäre es angemessen, in dieser Arbeit sprachlich das große „I“ zu verwenden. Da dies jedoch nur schwer durchzuhalten ist, wird hier darauf verzichtet und in der Regel die kürzere männliche Form bevorzugt.

2 Eßstörungen

2.1 Definition von Eßstörungen

Die Beschäftigung mit dem Thema Eßstörungen wirft die Frage auf, was an dem Eßverhalten der Betroffenen gestört ist: das Verhalten, das Gewicht oder das Körperempfinden? Wie soll man krankhaftes Eßverhalten beschreiben, wenn nicht einmal normales Eßverhalten eindeutig definiert ist. Die statistische Norm ist insofern ungeeignet, da viele Eßverhaltensweisen als normal eingestuft werden müßten, „die nach physiologischen Standards unangemessen sind“ (Laessle, 1990, S. 222). Die ideale Norm (normal ist, was als wünschenswert angesehen wird) ist für das Entstehen von Eßstörungen mitverantwortlich. Sie scheint als Richtlinie für normales Eßverhalten ebenso untauglich wie die funktionale Norm, die bis heute ungeklärt ist; d.h. die Aussagen dazu, welches Eßverhalten und welches Gewicht für wen das Gesundeste sei, sind widersprüchlich. Trotz solcher Normierungsschwierigkeiten gibt es jedoch stets neue Versuche, normales von abweichendem oder gestörtem Eßverhalten abzugrenzen (vgl. Klotter, 1989, S. 146f.).

Nach Diedrichsen (1990, S. 81) ist das „**normale Eßverhalten**“ jenes, das in seiner Appetenz spontan und kognitiv ungezügelt ist, „d.h. es regelt sich selbständig durch differenzierte Hunger- und Sättigungsgefühle. Die Zufuhr an Energie- und Nährstoffen entspricht dem körperlichen Bedarf, so daß *Normalgewicht* besteht“.

Harland & Siegel (1996, S. 38) distanzieren sich demgegenüber vom Normalgewicht als Kriterium für normales Eßverhalten und halten vielmehr folgende Faktoren als kennzeichnend für ein gesundes Eßverhalten: Essen bei Hungergefühl, Essen bis zum Gefühl der Sättigung, den Körper sein Wohlfühlgewicht finden lassen, Nahrungsmittel wählen, auf die man Appetit hat.

Nach Hilde Bruch (1991, S. 13) haben solche Menschen ein **gestörtes Eßverhalten**, „für die das Essen die mißbräuchliche Funktion hat, Probleme, die ansonsten unlösbar erscheinen, auf diese Art zu bewältigen“. Harland & Siegel (1996, S. 10) sprechen dann von abweichendem Eßverhalten oder Eßstörungen, wenn Essen und die Beschäftigung mit Nahrung zu einer Art Sucht werden.

Obwohl viele Unklarheiten bezüglich des normalen oder krankhaften Eßverhaltens vorliegen, nennt das „Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen“ (DSM-III-R) fünf Krankheitsbilder unter der Rubrik Eßstörungen: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Pica, ‘Rumination Disorder of Infancy’ und ‘Eating Disorders not otherwise specified’. Während Übergewicht bzw. Adipositas im DSM-III-R nicht aufgeführt wird, da es als rein somatische Krankheit gilt, ist in der ICD-10-Klassifikation der Eßstörungen die Kategorie ‘Übergewicht (mit psychischen Störungen)’ enthalten (vgl. Laessle, 1990, S. 222).

Im folgenden werden die drei Formen von Eßstörungen unterschieden, die aufgrund ihrer Häufigkeit in der Literatur die meiste Beachtung gefunden haben: die Adipositas, die Bulimia nervosa und die Anorexia nervosa.

2.1.1 Adipositas / Eßsucht

Der ersten hier beschriebenen Eßstörung, der Adipositas bzw. Eßsucht, wird einleitend etwas mehr Raum gegeben, da der Umgang mit Übergewicht für viele Wissenschaftler und Autoren ein Hauptgrund für die Entstehung von Eßstörungen ist.

Unter einer Adipositas, synonym auch als Obesitas, Fettsucht, Fettleibigkeit oder Übergewicht bezeichnet, versteht man den normüberschreitenden Anteil von Fettgewebe im Vergleich zur übrigen Körpermasse. Die exakte Bestimmung des Fettgewebsanteils z.B. durch die Hautfaltendickemessung ist methodisch sehr aufwendig und fehlerbehaftet (vgl. Zuber & Kepplinger, 1990, 169). Für praktische Zwecke wird deshalb auf Körperhöhen/Gewichts-Indices zurückgegriffen (vgl. Pudiel, 1985, S. 65). Am häufigsten wird hierbei der Broca-Index verwendet (Normalgewicht = Körpergröße in cm - 100, Idealgewicht = Normalgewicht - 10 % bei Männern und - 15 % bei Frauen). In der Wissenschaft wird der Body Mass Index [BMI] befürwortet ($BMI = \text{kg/m}^2$). Allen diesen Körperhöhen-Gewichts-Indices ist eigen, daß sie eine Trennung von Unter-, Ideal-, Normal- und Übergewichtigen erreichen wollen, wobei sie sich in der „Strenge“ der Grenzziehung unterscheiden.

So meint z.B. Laessle (1990, S. 237), daß bei Überschreiten des Broca-Idealgewichts um über 30 % eine Gewichtsreduzierung indiziert ist, während andere Wissenschaftler die Ansicht vertreten, daß bei einer Gewichtsüberschreitung von 10, 15 oder 20 % über dem Broca-Normalgewicht von einer behandlungsbedürftigen Adipositas gesprochen werden kann (vgl. Klotter, 1989). Zuber & Kepplinger (1990, 170) wiederum meinen, daß Übergewicht bei einem BMI

von 24 bis 30 vorliegt, eine Adipositas bei einem BMI von über 30. Innerhalb der Forschung gibt es also keine einheitlich Definition darüber, wann von einer Adipositas gesprochen werden kann. Einig sind sich die meisten Wissenschaftler jedoch darüber, daß eine Grenzziehung notwendig ist.

Diese Grenzziehungspraktiken sollen dazu dienen, diejenigen aus der Gruppe der Übergewichtigen herauszufinden, die durch ihr Übergewicht gefährdet erscheinen, Schädigungen des kardiovaskulären Systems zu erleiden, um bei den so Betroffenen diese Risiken durch eine Gewichtsreduktion zu umgehen. Leider konnte bei allen Festlegungsversuchen keine biologisch-gesundheitliche Grenze gefunden werden, um die Adipositas von einer sog. „gesunden“ Norm abzugrenzen. Vielmehr wurde die Definition stets von außerwissenschaftlichen Kriterien beeinflusst, seien es ästhetische oder ökonomische (vgl. Klotter, 1989, S. 146f.).

Medizin, Ernährungswissenschaften und die Psychologie haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Entstehung von Übergewicht zu verhindern bzw. bei Vorhandensein desselben korrigierend einzugreifen. Viel zu selten wird darüber diskutiert, inwiefern die mehr als zweifelhaften Körperhöhen-Gewichts-Indices Gewichts- und Eßprobleme fördern bzw. erst produzieren.

Wie sehr Ärzte bzw. Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen heute auch bemüht sein mögen, Patienten und Patientinnen mit Eßstörungen zu helfen, so muß angesichts der historischen Tatsache der (geschlechtsdifferenten) Diagnostik darauf geschlossen werden, daß das medizinische System als solches auch zur Manifestation und Stabilisierung des Krankheitsbildes „Eßstörung“ beiträgt. (Stahr, Barb-Priebe & Schulz, 1995, S. 14).

Klotter (1989, S. 141) geht sogar so weit zu sagen, daß die Adipositasforschung das Adipositasproblem erst geschaffen hat. Die Adipositasforschung

und ihre institutionellen Folgen (Normalgewichtsbestimmungen bei Schülern, beim Militär, beim Arzt; Beitragserhöhungen für Adipöse bei Lebensversicherungsgesellschaften) haben ein gesellschaftliches Klima geschaffen, in dem für jeden das eigene Gewicht und damit auch die Ernährung zu einem Problem werden mußte. Ein 'unschuldiges' und gelassenes Verhältnis zu Gewicht und Nahrungsaufnahme ist aufgrund des Eingreifens der Adipositasforschung im 20. Jahrhundert nicht mehr möglich. Gewiß gab es [...] auch in früheren Jahrhunderten 'Gewichtsprobleme', doch nicht auf diese systematisch erzeugte Weise und auch nicht für die gesamte Bevölkerung. (Klotter, 1989, S. 141).

Auch verschiedene Untersuchungen scheinen zu bestätigen, daß die durch Wissenschaftler und Medien vermittelten Schlankheitsnormen und Ratschläge zur Gewichtsreduktion an der Zunahme von Eßstörungen beteiligt sind. So haben Studien beispielsweise zeigen können, daß das

Risiko für Diäthaltende deutlich erhöht ist, eine klinisch relevante Eßstörung zu entwickeln (vgl. Franzen, 1994, S. 58f.).

Hilde Bruch (1991, S. 147f.) vertritt folglich die Ansicht, daß Stabilität bzw. Instabilität des Gewichts über die Zeit entscheidender für die Diagnose und für eine Therapie ist als das bloße Gewicht alleine. Wohlfühlen und Gewichtsstabilität sind für sie ein wichtiger Indikator dafür, auf eine Therapie zu verzichten, da durch Gewichtsabnahmen häufig erst „richtige“ Eßstörungen hervorgerufen werden. Diese sind gekennzeichnet durch Heißhungeranfälle, gestörte Körperwahrnehmungen wie fehlendes oder ständiges Hungergefühl oder gar Erbrechen, so daß die Gefahr besteht, daß einst übergewichtige Patienten anorektisch oder bulimarektisch werden.

Das mit der Waage bestimmbare Körpergewicht läßt demnach keinen Rückschluß auf ein gestörtes Eßverhalten zu und ist allein „für Eßstörungen ein unbrauchbares diagnostisches Instrument“ (Pudel, 1985, S. 76). Im Rahmen dieser Arbeit wird deshalb auf den Begriff der Eßsucht zurückgegriffen, um ein rein somatisches „Problem“ wie Übergewicht von einer tatsächlichen Eßstörung zu unterscheiden. Der bedeutende Unterschied zwischen Übergewichtigen und Eßsüchtigen scheint zu sein, daß letztere auf Nahrung fixiert sind, was zu Heißhungeranfällen führt, die von Schuld- und Schamgefühlen begleitet sind (vgl. Harland & Siegel, 1996, S. 16f.).

Eine Untergruppe der Adipositas ist die latente Adipositas. Bei diesem Störungsbild können seltsame Eßmuster wie das „Eßanfalls-Syndrom“, das „Nacht-Eß-Syndrom“, sowie „Essen ohne Sättigung“ beobachtet werden (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 6). Auffallend ist, daß diese Gruppe durch strenge Kontrolle ihres Eßverhaltens um ihr Normalgewicht schwankt, bei Wegfall dieser Kontrollmöglichkeiten, z.B. durch Änderungen der Lebensgewohnheiten, wie Schichtwechsel oder Urlaub, das Gewicht jedoch stark ansteigt. „Der latent Adipöse lebt mit der ständigen Befürchtung, daß sein Gewicht ansteigen wird, falls er ‘ganz nach seinem Appetit’ essen würde“ (Pudel, 1978, S. 73). Von einigen Autoren wurde aufgrund der Tatsache, daß es latent Adipöse gibt, das Konzept des *gezügeltten Eßverhaltens* eingeführt, um Adipöse dahingehend zu unterscheiden, „in welchem Ausmaß sie versuchen, ihr Eßverhalten zu kontrollieren“ (Pudel, 1978, S. 77).

Abschließend kann gesagt werden, daß die vielfältigen Grenzziehungspraktiken zwischen „Normal-,“ und „Übergewichtigen“ nicht dazu beigetragen haben, die Gruppe von eßgestörten zu diagnostizieren, deren Eßverhalten tatsächlich als „krankhaft“ eingestuft werden müßte.

Dies bedeutet, daß durch die heutige Form der Diagnose einer Adipositas viele Personen als „eßgestört“ eingestuft werden, die es gar nicht sind, während andere, die der Hilfe bedürften, unerkannt bleiben. Weiterhin kann es durch eine starke Fixierung auf bestimmte Gewichtsgrenzen überhaupt erst zur Entstehung einer klinisch-relevanten Eßstörung kommen, so daß besonders im Bereich der „Adipositas“ bzw. „Eßsucht“ das Ziel sein sollte, zu einer differenzierteren Diagnose als bisher üblich zu kommen.

2.1.2 Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa wird synonym auch als Bulimarexie, zwanghaftes Essen, diätetisches Chaos-Syndrom oder Hyperorexia nervosa bezeichnet. Der oftmals irreführend synonym benutzte Begriff der Bulimie soll hier nicht verwendet werden, da dieser zunächst einmal nur Heißhunger oder das Verzehren großer Mengen von Nahrungsmitteln innerhalb kurzer Zeit bedeutet.

Unter Bulimia nervosa hingegen versteht man, den „Drang oder Zwang zum exzessiven Essen (zumeist heimlich), gefolgt von (selbsterbeigeführtem) Erbrechen und/oder Abführen, oder aber von Episoden des Hungerns mit dem Ziel, das Körpergewicht innerhalb der (sub-) normalen Grenzen zu halten“ (Meermann & Vandereycken, 1987, S. 2). Nach Habermas (1990, S. 79), der sich mit den historischen Bedingungen der Bulimia nervosa beschäftigt, wurde das Bulimie-Syndrom - als jüngste bekannte Eßstörung - erst dann möglich „als auch ein leichtes Übergewicht für den potentiell betroffenen Laien zum Problem wurde“.

Für Bulimia nervosa Patienten hat das Körpergewicht eine entscheidende Bedeutung für das Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit. Um Gewichtszunahmen zu vermeiden, kommt es meist unmittelbar nach der Heißhungerattacke zu herbeigeführtem Erbrechen, oder es werden Laxantien oder Diuretika in großen Mengen eingenommen (vgl. Laessle, 1990, S. 225). Die „Freß-Kotz-Attacken“ geschehen in der Regel völlig heimlich und sind mit massiven Scham- und Schuldgefühlen verbunden (vgl. Klotter, 1993, S. 80).

Die Häufigkeit des Auftretens solcher Anfälle kann von mehrmals pro Woche bis hin zu mehrmals täglich variieren, wobei während dieser Eßanfälle kalorienreiche, als „verboten“ angesehene Lebensmittel, die wenig Zubereitung erfordern (wie Eis, Süßigkeiten und Gebäck), bevorzugt werden (vgl. Weiss, Katzman & Wolchik, 1989, S. 19).

Da viele Patienten zwischen den Eßanfällen ein stark gezügeltes Eßverhalten zeigen, befinden sich zahlreiche Betroffene trotz eines normalen Körpergewichts in einem Zustand der Mangelernährung. Zu den **somatischen Folgeerscheinungen** der Eß-Brech-Sucht zählen: Störungen des Mineralstoffwechsels mit der Gefahr von Herzrhythmusstörungen, Entzündungen der Speiseröhre, Schwellungen der Speicheldrüsen, Karies, Veränderungen der Haut, Haarausfall und gestörte Menstruationszyklen (vgl. Laessle, 1990, S. 225).

Zu den **psychischen Symptomen** gehören depressive Verstimmungen bis hin zum Suizidversuch. Stimmungsschwankungen sind dabei häufig direkt mit dem bulimischen Anfall verbunden. „Dem kurzfristigen Gefühl der Erleichterung, durch Erbrechen eine Gewichtszunahme verhindert zu haben, folgt normalerweise eine Phase der Niedergeschlagenheit und der Schuldgefühle“ (Laessle, 1990, S. 226). Auch Drogen- und Alkoholmißbrauch gehen häufig mit einer Bulimia nervosa einher.

2.1.3 Anorexia nervosa

Das **äußerlich auffallendste Merkmal** der Anorexia nervosa (bekannt vor allem unter dem Begriff der „Magersucht“) ist der gravierende Gewichtsverlust, der häufig 50 % des Ausgangsgewichtes überschreitet, mindestens aber 25 % unter dem Normalgewicht liegt. Bevor die Patienten in professionelle Behandlung kommen beträgt das übliche Gewicht 35 bis 41 kg, manchmal wiegen die Betroffenen sogar nur 25 bis 32 kg (vgl. Nitz, 1987, S. 2). Ein weiteres körperliches Symptom der Anorexia nervosa bei Mädchen und Frauen ist das Ausbleiben der Monatsblutung (primäre und sekundäre Amenorrhö).

Nach der Art und Weise, wie der Gewichtsverlust herbeigeführt wird, können bei der Anorexia nervosa verschiedene Untergruppen unterschieden werden: „Abstinenzler“ bzw. „Diäthalter“ sowie „Erbrecher“ bzw. „Abführer“. Das bedeutet, daß es auch bei „magersüchtigen“ Patienten zum Erbrechen von Nahrungsmitteln kommen kann, was eine Abgrenzung zur Bulimia nervosa erschwert. Der Unterschied zwischen bulimischen Anorexia nervosa Patienten und Bulimia nervosa Patienten scheint hauptsächlich auf dem Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein eines bedeutsamen Gewichtsverlustes zu beruhen (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 2f.). Ein weiteres Charakteristikum magersüchtiger Personen sind die körperlichen Aktivitäten bis zur vollständigen Erschöpfung, mit denen die Betroffenen die Energieverbrennung zum Zweck der Gewichtsreduktion forcieren wollen (vgl. Nitz, 1987, S. 5).

Das **hervorstechende psychische Merkmal** der Anorexia nervosa ist der alles beherrschende Wunsch, dünner zu werden, mit der gleichzeitig einhergehenden Angst vor Gewichtszunahme. Selbst kleinste Gewichtszunahmen können zu Panikreaktionen führen. Dies hängt meist auch mit dem verzerrten Körperschema der Patienten zusammen, die sich auch dann, wenn sie bereits stark abgemagert sind, noch als zu dick empfinden. Ein weiterer Hinweis für die mangelnde Körperwahrnehmung der Betroffenen ist die Nichtbeachtung oder Fehlinterpretation bestimmter Körpersignale. So werden Hungergefühle oft geleugnet oder der Verzehr geringer Nahrungsmengen führt zu Klagen über Völlegefühl und Magenbeschwerden. Kennzeichnend für Anorexia nervosa Patienten ist weiterhin die häufig anzutreffende Unempfindlichkeit gegenüber Kälte oder sich selbst zugefügten Verletzungen (vgl. Laessle, 1990, S. 223f.).

Bei allen Anorexia nervosa Patienten findet man eine fortwährende Beschäftigung mit dem Thema „Essen“. Auch ist bekannt, daß anorektische - aber auch bulimische - Patienten häufig unter Depressionen leiden, wobei unklar ist, was Ursache und was Wirkung ist (vgl. Davison & Neale, 1988, S. 510).

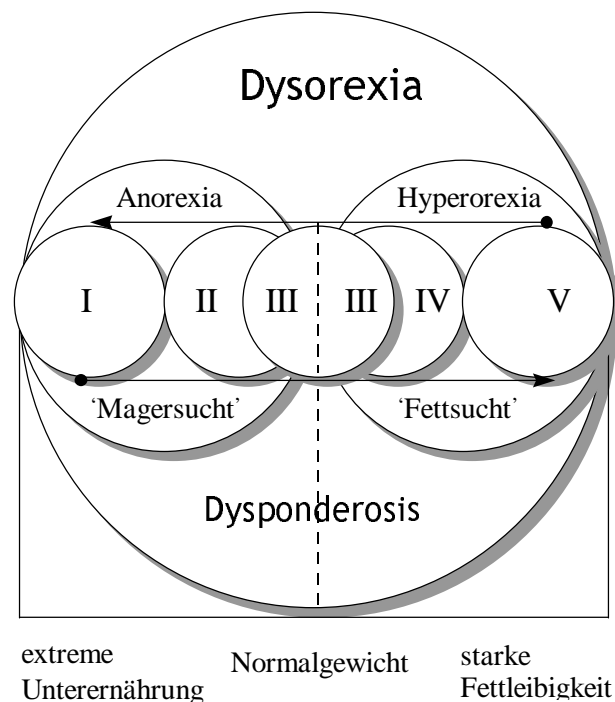
Charakteristisch für Anorexia nervosa Patienten scheint die mangelnde Krankheitseinsicht bzw. Krankheitsverleugnung zu sein - und dies auch, wenn der körperliche Zustand bereits kritisch und körperliche Symptome nicht mehr zu verbergen sind. Eine Behandlung wird von den Betroffenen daher häufig abgelehnt (vgl. Laessle, 1990, S. 223), was eine erfolgreiche Therapie einer Anorexia nervosa zusätzlich erschwert.

2.2 Diagnose von Eßstörungen

Einschränkend muß festgestellt werden, daß die vorgenommene Unterteilung zwischen Adipositas, Bulimia nervosa und Anorexia nervosa so einfach nicht ist. Zum einen enthält jede dieser Störungen noch bestimmte Untergruppen, zum anderen scheint es nicht unbedingt sinnvoll zu sein, zwischen den einzelnen Störungen streng zu unterscheiden.

So zeigt sich bei gestörtem Eßverhalten das Phänomen, daß bei einer Person im Laufe der Zeit verschiedene Eßstörungen auftreten können. 50 % der Anorexia nervosa Patienten entwickeln häufig eine chronische Bulimia nervosa, während einige Bulimia nervosa Patienten manchmal dazu übergehen, das Essen chronisch einzuschränken, also eine Anorexia nervosa auszubilden (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 4).

Um diesen Schwankungen zwischen verschiedenen Eßstörungen gerecht zu werden, postulieren Meermann & Vandereycken (1987, S. 3ff.) ein dynamisches und dimensionsorientiertes Diagnosemodell, das in Abbildung 1 dargestellt ist. Dieser dynamische Ansatz berücksichtigt im Gegensatz zu dem bisher angewendeten statischen Modell den Zeitfaktor: das klinische Bild eines Patienten kann sich verändern, während das zugrundeliegende Problem gleich bleibt. Der dimensionale Ansatz dieses Modells bezieht zum einen die Heterogenität der Eßstörungen mit ein, zum anderen die Tatsache, daß eine Eßstörung mit anderen Eßstörungen zusammenhängen kann.



- I. Diäthaltende/Abstinenzler
- II. Erbrecher/Abführer
- III. Bulimia nervosa
- IV. Latent Adipöse
- V. Extreme stabile Fettsucht

Abb. 1: Das Dysorexia/Dysponderosis Kontinuum (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 5)

Dieses Modell bietet die Möglichkeit zu überprüfen, ob das gestörte Eßverhalten und/oder ein Ausfall der Gewichtsregulation das Hauptproblem einer Person ist. Man kann eine Störung der Dimension **Dysorexia** (Anorexia oder Nahrungsmittelabstinenz versus Hyperorexia oder Über-

essen) zuordnen, wenn das zugrundeliegende Problem einer Person das gestörte Eßverhalten ist. Der Dimension **Dysponderosis** (Magersucht versus Fettleibigkeit) wird eine Störung zugeordnet, wenn bei der betroffenen Person eine Störung oder ein Ausfall der Gewichtsregulation vorliegt.

Dieses Modell hat weiterhin den Vorteil, daß auch Personen als magersüchtig diagnostiziert werden können, obwohl sie noch nicht so stark untergewichtig sind, wie es üblicherweise erforderlich wäre, um eine solche Diagnose zu stellen. Vor allem aber können auch Personen eingeordnet werden, deren Symptome wechseln bzw. durch ärztliche Intervention geändert werden. So kann ein übergewichtiger Jugendlicher, der von einem Arzt auf Diät gesetzt wird, überhaupt erst eine Eßstörung entwickeln, z.B. latent adipös werden oder eine Bulimia nervosa entwickeln. Diese Feststellung wirft erneut die Frage auf, was es für einen Sinn hat, jemanden zu diagnostizieren, der stabil über- oder untergewichtig ist, ohne daß eine Störung des Eßverhaltens vorliegt, wenn durch eine solche Diagnose die Gefahr besteht, überhaupt erst eine Eßstörung zu verursachen (zumal wenn die Behandlungserfolge bei gewichtsnormalisierenden Maßnahmen nur sehr gering bzw. kurzfristig sind).

2.3 Epidemiologie von Eßstörungen

Schätzungen der Auftretenshäufigkeit von Eßstörungen sind schwierig, da die betroffenen Patienten häufig dazu neigen, ihre Störung geheimzuhalten bzw. keinerlei Krankheitseinsicht besitzen und demnach auch keine Hilfe suchen. Es wird jedoch vermutet, daß ungefähr fünf Prozent der weiblichen Bevölkerung in den westlichen Industrieländern unter gestörtem Eßverhalten leidet (vgl. Harland & Siegel, 1996, o. S.).

Adipositas

Der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie von 1989 zufolge sind 41 % der Frauen und 61 % der Männer mit einem Body Mass Index zwischen 24 und 30 übergewichtig. Adipös (BMI über 30) sind 17 % der Frauen und 15 % der Männer. Die Häufigkeit des Übergewichts nimmt mit steigendem sozio-ökonomischen Status ab (vgl. Laessle, 1990, S. 237). Epidemiologische Schätzungen der Eßsucht sind - wahrscheinlich durch die starke Orientierung am Gewicht zur Diagnose einer Eßstörung - nicht zu finden.

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Die Prävalenz der Anorexia nervosa reicht von 1/800 bis 1/100 für Frauen zwischen zwölf und zwanzig Jahren und der Krankheitsbeginn liegt meist in der frühen Adoleszenz. 95 % der von einer Anorexia nervosa Betroffenen sind Frauen (vgl. Laessle, 1990, S. 226). In einer Videotext-Nachricht (ARD/ZDF) vom 24.03.1997 hieß es, das Europäische Institut für Ernährungswissenschaften gehe davon aus, daß eine Millionen Frauen in Deutschland magersüchtig bzw. 5 % aller Frauen im gebärfähigen Alter sind.

Die Bulimia nervosa ist wesentlich häufiger anzutreffen als die Anorexia nervosa. Prävalenzschätzungen zufolge leiden zwischen 3 % und 18 % der Frauen zwischen 18 und 30 Jahren an einer Bulimia nervosa. Die Bulimia nervosa entwickelt sich in der Regel später als die Anorexia nervosa, nämlich im frühen Erwachsenenalter (vgl. Laessle, 1990, S. 227).

Während Fairburn & Cooper (1984) davon ausgehen, daß nur 1 % der Bulimia nervosa Patienten männlich sind (vgl. Laessle, 1990, S. 227), vertreten Meermann & Vandereycken (1987, S. 4) die Ansicht, daß knapp 20% der von einer Bulimia nervosa Betroffenen Männer sind. Nach Habermas (1990, S. 15) sollen männliche bulimische Patienten häufig unter Störungen der Geschlechtsidentität leiden; „ein vergleichsweise hoher Anteil von ihnen ist homosexuell oder bisexuell orientiert“.

Während die Auftretenshäufigkeit der Anorexia nervosa in den letzten Jahren leicht zugenommen hat, ist sie bei der Bulimia nervosa deutlich angestiegen (vgl. Laessle, 1990, S. 226f.). Andere Studien gehen in ihren Befürchtungen weiter und scheinen zu belegen, daß sich Eßstörungen wie Anorexia und Bulimia nervosa zumindest in bestimmten Gruppen von Jugendlichen in den westlichen Gesellschaften epidemieartig ausbreiten (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 62f.).

Beiden Eßstörungen ist gemeinsam, daß ihr Auftreten mit höherem sozioökonomischen Status zunimmt (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 4).

Untersuchungen haben weiterhin gezeigt, daß einzelne Symptome der Anorexia und Bulimia nervosa vor allem bei jungen Frauen weite Verbreitung gefunden haben. 90 % aller Frauen sollen bereits einmal eine Schlankheitskur gemacht haben, die meisten Frauen sind unzufrieden mit ihrer Figur und den wenigsten Frauen gelingt es, „ihr Eßverhalten allein an den Wünschen

ihres Körpers auszurichten“ (Harland & Siegel, 1996, S. 38). Neben Diäten führen ca. 3,5 % der weiblichen Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ohne die Diagnose einer Eßstörung Erbrechen herbei, ca. 5 % aller Frauen benutzen Laxantien und viele Frauen nehmen Appetitzügler und Diuretika ein. Zirka 7 % der Frauen zwischen 18 und 40 Jahren gaben an, daß bei ihnen mindestens einmal pro Woche ein als nicht kontrollierbar erlebter Eßanfall auftritt (vgl. Laessle, 1990, S. 227). Diese Erhebungen zeigen, daß eßgestörte Verhaltensweisen, die möglicherweise in einer „richtigen“ Eßstörung münden können, relativ weit verbreitet sind und die Dunkelziffer für Eßstörungen höher liegen mag, als bisherige Schätzungen dies erfassen können.

2.4 Ätiologie von Eßstörungen

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit den möglichen Ursachen von Eßstörungen.

Wie bei vielen anderen psychischen Störungen kann nicht eine Ursache allein für das Entstehen einer Eßstörung verantwortlich gemacht werden. Daher muß bei der Ätiologie von gestörtem Eßverhalten auf einfache, unikausale Modelle verzichtet werden. Nur aus einer multidimensionalen Sichtweise heraus, die somatische, psychische und soziale Ursachen gleichermaßen berücksichtigt (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 41), kann man dem komplexen Wechselspiel der Entstehungsbedingungen von Eßstörungen gerecht werden. In Abbildung 2 werden anhand der Anorexia nervosa die verschiedenen Faktoren dargestellt, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Eßstörung beteiligt sein können.

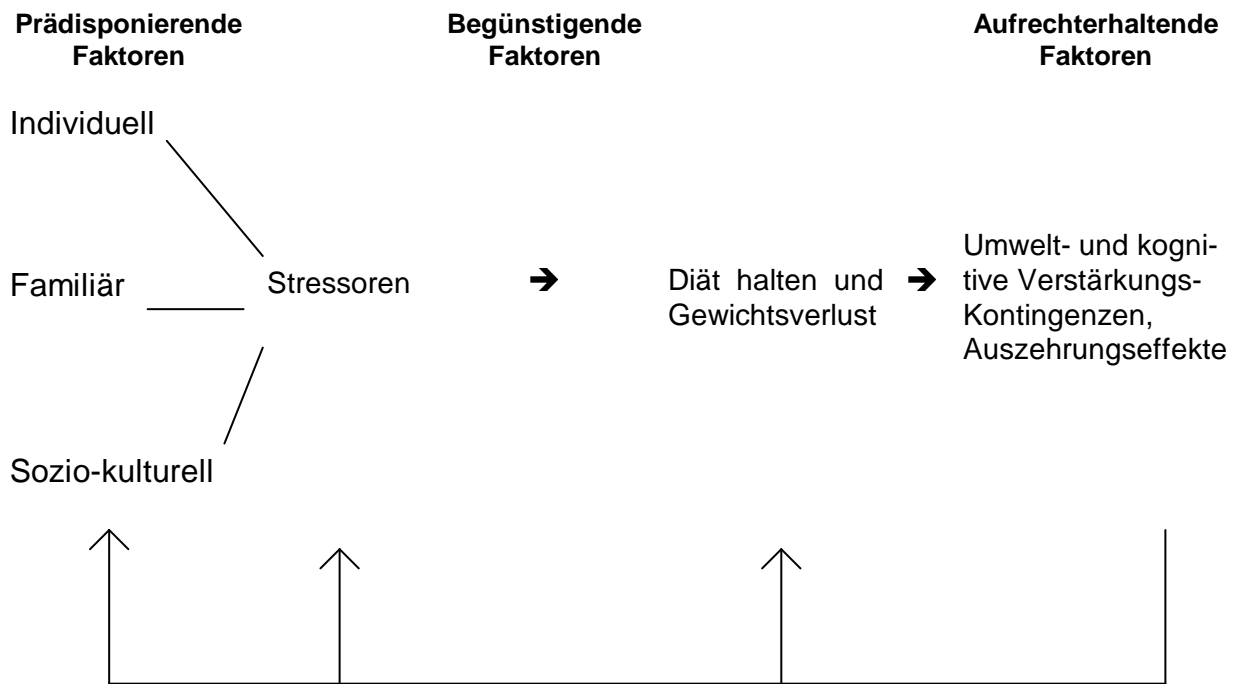


Abb. 2: Anorexia nervosa als eine multikausale Krankheit (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 43)

Im folgenden werden fünf theoretische Ansätze beschrieben, die die Entstehung von Eßstörungen zu erklären versuchen. Auch wenn es durch die isolierte Vorstellung der einzelnen Theorien den Anschein haben mag, schließen sich die dargestellten Ansätze nicht gegenseitig aus, sondern sie ergänzen sich vielmehr.

2.4.1 Die biologische Sichtweise

Es gibt immer wieder verschiedene Hypothesen, die die Determination von Eßstörungen durch biologische Sachverhalte zu erklären versuchen. Im folgenden soll auf die am häufigsten genannten biologischen Ursachen von Eßstörungen eingegangen werden: die Vererbung, defekte oder vulnerable Gehirnzentren und die Mangelernährung. Beweise dieser Theorien gibt es bislang jedoch nicht.

2.4.1.1 Vererbung

Eine biologische Entstehungstheorie ist die der **Vererbung**. Es wurde beobachtet, daß die *Anorexia nervosa* bei monozygotischen Zwillingen gehäuft auftritt. Da diese Zwillingspaare jedoch jeweils in derselben Familie aufgewachsen sind, müssen nicht genetische Prädispositionen, sondern es können die selben Umweltfaktoren für diesen Umstand verantwortlich sein. Lediglich die Adoptivforschungsmethode (monozygotische Zwillinge, die in unterschiedlichen Familien aufwachsen) könnte diese Vermutung unterstützen (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 49).

Bei der Entwicklung von Übergewicht oder *Adipositas* werden die Anzahl der Fettzellen als genetische Faktoren angenommen. So haben einige Studien eine hohe Korrelation zwischen dem relativen Körpergewicht der biologischen Eltern und ihren zur Adoption freigegebenen Kindern, nicht aber zwischen den Adoptiveltern und den Kindern ergeben.

Für die Entstehung einer *Bulimia nervosa* oder einer *Adipositas* wird weiterhin ein genetisch bedingter erniedrigter Energieverbrauch und damit eine Prädisposition zu einem höheren Gewicht bei normaler Nahrungsaufnahme angenommen. Das Normalgewicht oder gar ein dem gängigen Schönheitsideal entsprechendes Gewicht kann - dieser Hypothese zur Folge - dann nur durch eine deutliche Einschränkung der Kalorienzufuhr erreicht werden (vgl. Laessle, 1990, S. 230f.).

2.4.1.2 Defekte oder Vulnerabilitäten verschiedener Gehirnzentren

Neben der Vererbung gibt es weitere biologische Theorien, die davon ausgehen, daß durch Defekte oder Vulnerabilitäten bestimmter Gehirnzentren Eßstörungen auftreten können. So wurde bei der *Anorexia nervosa* lange Zeit ein Hypothalamusdefekt oder zumindest eine Vulnerabilität des Hypothalamus oder eine Neurotransmitter-Dysfunktion vermutet, was in Streßzeiten zum Ausbruch dieser Eßstörung führen kann (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 50). Mittlerweile wird das Problem „Magersüchtiger“ in der Großhirnrinde (Kortex) lokalisiert, wo Erweiterungen der kortikalen Furchen und Ventrikelvergrößerungen festgestellt werden konnten (vgl. Stahr et al., 1995, S. 54).

Für die Entstehung einer *Bulimia nervosa* hingegen wird eine primäre Störung bzw. eine besondere Vulnerabilität des serotonergen Systems angenommen.

Allerdings ist bei diesen Theorien nicht klar, was Ursache und was Wirkung ist. So liegt die Annahme nahe, daß diese Veränderungen im Gehirn erst als Konsequenz eines pathologischen Eßverhaltens auftreten (vgl. Laessle, 1990, S. 230).

2.4.1.3 Mangelernährung

Bei der *Anorexia nervosa*, der *Bulimia nervosa* und der *Adipositas* soll sich aufgrund von **Mangelernährung** ein selbstperpetuierender Kreislaufprozeß ergeben. D.h. eine längerfristige Mangelernährung - sei sie permanent wie bei der *Anorexia nervosa* oder intermittierend wie bei der *Bulimia nervosa* und der *Eßsucht* (durch einen Kreislauf von Gewichtszu- und -abnahmen) - führt zu metabolischen und endokrinen Veränderungen, die vermutlich der Herabsetzung des Energieverbrauchs dienen.

Auch wenn dem Zustand der Mangelernährung ein normales Eßverhalten folgt, ist der Energieumsatz noch erniedrigt, was zu einer Gewichtszunahme führen würde. Eine Gewichtszunahme jedoch löst die spezifischen Ängste eßgestörter Patienten aus, was meist zu einer erneuten Kontrolle des Eßverhaltens führt (vgl. Laessle, 1990, S. 231f.).

Die biologischen Theorien erhellen sicherlich einige Aspekte gestörten Eßverhaltens; um das gesamte komplexe Geschehen einer Eßstörung zu erklären, greifen sie jedoch zu kurz.

2.4.2 Die soziokulturelle Interpretation

Das Schönheitsideal für Frauen in den westlichen Industrienationen hat sich seit den sechziger Jahren ständig mehr in Richtung eines extrem schlanken Körpers verschoben. Gleichzeitig ist aber das Durchschnittsgewicht aufgrund günstiger Ernährungsbedingungen und geringerer körperlicher Aktivität eher angestiegen. Aufgrund dieser Tatsachen beginnen immer mehr Mädchen und Frauen zu hungern, damit sie so schlank und rank werden wie die Models im Fernsehen und den Fernsehzeitschriften, die ihnen als Ideale weiblicher Körper präsentiert werden (vgl. Vogt, 1991, S. 292). Dabei sind paradoxerweise Frauen, die das Schlankheitsideal aufgrund beruflicher und wettbewerblicher Gründe erfüllen müssen (z.B. Ballettschülerinnen, Photomodelle und Athletinnen) von Eßstörungen wie der *Anorexia* und *Bulimia nervosa* besonders betroffen (vgl. Nitz, 1987, S. 10).

„Da körperliche Attraktivität eine wesentliche Determinante des weiblichen Selbstwertgefühls ist, unterliegen die meisten Frauen einem starken Druck, der sozialen Norm unabhängig von

ihrer biologisch und individuell bedingten weiblichen Konstitution zu entsprechen“ (Laessle, 1990, S. 229). Dies führt dazu, daß Frauen gewichtsreduzierende Maßnahmen durchführen, was die Entstehung einer klinisch relevanten Eßstörung begünstigt. Jungen und Männer dagegen „stehen [...] unter einem viel geringeren gesellschaftlichen Druck, sich um ihr Aussehen zu kümmern, sich mit diesem zu befassen. Das macht es ihnen leicht, Eßstörungen zu negieren und damit gekoppelte Körperbildstörungen zu verhindern“ (Vogt, 1991, S. 291). Da mittlerweile die Medien aber auch begonnen haben, ein schlankes körperliches Idealbild des Mannes zu entwickeln, wird davon ausgegangen, daß auch die Zahl eßgestörter Männer zunehmen wird (vgl. Harland & Siegel, 1996, S. 31).

Nach Stahr et al. (1995, S. 70) ist jedoch nicht das propagierte Schönheitsideal allein für die Entstehung von Eßstörungen verantwortlich, sondern vielmehr die vielen, teilweise widersprüchlichen Anforderungen, denen Frauen entsprechen sollen: Frauen sollen „gute Mütter“ sein, ohne ihre Karriere zu vernachlässigen, sie sollen sich um das Wohlergehen, die Gesundheit und die Ernährung ihrer Familie kümmern, gleichzeitig aber auf ihre schlanke Linie achten.

Die Zunahme von Eßstörungen in den letzten Jahren scheint das Zutreffen dieser Theorie zu belegen, wobei das derzeitige Schönheitsideal bzw. die unterschiedlichen Rollenanforderungen lediglich eine mögliche Vorbedingung für die Entstehung abweichenden Eßverhaltens darstellen. Hinzukommen muß nach Stahr et al. (1995, S. 67) eine ausgeprägte Identitäts- und Selbstwertproblematik, die das Streben nach äußerlich vorgegebenen Richtlinien mitbestimmt.

2.4.3 Das lerntheoretische Modell

Individuelle Lernerfahrungen spielen im Zusammenhang mit Nahrungsaufnahme und dem Entstehen von Eßstörungen eine bedeutende Rolle.

So können Lernerfahrungen wie die Tatsache, daß Nahrungsverweigerung ein wirkungsvolles Mittel ist, um die Umgebung zu manipulieren, besonders zu Beginn einer Anorexia nervosa zum Tragen kommen. Bei der Entstehung einer Adipositas oder einer Bulimia nervosa hingegen können Lernerfahrungen, daß Essen ein Mittel zur Ablenkung, Belohnung und Entspannung darstellen kann, bedeutsam sein. Je weniger alternative Problemlösestrategien zur Verfügung stehen, um so wahrscheinlicher ist es, daß auch im Jugend- und Erwachsenenalter diese in der Kindheit gelernten Eßerfahrungen zur nichtphysiologischen Bedürfnisbefriedigung einge-

setzt werden. Dies wiederum kann zu einem generellen „Verlernen“ normaler Hunger- und Sättigungsgefühle führen (vgl. Laessle, 1990, S. 229).

Zudem können Eßstörungen aber auch durch das Modellernen wie übermäßiges oder gezügeltes Eßverhalten durch Familienmitglieder, Freunde oder Medien erlernt werden.

2.4.4 Die psychodynamische Perspektive

Psychoanalytisch wird gestörtes Eßverhalten auf Interaktionsbeziehungen der frühen Kindheit zurückgeführt, die entscheidend für die Entwicklung der Geschlechtsidentität und die weitere emotionale und psychisch-körperliche Entwicklung einer Person im Jugend- und Erwachsenenalter sind (vgl. Stahr et al., 1995, S. 58). Von besonderer Bedeutung bei der Genese von Fehlregulationen der Nahrungsaufnahme wird die Mutter-Kind-Interaktion angesehen.

So soll ein „falsches“ elterliches Zuwendungsverhalten bei Kleinkindern die wesentliche Voraussetzung „für die Entwicklung einer mangelhaften Diskriminationsfähigkeit zwischen Hungergefühlen und anderen unangenehmen Emotionen“ sein (Pudel & Maus, 1990, S. 156). Ein falsches elterliches Verhalten in Bezug auf die Entstehung von Eßstörungen wäre beispielsweise, auf jedes Unlustgefühl des Kleinkindes mit der Gabe von Nahrungsmitteln zu reagieren. Dies hat zur Folge, daß das Kind „lernt“, unangenehme Affektzustände, wie nervöse Anspannung und Angst, durch Essen beseitigen oder zumindest reduzieren zu können.

Als Unterstützung dieser Theorie, aber auch der Lerntheorie, können aktuelle Untersuchungen gelten, die einen Zusammenhang zwischen Streß und Heißhungeranfällen belegen: Patienten zeigen beim Erleben von emotionalem Streß gehäuft bzw. stärker ausgeprägte Heißhungeranfälle. Heißhungeranfälle sollen demnach zu einem Spannungsabbau führen, so daß diese wiederum negativ verstärkt werden und zu einer Gewohnheit werden können (vgl. Weiss et al., 1989, S. 26f.).

2.4.5 Der systemtheoretische Ansatz

Nach der systemorientierten Theorie offenbart sich in der Krankheit eines Kindes oder Jugendlichen die „Psychopathologie der Familie“. „Die Krankheit zieht alle Aufmerksamkeit auf sich und verringert so die Spannung zwischen den Familienmitgliedern“ (Davison & Neale, 1988, S. 508f.). Im einzelnen soll das Interaktionsmuster im Familiensystem eßgestörter Patientinnen durch folgende Faktoren gekennzeichnet sein:

- 1) Verstrickung,
- 2) Rigidität,
- 3) Überbehütung,
- 4) Konfliktvermeidung und
- 5) Mangel an Konfliktbewältigung (vgl. Laessle, 1990, S. 230).

Das eßgestörte Kind hat diesem Modell zufolge die Funktion, die Stabilität des Familiensystems aufrechtzuerhalten und offene Konflikte - vor allem zwischen den Eltern - zu verhindern (vgl. Laessle, 1990, S. 230).

Obwohl empirische Ergebnisse diese Vermutungen unterstützen, dürfen diese Daten nicht kausal interpretiert werden, d.h. ob familienspezifische Interaktionsmuster die Ursache oder die Folge einer Eßstörung sind, läßt sich den Daten nicht entnehmen.

Allerdings scheint die Familie zumindest insofern „ursächlich“ auf die Eßstörung ihrer Kinder Einfluß zu haben, als Eltern mit gestörtem Eßverhalten vermutlich als Modell im Hinblick auf das Eßverhalten ihrer Kinder fungieren. So ist beispielsweise das Risiko für die Erkrankung einer Bulimia nervosa bei Mädchen erhöht, wenn innerhalb der Familie großer Wert auf Aussehen und Schlankheit gelegt wird. Nochmals erhöht sich dieses Risiko, wenn innerhalb der Familie ein Modell vorhanden ist, daß die Beschäftigung mit Gewicht und Diät halten propagiert (vgl. Franzen, 1994, S. 61; Habermas, 1990, S. 21). Solche familialen Transmissionen können jedoch auch durch das Modelllernen erklärt werden.

Zusammenfassend muß noch einmal betont werden, daß mehrere dieser Theorien bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Eßstörungen beteiligt sein dürften, wie aus Abbildung 3 ersichtlich wird:

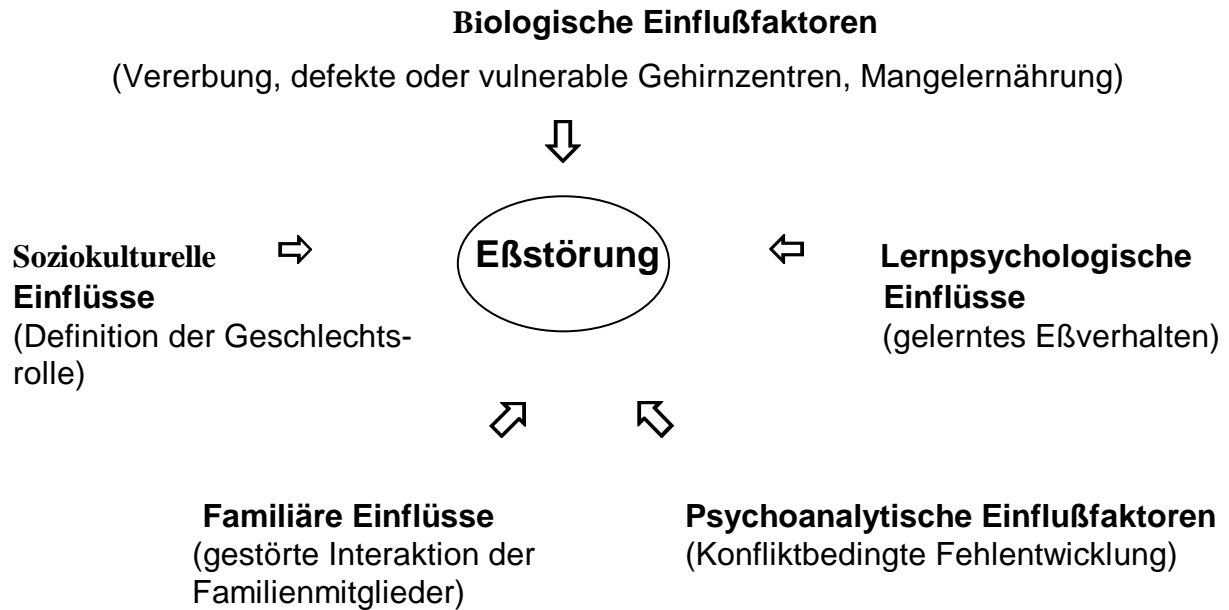


Abb. 3: Ätiologische Faktoren von Eßstörungen (vgl. Diedrichsen, 1990, S. 92)

2.5 Prognose von Eßstörungen

Den verschiedenen Eßstörungen scheint gemein zu sein, daß sie einfacher, schneller und erfolgreicher behandelt werden können, ihre Prognose also günstiger ist, je früher sie erkannt werden. Dies liegt daran, daß bei beginnendem gestörten Eßverhalten noch kein Automatismus vorliegt, wie es bei Eßstörungen der Fall ist, die bereits über einen längeren Zeitraum bestehen (vgl. Harland & Siegel, 1996, S. 60). Im folgenden soll kurz auf die Prognose der einzelnen Eßstörungen eingegangen werden.

Für *adipöse Patienten* sind die Erfolgsaussichten, langfristig Gewicht zu verlieren, relativ gering. Auch wenn das verhaltenstherapeutische Vorgehen bessere Ergebnisse erzielt als das medikamentöse Vorgehen oder „normale“ Diäten, sind die bisherigen Ergebnisse zu längeren Follow-up Zeiträumen (bis zu fünf Jahren) nicht besonders ermutigend (vgl. Laessle, 1990, S. 242). Dem „Stern“ (12/1997) ist zu entnehmen, daß 95 % der Menschen, die eine Diät gemacht haben, nach fünf Jahren dicker sind als zuvor:

Sehr erfolgreich scheint die Behandlung nie gewesen zu sein; das zumindest bestätigen die meisten Autoren. Die Adipösen wurden zu Behandlungsweisen angehalten, die ihnen wenig nutzten. Doch der geringe Effekt der Adipositas therapie hat die Ärzte und Psychologen nie davon abgehalten, an die Dicken zu appellieren, sie müßten sich dringend einer Behandlung unterziehen.

Gewichtsreduktionsmaßnahmen sind in der Regel nicht nur nicht von Erfolg gekrönt, sondern können im Gegenteil zu Verschlechterungen des Körperzustandes führen. Wichtig für die Therapie einer Adipositas sollte demnach nicht in erster Linie die Beseitigung des Übergewichtes sein, sondern vielmehr das Erreichen körperlichen und psychischen Wohlbefindens der Betroffenen. D.h. wichtiger als eine Gewichtsabnahme ist das Erreichen eines ausgewogenen Eßverhaltens und mehr körperlicher Bewegung (vgl. Laessle, 1990, S. 243; Pudiel & Maus, 1990, S. 164). Für einige Personen, die sich mit ihrem Gewicht sehr unwohl fühlen, sollten gewichtsreduzierende Maßnahmen jedoch nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Jedoch sollte kritisch überprüft werden, ob dies unbedingt das Normalgewicht zu sein hat bzw. überhaupt sein kann. Über den Krankheitsverlauf einer Eßsucht, bei der nicht das Übergewicht, sondern das gestörte „süchtige“ Eßverhalten im Mittelpunkt steht, gibt es bislang nur relativ wenig Aussagen.

Die Prognose für Patienten, die unter einer *Bulimia nervosa* leiden, ist ebenso wie für adipöse Patienten nicht besonders positiv. Klinische Stichproben bei *Bulimia nervosa* Patienten ergaben, daß bevor der erste Behandlungsversuch unternommen wurde, eine mittlere Krankheitsdauer von fünf Jahren bestand. So litten 32 % seit mehr als zehn Jahren an dieser Eßstörung, wobei die bulimische Symptomatik oft intermittierend verläuft; Phasen mit exzessiver Symptomatik über Monate und Jahre wechseln sich mit nahezu symptomfreien Perioden ab. Ungünstige Prognosen haben vor allem *Bulimia nervosa* Patienten mit folgenden Faktoren: Alkoholabhängigkeit, mehrfache Suizidversuche in der Vorgeschichte sowie extreme Störungen des Körperbildes (vgl. Laessle, 1990, S. 227ff.).

Bei der *Anorexia nervosa* ergibt sich folgender Krankheitsverlauf: wird ein Follow-up Zeitraum von mindestens vier Jahren berücksichtigt, so sind ca. 30 % der Fälle vollständig gebessert, 30 % deutlich gebessert, 20 % der Fälle chronisch krank und ca. 10 % verstorben (vgl. Laessle, 1990, S. 227). Im Gegensatz dazu geht das Europäische Institut für Ernährungswissenschaften davon aus, daß 20 % aller *Anorexia nervosa*-Erkrankungen einen tödlichen Verlauf nehmen (vgl. ARD/ZDF-Videotext vom 24.03.1997). Von den gebesserten Fällen behalten 50 % auch nach der Gewichtsnormalisierung ihre anorektischen Einstellungen zu Gewicht und Figur bei. Dies führt zwar nicht mehr zu massiven Gewichtsverlusten, sorgt jedoch für eine Aufrechterhaltung spezifischer physiologischer Dysfunktionen. Da viele anorektische Symptome einen zwangartigen Charakter haben, wie z.B. das Kalorienzählen, Wiegen, Eßrituale, ist davon auszugehen, daß anorektische Patienten mit ausgeprägter Zwanghaftigkeit eine schlech-

tere Prognose haben. Weiterhin erwiesen sich folgende Faktoren als prognostisch ungünstig: längere Krankheitsdauer, Erbrechen / Bulimie / Laxantien-Abusus, Persönlichkeitsstörung und ein gestörtes Familiensystem (vgl. Laessle, 1990, S. 227ff.).

Hilde Bruch (1991, S. 315) vertritt demnach die Ansicht, daß Eßgestörte nicht in erster Linie gewichtsnormalisierende Maßnahmen als Therapie benötigen, sondern vielmehr Hilfe wegen ihres fehlenden Autonomiegefühls und wegen ihres gestörten Selbstkonzeptes.

2.6 Zusammenfassung

Obwohl es keine übereinstimmende Definition von normalem bzw. gestörtem Eßverhalten gibt, sind vor allem drei Formen von Eßstörungen in der Literatur immer wieder zu finden: die Adipositas bzw. Eßsucht, die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa. Die Diagnose einer Eßstörung gestaltet sich jedoch oft sehr schwierig. Zum einen kann sich bei gleichbleibender Problematik das klinische Bild eines Patienten verändern (z.B. von einer Anorexia nervosa zu einer Bulimia nervosa), zum anderen kann durch die Heterogenität abweichenden Eßverhaltens eine Eßstörung mit anderen Eßstörungen zusammenhängen.

Ähnliche Probleme wie bei der Diagnose ergeben sich bei epidemiologischen Schätzungen von Eßstörungen, da die Betroffenen entweder aus Scham oder mangelnder Krankheitseinsicht keine Auskunft über ihr Eßverhalten geben. Es wird jedoch davon ausgegangen, daß Eßstörungen, insbesondere die Bulimia nervosa unter jungen Frauen in den westlichen Industrienationen stark zugenommen hat und weiter eine steigende Tendenz zeigt.

Die Entstehung abweichenden Eßverhaltens ist immer wieder aus unterschiedlichen Richtungen erklärt worden, aber nur aus einer multidimensionalen Sichtweise heraus dürfte man sich der Ätiologie von Eßstörungen nähern können.

Bei allen Formen von Eßstörungen scheint eine frühe Diagnose die Prognose günstig zu beeinflussen. Je länger eine Eßstörung besteht, um so behandlungsresistenter zeigt sie sich, was die Bedeutung präventiver Maßnahmen unterstreicht. Auch die Form der Diagnose und Therapie hat einen Einfluß auf die Prognose einer Eßstörung. So scheinen viele Diagnosen von Übergewicht, die eine gewichtsreduzierende Therapie nach sich ziehen, die Entstehung von Eßstörungen erst zu begünstigen. Bisher ist kein Fall einer Eßstörung bekannt, der nicht mit einer Diät begonnen hätte, weshalb Diäten auch als Einstiegsdroge einer Eßstörung bezeichnet werden.

Für die Diagnose und die Therapie einer Eßstörung sollten demnach das Eßverhalten und starke Gewichtsschwankungen über die Zeit entscheidender sein, als das bloße Gewicht einer Person. Ebenso sollte das Ziel einer Prävention oder Therapie nicht die Optimierung des Gewichts bedeuten, sondern die eigentlichen Probleme der Betroffenen (wie mangelnde Selbstwert- oder Autonomiegefühle) in den Mittelpunkt stellen.

3 Prävention

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Prävention psychischer Störungen sowie der Gesundheitsförderung. Obwohl in diesem Abschnitt nicht explizit von Eßstörungen gesprochen wird, beziehen sich die allgemeinen Kenntnisse zur Vorbeugung psychischer Störungen auch auf diese.

3.1 Definition

Im gesundheitlichen Bereich versteht man unter Prävention im weiteren Sinne „alle medizinischen und sozialen Anstrengungen, die Gesundheit zu fördern, Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen zu verhüten, aber auch das Fortschreiten einer Krankheit zu verhindern oder zu verlangsamen“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen in Baden-Württemberg, 1991, zit. n. Mayer, 1995, S. 13).

Bei der Prävention werden nach Caplan Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bzw. die Begriffe Prävention I, Prävention II und Prävention III unterschieden (vgl. Mayer, 1995, S. 14f.). Auf diese Unterteilung soll aufgrund ihrer Geläufigkeit und Bekanntheit auch im weiteren eingegangen werden, ohne die Kritikpunkte einer solchen Definition von Prävention zu berücksichtigen. Wenn jedoch im weiteren die Rede von Prävention ist, ist hiermit immer die Primärprävention gemeint, es sei denn, es wird ausdrücklich von der Sekundär- oder Tertiärprävention gesprochen.

Primäre Prävention (Prävention I) meint die Bereiche Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung. Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung (Prävention II) werden unter dem Begriff der **sekundären Prävention** zusammengefaßt, wohingegen mit der **Tertiärprävention** (Prävention III) die Verhütung der Krankheitsverschlimmerung, also die Rehabilitation einer bereits eingetretenen Störung gemeint ist. Welche Maßnahmen welcher Art der Prävention zugewiesen werden, hängt vom Zeitpunkt einer möglichen Beeinflussbarkeit der gesundheitlichen Situation ab, wie aus der folgenden Abbildung deutlich wird.

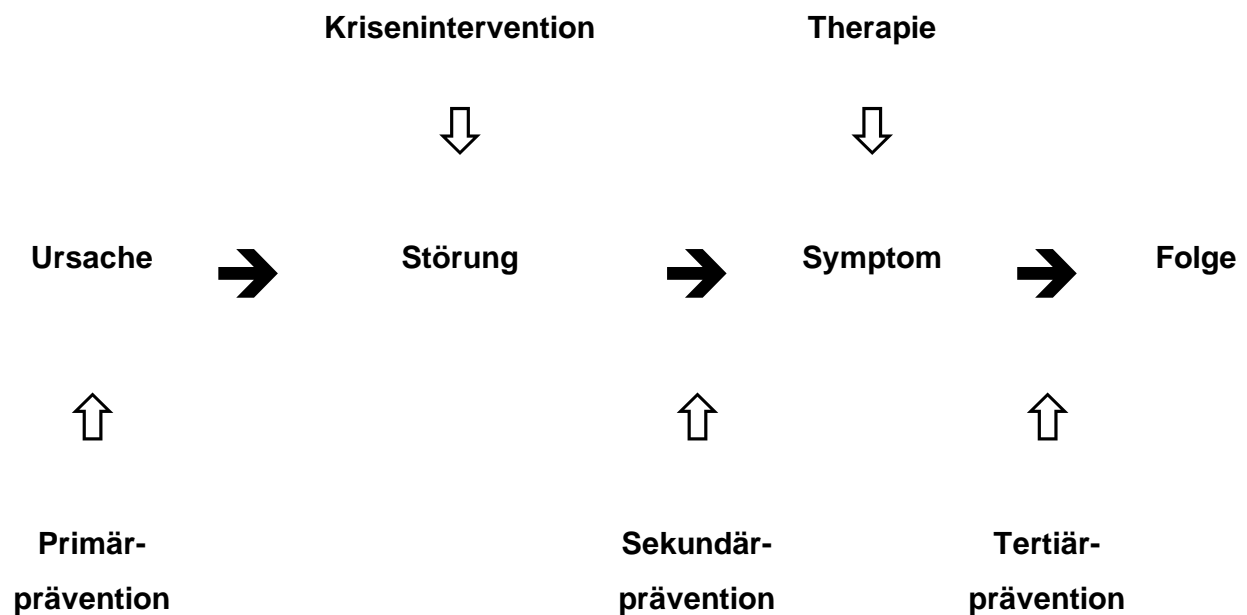


Abb. 4: Einsatzzeitpunkte der Prävention (vgl. Mayer, 1995, S. 15)

3.1.1 Primäre Prävention

Allgemein versteht man unter primärer Prävention, das Auftreten neuer Fälle von Störungen zu verhüten und psychische Gesundheit zu fördern, wobei sich die verwendeten Methoden an größere Gruppen (insbesondere Risikogruppen) und nicht an Einzelpersonen wenden sollen (vgl. Becker & Minsel, 1982, S. 119). Der Primärprävention - die als eigentliche Prävention angesehen wird - kommt bei der Vorbeugung gesundheitlicher Störungen aufgrund der immensen Kosten von Krankheiten ein immer größerer Stellenwert zu.

Die Entstehung von Krankheiten soll zum einen durch Vermeidung oder Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren verhindert werden; dabei ist unerheblich, ob die ursächlichen Faktoren exogener oder endogener Art sind. Eine so verstandene primäre Prävention setzt damit das Wissen um die kausalen Zusammenhänge zwischen Ursachen und Störungen voraus (vgl. Mayer, 1995, S. 24). Da mit letztendlicher Sicherheit aber nicht gesagt werden kann, ob bestimmte Faktoren ursächlich mit einer Störung in Zusammenhang stehen, oder ob nicht vielmehr Drittvariablen für das gemeinsame Auftreten von „Ursachen“ und „Folgen“ verantwortlich sind, ist ein solch ätiologieorientiertes Vorgehen oft schwierig. Deshalb wird nach

Ernst (1977) komplementär zur Reduzierung krankmachender Faktoren die Entwicklung und Förderung von Kompetenzen (also Verhaltensweisen zur effektiven Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen) zum Bereich der primären Prävention gezählt.

3.1.2 Sekundäre Prävention

Die sekundäre Prävention „setzt bei bereits manifesten Störungen an, mit dem Ziel, durch Verkürzung der Störungs- bzw. Erkrankungsdauer die Prävalenzrate von psychischen Störungen in der Population zu senken. Diese Präventionsform umfaßt insbesondere Maßnahmen zur Früherkennung und Frühbehandlung von Störungen sowie zur Verbesserung der therapeutischen Effizienz“ (Brandtstädter, 1982b, S. 37).

3.1.3 Tertiäre Prävention

Die Tertiärprävention hat das Ziel, bei bereits eingetretener Krankheit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermeiden, wobei es zu einer Überschneidung kurativer und rehabilitativer Maßnahmen kommt. Im Mittelpunkt stehen dabei die Reduktion von Risikofaktoren, die Gesundheitswiederherstellung und Rehabilitation nach einer Erkrankung sowie die Vermeidung von Rückfällen und Wiedererkrankungen (vgl. Mayer, 1995, S. 24).

3.2 Spezifische vs. unspezifische Prävention

Präventionsmaßnahmen können nicht nur hinsichtlich der Zeitachse der Interventionen unterschieden werden, sondern auch nach ihrem Ziel. So ist das Ziel der **spezifischen Prävention** die Verhinderung spezieller Störungen, wohingegen die **unspezifische Prävention** (und Gesundheitsförderung) die Verminderung des allgemeinen Erkrankungsrisikos zum Ziel hat (vgl. Perrez, 1991, S. 80). Sowohl die spezifische als auch die unspezifische Prävention können person-, oder systemorientiert sein (vgl. Ernst, 1977, S. 44).

3.2.1 Spezifische Prävention

Die Hauptaufgabe spezifischer Präventionsmaßnahmen ist die Verminderung der Inzidenz umschriebener psychischer Störungen und organischer Krankheiten. Für die Wirksamkeit spezifischer Präventionsprogramme ist erforderlich, daß ausreichende Kenntnisse über die Ursachen

einer zu verhindernden Störung vorliegen. Dies wäre beispielsweise bei der AIDS-Prävention dank des Wissens über die Übertragungswege der Fall (vgl. Perrez, 1991, S. 85).

Für die Planung und die daraus resultierende Durchführung von *spezifischen* Präventionsprogrammen muß also bekannt sein, „durch welche Bedingungen der zu verhindernde Zustand begünstigt bzw. herbeigeführt wird (Ätiologie) und ferner, durch welche Handlungen (Intervention) diese Bedingungen praktisch unterbunden werden können. Das eine folgt nicht aus dem anderen“ (Perrez, 1991, S. 93). D. h. selbst wenn bekannt ist, welche Faktoren für die Entstehung einer Erkrankung verantwortlich sind (was selten mit Sicherheit der Fall ist), so resultiert daraus noch lange kein Wissen, inwiefern diese Ursachen behoben werden können.

Dennoch werden heute zunehmend Behauptungen zurückgewiesen, Prävention wäre nur wirksam, wenn die tatsächlich entscheidenden Bedingungen für psychische Störungen bekannt sind (vgl. Brandtstädter, 1982a, S. 27), zumal eine Reihe von plausiblen Annahmen über verschiedene Faktoren vorliegen, die für die Prävention bedeutsam sein könnten (vgl. Caplan & Grunebaum, 1977, S. 51).

3.2.2 Unspezifische Prävention

Obwohl es durchaus zu Überschneidungen von spezifischer und unspezifischer Prävention kommen kann, ist die unspezifische Prävention nicht in erster Linie darauf ausgerichtet, bestimmte Störungen bzw. Erkrankungen zu verhindern, sondern vielmehr die Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten.

Der unspezifische Ansatz ist somit der umfassendere und weitergehende, der zwar auch nicht völlig auf ätiologische Erkenntnisse verzichten kann, sie aber nicht in der Eindeutigkeit benötigt wie der spezifische Ansatz, um wirksam zu sein (Ernst, 1977, S. 44).

Die unspezifische Prävention gestaltet sich demnach leichter als die spezifische, da hier nur Erkenntnisse darüber vorliegen müssen, „welche Bedingungen generell psychonoxische Wirkungen haben, [...] ohne daß die spezielle Störung und Krankheit vorhersagbar sein muß“ (Perrez, 1991, S. 94).

Zurückgeführt wird dieser Ansatz auf Caplan, nach dessen Meinung Störungen entstehen, wenn ein Individuum nicht ausreichend mit lebenswichtigen **materiellen** (Nahrung, Wohnung, Lebensraumqualität), **psychosozialen** (Zuwendung, soziale Unterstützung) und **soziokulturel-**

len (Werte, Rollen, Grundrechte) **Grundgütern** versorgt wird (vgl. Perrez, 1991, S. 82). Da aber nicht nur äußere Bedingungen für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich sind, sondern auch individuelle Merkmale, hat Becker personinterne und -externe Faktoren zueinander in Beziehung gesetzt:

Inzidenz psychischer Störungen	=	(f)	Angeborene Vulnerabilität	X	Äußere Stressoren
			Psychische Kompetenz (innere Ressourcen)	X	Förderliche Umweltbedingungen (äußere Ressourcen)

Abb. 5: Inzidenzformel (vgl. Perrez, 1991, S. 84).

Demnach ist das Auftreten psychischer Störungen sowohl von den inneren Vulnerabilitäten und Protektoren als auch von äußeren negativen und förderlichen Umweltbedingungen abhängig. Folglich setzt die unspezifische Prävention zum einen auf die Verminderung äußerer Stressoren als auch auf den Aufbau innerer und äußerer Ressourcen.

Elias (1987, nach Stark, 1989, S. 23) hat folgende modifizierende Formel zur Planung präventiver Ansätze entwickelt:

Aufretenswahrscheinlichkeit von Störungen in einer Population	=	(1) Stressoren	+	(2) Risikofaktoren in der Umwelt	+	(3) Ermöglichung von sozialem Lernen	+	(4) Ressourcen sozialer Unterstützung	+	(5) Gelegenheiten der Erfahrung von Gemeinsamkeit
---	---	----------------	---	----------------------------------	---	--------------------------------------	---	---------------------------------------	---	---

Abb. 6: Formel zur Planung präventiver Ansätze (vgl. Stark, 1989, S. 23)

Nach dieser Gleichung können Veränderungen auf verschiedenen Ebenen der sozialen Umwelt die Gefahr mindern, daß Individuen einer Gemeinschaft psychosoziale Störungen entwickeln:

- (1) Veränderungen, die zur Streßreduktion beitragen wie Abschaffung bestimmter Formen der Schichtarbeit,
- (2) Ausschalten belastender Umweltfaktoren wie übermäßiger Verkehrslärm,
- (3) Förderung neuer Formen der Sozialisation z.B. durch verbesserte Lehrerausbildung,
- (4) die Möglichkeit zur gegenseitigen Unterstützung schaffen, z.B. durch die Förderung von Treffs für Jugendliche oder Selbsthilfegruppen und

(5) beim Aufbau wichtiger sozialer Rollen und Beziehungen helfen, beispielsweise durch die Partizipation bei Entscheidungen (vgl. Stark, 1989, S. 23).

Ein besonderer Schwerpunkt bei der primärpräventiven unspezifischen Prävention wird aber auf die Förderung von Kompetenzen gesetzt, da diese die Entstehung von Verhaltensabweichungen verhindert (vgl. Sommer, 1977, S. 71). Unter Kompetenz wird dabei *„die Verfügbarkeit und angemessene Anwendung von Verhaltensweisen (motorischen, kognitiven und emotionalen) zur effektiven Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen, die für das Individuum und/oder seine Umwelt relevant sind“* (Sommer, 1977, S. 75) verstanden. Auf die Förderung von Kompetenzen wird in Kapitel 5.3.3 näher eingegangen.

Im folgenden soll auf die Gesundheitsförderung als Beispiel für unspezifische Primärprävention eingegangen werden, da es sich hier um einen wesentlichen Bestandteil präventiven Vorgehens handelt. Dieser Bereich ist für diese Diplomarbeit von Interesse, da viele Programme der Gesundheitsförderung die Entstehung von Eßstörungen eher zu begünstigen, denn zu verhindern scheinen.

3.3 Exkurs: Gesundheitsförderung als Beispiel unspezifischer Prävention

Obwohl im folgenden noch vermehrt auf die Gesundheit und deren Förderung eingegangen wird, soll hier auf einen ausführlichen Definitionsversuch von Gesundheit verzichtet werden, da eine solche Diskussion zuviel Zeit und Raum einnehmen würde. Hier wird deshalb einfachheitshalber ohne weitere Erläuterungen auf die Definition von Uexküll zurückgegriffen, der Gesundheit als einen „unaufhörlichen Prozeß relativ geglückter Auseinandersetzung“ versteht (vgl. Waibel, 1993, S. 93). Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, daß Gesundheit nicht statisch, als ein zu bewahrendes Glück, betrachtet werden kann, „sondern als eine individuelle und soziale Leistung“ (vgl. Waibel, 1993, S. 95).

Bei der Gesundheitsförderung stehen drei unterschiedliche Präventionskonzepte in Konkurrenz zueinander: das **Krankheitsvermeidungsparadigma**, das **Krankheitsfrüherkennungsparadigma** und das **Gesundheitsförderungsparadigma** (vgl. Troschke, 1995, S. 333).

Die Blütezeit des **Krankheitsvermeidungsparadigmas** lag in den 70er Jahren und wurde auch als Gesundheitserziehung bezeichnet, aber auch heute noch ist die Gesundheitserziehung

ein wesentlicher Ansatzpunkt im Rahmen der Verhaltensprävention. Mit Hilfe der durch die Gesundheitserziehung betriebenen Information, Aufklärung, Motivation, Einstellungs- und Verhaltensänderung sollen die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Bevölkerung geändert sowie ein verantwortungsvollerer Umgang mit Alkohol, Nikotin, Medikamenten und Streß herbeigeführt werden (vgl. Mayer, 1995, S. 19). Die Gesundheitserziehung fußt auch heute noch größtenteils auf dem Risikofaktorenmodell, bei dem mögliche Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen, Alkohol, erhöhte Cholesterinwerte etc. für bestimmte Erkrankungen als ursächlich angesehen und bekämpft werden.

Neben dem Krankheitsvermeidungsparadigma entwickelte sich das **Krankheitsfrüherkennungsparadigma** „mit Reihenuntersuchungen und medizinischen Strategien zur Frühbehandlung“ (Troschke, 1995, S. 334). „Das im Kontext der Programme der WHO zur ‘Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000’ entstandene alternative **Gesundheitsförderungsparadigma** (*Hervorhebung durch Verf.*) arbeitet demgegenüber vor allem mit gesundheitspolitischen Strategien und Maßnahmen zur Organisationsentwicklung“ (Troschke, 1995, S. 334).

Führend ist bis heute jedoch immer noch das auf dem Risikofaktorenmodell beruhende Krankheitsvermeidungsparadigma, dessen gegen das Übergewicht betriebene Kampagne (wie sie z.B. bei Baric, 1979, S. 23ff oder Franke, 1979, S. 19ff. zu lesen ist) nicht unabhängig von der Entstehung der Eßstörungen gesehen werden kann. Aus diesem Grunde soll hier auf diesen Aspekt näher eingegangen werden.

Wie bereits dargelegt, entstehen Eßstörungen in fast allen Fällen nach vorherigen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, die durch den mahnenden Zeigefinger verschiedenster Institutionen, Ärzte, Ernährungsberater etc. ausgelöst werden können. Denn wenn Essen und Gewicht ständig problematisiert werden und nicht mehr als etwas Selbstverständliches betrachtet werden können, führt dies häufig zu Diäten, die - wie bereits erwähnt - als Einstiegsdroge von Eßstörungen gelten können.

Daß das Übergewicht offensichtlich doch nicht das so oft betonte Risiko für die verschiedensten Krankheiten, allen voran den kardiovaskulären Erkrankungen wie Herzinfarkt darstellt, sei hier nur am Rande erwähnt. So gilt als Hauptursache des Herzinfarkts neuerdings ein Bakterium namens *Chlamydia pneumoniae*, wie im April 1997 in einer dpa-Meldung der „Aller-Zeitung“ zu lesen war. „Der Spiegel“ (17/97, S. 341) berichtet in diesem Zusammenhang, daß

von den mehr als 250 Risikofaktoren, die für die Entstehung des Menschheitsübels „Herzinfarkt“ im Laufe der Jahre verantwortlich gemacht worden sind, nur eine Variable - nämlich das Rauchen - als tatsächlicher Verursacher ausfindig gemacht werden konnte.

Dennoch wird dem Übergewicht wie kaum einem anderen „Übel“ zum Ziel der Gesundheitsförderung der Kampf angesagt. Für Gianinazzi (1992, S. 115) stellt sich dabei folgendes ethisches Problem: „Ist es legitim, das heisst ethisch zu rechtfertigen, wenn man das Individuum davon zu überzeugen sucht, sein Verhalten in Hinsicht auf ein hypothetisches Wohl zu ändern?“ Neben solchen Gedankenspielen ethischer Natur wird - was wohl wesentlicher ist - bei der gesellschaftlichen Fixierung auf Schlanksein nicht berücksichtigt, „daß viele Menschen dies nur unter großen Opfern an Gesundheit und Lebenstüchtigkeit bewerkstelligen“ (Bruch, 1991, S. 366), was das Ziel der Gesundheitsförderung ad absurdum führt. Die unerwünschten Auswirkungen von Diäten werden nur allzuleicht vergessen, da es der herkömmlichen Prävention, die die Nachteile des Übergewichts in den Mittelpunkt stellt, widerspricht. Die Meinung von Hilde Bruch (1991, S. 368f.) ist,

daß dieser feindselige Angriff auf das Gewicht als einem schändlichen Übel dazu beigetragen hat, daß Übergewicht und Fettsucht so ernsthafte Gesundheitsprobleme geworden sind. Als was immer sich die Beziehung zwischen Übergewicht und Lebenserwartung herausstellen mag, es gibt keinen Zweifel, daß sich die gegenwärtige Kampagne zerstörerisch auf die seelische Gesundheit auswirkt. [...] Jene, die an Anorexia nervosa leiden, stellen das dramatischste Beispiel für die große innere Not dar, die durch diese kulturelle Einstellung hervorgerufen wird.

Diese Kritik an der oft noch zu einseitig verlaufenden Gesundheitsförderung soll jedoch nicht dazu führen, die positiven Ziele dieser Bemühungen zu vernachlässigen. Denn es ist sicherlich nichts daran auszusetzen, Menschen zu einer gesünderen Lebensweise verhelfen zu wollen. Dazu gehören auch Informationen über eine gesunde ausgewogene Ernährung sowie die Aufforderung und das Anbieten von Möglichkeiten, sich körperlich zu bewegen. Nur leider werden die letzten beiden Empfehlungen hauptsächlich als Mittel zum Zweck, nämlich zur Gewichtsreduktion, angesehen. Da Sport und in Grenzen auch eine gesunde Ernährung aber fast nur zu Gewichtsstabilisierung aber nicht -reduzierung geeignet ist, werden diese Mittel oft schnell wieder aufgegeben, wenn sie nicht den gewünschten Erfolg, sprich Gewichtsverlust, nach sich ziehen. Dabei sind gesunde Ernährung und Sport sicherlich unabhängig vom Gewicht ein entscheidender Gesundheitsfaktor (vgl. Schönhofer, 1985, S. 32).

In den 80er Jahren entwickelte sich unter Führung des Europabüros der Weltgesundheitsorganisation das alternative Konzept einer Gesundheitsförderung (Health Promotion), „das grundsätzlich auf gesündere Lebensbedingungen ‘für alle’ sowie die Befähigung von Bürgern zur selbstbewußten Entwicklung ihrer Gesundheit zielt“ (Troschke, 1995, S. 333).

Prävention bzw. die der Gesundheitserziehung und -bildung nachfolgende Gesundheitsförderung sollte nach Schmeinck (1989, S. 44f.) nicht darauf hinauslaufen, einzelne

„oder Gruppen zu einer scheinbar objektiven Gesundheit zu verpflichten“, sondern vielmehr Gesundheitsförderung als Prozeß zu sehen, „der ‘allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit’ ermöglichen soll und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt. (...)“. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht vorrangiges Lebensziel. [...] Gesundheit ist eine unter mehreren Voraussetzungen für eine optimale Lebensqualität.

Dabei ist die auf den einzelnen gerichtete Prävention oder Gesundheitsförderung jedoch nur ein notwendiger Aspekt. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, daß die sozioökonomische Schicht wesentlich stärker mit verschiedenen Krankheiten und Mortalitäten korreliert als die bekannten Risikofaktoren (vgl. Marmot & Blyth, 1989, S. 154f.). Zu der bisher überwiegend durchgeführten individuellen Prävention müßten deshalb die strukturellen Voraussetzungen in räumlicher, materieller und sozialer Hinsicht hinzukommen wie angemessenes Mindesteinkommen, kommunikative öffentliche Räume, Zugang zu den gesellschaftlichen Ressourcen und Mitbestimmungsmöglichkeiten (vgl. Stark, 1989, S. 20).

3.4 Bedeutung des psychosozialen Netzes für die primäre unspezifische Prävention

In verschiedenen Studien, die sich mit chronischen körperlichen Krankheiten und auch psychischen Störungen bei Jugendlichen befaßt haben, konnte immer wieder festgestellt werden, daß Jugendliche eine vergleichsweise gesunde Bevölkerungsgruppe darstellen, ihr Wohlbefinden aber dennoch erheblich gestört ist, was möglicherweise zu zukünftigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann. Für das gestörte Wohlbefinden und für die Entstehung psychischer Störungen wird Streß als entscheidender Faktor verantwortlich gemacht (vgl. Seiffge-Krenke, 1995, S. 177ff.).

Verschiedene Studien haben weiterhin belegt, daß weibliche Jugendliche sich stärker belastet fühlen als ihre männlichen Altersgenossen, womit möglicherweise die Unterschiede in der Symptomatologie erklärt werden können (d.h. höhere Prävalenzraten bei Depression, Angst und Ernährungsstörungen). Daß weibliche Jugendliche unter stärkerem Streß stehen, wird nach Seiffge-Krenke (1995, S. 193) vor allem auf folgende Punkte zurückgeführt:

- Bei weiblichen Jugendlichen treten aufgrund ihrer größeren Entwicklungsgeschwindigkeit zahlreiche Stressoren auf, „ohne daß ausreichende Ressourcen zu deren Bewältigung vorhanden sind oder daß es etwa möglich wäre, die Bewältigung dieser Stressoren hinauszuschieben“ (Seiffge-Krenke, 1995, S. 193).
- Mädchen fühlen sich durch gleiche Stressoren stärker belastet, verbuchen diese stärker unter dem Beziehungsaspekt und erleben diese Konflikte auch als länger virulent als männliche Jugendliche.

Andererseits nutzen Mädchen auch stärker als Jungen das soziale Netzwerk. D.h. Stressoren im Beziehungsbereich gehören speziell bei weiblichen Jugendlichen zu den häufigsten Belastungen im Jugendalter, andererseits bieten soziale Netzwerke auch wichtige Stützmaßnahmen.

In Untersuchungen konnte immer wieder festgestellt werden, daß Individuen, die in größerer sozialer Isolation bzw. in geringerer sozialer Integration leben, physisch und psychisch weniger gesund sind und ein höheres Sterberisiko haben. Soziale Unterstützung scheint demnach der Gesundheit förderlich zu sein oder die Wirkungen von Streß- und anderen Belastungssituationen abzumildern (vgl. House, 1989, S. 173f.). Zu den sozialen Netzen eines Menschen gehören vor allem die *persönlichen Netzwerke* wie Familie, Freunde und Arbeitskollegen oder auch Vereine, freie Einrichtungen und Initiativen. Daneben sind aber auch *aufgabenbezogene Netzwerke* wie Erwachsenenbildung, soziale Beratung und Hilfe, lokale Politik, Freizeit und Kultur von Bedeutung (vgl. Trojan & Hildebrandt, 1989, S. 97f.), die in ländlichen Regionen jedoch häufig nicht so stark gegeben sind.

Die soziale Unterstützung als multidimensionales Konzept bietet dem einzelnen:

- *instrumentelle Unterstützung* wie direkte materielle und finanzielle Hilfe,
- *Informationen* wie z.B. Hinweise, wie bestimmte Probleme bewältigt werden können,

- *Bewertungshilfen*, die einer angemessenen Einschätzung der eigenen Person oder eines Problems dienen und
- *emotionale Unterstützung*, die jemandem zeigt, daß er geliebt, geschätzt, gebraucht wird und daß für ihn gesorgt wird (vgl. Trojan & Hildebrandt, 1989, S. 102f.).

Aufgrund der positiven Wirkungen sozialer Unterstützung wird für die Prävention die „Netzwerkförderung“ als wichtiger Bestandteil gesehen. Darunter versteht man nach Trojan & Hildebrandt (1989, S. 103) die Mobilisierung, aber auch Entlastung vorhandener Netzwerke (wie Familie und Arbeitswelt) sowie die Förderung neuer Netzwerkelemente (z.B. durch die Gründung von Selbsthilfegruppen).

Netzwerke als soziale Stützsysteme zeichnen sich vor allem dadurch aus, daß sie in jeder Phase der Entwicklung von Krankheit wirksam werden, für die Primärprävention also ebenso bedeutend sind wie für die sekundäre und tertiäre Prävention, wobei die Netzwerkförderung eine Abkehr „von paternalistisch bis autoritär verhaltensnormierenden Interpretationen einer auf der ‚Risikofaktoren-Medizin‘ gegründeten Gesundheitserziehung“ darstellt (Trojan & Hildebrandt, 1989, S. 105).

Stahr et al. (1995, S. 67ff.) heben vor allem die Bedeutung sozialer Beziehungen und Netzwerke für die Identitätsbildung hervor. Menschen ohne emotionale und identitätsstabilisierende Beziehungen werden leichter „abhängig von den gesellschaftlich vermittelten Leitbildern und Ideologien, wie sie u.a. im immer schlanker werdenden Schönheitsideal und der immer rigider werdenden Leistungsideologie zum Ausdruck kommen“ (Stahr et al., 1995, S. 81f.).

3.5 Probleme präventiven Vorgehens

Die Verbreitung und Auftretenshäufigkeit psychosozialer Probleme und psychischer Störungen in der BRD und mit ihr vergleichbarer Länder bewegt sich in einer Höhe, die von den gegebenen Behandlungskapazitäten weder aufgefangen, noch angemessen versorgt werden können. Dieser gesellschaftliche Notstand und das damit einhergehende Elend vieler Menschen wird noch durch gravierende strukturelle, organisatorische und personelle Defizite verschärft (Kommer & Röhrle, 1981, S. 89).

An diesen von der Psychiatrie-Enquete 1975 kritisierten Nachteilen unseres kurativ-orientierten Gesundheitswesens hat sich bis heute nicht viel geändert, was die Bedeutung bzw. den Bedarf präventiver Maßnahmen unterstreicht. „Insofern dies überhaupt möglich ist, stellt Primäre Prävention den wünschenswertesten und potentiell wirkungsvollsten Ansatz dar, um

das Problem der psychischen Störungen in unseren Gemeinden zu lösen. Gegenwärtig ist Primäre Prävention allerdings eindeutig eher eine Hoffnung als eine Realität“ (Caplan & Grunebaum, 1977, S. 52).

Dies liegt an vielen Widerständen, allen voran wissenschaftliche wie mangelnde empirische Beweise der Wirksamkeit präventiven Vorgehens. So halten die Vertreter eines biologisch orientierten medizinischen Modells Präventionsmaßnahmen ohne spezifisches Ätiologiewissen nicht nur für Fehlinvestitionen (vgl. Kommer & Röhrle, 1981, S. 94), es sei darüberhinaus unverantwortlich, wenn ohne entsprechendes Ursache-Wirkungs-Wissen Prävention betrieben wird. Allerdings ist es nach wie vor schwierig, Prävention auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen, „denn gerade dann, wenn Prävention ‘erfolgreich’ ist, stellt sie ihre Notwendigkeit selbst in Frage“ (Waibel, 1993, S. 101). Weiterhin haben auch politische Widerstände und professionelle Barrieren bisher großflächig eingeführte Präventionsprogramme verhindert (vgl. Kommer & Röhrle, 1981, S. 96). Und dort, wo Präventionsprogramme eingesetzt wurden, werden sie oft „als (verdrängende) Alibimittel gesehen [...], um Probleme ins Abseits zu schieben“ (Waibel, 1993, S. 101), um unzureichende und ineffiziente andere Systeme zu bemänteln (wie beispielsweise die Suchtprävention, wenn andere Mittel gegen den zunehmenden Drogenkonsum versagen) oder wenn die Rat- oder Hilflosigkeit angesichts eines Problems überdeckt werden soll (vgl. Waibel, 1993, S. 101). Auch dies ist eine Art der „Notprävention“, die wenig hilfreich sein kann.

Obwohl die wissenschaftliche Fundierung präventiver Maßnahmen bis heute nur in sehr begrenztem Maße möglich ist, darf nicht übersehen werden, daß es vor allem im Bereich der unspezifischen Prävention wichtige und gute Ansätze gibt. So ist Becker (1981, S. 301) der Meinung, daß sich präventive Bemühungen sehr gut rechtfertigen lassen, da seelische Erkrankungen für den Betroffenen oder seine soziale Umwelt mit erheblichen Nachteilen, Beeinträchtigungen und Leiden verbunden sind. Nichtsdestotrotz ist ohne „nachhaltige strukturelle Akzentverschiebungen in unserem Versorgungssystem zugunsten der Präventionsförderung [...] eine Veränderung unseres krankheitsorientierten ‘Gesundheitsverhaltens’ nicht zu erwarten“ (Perrez, 1991, S. 96; vgl. auch Zimmer, 1981, S. 14).

Eigentlich sollte man vermuten, daß die Krankenkassen ein Interesse daran haben sollten, Krankheiten und psychische Störungen zu verhindern, bevor sie auftreten, da einmal manifestierte Störungen nur sehr schwer und kostenintensiv zu behandeln sind. So hat Picard (S. 75)

noch 1987 den Standpunkt der Krankenkassen zur Prävention mit den Worten unterstrichen: „Für uns ist es gar keine Frage, daß die Prävention einen unverzichtbaren Bestandteil der Maßnahmen zur wirksamen Krankheitsbekämpfung darstellt.“ Zehn Jahre später ist von diesen Bekenntnissen nicht mehr viel zu spüren, wie es auch das Vorgehen der AOK Gifhorn-Wolfsburg-Helmstedt unterstreicht, die alle primärpräventiven Angebote seit Januar 1997 ersatzlos gestrichen hat.

3.6 Zusammenfassung

Präventionsmaßnahmen können in zweierlei Hinsicht unterschieden werden: einmal hinsichtlich der Zeitachse der Intervention (in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention) und zweitens nach ihrem Ziel (in spezifische und unspezifische Prävention). Der Schwerpunkt der primären Prävention liegt heute bei unspezifischen Präventionsmaßnahmen wie beispielsweise der Gesundheitsförderung, die neben der Ausschaltung noxischer endogener und exogener Variablen die Förderung innerer und äußerer Protektoren wie der psychischen Kompetenz oder förderlicher Umweltbedingungen postuliert.

Allerdings sollte auch betont werden, daß das lange Zeit vorherrschende Krankheitsvermeidungsparadigma der Gesundheitsförderung die Entstehung von Eßstörungen unterstützt hat. Durch die Forderung der Gesundheitsförderung, auch geringes Übergewicht zu reduzieren, ist ein Klima des kollektiven Diäthaltens entstanden, welches als „Einstiegsdroge“ von Eßstörungen angesehen werden kann. Zumindest in dieser Hinsicht können die Bemühungen der Gesundheitsförderung als gescheitert angesehen werden. Gesundheitlich vielversprechender scheint hier das alternative Gesundheitsförderungsparadigma zu sein.

Trotz vieler erfolversprechender Ansätze der Prävention und bei den Problemen unseres kurativ orientierten Gesundheitssystems ist man momentan noch weit davon entfernt, daß die Prävention ebenso wie die Intervention Bestandteil unseres Gesundheitswesens wird. Dies liegt neben sog. wissenschaftlichen vor allem an politischen und professionellen Widerständen.

4 Allgemeine schulische Präventionsmaßnahmen

Schule als sozialem System kommt bei der Lösung gesellschaftlicher Probleme eine wesentliche Rolle zu. Die Bedeutung von Schule bei der Prävention von (psychischen) Störungen wird von verschiedenen Seiten immer wieder hervorgehoben. Es stellt sich jedoch die Frage, inwiefern Schule dies neben weiteren Aufgaben - vor allem der Wissensvermittlung - leisten kann. Bevor auf die Frage nach schulischen Präventionsmöglichkeiten bei Eßstörungen eingegangen werden kann (siehe Kap. 5), sollen hier zunächst die Bedeutung, Ziele, Möglichkeiten und Grenzen allgemeiner schulischer Prävention im Mittelpunkt stehen.

Ein besonderer Schwerpunkt kommt dabei der Rolle der (Beratungs-)Lehrer als Mediatoren bei der schulischen Prävention zu, da ohne deren Hilfe Prävention in der Schule kaum erfolgreich umgesetzt werden könnte. Neben den Hindernissen und Möglichkeiten schulischer Prävention seitens der (Beratungs-)Lehrer werden auch die Möglichkeiten angesprochen, wie präventives Vorgehen von den Lehrern durch Maßnahmen für Lehrer verbessert werden kann.

4.1 Bedeutung

Schule ist weder eine Einrichtung der Rechtspflege noch des Gesundheitswesens und auch Möglichkeiten struktureller Veränderungen in Politik, Wirtschaft und Kultur liegen außerhalb ihrer Handlungsmöglichkeiten (vgl. Israel & Priebe, 1996, S. 183). Daraus wird ersichtlich, daß sich die Schule bei der Prävention verschiedener Störungen oder der Gesundheitsförderung an dem „Gesamt der an sich notwendigen Maßnahmen nur beteiligen“ (Waibel, 1993, S. 74), sie aber nicht alleine leisten kann.

Die Schule kann und wird es niemals schaffen, die Schwächen und Fehlleistungen unseres gesellschaftlichen Zusammenlebens „rückstandsfrei aufzuarbeiten“. Schule ist keine bequeme Entsorgungseinrichtung für lästige und schwierige Problembereiche unserer Gesellschaft - von Umweltfragen über Drogenbekämpfung, Freizeitbewältigung bis hin zu Erziehungsarbeit. (Horrnann, 1990, S. 2).

Da Schule jedoch eine Institution der Gesellschaft und neben der Familie der zweitwichtigste Ort der Sozialisation darstellt, ist sie nach Waibel (1993, S. 75) dazu verpflichtet, „mit **ihren** Mitteln und Möglichkeiten zur Lösung gesellschaftsrelevanter Probleme beizutragen.“

Nach Sommer (1977, S. 70) kommt Schulen aufgrund folgender Faktoren eine herausragende Bedeutung bei der Prävention zu:

- weil sie Individuen in einem Alter erreichen, in dem sie besonders viel lernen und das heißt auch, besonders beeinflussbar sind;
- weil sie alle Individuen eines bestimmten Lebensabschnittes erreichen [...];
- weil über sie Kinder organisatorisch erheblich leichter erreichbar sind als über die einzelnen Familien;
- weil die Lehrer und ihre Erziehungsmethoden durch das obligatorische Studium leichter erreichbar und beeinflussbar sind als die Eltern und ihre Erziehungsmethoden;
- weil die Sozialisation in der Schule systematisch, planvoll und kontrolliert durch ausgebildete Fachleute geschieht;
- weil die Schulen unter öffentlicher Kontrolle stehen [...].

Waibel (1993, S. 74) hebt als weiteren Grund, warum sich Schule präventiv engagieren sollte, hervor, daß diese „gewissermaßen **Bindeglied** und **ÜbergangsmEDIUM** vom Leben in der Familie zum Leben in der Gesellschaft“ darstellt, wie auch aus Abbildung 7 ersichtlich wird:

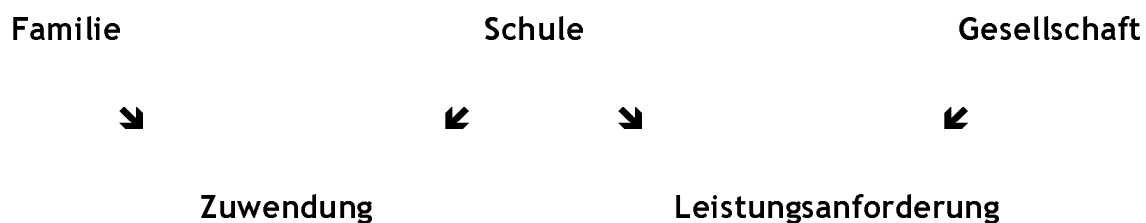


Abb. 7: Die Schule als Bindeglied (vgl. Waibel, 1993, S. 75)

Durch die Stellung der Schule können die durch Schule erreichten Schüler in ihren Familien die Funktion eines Multiplikators einnehmen, was bei diesen zu gesundheitlich positiven Veränderungen führen kann (vgl. Mayer, 1995, S. 61) und die übergreifende Bedeutung schulischer Prävention unterstreicht.

4.2 Zielsetzungen

Bei der Erstellung schulischer Präventionsmaßnahmen bieten sich zwei Vorgehensweisen an: Entweder werden neue schulische Situationen konzipiert, die zum gegenwärtigen Stand utopisch erscheinen, oder es wird versucht, „innerhalb des vorfindbaren Rahmens Änderungen machbarer Art einzuführen und zu erproben“ (Minsel, 1981, S. 242). Diese Unterscheidung ist jedoch mehr theoretischer Art; denn was für die einen machbare Minimalanforderungen der Prävention darstellen, sind für andere bereits völlig überzogene Utopien.

Diese unterschiedlichen Einschätzungen dessen, was Schule leisten kann und soll, resultiert sicherlich nicht zuletzt aus den Meinungsverschiedenheiten darüber, welches die Aufgaben der Schule und der darin beschäftigten Lehrer sein sollten. So ist die heutige Schule zwar immer noch vorwiegend eine Wissensschule, aber bereits bei dem, was an Wissen vermittelt werden sollte, scheiden sich die Geister. Noch stärker sind die Unterschiede zwischen denen, die die Wissensvermittlung immer noch als größte Aufgabe der Schule sehen und solchen, die die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen in den Mittelpunkt schulischer Ziele stellen.

Während Duhr (1979, S. 10) Schule im wesentlichen für die Wissenserweiterung der Kinder verantwortlich sieht, die Entwicklung der Persönlichkeit aber nicht vernachlässigt werden dürfte, hat sich die Schule nach Bartsch & Knigge-Illner (1995, S. 29) neben der Aufgabe, Unterricht zu erteilen, gleichrangig mit der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen auseinanderzusetzen und sich auf ihren Erziehungsauftrag zurückzubedenken. Schule sollte dabei **primärpräventiv** vor allem soziale Kompetenz vermitteln, das Selbstwertgefühl der Schüler stärken und gesundheitsgerechte Aktivitäten als attraktive Alternativen aufzeigen und einüben. Bärsch (1990, S. 184) fordert gar eine Akzentverschiebung innerhalb der Lehrerrolle in der Form, daß vom reinen Fachvermittler Abschied genommen wird „zugunsten eines Lehrers, der sich neben der Sachvermittlung besonders erzieherisch und damit auf die Person des Schülers orientiert engagiert“. Sommer (1977, S. 73) erhofft sich durch eine solche Veränderung der Schule, daß die Institution Schule „Schüler angemessen auf das Leben vorbereiten und damit Therapie überflüssig oder zumindest seltener erforderlich machen“ könnte.

Vor allem die Veränderung der Schulumwelt (siehe auch Kap. 5.3.5), wird als wesentlicher primärpräventiver Ansatzpunkt gesehen. Durch eine Verbesserung des gesamten Schulklimas

erhofft man sich, Schulschwierigkeiten zu verhindern (vgl. Rennen-Allhoff, Bowi & Reinhard, 1990, S. 69f.). Diese Form wurde jedoch bisher bei der schulischen Prävention stark vernachlässigt (vgl. Huber & Schlottke, 1986, S. 683).

Neben den soeben beschriebenen primärpräventiven Aufgaben der Schule sollte das Ziel schulischer Prävention im Bereich der **sekundären Prävention** sein, Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen möglichst frühzeitig zu erkennen und als eine erste Kontakt- und Beratungsstelle zu wirken.

Dies setzt voraus, daß Lehrer sensibel sind und befähigt werden, frühe Anzeichen ausweichender Verhaltensformen zu erkennen, auch wenn dies nicht ganz unproblematisch ist, da einzelne Symptome oft auch ganz andere Gründe (wie beispielsweise pubertäre Erscheinungen) haben können. [...] Außerdem müssen Lehrer verschiedenste Beratungsangebote kennen, damit eine möglichst kompetente Weitervermittlung gegeben ist (Waibel, 1993, S. 83).

In diesem Zusammenhang weist Bäuerle (1996, S. 227ff.) auf die Notwendigkeit und die Möglichkeiten hin, die Zusammenarbeit von Schule, schulpsychologischem Dienst und Jugendhilfe zu verbessern.

Im Bereich der **tertiären Prävention** kann Schule demgegenüber lediglich Schüler mit verfestigten Ausweichformen möglichst schnell an geeignete professionelle Stellen weiterleiten (vgl. Waibel, 1993, S. 84), wobei auch hier Kenntnisse der Lehrer über geeignete Institutionen vorhanden sein müssen. Tertiäre Prävention an sich kann jedoch von Schule nicht mehr geleistet werden. Dies ist insofern bedeutsam, als viele Lehrer möglicherweise unter Prävention die Rehabilitation bereits erkrankter Schüler verstehen, und sich angesichts solcher vermuteter Anforderungen gegen zusätzliche präventive Aufgaben wehren. Bevor Präventionsprogramme in Schule eingebaut werden sollen, wäre es demnach wichtig, zu erfassen, was Lehrer unter Prävention verstehen und falsche Annahmen der Lehrkräfte zu korrigieren.

Bei der in Schulen stattfindenden Prävention handelt es sich in aller Regel um **populationsbezogene Prävention**, die sich an Teile der Gesamtbevölkerung richtet, die nicht von Risikokriterien betroffen sind (vgl. Perrez, 1991, S. 86). Sinnvoll wäre nach Waibel (1993, S. 67) darüber hinaus ein **personenspezifisches** und **zielgruppenspezifisches** Vorgehen. Weiterhin wird kritisiert das als Methode präventiven Vorgehens in der Schule die Aufklärung nach wie vor präferiert wird, obwohl andere präventive Methoden wie Beratung, Training, Krisenintervention und systembezogene Intervention Schüler wesentlich wirkungsvoller erreichen und so auch

zu stärkeren Bewußtseinsveränderungen der Schüler beitragen könnten. Auf die einzelnen Methoden der Prävention wird in Kapitel 5 näher eingegangen.

Neben der bisher beschriebenen Art der Prävention, die sich an die Schüler als Adressaten richtet, gibt es weiterhin Präventivprogramme, die auf die Lehrer als Multiplikatoren ausgerichtet sind, um auf diesem Wege die Schüler erreichen zu können (siehe Kap. 4.4 und 4.6).

4.3 Exkurs: Prävention in der Schule am Beispiel der Suchtprävention

Anhand eines Beispiels - nämlich der Suchtprävention - soll dargestellt werden, wie die bisherigen schulischen Präventionsbemühungen ausgesehen haben bzw. aussehen könnten. Allerdings kann schon vorher festgehalten werden, daß die verbal zwar immer wieder postulierte Primärprävention bislang eher unzureichend realisiert wurde (vgl. Lüttge, 1990, S. 23).

Bis ca. 1980 war die schulische Suchtprävention ausschließlich drogenspezifisch orientiert, und die Schule mußte wie so oft als „Reparaturwerkstatt gesellschaftlicher Mißstände“ (Bartsch, 1995, S. 168) mit dem Zwang zu kurzfristigen Erfolgen tätig werden. Im Mittelpunkt drogenspezifischer Prävention stand die Abschreckung, die versucht, „mit drastischen Schilderungen, vor allem auch der Begleitfolgen, die Auswirkungen von Suchtmittelmißbrauch aufzuzeigen. Ziel ist, den Suchtmittelmißbrauch aus Angst vor den Konsequenzen zu verhindern“ (Waibel, 1993, S. 108). Mittlerweile wird verstärkt ein suchtspezifisches präventives Vorgehen befürwortet, welches jedoch nicht von allen Autoren geteilt wird, da „der breite Suchtbegriff in Hinblick auf drogenspezifische Gefahren allzu leicht verharmlosend“ (Felten, 1992, S. 8) wirkt. Felten (1992, S. 8ff.) hält auch die auf Abschreckung basierende Aufklärung harter Drogen für unentbehrlich, da Jugendliche ein Recht darauf hätten, rechtzeitig und unbeschönigt zu erfahren, was sie riskieren. Authentische Erfahrungsberichte von Betroffenen sollten nur mit Vorsicht im Unterricht verwandt werden, da die Insidergefühle von Konsumenten oppositionelle oder entmutigte Jugendliche faszinieren und negative Identifikation fördern. Felten (1992, S. 10) befürwortet zwar, durch die Gestaltung der Unterrichts Atmosphäre das Selbstwertgefühl Heranwachsender zu stärken, damit

ist allerdings nicht gemeint, die „Bedürfnisse“ der ohnehin schon stark egozentrischen Jugend durch Phantasie Reisen zu hofieren oder ihre „Durchsetzungsfähigkeit“ in gruppendynamisch riskanten Psychospielen zu trainieren. Es geht vielmehr - obwohl vielfach

in Verruf geraten - um das Lernen selbst. Je mehr Begeisterung und sachbezogenes Interesse Jugendliche entwickeln, desto sicherer finden sie einen tragenden Sinn für ihr Leben (Felten, 1992, S. 10).

Und selbst den in der Schule oft als suchtauslösend hingestellten Faktoren wie Leistungsdruck, Versagensängsten etc. kann Felten (1992, S. 10) nicht nur etwas positives abgewinnen, sondern er stellt sie als eigentliche Form der Prävention dar:

Gerade im Unterricht können Schüler die Bereitschaft und die Fähigkeit zur Anstrengung entwickeln und enttäuschende Erlebnisse konstruktiv verarbeiten lernen. Ein solches Training des Durchhaltevermögens und der psychischen Belastbarkeit stellt eine grundlegende Vorbereitung für erschwerte Lebenssituationen dar und ist damit wichtig für die Prävention.

Im Gegensatz dazu vertritt Waibel (1993, S. 65) die Ansicht, daß für suchtpreventives Vorgehen „die Spannungen zwischen den Lernzielen (Ansprüchen der Schule) und den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen der Kinder vermindert werden müßten, damit die Diskrepanz zwischen Schule und ‘Leben’ nicht noch größer wird“. Dies sei besonders wichtig, um bereits benachteiligten Kindern nicht noch mehr „Benachteiligungen aufzuhalsen, sondern sie in und mit ihren Problemen aufzufangen“. Diese Ansicht wird auch durch empirische Untersuchungen gestützt, die zeigen, „daß alkoholgefährdete Jugendliche und Konsumenten illegaler Drogen höhere Schulversagensquoten aufweisen und über Schul- und Arbeitsbelastungen sowie über Schwierigkeiten mit Lehrern, Ausbildern und Eltern mehr als andere Jugendliche klagen“ (Israel & Priebe, 1996, S. 184).

Heute besteht trotz einzelner Stimmen (wie der von Felten) allgemein Übereinstimmung darüber, „daß eine vorbeugende Intervention mit drogenunspezifischen Maßnahmen die einzig pädagogisch verantwortbare Strategie angewandter Primärprävention darstellt“ (Bartsch, 1995, S. 167). Dies liegt daran, daß auch die Gefahren anderer nicht-stofflicher Abhängigkeiten berücksichtigt werden sollen:

Der klassische und der erweiterte Drogenbegriff ist wesentlich stofflich bzw. pharmakologisch angelegt und kann die Abhängigkeiten nicht erfassen, die in sozialer Hinsicht z.B. von bestimmten Personen, Situationen, Tätigkeiten und Konsumgewohnheiten [...] für viele Menschen mit unbezwingbarem Verlangen verbunden sein können; alltags-sprachlich wissen wir von solchen Abhängigkeiten: z.B. ‘Freßsucht’, ‘Glücksspiel’, ‘Arbeitswut/Workaholic’, ‘Konsumrausch’ etc. (Israel & Priebe, 1996, S. 182).

Gefährdungspotentiale, die Menschen bedrohen (wie den Drogenabhängigen, den Workaholic oder den zwanghaften Esser) gehen nicht in erster Linie von der Droge, der Arbeit oder dem

Essen aus. „Die Gefährdung besteht vielmehr in der drohenden psycho-sozialen Abhängigkeit von einem illusionierenden Lebensgefühl, das zur Flucht aus einer als unerträglich erlebten Wirklichkeit gebraucht wird“ (Israel & Priebe, 1996, S. 182). Prävention sollte demnach nicht als etwas verstanden werden,

das dazu beiträgt, bestimmte unerwünschte Verhaltensweisen wie zum Beispiel Drogengebrauch zu verhindern, sondern als etwas, das Kraft gibt, Schwierigkeiten zu bewältigen. In jedem einzelnen positiv bewältigten Erziehungskonflikt, ganz gleich, in welchem Alter er auftritt, liegt eine Chance für das Kind, später selbst gut mit Konflikten klarzukommen. (Waibel, 1993, S. 64).

Der Schwerpunkt jeder schulischen Prävention sollte nach der primären unspezifischen Prävention demnach auf einer Stärkung der Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen beruhen. Kompetenz meint dabei die „Verfügbarkeit und angemessene Aktualisierung von Verhaltensweisen zur effektiven Auseinandersetzung mit konkreten Lebenssituationen“ (Sommer, 1977, S. 71), um so Selbstwertgefühl, Selbstbewußtsein bzw. Selbständigkeit und die soziale Kommunikationsfähigkeit zu stärken sowie einen vielseitigeren Interessensaufbau zu ermöglichen (vgl. Bartsch, 1995, S. 173). Nach Badry & Knapp (1996, S. 11) sind die wichtigsten Elemente der Suchtvorbeugung Geborgenheit, Interessenweckung und soziale Einbindung.

Als vorrangige Lernziele primärpräventiver Suchtprävention werden von Waibel (1993, S. 81) folgende Fähigkeiten angesehen: Kooperation, Kommunikation, Emotionalität, Konfliktfähigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Orientierungsfähigkeit, Gesellschaftsbewußtsein und Handlungsfähigkeit.

Bei Staeck (1995), Bockhofer (1995) und Engel & Orlopp (1995) können Beispiele entnommen werden, wie die unspezifische Suchtvorbeugung im Biologie-, Deutsch- und Musikunterricht umgesetzt werden könnte.

Waibel (1993, S. 103) vertritt die Ansicht, daß statt enger Präventionsprogramme wie der Suchtprävention umfassendere Gesundheitsförderungsprogramme entwickelt werden müßten, da ihre Akzeptanz durch den weiteren und tieferen Ansatz vermutlich größer und ihre Wirkungsweise effektiver wäre. Zum Thema „Gesundheitsförderung in der Schule“ können Informationen entnommen werden bei: Keller, 1995; Leppin, 1995; Waibel, 1993 und Granget, 1995.

Um solch umfassenden Präventionsprogrammen gerecht werden zu können, plädieren viele Autoren neben der Einführung präventiver Maßnahmen im regulären Unterricht für ein zusätzliches Unterrichtsfach: den Psychologieunterricht. Kittler definiert den Psychologieunterricht als „Vermittlung psychologischer Erkenntnisse in Lern- und Unterrichtssituationen“ sowie Konzepte, „die den Lernenden mehr als bisher helfen können, Konflikte zu lösen, Gefühle zu artikulieren, Bedürfnisse zu formulieren und zu regulieren...“ (zit. n. Urboneit, 1984, S. 6). Im Rahmen eines solchen Faches könnten demnach wesentliche Möglichkeiten der Psychologie wie die Vermittlung sozialer Kompetenzen eingeführt werden (vgl. Sommer, 1977, S. 82), die für die Prävention bzw. Gesundheitsförderung wichtige Dienste leisten könnten.

4.4 Die Rolle der Beratungslehrer bei der schulischen Prävention

Neben der Aufklärung, dem Training, der Krisenintervention und der systembezogenen Intervention kommt der Beratung als präventiver Methode (siehe Kap. 5.3.2) eine besonderer Stellenwert bei der Prävention zu. Aus diesem Grunde wird im folgenden auf die institutionalisierte Beratung durch den Beratungslehrer eingegangen.

Zu den Aufgaben der Beratungslehrer gehören neben der Beratungstätigkeit Schullaufbahnberatung, pädagogisch-psychologische Einzelfallhilfe, Systemberatung und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsdiensten, wobei die Schullaufbahnberatung einen sehr großen und die Systemberatung einen eher geringen Stellenwert einnimmt (vgl. Höher, 1987, S. 73ff.).

Die Stelle des Beratungslehrers ist eingerichtet worden, da Beratung in der Schule aufgrund vielfältiger Probleme wie die Zunahme von Konflikten im Schulalltag und der Mangel an beruflichen Perspektiven vieler Schulabgänger in den letzten fünfzehn Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Folgende Voraussetzungen werden für die professionelle Beratung als wesentlich angesehen:

- Beratung ist prinzipiell freiwillig,
- der Berater muß seine Aufgabe ohne Druck wahrnehmen können,
- Sanktionen müssen aus einer Beratung herausgehalten werden,
- die Beziehung zwischen Berater und Beratem sollte möglichst symmetrisch sein (gleichrangig und ohne Machtgefälle),

- der zu Beratende bestimmt allein den Gegenstand der Beratung,
- die Beratung ist vertraulich, Beratungsinhalte dürfen nur mit ausdrücklicher Genehmigung des zu Beratenden weitergegeben werden und
- der Berater muß für die Beratung qualifiziert sein (vgl. Höher, 1987, S. 60f.).

Neben seiner qualifizierten Ausbildung bietet der Beratungslehrer nach Höher (1987, S. 66f.) jedoch noch einige weitere Vorteile: Der Beratungslehrer gehört der gleichen Organisation an wie seine Beratungspartner und ist den zu Beratenden dadurch bekannt. Durch die institutionalisierte Beratung vor Ort kommt es nicht so leicht zu Ausgliederungen und Etikettierungen der Schüler. Weiterhin ist der Beratungslehrer selber Lehrer (wenn auch zeitlich für seine Beratungstätigkeit entlastet), so daß er die Probleme seiner Kollegen aus eigener Erfahrung kennt.

Trotz dieser Vorteile haben die Beratungslehrer nach Lüttge, Grewe & Höher (1984, zit. n. Höher, 1989, S. 1) „keine leichte Aufgabe. Sie müssen sich mit ihrer Tätigkeit in ein gewachsenes System der Schule, in dem klar gegliederte Rollenvorgaben existieren, neu einbringen und die eigene Rolle in Abstimmung mit den Beteiligten vor Ort definieren“. Dies wird jedoch häufig dadurch erschwert, daß Lehrerkollegen und/oder Schulleitung der Funktion des Beratungslehrers skeptisch gegenüber stehen und die Erfüllung vieler verschiedener zum Teil widersprüchlicher Aufgaben von ihm verlangt werden, denen er kaum gerecht werden kann. Dies zeigt, daß es offensichtlich nicht reicht, eine „neue“ Stelle zu schaffen, ohne sie in ein bestehendes System zu integrieren. Lüttge (1990, S. 21) verweist auf die Notwendigkeit einer Kooperation von Lehrern mit verbesserter Beratungskompetenz sowie Beratungslehrern und Schulpsychologen, um den vielfältigen gesellschaftlichen Problemen gerecht zu werden.

Weitere Aufgaben, Funktionen, Ausbildungsträger etc. zum Thema Beratungslehrer können u.a. Höher (1987), Grewe (1990) oder Barres, Basler & Diener (1990) entnommen werden.

4.5 Die Rolle der Lehrer als Mediatoren

In Kapitel 3.4 über die „Probleme präventiven Vorgehens“ wurde bereits darauf hingewiesen, daß unser kurativ ausgerichtetes Versorgungssystem Probleme hat, Personen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen adäquat aufzufangen, was ein verstärkt präventives Vorge-

hen in unserem Gesundheitssystem nahelegt. Da professionelle Helfer bereits mit der Behandlung psychisch gestörter Menschen überlastet sind, stellt sich die Frage, wer diese Aufgabe übernehmen soll. Und diese Frage zieht sehr oft die Schule als möglichen Präventionsort als Antwort nach sich.

Da der Beratungslehrer die vielfältigen präventiven Aufgaben nicht alleine leisten kann, wird von den verschiedensten Autoren immer wieder die Bedeutung der Lehrer als Mediatoren hervorgehoben. Durch den Aufbau oder die Verbesserung bestimmter Qualifikationen von Lehrern sollen die Schüler als eigentliche Zielgruppe präventiv angesprochen werden. Nähere Informationen zum Mediatorenansatz können u.a. Perrez, Büchel, Ischi, Patry & Thommen (1985) entnommen werden.

Mediatoren bzw. Multiplikatoren wie Lehrer sind bei Präventionsprogrammen besonders geeignet, da ihr Einsatz „eine weite Erfassung von Zielgruppen auf relativ ökonomische Weise“ ermöglicht und „da ihre bereits bestehenden Kontakte und Beziehungen ausgenutzt werden können“ (Ernst, 1977, S. 47). Weiterhin ist ihr Wirken oft um vieles effektiver als das von professionellen Helfern,

weil sie bei ihrer Zielgruppe über einen Vertrauensvorsprung und gute Problemkenntnisse verfügen. [...] Es ist eine gutbelegte Tatsache, daß solche Personen weit häufiger um Rat und Hilfe angegangen werden als die dafür „vorgesehenen“ Psychologen, Psychiater, Sozialarbeiter usw. [...] Anstatt zu versuchen, solche Positionen für Professionelle zurückzuerobern [...], sollten solche potentiellen Helfer bewußt eingesetzt und ausgebildet werden, zumindest sollten sie selbst professionellen Rat einholen können und dann als Multiplikatoren wirken (Ernst, 1977, S. 47f.; siehe auch O' Leary, 1977, S. 120).

Zu den unspezifischen Präventionsmöglichkeiten der Lehrer gehören vor allem das **Schaffen einer vertrauensvollen, offenen Atmosphäre** und der **Aufbau von Kenntnissen in Gesprächsführung**. Auf diese Faktoren, die für den Aufbau einer „positiven Persönlichkeit“ (vgl. Kollahn & Stoffel, 1985, S. 106) als bedeutsam angenommen werden, soll hier jedoch nicht näher eingegangen werden. Genauere Informationen zur Bedeutung und Umsetzung einer vertrauensvollen und offenen Schul- und Klassenatmosphäre können u. a. bei Weber & Krebs (1980, S. 114), Kollahn & Stoffel (1985, S. 109f.) und Sommer (1977, S. 85), Angaben zum Aufbau von Kenntnissen in Gesprächsführung z.B. bei Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz (1995, S. 183) entnommen werden.

Damit Lehrer bei der schulischen Prävention eine bedeutsamere Rolle einnehmen können, als dies bisher der Fall ist, werden im folgenden Möglichkeiten diskutiert, die die Situation von Lehrern verbessern sollen, um so mehr Freiräume aber auch Motivation für präventives Vorgehen zu schaffen.

4.6 Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation von Lehrern unter präventivem Aspekt

Schulische Prävention wird nur dann umfassend und erfolgreich sein können, wenn Lehrer bei dieser Aufgabe berücksichtigt werden. Das bedeutet, daß die Situation von Lehrern für ein effektives präventives Vorgehen verbessert werden muß, da sich viele Lehrer bereits durch die bestehenden Anforderungen überlastet fühlen und Phänomene wie „Burnout“ oder „innere Kündigung“ bei dieser Berufsgruppe sehr häufig anzutreffen sind. Da „ausgebrannte“ und unmotivierte Lehrer kaum in der Lage sein dürften, auch noch den Bereich der Prävention zu übernehmen, soll in diesem Abschnitt überlegt werden, durch welche Maßnahmen Lehrer für „neue“ Aufgaben „fit gemacht“ werden könnten. Zunächst soll aber noch einmal darauf eingegangen werden, was die Lehrerrolle so schwierig zu machen scheint.

Lehrer empfinden ihre Berufsrolle nach Höher (1987, S. 96) als belastend, weil diese in sich widersprüchlich und damit ausgesprochen konfliktträchtig ist:

Politiker fordern bei längeren Arbeitszeiten der Lehrer und erhöhten Klassenfrequenzen eine Verkürzung der Schulzeit bei gleichzeitig verschärfter Auslese von Schülern (vgl. Gutte, 1994, S. 8). Weiterhin sollen Lehrer neben einer strengeren Wissensvermittlung stärker an der Erziehung der Jugendlichen mitwirken, um so der zunehmenden Suchtgefährdung oder Gewaltbereitschaft entgegenzuwirken. Schüler dagegen wollen vor allem „nette, gerechte“ und verständnisvolle Lehrer, während deren Eltern von den Lehrern fordern, daß diese ihre Kinder zu Disziplin, Ordnung und Anstrengung erziehen (vgl. Gutte, 1994, S. 20ff.). Für die Wirtschaft wiederum ist der Zweck der Lehrerarbeit „die Bereitstellung eines an Quantität reichlichen und in der Qualität differenzierten Nachwuchses an brauchbarem Personal für alle Sparten der am ‘Standort Deutschland’ versammelten Ökonomie.“ (Gutte, 1994, S. 36).

Zudem haben die Lehrer auch Erwartungen an sich selbst, z.B. ein gutes Verhältnis zu den Schülern zu haben, von ihnen gemocht oder zumindest akzeptiert zu werden. Erschwert wird

dies dadurch, daß sich Schüler und Lehrer in einem vorweg definierten Beziehungsverhältnis begegnen. „Schüler haben Pflichten, und Lehrer haben die Pflicht, dafür zu sorgen, daß die Schüler ihren Pflichten nachkommen. Deshalb herrschen zwischen ihnen nicht eitel Sonnenschein und Harmonie, sondern gegensätzliche Interessen.“ (Gutte, 1994, S. 148). Näheres zum Lehrerberuf kann auch Ulich (1996) entnommen werden.

Aus den vorhergehenden Ausführungen sollte deutlich geworden sein, daß eine schulische Prävention bzw. Gesundheitsförderung, die sich ausschließlich an den Schülern orientiert, in vielen Fällen hinter ihren Möglichkeiten zurückbleibt, da jedes noch so gute Präventionsprogramm nicht effektiv von einem Lehrer umgesetzt werden wird, der sich von den eigenen beruflichen Problemen überwältigt sieht (vgl. Leppin, 1995, S. 246). Solange Lehrer sich überlastet fühlen und unter Burnout-Symptomen leiden, sind Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei den Lehrern folglich ebenso angezeigt wie bei ihren Schülern.

Im folgenden sollen deshalb Maßnahmen aufgezeigt werden, die die Möglichkeiten der Lehrer, präventiv in der Schule zu arbeiten, verbessern könnten.

4.6.1 Strukturelle Maßnahmen

Wenn davon gesprochen wird, daß Schule verstärkt ein Ort der Prävention sein sollte, muß berücksichtigt werden, daß Schule nicht nur „Reparaturwerkstatt“ gesellschaftlicher Probleme ist, sondern selbst als Teil gesellschaftlicher Realität auch eine Bedingung für suchtfördernde Ursachen (wie z.B. Schul- oder Prüfungsangst) darstellen kann. Dabei ist es nicht so, daß Prüfungsängste einen unvermeidbaren Bestandteil von Schule bzw. Prüfungen darstellen. Sie sind vielmehr beabsichtigt, um die Leistungsfähigkeit der Schüler unter besonderer Belastung zu überprüfen: „Erfolg oder Mißerfolg des Prüflings hängt davon ab, ob er imstande ist, zu einem bestimmten Zeitpunkt unter außergewöhnlichen, physisch wie psychisch belastenden Bedingungen die verlangten Leistungsnachweise zu erbringen. Der Schüler muß sich in einer Ausnahmesituation bewähren.“ (Heckel, 1986, zit. n. Gutte, 1994, S. 50).

Nach Bartsch (1995, S. 181f.) und Struck (1994) wären deshalb folgende strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung schulischer Prävention nötig:

- Entschärfung belastender Ereignisse wie Praxis der Zensurengebung.

- Senkung der Klassenfrequenzen, um Lehrern und Schülern mehr Freiräume für eine Sozialerziehung zu ermöglichen (vgl. auch Lüttge, Martens & Sumaski, 1978, S. 142).
- Verkürzung der Pflichtstundenzahl, um den Lehrern angesichts steigender Belastungen präventives Vorgehen zu ermöglichen. Schule sollte den Erziehungsauftrag annehmen und neben den Unterrichtsauftrag stellen.
- Eine völlig neu gestaltete Lehrerausbildung, wobei darauf geachtet werden sollte, daß andere Menschen als bisher in den Lehrerberuf kommen.
- Eine reformierte Arbeitsplatzbeschreibung für Lehrer ist notwendig.
- Viele Lehrerkollegien leiden unter „Vergreisung“, weil die jüngsten Lehrer um die 50 Jahre alt sind. Eine Verjüngung der Lehrerkollegien ist deshalb notwendig.
- Einbeziehung gut ausgebildeter Beratungslehrer in präventive Bemühungen.
- Aufnahme von Primärprävention als Unterrichtsprinzip in die Zielsetzungen von Rahmenrichtlinien.
- Aufnahme von Themen zur Prävention, wie Suchtprävention, in die Lehrpläne.
- Erhöhung der Lernmotivation durch eine verbesserte Unterrichts Atmosphäre und offenere Unterrichtsformen.
- Die Lehrerkollegien sollten stärker kooperationsorientiert sein, da ihnen nicht nur mehr Freiräume ermöglicht werden, sondern sie auch mehr Verantwortung übernehmen müssen.
- Jede Schule soll weitgehend selbst über ihre Personalstruktur bestimmen können, also darüber, wie viele und vor allem welche Lehrer, Erzieher, Verwaltungs- oder andere Fachleute sie beschäftigen will.
- Die Schule sollte selbst wirtschaften, also sich eigenverantwortlich „budgetieren“; d.h. sie entscheidet allein über die Nutzung der ihr zur Verfügung gestellten Mittel. Dies ermöglicht eine Anpassung an die regionalen Bedürfnisse.
- Lehrer verschiedener Schulformen sollten gleich entlohnt werden. Es ist nicht motivierend, wenn gerade Hauptschullehrer, die sehr viel mehr Zeit als andere Lehrer für außerunterrichtliche erzieherische Zuwendungen benötigen, eine höhere wöchentliche Unterrichtsverpflichtung und eine geringere Besoldung als Realschul- und Gymnasiallehrer erhalten.
- Verstärkte Zusammenarbeit mit Eltern bei der primärpräventiven Erziehung.

An dieser Stelle soll auch noch die Möglichkeit des Co- oder Teamteachings erwähnt werden, was sowohl für Schüler als auch für Lehrer Vorteile bietet, besonders im Hinblick auf präventives Vorgehen. Näheres hierzu siehe Struck (1994, S. 81ff.).

Präventives Vorgehen „verlangt bildungspolitische Konsequenzen, die den Lehrer zum Engagement ermutigen, anstatt ihn angesichts übermächtiger gesellschaftlicher Rahmenbedingungen resignieren zu lassen“ (Bartsch, 1995, S. 182). Denn so wichtig die Bedeutung der Lehrer bei der schulischen Prävention z.B. bei Eßstörungen sind, kann man nicht erwarten, daß sie erfolgreich präventiv tätig werden, ohne daß strukturelle Veränderungen der Schule herbeigeführt werden.

4.6.2 Lehrerausbildung

Wie bereits betont, können Lehrer nur dann effektiv präventiv arbeiten, wenn ihnen durch entsprechende Rahmenbedingungen die Möglichkeiten dazu gegeben werden. Allerdings nützen auch die großzügigsten Freiräume für die Prävention wenig, wenn ein Lehrer für diese Aufgabe nicht entsprechend ausgebildet wurde. Demnach wird von vielen Autoren gefordert, die Lehrerausbildung zugunsten sozialpädagogischer bzw. präventiver Fähigkeiten umzugestalten.

Obwohl sich Jugendliche bzw. Schüler im Laufe der Jahre stark verändert haben, ist die Lehrerausbildung und damit die Situation in den Schulen weitgehend unverändert geblieben. Die Schule und die Lehrerausbildung haben aus der früheren „kulturellen“ Ablösung der Jugendlichen von den Eltern, aus der „enormen“ Zunahme ihrer Mitgliedschaft in Peer Groups und aus einer entsprechenden Verschiebung der Sozialisationsinflüsse von den Erwachsenen auf die Gleichaltrigen bislang kaum Konsequenzen gezogen (vgl. Bohnsack, 1990, S. 14). Dies erklärt möglicherweise die Probleme der Lehrer mit den immer schwieriger werdenden Schülern und den Praxisschock, den Berufseinsteiger in der Schule erleben.

Viele Lehramtsstudenten klagen darüber, daß die Anforderungen in den Fachwissenschaften wie Biologie, Mathematik, Geographie oder Anglistik so hoch sind, daß etwa 80 % der Studienkraft und -zeit dafür benötigt werden. Die restlichen 20 % werden dann gerade noch für die erziehungswissenschaftlichen Pflichtseminare zur Didaktik ihrer Fachwissenschaften genutzt;

das übrige Angebot zur Drogen-, Verhaltensgestörten-, Gewalt-, Spiel-, Familien-, Jugend-, Psychosomatik- und Medienproblematik wird dann nur noch von wenigen besonders engagierten und motivierten Studenten wahrgenommen. [...] Die Lehrerausbildung paßt also überhaupt nicht mehr zu den veränderten Schülern und zu dem aktuellen Anspruch von Familie und Gesellschaft an den Erziehungsauftrag der Schule. [...] Das Lehrerstudium beschränkt sich bislang weitgehend auf die Vorbereitung der Funktion Unterrichten, und es mangelt ihm am Eingehen auf die Funktionen Erziehen, Beraten,

Beurteilen, Innovieren und Verwalten. (Struck, 1994, S. 68f.; vgl. auch Walle, 1992, S. 200).

Horrmann (1990, S. 5f.) fordert daher, daß sich die Ausbildung an der Hochschule „vorrangig auf den Erwerb von pädagogisch-psychologischen Grundkompetenzen zu konzentrieren“ habe, um auf individuelle Lernberatung, Einzelfallhilfe, Beratung von gefährdeten Schülern und umfassende Schullaufbahnberatung vorbereitet zu werden. Zudem fordert eine Vielzahl von Autoren, daß die Lehrerausbildung praxisorientierter verlaufen müßte, damit Lehramtsanwärter schon frühzeitig erkennen können, ob dies der richtige Beruf für sie ist.

4.6.3 Lehrerfortbildung

Da die Lehrerausbildung kein Berufswissen bis zur Pensionierung vermitteln kann, ist sie prinzipiell un abgeschlossen, so daß das Berufswissen in Form von Lehrerfortbildungen erhalten bzw. erweitert werden sollte (vgl. Walle, 1992, S. 203). Die Lehrerfortbildung bietet demnach einen weiteren Ansatzpunkt, die Situation von Lehrern zu reflektieren und zu verbessern bzw. Kenntnisse und Fertigkeiten präventiven Vorgehens zu vermitteln.

Die Lehrerfortbildung stellt nach den beiden Phasen des Studiums und des Referendariats als 3. Phase der Lehrerbildung die von ihrer Angebotsstruktur qualifizierteste dar, da sie verstärkt auf die Probleme von Schülern und Lehrern eingeht (vgl. Struck, 1994, S. 72). Aufgabe der Lehrerfortbildung soll sein, das Lehrerhandeln in einem spezifischen Wirkungskreis durch eine unbestimmte Menge von Aktivitäten zu verbessern (vgl. Schönig, 1990, S. 15). Während sich die Lehrerfortbildung in der Vergangenheit überwiegend mit der fachwissenschaftlichen Weiterbildung der Lehrkräfte beschäftigte, bietet die heutige Lehrerfortbildung vermehrt Programme, Jahresseminare und Kurse an, die sich unter anderem mit folgenden Themen beschäftigen:

- Ausländer- und Integrationspädagogik;
- Weiterbildung zum Schulleiter, zum Lehrer in multikulturellen bzw. Migrantenklassen und zum Beratungslehrer;
- Phänomene wie Ernährungsstörungen, Sucht, Gewalt, Kriminalität und psychosomatische Erkrankungen;
- Selbsterfahrungsseminare für Lehrer, die mit ihrer Lehrtätigkeit, mit schwierigen Schülern oder ihren Kollegen nicht klarkommen (vgl. Struck, 1994, S. 72f.).

Solche Formen der Weiterbildung sind notwendig, um

„die Lehrer in ihrer Berufsarbeit zu stützen, indem durch Weiterbildungsangebote ihre Handlungskompetenz erweitert wird. [...] Der Lehrer ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen stärker gefordert, nämlich dadurch, daß er sich über sich selbst als Person im klaren sein sollte, weil das ein Teil seines Handwerkzeugs ausmacht.“ (Preuß-Kippenberg, 1980, zit. n. Schönig, 1990, S. 39).

Nach Huber & Schlottke (1986, S. 688ff.) sollten vor allem Lehrertrainings als Mediatorenprogramm im Mittelpunkt stehen, die die erzieherische Kompetenz der Lehrer verbessern sollen und sowohl in der Lehreraus- als auch in der Lehrerweiterbildung einen größeren Stellenwert erhalten könnten. Wie aus Abb. 8 ersichtlich, lassen sich Trainingsansätze für Lehrer vor allem auf zwei Dimensionen anordnen: der Personorientierung und der Situationsorientierung.

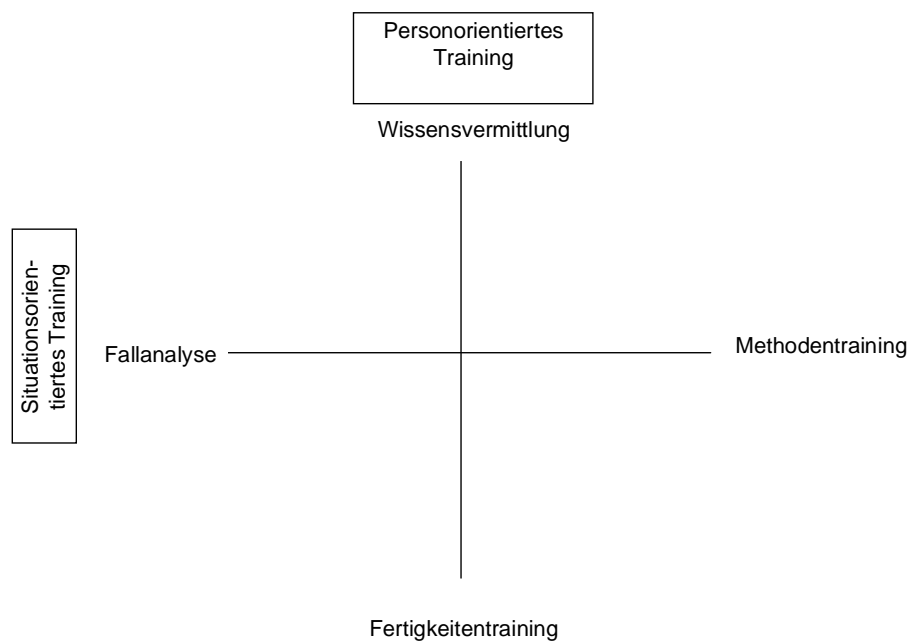


Abb. 8: Dimensionen des Lehrertrainings (vgl. Huber & Schlottke, 1986, S. 689)

Auf der Dimension „Personorientierung“ lassen sich Trainingsansätze einordnen, „die Lehrern Kenntnisse oder Fertigkeiten vermitteln wollen, von denen man annimmt, daß sie für ihren pädagogischen Alltag bedeutsam sind. Der Dimension ‘Situationsorientierung’ können Fallanalysen oder die Vermittlung situations- bzw. rollenspezifischer pädagogischer Methoden zugeordnet werden“ (Huber & Schlottke, 1986, S. 688).

Bei der Frage, inwieweit Lehrerfortbildungen, die sich mit spezifischer oder unspezifischer Prävention beschäftigen, freiwillig sein sollten, gehen die Meinungen auseinander. So vertritt Struck (1994, S. 73) die Ansicht, daß die Kultusministerien den Mut sowie Mittel und Wege finden müßten, „auch gegen den Widerstand von Lehrerverbänden Fortbildung obligatorisch zu machen“, da es Lehrern, ausgehend von den üblichen Arbeitszeit- und Urlaubsregelungen im Öffentlichen Dienst, zuzumuten ist, in einem Teil ihrer Ferien oder neben der Schulzeit Fortbildungsseminare zu besuchen. Knigge-Illner (1995, S. 298) ist dagegen der Meinung, daß die Nutzung des Angebots freiwillig sein sollte, da nur bei eigenem Interesse der Beteiligten eine fruchtbare Auseinandersetzung mit präventiven Themen möglich ist. Nichtsdestotrotz sollten Lehrerfortbildungen möglichst attraktiv und anregend gestaltet sein, um möglichst viele Lehrer zur Teilnahme bewegen zu können.

Die **schulinterne Lehrerfortbildung (SCHILF)** stellt eine Form der Lehrerfortbildung dar, die das zentrale Transferproblem der Lehrerfortbildung zu lösen verspricht (vgl. Wenzel & Wesemann, 1990, S. 30), da sie sich nicht an die Einzellehrer, sondern an das Lehrerkollegium einschließlich der Schulleitung richtet (vgl. Wesemann, 1990, S. 137). Bei

der klassischen Fortbildung geht es um die Erhöhung der individuellen Problemlösungskapazität des einzelnen Lehrers, während es der SCHILF um die Erhöhung der kollektiven Problemlösungskapazität der sozialen Gruppe des Kollegiums geht, was selbstverständlich die Entwicklung von Kommunikationsfähigkeit, Problembewußtsein und Veränderungsbereitschaft auf der individuellen Ebene miteinschließt. (Wenzel & Wesemann, 1990, S. 35).

Diese Fortbildung „vor Ort“ soll dazu dienen, „die Praxis der einzelnen Schule zu reflektieren und Schwierigkeiten auf der fachlichen, sozialen, persönlichen oder institutionellen Ebene zu analysieren und zu überwinden“ (Schönig, 1990, S. 11). Insofern wird die SCHILF auch als Schulentwicklungsstrategie angesehen, wobei unter Schulentwicklung jeder systematische Versuch einer Schule verstanden wird „das Lernen und Arbeiten sowohl effektiver als auch befriedigender zu gestalten, letztlich also das gesamte Leben in der Schule ergiebiger zu machen“ (Schönig & Seydel, 1990, S. 183).

Es werden zwei Formen der SCHILF unterschieden: die selbstorganisierten SCHILF's, die von den Kollegien selbst organisiert und gestaltet werden und die moderatorengestützten SCHILF's, „die ganz oder teilweise durch externe Referenten, Moderatoren, Experten gestaltet und organisiert werden“ (Wenzel & Wesemann, 1990, S. 29). Die erste Form der SCHILF

wird von den meisten Autoren jedoch abgelehnt, da hierbei die Gefahr der Verstärkung von Betriebsblindheit befürchtet wird.

Aber auch bei der moderatorengestützten SCHILF sollte darauf geachtet werden, diese nicht einfach über die Köpfe der Mehrzahl des Kollegiums hinweg zu verordnen, da sonst das Gefühl der Entmündigung entstehen kann (vgl. Wenzel & Wesemann, 1990, S. 29).

Wenn es gelingen soll, Schulen durch innerbetriebliche Fortbildung zu entwickeln, so muß SCHILF langfristig, kontinuierlich (praxisbegleitend) und extern gestützt sein. [...] Lehrerfortbildung darf sich also nicht auf einzelne Veranstaltungen beschränken, sondern muß vielmehr ein ständiger interaktiver Prozeß, ein Teil des schulischen Lebens sein. (Schönig & Seydel, 1990, S. 186).

Weiterhin ist auch die Lehrersupervision als eine Form der Weiterbildung denkbar, um als Lehrer offen mit Schülerproblemen umgehen zu können (siehe z.B. Ehinger & Hennig, 1994), auf die hier aber nicht näher eingegangen werden soll. Allerdings sollen hier die wesentlichen Ansatzpunkte für präventives Vorgehen der Lehrer nochmals betont werden. Denn nur ein Lehrer, der sein Denken und Handeln reflektiert, sich mit seinen Möglichkeiten und Grenzen auseinandersetzt und sich mit seinen Aufgaben nicht alleine gelassen fühlt, wird die Kraft und das Engagement finden, sich noch präventiv um das Wohl seiner Schüler zu kümmern.

4.7 Zusammenfassung

Der Schule als Institution der Gesellschaft kommt bei der Lösung gesellschaftsrelevanter Probleme eine bedeutende Rolle zu, wobei Schule sich an dem Gesamt der notwendigen Maßnahmen beteiligen, sie aber nicht alleine lösen kann.

Zu den primärpräventiven Aufgaben schulischer Prävention gehören vor allem die Vermittlung psychosozialer Kompetenzen und eine Verbesserung des gesamten Schulklimas. Im Bereich der sekundären Prävention sollen Gefährdungen von Schülern möglichst frühzeitig erkannt und aufgefangen werden. Bei der tertiären Prävention hingegen kann Schule in der Regel „erkrankte“ Schüler nur noch an geeignete Institutionen verweisen.

Einen besonders großen Stellenwert schulischer Prävention hat bisher die Suchtprävention in Anspruch genommen. Während bis ca. 1980 ein drogenspezifisches auf Aufklärung und Abschreckung basierendes Präventionsprogramm durchgeführt wurde, wird heute ein drogenunspezifisches Vorgehen präferiert. Dennoch wird von einigen Autoren die Ansicht vertreten,

daß auch die Suchtprävention ein zu enges Präventionsprogramm darstellt und von umfassenderen Gesundheitsförderungsmaßnahmen abgelöst werden sollte.

Unabhängig davon, für welche schulischen Präventionsprogramme man sich entscheidet: wenn schulische Prävention kontinuierlich und effektiv verlaufen soll, wird man auf eine institutionalisierte Beratungsstelle in der Schule, z.B. in Form eines Beratungslehrers, als auch auf die Lehrer als Mediatoren nicht verzichten können.

Bei den aufgeführten Möglichkeiten, Schule präventiver zugunsten der Schüler auszurichten, wird selten gefragt, wie Lehrer diese Anforderungen neben ihren ursprünglichen Aufgaben erfüllen sollen. Lehrer leiden verstärkt unter „Burnout“ oder „Innerer Kündigung“, nichtsdestotrotz wird davon ausgegangen, daß die für die Schüler hilfreichen präventiven Angebote von den Lehrern umgesetzt werden können. Ohne strukturelle Veränderungen von Schule und ohne ein entsprechendes Umdenken bei der Lehreraus- und -fortbildung sowie durch Hilfen mit diesen verstärkten Anforderungen umzugehen (z.B. durch eine Lehrersupervision), wird sich in den Schulen jedoch nur wenig verändern.

5 Schulische Präventionsmöglichkeiten bei Eßstörungen

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit konkreten präventiven Methoden, die bei Eßstörungen in der Schule denkbar sind. Zunächst soll aber auf die Gründe eingegangen werden, warum eine solche eßstörungsbezogene, schulische Prävention sinnvoll erscheint.

Eßstörungen treten größtenteils während bzw. kurz nach der Pubertät auf (vgl. Harland & Siegel, 1996, S. 48), also in einem Alter, in dem die Betroffenen in der Regel noch schulpflichtig sind. So findet sich bereits unter Kindern und Jugendlichen eine große Anzahl derer, die unzufrieden mit ihrer Figur sind und sich für zu dick halten. Kinder bzw. Jugendliche, die unzufrieden mit ihrer Figur sind, führen häufig Maßnahmen durch (wie gezügeltes Eßverhalten), die gesundheitsschädliche Folgen nach sich ziehen können. Zumindest aber stellen derart Betroffene eine Risikogruppe für die Entwicklung einer klinisch relevanten Eßstörung dar (vgl. Franzen, 1994, S. 42ff.). Durch primärpräventives Vorgehen in der Schule könnte das Auftreten abweichenden Eßverhaltens möglicherweise ganz verhindert werden, zumindest besteht hier die Möglichkeit, eine Eßstörung frühzeitig zu erkennen, so daß diese schneller und erfolgreicher behandelt werden kann, als wenn eine Eßstörung bereits über einen längeren Zeitraum besteht.

Eine eßstörungsbezogene schulische Prävention könnte möglicherweise die Auftretenshäufigkeit bzw. die Manifestation von Eßstörungen verhindern. Allerdings liegen trotz der zunehmenden Eßstörungsproblematik bisher kaum Veröffentlichungen, Untersuchungen oder gar evaluierte Modelle zur Prävention von Eßstörungen vor. Lediglich bei Meermann & Vandereycken (1987) sowie bei Stahr et al. (1995) sind einige kurze Hinweise hierzu zu finden.

Im folgenden wird deshalb überprüft, in welcher Form welche Methoden für die Prävention von Eßstörungen in der Schule sinnvollerweise durchgeführt werden könnten, wobei es zu Überschneidungen mit den in Kapitel 4 aufgeführten unspezifischen Präventionsmaßnahmen kommt.

Bevor in diesem Abschnitt auf die Vor- und Nachteile geschlechtsbezogener Prävention in Bezug auf Eßstörungen und auf die Methoden eßstörungsbezogener Prävention eingegangen wird, sollen im folgenden Formen schulischer Vermittlung vorgestellt werden, in deren Rahmen präventives Vorgehen möglich ist.

5.1 Schulische Vermittlungsformen präventiven Vorgehens

Präventionsprogramme können zunächst einmal danach unterschieden werden, ob sie sich direkt an die Schüler als Zielgruppe richten oder ob die Lehrer als Mediatoren angesprochen werden sollen, damit sie besser präventiv für ihre Schüler arbeiten können. Im folgenden soll auf die Vermittlungsformen eingegangen werden, die sich an die Schüler richten, da Maßnahmen für die Mediatoren bereits in Kapitel 4.6 vorgestellt wurden und noch näher in Kapitel 6 untersucht werden.

Schüler können in der Schule auf verschiedenen Wegen erreicht werden:

- ⇒ im regulären Unterricht,
- ⇒ durch zusätzliche Unterrichtseinheiten, die in den regulären Unterricht integriert werden,
- ⇒ durch außerunterrichtliche Veranstaltungen wie Projekt- bzw. Aktionstage oder -wochen,
- ⇒ durch zusätzliche „Unterrichts“-Fächer wie Psychologieunterricht.

Allerdings ist eine solche Unterteilung in der Praxis nicht immer möglich. So lassen sich verschiedene Formen des Trainings wie Selbstsicherheits- oder Streßbewältigungstrainings, aber auch Selbsterfahrungsgruppen sowohl in außerunterrichtlichen Projekt- bzw. Aktionswochen als auch im regulären oder Psychologieunterricht umsetzen. Dabei muß jedoch berücksichtigt werden, daß es den Psychologieunterricht in den meisten Schulen überhaupt nicht gibt - und wenn er angeboten wird, so häufig von besonders motivierten Lehrern, die dies zusätzlich und in Form einer freiwilligen Psychologie-AG in den Nachmittagsstunden durchführen (vgl. Timmer, 1990, S. 267ff.).

Der Psychologieunterricht hätte weiterhin den Vorteil, daß sich präventive Maßnahmen nicht nur auf einmalig durchgeführte Präventionsprogramme wie Unterrichtseinheiten, Gesundheitstage oder Projektwochen beschränken würden. Für die Wirksamkeit präventiven Vorgehens scheint es nämlich weiterhin wichtig zu sein, daß eine Generalisierung stattfindet, d.h. daß präventive Inhalte immer wieder in unterschiedlichen Zusammenhängen und von verschiedenen Lehrkräften aufgegriffen werden (vgl. Born, 1994, S. 94).

Wenn man sich mit den schulischen Möglichkeiten beschäftigt, Schüler präventiv zu erreichen, stellt sich - gerade wenn es um eine „Frauenkrankheit“ wie Eßstörungen geht -, die Frage, inwiefern es sinnvoll ist, verschiedene Vermittlungsformen nach Geschlechtern zu trennen, womit sich kurz das folgende Kapitel 5.2 beschäftigen soll.

5.2 Geschlechtsbezogene Prävention

Bei präventiven Maßnahmen stellt sich die Frage, unter welchen Umständen der Einsatz geschlechtsbezogener Prävention angebracht ist. Unter geschlechtsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung versteht man alle Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, „die auf inhaltlicher und/oder auf der Ebene der Ansiedlung und des Zugangs und/oder auf methodischer Ebene und/oder auf thematischer Ebene die Unterschiede nach Geschlecht einbeziehen, aufgreifen und bearbeiten“ (Helfferich, 1995, S. 138). Dieses Vorgehen bietet nach Helfferich (1995, S. 138ff.) einige Vorteile:

- Geschlechtstypische Probleme, die überwiegend bei einem Geschlecht auftreten, können besser behandelt werden. So treten Eßstörungen zu 80-95 % bei Mädchen und jungen Frauen auf, deren Interesse an Ernährung und Essen auch größer ist als bei ihren männlichen Altersgenossen.
- Geschlechtstypische Bewältigungsmuster und Barrieren können leichter diskutiert werden.
- Es kann offener über eigene Betroffenheit, Bewältigungsversuche oder Geschlechtsrollen gesprochen werden, als wenn Angehörige des anderen Geschlechts dabei sind.

Nachteilig an einem solchen geschlechtsbezogenen Ansatz kann sich auswirken, daß beispielsweise Jungen, die ebenfalls hinsichtlich der Entwicklung einer Eßstörung gefährdet erscheinen, nicht erreicht werden. Im Einzelfall sollte immer abgewogen werden, von welchem präventiven Vorgehen mehr Vorteile zu erwarten sind. Dies gilt auch für die im folgenden dargestellten Methoden der Prävention, die sich sowohl für gemischte als teilweise auch für Mädchen- bzw. Jungengruppen anwenden lassen.

5.3 Methoden eßstörungsbezogener Prävention

Bei den im folgenden dargestellten Methoden der Prävention geht es darum, präventive, in der Schule umsetzbare Maßnahmen hinsichtlich ihrer Eignung für die Vorbeugung von Eßstörungen in der Schule zu überprüfen. Dabei soll es nicht darum gehen, alle Methoden so auszurichten, daß sie sich ausschließlich auf Eßstörungen beziehen, da es durchaus vorteilhaft ist, mit einer Methode mehreren Störungen präventiv begegnen zu können. Vielmehr wird berücksichtigt, inwiefern verschiedene unspezifische, aber auch spezifische Präventionsmethoden bei der Vorbeugung von Eßstörungen geeignet sind und in welchem Rahmen sie von Schule umsetzbar wären.

Nach Becker (1984, vgl. Perrez, 1991, S. 89) kommen bei der Prävention vor allem folgende Methoden zum Einsatz: Aufklärung, Beratung, Training, Krisenintervention und systembezogene Intervention. Die einzelnen Methoden werden im folgenden dargestellt.

5.3.1 Aufklärung

Aufklärung hat die Funktion, durch Informationen gesundheitsrelevante Wissensdefizite zu vermindern, Problembewußtsein zu schaffen und die Motivation, neue Verhaltensweisen anzuwenden, zu erhöhen (vgl. Perrez, 1991, S. 89). Aufklärung in der Schule kann auf verschiedenen Wegen geschehen: innerhalb des regulären Unterrichts, durch zusätzliche Aktionen wie Unterrichtseinheiten und Aktionstage oder -wochen oder durch die Einrichtung eines zusätzlichen Faches wie dem des Psychologieunterrichts.

Problematisch gestaltet sich die Aufklärung als Mittel der Prävention bei Eßstörungen vor allem aus drei Gründen:

- 1) Trotz der zunehmenden Verbreitung haben Eßstörungen bisher keinen Einzug in die Gesundheitsförderung halten können. Dafür wurde und wird ausführlichst über die Gefahren des Übergewichts und über die Frage, mit welchen Maßnahmen dieses am besten zu verhindern oder zu reduzieren sei, diskutiert. Übermäßiges Problematisieren des Gewichts oder wiederholte Versuche der Gewichtsreduktion erhöhen jedoch - wie bereits erwähnt - das Risiko, in eine Eßstörung hineinzugeraten. Demnach besteht eine Diskrepanz zwischen den Zielen der Gesundheitsförderung und der Prävention von Eßstörungen, die größten-

teils darauf ausgerichtet ist, eine Akzeptanz des eigenen Körpers zu erreichen, den eigenen Hunger- und Sättigungsgefühlen zu trauen etc.

Beide Ansätze könnten jedoch dadurch miteinander verbunden werden, daß das Hauptaugenmerk nicht mehr auf das Gewicht, sondern auf die ausgewogene Ernährung und körperliche Betätigung gelegt wird. Verschiedene Therapeuten, die das langfristige Scheitern gewichtsreduzierender Maßnahmen beklagen, sind mittlerweile ohnehin der Meinung, daß eine „gesunde“ Ernährung und sportliche Aktivität gesundheitlich wesentlich bedeutsamer sind als ein paar Kilo zuviel (vgl. Pudiel, 1978 & Laessle, 1990).

- 2) Obwohl Aufklärung und Informationen über eine bestimmte Störung wie z.B. Suchterkrankungen oft als der erste Schritt für eine Prävention gesehen werden, kann diese Art des Vorgehens auch einige Nachteile mit sich bringen. Im Bereich der Sucht können Informationen über Drogen und die Wirkungen und Auswirkungen derselben auch einen gewissen Reiz ausmachen.

Ähnliches gilt auch für Eßstörungen, da viele Personen mit Körperbildstörungen erst durch „Aufklärung“ auf die Idee gekommen sind, das Essen zu erbrechen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. Denn obwohl Frauen mit einer Bulimia nervosa ihr Eßverhalten als gestört ansehen, haben es viele von ihnen erst durch Freunde oder Medien erlernt (vgl. Weiss et al., 1989, S. 17).

3. „Ein sich ausschließlich an Fakten orientierender präventiver Unterricht, der zudem mit denselben Methoden vermittelt wird wie die ‘klassischen’ Unterrichtsinhalte, läuft Gefahr, von den Schülern als ‘offiziell verordnetes’, entfremdetes und damit für ihr Alltagshandeln irrelevantes ‘Lernangebot’ identifiziert und von ihnen nicht angenommen zu werden“ (Winter, 1985, S. 93).

Aufklärung über Eßstörungen ist demnach nicht nur mit Vorteilen verbunden, so daß alleinige Aufklärung über Eßstörungen zum Zwecke der Prävention als nicht ausreichend erscheint. Es dürfte jedoch durchaus sinnvoll sein, daß sich die Schüler mit geschlechtsrollenstereotypen Einstellungen und Verhaltensweisen oder vermittelten Schönheitsidealen z.B. in der Werbung auseinandersetzen.

5.3.2 Beratung

Beratung als typische Maßnahme für die Sekundärprävention (vgl. Huber & Schlottke, 1986, S. 683) unterscheidet sich von Aufklärung vor allem dadurch, daß sie sich nicht an anonyme Populationen, sondern an Ratsuchende in einem persönlichen Gespräch richtet. Unter Beratung versteht man „jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums versucht, bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv-emotionaler Einsicht fundierten aktiven Lernprozeß in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können“ (Dietrich, 1983, zit. n. Höher, 1989, S. 7). Nähere Informationen zur Begriffsklärung von Beratung können auch Lüttge (1981, S. 14ff.) entnommen werden.

Vorteile der Beratung werden darin gesehen, daß die durch die Person des Beraters eingesetzten Merkmale der Gesprächsgestaltung zu einer leichteren Akzeptanz der Informationen führen können als beispielsweise bei der Aufklärung.

Aufgrund seiner fehlenden Ausbildung gilt der Lehrer nicht als professioneller Berater, auch wenn dies möglicherweise einen großen Teil seiner Tätigkeit ausmacht und der Lehrer von vielen Autoren als wichtigster Berater in der Schule angesehen wird (vgl. Höher, 1987, S. 58). Andere Autoren wiederum vertreten die Ansicht, daß den Lehrer nicht auch noch die zusätzliche Last der Beratung aufgebürdet werden dürfe und er auf die Zusammenarbeit mit professionellen Beratern angewiesen sei, um erfolgreich zu sein. Dies führt einerseits zu der Forderung, daß Lehrer verstärkt in ihrer Rolle als Berater ausgebildet werden müßten, andererseits wird weiterhin die Notwendigkeit einer institutionalisierten Beratung in der Schule z.B. in Form eines Beratungslehrers betont (vgl. Höher, 1987, S. 59).

Für die Schule wäre es ein wichtiger Aspekt hinsichtlich der Beratung, daß Schüler darüber in Kenntnis gesetzt werden, welche Informations- und Beratungsstellen es in ihrer näheren Umgebung gibt und daß den Betroffenen geholfen wird, bestehende Schwellenängste diesen Institutionen gegenüber abzubauen (vgl. Winter, 1985, S. 98). Eine Möglichkeit wäre es z.B., Mitarbeiter einer Beratungsstelle oder Mitglieder einer Selbsthilfegruppe einzuladen und über ihr Angebot berichten zu lassen. Ein solches Vorgehen verlangt jedoch, daß die Lehrer Kenntnis

über das psychosoziale Netz in der Schulumgebung verfügen und das nötige Engagement aufbringen, solche Aktionen in die Wege zu leiten.

5.3.3 Training

Obwohl verschiedene der im folgenden dargestellten Trainings bereits als wesentliche Aspekte der unspezifischen Prävention genannt wurden, werden sie unter den Methoden der eßstörungsbezogenen Prävention genauer vorgestellt, da ihnen gerade auch im Bereich der Eßstörungen eine besondere protektive Wirkung zugesprochen wird.

Bei fast allen Trainings - und auch den im folgenden dargestellten - werden als psychologische Mittel vor allem das Rollenspiel, die Übung und das mentale Training angewendet (vgl. Perrez, 1991, S. 90). Hauptintentionen von Trainings ist

- (1) die Förderung von sozialer Kompetenz,
- (2) die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstkonzept und
- (3) die Förderung von sinnerfüllten und erlebnisintensiven Aktivitäten (vgl. Bartsch & Knigge-Illner, 1995, S. 18).

Den drei ersten der im folgenden aufgeführten Präventionsmöglichkeiten ist gemein, daß sie zur Vorbeugung von Eßstörungen ebenso förderlich erscheinen wie für eine Vielzahl anderer Erkrankungen bzw. Störungen (wie z.B. Suchterkrankungen im engeren Sinne, Schizophrenie, Depression und Verhaltensauffälligkeiten). Man geht davon aus, daß das Vorhandensein sozialer, kognitiver und emotionaler Ressourcen das Auftreten einer Störung verhindern oder zumindest abfedern bzw. bei Auftreten einer solchen Störung den Therapieerfolg verbessern kann. Im folgenden werden die verschiedenen Trainingstypen vorgestellt.

5.3.3.1 *Training sozialer Kompetenzen*

Es existieren nicht viele Studien, die den Zusammenhang zwischen gestörtem Eßverhalten und Bewältigungsstrategien zum Gegenstand haben. Die wenigen vorhandenen Untersuchungen unterstützen jedoch die Vermutung, daß eßgestörte Frauen entweder einen Mangel an Bewäl-

tigungsfertigkeiten haben oder Schwierigkeiten besitzen, effektive Bewältigungsfertigkeiten auszuwählen bzw. erfolgreiche Bewältigungsversuche als solche wahrzunehmen. Die Prävention von Eßstörungen müßte es sich daher zum Ziel machen, Bewältigungsfertigkeiten aufzubauen, vorhandene Bewältigungsmöglichkeiten zu verbessern bzw. diesbezügliche Fehlwahrnehmungen der Betroffenen zu verändern (vgl. Weiss et al., 1989, S. 27).

Als mögliches „Selbstsicherheitstraining“ bietet sich das „Training sozialer Kompetenzen (GSK)“ von Pfingsten & Hinsch (1991) an, da hier eine Diskrimination sozialer Situationstypen und Reaktionen vorgenommen wird. Denn es „ist möglich, daß jemand über ein umfangreiches Verhaltensrepertoire verfügt und sich doch darüber im unklaren ist, unter welchen Umständen welches Verhalten eingesetzt werden sollte“ (Pfingsten & Hinsch, 1991, S. 10).

Speziell für die Schule wurde von Manns & Schultze (1995, S. 223f.) ein Sozialtraining konzipiert, in denen Schüler im Alter von zwölf bis vierzehn Jahren in einer Abfolge von aufeinander aufbauenden Übungsaufgaben die Operationalisierung des Konzepts der sozialen Kompetenzen verwirklichen können. Dieses von Lehrern durchzuführende Sozialtraining enthält 16 Übungseinheiten von je einer Doppelstunde, kann aber auch über einen längeren Zeitraum verteilt in den Deutsch- oder Sozialkundeunterricht der 7. oder 8. Klasse aufgenommen werden. Vor allem folgende Kommunikationsfertigkeiten sollen den Schülern dabei vermittelt werden:

- adäquates Wahrnehmen und Aussenden verbaler und nonverbaler Informationen,
- adäquates Geben und Annehmen von sozialem Feedback,
- angemessene Kontaktaufnahme,
- sozial akzeptables Durchsetzen eigener Forderungen bzw. Zurückweisen unakzeptabler Forderungen (vgl. Manns & Schultze, 1995, S. 224).

Neben dem Erwerb bzw. der angemessenen Anwendung von Kommunikationsfertigkeiten erscheint für sozial kompetentes Verhalten auch eine Änderung von Denkgewohnheiten erforderlich. Diese Änderung kann sich zum einen auf die Bewertung, die Erfolge und die Konsequenzen sozialer Situationen beziehen, wie sie auch im GSK von Pfingsten & Hinsch (1991) enthalten sind, als auch auf den Umgang und die Bewältigung von Stressoren wie bei Weiss et al. (1989, S. 76ff.).

Besondere Schwierigkeiten scheinen eßgestörte Frauen damit zu haben, ihren Ärger oder ihre Wut angemessen auszudrücken, was in einem solchen Selbstbehauptungstraining vermittelt und geübt werden sollte.

5.3.3.2 Streßbewältigungstraining

Streß scheint eine Hauptursache für das Auftreten von Heißhungeranfällen zu sein, da den Betroffenen die Fähigkeit fehlt, angemessen mit Streßsituationen umzugehen (vgl. Weiss et al., 1989, S. 26f.). Neben dem Erwerb sozialer Kompetenzen scheinen für eine eßstörungsbezogene Prävention demnach Fertigkeiten notwendig, die den Umgang mit Stressoren erleichtern. Vor allem Elemente der Streßbewältigung, wie Aufbau und Veränderung von Wahrnehmungs- und organisatorischen Fertigkeiten in Bezug auf Streß, sowie Entspannungsübungen und -techniken sind ein vielversprechender Ansatz zum besseren Umgang mit Stressoren (vgl. Weiss et al., 1989, S. 76ff.).

Eine strenge Trennung zwischen der Streßbewältigung und dem Training sozialer Kompetenzen ist genaugenommen aber nicht möglich, da es sehr viele Überschneidungen gibt. So sind beispielsweise die Fähigkeiten „Nein zu sagen“ und sich zu entspannen Teilbereiche des sozial kompetenten Verhaltens, die aber gleichzeitig helfen, Streß zu reduzieren. Da darüber hinaus bei der Streßbewältigung organisatorische Fertigkeiten vermittelt werden, die über das GSK hinausgehen, wurde hier dennoch eine Unterteilung vorgenommen.

5.3.3.3 Training zum Aufbau alternativer Bewältigungsmöglichkeiten

Für die meisten Eßgestörten hat Essen die Funktion (wie für andere Süchte die spezifische Droge), mit Streß oder anderen unangenehmen Gefühlen wie Langeweile, Angst, Einsamkeit und Ärger umgehen zu können (vgl. Weiss et al., 1989, S. 70f.). Wichtig ist es, daß sich die Zielgruppe darüber bewußt wird, ob Essen als Mittel zum Zweck eingesetzt wird.

Im unspezifischen Präventionsbereich sollte erarbeitet werden, was dem einzelnen Spaß macht, wo die Schüler Erholung und Trost finden und wie sie mit unangenehmen Gefühlen angemessen umgehen können, um von ihrer „Droge“ (wie Essen, Fernsehen, Computerspielen etc.) wegzukommen. Dabei ist wichtig, daß Jugendliche in ihrer Freizeit nicht einfach „irgendetwas“

tun, sondern es sollte sich um lebensstrukturierende und selbstbestätigende Tätigkeiten handeln, und dies nicht nur in der Freizeit, sondern auch in der Schule.

5.3.3.4 *Eßverhaltenstraining*

Im Gegensatz zu den bisher aufgezählten unspezifischen Trainings für die Prävention verschiedener psychischer Störungen ist für die spezifische Prävention von Eßstörungen ein aus Therapien entlehntes **Eßverhaltenstraining** entwickelt worden. Problematisch an derartigen Trainings (vgl. z.B. Laessle, 1990, S.240ff.), die in der Regel zur Reduzierung bzw. Vermeidung von Übergewicht eingesetzt werden, ist das bereits erwähnte Problematisieren des Eßverhaltens und des Körpergewichts, welches für die Entstehung von Eßstörungen als mitverantwortlich gesehen werden kann.

5.3.3.5 *Selbsterfahrungsgruppen*

Vielversprechender als solche spezifischen Eßverhaltenstrainings scheinen **Selbsterfahrungsgruppen** zu sein, die sowohl für die unspezifische als auch für die spezifische Prävention sinnvolle Ansätze darstellen.

Bei der **unspezifischen Prävention** kann es bei der Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstkonzept darum gehen,

- „die anderen und sich selbst sensibler und differenzierter wahrzunehmen,
- größere Offenheit gegenüber Gefühlen und Erfahrungen zu entwickeln,
- durch Feedback-Erfahrungen ihr Selbstkonzept zu überprüfen,
- sich selbst und andere mehr zu akzeptieren,
- Selbstverantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen [...]“ (Bartsch & Knigge-Ilner, 1995, S. 19).

Bei der **spezifischen Prävention** von Eßstörungen können ebensolche Inhalte behandelt werden, wobei ein Schwerpunkt bei der Bedeutung von Aussehen und der Frage nach der Akzep-

tanz des eigenen Körpers liegen würde. In diesen Zusammenhang gehört aber auch das Arbeiten mit Eigenschaften, die sich gegenseitig beeinflussen und oft unmittelbar mit einer Eßstörung in Zusammenhang stehen, wie **geschlechtsrollenstereotype Einstellungen**, **Perfektionismus** und **mangelndes Selbstwertgefühl**, deren Zusammenhang in Abb. 9 ersichtlich wird:

Vergebliche Perfektionsansprüche



Mangelndes Selbstbewußtsein



Geschlechtstypisches Verhalten

Abb. 9: Zusammenhänge typischer Eigenschaften eßgestörter Frauen

Das mangelnde Selbstbewußtsein, das hier eine zentrale Stellung einnimmt, resultiert aus vergeblichen bzw. gescheiterten Perfektionsversuchen und aus der Diskrepanz zwischen emanzipierten Einstellungen und unemanzipierten Verhaltensweisen. Durch ein mangelndes Selbstbewußtsein werden wiederum verstärkte „Perfektionsversuche“ unternommen, bei deren Scheitern das Selbstbild erneut in Mitleidenschaft gezogen wird. Ein geringes Selbstbewußtsein setzt aber auch Versuche in Gang, dieses durch positive Rückmeldungen aufzubauen, was oft dazu führt, daß Frauen sich geschlechtstypisch verhalten (obwohl sie das eigentlich ablehnen), weil sie sich dadurch Anerkennung versprechen. Dieses Sich-Fügen in eine unliebsame, aber von anderen gerngesehene Rolle führt in der Regel wiederum dazu, daß sich das negative Selbstbild dieser Frauen verstärkt. Übungen, die sich mit den genannten Eigenschaften auseinandersetzen, können Weiss et al. (1989) entnommen werden.

In begrenztem Rahmen kann eine Auseinandersetzung über geschlechtsstereotype Erwartungen und Verhaltensweisen, negatives Selbstbild und Perfektionismus in Unterrichtsfächern wie Geschlechtererziehung, Gemeinschaftskunde, Ethik oder Religionskunde erfolgen. Auch innerhalb

von Aktionswochen z.B. zum Thema „Beeinflussung der Gesundheit durch Mode und Medien“ könnten Informationen zu Eßstörungen vermittelt und Trainings bzw. Selbsterfahrungsgruppen durchgeführt werden. Theoretisch wäre es auch denkbar, kontinuierliche Selbsterfahrungsgruppen in der Institution Schule aufzubauen, was jedoch ein sehr starkes Engagement einzelner Lehrer erfordert, die so etwas in einer Art Arbeitsgemeinschaft im außerunterrichtlichen Rahmen bzw. in Form eines freiwilligen Psychologieunterrichts durchführen könnten.

5.3.4 Krisenintervention

„Unter Krisenintervention werden die professionellen psychosozialen Hilfestellungen verstanden, die Personen zuteil werden, die durch ein kritisches Lebensereignis (wie Tod eines geliebten Menschen, Pensionierung etc.) in ihrem psychischen und sozialen Gleichgewicht nachhaltig gestört sind, ohne daß man deshalb von einer psychischen Störung sprechen könnte“ (Perrez, 1991, S. 92). Die wesentlichen Ziele der Krisenintervention sind die (1) Stabilisierung der Person, (2) Kompetenzförderung der Person und (3) Erschließung sozialer Ressourcen und soziale Eingliederung (vgl. Perrez, 1991, S. 92f.). Bei der Krisenintervention kommt es demnach darauf an, das Hineingleiten in eine psychische Störung durch frühzeitige Unterstützung zu verhindern. Für eine erfolgreiche Krisenintervention hat Schule jedoch weder die Kapazität noch die Qualifikation. Deshalb wäre es erforderlich, daß in der Schule bzw. bei den unterrichtenden Lehrkräften Kenntnisse über Beratungsstellen oder Institutionen, die stützend eingreifen können, vorhanden sind.

5.3.5 Systembezogene Intervention

Die umgebungs- bzw. systembezogene Intervention wird durch das *System* definiert, bei der eine Präventionsmaßnahme ansetzen soll. Die systembezogene Intervention richtet sich demnach nicht an die Risikopersonen, sondern an ihre soziale, ökologische, gesetzliche oder kulturelle Umwelt. Nach Caplan können systembezogene Präventionsmaßnahmen danach unterschieden werden, ob sie bei den materiellen, soziokulturellen oder sozialen Grundgütern eines Individuums eingreifen (vgl. Perrez, 1991, S. 91).

5.3.5.1 Materielle Grundgüter

Präventive Maßnahmen, die an den *materiellen* Grundgütern ansetzen, wären zum einen die „Entwicklung von wirtschaftlichen und sozialen Strukturen, die die befriedigende Selbstversor-

gung respektive gerechte Verteilung der vorhandenen materiellen Ressourcen gewährleisten“ (Perrez, 1991, S. 91), zum anderen die Qualitätsverbesserung der physikalischen und organischen Umwelt wie Geschwindigkeitsbegrenzungen auf den Straßen zur Lärmbekämpfung. Zu diesem Bereich präventiver systembezogener Prävention gehört demnach u.a. die materielle Sicherung Arbeitsloser oder die Realisierung architektonisch kommunikationsfördernder Lebens- und Siedlungsräume (vgl. Perrez, 1991, S. 91).

In der Schule könnte eine Form der Sicherung materieller Grundgüter z.B. durch die Einrichtung eines Kommunikationszentrums umgesetzt werden, in der kommunikative Aktivitäten wie Beratungsgespräche mit einzelnen Schülern oder Gesprächsgruppen realisiert werden könnten (vgl. Bartsch & Knigge-Illner, 1995, S. 21). Diese Form präventiven Vorgehens wurde jedoch bisher bei der schulischen Prävention wie der Suchtprävention völlig vernachlässigt (vgl. Huber & Schlottke, 1986, S. 683).

5.3.5.2 *Soziokulturelle Grundgüter*

Der zweite Bereich systembezogener präventiver Intervention betrifft die *soziokulturellen* Grundgüter. Danach wird die Lebensqualität und somit die physische und psychische Gesundheit durch die Beeinflussung von Normen, Werten, Rollenverhältnissen etc. verbessert, wie dies beispielhaft bei Kampagnen geschieht, die feindselige Einstellungen gegenüber Ausländern oder Asylbewerbern verändern sollen (vgl. Perrez, 1991, S. 91). Obwohl es nicht möglich ist, größere kulturelle Einheiten wie Normen und Werte ohne weiteres zu verändern, so können in der Schule dennoch gesellschaftliche Normen wie geschlechtsrollenstereotype Rollenerwartungen und Verhaltensweisen oder das derzeitige Schlankheits- und Schönheitsideal reflektiert werden.

5.3.5.3 *Soziale Grundgüter*

Die auf die *sozialen* Grundgüter bezogenen präventiven Maßnahmen sollen die Qualität der sozialen Ressourcen von Personen verbessern, wie dies durch die Einrichtung von Beratungsstellen in Gemeinden, durch verbesserte Führungsqualifikationen von Betriebsleitern oder die bessere erzieherische Qualifikation von Lehrern im Sinne eines Mediatorenkonzeptes geschehen kann (vgl. Perrez, 1991, S. 91). In Kapitel 4.4 wurde auf die Rolle der Lehrer als Mediatoren bei der unspezifischen Prävention bereits eingegangen. Im folgenden soll nun noch die Rolle der Lehrer bei der eßstörungsbezogenen Prävention im Mittelpunkt stehen.

5.4 Präventionsmaßnahmen der Lehrer bei Eßstörungen

Während sich die unter den Methoden der Prävention dargestellten Vorgehensweisen vor allem dem primärpräventiven Bereich zuordnen lassen, beschäftigt sich dieses Kapitel vor allem mit der **sekundären Prävention** von Eßstörungen. Auf tertiäre Prävention wird hier nicht mehr eingegangen, da die Schule hier in ihren aktiven Möglichkeiten klar überfordert ist und sie in solchen Fällen fast ausschließlich die Funktion hat, „das richtige Hilfsangebot zu finden und die Betroffenen schulisch möglichst lange zu tragen“ (Waibel, 1993, S. 66).

Damit Lehrer bei der Prävention von Eßstörungen in der Schule mithelfen können, sind vor allem folgende Fähigkeiten oder Qualifikationen notwendig. Übernommen und ergänzt wurde diese Aufzählung von Tharinger & Vevier (1987, entnommen aus Born, 1994, S. 48f.), die sich mit den Grundvoraussetzungen beim Umgang mit sexuellem Mißbrauch in der Schulpraxis beschäftigt haben, und von Knigge-Illner (1995, S. 303f.), die die Hauptzielsetzungen des Curriculums bei der allgemeinen Suchtprävention berücksichtigt:

1. Schaffung einer vertrauensvollen, offenen Beziehung zu den Schülern, in der Probleme besprochen werden können.
2. Kenntnisse über Eßstörungen sowie Wahrnehmung und Einschätzung von emotionalen Anzeichen und Verhaltenssymptomen eßgestörter Kinder und Jugendlicher.
3. Aufbau von Handlungskompetenz, was die Fähigkeit zu einer adäquaten Reaktion auf die Entdeckung einer Eßstörung umfaßt, wie sie z.B. durch Beratungskennnisse bzw. Kenntnisse in Gesprächsführung gegeben sind. Weiterhin ist auch die Entwicklung eines Selbstverständnisses als präventiv tätiger Lehrer notwendig, was die Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbsterfahrung voraussetzt, so daß direkte und indirekte Unterstützung von Schülern nach der Diagnose einer Eßstörung gegeben ist.
4. Zusammenarbeit mit Kollegen und externen Einrichtungen (d.h. Wissen über konkrete therapeutische Möglichkeiten, Beratungsstellen und sozialpädagogische Institutionen).

Diese Qualifikationen können sowohl beim primärpräventiven Vorgehen gegen Eßstörungen wie bei themenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen nützlich sein. Sie erweisen sich jedoch besonders dann als hilfreich, wenn eine Eßstörungenproblematik bereits besteht und frühzeitig ein-

gegriffen werden sollte. Auf die Punkte 1 und 4 ist bereits in den vorhergehenden Kapiteln eingegangen worden. Im folgenden sollen vor allem die Qualifikationen **Kenntnisse über Eßstörungen** (Punkt 2) und **Aufbau von Handlungskompetenz** (Punkt 3) berücksichtigt werden.

5.4.1 Kenntnisse über Eßstörungen

Eine vertrauensvolle, offene Atmosphäre zwischen (Beratungs-)Lehrer und Schüler ist eine notwendige, aber noch nicht hinreichende Voraussetzung dafür, daß es zu einem (Beratungs-)Gespräch kommt, da viele Schüler entweder aus Scham oder mangelnder Krankheitseinsicht nicht über ihre Probleme reden. Um aber dennoch ein möglichst frühzeitiges Einschreiten zu ermöglichen, ist auf Seiten der Lehrer eine Verbesserung der Diagnosefähigkeit von Eßstörungen und ein entsprechender Umgang damit notwendig. D.h. Lehrer müssen sich zunächst theoretisch mit Eßstörungen auseinandersetzen, was im Rahmen der Lehrerfortbildung oder in Form von Arbeitsgemeinschaften möglich ist (vgl. Born, 1994, S. 50).

Viele Diagnosekriterien und -instrumente, die für Ärzte, Psychologen oder Psychotherapeuten beim Erkennen einer Eßstörung hilfreich sind, sind für Lehrer in der Schule ungeeignet. Zudem stellt sich die Frage, wie Lehrer eine erfolgreiche Diagnose stellen sollen, wenn selbst viele Fachleute hierbei scheitern.

Andererseits haben Lehrer sogenannten Fachleuten möglicherweise einiges voraus. So können Lehrer ihre Schüler in der Regel über einen längeren Zeitraum begleiten und beobachten, und sie haben die Möglichkeit, ein anderes bzw. besseres Vertrauensverhältnis zu ihren Schülern aufzubauen als beispielsweise Ärzte zu ihren Patienten.

Im folgenden werden einige Symptome aufgeführt, die möglicherweise auf eine Eßstörung hindeuten könnten:

- **Starke Gewichtsschwankungen über die Zeit:** Weniger entscheidend für eine Eßstörung scheint das absolute Gewicht einer Person zu sein, als vielmehr stärkere Gewichtsschwankungen innerhalb bestimmter Zeiträume. So kommt es nicht selten vor, daß Betroffene innerhalb einiger Wochen ihr Gewicht um bis zu 20 kg verändern.
- **Auffällige Eßgewohnheiten:** Hierzu gehört beispielsweise die Tendenz, Diätprodukte oder kalorienarme Nahrungsmittel dauerhaft zu bevorzugen wie Gurken, Möhren etc. bzw. gar

kein Pausenfrühstück mit in die Schule zu nehmen. Viele Eßgestörte nehmen in Gegenwart anderer meist keine oder nur geringe Mengen Nahrung zu sich (vgl. Harland & Siegel, 1996, S. 19).

- **Mangelhafte Teilnahme am Sport- oder Schwimmunterricht:** Da die meisten eßgestörten Frauen und Männer ihren Körper ablehnen und ihm demnach zu verstecken suchen, versuchen viele von ihnen, dem Sport- insbesondere dem Schwimmunterricht fernzubleiben. Eine Ausnahme dürften hier die Magersüchtigen darstellen, da sie durch exzessiven Sport bis zur totalen Erschöpfung versuchen, ihr Gewicht weiter zu reduzieren.
- **Sprechen über Figurmängel und Eßprobleme:** Aufmerksam werden sollten Lehrer, wenn Ihnen auffällt, daß Schüler Diät-Rezepte austauschen oder ihrer Figur ansonsten sehr starke Aufmerksamkeit schenken. Auch Fragen an die Lehrer über mögliche Wirkungen von Erbrechen, Diäten, Abführmitteln etc. können mögliche Hinweise auf eine Eßstörung sein. Viele Patienten, die unter Eßstörungen leiden, erklären, daß sie oft viele Zeichen gegeben hätten, um auf ihre Eßstörungen vorsichtig hinzuweisen (vgl. Meermann & Vandereycken, 1987, S. 19).
- **Sonstiges:** Neben den o.g. Punkten gibt es viele kleinere Auffälligkeiten, die auf eine Eßstörung hindeuten. So können z.B. die exzessive körperliche Aktivität oder Unruhe (Hyperaktivität), die anorektische Patienten häufig zeigen, ein Zeichen für eine zugrundeliegende Eßstörung sein. Ebenso gehören die mangelnde Krankheitseinsicht sowie die Verleugnung, unter einer Anorexia nervosa zu leiden, als typisches Krankheitsbild zu einer Magersucht. Inwiefern dieser Hinweis den Lehrern jedoch helfen dürfte, eine Diagnose zu treffen, ist zweifelhaft.

Weiterhin liegt nach Meermann & Vandereycken (1987, S. 68) bei von abweichendem Eßverhalten betroffenen Schülern häufig eine Kombination folgender Faktoren vor: *Bindungs-Autonomie-Konflikte*, d.h. Schwierigkeiten eine unabhängige, selbstsichere Person zu werden, *zwischenmenschliche Probleme* wie gesellschaftliche Introvertiertheit, soziale Ängste, fehlende Selbstsicherheit und Vermeidung oder negative Einstellung zu heterosexuellen Kontakten und *perfektionistische Tendenzen*.

Das Zusammentreffen all dieser Symptome wird aber nicht zu einem Eingreifen durch die Lehrer führen, wenn Ihnen Kenntnisse über das weitere Vorgehen und die nötige Handlungskompetenz fehlen. Denn das Gefühl von Hilflosigkeit kann so stark sein, daß es Lehrer daran hindert, etwas zu unternehmen.

5.4.2 Aufbau von Handlungskompetenz

Nach Born (1994, S. 51ff.) reicht es bei der Prävention nicht aus, daß sich Lehrer nur theoretisch mit dem Thema auseinandersetzen, sondern auch praktisch in Rollenspielen und durch Selbstexploration. So wird beispielsweise eine Lehrerin, die selbst unter Eßproblemen leidet bzw. eine Körperbildproblematik hat, Schwierigkeiten haben, einer Schülerin Strategien zu vermitteln, wie sie damit am besten umgehen kann. Nach Stahr et al. (1995, S. 103) ist es sehr schwierig, Präventionsarbeit umzusetzen,

solange Mädchen von anderen Frauen (Müttern, Lehrerinnen, Schwestern, Freundinnen) lernen, wie man abnimmt oder von anderen Bezugspersonen (...) dazu aufgefordert werden, ihr Gewicht einzuhalten oder zu reduzieren. Eine Präventionsarbeit, die erfolgreich sein will, muß daher bei der Bearbeitung des Körperideals und der (Diät)Erfahrungen der Multiplikatorinnen ansetzen (Striegel-Moore, 1988, zit. n. Stahr et al., 1995, S. 103).

Für einen männlichen Lehrer hingegen können sich Schwierigkeiten bei der Prävention gegen Eßstörungen dadurch ergeben, daß er als Mann schlanke Frauen bevorzugt, die Eßstörungsproblematik nicht nachvollziehen kann und eine Diskrepanz zwischen dem verbal Geäußerten und dem sonstigen Verhalten entsteht, was Schüler im allgemeinen sehr genau wahrnehmen (vgl. Stahr et al., 1995, S. 103). Da 50 % bulimischer und anorektischer Frauen Opfer sexuellen Mißbrauchs geworden sind, sinkt die Wahrscheinlichkeit eßgestörter Frauen, sich männlichen Lehrern gegenüber zu öffnen (vgl. Stahr et al., 1995, S. 72), was Männer als Ansprechpartner eßgestörter Schülerinnen unwahrscheinlicher macht.

Zur Handlungskompetenz von Lehrern gehören weiterhin praktische Qualifikationen wie Fähigkeiten in Gesprächsführung, um mit Problemen von Schülern angemessen umgehen zu können (siehe Kap. 4.4.1). Um solche Fähigkeiten zu erlernen und zu verbessern ist wiederum die Lehreraus- bzw. Lehrerfortbildung gefragt, die solche Fertigkeiten vermitteln müßten.

Lehrer, die ihre Schüler auch bei Problemen wie Eßstörungen „begleiten“ wollen, sollten darauf achten, sich selber Hilfe und Unterstützung z.B. in Form von Supervisionen beispielsweise beim Schulpsychologen bzw. beim Beratungslehrer oder bei entsprechenden Beratungsstellen zu holen.

5.5 Zusammenfassung

Die Schule als Präventionsort von Eßstörungen bietet sich an, da Eßstörungen größtenteils während der Pubertät auftreten. Durch primär- bzw. sekundärpräventives schulisches Vorgehen könnte demnach die Auftretenshäufigkeit von Eßstörungen vermindert, zumindest aber Betroffene frühzeitig erreicht und ihre „Heilungschancen“ verbessert werden. Für Schule als Ort eßstörungsbezogener Prävention spricht weiterhin, daß in der Schule zahlreiche Möglichkeiten der Prävention bestehen, sowohl im Unterricht als auch durch Aktionen, die außerhalb des regulären Unterrichts ablaufen. Außerunterrichtliche Aktivitäten bieten zudem die Möglichkeit, daß geschlechtsbezogen vorgegangen werden kann, was besonders im Hinblick auf eine „Frauenkrankheit“ wie Eßstörungen verschiedene Vorteile bietet.

Bei der Prävention von Eßstörungen sind vor allem fünf Methoden zu nennen, die in mehr oder weniger großem Umfang von Schule geleistet werden könnten: Aufklärung, Beratung, Training, Krisenintervention und systembezogene Prävention. Diese Methoden der Prävention sind überwiegend dem primären unspezifischen - wenn auch für Eßstörungen sehr sinnvollen - Kreis an Präventionsmaßnahmen zuzuordnen, was den Vorteil hat, daß durch solche Methoden einer Vielzahl von Störungen vorgebeugt werden kann.

Während Schule bei der tertiären Prävention in der Regel überfordert ist, wäre es für eine umfassende Eßstörungsprävention wünschenswert, daß der Bereich der Sekundärprävention von Schule abgedeckt werden könnte. Das bedeutet, daß Lehrer sowohl Kenntnisse über Eßstörungen erwerben müßten, um solche Störungen frühzeitig diagnostizieren zu können, als auch Handlungskompetenz, um mit solchen Auffälligkeiten angemessen umgehen zu können.

6 Untersuchung schulischer Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen

Die vorhergehenden Kapitel haben sich mit der Frage der Möglichkeiten und Grenzen allgemein-präventiven Vorgehens in der Schule und der konkreten schulischen Präventionsmöglichkeiten bei Eßstörungen beschäftigt. Dieses Kapitel soll nun überprüfen, welche Präventionsmaßnahmen allgemein und bei Eßstörungen im besonderen möglich ist. Dies erfolgt am Beispiel einer Haupt- und Realschule im ländlichen Raum unter Berücksichtigung des psychosozialen Netzes in der Umgebung.

6.1 Methodisches Vorgehen

Bei der für diese Untersuchung ausgewählten Vorgehensweise handelt es sich um ein exemplarisches Vorgehen. D.h. die vorliegende Arbeit soll keine repräsentative Stichprobe von Schulen und deren präventiven Möglichkeiten darstellen, sondern sie soll vielmehr an einer bestimmten Schule überprüfen, welche Voraussetzungen hier für schulische Prävention vorliegen. Diese Untersuchung wird insofern keine repräsentativen Ergebnisse erbringen können, welche sich auf alle Schulen übertragen lassen, allerdings können auf diese Weise mögliche Fehlerquellen repräsentativer Studien vermieden werden. Damit folgt die vorliegende Arbeit einer methodischen Tendenz in der 'Lehrer-Forschung', „die sich zwar weniger durch Repräsentativitätsansprüche, dafür aber durch größere *Alltagsnähe* auszeichnen“ (Ulich, 1996, S. 74).

Das gewählte Vorgehen läßt sich dabei der Feldforschung zuordnen, d.h. im Gegensatz zu Untersuchungen, die in Labors oder Kliniken vorgenommen werden, handelt es sich hier um eine Methode, die der Feldforschung zugeordnet werden kann. Felduntersuchungen, die der qualitativen Sozialforschung angehören (vgl. Mayring, 1990, S. 1), lassen sich dadurch definieren, daß sie „im Felde“ stattfinden, „d.h. in einer vom Untersucher möglichst unbeeinflussten, natürlichen Umgebung, wie beispielsweise einer Fabrik [...]“ (Bortz, 1984, S. 33) oder einer Schule.

Der Vorteil der Feldforschung

*liegt darin, daß die Bedeutung der Ergebnisse unmittelbar einleuchtet, weil diese ein Stück unverfälschter Realität charakterisieren (**hohe externe Validität**). Dieser Vorteil geht allerdings zu Lasten der internen Validität, denn die natürliche Belassenheit des Untersuchungsfeldes bzw. die nur bedingt mögliche Kontrolle störender Einflußgrößen läßt häufig mehrere gleichwertige Erklärungsalternativen der Untersuchungsbefunde zu (Bortz, 1984, S. 33f.).*

Mayring (1990, S. 39) problematisiert dagegen vor allem zwei Hauptschwierigkeiten der Feldforschung:

Wie soll der Forscher als Außenstehender, als Fremder Kontakt zum 'Feld' bekommen, wie kann er akzeptiert werden, Vertrauen gewinnen? Wenn dies gelingt, wie kann die Vielfalt an meist unsystematisch gesammeltem Material ausgewertet werden?

Um solch möglichen Schwierigkeiten gerecht zu werden, empfiehlt Mayring (1990) folgende - aus vier Schritten bestehende - Vorgehensweise der Feldforschung, die auch für die hier durchgeführte Untersuchung als Leitfaden dient:

- Festlegung der Fragestellung,
- Herstellung des Feldkontaktes,
- Materialsammlung und
- Auswertung.

6.1.1 Festlegung der Fragestellung

In dieser Diplomarbeit geht es um mögliche Präventionsmaßnahmen von Eßstörungen am Beispiel einer Haupt- und Realschule im ländlichen Raum. Als Schule, an der mögliche Präventionsmaßnahmen exemplarisch überprüft werden sollen, wurde die Haupt- und Realschule am Drömling in Rühren (Samtgemeinde Brome im Landkreis Gifhorn) gewählt.

Die übergeordneten Fragestellungen der Untersuchung lauteten (vgl. auch Kap. 1):

- 1) Welche vorbeugenden Maßnahmen gegen Eßstörungen in der Schule sind möglich? Welche Grenzen stehen dem gegenüber?
- 2) Auf welche Art der Unterstützung können die Lehrerinnen und Lehrer der Haupt- und Realschule am Drömling in Rügen zurückgreifen? Wohin können sie betroffene Schülerinnen und Schüler verweisen?
- 3) Welches tatsächlich durchführbare Konzept einer Eßstörungsprävention in der Haupt- und Realschule am Drömling ist unter Berücksichtigung des psychosozialen Angebotes im Rühener Raum denkbar?

Zu 1)

Während sich das 5. Kapitel mit möglichen schulischen Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen beschäftigt hat, sind schulische Grenzen von Prävention bereits in Kapitel 4 über allgemeine schulische Präventionsmaßnahmen behandelt worden.

Im empirischen Teil der Arbeit sollen daher die letzten beiden Fragestellungen untersucht werden. Dabei werden hier zunächst die bisher allgemein gehaltenen Fragestellungen konkretisiert.

Zu 2)

Um zu überprüfen, inwiefern die psychosoziale Versorgung in der Samtgemeinde Brome für Jugendliche gewährleistet ist, werden neben psychosozialen Institutionen in der näheren Umgebung wie Beratungsstellen, Gesundheitsamt und Krankenkassen auch die Existenz kirchlicher Jugendgruppen oder Mädchengruppen untersucht. All diesen Institutionen kommt eine besondere Bedeutung für das Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes und damit der Prävention bzw. Gesundheitsförderung zu.

Diese 2. Fragestellung umfaßt die Beschäftigung mit dem psychosozialen Netz in der Samtgemeinde Brome und Umgebung und läßt sich in folgende Teilfragen untergliedern:

- **Vorhandensein psychosozialer Institutionen im Bereich der Samtgemeinde Brome:** Welche Institutionen, die für die Jugendlichen der Samtgemeinde Brome in erreichbarer Nähe liegen und für diese auch zugänglich sind, gibt es?

- **Angebotsstruktur psychosozialer Institutionen im Bereich der Samtgemeinde Brome:** Welche Angebote bieten diese Institutionen an und wie niedrigschwellig sind die Angebote (d.h. wie häufig sind offene Sprechstunden, und ist die Inanspruchnahme der Leistungen kostenlos)? Gehören zu den Angeboten auch präventive Interventionen z.B. in Schulklassen oder die Beratung von Eßgestörten?

Zu 3)

Dieser Punkt soll untersuchen, inwiefern die unter Frage 1) zusammengefaßten Möglichkeiten schulischer Eßstörungsprävention in der Haupt- und Realschule am Drömling in Rügen umgesetzt werden können. Untersuchungsgegenstand sind die Lehrer dieser Haupt- und Realschule, da - wie bereits in Kapitel 4 dargestellt - eine erfolgreiche schulische Prävention nur durch und mit den Lehrern als Mediatoren möglich ist. Insofern soll diese Frage in erster Linie die Bereitschaft und Kapazität von Lehrern erfassen, sich allgemein-präventiv bzw. konkret „eßstörungs vorbeugend“ zu engagieren. Vor allem folgende Fragestellungen sind dabei von Interesse:

- **Einstellungen der Lehrer zur Prävention allgemein:** Inwiefern halten die Lehrer es für notwendig und die Schule für geeignet, die psychische Gesundheit ihrer Schüler zu stabilisieren oder zu verbessern? Inwiefern fühlen sich die Lehrer gut genug ausgebildet, um präventiv vorzugehen? Wäre bei entsprechender Veränderung der Lehrerausbildung und der Schule präventives Vorgehen gut möglich bzw. wird dafür die Notwendigkeit gesehen? Welche präventiven Maßnahmen werden von den Lehrern in der Schule für sinnvoll gehalten und wo liegen ihrer Meinung nach mögliche Grenzen schulischer Prävention?
- **Problembewußtsein und Kenntnisse der Lehrer über Eßstörungen:** Inwiefern halten die Lehrer Eßstörungen für ein relevantes Problem ihrer Schüler? Sind die Lehrer schon einmal mit Eßstörungen ihrer Schüler konfrontiert worden? Wie gut schätzen die Lehrer ihre Kenntnisse und Unterstützungsmöglichkeiten im Bereich Eßstörungen ein, und wären sie daran interessiert, mehr über Eßstörungen zu erfahren?
- **Einstellungen der Lehrer zur eßstörungsbezogenen Prävention:** Inwiefern halten Lehrer die Schule für geeignet, präventiv gegen Eßstörungen vorzugehen? Welche konkreten Maßnahmen sowohl für die Lehrer als Mediatoren als auch für die Schüler halten die Lehrer der Haupt- und Realschule in Rügen für denkbar?

Welche dieser konkreten Maßnahmen könnten sich die Lehrer vorstellen mitzugestalten?

D.h. ob und wenn ja, in welcher Form Vorbeugung gegen die Entstehung von Eßstörungen betrieben werden kann, hängt dabei von folgenden Bedingungen ab, die in die Untersuchung dieser Arbeit miteinfließen werden:

- 1) von dem Umfeld der Schule, aus dem die Schüler stammen, besonders des vorhanden psychosozialen Netzes für Jugendlichen
- 2) von den strukturellen Besonderheiten der Schule,
- 3) von den Einstellungen der Lehrer über die Funktion und die Aufgaben von Schule und den Lehrern,
- 4) von der Kapazität und Bereitschaft der Lehrer, sich vorbeugend gegen psychische Störungen zu engagieren und
- 5) von der Kapazität und Bereitschaft der Lehrer, vorbeugend gegen Eßstörungen tätig zu werden.

Um Antworten auf die o.g. Fragen zu finden, ist die Durchführung halbstrukturierter Interviews mit dem Schulleiter und dem Beratungslehrer geplant sowie ein Fragebogen, der an das gesamte Lehrerkollegium verteilt werden soll.

Die Durchführung halbstrukturierter Interviews soll dazu dienen, einen umfassenderen Überblick über die Gegebenheiten der Haupt- und Realschule in Rühren, der hier tätigen Lehrer und Schüler zu bekommen. Durch Interviews, die offene Antworten zulassen, ist es sehr gut möglich, umfangreiche Informationen zu ermitteln. Allerdings können aus Zeit- und Kostengründen nur eine begrenzte Anzahl von Interviewpartnern berücksichtigt werden. Da bei dieser Untersuchung aber die Einstellung und Bereitschaft bzw. Kapazität aller Lehrer zur schulischen Prävention berücksichtigt werden soll, werden in einem Fragebogen Daten von den einzelnen Lehrern erhoben. Sowohl die Durchführung als auch die Auswertung einer schriftlichen Befragung ist dabei wesentlich ökonomischer als das Durchführen und Auswerten einer Vielzahl von Interviews. Dadurch, daß beide Verfahren hier angewendet werden, sollen mögliche Fehlerquellen der einzelnen Methoden reduziert werden.

Um einen Überblick über die psychosozialen Institutionen und dessen Angebote im Bereich der Samtgemeinde Brome zu erhalten, werden zudem Fragebögen an psychosoziale Institutionen

in den nächstgrößeren Ortschaften und an die Kirchengemeinden der Samtgemeinde Brome versandt. Für diese Art des Vorgehens spricht vor allem die Zeitersparnis.

6.1.2 Herstellung des Feldkontaktes

Nach Mayring (1990) ist im Bereich der Feldforschung die Herstellung des Feldkontaktes ein wesentlicher Faktor für den Erfolg einer Untersuchung.

Um einen entsprechenden Kontakt zum „Feld Haupt- und Realschule Rühren“ herzustellen, wurde mit der Schulleitung besprochen, das geplante Vorgehen der Untersuchung im Rahmen einer Gesamtkonferenz vorzustellen. Dies bietet den Vorteil, daß alle Lehrer erreicht und auftretende Fragen und Mißverständnisse gleich besprochen werden können.

Damit sich die Lehrer bereits vor der Gesamtkonferenz auf das Kommen der Untersucherin einstellen und sich mit der Materie vertraut machen können, wurde ein Mitteilungsblatt entworfen, welches den Lehrern in ihr Fach gelegt wurde (siehe Anhang 1). Neben einer möglichen Zeitersparnis während der Dienstbesprechung sollte dieses Informationsblatt vor allem der Transparenz dienen. Bei dem Entwurf dieses Mitteilungsblattes wurde besonders darauf geachtet, Verständnis für die schwierige Situation von Schule und den darin beschäftigten Lehrern auszudrücken. Damit sollte erreicht werden, daß die Lehrer diese Untersuchung nicht nur mit zusätzlichen Aufgaben und Belastungen in Verbindung bringen, sondern daß sie den Versuch sehen, sie an dieser Untersuchung zu beteiligen und ihnen so „Stimmrecht“ zu geben.

In der am Nachmittag darauf stattfindenden Dienstbesprechung wurde auf folgende Fragen, die sich im Zusammenhang mit dieser Untersuchung stellen dürften, eingegangen:

1. Was sind Eßstörungen?
2. Was hat Schule mit der Prävention von Eßstörungen zu tun?
3. Warum soll dies beispielhaft an der Haupt- und Realschule Rühren überprüft werden?
4. Was ist die Aufgabe der Lehrer bei einer solchen Untersuchung und mit welchem Arbeitsaufwand ist das für sie verbunden?

Zu 1.: Zunächst wurde kurz darauf eingegangen, was unter Eßstörungen zu verstehen ist.

Denn obwohl die meisten Lehrer schon etwas von Magersucht oder Eß-Brech-Sucht

gehört hatten, wird mit Eßstörungen zunächst einmal Übergewicht und ungesunde Ernährung assoziiert - wie dies in Unterhaltungen mit und bei Fragen von den Lehrern deutlich wurde.

Zu 2.: Eßstörungen sind ein zunehmendes Problem, die überwiegend im Jugendalter auftreten, also in einer Zeit, wo alle Jugendlichen durch Schule erreicht werden können. Je eher Eßstörungen erkannt werden, um so leichter und erfolgreicher sind sie auch zu beheben.

Zu 3.: Es sollen Möglichkeiten und Grenzen schulischer Prävention erarbeitet werden. Um Kapazitäten aber auch Barrieren schulischer Prävention herauszufinden, ist man auf die Aussagen der Mitarbeiter, die davon betroffen sind (nämlich die Lehrer), angewiesen. Ansonsten besteht die Gefahr, daß außerschulische Experten weiterhin gute und sinnvolle Präventionsprogramme theoretisch erarbeiten, die jedoch praktisch selten umgesetzt werden.

Zu 4.: Bereits im Vorfeld der Untersuchung wurde durch Gespräche mit einzelnen Lehrern deutlich, daß die Bereitschaft, an einer Untersuchung mitzuwirken, nicht unerheblich mit dem verbundenen Zeitaufwand, den die Lehrer zu erbringen haben, zusammenhängt. Insofern sollte sich die Untersuchung in der Schule auf halbstrukturierte Interviews mit der Schulleitung und dem Beratungslehrer sowie einem Fragebogen, der von allen Lehrern auszufüllen ist, beschränken.

Das Ergebnis der ca. 20minütigen Vorstellung in der Dienstbesprechung war die Zustimmung des Kollegiums, an der Untersuchung mitzuwirken.

Die Kontaktherstellung zu den psychosozialen Institutionen im Bereich der Samtgemeinde Brome wie Beratungsstellen oder Kirchengemeinden fand schriftlich durch die Versendung eines Fragebogens statt.

6.1.3 Materialsammlung

Die für die Untersuchung benötigten Daten für die Schule wurden durch halbstrukturierte Interviews mit dem Schulleiter und dem Beratungslehrer der Haupt- und Realschule Rühren sowie durch einen Fragebogen, der an das gesamte Lehrerkollegium verteilt wurde, gewonnen.

Um einen Überblick über das psychosoziale Netz im Bereich der Samtgemeinde Brome zu erhalten, wurde jeweils ein Fragebogen für die psychosozialen Institutionen und für die Kirchengemeinden entworfen.

Im folgenden wird zunächst auf die Datenerhebungen in der Schule eingegangen, da es sich hierbei um den bedeutenderen Teil der Untersuchung handelt.

6.1.3.1 Aufbau und Durchführung der Teilstrukturierten Interviews

Es werden generell drei mögliche Varianten des Interviews unterschieden: das standardisierte, das nichtstandardisierte und das halbstandardisierte Interview.

„Standardisierte Interviews eignen sich für klar umgrenzte Themenbereiche, über die man bereits detaillierte Vorkenntnisse besitzt“ (Bortz, 1984, S. 166). Besonders hinsichtlich der Anwendung und Auswertung, der Vergleichbarkeit und der Gütekriterien sowie bei Reihenuntersuchungen ist das standardisierte Interview dem unstandardisierten überlegen (vgl. Fisseni, 1990, S. 165f.).

Das nichtstandardisierte Interview [...] hat sich vor allem in explorativen Studien bewährt, in denen man sich - evtl. zur Vorbereitung standardisierter Interviews - zunächst einen allgemeinen Überblick über Informationen und Meinungen zu einem Thema verschaffen will [...] (Bortz, 1984, S. 166).

Halbstandardisierte Interviews gewähren demgegenüber einerseits Raum für individuelle Variationen, geben aber andererseits Strukturen vor, die das Vorgehen und Auswerten erleichtern (vgl. Fisseni, 1990, S. 167). Bei halbstandardisierten Interviews ist ein Teil der Fragen „wörtlich vorformuliert [...]. Ein Teil kann aber im Gespräch neu formuliert werden: Es sind *Zusatzfragen* erlaubt und vorgesehen, ebenso ihre ‘individuelle’ Fixierung und Auswertung“ (Fisseni, 1990, S. 167).

Die mit dem Schulleiter und dem Beratungslehrer geführten Interviews waren teilstandardisiert bzw. halbstrukturiert, wobei die Strukturierung hinsichtlich der Fragen und der Antworten unterschieden werden kann (vgl. Keßler, 1992, S. 431). Während die Fragen zwar von Wortlaut und Reihenfolge her größtenteils vorgegeben waren, hat sich die Interviewerin dennoch die Freiheit genommen, die Fragen bei Unklarheiten seitens der Interviewten zu präzisieren oder Zusatzfragen zu stellen. Die Antworten der Interviewten waren dagegen unstrukturiert,

da keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben, sondern alle Reaktionsfreiheiten zugelassen wurden.

Die beiden Interviews wurden durchgeführt, um einen ersten Überblick über die Schule und die bisher vorhandenen präventiven Vorgehensweisen zu erhalten. Denn nicht jede Schule bietet die gleichen Voraussetzungen für Prävention (siehe auch Kap. 1.1 und Kap. 5.3.5).

In dem **Interview mit dem Schulleiter** (siehe Anhang 2) interessierten vor allem statistische Fragen wie Anzahl der Klassen, Schüler und Lehrer, um einen Überblick über die Struktur der Schule zu erhalten. Das Interview mit dem Schulleiter der Haupt- und Realschule Rügen wurde am 11.02.1997 im Büro des Schulleiters durchgeführt und dauerte ca. 30 Minuten.

Das **Interview mit dem Beratungslehrer** (siehe Anhang 3) fiel demgegenüber wesentlich umfangreicher aus, weshalb es zweckmäßig schien, dieses mit einem Tonbandgerät aufzuzeichnen. Das ca. 90 Minuten dauernde Gespräch mit dem Beratungslehrer fand am 21.02.1997 im Büro des Beratungslehrers statt. Vor allem Informationen zu folgenden Bereichen schienen für die Untersuchung interessant (siehe auch Kap. 4.4):

- 1) Ausbildung und Aufgabengebiete des Beratungslehrers,
- 2) Einschätzung der eigenen Beratungstätigkeit,
- 3) psychosoziales Netz im Bereich der Samtgemeinde Brome,
- 4) Unterrichtsablauf und außerunterrichtliche Schulveranstaltungen,
- 5) bisherige Präventionsmaßnahmen der Haupt- und Realschule Rügen und deren Einschätzung und
- 6) Beurteilung schulischer Präventionsmaßnahmen.

6.1.3.2 Aufbau des Fragebogens an das Lehrerkollegium und Durchführung der Untersuchung

Wenn Untersuchungsteilnehmer schriftlich vorgelegte Fragen (Fragebogen) selbständig schriftlich beantworten, spricht man von einer schriftlichen Befragung. Diese kostengünstige Untersuchungsvariante eignet sich besonders für die Befragung homogener Gruppen. Sie erfordert eine hohe Strukturierbarkeit der Befragungsinhalte und verzichtet auf steuernde Eingriffe eines Interviewers (Bortz, 1984, S. 180).

Bei dem für diese Untersuchung entworfenen Fragebogen (siehe Anhang 4) handelt es sich um einen teilstandardisierten Fragebogen mit überwiegend geschlossenen, aber auch einigen offenen Fragen.

Bei den **geschlossenen Items** wurden Behauptungen aufgeführt, deren Zutreffen die Versuchspersonen einstufen sollen.

Zur Erkundung von Positionen, Meinungen und Einstellungen sind Behauptungen, deren Zutreffen der Untersuchungsteilnehmer einzustufen hat, besser geeignet als Fragen. Mit ihrer Hilfe läßt sich die interessierende Position oder Meinung prononcierter und differenzierter erfassen als mit Fragen, die zum gleichen Inhalt gestellt werden. Die Frage ist üblicherweise allgemeiner formuliert und hält das angesprochene Problem prinzipiell offen. Realistische, tatsächlich alltäglich zu hörende Behauptungen sind demgegenüber direkter und veranlassen durch geschickte, ggf. gar provozierende Wortwahl auch zweifelnde, unsichere Befragungspersonen zu eindeutigen Stellungnahmen. (Bortz, 1984, S. 183).

Zur Beurteilung des Zutreffens dieser Behauptungen wurden 6er-Skalen verwendet: zum einen, um eine Tendenz zur Mitte zu vermeiden, zum anderen, da den Lehrern die Beurteilung in Form von Schulnoten von 1 bis 6 bekannt ist.

Die **offenen Fragen** dienen demgegenüber zur Klärung, warum bestimmte Positionen vertreten werden bzw. um auf vorhandenes Wissen der Befragten zurückzugreifen, das mit geschlossenen Fragen nicht erhoben werden kann.

Der Fragebogen an das Lehrerkollegium sollte vor allem Angaben zu folgenden Bereichen ermöglichen (zu den übergeordneten Fragestellungen siehe auch Kap. 6.1.1):

Teil I: Angaben zur Person

Um bei der Auswertung mögliche Zusammenhänge zwischen Antworten bzw. Einstellungen und Personenvariablen berücksichtigen zu können, wurden Angaben zur Person der Lehrer erfragt, die möglicherweise einen Einfluß auf die Antworttendenzen haben könnten wie Geschlecht, Alter, studiertes Lehramt (Haupt- oder Realschule), überwiegend eingesetzt in welcher Schulform und Jahre der Berufsausübung (vgl. auch Kap. 4.5, 4.5 und 5.4).

Teil II: Allgemeine Einstellungen zur Prävention in der Schule

In diesem zweiten Abschnitt werden einige allgemeine Einstellungen zur Schule und deren Funktion abgefragt. Vor allem interessiert, inwiefern Prävention gegen psychische Störungen allgemein nach Meinung der befragten Lehrer umgesetzt werden könnte bzw. sollte.

Dieser Teil des Fragebogens soll zudem die Funktion haben, den Lehrern als Einstieg für die weiteren Abschnitte zu dienen, da zu diesem allgemeinen Themenbereich - der ja direkt die Zuständigkeit der Lehrer berührt - jeder Lehrer eine Meinung haben dürfte und möglicherweise sogar gern dazu Stellung nimmt. Zudem kann es aufschlußreich sein zu ermitteln, ob Lehrer Schule generell für ungeeignet halten, Prävention zu betreiben oder ob sich eine möglicherweise ablehnende Haltung nur gegen die Prävention von Eßstörungen richtet, z.B. weil Eßstörungen für nicht relevant genug gehalten werden.

Die Items 1 und 2 sollen erfassen, inwiefern die Lehrer glauben, daß Schüler in den letzten Jahren schwieriger geworden sind bzw. ob das Ausmaß an psychischen Störungen bei den Schülern zugenommen hat, wohingegen Item 3 ermitteln soll, inwiefern Schule helfen kann, psychische Störungen bei Schülern einzudämmen (vgl. Kap. 4.6.2). Im Gegensatz zu Item 3 ist das Item 4 negativ formuliert, d.h. es soll die Einstellung zu der Behauptung, daß Schule nicht auch noch die Probleme von Schülern lösen kann, überprüft werden (siehe Kap. 4.2).

Das Item 5 soll ermitteln, ob Schule durch eine bessere personelle oder materielle Ausstattung gut präventiv tätig sein könnte (vgl. Kap. 4.6.1). Die Items 6 und 7 sollen erfassen, ob sich die Lehrer gut genug ausgebildet fühlen, um Prävention zu betreiben bzw. ob sie es für wesentlich hielten, daß die Fähigkeit zu präventivem Vorgehen während der Lehrerausbildung verstärkt berücksichtigt werden sollte (siehe Kap. 4.6.2). Item 8 - als letztes geschlossenes Item dieses zweiten Abschnitts - soll untersuchen, inwiefern Lehrer der Behauptung zustimmen, daß Therapie und Prävention nicht die Aufgabe von Schule sein kann (vgl. Kap. 4.2).

Die letzten beiden Items dieses Abschnitts sind offene Fragen, um zu überprüfen, worauf Zustimmung oder Ablehnung zur Prävention in der Schule zurückzuführen sind (siehe Kap. 4.6). Item 9 richtet sich an die Lehrer, die Prävention in der Schule für durchführbar halten und erfragt, welche Präventionsmaßnahmen in der Schule von den Lehrern für sinnvoll gehalten werden. Item 10 richtet sich an die Lehrer, die die Meinung vertreten, daß Schule nicht auch noch den Bereich der Prävention übernehmen kann, und möchte erfassen, warum sie dieser Meinung

sind. Da jedoch nicht zu erwarten ist, daß alle Lehrer eindeutig für oder gegen Prävention in der Schule sind, besteht für die Lehrer auch die Gelegenheit, auf beide Fragen zu antworten; d.h. die Lehrer können dazu Stellung nehmen, welche Möglichkeiten, aber auch Grenzen ihrer Meinung nach bei der schulischen Prävention existieren.

Teil III: Denkbare Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen in der Schule

Dieser Abschnitt beschäftigt sich damit, wie die Vorerfahrungen bzw. Vorkenntnisse der Lehrer in Bezug auf Eßstörungen sind, und welche präventiven Maßnahmen gegen Eßstörungen sie in der Schule für denkbar halten.

Um zu ermitteln, inwiefern Lehrer es für notwendig halten, sich mit möglichen Präventionsmaßnahmen in Bezug auf Eßstörungen auseinanderzusetzen, ist es nicht unerheblich, für wie bedeutsam sie das Problem von Eßstörungen in der Schule einschätzen (siehe Kap. 5.4). Dieser Aspekt soll durch Item 1 (geschlossenes Item) berücksichtigt werden. Ob Eßstörungen in der Schule als bedeutsam erlebt werden, dürfte unter anderem davon abhängen, ob Lehrer schon mit Eßstörungen bei ihren Schülern konfrontiert worden sind bzw. ob sie bei einigen Schülern schon den Verdacht einer Eßstörung gehabt haben. Frage 2 (ebenfalls geschlossene Frage, jedoch nur zweistufig mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten) soll solche möglichen Vorerfahrungen erfassen (vgl. Kap. 5.4). Einige Hinweise, die das Vorliegen einer Eßstörung andeuten können, sind in Klammern aufgeführt. An Item 2 ist eine offene Frage angehängt, die sich jedoch nur an die Lehrer richtet, die den geschlossenen Teil der Frage bejaht haben. Dieses zusätzliche Item soll aufklären, wodurch den Lehrern, die Item 2 mit „Ja“ beantwortet haben, das mögliche Vorliegen einer Eßstörung bei ihren Schülern auffiel.

Die Items 3 und 4 dieses III. Teils sollen erfassen, für wie gut die Lehrer Ihre Kenntnisse bzw. Unterstützungsmöglichkeiten bei Eßstörungen halten (siehe Kap. 5.4). Die Fragen 3 und 4 sind als geschlossene Items auf einer 6er-Skala einzustufen.

Item 5 führt verschiedene denkbare schulische Präventionsmaßnahmen in Bezug auf Eßstörungen auf, von denen jede einzelne von den Lehrern danach beurteilt werden soll, inwieweit diese ihrer Meinung nach in der Schule wirkungsvoll gegen Eßstörungen umgesetzt werden könnten (geschlossenes Item, 6er-Skala). Unterschieden wurden die Maßnahmen (auf die näher in Kapitel 4 und 5 eingegangen wurde) danach, ob sie sich an die Lehrer als Mediatoren oder an die Schüler richten.

Als Maßnahmen für die Lehrer wurden Einschätzungen für die Lehrerfortbildung (Kap. 4.6.3), die SCHILF (Kap. 4.6.3) und einem Gespräch mit dem Beratungslehrer (Kap. 4.4) aufgeführt, als Maßnahmen für die Schüler: Unterrichtseinheit, Aktionstag, Aktionswoche, regulärer Unterricht, Psychologieunterricht, Selbstsicherheitstraining und Streßbewältigungstraining (siehe Kap. 5.1 und Kap. 5.3). Es wurden bewußt Begriffe gewählt, mit denen die Lehrer mit relativ großer Wahrscheinlichkeit vertraut sind. Maßnahmen wie Selbsterfahrungsgruppen (vgl. Kap. 5.3.3.5) oder Lehrersupervision (siehe Kap. 4.6.3) wurden aus diesem Grunde nicht mit aufgeführt. Den Lehrern wird weiterhin die Möglichkeit gegeben, Maßnahmen zu nennen, die sie für denkbar halten, die in dem Fragebogen aber nicht berücksichtigt sind.

Die Items 6a (geschlossene Frage mit zwei Antwortmöglichkeiten) und 6b (offenes Item) fragen danach, ob die Lehrer daran interessiert wären, mehr über Eßstörungen zu erfahren und falls ja, was sie zum Thema Eßstörungen besonders interessieren würde.

Wie bereits in Kapitel 5 besprochen, werden Lehrer nur dann sekundärpräventiv tätig, wenn sie eine gewisse Handlungskompetenz besitzen. Dazu gehört auch das Wissen, wohin eßgestörte Schüler vermittelt werden können. Item 7 (offene Frage) soll deshalb Kenntnisse der Lehrer über das psychosoziale Netz im Rühener Raum ermitteln, indem gefragt wird, wohin die Lehrer eßgestörte Schüler verweisen würden (siehe Kap. 5.4).

Teil IV: Realisierbare Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen in der Schule

In diesem abschließenden Teil soll erhoben werden, inwiefern die Lehrer sich in der Lage sehen bzw. bereit wären, an der Realisierung bestimmter Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen mitzuwirken.

Um diesen Bereich abzudecken, wurde das Item 5 von Teil III wieder aufgegriffen. In diesem vierten Abschnitt sollen die Lehrer jedoch nicht nur beurteilen, in welchem Ausmaß sie die einzelnen aufgeführten Maßnahmen für denkbar hielten, sondern wie groß sie ihre Bereitschaft einstufen, an den einzelnen Maßnahmen mitzuwirken. Es war durchaus beabsichtigt, den Lehrern das gleiche Item nochmals darzubieten, um durch den Wiedererkennungseffekt das Bearbeiten dieser Aufgabe zu erleichtern, da der Fragebogen mit sechs Seiten ohnehin sehr zeitaufwendig ist.

Obwohl die Erhebungssituation dadurch hätte kontrolliert werden können, daß die Untersuchungsteilnehmer in Gruppen unter standardisierten Bedingungen bei Anwesenheit eines Untersuchungsleiters gleichzeitig schriftlich befragt werden (Bortz, 1984, S. 180), wurde in dieser Untersuchung bewußt darauf verzichtet. Da es sich um einen relativ umfangreichen Fragebogen handelt, wurde den Lehrern für die Beantwortung des Fragebogens vierzehn Tage Zeit gelassen. Die Beantwortung des Fragebogens sollte zwischen dem 02.06. und 13.06.1997 erfolgen.

Die Wahrscheinlichkeit von Rücksprachen unter den Lehrern steigt dadurch zwar an, wird aber nicht unbedingt als Nachteil für diese Untersuchung gesehen. Für Rückfragen wurde sogar bei der Instruktion auf den Beratungslehrer verwiesen (der vorher mit dem Fragebogen vertraut gemacht wurde), da sich die Versuchspersonen bei auftretenden Fragen wohl eher an eine bekannte Person richten werden, als die Untersuchungsleiterin telefonisch zu kontaktieren, obwohl dies bei der Instruktion ebenfalls angeboten wird. Da bei einer vierzehntägigen Fragebogen-Rücklaufzeit leicht vergessen werden kann, den Fragebogen auszufüllen und bzw. oder zurückzugeben, wurde zum einen ein großer Karton mit der Aufschrift „Fragebogen-Rücklauf“ gut sichtbar im Lehrerzimmer aufgestellt, zum anderen wurden Schulleiter und Beratungslehrer gebeten, kurz vor Ablauf dieser Frist nochmals um die Abgabe der Fragebogen zu bitten.

6.1.3.3 Aufbau des Fragebogens für die psychosozialen Institutionen und die Durchführung der Untersuchung

Wenn systembezogene Störungen und damit verbundene Präventionsmaßnahmen besprochen werden, werden meist die Lebensbedingungen und Einflußmöglichkeiten in Städten reflektiert. Die mit der höheren Bevölkerungsdichte der Städte zusammenhängenden offensichtlichen Probleme führen „häufig zu einer Pathologisierung der Stadt und alternativ dazu zur Romantisierung des Landlebens als ‘heile Welt’“ (Miller, 1991, S. 410). Nicht berücksichtigt wird dabei der sich negativ auswirkende Verzicht auf strukturpolitische Maßnahmen im ländlichen Raum und der damit verbundene physische und psychische Streß langer Wege zur Arbeit bzw. zur Schule sowie zum Konsum und zur Nutzung von Freizeitangeboten (vgl. Miller, 1991, S. 410). Untersuchungen haben gezeigt, daß die Rate an Verhaltensabweichungen in weniger dicht besiedelten Regionen vergleichbar mit der in städtischen Gebieten ist (vgl. Perrez, Büchel, Ischi, Patry & Thommen, 1985, S. 17), allerdings ohne die Existenz in der Stadt befindlicher psycho-

sozialer Institutionen wie Beratungsstellen. Auf die Bedeutung des psychosozialen Netzes wurde näher in Kapitel 3.4 eingegangen.

Für die Ortschaften der Samtgemeinde Brome und hier besonders des Dorfes Rühren gilt, daß aufgrund der relativen Nähe zu Wolfsburg (von Rühren ca. 12 km Entfernung) sehr große Baugebiete entstanden sind, ohne daß die Infrastruktur darauf ausgerichtet wäre. D. h. ein großer Teil der Bevölkerung arbeitet in der Volkswagen AG in Wolfsburg, wohnt aber im Umland. Durch eine solche Trennung zwischen Arbeit und Wohnen ist die Identifikation mit dem Wohnort sowohl zeitlich als auch psychisch erschwert, was in der Regel zur Folge hat, daß ein geringeres Engagement für Probleme des Wohnbereichs vorzufinden sind (vgl. Miller, 1991, S. 416).

Speziell für die Jugendlichen ist das Wohnen in solchen „Wohnghettos“, die sich zwar durch relativen Wohlstand, aber auch geringem Angebot an sozialen Einrichtungen, Freizeitaktivitäten und Beratungsstellen auszeichnen, besonders schwierig. Die Situation der Jugendlichen wird dadurch verschärft, daß Wolfsburg, Gifhorn und Wittingen als nächstgelegene Städte räumlich zu weit entfernt liegen, um sie zu Fuß oder mit dem Rad erreichen zu können. Der öffentliche Personennahverkehr stellt für Jugendliche von daher oft die einzige - und nicht gerade gut ausgebaute - Alternative dar, um die nächstgelegenen Städte zu erreichen.

Insofern stellt sich die Frage, inwiefern Schule mit Unterstützung der vorhandenen psychosozialen Institutionen präventiv (gegen Eßstörungen) vorgehen kann, da z.B. die nächsten Beratungsstellen zwischen 12 und 35 km entfernt sind, je nachdem aus welcher Ortschaft der Samtgemeinde Brome die Jugendlichen stammen. Da einige Jugendliche der Samtgemeinde Brome aber dennoch hin und wieder auf professionelle Hilfe angewiesen sein werden, soll hier untersucht werden, welche nächstgelegenen psychosozialen Einrichtungen mit welchen Angeboten existieren.

Der Fragebogen für die psychosozialen Institutionen (siehe Anhang 5) wie Beratungsstellen im Umkreis der Samtgemeinde Brome sollte Antworten auf folgende Fragen bieten (vgl. Kap. 3.4 und 5.4):

- Welche Institutionen, die für die Jugendlichen der Samtgemeinde Brome in erreichbarer Nähe liegen und für diese auch zugänglich sind, gibt es?

- Welche Angebote bieten diese Institutionen an und wie niedrigschwellig sind die Angebote (d.h. wie häufig sind offene Sprechstunden und ist die Inanspruchnahme der Leistungen kostenlos)? Gehören zu den Angeboten auch präventive Interventionen z.B. in Schulklassen oder Beratungen von Eßstörungen?

Die überwiegende Zahl der Items ist offen formuliert, um möglichst viele Informationen zu erfassen. Die wenigen geschlossenen Fragen bieten lediglich zwei Antwortalternativen, nämlich „Ja“ und „Nein“.

Die Items 1 und 2 (offene Fragen) sollen Namen und Ort sowie die Öffnungs- bzw. Beratungszeiten der befragten Institution erfassen. Item 3 (offene Frage) fragt nach der Größe des Einzugsgebietes einer Institution, und soll damit erfassen, ob auch Einwohner aus der Samtgemeinde Brome die angebotenen Beratungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen können. Item 4a (geschlossene Frage) dagegen soll konkret ermitteln, ob Klienten aus der Samtgemeinde Brome dieses Angebot auch wahrnehmen und falls ja (Item 4b = offene Frage), wie hoch in etwa der Prozentsatz ist.

Item 5 (offene Frage) soll erheben, welche Angebote die befragte Institution anbietet, während Item 6 (offenes Item) erfassen soll, an wen sich dieses Angebot vorwiegend richtet. In Item 7 (offene Frage) soll untersucht werden, welche dieser Angebote besonders stark wahrgenommen werden.

Item 8a (geschlossene Frage) fragt danach, ob die Inanspruchnahme der Leistungen der Institution kostenlos sind, während Item 8b (offene Frage) die Höhe der anfallenden Kosten für Beratungssuchende erheben soll, falls auf das Item 8a mit „Nein“ geantwortet wird.

Item 9a (geschlossene Frage) soll ermitteln, ob die befragte Institution Angebote anbietet, die besonders auf die Prävention bestimmter Störungen wie Suchterkrankungen etc. abzielen, während Item 9b (offene Frage) erheben soll, um welche es sich ggf. handelt.

Die Items 10a (geschlossene Frage) und 10b (offene Frage) sollen Aufschluß darüber geben, ob eine Institution ihre Angebote auch schon in Schulen vorgestellt hat und falls ja, um welche Angebote in welchen Bereichen es sich handelt. Item 11a (geschlossenes Item) und Item 11b (offene Frage) sollen ermitteln, ob eine Institution schon intensiver mit Schulen zusammenge-

arbeitet hat (z.B. themenzentriertes Arbeiten mit Schulklassen) und wenn ja, wie diese Zusammenarbeit aussieht bzw. ausgesehen hat.

Die Items 12a (geschlossenes Item) und 12b (offenes Item) fragen danach, ob eine Institution auch Klienten mit Eßstörungen berät und falls ja, wieviele dies in etwa sind, während Item 12c (offenes Item) nach Verweisungsmöglichkeiten fragt, falls eine Institution solche Beratungen längerfristig nicht übernimmt.

Sowohl beim Anschreiben als auch zum Abschluß des dreiseitigen Fragebogens wird darum gebeten, bei weiteren Kommentaren oder Anmerkungen bzw. bei Platzmangel die Rückseiten des Fragebogens zu beschriften.

In der Samtgemeinde selber existieren keine psychosozialen Institutionen wie Beratungsstellen. In die Befragung miteinbezogen wurden deshalb Institutionen, die sich in noch erreichbaren Entfernungen befinden, also in Wolfsburg, Gifhorn und Wittingen, wobei in Wittingen lediglich zwei Außenstellen von Gifhorner Beratungsstellen anzutreffen sind.

Angeschrieben wurden Kinder- und Jugendberatungsstellen, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Drogen- und Suchtkrankenberatungsstellen, Arbeiterwohlfahrt, eine Selbsthilfegruppe für Eßgestörte, Krankenkassen und Gesundheitsämter (eine Auflistung der angeschriebenen psychosozialen Institutionen kann Anhang 6 entnommen werden).

Es mag sich die Frage stellen, warum neben den herkömmlichen Beratungsstellen auch Einrichtungen wie die Beratungsstelle BALANCE für sexuell mißbrauchte Kinder und Jugendliche, die Gesundheitsämter und Krankenkassen in eine Untersuchung zum psychosozialen Netz integriert werden. Darauf soll im folgenden kurz eingegangen werden:

Beratungsstelle BALANCE für sexuell mißbrauchte Kinder und Jugendliche

Diese Beratungsstelle wurde zum einen für die Untersuchung mitausgewählt, da es eine Einrichtung ist, deren Angebote für Kinder und Jugendliche wichtig sein und auch von der Schule genutzt werden könnten. Weiterhin zeigt sich, daß 50 % der anorektischen und bulimischen Patientinnen Opfer sexuellen Mißbrauchs geworden sind (vgl. Stahr et al., 1995, S. 72), d.h. daß möglicherweise viele derjenigen, die in einer Beratungsstelle für sexuell mißbrauchte Kinder und Jugendliche Hilfe suchen, gleichzeitig unter Eßstörungen leiden.

Gesundheitsämter

Die Gesundheitsämter sollen berücksichtigt werden, da sie die eigentlichen Träger staatlicher Präventionsmaßnahmen sind und ihnen u.a. „die Durchführung der ärztlichen Aufgabe einer gesundheitlichen Volksbelehrung“ (Buchholz, zit. n. Mayer, 1995, S. 58) zugeordnet ist.

Krankenkassen

Die Krankenkassen wurden im Sozialgesetzbuch von 1975 mit den §§ 13 und 14 dazu aufgefordert, „ihre Versicherten über Gesundheitsgefahren und Möglichkeiten zur Verhütung von Krankheiten aufzuklären“ (Mayer, 1995, S. 59). Während der Schwerpunkt präventiven Vorgehens der Krankenkassen früher auf der Krankheitsfrüherkennung lag, ist diese zunehmend durch eine Vielfalt primärpräventiver Angebote seitens der Krankenkassen ergänzt worden, wie Informationsbroschüren, Vorträge, gesundheitsbezogene Kurse, die Durchführung von Ernährungsberatungen und Gesundheitstage und -wochen zeigen.

Den Krankenkassen kam demnach in den letzten Jahren ein nicht unerheblicher Umfang primärpräventiver Angebote zu. Dies erscheint im ländlichen Raum um so wichtiger, da hier ohnehin nur mangelhafte bzw. gar keine präventiven bzw. intervenierenden Angebote vorhanden sind. Nichtsdestotrotz fallen dem Sparzwang der Krankenkassen vorbeugende Maßnahmen zum Opfer, wie ein Artikel in der „Aller-Zeitung“ vom 21.01.1997 zeigt, in dem berichtet wird, daß die AOK Gifhorn-Wolfsburg-Helmstedt vorbeugende Kurse, von der Ernährung bis zur Aufklärung im Rahmen des Schulunterrichts, zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen ersatzlos gestrichen hat. „Die Kurse wenden sich nun an bereits von Krankheit Betroffene und zielen etwa darauf ab, eine Behandlung zu begleiten.“ Während allgemein-präventive Angebote zur Gesundheitsvorsorge gestrichen wurden, wie die Aufklärung über die Gefahren des Rauchens in Schulen, sind Kurse, die Raucher zu Nichtraucher machen sollen, weiterhin vorgesehen.

Da nicht alle Krankenkassen bei dieser Untersuchung berücksichtigt werden konnten, wurden nur diejenigen angeschrieben, von denen der Untersucherin bekannt war, daß sie spezielle Programme zur Sucht- oder Eßstörungsprävention angeboten haben.

Am 23.06.1997 wurden acht psychosoziale Institutionen in Wolfsburg, fünf Einrichtungen in Gifhorn und eine Beratungsstelle in Wittingen angeschrieben.

Da Beratungsstellen und mittlerweile auch Krankenkassen ein Interesse daran haben, mit ihren Angeboten bekannt zu werden, um durch einen großen Zulauf ihren finanziellen und personellen Bestand zu sichern, konnte davon ausgegangen werden, daß der Rücklauf relativ hoch ausfallen würde. Dennoch wurde beim Anschreiben darauf geachtet, daß das Begleitschreiben folgende Punkte enthält, die nach Bortz (1984, S. 185) den Fragebogenrücklauf erhöhen sollen:

1. Wer ist verantwortlich für die Befragung? (Genaue Anschrift und Telefonnummer),
2. Anrede des Befragten,
3. Warum wird die Untersuchung durchgeführt? (Verwendungszweck der Information),
4. Beschreibung des Auswahlverfahrens (Hervorheben der Bedeutung jeder einzelnen, individuellen Antwort),
5. Antwortappell,
6. Dank für die Mitarbeit,
7. Unterschrift des Umfrageträgers.

Zudem wurde dem Fragebogen ein beschrifteter und frankierter Rückumschlag beigelegt, was den Rücklauf weiterhin erhöhen sollte.

6.1.3.4 Aufbau des Fragebogens für die Kirchengemeinden und Durchführung der Untersuchung

In der Samtgemeinde Brome sind viele große Baugebiete entstanden, da hier für eine große Anzahl der VW-Angestellten bezahlbare Grundstückspreise und dennoch relative Nähe zur Arbeitsstadt Wolfsburg zu finden ist. Die soziale Infrastruktur und damit die Kommunikationsstruktur - wie sie z.B. durch Cafés gegeben sein könnte - ist auf solche Menschenzuwächse jedoch nicht ausgerichtet. Besonders schwierig ist die Situation für Jugendliche, insbesondere für Jugendliche, die mit ihren Familien aus der ehemaligen DDR zugezogen sind, da diese durch die vielen Jugendverbände selten unter „sozialer Isolation“ leiden mußten und nun mit nur sehr geringen Angeboten für Jugendliche zurechtkommen müssen.

Kirchen bieten den Jugendlichen in der Samtgemeinde Brome neben der Schule oft die einzige Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten, so daß sie in dieser Arbeit

als primärpräventive Möglichkeit gegen psychische Störungen wie Eßstörungen berücksichtigt werden.

Der für die Kirchengemeinden entworfene dreiseitige Fragebogen soll vor allem erfassen, welche jugendspezifischen Angebote seitens der einzelnen Kirchen vorliegen und wie niedrigschwellig dieses Angebot ist; d.h. inwiefern haben auch nicht- oder anderskonfessionelle Jugendliche die Möglichkeit, diese Angebote wahrzunehmen (siehe Kap. 3.4). Der Fragebogen an die Kirchengemeinden in der Samtgemeinde Brome kann in Anhang 7 eingesehen werden.

Art und Reihenfolge der Fragen ist ähnlich wie in dem Fragebogen für die psychosozialen Institutionen, wobei darauf geachtet wurde, das Begleitschreiben und die Fragen so zu formulieren, daß sie auch von Nichtexperten verstanden werden können. Die meisten Fragen sind offen. Die geschlossenen Fragen bieten jeweils nur zwei Antwortalternativen, nämlich „Ja“ und „Nein“.

Die Items 1 und 2 (offene Fragen) des Fragebogens sollen Name, Ort, Konfession und Einzugsgebiet der Kirchengemeinden erfassen.

Die Items 3a (geschlossenes Item) und 3b (offene Item) fragen danach, ob Einzelberatung für Jugendliche angeboten wird, und wenn ja, wer diese anbietet und aufgrund welcher Probleme die Jugendlichen dieses Angebot in Anspruch nehmen. Item 4 (offene Frage) soll ermitteln, welche Gruppen für Jugendliche von den einzelnen Kirchengemeinden angeboten werden.

Die Items 5a (geschlossene Frage) und 5b (offene Frage) sollen untersuchen, ob es niedrigschwellige Angebote für Jugendliche gibt (ob auch Jugendliche, die keiner oder nicht der entsprechenden Konfession angehören, teilnehmen dürfen) und wenn ja, um was für Gruppen es sich handelt. Noch konkreter auf die Prävention von Eßstörungen bezogen sind die Items 6a (geschlossene Frage) und 6b (offene Frage), die nach dem Vorhandensein spezieller Gruppen für junge Frauen fragen und falls ja, um was für eine Gruppe mit welcher Intention und mit wievielen Teilnehmerinnen es sich handelt.

Da in der Kirche beschäftigte Personen häufig mit anderen Gemeinden zusammenarbeiten, kann es durchaus lohnend sein, auf die psychosozialen Kenntnisse von Kirchenmitarbeitern zurückzugreifen. Deshalb fragen die Items 7a (geschlossene Frage) und 7b (offenes Item) danach, ob - wenn keine eigenen Mädchengruppen angeboten werden - andere Mädchengruppen

in der Samtgemeinde Brome bekannt und wenn ja wo und von wem ausgehend diese initiiert sind.

Die Items 8a (geschlossene Frage) und 8b (offene Frage) sollen erfassen, ob seitens der Kirchengemeinde Angebote bestehen, die auf die Prävention bestimmter Störungen abzielen und wenn ja, um welche es sich handelt.

Abschließend fragen die Items 9a (geschlossene Frage) und 9b (offene Frage) danach, ob der betreffende Kirchenmitarbeiter schon Kontakt mit eßgestörten Jugendlichen hatte (Symptome für Eßstörungen werden mitaufgeführt) und falls ja, um welche wie häufigen Eßauffälligkeiten es sich handelte.

Sowohl beim Anschreiben als auch zum Abschluß des Fragebogens wird darum gebeten, weitere Anmerkungen oder Kommentare auf die Rückseite zu schreiben.

Der Fragebogen wurde am 23.06.1997 mit der Bitte verschickt, diesen bis zum 08.07.1997 zurückzusenden. Aus Zeit- und Kostengründen wurden nur die großen Kirchen, also katholische und evangelische, berücksichtigt, so daß nur sechs Kirchengemeinden übrigblieben (die Auflistung der angeschriebenen Kirchengemeinden kann Anhang 8 entnommen werden).

Um einen möglichst hohen Fragebogenrücklauf zu erzielen, wurde auch diesem Fragebogen ein frankierter und beschrifteter Rückumschlag beigelegt. Weiterhin wurden die gleichen Punkte beim Begleitschreiben beachtet wie beim Fragebogen an die psychosozialen Institutionen, mit einer Ergänzung: der Bitte um Rücksendung bis zum 08.07.1997.

6.2 Auswertung und Ergebnisse

6.2.1 Auswertung der teilstrukturierten Interviews

6.2.1.1 Interview mit dem Schulleiter

Im folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse des Interviews mit dem Schulleiter dargestellt:

Angaben zur Haupt- und Realschule Rühren

Die seit 1976 bestehende Haupt- und Realschule Rühren bezieht ihre Schüler aus dem gesamten Gebiet der Samtgemeinde Brome. Die Rühener Schule hat vor allem Schwierigkeiten, ihre 20 Klassen (zehn Hauptschul- und zehn Realschulklassen) räumlich unterzubringen, was dazu geführt hat, daß bereits Fachräume als Klassenräume genutzt werden müssen.

Angaben zu den Schülern

Zum Zeitpunkt des Interviews am 11.02.1997 hatte die Haupt- und Realschule Rühren 458 Schüler, wovon 249 männlich und 209 weiblich sind. Auf die Hauptschule gehen 225 Schüler (männlich: 130; weiblich: 95), auf die Realschule 233 (männlich: 119; weiblich: 114). Die Klassenstärke reicht in der Hauptschule von 18 bis 24 Schüler und in der Realschule von 18 bis 30 Schüler. Das Alter der Schüler liegt je nach besuchter Klasse zwischen zwölf bis maximal siebenzehn Jahren.

Angaben zu den Lehrern

Die Schüler werden von 28 Lehrern und zwei weiblichen Angestellten (die für den Bereich Hauswirtschaft, Technik und Textile Fertigung zuständig sind) unterrichtet. Von den Lehrern sind zehn weiblich und achtzehn männlich. Zwölf der Lehrer sind studierte Hauptschullehrer, während sechzehn Lehrer aus dem Kollegium Realschullehramt studiert haben. Allerdings ist es zunehmend nötig, Realschullehrer als Hauptschullehrer einzusetzen und umgekehrt, da von der Bezirksregierung dieser Aspekt bei der Zuweisung von Lehrern an die Haupt- und Realschule Rühren oft nicht berücksichtigt wird.

Das Durchschnittsalter des Lehrerkollegiums der Haupt- und Realschule in Rühren liegt bei 43,5 Jahren. Die Hauptschullehrer haben wöchentlich 27,5 Stunden zu unterrichten, die Realschullehrer 26,5 Stunden wöchentlich (wobei zur Zeit bevorzugt Lehrer auf „halben“ oder „dreiviertel“ Stellen eingesetzt werden).

6.2.1.2 Interview mit dem Beratungslehrer

Anhand der unter Abschnitt 6.1.3.1 dargestellten Fragenbereiche werden im folgenden die für die Untersuchung wesentlichen Aspekte des Beratungslehrers, Herrn Brunke, dargestellt (eine ausführlichere Zusammenfassung des Interviews mit dem Beratungslehrer kann Anhang 3 entnommen werden):

1) Ausbildung und Aufgabengebiete des Beratungslehrers:

Der Beratungslehrer der Haupt- und Realschule Rügen hat seine Qualifikation über einen viersemestrigen, der Lehrerausbildung nachfolgenden, Fernstudiengang erworben. Besonders das Erlernen von Gesprächsführungstechniken nach Rogers nahm einen großen Raum in der Ausbildung zum Beratungslehrer ein. Um einen Überblick über psychische Störungen zu erhalten, wurden im Rahmen der Ausbildung psychosoziale Einrichtungen vor Ort besucht.

Die Ausbildung zum Beratungslehrer wird im nachhinein als „ausreichend“ beurteilt. Vor allem theoretische Inhalte der Ausbildung geraten zunehmend in Vergessenheit, da sie selten in der Praxis des Beratungslehrers benötigt werden. Die praktische Ausbildung hingegen sei sehr gut. Vor allem die Möglichkeit, schwere Fälle an die Schulpsychologin weiterzureichen oder im Rahmen einer einmal monatlich stattfindenden Supervision zu besprechen, wird als gut und erleichternd beschrieben. Nicht genügend Berücksichtigung während der Beratungslehrausbildung fand der Bereich der Schullaufbahnberatung, die einen großen Raum in der Praxis des Beratungslehrers einnimmt.

Der Beratungslehrer, der fünf Stunden wöchentlich für seine Beratungstätigkeit zur Verfügung hat, dient in erster Linie als „Ansprechpartner“ für Schüler, Eltern und Lehrer, wobei die Arbeitsschwerpunkte von Zeit zu Zeit variieren. Am Anfang des Schuljahres überwiegt vor allem die Arbeit mit Hauptschullehrern, die gerade eine siebente Klasse übernommen haben und dann häufig auf die Hilfe des Beratungslehrers zurückgreifen. Besonders Berufsanfänger, die mit einer siebenten Hauptschulklasse arbeiten sollen, erfahren häufig erst einmal einen Praxisschock, da sie gewohnt sind, streng nach Lehrplan zu unterrichten, was bei solchen Schulklassen schwierig ist. Gegen Ende des Schuljahres überwiegt dagegen die Schullaufbahnberatung mit Schülern und Eltern.

Nach Angaben von Herrn Brunke wird das Beratungsangebot von den Schülern gut wahrgenommen, wobei mehr Haupt- als Realschüler auf die Hilfe des Beratungslehrers zurückgreifen. Die häufigsten Probleme treten im Lern- oder Leistungsbereich auf, aber auch Probleme mit Lehrern oder Mitschülern sind häufige Beratungsanlässe. Mit schwereren psychischen Problemen kommt Herr Brunke selten in Kontakt, und wenn, verweist er diese weiter.

Der Austausch und die Zusammenarbeit mit anderen Lehrern beurteilt Herr Brunke als gut. Allerdings kommt es auch häufiger vor, daß Lehrer, die mit bestimmten Schülern nicht zurecht kommen, diese „zur Strafe“ zum Beratungslehrer schicken.

Mit Symptomen einer Eßstörung haben sich bisher noch keine Schüler an den Beratungslehrer gewandt, allerdings sind seine Kenntnisse über Eßstörungen eigenen Angaben zufolge auch nur laienhaft: „Man kennt solche Dinge wie Magersucht, aber nicht vertieft. Deshalb fehlt auch der Zugang. Wenn man nichts davon weiß, wird man den Schülern damit auch nicht näherrücken.“

2) Einschätzung der eigenen Beratungstätigkeit:

Insgesamt wird die Tätigkeit des Beratungslehrers von diesem als zufriedenstellend beurteilt, da es im kleinen Rahmen auch immer wieder Erfolgserlebnisse gibt. Allerdings kommt es auch immer wieder vor, daß er als Beratungslehrer überfordert ist.

Die meisten der Schüler, die das Beratungsangebot annehmen, sind weiblich. Herr Brunke schließt jedoch nicht aus, daß bestimmte frauenspezifische Probleme unter Frauen ganz anders besprochen werden würden.

3) Psychosoziales Netz im Bereich der Samtgemeinde Brome:

Aus der Ausbildungszeit zum Beratungslehrer besitzt Herr Brunke noch eine Überblicksliste über psychosoziale Institutionen vor Ort. Wenn Überweisungen empfohlen werden, dann jedoch häufig zur Erziehungsberatungsstelle. Ob diesen Empfehlungen Folge geleistet wurde, erfährt man als (Beratungs-)Lehrer in der Regel jedoch nicht mehr. Bei schwerwiegenderen Problemen würde der Beratungslehrer der Haupt- und Realschule Rühren allerdings zuerst mit der Schulpsychologin sprechen, bevor er die Schüler zu einer bestimmten Institution verweist. Ebenso würde er verfahren, wenn sich ein eßgestörter Schüler oder eine eßgestörte Schülerin an ihn wenden würde.

4) Unterrichtsablauf und außerunterrichtliche Schulveranstaltungen:

Die Frage, ob im Unterricht neben der Wissensvermittlung noch Platz für andere Aspekte, also Dinge bleibt, die die Schüler bewegen, bejaht Herr Brunke. Er würde sich sogar wünschen, daß es mehr solcher Interessensbekundungen geben würde.

Alternativ zum normalen Lehrbetrieb gab es bereits Projektwochen, eine Gesundheitswoche, einen Verkehrstag und Sportveranstaltungen (im Winterhalbjahr: Basketballturniere, im Sommerhalbjahr: Bundesjugendspiele). Außerdem finden circa zwei Mal im Jahr von den Schülern organisierte und von den Lehrern beaufsichtigte Discos in den Schulräumen statt.

Mitbeteiligt werden die Schüler vor allem an den Projekt- bzw. Aktionswochen, für die von den Schülern Wünsche gesammelt werden, die man versucht zu verknüpfen. So ist Sport immer eine beliebte Sache. Damit aber nicht jede Aktionswoche schwerpunktmäßig nur Sport bietet, wird versucht, diese unter ein Thema zu stellen, wie z.B. Gesundheit, wozu Angebote wie Fußball oder andere Sportarten, gesund essen, Seidenmalerei usw. laufen könnten.

5) Bisherige Präventionsmaßnahmen der Haupt- und Realschule Rügen und deren Einschätzung:

Die bisherigen an der Haupt- und Realschule Rügen durchgeführten Präventionsmaßnahmen bezogen sich überwiegend auf den Drogen- und AIDS-Bereich. Bei diesen Präventionsmaßnahmen, die im normalen Unterricht, in der Regel im Sozialkunde- oder Religionsunterricht stattfinden, wurden entweder Betroffene oder Experten zu einem Thema eingeladen, die dann mit den Schülern diskutieren. Ob solche Aktionen jedoch durchgeführt werden, hängt stark vom Engagement der unterrichtenden Lehrer ab.

Obwohl es der Beratungslehrer wichtig findet, daß die Schüler informiert und aufgeklärt werden, glaubt er nicht, daß durch solche Maßnahmen tiefgreifende Bewußtseinsveränderungen hervorgerufen werden. Um große Veränderungen bei den Schülern zu bewirken, fehlen der Schule die Rahmenbedingungen, da Unterricht eben immer noch im Mittelpunkt von Schule steht und der Rest nebenbei läuft. Wenn etwas verändert werden soll, müßten zunächst mal bei den Lehrern Bewußtseinsänderungen bewirkt werden. „Im Umweltbereich ist dies weitgehend gelungen. Aber es ist auch ein langer Zeitraum gewesen.“

6) Beurteilung schulischer Präventionsmaßnahmen:

Damit eine Bewußtseinsänderung der Lehrer eintritt, was nach Meinung des Beratungslehrers für verstärkt präventives Vorgehen erforderlich ist, wäre eine veränderte Ausbildung nötig. So hat im Vergleich zu früher (vor ca. 20 Jahren) die Lehrerarbeitszeit zugenommen, die Klassen sind größer und die Schüler schwieriger geworden. An der Lehrerausbildung

hat sich jedoch nicht viel verändert, d.h. die Lehrer werden in der Universität immer noch zu „traditionellen“ Lehrern ausgebildet. Nach Meinung des Beratungslehrers ist jedoch eine andere Lehrerausbildung mit anderen Schwerpunkten sinnvoll. Denn heute kann nur ein Lehrer, der über pädagogische Fähigkeiten verfügt, Wissensvermittlung betreiben, da pädagogische Fähigkeiten eine Voraussetzung dafür sind, die Schüler erreichen bzw. ansprechen zu können.

Lehrerfortbildungsprogramme werden nach Ansicht des Beratungslehrers eigentlich immer gerne wahrgenommen (mit der Schulleitung ist abgesprochen, daß dies ein- bis zweimal im Jahr geschehen kann), wobei sich die Lehrer sehr stark darin unterscheiden, ob sie eher fachliche oder mehr pädagogische Fortbildungen bevorzugen. Die letzten beiden SCHILFS, die stattgefunden haben, behandelten die Themen „Rechtsfragen“ und „Gewalt in der Schule“.

6.2.2 Diskussion der teilstandardisierten Interviews

Um überprüfen zu können, ob die hier diskutierten Präventionsmaßnahmen auch auf andere Schulen übertragbar sein könnten, war die Erhebung statistischer Daten zur Schule, zu den Schülern und den Lehrern mit dem Schulleiter notwendig.

Um einen intensiveren Einblick in die Arbeit eines Beratungslehrers zu bekommen und erste Einschätzungen darüber, was für Präventivmaßnahmen dieser für durchsetzbar und sinnvoll hält, ist auch das lange Interview mit dem Beratungslehrer gerechtfertigt.

Beide Interviews haben einen Einfluß auf die Gestaltung des Fragebogens für das Lehrerkollegium gehabt.

6.2.3 Auswertung des Fragebogens an das Lehrerkollegium

Im folgenden soll auf die einzelnen Ergebnisse des Fragebogens an das Lehrerkollegium genauer eingegangen werden, wobei jedoch nicht jeder Fragenkomplex mit der gleichen Intensität behandelt werden kann. Der Fragebogen an das Lehrerkollegium kann in Anhang 4 eingesehen werden.

Teil I: Angaben zur Person

Der Rücklauf des Fragebogens an das Lehrerkollegium betrug 78,57 %; d.h. von den 28 Lehrern haben 22 geantwortet. Darunter waren 14 Männer und 8 Frauen; d.h. prozentual haben mehr Frauen als Männer geantwortet. Deutlicher ist der Unterschied jedoch noch zwischen Haupt- und Realschullehrern. Während der Rücklauf für die Hauptschullehrer 91,67 % (elf von zwölf) betrug, lag der Rücklauf für die Realschullehrer mit 68,75 % (elf von sechzehn) deutlich niedriger. Aufgrund der geringen Stichprobe müssen die prozentualen Angaben jedoch mit Vorsicht betrachtet werden.

Die Fragen nach dem studierten und dem überwiegend ausgeübten Lehramt war insofern wenig aufschlußreich, als nur eine der Versuchspersonen überwiegend in der Hauptschule eingesetzt ist, obwohl sie Realschullehramt studiert hat.

Teil II: „Allgemeine Einstellungen zur Prävention in der Schule“ (Items 1-8)

In Tabelle 1 sind die ersten acht Items (geschlossene Fragen mit sechsstufiger Antwortskala) des zweiten Teils mit den gemittelten Antworten aufgeführt. Um diese Werte visuell zu veranschaulichen werden die Gesamtmittelwerte in Abbildung 10 graphisch dargestellt.

Tab. 1: Gesamtmittelwerte zu den Items 1 bis 8 des II. Fragebogenteils

1	Schüler sind in den letzten Jahren schwieriger geworden.	1,59
2	Das Ausmaß psychischer Störungen ist bei den Schülern in den letzten Jahren größer geworden	1,5
3	Schule kann Schülern vorbeugend helfen, keine so starken Störungen zu entwickeln.	3,77
4	Schule kann nicht auch noch die Probleme von Schülern lösen.	3,18
5	Wenn Schule personell oder materiell besser ausgestattet wäre, könnte sie gut präventiv tätig sein.	2,27
6	Durch meine Ausbildung fühle ich mich gut genug vorbereitet, um vorbeugend gegen psychische Störungen der Schüler vorzugehen.	4,27
7	Die Fähigkeit zu präventivem Vorgehen gegen psychische Störungen sollte während der Lehrerausbildung verstärkt berücksichtigt werden.	2,36
8	Therapie und Prävention kann nicht Aufgabe von Schule sein.	3,5

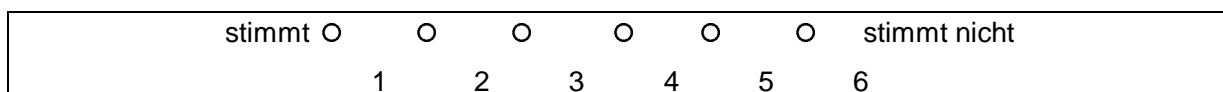
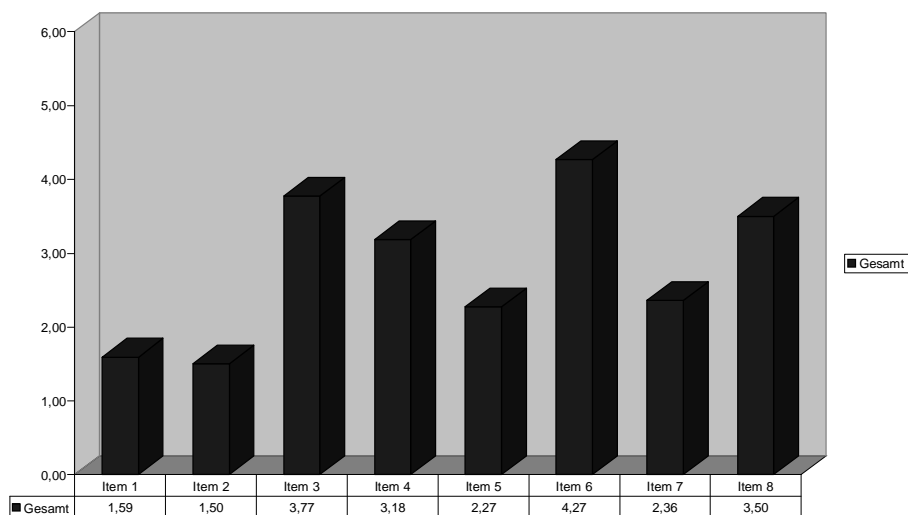
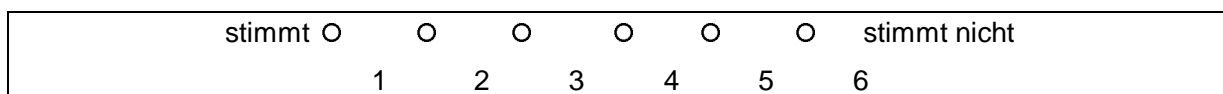


Abb. 10: Gesamtmittelwerte für die Items 1 bis 8 des II. Fragebogen-Teils

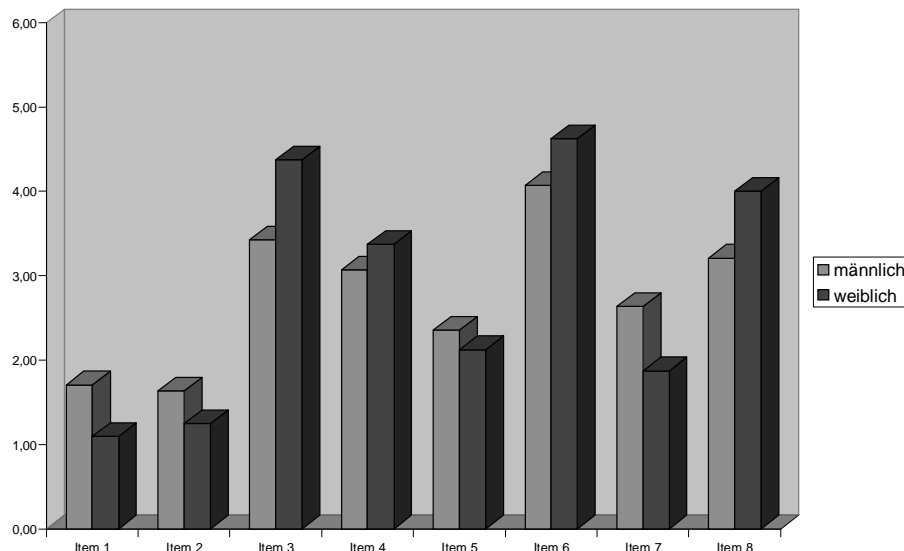
Wie aus Tabelle 1 und Abbildung 10 ersichtlich wird, fallen vor allem die Antworten zu den Items 1 („Schüler sind in den letzten Jahren schwieriger geworden“) und 2 („Das Ausmaß psychischer Störungen ist bei den Schülern in den letzten Jahren größer geworden“) relativ eindeutig, nämlich zustimmend aus. Auffällig ist auch die Beantwortung von Item 6, da sich die meisten Lehrer eher nicht so gut vorbereitet fühlen, um vorbeugend gegen psychische Störungen der Schüler vorzugehen.

Ansonsten bewegen sich die Antworten eher im Mittelbereich. Unterschiede ergeben sich lediglich dann, wenn einzelne Angaben zur Person berücksichtigt werden. Allerdings können die dargestellten Ergebnisse aufgrund der geringen Stichprobengröße ($N = 22$) nur mit Vorsicht interpretiert und keine allgemeingültigen Aussagen abgeleitet werden.

Die genauen Ergebnisse des II. Fragebogenteils können den Tabellen in Anhang 9 entnommen werden.

Geschlecht

Das Geschlecht der Lehrer scheint einen Einfluß auf die Beantwortung bestimmter Fragen zu haben, wobei das folgende Diagramm zunächst die Mittelwertsunterschiede bezüglich des Geschlechts graphisch darstellt.



stimmt	○	○	○	○	○	○	stimmt nicht
	1	2	3	4	5	6	

Abb. 11: Mittelwerte bez. des Geschlechts zu den Items 1 bis 8 des II. Fragebogenteils

Abbildung 11 zeigt, daß die Lehrerinnen dieser Stichprobe ihre Schüler wesentlich schwieriger und mit mehr psychischen Problemen kämpfend erleben (wie durch die Items 1 und 2 erfaßt) als ihre männlichen Kollegen. Bei Item 3 (ob Schule Schülern helfen kann, keine so starken Störungen zu entwickeln) lagen die Lehrerinnen fast einen ganzen Skalenpunkt niedriger als die Lehrer, die die Möglichkeiten der Schule im Hinblick auf die Prävention psychischer Störungen wohl etwas positiver beurteilen.

Item 6 weist darauf hin, daß sich die männlichen Lehrer zwar eher nicht so gut ausgebildet fühlen, um gegen psychische Störungen der Schüler vorzugehen, damit stufen sie ihre in der Ausbildung erworbene Fähigkeit aber immer noch positiver ein, als ihre Kolleginnen. Möglicherweise aufgrund dieser mangelhaften Beurteilung ihrer Kompetenz für präventives Vorgehen stimmen die Lehrerinnen der Forderung nach einer Lehrerausbildung, die präventives Vor-

gehen gegen psychische Störungen verstärkt berücksichtigen soll (Item 7), deutlicher zu als ihre männlichen Kollegen.

Obwohl die männlichen Lehrer die Möglichkeiten von sich und der Schule positiver in Bezug auf präventives Vorgehen einstufen als die Lehrerinnen, stimmen die Lehrer der Aussage, daß Therapie und Prävention nicht Aufgabe von Schule sein kann, eher zu, während die Lehrerinnen diese Aussage eher ablehnen.

Alter

Zur Auswertung der Items wurde neben dem Geschlecht, dem ausübenden Lehramt und der Berufserfahrung auch das Alter der Versuchspersonen berücksichtigt. Der Einfachheit halber wurde das Alter in fünf Kategorien vergeben:

- Kategorie 1:** **zwischen 20 und 29 Jahren** (3),
- Kategorie 2:** **zwischen 30 und 39 Jahren** (3),
- Kategorie 3:** **zwischen 40 und 49 Jahren** (11),
- Kategorie 4:** **zwischen 50 und 59 Jahren** (4),
- Kategorie 5:** **zwischen 60 und 65 Jahren** (1).

Da die Anzahl der Versuchspersonen pro Kategorie (in Klammern) unterschiedlich groß ist, können auch hier lediglich Tendenzen festgestellt werden, die statistisch jedoch wenig aussagekräftig sind. Dennoch sollen die tendenziellen Unterschiede, die sich zwischen den einzelnen Alterskategorien ergeben haben, kurz vorgestellt werden.

Überraschend ist, daß die Lehrer, die der Altersgruppe 4 zugeordnet sind, auf die Aussage, daß die Schüler in den letzten Jahren schwieriger geworden und psychisch stärker belastet sind (Items 1 und 2), am stärksten zugestimmt haben, während der Lehrer, der der Alterskategorie 5 angehört, auf diese Aussagen die geringste Zustimmung aller Altersgruppen zu diesen Items zeigte.

Auffallend ist weiterhin, daß die jüngsten Lehrer (Alterskategorie 1) Item 5 („Wenn Schule personell oder materiell besser ausgestattet wäre, könnte sie gut präventiv tätig sein“) weniger positiv einstufen als die Lehrer der Altersgruppe 4. Gleichzeitig fühlen sich die jüngsten Koll-

gen auch am schlechtesten in Bezug auf präventives Vorgehen ausgebildet (Item 6), während die beiden letzten Alterskategorien mit einem gemittelten Skalenpunkt von jeweils 4 sich zwar auch eher nicht besonders gut ausgebildet einstufen, aber damit doch noch zwei Skalenpunkte höher liegen als ihre jüngsten Kollegen. Während die Versuchspersonen der Alterskategorie 1 dem Item 7 (zur stärkeren Berücksichtigung präventiven Vorgehens während der Lehrerausbildung) jedoch völlig zustimmen, liegt die Zustimmung bei dem Lehrer der Altersklasse 5 am geringsten.

Berufsjahre:

Um zu überprüfen, ob die Berufsjahre auf die Zustimmung oder Ablehnung der Aussagen möglicherweise einen bedeutenderen Einfluß haben als das Alter der Lehrer per se, wurde auch dieser Aspekt bei der Auswertung berücksichtigt. Es wurden fünf Kategorien an Berufsjahren unterschieden:

0 - 1 Berufsjahre (3 Lehrer),

2 - 9 Berufsjahre (7 Lehrer),

10-19 Berufsjahre (3 Lehrer),

20-29 Berufsjahre (6 Lehrer),

> 30 Berufsjahre (3 Lehrer).

Allein aus Gründen der Übersichtlichkeit wäre es näherliegend gewesen, nur vier Kategorien an Berufsjahren zu wählen, also die beiden ersten Kategorien zu einer von 0 - 9 Berufsjahren zusammenzufassen. Da aber sehr viele der Lehrer der Haupt- und Realschule Rügen zwischen null und neun Jahren Berufserfahrung als Lehrer haben und da besonders interessierte, ob die Berufsanfänger zwischen null und einem Jahr Berufserfahrung möglicherweise aufgrund einer Art „Berufsschock“ eine extremere Antworttendenz zeigen als ihre Kollegen, wurde eine Unterteilung dieser Gruppe vorgenommen.

Auch für die Überprüfung dieses Aspektes gilt, wie auch für die Berücksichtigung der Alterskategorien, daß aufgrund einer zu geringen Stichprobe und einer zu unterschiedlichen Besetzung der einzelnen Kategorien die statistischen Ergebnisse nur sehr vorsichtig interpretiert werden können.

Die Abbildungen 12 und 13 zeigen die Ergebnisse des II. Fragebogenteils für die Items 1 bis 8 unter Berücksichtigung der Berufserfahrung:

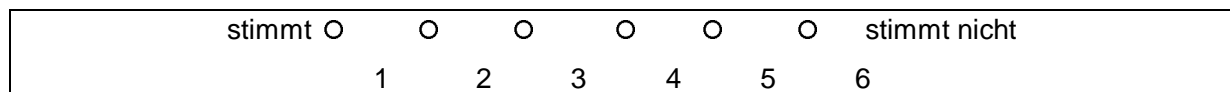
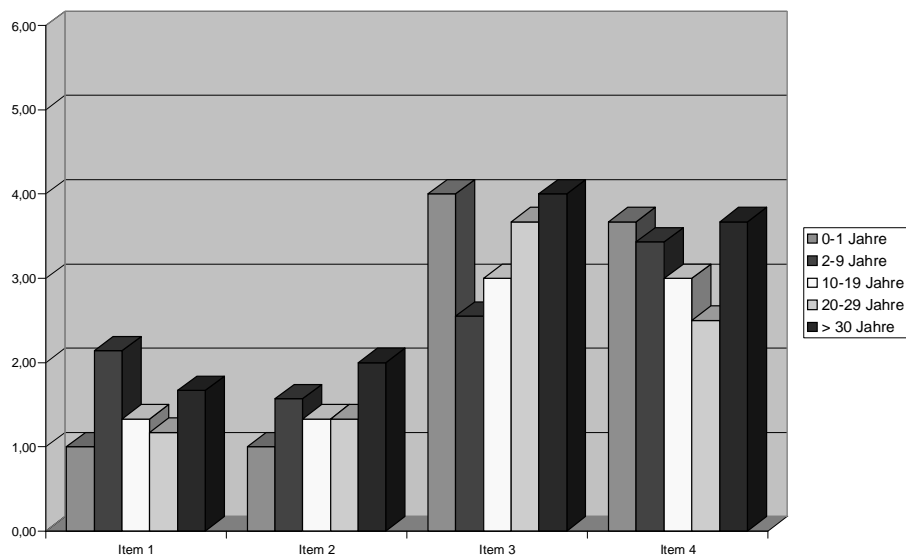
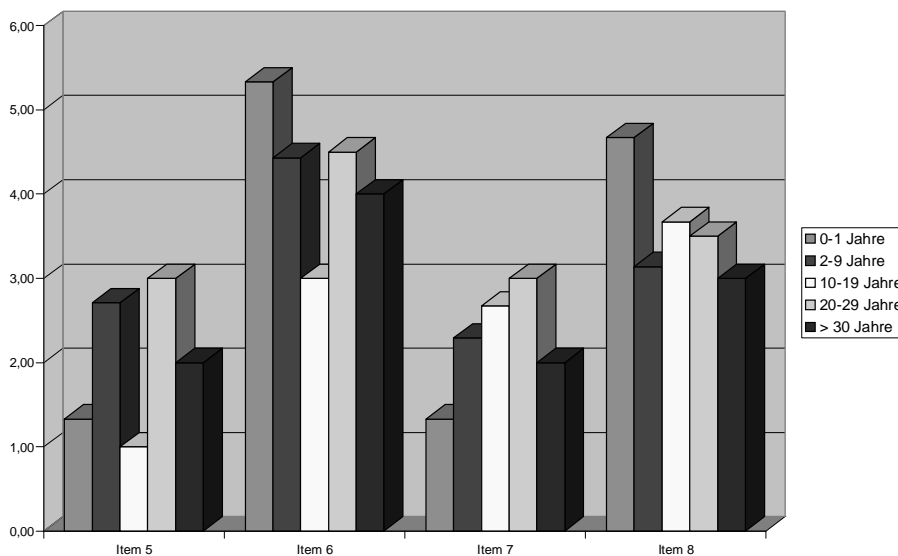


Abb. 12: Mittelwerte bez. des Alters zu den Items 1 bis 4 des II. Fragebogenteils

Die Anzahl der Berufsjahre scheint einen stärkeren Einfluß auf die Beantwortung der Items zu haben als das Alter der Lehrer. Besonders die extremen Antworttendenzen der „berufsjüngsten“ Lehrer waren auffällig.

So zeigte sich, daß die Lehrer mit 0 bis 1 Jahren Berufserfahrung auf die Items 1 und 2 mit einer Zustimmung von jeweils 1 ihre Schüler als schwieriger und stärker psychisch gestört erleben als ihre berufserfahreneren Kollegen. Auch das Item 3 („Schule kann Schülern helfen, keine so schwerwiegenden Störungen zu entwickeln“) lehnen die berufsunerfahrenen Lehrer eher ab, während die Lehrer zwischen 2 bis 9 Berufsjahren der Aussage dieses Items am stärksten zustimmen.



stimmt	○	○	○	○	○	○	stimmt nicht
	1	2	3	4	5	6	

Abb. 13: Mittelwerte bez. des Alters zu den Items 5 bis 8 des II. Fragebogenteils

Die Lehrer mit 0-1 Jahren Berufserfahrung fühlen sich weiterhin ziemlich schlecht ausgebildet, um präventiv tätig zu sein (Item 6), sind aber im Vergleich zu anderen Kollegen der Meinung, daß die Lehrerausbildung verstärkt die Vermittlung präventiven Vorgehens berücksichtigen sollte (Item 7). Erwartungsgemäß fiel die Beantwortung des Items 8 („Therapie und Prävention kann nicht Aufgabe von Schule sein“) in dieser Kategorie am stärksten ablehnend aus.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die berufsjüngsten Lehrer die Schüler am schwierigsten und gestörtesten erleben und sie die Möglichkeiten der Schule, dem vorzubeugen, eher gering einstufen. Sie halten sowohl die Schule als auch sich selbst schlecht ausgestattet, um präventiv tätig zu sein, sehen aber auch am stärksten die Notwendigkeit, durch eine in dieser Hinsicht verbesserte Lehrerausbildung, dem entgegenzutreten.

Da es keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Haupt- und Realschullehrern bei der Beantwortung der Items gab, wird diese Variable zu den Items 1 bis 8 des II. Fragebogenteils nicht weiter berücksichtigt.

Teil II: „Allgemeine Einstellungen zur Prävention in der Schule“ (Items 9-10)

Auffällig ist zunächst einmal, daß sehr viele Lehrer auf beide Fragen geantwortet haben; d.h. die meisten Lehrer sind der Meinung, daß Schule in bestimmten Bereichen der Prävention tätig werden kann, sehen aber auch verschiedene Grenzen schulischer Prävention.

Im folgenden wird zusammenfassend aufgeführt, welche Präventionsmaßnahmen (die Reihenfolge ergibt sich soweit wie möglich aus der Anzahl der Nennungen) die Lehrer in der Schule für sinnvoll halten (Item 9):

- Suchtprävention,
- Elternaufklärung und -beratung,
- Information und Aufklärung,
- Gespräche mit Betroffenen oder Fachleuten,
- Vermittlung von und Zusammenarbeit mit Beratungsstellen,
- soziale Eingliederung,
- Ganztagschule mit Arbeitsgemeinschaften wie Yoga, Autogenes Training, Eßgewohnheiten, Selbsterfahrung,
- Gesundheitserziehung,
- Selbstbehauptungstraining,
- Zeit für Gespräche,
- Tips zur Freizeitgestaltung,
- Verkehrserziehung,
- Erste Hilfe.

Zu Frage 10 („Wenn Sie der Meinung sind, daß Schule nicht noch den Bereich der Prävention übernehmen kann: Warum sind Sie dieser Meinung?“) werden im folgenden ebenfalls nach der Häufigkeit der Nennungen die Antworten zusammengefaßt aufgeführt:

- Personelle und zeitliche Überforderung der Lehrkräfte.
- Schule kann nicht an Erziehung leisten, was im außerschulischen Bereich fehlt (Elternhaus hat mehr Einflußmöglichkeiten als Schule).
- Zunächst muß Schule Wissensgrundlagen schaffen, dann erst können Erweiterungen dazukommen.
- Lehrkräfte sind in diesem Bereich mangelhaft aus- oder fortgebildet.
- Der Einfluß auf die Kinder ist zu gering.
- Die Ausstattung mit Klassenräumen ist zu mangelhaft.
- Demotivierende Behandlung durch die Landesregierung.
- Eßstörungen sollten von Psychologen behandelt werden. Schule kann nur helfend eingreifen.
- Eßstörungen sind nicht so relevant wie Suchtproblematik.

Teil III: „Denkbare Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen in der Schule“ (Items 1 bis 4)

Bevor konkret danach gefragt wird, welche Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen die Lehrer in der Schule für denkbar halten, beschäftigen sich die Items 1, 3 und 4 mit der Relevanz, den Kenntnissen und den Unterstützungsmöglichkeiten der Lehrer in Bezug auf Eßstörungen. Item 2 fragt danach, ob die Lehrer schon einmal mit Eßstörungen in der Schule konfrontiert worden sind. Den Tabellen in Anhang 10 können die Gesamtmittelwerte und die Mittelwerte in Bezug auf bestimmte Persönlichkeitsangaben für die Items des III. Fragebogens entnommen werden.

Für Item 1 (für wie bedeutsam das Problem Eßstörungen in der Schule von den Lehrern gehalten wird) liegt der errechnete Gesamtmittelwert bei 3,95 und drückt damit eher leichte Ablehnung zur Bedeutsamkeit des Problems Eßstörungen aus.

Sieben Lehrer gaben an, schon einmal mit Eßstörungen oder dem Verdacht darauf konfrontiert worden zu sein (Item 2). Auf die Zusatzfrage, wodurch ihnen eine mögliche Eßstörung aufgefallen sei, gab es folgende Anmerkungen:

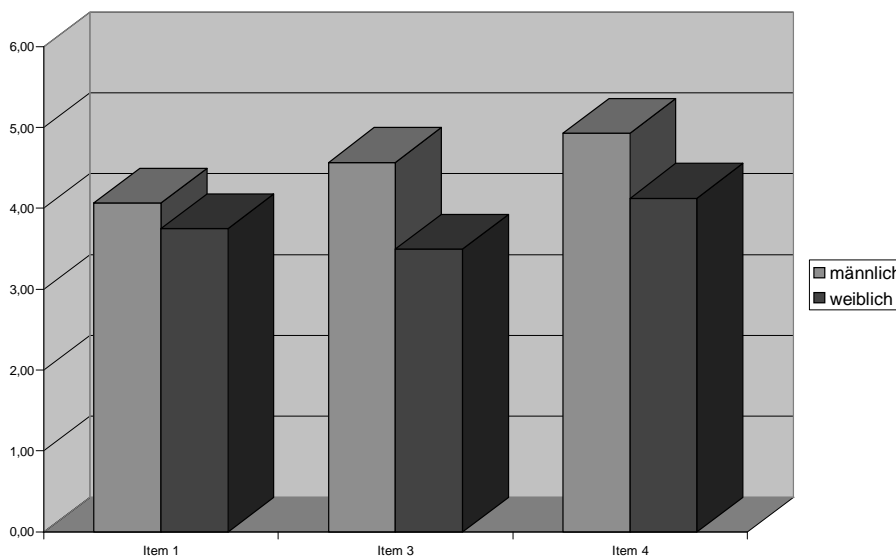
- starkes Übergewicht einiger Schüler(innen),
- Beobachtungen und Gespräche,
- völlige Abmagerung,
- zu viel Essen.

Auf die Frage des Items 3 („Wie gut sind Ihre Kenntnisse im Bereich Eßstörungen?“) gab es einen Gesamtmittelwert von 4,18. Die befragten Lehrer halten ihre Kenntnisse damit für eher nicht gut. Noch negativer beurteilen die Lehrer ihre Fähigkeit, Schüler mit einer Eßstörung zu unterstützen (4,64), wonach in Item 4 des II. Teils gefragt wird.

Im folgenden wird untersucht, ob bestimmte Personenvariablen der Lehrer zu Unterschieden in der Beantwortung der Items geführt haben.

Geschlecht

Abbildung 14 können die Mittelwerte in Bezug auf das Geschlecht für die Items 1, 3 und 4 des III. Fragebogens entnommen werden.



stimmt	○	○	○	○	○	○	stimmt nicht
	1	2	3	4	5	6	

Abb. 14: Mittelwerte bzgl. des Geschlechts zu den Items 1, 3 und 4 des III. Fragebogens

Bei der Beantwortung des Items 1 (nach der Bedeutsamkeit des Problems Eßstörungen) unterscheiden sich Männer und Frauen in ihrer Einschätzung nicht so stark, wobei Frauen das Problem Eßstörungen für etwas bedeutsamer halten als ihre männlichen Kollegen. Obwohl die Männer Eßstörungen für ein weniger bedeutsames Problem halten als die Frauen, gaben vier Männer, aber nur drei Frauen an, schon einmal mit Eßstörungen oder dem Verdacht darauf bei ihren Schülern konfrontiert worden zu sein (Item 2).

Sowohl die männlichen als auch die weiblichen Lehrer schätzen ihre Kenntnisse (Item 3) und ihre Unterstützungsmöglichkeiten bei Eßstörungen (Item 4) nicht so gut ein, wobei die weiblichen Lehrer ihre Kenntnisse über Eßstörungen deutlich und ihre Unterstützungsmöglichkeiten bei Eßstörungen etwas positiver einstufen als ihre männlichen Kollegen.

Alter

Nennenswerte Unterschiede der Items bezüglich des Alters gab es eigentlich nur bei Item 1. Während der Lehrer der Alterskategorie 5 Eßstörungen als einzige Altersgruppe für eher bedeutsam hält, schätzen die anderen Altersgruppen Eßstörungen für eher nicht so bedeutsam ein, wobei die Lehrer der Alterskategorie 2 die Bedeutsamkeit von Eßstörungen in der Schule am geringsten einstufen. Obwohl die Alterskategorien 2 und 5 die stärksten Unterschiede in der Beurteilung der Bedeutsamkeit von Eßstörungen aufwiesen, beurteilten beide Gruppen gleichzeitig ihre Kenntnisse über (Item 3) und ihre Unterstützungsmöglichkeiten bei Eßstörungen (Item 4) am negativsten.

Berufsjahre

Der deutlichste Unterschied bezüglich der Berufserfahrung zeigte sich auch hier bei Item 1. Während die Lehrer mit 10-19 Berufsjahren Eßstörungen für eher bedeutsam hielten, beurteilten die Lehrer mit 20-29 Jahren Berufserfahrung Eßstörungen für am wenigsten bedeutsam. Die Ergebnisse der anderen Items werden hier nicht näher aufgeführt, da keine nennenswerten Unterschiede festzustellen waren.

Ebenso werden hier nicht die Beantwortungen der Items unter Berücksichtigung des ausgeübten Lehramts diskutiert, da die Unterschiede nur minimal waren.

Teil III: „Denkbare Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen in der Schule“ (Item 5)

Bei Item 5 des III. Teils sollen die Lehrer verschiedene vorgegebene Maßnahmen, die bei der Prävention von Eßstörungen denkbar wären, danach beurteilen, inwieweit sie glauben, daß diese in der Schule wirkungsvoll umgesetzt werden könnten.

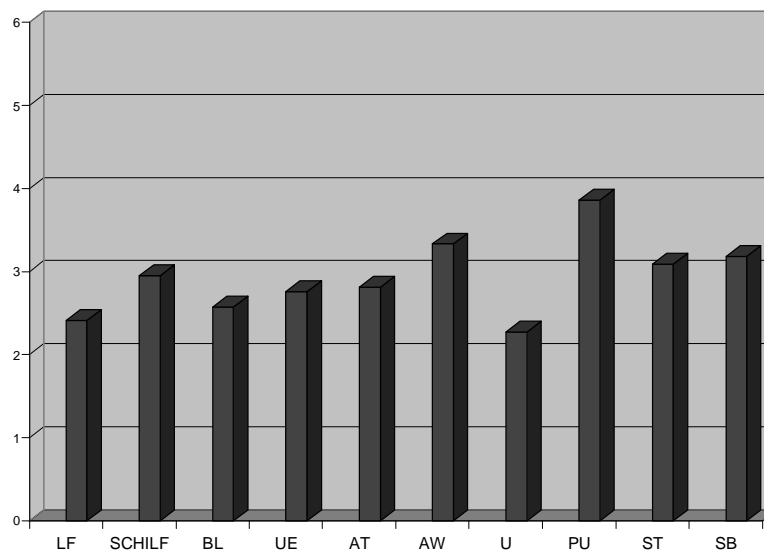
Abbildung 15 stellt in Form eines Säulendiagramms die Gesamtmittelwerte für die Maßnahmen von Item 5 dar, die zur Erinnerung nochmals kurz mit den im folgenden verwendeten Kürzeln aufgeführt werden:

Maßnahmen für die Lehrer:

- Lehrerfortbildung: **LF**
- SCHILF: **SCHILF**
- Beratungslehrer: **BL**

Für die Schüler:

- Unterrichtseinheit: **UE**
- Aktionstag: **AT**
- Aktionswoche: **AW**
- regulärer Unterricht: **U**
- Psychologieunterricht: **PU**
- Selbstsicherheitstraining: **ST**
- Streßbewältigungstraining: **SB**



stimmt	○	○	○	○	○	○	stimmt nicht
	1	2	3	4	5	6	

Abb. 15: Gesamtmittelwerte zu den Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen (Item 5) des III. Fragebogenteils

Die Gesamtmittelwerte zeigen, daß sich die Lehrer der Haupt- und Realschule Rügen alle Maßnahmen, bis auf den Psychologieunterricht, eher gut vorstellen können. Am besten schneidet bei der Einschätzung der verschiedenen Maßnahmen der reguläre Unterricht ab; d.h. die meisten Lehrer sind der Meinung, daß hier am besten Prävention gegen Eßstörungen denkbar wäre. Unterschiede in den Antworttendenzen zeigen sich dann, wenn Personenvariablen mitberücksichtigt werden, wie dies im folgenden geschehen wird:

Geschlecht

Bei der Auswertung zeigte sich, daß die Einschätzung der Maßnahmen stark vom Geschlecht der Lehrer abhängt.

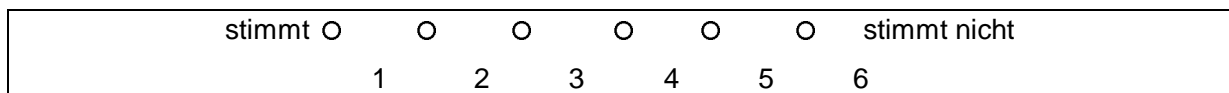
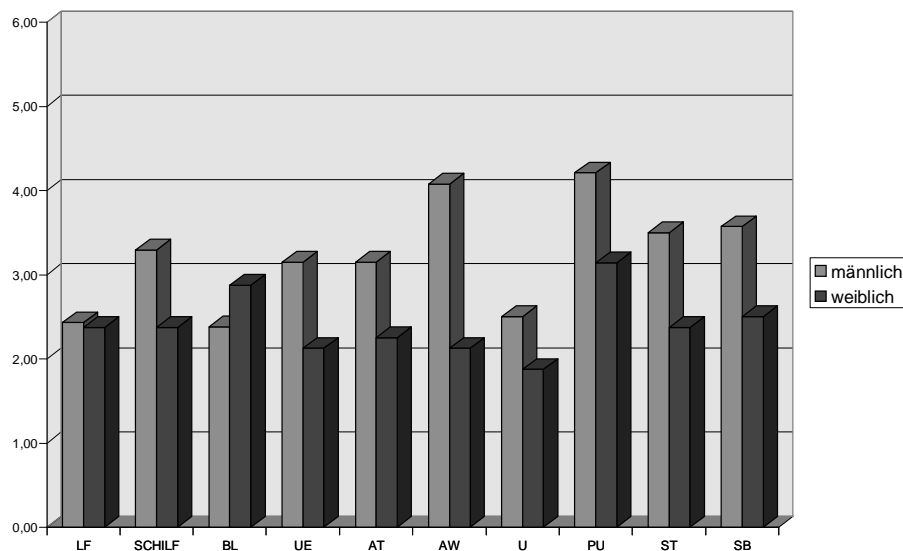
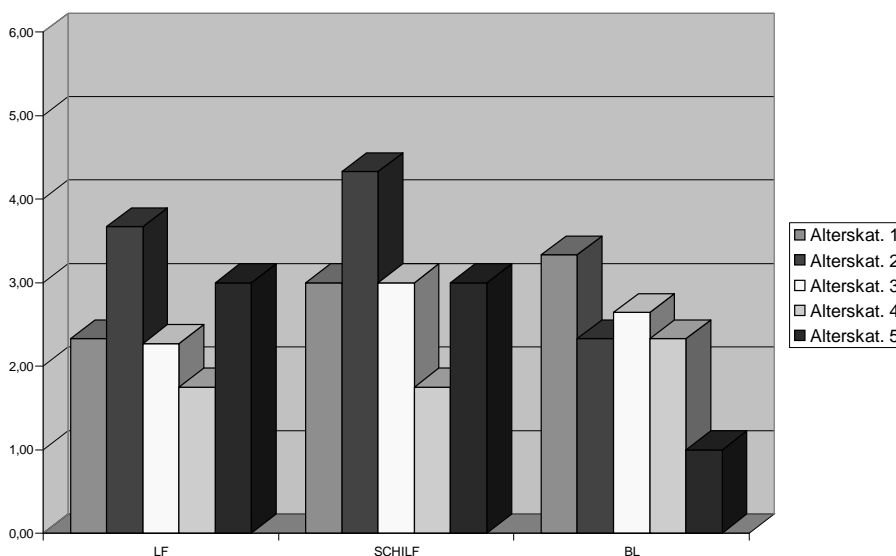


Abb. 16: Mittelwerte bzgl. des Geschlechts zu den Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen (Item 5) des III. Fragebogenteils

Die Lehrerinnen beurteilen alle Maßnahmen - bis auf eine - deutlich positiver (also besser vorstellbar) als ihre männlichen Kollegen. Besonders auffällig sind diese Unterschiede bei der Aktionswoche, dem Psychologieunterricht und dem Streßbewältigungstraining. Während sich die weiblichen Lehrer alle diese Maßnahmen eher gut vorstellen können, empfinden die Lehrer diese Maßnahmen der Prävention als weniger gut vorstellbar.

Lediglich die Variable „Beratungslehrer“ als Maßnahme für die Lehrer beurteilen die weiblichen Lehrer negativer als ihre männlichen Kollegen; sie halten aber auch dieses präventive Vorgehen noch für eher gut vorstellbar.

Alter



stimmt	○	○	○	○	○	○	stimmt nicht
	1	2	3	4	5	6	

Abb. 17: Mittelwerte bzgl. des Alters - Präventionsmaßnahmen für die Lehrer - Item 5 des III. Fragebogenteils

Wie den Abbildungen 17 und 18 entnommen werden kann, fällt auf, daß die jüngsten Lehrer (Alterskategorie 1) sechs von zehn Maßnahmen am schlechtesten von allen Kollegen einstufen. Vor allem die Maßnahmen Unterrichtseinheit, Aktionstag, Psychologieunterricht, Selbstsicherheitstraining und Streßbewältigungstraining sind von dieser Altersgruppe in der Schule eher nicht vorstellbar. Aber auch die anderen Maßnahmen werden in ihrer Wirksamkeit von dieser Altersgruppe eher skeptisch beurteilt. Am positivsten wird von den jungen Kollegen noch die Lehrerfortbildung eingestuft. Ähnlich negativ sieht die Einschätzung der Maßnahmen von den Lehrern der Alterskategorie 2 aus, die die Lehrerfortbildung, die SCHILF, den Aktionstag, die Aktionswoche und den Psychologieunterricht für eher nicht gut vorstellbar halten.

Im Gegensatz dazu stufte der älteste Kollege (Alterskategorie 5) die Maßnahmen Beratungslehrer, Unterrichtseinheit, Aktionstag und regulärer Unterricht alle als sehr gut vorstellbar ein und kann sich lediglich das Selbstsicherheitstraining und das Streßbewältigungstraining eher nicht und die Aktionswoche gar nicht vorstellen.

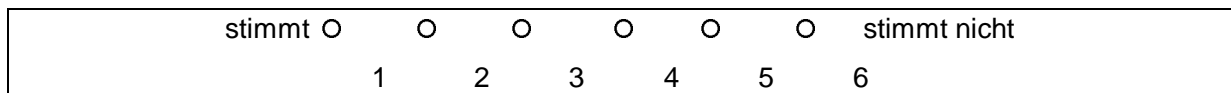
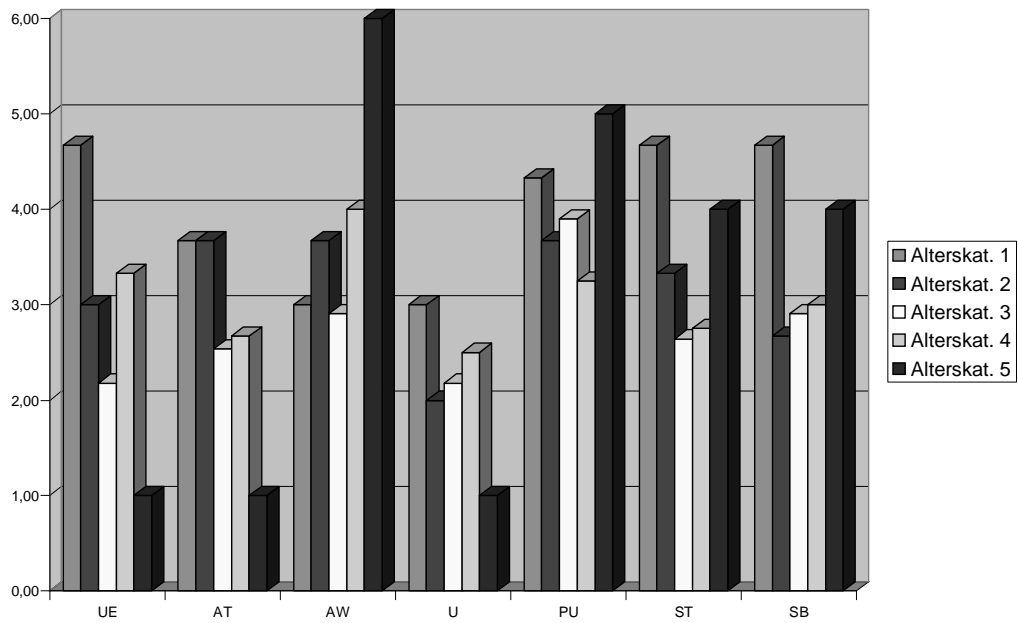


Abb. 18: Mittelwerte bzgl. des Alters - Präventionsmaßnahmen für die Schüler - Item 5 des III. Fragebogens

Berufsjahre

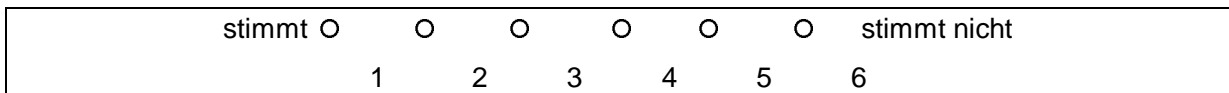
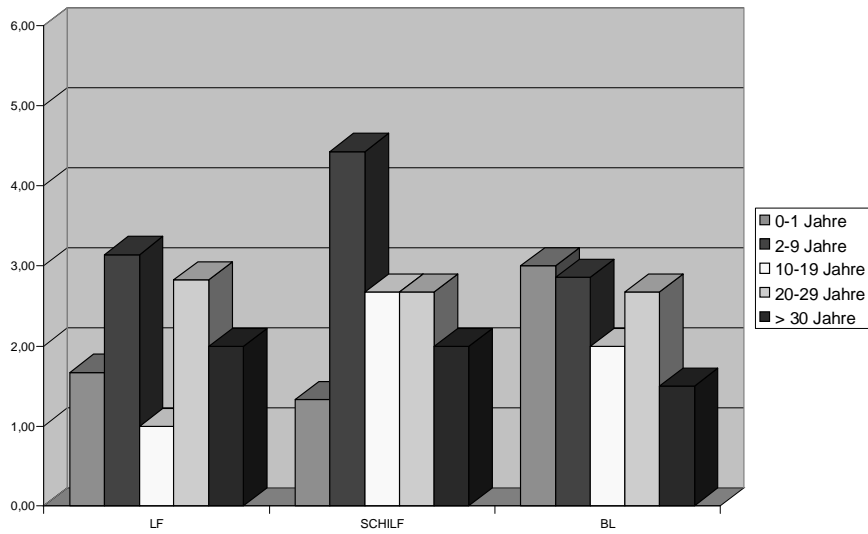


Abb. 19: Mittelwerte bzgl. der Berufserfahrung - Präventionsmaßnahmen für die Lehrer - Item 5 des III. Fragebogenteils

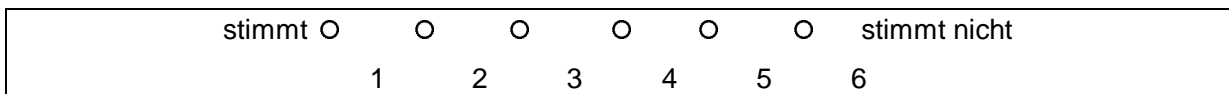
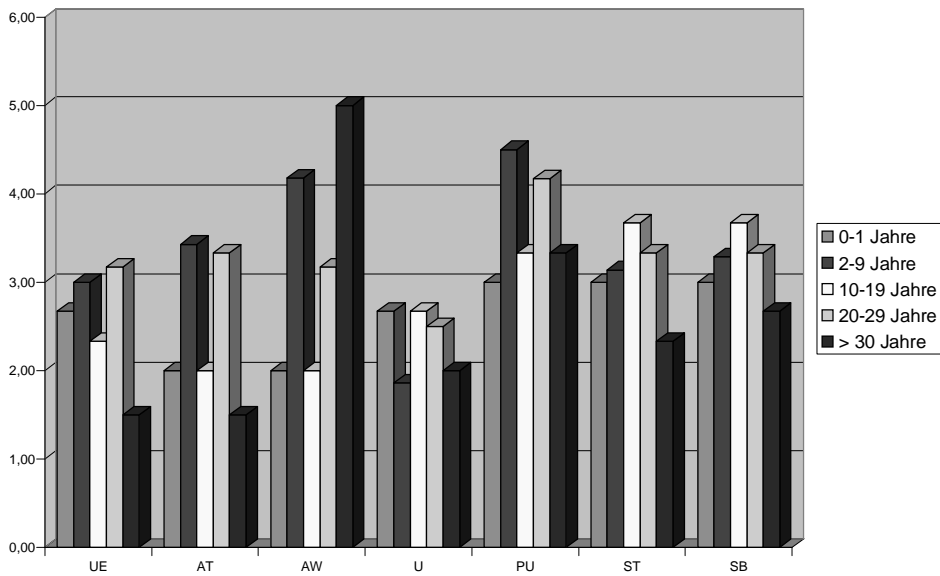


Abb. 20: Mittelwerte bzgl. der Berufserfahrung - Präventionsmaßnahmen für die Schüler - Item 5 des III. Fragebogenteils

Die berufsjüngsten Kollegen zeichnen sich im Gegensatz zu ihren altersjungen Kollegen dadurch aus, daß sie alle Maßnahmen für eher gut bis gut vorstellbar halten. Aber auch die berufserfahrensten Kollegen (> 30 Jahre Berufserfahrung) beurteilen neun von zehn Maßnahmen als eher gut bzw. gut vorstellbar. Am negativsten stufen die Lehrer mit 2 - 9 Berufsjahren die Maßnahmen ein, die drei der vorgegebenen Maßnahmen als eher nicht gut vorstellbar beurteilten.

Auf die Schulform, in der die einzelnen Lehrer unterrichten und welchen Einfluß diese auf die Einschätzungen der einzelnen Maßnahmen hat, wird hier nicht näher eingegangen, da die Unterschiede zwischen den Haupt- und Realschullehrern sehr gering ausfielen.

Teil III: „Denkbare Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen in der Schule“ (Items 6a bis 7)

Die letzten beiden Items des III. Teils fragen danach, ob die Lehrer daran interessiert wären, mehr über Eßstörungen zu erfahren und wenn ja, welche Aspekte über Eßstörungen dabei besonders interessieren würden. Um zu erfahren, wie gut die Kenntnisse der Lehrer über das psychosoziale Netz in der Umgebung ist, wird abschließend gefragt, wohin die Lehrer eßgestörte Schüler verweisen würden. Die Ergebnisse dieser Fragen können ebenfalls der Tabelle in Anhang 10 entnommen werden.

Auf die Frage (Item 6a), ob die Lehrer daran interessiert wären, mehr über Eßstörungen zu erfahren, antworteten fünfzehn der 22 Kollegen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, mit ja.

Im folgenden werden die Antworten auf Item 6b, was die Lehrer besonders am Thema Eßstörungen interessieren würde, aufgeführt (die Reihenfolge ergibt sich aus der Häufigkeit der Nennungen):

- Möglichkeiten, Eßstörungen zu verhindern, bewußtzumachen oder einzugrenzen;
- Ursachen;
- Erkennungsmerkmale einer Eßstörung;
- allgemeiner Überblick, alles;
- Kennenlernen von Betroffenen;
- Häufigkeit von Eßstörungen (Dunkelziffer);
- „Was ist gestörtes Eßverhalten?“;
- Gestaltung eines Aktionstages;
- Aufklärungsmöglichkeiten von Schülern;
- Adressen für Eßgestörte.

Auf Item 7 (wohin die Lehrer eßgestörte Schüler verweisen würden) gab es folgende Antworten (Reihenfolge nach der Anzahl der Nennungen):

- Arzt,
- Beratungslehrer,
- Eltern,
- Erziehungsberatungsstelle,
- Schulpsychologe,
- Suchtberatungsstelle,
- Psychotherapeut/Psychologe,
- Beratungsstellen,
- Krankenkasse,
- Gesundheitsamt,
- Selbsthilfegruppen,
- Drogenberatungsstelle,
- Infos von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
- zunächst eigene Kontaktaufnahme mit Jugendberatungsstelle oder Selbsthilfegruppen, dann gezielte Infos für den Schüler,
- kein Wissen vorhanden, da bisher nicht erforderlich.

Teil IV: „Realisierbare Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen in der Schule“

Teil IV besteht nur aus einem Item, das genauso aufgebaut ist wie Item 5 aus Teil III. Lediglich die Instruktion lautet anders. Während bei Item 5 in Teil III eingeschätzt werden soll, inwiefern die dargestellten Maßnahmen von den Lehrern in der Schule für denkbar gehalten werden, soll Teil IV erfassen, inwiefern sich die Lehrer vorstellen können, an den einzelnen Maßnahmen im Rahmen ihrer schulischen Tätigkeit mitzuarbeiten.

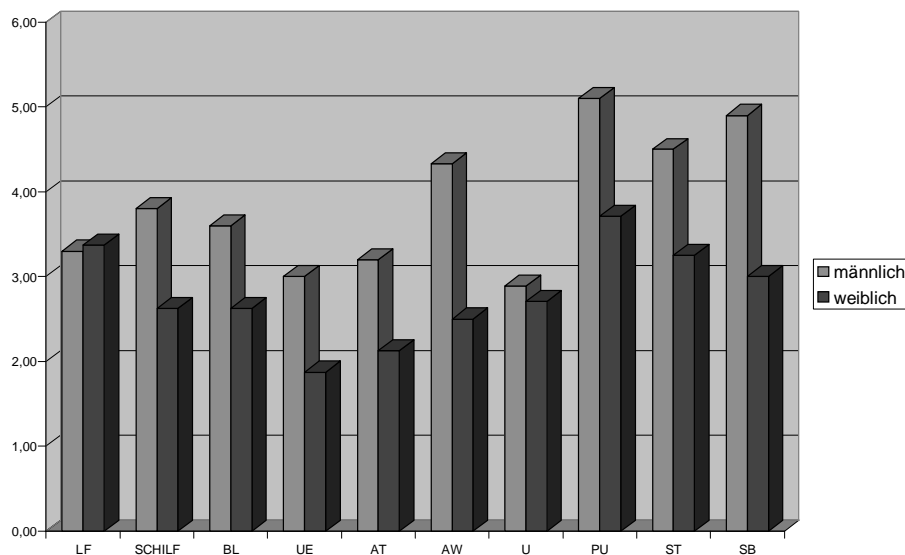
Bei der Auswertung fällt auf, daß vier männliche Lehrer diese Frage überhaupt nicht beantwortet haben, ein männlicher Lehrer hat drei Maßnahmen nicht beurteilt und zwei Frauen haben jeweils ein Item nicht eingeschätzt.

Bei den vorliegenden Ergebnissen für Teil IV (die der Tabelle in Anhang 11 entnommen werden können) ist weiterhin auffällig, daß die Einschätzung der Maßnahmen im Hinblick auf die eigene Mitarbeit wesentlich negativer, also insgesamt eher weniger gut vorstellbar ausfällt, als die Beurteilung der Maßnahmen, die in der Schule für denkbar gehalten werden (wie Item 5 aus Teil III erfragt).

Insgesamt bewegen sich die Gesamtmittelwerte der Einschätzungen der einzelnen Maßnahmen im Mittelbereich und sind wenig aussagekräftig. Im folgenden wird deshalb untersucht, ob einzelne Personenvariablen einen Einfluß auf die Einschätzung der einzelnen Maßnahmen haben.

Geschlecht

Das Geschlecht hat auf die Beantwortung der Frage aus Teil IV ebenso wie bei den anderen Teilen des Fragebogens einen erheblichen Einfluß. Dies wird auch aus folgender Abbildung ersichtlich.



stimmt	○	○	○	○	○	○	stimmt nicht
	1	2	3	4	5	6	

Abb. 21: Mittelwerte bzgl. des Geschlechts im Hinblick auf Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen (IV. Fragebogenteil)

Wie Abbildung 21 zeigt, schätzen die Lehrerinnen ihre Bereitschaft, an einzelnen Maßnahmen mitzuarbeiten, in allen Fällen - bis auf die Lehrerfortbildung - deutlich positiver ein als ihre männlichen Kollegen. Bei sieben von zehn Maßnahmen beträgt der Unterschied mehr als einen Skalenpunkt.

Alter

Bei der Auswertung der Ergebnisse hinsichtlich des Alters der Lehrer war am auffälligsten, daß sich die jüngsten Lehrer der Alterskategorien 1 und 2 - bis auf zwei Maßnahmen - am stärksten vom ältesten Lehrer der Alterskategorie 5 bei der Einschätzung der Maßnahmen unterscheiden. Während der älteste Lehrer alle Maßnahmen für die Lehrer (Lehrerfortbildung, SCHILF und Beratungslehrer) und den Aktionstag sowie den regulären Unterricht (als Maßnahmen für die Schüler) als sehr gut vorstellbar im Hinblick auf die eigene Mitarbeit bewertete, fielen die Antworten der jüngsten Lehrer am negativsten zu diesen Maßnahmen aus.

Dagegen haben die Lehrer der Alterskategorien 1 und 2 ihre Bereitschaft zur Mitarbeit am deutlichsten von allen Lehrern bei den Maßnahmen Aktionswoche, Selbstsicherheitstraining

und Streßbewältigungstraining (für die Schüler) zum Ausdruck gebracht, während der älteste Lehrer diese Maßnahmen für sich als gar nicht vorstellbar einschätzte.

Schulform

Bei Teil IV ergaben sich zum ersten Mal nennenswerte Unterschiede bei der Berücksichtigung der Schulform, in der die Lehrer unterrichten, auf die Beantwortung der Items, wie auch Abbildung 22 zeigt:

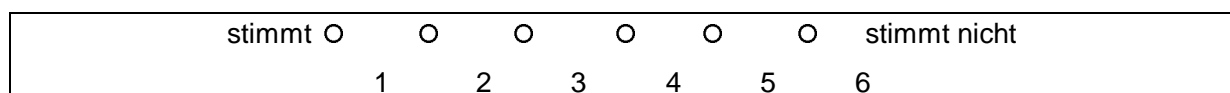
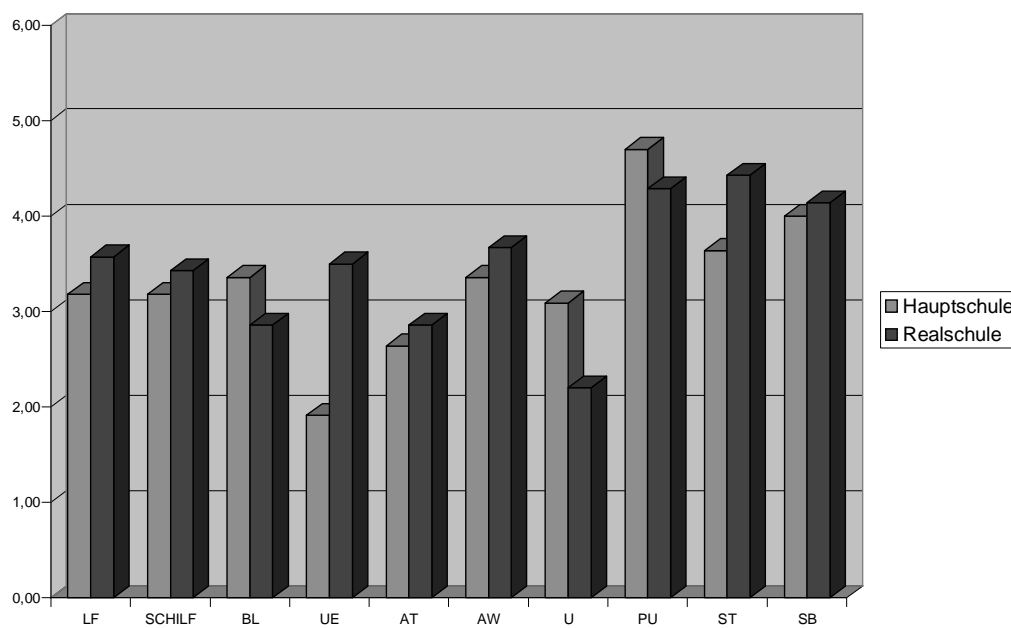


Abb. 22: Mittelwerte bzgl. der Schulform im Hinblick auf Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen (IV. Fragebogenteil)

Zunächst einmal fällt auf, daß die Bereitschaft zur Mitarbeit der Hauptschullehrer bei sieben von zehn Maßnahmen positiver ausfiel als die ihrer Kollegen von der Realschule. Lediglich im Hinblick auf die Maßnahmen Beratungslehrer, regulärer Unterricht und Psychologieunterricht konnten sich die Realschullehrer ihre Mitarbeit eher vorstellen als die Hauptschullehrer.

Wesentlich positiver als die Realschullehrer stuften die Hauptschullehrer vor allem ihre Bereitschaft zur Mitarbeit bei den Maßnahmen Unterrichtseinheit und Selbstsicherheitstraining ein.

Berufsjahre

Da insgesamt zwei von drei Lehrern der Kategorie mit mehr als 30 Jahren Berufserfahrung den letzten Teil des Fragebogens nicht beantwortet haben, konnte nur eine Versuchsperson in dieser Gruppe berücksichtigt werden, was das Gesamtbild verzerrt. Die Einschätzung der Maßnahmen nach der Bereitschaft der eigenen Mitarbeit unterscheidet sich in der Kategorie > 30 Jahren nicht von den Einschätzungen des ältesten Lehrers, die bereits bei der Personenvariable „Alter“ Berücksichtigung fand.

6.2.4 Diskussion des Fragebogens an das Lehrerkollegium

Der Fragebogen-Rücklauf lag mit knapp 80 % erfreulich hoch, vor allem wenn man den Umfang des Fragebogens und die zweiwöchige Rücklaufzeit bedenkt. Von den Lehrern haben prozentual etwas mehr Frauen als Männer, vor allem aber deutlich mehr Hauptschullehrer als Realschullehrer geantwortet, was möglicherweise darauf hindeutet, daß bei Hauptschullehrern präventive Aspekte - aufgrund „schwierigerer Klassen“ - mehr Bedeutung haben als für die Realschullehrer.

Zur **Gesamtauswertung** kann gesagt werden, daß die Gesamtmittelwerte der geschlossenen Items häufig im neutralen Mittelbereich lagen. Erst bei Berücksichtigung der einzelnen Personenvariablen wurde Unterschiede deutlich, die aufgrund einer zu geringen Stichprobengröße und einer zu ungleichen Verteilung auf einzelne Kategorien jedoch nur vorsichtig interpretiert werden können. Aus diesem Grund wurden die Mittelwerte statistisch auch nicht auf mögliche Signifikanz überprüft. Bevor aber auf die Unterschiede eingegangen wird, die durch die Berücksichtigung einzelner Personenvariablen wie Geschlecht, Alter, überwiegend eingesetzt in welcher Schulform und Berufserfahrung beeinflußt sind, werden zunächst die wesentlichen Gesamtergebnisse diskutiert.

Deutliche Zustimmung der Lehrer fanden die Items 1 („Schüler sind in den letzten Jahren schwieriger geworden“) und 2 („Das Ausmaß psychischer Störungen ist bei den Schülern in den letzten Jahren größer geworden“). Möglicherweise sind aber Schüler nicht schwieriger, sondern nur anders geworden. D.h. durch einen liberalen Erziehungsstil in den Familien treten Jugendliche selbstbewußter auf, was sich auch durch ein verändertes Verhalten den Lehrern gegenüber äußert. Die Lehrerausbildung hat sich gegenüber den veränderten familiären Erziehungsmethoden jedoch kaum verändert (vgl. Kap. 4.6.2), was nun zu Problemen zwischen den „schwierigeren“ und „gestörteren“ Schülern und den darauf nicht vorbereiteten Lehrern führt.

Zudem führen schülerbedingte Belastungen zu einem Gefühl der Unvermeidlichkeit und Resignation bei ihren Lehrern (vgl. Ulich, 1996, S. 78). „Mit der vorherrschenden Typisierung schwieriger Schüler/innen als ‘verhaltensgestört’ werden die Verhaltensursachen den Schüler/innen selbst zugeschrieben, also deren Persönlichkeit, Charakter, psychischer Konstitution; Verhaltensstörungen sind so der pädagogischen Beeinflußbarkeit weitgehend entzogen“ (Ulich, 1996, S. 114). Solche Kausalattributionen würden auch erklären, warum Item 3 („Schule kann Schülern helfen, keine so starken Störungen zu entwickeln“) von den Lehrern der Haupt- und Realschule Rügen eher negativ beurteilt wurde. Eine veränderte Lehrerausbildung könnte solche Probleme möglicherweise abschwächen (vgl. Kap. 4.6.2 und Interview mit dem Beratungslehrer), da gerade im pädagogisch-psychologischen Bereich die Lehrerausbildung so defizitär ist, daß die Lehrer nur unzureichend für die Bewältigung von Schwierigkeiten mit Schülern qualifiziert sind (vgl. Ulich, 1996, S. 115).

An Präventionsmöglichkeiten von Schule halten die Lehrer vor allem die Suchtprävention, die Aufklärung und Beratung von Eltern und Aufklärung von Schülern für sinnvoll. Grenzen schulischer Prävention werden von den Lehrern vor allem darin gesehen, daß sie (die Lehrer) zeitlich überfordert sind und Schule nicht das an Erziehung leisten kann, was im außerschulischen Bereich fehlt, zumal die Einflußmöglichkeiten von Schule als zu gering eingestuft werden. Auch die in Kapitel 4.2 angesprochene Diskussion über die Zielsetzungen schulischer Arbeit scheinen einen Einfluß auf diejenigen Lehrer zu haben, die die Wissensvermittlung immer noch als Hauptaufgabe von Schule und damit als Hindernis für Prävention sehen. Dieses Ergebnis entspricht auch dem von Beisenherz & Feil (1982), daß für die Lehrer „die Erziehungsfunktion den Aufgaben der Qualifikation klar untergeordnet ist“ (Ulich, 1996, S. 40). Dennoch unterstreicht die überwiegende Zustimmung der Lehrer der Haupt- und Realschule Rügen zur Behauptung, daß Schule bei besserer personeller und materieller Ausstattung gut präventiv tätig sein könnte, die Notwendigkeit, die Situation von Lehrern für präventives Vorgehen durch strukturelle Maßnahmen (vgl. Kap. 4.6.1) und durch eine veränderte Lehrerausbildung (siehe Kap. 4.6.2) zu verbessern.

Da Item 10 des II. Teils von einigen Lehrern bereits im Hinblick auf Eßstörungen beantwortet wurde (Eßstörungenproblematik ist nicht relevant genug, als daß dafür Prävention betrieben werden sollte bzw. andere Störungen wie Suchterkrankungen sind bedeutsamer), ist nicht klar, inwiefern einige Lehrer bereits den II. Teil hinsichtlich der Eßstörungenproblematik beantwortet haben. Da die meisten Lehrer allerdings bei den offenen Items „allgemein-präventive“ Antwor-

ten gegeben haben, wird davon ausgegangen, daß dieser „allgemeine“ Teil des Fragebogens auch „allgemein“ verstanden und beantwortet wurde.

Wie bei Item 10 des II. Teils bereits angeklungen, werden Eßstörungen von den Lehrern als nicht so bedeutsam eingestuft (wonach in Teil III des Fragebogens gefragt wird). Auf die Frage, wodurch Lehrern das mögliche Vorliegen einer Eßstörung aufgefallen ist, war Übergewicht der SchülerInnen der häufigste Grund. Dies zeigt, daß die Bemühungen der Gesundheitsförderung, Übergewicht zugunsten möglicher somatischer Erkrankungen zu reduzieren (vgl. Kap. 3.3), auch bei den Lehrern Wirkung gezeigt hat. Übergewicht wird demnach als Folge eines gestörten Eßverhaltens angesehen, was sich auch in Gesprächen mit Lehrern gezeigt hat. Daß eine zu starke Berücksichtigung des Gewichts für die Entstehung einer Eßstörung mitverantwortlich sein kann, dürfte den meisten Lehrern demgegenüber nicht bekannt sein.

Insgesamt eher schlecht beurteilen die Lehrer ihre Kenntnisse über Eßstörungen und noch negativer ihre Unterstützungsmöglichkeiten beim Auftreten von Eßstörungen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit von Kenntnissen über Eßstörungen bei den Lehrern (vgl. Kap. 5.4.1).

An Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen (Item 5, Teil III) können sich die Lehrer dennoch alle der vorgestellten Maßnahmen - bis auf den Psychologieunterricht - eher vorstellen, wobei der reguläre Unterricht als schulische Präventionsmaßnahme am besten vorstellbar ist. „Beratungslehrer“ als präventive Maßnahme gegen Eßstörungen können sich vor allem Frauen, alters- und berufsunge Lehrer sowie die Hauptschullehrer am schlechtesten vorstellen. Es ist allerdings die Frage, ob alle Lehrer verstanden haben, wie eine „Berufsbezeichnung“ eine Präventionsmaßnahme darstellen soll. Allerdings wäre der Fragebogen zu umfangreich geworden, wenn jede Präventionsmaßnahme genauer vorgestellt worden wäre. Es wäre jedoch auch möglich, daß die Lehrer zu hohe Erwartungen an einen Beratungslehrer haben. Eine entsprechende Integration des Beratungslehrers in die Schule - wie bereits in Kapitel 4.4 gefordert - könnte einer stärkeren Akzeptanz von und einer verstärkten Zusammenarbeit mit dem Beratungslehrer sicher zuträglich sein.

Eine Einschätzung der Durchführbarkeit von Selbsterfahrungsgruppen für (eßgestörte) Mädchen und junge Frauen als Methode präventiven Vorgehens in der Schule (vgl. Kap. 5.3.3.5) wurde von den Lehrern nicht gefordert. Zum einen, weil nicht davon ausgegangen werden kann, daß die Lehrer mit der Bedeutung einer solchen Bezeichnung vertraut sind, zum anderen,

da auch die Verfasserin unsicher ist, inwiefern eine solche Gruppe in der Schule durchgeführt werden könnte.

15 von 22 Lehrern haben Interesse daran geäußert, mehr über Eßstörungen zu erfahren, wobei sich das Interesse besonders auf die Möglichkeiten richtet, Eßstörungen zu verhindern, bewußt zu machen oder einzugrenzen.

Bei Teil IV des Fragebogens fällt auf, daß vier männliche Lehrer diesen Teil gar nicht beantwortet haben bzw. drei weitere Lehrer und Lehrerinnen nicht vollständig. Es sind verschiedene Möglichkeiten denkbar, warum nicht alle Lehrer alle Fragen beantwortet haben.

Für die Lehrer, die gar keine Einschätzung der einzelnen Maßnahmen vorgenommen haben, wäre denkbar, daß sie die letzte Seite des Fragebogens schlicht übersehen haben. Diejenigen, die sie gesehen haben, könnten davon ausgegangen sein, daß es sich aufgrund der Ähnlichkeit mit Item 5 aus Teil III um die gleiche Frage handelt bzw. ihnen der Unterschied zu Teil III nicht deutlich geworden ist. Dagegen spricht jedoch, daß nur männliche Lehrer die Einschätzung aller Präventionsmaßnahmen im Hinblick auf die eigene Mitarbeit aus Teil IV nicht bearbeitet haben, und es leuchtet nicht ein, warum nur Männer diese Seite übersehen oder den Unterschied zu Item 5 aus Teil III nicht verstanden haben. Eine weitere Möglichkeit, warum Maßnahmen nicht oder teilweise nicht eingeschätzt wurden, könnte auch damit zusammenhängen, daß den Versuchspersonen nicht klar war, wie ihre Mitarbeit bei einzelnen Maßnahmen aussehen könnte. Allerdings hätten die einzelnen Maßnahmen auch nicht näher erläutert werden können, ohne daß dies den Rahmen des Fragebogens deutlich gesprengt hätte.

Bei den vorliegenden Ergebnissen für Teil IV fällt weiterhin auf, daß die Einschätzung der Maßnahmen im Hinblick auf die eigene Mitarbeit wesentlich negativer, also insgesamt eher weniger gut vorstellbar ausfällt als die Beurteilung der Maßnahmen, die in der Schule für denkbar gehalten werden (wie bei Item 5 aus Teil III). Dieses Ergebnis war jedoch zu erwarten, da es möglich ist, Maßnahmen generell für denkbar zu halten, die eigene Mitwirkung an diesen Maßnahmen jedoch schwerer vorstellbar erscheint.

Von den Personenvariablen hatte das **Geschlecht** der Lehrer den größten Einfluß auf die Antworttendenz der Lehrer.

Was die allgemeinen Präventionsmöglichkeiten von Schule betrifft, scheinen die Lehrerinnen der Haupt- und Realschule bei der Beantwortung der Items stark zwischen Wunsch und Realität zu unterscheiden. So beurteilen die Lehrerinnen ihre Schüler (Items 1 und 2) und die derzeitigen Möglichkeiten von Schule und Lehrern, Prävention zu betreiben (Items 3, 4 und 6), negativer als ihre männlichen Kollegen. Dennoch befürworten die Lehrerinnen stärker als die Männer, daß unter besseren Bedingungen, Schule gut präventiv tätig sein könnte und sollte (Items 5, 7 und 8). Dieser Unterschied wird auch von Terhart et al. (1993) betont, die in ihrer Untersuchung herausgefunden haben, daß Frauen stärker als Männer die persönlich-erzieherischen Aspekte ihrer Arbeit akzentuieren (vgl. Ulich, 1996, S. 43). Möglicherweise aufgrund dieser stärker erzieherischen Erwartungen ihrer Arbeit fühlen sich Lehrerinnen durch schülerspezifische Probleme mehr belastet als ihre männlichen Kollegen (vgl. Ulich, 1996, S. 81), was damit zusammenhängen könnte, daß Lehrerinnen stärker ihre eigene Beteiligung und persönliche Schuld bei problematischen Verhaltensweisen der Schüler suchen als die männlichen Lehrer (vgl. Ulich, 1996, S. 85).

Im Hinblick auf Eßstörungen halten die Lehrerinnen Eßstörungen für bedeutsamer als ihre männlichen Kollegen (was möglicherweise auch damit zusammenhängen könnte, daß sich Lehrerinnen durch schülerspezifische Probleme mehr belastet fühlen als die Lehrer). Vor allem aber ihre Kenntnisse über und - mit einigen Abstrichen - ihre Unterstützungsmöglichkeiten bei Eßstörungen, stufen die Lehrerinnen positiver ein als die Lehrer. Aber auch bei der Vorstellbarkeit einzelner Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So fanden die Lehrerinnen alle Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen - bis auf das Gespräch mit dem Beratungslehrer - deutlich besser vorstellbar als die männlichen Lehrer. Ebenso ist das Interesse der Lehrerinnen, etwas über Eßstörungen zu erfahren, prozentual etwas höher als das der Männer und sie können sich weiterhin sehr viel besser vorstellen, an einzelnen Präventionsmaßnahmen mitzuwirken als ihre männlichen Kollegen.

Obwohl davon ausgegangen werden konnte, daß das **Alter** der Lehrer einen ähnlichen Einfluß auf die Beantwortung der Items haben dürfte wie die **Berufserfahrung**, zeigten sich hier gegenteilige Ergebnisse.

Besonders beim allgemein-präventiven II. Teil des Fragebogens scheint die Berufserfahrung einen größeren Einfluß auf die Beantwortung der Items zu haben als das Alter der Lehrer.

Auffällig ist weiterhin, daß die berufsunerfahrensten Lehrer ihre Schüler am schwierigsten und gestörtesten wahrnehmen und die Präventionsmöglichkeiten von Schule und Lehrern am negativsten beurteilen, dennoch aber die Ansicht vertreten, daß Schule präventiv mehr machen sollte und unter günstigen Bedingungen auch könnte. Nach Ulich (1996, S. 85) lassen sich die von den berufsunerfahrenen Lehrern erlebten „schwierigen“ Schüler folgendermaßen erklären: doppelt soviel jüngere als ältere Lehrer erfahren Belastungen durch Motivations- und Disziplinprobleme, was wahrscheinlich damit zusammenhängt, daß jüngere Lehrer „eher den Anspruch haben, im Unterricht ohne Druck und Disziplinierung auszukommen, und dabei wohl öfters Enttäuschungen erleben“ (Ulich, 1996, S. 85f.).

Interessant ist bei Berücksichtigung der **Berufserfahrung**, daß sich die „berufsjüngsten“ Kollegen alle genannten Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen (Item 5, Teil III) eher gut bzw. gut vorstellen können, während die „altersjüngsten“ Lehrer alle Maßnahmen sehr skeptisch beurteilten. Im Gegensatz dazu konnte sich der älteste Lehrer viele Maßnahmen sehr gut vorstellen.

Überraschend ist dieses Ergebnis insofern, als die jungen Lehrer eher als noch motivierter und „experimentierfreudiger“ angesehen werden, sich dies bei der Beurteilung der verschiedenen Maßnahmen jedoch nicht bestätigte. Dies kann jedoch damit zusammenhängen, daß gerade die jungen Kollegen noch sehr stark damit beschäftigt sind, überhaupt mit den Schülern und dem zu vermittelnden Lehrstoff zurechtzukommen und deshalb jede zusätzliche Aktion in der Schule möglicherweise als Belastung empfinden.

Hinsichtlich der **Schulform**, in der die Lehrer überwiegend eingesetzt sind, ergaben sich lediglich bei Teil IV des Fragebogens Unterschiede in der Beantwortung der Items, und zwar insofern, als die Hauptschullehrer ihre Bereitschaft zur Mitarbeit an einzelnen Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen in sieben von zehn Fällen positiver beurteilten als die Realschullehrer.

6.2.5 Auswertung des Fragebogens an die psychosozialen Institutionen

Der Fragebogen-Rücklauf von den psychosozialen Institutionen aus Wolfsburg, Gifhorn und Wittingen betrug 100 %; d.h. alle der vierzehn angeschriebenen Beratungsstellen, Gesundheitsämter und Krankenkassen haben geantwortet. Allerdings konnte ein zurückgesandter Fragebogen, von der AWO Wolfsburg, nicht verwertet werden, da der Fragebogen unausgefüllt und

lediglich mit einer Kurzmitteilung („Anlage: Ihr Fragebogen. - Leider können wir Ihnen nicht weiterhelfen.“) versehen war. Aus welchem Grund eine Hilfe bzw. das Ausfüllen des Fragebogens nicht möglich war, wurde aus diesem Schreiben nicht ersichtlich.

Eine Übersicht der verbleibenden psychosozialen Institutionen mit ihren Angeboten kann Anhang 12 entnommen werden, wobei hier nur solche Institutionen berücksichtigt wurden, zu deren Einzugsgebiet die Samtgemeinde Brome zählt, deren Leistungen kostenlos sind und deren Angebote sich entweder an Kinder bzw. Jugendliche, Eltern oder Schulen richtet.

Aus diesem Grund konnten neben der AWO Wolfsburg die beiden angeschriebenen Krankenkassen, nämlich die Betriebskrankenkasse Wolfsburg und die AOK Gifhorn-Wolfsburg-Helmstedt für die weitere Untersuchung nicht berücksichtigt werden, da - wie aufgrund der Zeitungsberichte bereits angenommen - alle primärpräventiven Angebote (auch für Schulen) gestrichen sind. Das Gesundheitsamt Wolfsburg fiel aus dieser Untersuchung heraus. Da der Landkreis Gifhorn über ein eigenes Gesundheitsamt verfügt, welches auch für die Bewohner der Samtgemeinde Brome zuständig ist, gehört die Samtgemeinde Brome nicht zum Einzugsgebiet des Gesundheitsamtes in Wolfsburg, obwohl Wolfsburg für die meisten Einwohner der Samtgemeinde Brome wesentlich besser erreichbar wäre als Gifhorn.

Auf die konkreten Präventionsangebote der einzelnen Institutionen wird hier nicht näher eingegangen, da diese in Anhang 12 ausführlich dargestellt werden. Interessant ist jedoch die Vielfalt präventiver Angebote, die von einer Sucht- und AIDS-Prävention über Aufklärung von sexuellem Mißbrauch bis hin zur Aufklärung von Eßstörungen reicht. Diese Informationen können auch für Schulen interessant sein, da viele der angeschriebenen Einrichtungen mit ihren präventiven Angeboten auch in die Schulen gehen bzw. Schulklassen zur themenzentrierten Arbeit zu sich einladen. Die meisten der angeschriebenen Institutionen schienen einer weiteren Zusammenarbeit mit der Schule offen gegenüberzustehen bzw. bekundeten darüber hinaus konkretes Interesse daran (wie die „Selbsthilfegruppe Angehörige von Eßgestörten“).

Die verbleibenden zehn psychosozialen Institutionen werden im folgenden vor allem danach überprüft, inwiefern sie Beratung oder Therapie für Eßgestörte anbieten bzw. wohin sie diese verweisen würden (Items 12a bis 12c).

Acht der zehn psychosozialen Institutionen beraten auch Klienten mit Eßstörungen, wobei sich die AWO Gifhorn jedoch nur an Erwachsene richtet. Für Jugendliche mit Eßstörungen bleiben somit noch sieben Einrichtungen:

- Erziehungsberatungsstelle Wolfsburg,
- „Selbsthilfegruppe Angehörige von Eßgestörten“ in Wolfsburg,
- Zentrum für Mädchen und junge Frauen in Wolfsburg,
- Beratungsstelle BALANCE für sexuell mißbrauchte Kinder und Jugendliche in Wolfsburg,
- Erziehungs- und Familienberatungsstelle in Gifhorn sowie die
- Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke in Gifhorn und in Wittingen.

Im folgenden wird nur auf die Institutionen eingegangen, die konkrete Zahlen im Hinblick auf Beratungen wegen Eßstörungen genannt haben:

- Die Beratungsstelle BALANCE für sexuell mißbrauchte Kinder und Jugendliche in Wolfsburg können zwar keine genauen Zahlen nennen, wieviele Klienten wegen einer Eßstörungs- oder Körperbildproblematik zu ihnen kommen, allerdings werden diese Probleme in vielen Beratungs- und Therapiefällen mit jugendlichen Mädchen thematisiert.
- Das Zentrum für Mädchen und junge Frauen in Wolfsburg gibt an, daß es wöchentlich mehrere Nachfragen zum Thema Eßstörungen gibt und daß mindestens drei Beratungen wöchentlich wegen gestörten Eßverhaltens und bzw. oder wegen einer Körperbildproblematik stattfinden. Aber auch wenn der Beratungsanlaß nicht konkret eine Eßstörung ist, so soll dieses Thema dennoch Bestandteil in fast allen Beratungen sein.
- Die Selbsthilfegruppe Angehörige von Eßgestörten in Wolfsburg gibt an, daß ca. 50 Beratungen jährlich zum Thema Eßstörungen stattfinden.
- Während die Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke in Gifhorn und in Wittingen Eßgestörte zu ihrem Klientel zählen und ca. 5 bis 10 Beratungen jährlich zum Thema Eßstörungen haben, werden im Drogen- und Jugendberatungszentrum Wolfsburg keine Beratungen für Eßgestörte angeboten.

Abschließend soll nun noch kurz darauf eingegangen werden, wohin die einzelnen psychosozialen Institutionen Eßgestörte verweisen, wenn sie selbst keine längerfristigen Beratungen von

Klienten mit Eßstörungen leisten können. Die einzelnen „Verweisungsmöglichkeiten“ werden in der Reihenfolge nach der Häufigkeit der Nennungen in den Fragebogen angegeben (in Klammer = Häufigkeit der Nennungen):

- Niedergelassene Psychotherapeuten (4),
- Selbsthilfegruppe (4),
- Gruppe für Eßgestörte im Zentrum für junge Mädchen und Frauen (3),
- Beratungsstellen (3),
- Ärzte (2),
- Kliniken (Krankenhaus, Klinik am Korso in Bad Oeynhausen) (2),
- Erziehungsberatungsstelle (1),
- Suchtberatungsstelle (1),
- Arbeiterwohlfahrt (1) und
- Krankenkassen (1).

Leider waren einige Angaben sehr allgemein (wie Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen), da so nicht offensichtlich wurde, ob bei den für diese Untersuchung angeschriebenen Institutionen nicht einige vergessen wurden. Die Arbeiterwohlfahrt und die Krankenkassen sind zwar in Betracht gezogen worden, sind jedoch wegen nicht vorhandener Angebote für jugendliche Eßgestörte aus der Auflistung wieder herausgenommen worden.

6.2.6 Diskussion des Fragebogens an die psychosozialen Institutionen

Zum psychosozialen Netz im Bereich der Samtgemeinde Brome kann gesagt werden, daß einige Institutionen in Wolfsburg, Gifhorn und Wittingen für Jugendliche mit Eßstörungen vorhanden sind, daß viele dieser Angebote für diese Jugendlichen aber dennoch kaum nutzbar sind. So werden die meisten Beratungstermine nach telefonischer Vereinbarung vergeben. Für Jugendliche, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, ist jedoch nicht genau vorhersehbar, wann sie - vor allem bei mehrmaligem Umsteigen - einen Termin wahrnehmen können.

Das Zentrum für Mädchen und junge Frauen in Wolfsburg bietet zwar eine Gruppe für Mädchen mit Eßstörungen an, diese findet jedoch Montag abends von 19.00 Uhr bis 20.30 Uhr statt. Mädchen, die aus der Samtgemeinde Brome kommen, müßten sich von ihren Eltern von diesen Treffen abholen lassen, da um diese Zeit keine Busse mehr zwischen Wolfsburg und der Samtgemeinde Brome verkehren bzw. die letzten beiden Busse in die Samtgemeinde Brome

um ca. 19.00 Uhr und dann erst wieder nach 22.00 Uhr verkehren. Da viele Jugendliche ihre Eßstörung aber geheimhalten, ist es relativ unwahrscheinlich, daß sich die betroffenen Jugendlichen von ihren Eltern von solchen Gruppen abholen lassen würden.

Wie sich bei der Untersuchung herausstellte, zählen die Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Gifhorn und Wittingen Eßgestörte zu ihrem Klientel, dagegen bietet das Drogen- und Jugendberatungszentrum in Wolfsburg keine Beratung für Eßgestörte an. Solche Unklarheiten, welche Institutionen für welche Störungen verantwortlich sind, erschweren die Suche nach entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten für eßgestörte Klienten. Weiterhin werden sich viele Menschen, die unter einer Körperbildproblematik oder einem gestörten Eßverhalten leiden, von einer „Suchtkrankenstelle“ nicht unbedingt angesprochen fühlen, da mit Süchten in der Regel etwas anderes assoziiert wird.

Viele Angebote, die auf den ersten Blick reizvoll erscheinen, sind von daher für Jugendliche aus dem Umkreis, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, nicht mehr so ansprechend. Nichtsdestotrotz sollen die vorhandenen Angebote nicht „schlechtgemacht“ werden, da sie für viele Jugendliche möglicherweise der einzige Weg aus ihrer Isolation darstellen.

Zum Fragebogen läßt sich feststellen, daß er die wesentlichen Informationen, die für diese Arbeit relevant waren, erheben konnte, einige Items hätten jedoch weggelassen oder anders formuliert werden sollen:

- Statt der Items 4a und 4b hätte die Frage gereicht, ob auch Klienten aus der Samtgemeinde Brome das Angebot nutzen können. Die Frage, wie hoch der Prozentsatz der Klienten aus der Samtgemeinde Brome ist, die die Angebote der Einrichtungen wahrnehmen, ist zum einen kaum zu beantworten (z.B. wegen Anonymität der zu Beratenden), zum anderen wenig aussagekräftig, wenn man nicht gleichzeitig weiß, wie groß der Prozentsatz ist, den die Einwohner der Samtgemeinde Brome im Vergleich zum sonstigen Einzugsgebiet darstellen.
- Das Item 12b hätte anders formuliert werden können, da alleine die Fallzahl von Klienten mit Eßstörungen wenig aussagt, wenn nicht bekannt ist, wieviele Beratungen jährlich überhaupt stattfinden bzw. wie häufig der Beratungsanlaß im Vergleich zu anderen Problematiken ist.

- Das Item 12c konnte nicht die gewünschten Antworten einholen. Während konkrete Hinweise (z.B. genauer Name und Ort einer Beratungsstelle, an die Eßgestörte verwiesen werden können) erwartet wurden, waren die Antworten auf diese Frage sehr allgemein. Allerdings wäre die Häufigkeit, auf diese Frage zu antworten, wahrscheinlich gesunken.

6.2.7 Auswertung des Fragebogens an die Kirchengemeinden

Von den sechs angeschriebenen Kirchengemeinden der Samtgemeinde Brome haben vier geantwortet:

- Ev.-luth. Kirchengemeinden Rühren, Brechtorf und Eischott,
- Ev.-luth. Pfarramt Tülau,
- Ev.-luth. Kirchengemeinde Ehra und
- Ev.-luth. Kirchengemeinde Parsau mit Ahnebeck und Bergfeld.

Lediglich die Ev.-luth. Kirchengemeinde Brome-Altendorf sowie die Katholische Kirche Parsau haben keine Rückmeldung gegeben.

Im folgenden werden die Antworten der einzelnen Kirchengemeinden auf die Items 3a bis 9b wiedergegeben:

Items 3a und 3b:

Zwei Pfarrer haben auf die Frage, ob Einzelberatung für Jugendliche angeboten wird mit „Ja“ geantwortet, zwei mit „Nein“. Allerdings ist eine der „Ja“-Antworten mit Klammern versehen und es wird erläutert, daß Beratung nicht im eigentlichen Sinne „angeboten“ wird. Bei Konfirmanden- und auf Jugend-Ferien-Seminaren ergeben sich jedoch immer wieder Einzelberatungsgespräche zum Thema Eltern, Schule, Liebe.

Item 4 bis 5b:

Für Jugendliche existieren Konfirmanden- und Jugendgruppen. Die ev.-luth. Kirchengemeinde Ehra bietet zudem in Zusammenarbeit mit der Samtgemeinde Brome einen Jugendtreff an. Niedrigschwellige Angebote gibt es nicht, bis auf eine offene Inline-Skate-Gruppe, die von der ev.-luth. Kirchengemeinde Parsau offeriert wird.

Items 6a bis 7b:

In keiner der Kirchengemeinden gibt es eine Mädchengruppe und nur einem Pfarrer ist eine Mädchengruppe in der Samtgemeinde Brome bekannt: ein Fußball-Sportverein für Mädchen.

Items 8a bis 8b:

Keine der vier Kirchengemeinden hat Angebote, die besonders auf die Prävention bestimmter psychischer Störungen abzielen.

Items 9a bis 9b:

Nur einer der Pfarrer gab an, schon Kontakt mit Jugendlichen gehabt zu haben, die unter Eßstörungen leiden. Bei den aufgetretenen Eßauffälligkeiten handelte es sich um Bulimie, die gelegentlich auftritt und starkes Übergewicht, welches sehr häufig vorkommen soll.

6.2.8 Diskussion des Fragebogens an die Kirchengemeinden

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Befragung der Kirchengemeinden keine nennenswerten Ergebnisse erbracht hat. Die in der Samtgemeinde Brome ansässigen Kirchengemeinden bieten außer Jugend- und Konfirmandengruppen mit einer Ausnahme keine konfessionsungebundenen und damit niedrighschwelligere Gruppen für Jugendliche an. Ebenso gehören Mädchengruppen nicht zum Angebot der Kirchengemeinden. Auch von anderen Initiatoren sind den befragten Kirchenmitarbeitern bis auf eine Ausnahme (Fußballverein für Mädchen) keine Mädchengruppen in der Samtgemeinde Brome bekannt.

Obwohl Sportvereine bei dieser Untersuchung nicht berücksichtigt wurden bzw. werden konnten, kann ihnen eine präventive Funktion nicht abgesprochen werden. Ob jedoch gerade Frauen, die unzufrieden mit sich und ihrer Figur sind (abgesehen von Anorexia nervosa Patientinnen, die durch Sport weitere Gewichtsverluste erzielen wollen), einem Sportverein anschließen werden, ist eher unwahrscheinlich.

Erwähnenswert ist weiterhin, daß neben dem Jugendtreff in Ehra ein zweiter in Brome eröffnet wurde. Damit ist die Ausstattung an Jugendtreffs mit entsprechenden Öffnungszeiten in der Samtgemeinde Brome zwar immer noch eher mangelhaft, aber es sind dennoch Ansätze erkennbar, an der derzeitigen Situation für Jugendliche etwas verändern zu wollen.

6.3 Zusammenfassende Bewertung der Untersuchung

Die übergeordneten Fragestellungen dieser Untersuchung werden in Kapitel 7 und 8 thematisiert. Im folgenden werden die konkretisierten Fragen zur Untersuchung aus Kapitel 6.1.1 zusammenfassend beantwortet.

Präventionsmöglichkeiten bei Eßstörungen in der Haupt- und Realschule in Rügen

Um Informationen darüber zu erhalten, welche Formen der Prävention in der Haupt- und Realschule in Rügen denkbar bzw. durchführbar wären, wurden teilstrukturierte Interviews mit der Schulleitung und dem Beratungslehrer der Schule durchgeführt sowie ein Fragebogen an das gesamte Lehrerkollegium verteilt. Dabei konnte festgestellt werden, daß die Ansichten des Beratungslehrers zu den Möglichkeiten schulischer Prävention von einem großen Teil des Kollegiums geteilt werden. Die Notwendigkeiten präventiven Vorgehens in der Schule wird zwar gesehen, allerdings werden die derzeitigen Möglichkeiten dazu auch skeptisch beurteilt. Vor allem schwierige und psychisch gestörte Schüler, schlechte personelle und räumliche Ausstattung, unzureichende Lehrerausbildung, vorrangige Aufgabe der Wissensvermittlung und zu geringe Einflußmöglichkeiten auf die Schüler werden als hinderlich für präventives Vorgehen angesehen.

Mögliche Formen der Prävention, die von der Schule auch wahrgenommen werden sollten, werden von den Lehrern besonders bei der Suchtprävention, der Elternaufklärung und -beratung und durch Information und Aufklärung von den Schülern gesehen. Eßstörungen werden von den Lehrern dagegen als kein so bedeutsames Problem in der Schule erlebt. Dennoch können sich viele Lehrer vorstellen, daß bestimmte Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen für die Lehrer und die Schüler in der Schule sinnvoll umgesetzt werden könnten. Viele der Lehrer wären weiterhin bereit, an bestimmten Präventionsmaßnahmen aktiv mitzuarbeiten. Besonders engagiert in dieser Hinsicht sind die Lehrerinnen und die berufs jungen Kollegen.

Psychosoziale Angebote für die Jugendlichen der Samtgemeinde Brome

Schule kann nicht alle anfallenden präventiven Aufgaben alleine wahrzunehmen. So wäre sie bei bestehenden psychischen Störungen wie Eßstörungen mit der Beratung solcher Schüler langfristig überfordert.

An psychosozialen Institutionen, die vor allem bei der Sekundärprävention eine wichtige Rolle spielen, gibt es verschiedene Angebote für Jugendliche. Diese sind alle in den nächstgelegenen Städten Wolfsburg, Gifhorn und Wittingen vorzufinden und erfordern von den Jugendlichen die Bewältigung von 12 bis 35 km Entfernung, was bei dem eher schlecht ausgebauten Personennahverkehr nicht einfach ist.

Von den vierzehn angeschriebenen Beratungsstellen beraten sieben auch Klienten mit Eßstörungen, wobei das Zentrum für Mädchen und junge Frauen darüberhinaus zwei angeleitete Selbsthilfegruppen für eßgestörte Mädchen und Frauen anbietet.

Sonstige Einrichtungen für Jugendliche in der Samtgemeinde Brome

Der Schule sind neben der Sekundärprävention auch beim primärpräventiven Vorgehen Grenzen gesetzt, da Schule die Wissensvermittlung als wesentliche Aufgabe zu leisten hat und sie die Schüler nur vormittags „betreut“. Da neben der Schule nicht viele Angebote in der Samtgemeinde Brome für Jugendliche zu finden sind (bis auf zwei noch sehr junge Jugendtreffs), wurden auch die Kirchengemeinden in die Untersuchung einbezogen. Dieser Teil der Untersuchung war jedoch nicht sehr aufschlußreich, da konfessionsungebundene Jugend- oder gar Mädchengruppen nicht angeboten werden und den Kirchenmitarbeitern auch ansonsten nicht bekannt sind.

7 Diskussion und Folgerungen

Dieses Kapitel soll die übergeordneten Fragestellungen dieser Arbeit zusammenfassend beantworten und darüber hinaus aufzeigen, welche Folgerungen sich für weitere Forschungen ergeben.

Zur Erinnerung werden die Hauptleitfragen nochmals aufgeführt:

- 1) Welche vorbeugenden Maßnahmen gegen Eßstörungen in der Schule sind möglich? Welche Grenzen stehen dem gegenüber?
- 2) Auf welche Art der Unterstützung können die Lehrerinnen und Lehrer der Haupt- und Realschule am Drömling in Rügen zurückgreifen? Wohin können sie betroffene Schülerinnen und Schüler verweisen?
- 3) Welches tatsächlich durchführbare Konzept einer Eßstörungsprävention in der Haupt- und Realschule am Drömling ist unter Berücksichtigung des psychosozialen Angebotes im Rühener Raum denkbar?

Zu 1)

Kapitel 4 und 5 haben sich näher mit dieser Frage beschäftigt. So stehen an präventiven Methoden vor allem die Aufklärung, die Beratung, das Training, die Krisenintervention und systembezogene Interventionen zur Verfügung.

Die **Aufklärung** über Eßstörung, die in der Schule auf verschiedenen Wegen gut erfolgen könnte, bietet entscheidende Nachteile: Aufklärung über Eßstörungen würde bedeuten, von gewichtsregulierenden Maßnahmen wie Diäten abzuraten. Dies stimmt jedoch nicht mit dem überein, was im Rahmen der Gesundheitsförderung gelehrt wird. Allerdings gehen bestimmte Aufklärungskampagnen der Gesundheitsförderung bereits in eine Richtung, die auch mit der Prävention von Eßstörungen kompatibel wäre: Aufklärung über ausgewogene, gesunde Ernährung und körperliche Betätigung, ohne diese Maßnahmen lediglich als Mittel der Gewichtsreduktion zu begreifen. Ein entscheidender Nachteil der Aufklärung bleibt jedoch, daß durch Informationen allein keine wesentlichen Bewußtseinsänderungen erzielt werden können.

Eine weitere, spezifischere Form der Prävention gegen Eßstörungen wäre auch in Selbsterfahrungsgruppen als einer abgewandelten Form des **Trainings** gegeben. Hier stellt sich jedoch die Frage, inwieweit eine solche in der Schule durchgeführt werden könnte.

Die **Beratung** und verschiedene Formen des **Trainings** (Training sozialer Kompetenzen, Streßbewältigungstraining, Training zum Aufbau alternativer Kompetenzen) sowie die **Krisenintervention** und die **systembezogene Intervention** stellen demgegenüber mehr störungsübergreifende Präventionsmodelle dar, die jedoch gerade dadurch entscheidende Vorteile bieten. Durch solche störungsübergreifende bzw. unspezifische Präventionsprogramme ist es möglich, die für die psychische Gesundheit erforderliche psychosoziale Kompetenz zu stärken, ohne daß aufwendige Forschungen über Ursache-Wirkungs-Beziehungen einzelner Störungen notwendig wären. D.h. statt den Blick nur auf die Defizite des Menschen zu richten und zu überprüfen, wie Vulnerabilitäten einer Person beseitigt werden können, wäre es hilfreicher, die Kompetenzen einer Person aufzubauen oder zu verbessern, so daß ein besserer Schutz bei auftretenden Problemen gegeben ist. Dies erscheint auch insofern notwendig, als es gar nicht mehr möglich ist, gegen jede denkbare Störung einzeln präventiv vorzugehen, zumal an bestimmten Gefährdungen für eine Störung ohnehin keine Abhilfe geschaffen werden können wie sie z.B. genetische Veranlagungen bei Schizophrenie oder Depression darstellen. Leider gibt es bisher jedoch nur relativ wenig Veröffentlichungen, die sich konkret mit störungsübergreifender Prävention in der Schule beschäftigen.

Als **systembezogene Intervention** ist für diese Arbeit vor allem die Sicherung bzw. Herstellung sozialer Grundgüter wesentlich, wozu beispielsweise die Einrichtung von Beratungsstellen in Gemeinden gehört. Zwar können durch diese Untersuchung keine Beratungsstellen in der Samtgemeinde Brome geschaffen, aber immerhin erreichbare psychosoziale Institutionen in der Umgebung mit ihren Angeboten für die Lehrer und somit auch für die Schüler bekannt und zugänglich gemacht werden.

Zu 2)

An psychosozialen Institutionen, die Beratung oder Therapie von Jugendlichen durchführen oder die mit Schulen zusammenarbeiten, sind neun Institutionen gefunden worden, wovon sieben auch konkrete Hilfe für Eßgestörte anbieten (siehe Kap. 6.2.5 und Anhang 12). Wie durch Gespräche mit dem Beratungslehrer und dem Schulleiter bekannt ist, wurde bislang wenig auf

die psychosozialen Institutionen in der Umgebung zurückgegriffen. Hier bestünde für interessierte Lehrer also die Möglichkeit, durch Zusammenarbeit mit Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen verstärkt präventiv in der Schule zu arbeiten. Im Gegensatz zu den psychosozialen Institutionen bieten die Kirchengemeinden der Samtgemeinde Brome dagegen wenig Ansatzpunkte für Prävention, da konfessionsunabhängige Angebote für Jugendliche nicht vorhanden sind.

Zu 3)

Die Lehrer der Haupt- und Realschule Rühren stehen den Möglichkeiten zur Prävention von Schule und Lehrern eher skeptisch gegenüber, obwohl die Notwendigkeit dafür gesehen wird. Viele Lehrer fühlen sich für präventives Vorgehen zu schlecht ausgebildet, betonen aber die Notwendigkeit einer in dieser Hinsicht verbesserten Ausbildung.

Während die Bedeutung der Suchtprävention von vielen Lehrern der Haupt- und Realschule Rühren hervorgehoben wird, nehmen sie Eßstörungen als kein so bedeutsames Problem in der Schule wahr. Dies könnte allerdings damit zusammenhängen, daß viele Lehrer unter Eßstörungen ein ungesundes Eßverhalten verstehen, was sicherlich nicht so problematisch zu bewerten ist wie eine Drogenabhängigkeit. Daß mit Eßstörungen hier „krankhaftes“ Eßverhalten gemeint ist, unter dem die Betroffenen sowohl physisch als auch psychisch stark leiden, wird von den meisten Lehrern wahrscheinlich aufgrund von Wissensdefiziten nicht wahrgenommen. Mehr Informationen zu dieser Störung (siehe Kap. 5.4), an der die meisten Lehrer auch Interesse bekundet haben, könnte diese Einschätzung möglicherweise etwas verändern und so auch für das Erkennen einer solchen „Erkrankung“ sensibilisieren.

Obwohl Eßstörungen als nicht so bedeutsam wahrgenommen werden, können sich viele Lehrer der Haupt- und Realschule Rühren - besonders Frauen und berufsunerfahrene Lehrer - einzelne Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen gut vorstellen bzw. wären auch bereit, an diesen mitzuarbeiten.

Am besten vorstellbar für die Lehrer ist die Durchführung präventiver Maßnahmen im regulären Unterricht. Dagegen erscheint der Psychologieunterricht den Lehrern der Haupt- und Realschule Rühren eher nicht vorstellbar. Etwas positiver, aber auch nicht gut vorstellbar schneiden die Maßnahmen „Selbstsicherheitstraining“ und „Stressbewältigungstraining“ ab, also gerade solche Maßnahmen, die für eine störungsübergreifende Prävention bedeutsam sein könnten.

D.h. störungsübergreifende Maßnahmen wie Trainings, von denen man sich eine Stärkung der psychosozialen Kompetenzen der Jugendlichen verspricht (siehe Kap. 5.3.3) und die den Vorteil haben, daß sie relativ unabhängig von ätiologischen Kenntnissen als sinnvoll betrachtet werden (vgl. Kap. 3.2.2), beurteilen die Lehrer eher skeptisch. Noch negativer ist die Einstellung der Lehrer, selbst aktiv an solchen Präventionsmaßnahmen mitzuwirken.

Diese ablehnende Haltung kann jedoch möglicherweise damit zusammenhängen, daß sich viele Lehrer wenig unter Trainings und dem Psychologieunterricht vorstellen können bzw. ihnen nicht klar ist, wie eine Einführung solcher Maßnahmen in die Schule aussehen könnte und mit welchen Belastungen dies für sie verbunden wäre. Es gibt jedoch auch einzelne Lehrer - besonders die in dieser Untersuchung befragten Frauen -, die sich solche Maßnahmen bzw. ihre Mitarbeit daran eher gut vorstellen könnten. Da bestimmte Maßnahmen wie Trainings oder der Psychologieunterricht ohnehin nicht von allen Lehrern geleistet werden könnten, sind durch solch interessierten Lehrer durchaus Ansatzpunkte für die Einführung störungsübergreifender Präventionsmodelle vorhanden.

Allerdings sind diese Überlegungen hypothetischer Art, solange in der Schule keine strukturellen Veränderungen stattfinden, die präventiven Maßnahmen wie dem genannten Psychologieunterricht oder verschiedenen Trainings entsprechenden Raum gewährt. Präventives Vorgehen wird kaum umsetzbar sein, wenn einzelne Maßnahmen bei einigen wenigen engagierten Lehrern „hängenbleiben“, die solche Maßnahmen in ihrer Freizeit mit entsprechend motivierten Schülern durchführen. Damit Präventionsmaßnahmen in der Schule jedoch kein Lippenbekenntnis bleiben, wäre es nötig, entsprechende Bedingungen zu schaffen, die Prävention in der Schule erleichtern bzw. fördern. Vor allem die in Kapitel 4.6.1 genannten strukturellen Veränderungen könnten die Möglichkeiten präventiven Vorgehens in der Schule erheblich verbessern.

Besonders die Frauen der vorliegenden Stichprobe schätzen ihre Kenntnisse über und ihre Unterstützungsmöglichkeiten bei Eßstörungen positiver ein als die männlichen Lehrer und können sich alle Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen - bis auf eine - deutlich besser vorstellen als ihre männlichen Kollegen. Auch ihre Bereitschaft zu Mitarbeit an einzelnen Präventionsmaßnahmen gegen Eßstörungen stufen sie bedeutend positiver ein. Dies könnte vor allem für primärpräventive Maßnahmen gegen Eßstörungen wie der Aufklärung, die in Form von Aktionstagen oder -wochen und Unterrichtseinheiten förderlich sein. Aber auch störungsübergrei-

fende Präventionsmaßnahmen (Psychologieunterricht, Selbstsicherheits- und Streßbewältigungstraining) für die Schüler, ebenso wie schulinterne Lehrerfortbildungen für die Lehrer, sind für Lehrerinnen offensichtlich besser vorstellbar - auch im Hinblick auf die eigene Mitarbeit - als für ihre männlichen Kollegen. Bei entsprechender Unterstützung der Lehrerinnen wären hier demnach durchaus Ansatzpunkte für präventives Vorgehen gegeben.

Vor allem sehr junge und berufsunerfahrene Kollegen der Haupt- und Realschule Rügen nehmen die Schüler als sehr schwierig und gestört wahr und beurteilen ihre Möglichkeiten bzw. die der Schule unter den derzeitigen Bedingungen eher negativ im Hinblick auf Prävention. Lehrer, die sich beruflich überfordert fühlen, werden jedoch kaum in der Lage sein, neben ihren „eigentlichen“ Aufgaben noch präventiv tätig zu werden. Um präventives Vorgehen seitens der Lehrer zu verbessern, scheinen für die Lehrer vor allem Maßnahmen erforderlich, wie sie z.B. in Form von (schulinternen) Lehrerfortbildungen oder Lehrersupervisionen geschehen könnten (siehe Kap. 4.6.3).

So könnte es für Lehrer und deren präventives Vorgehen durchaus wesentlich sein, Einblicke in und Veränderungsmöglichkeiten über bestimmte eigene destruktive Denkmuster zu erhalten, wie das durch die kognitive Umstrukturierung möglich ist. So begehen viele Menschen den „Fehler“ des polarisierten Denkens (vgl. Kriz, 1991, S. 156f.). Damit ist gemeint, daß diese Personen in Extremen denken und ihnen Differenzierungsmöglichkeiten fehlen. Daß Erwartungen an das eigene berufliche Handeln zu hoch sind und mögliche Erfolgserlebnisse als nicht ausreichend angesehen werden, kann berufliche Probleme fördern und präventive Ansatzpunkte verhindern. Es ist jedoch schwierig, solche Denkmuster selbst zu erkennen und zu verändern. Insofern scheinen Präventionsmaßnahmen unerlässlich, die den Lehrern helfen, solche „Fallen“ zu erkennen. Durch die hier durchgeführte Untersuchung (halbstrukturiertes Interview mit dem Beratungslehrer und Fragebogen an das Lehrerkollegium) werden die Forderung nach Maßnahmen, die zur Verbesserung der Situation von Lehrern für präventives Vorgehen beitragen wie eine veränderte Lehreraus- und -fortbildung sowie die Einführung von Lehrersupervisionen (vgl. auch Kap. 4.6), unterstrichen.

Die hier durchgeführte Untersuchung bezog sich auf eine Haupt- und Realschule im ländlichen Raum und die hier ermittelten Ergebnisse sind nicht ohne weiteres auf andere Lehrer oder Schulen übertragbar. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, daß Präventionsprogramme, die

ohne eine vorherige Analyse der Schulumwelt durchgeführt werden, zum Scheitern verurteilt sind, da in jeder Schule andere Bedingungen und unterschiedliche Problemlagen vorzufinden sind. Vor allem sollte auch die Einstellung der Schulleitung und der Lehrer zu einer Maßnahme erfaßt werden, da ansonsten die Gefahr besteht, lediglich für die Theorie zu forschen, ohne daß dies Auswirkungen auf die Praxis hätte.

Weiterführend wäre in diesem Zusammenhang von Interesse, ob, und wenn ja, inwiefern sich Lehrer, die in einer ländlich gelegenen Schule unterrichten, von Lehrern, die in einer Stadtschule beschäftigt sind, hinsichtlich ihrer Einstellung zur Prävention (von Eßstörungen) unterscheiden.

Insgesamt kann festgehalten werden, daß die in den Kapiteln 1 bis 5 erarbeiteten Möglichkeiten und Grenzen (eßstörungsbezogener) Prävention in der Schule auch für die Haupt- und Realschule in Rügen ihre Gültigkeit zu haben scheinen. Ohne Veränderungen der Schulumwelt und der Aus- und Fortbildung der darin beschäftigten Lehrer sind keine wesentlichen Veränderungen zugunsten eines verstärkt präventiven Vorgehens in der Schule zu erwarten.

8 Zusammenfassung

Eßstörungen stellen für die Betroffenen, die unter ihrer Störung sowohl physisch als auch psychisch leiden, einen bedeutenden Risikofaktor für ihre körperliche und seelische Gesundheit dar. Aber auch der Allgemeinheit entstehen durch Eßstörungen erhebliche Kosten durch Therapie und Rehabilitation. Aus diesen Gründen ergibt sich die Notwendigkeit verstärkt präventiven Vorgehens, wobei vor allem Schule wesentliche Vorteile für die Durchführung einzelner Präventionsmaßnahmen bietet.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, mögliche Formen unspezifischer und spezifischer Prävention auf ihre Durchführbarkeit hin am Beispiel einer Haupt- und Realschule im ländlichen Raum zu untersuchen. Dabei sollen auch psychosoziale Institutionen und Kirchengemeinden dahingehend überprüft werden, inwiefern sie Schule bei der Prävention unterstützen können.

Im Anschluß an Begriffsdefinitionen zu Eßstörungen und Prävention wurde auf allgemeine schulische Präventionsmaßnahmen eingegangen, die momentan am häufigsten zu finden sind, aber auch Verbesserungsmöglichkeiten hinsichtlich der Präventionsproblematik wurden thematisiert. Vor allem die Rolle der Lehrer und die Frage, durch welche Maßnahmen sie für eine bessere Prävention gewonnen werden können, ist dabei bedeutsam.

Darauf folgend wurden verschiedene präventive Methoden, die sowohl für die spezifische als auch unspezifische Prävention sinnvoll erscheinen, vorgestellt und hinsichtlich ihrer Eignung für die Schule diskutiert. Besondere Berücksichtigung fanden dabei Präventionsmodelle, die nicht nur im Hinblick auf Eßstörungen, sondern störungsübergreifend wirksam erscheinen, da Schule hoffnungslos überfordert wäre, wenn sie gegen alle erdenklichen Störungen, die sinnvollerweise vor ihrer Entstehung bekämpft werden sollten, präventiv vorgehen müßte.

Die aufgeführten Erkenntnisse bilden die Grundlage der Untersuchung über Präventionsmöglichkeiten von Eßstörungen im ländlichen Raum. Im Rahmen dieser Untersuchung sollte ermittelt werden, welche Formen der unspezifischen und spezifischen Prävention in der Haupt- und Realschule in Rügen unter Berücksichtigung des psychosozialen Netzes in der Umgebung möglich sind bzw. welche Grenzen hinsichtlich präventiven Vorgehens in der Schule bestehen. Die benötigten Daten über die Haupt- und Realschule Rügen wurden durch teilstrukturierte Interviews mit der Schulleitung und dem Beratungslehrer, sowie einem Fragebogen an das

gesamte Lehrerkollegium erfaßt. Da Schule nicht allein den Bereich der Primär- und Sekundärprävention abdecken kann, wurden auch psychosoziale Institutionen und Kirchengemeinden in die Untersuchung integriert. Durch die Versendung eines Fragebogens an die psychosozialen Institutionen der nächstgelegenen Städte sowie an die Kirchengemeinden der Samtgemeinde Brome sollte ermittelt werden, welche Angebote für Jugendliche allgemein und für Eßgestörte im besonderen bestehen.

Die Auswertung zeigte, daß bis auf die Angebote der Kirchengemeinden durchaus sinnvolle Möglichkeiten vorhanden sind, präventiv vorzugehen. So sind in der Umgebung durchaus psychosoziale Angebote vorhanden, die zum einen die Beratung von eßgestörten Jugendlichen durchführen und die zum anderen an einer Zusammenarbeit mit Schulen im Hinblick auf Prävention allgemein, als auch im Hinblick auf eßstörungenbezogene Prävention im besonderen interessiert wären.

Auch die Lehrer der Haupt- und Realschule Rühren sehen sowohl die Notwendigkeit als auch durchaus Möglichkeiten, verschiedene präventive Maßnahmen in der Schule umzusetzen bzw. selber daran mitzuwirken.

Allerdings zeigen die Ergebnisse auch, daß sich ohne strukturelle Veränderungen in der Schule, die präventiven Maßnahmen mehr Raum geben, keine wesentlichen Veränderungen hin zu einer vermehrten Prävention ergeben werden.

Insgesamt kann die vorliegende Arbeit als ein Plädoyer zur Einführung präventiver Maßnahmen in die Schule gesehen werden, was zu einer Verbesserung des gesamten Schulklimas und der darin tätigen Menschen beitragen soll. Gelingen kann das jedoch nur, wenn zuständige Stellen sich verstärkt dafür einsetzen, dies zu ermöglichen und Lehrer mit dieser Aufgabe nicht alleine gelassen werden.

9 Literatur

- Badry, E. & Knapp, R. (1996). Gesundheitserziehung, Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung als Teilaufgabe von Erziehung. In: R. Knapp (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren. Aufgabe von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 5-40). Berlin: Luchterhand.
- Bäuerle, D. (1996). Zusammenarbeit von Schule, Schulpsychologischem Dienst und Jugendhilfe. In: R. Knapp (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren. Aufgabe von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 227-236). Berlin: Luchterhand.
- Baric, L. (1979). Gehen wir von den richtigen Voraussetzungen aus? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung: Viertes Internationales Seminar für Gesundheitserziehung* (S. 21-44). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Barres, E.; Basler, E. & Diener, K. (1990). *Beratungslehrer: Beratungstätigkeit und Arbeitssituation. Eine empirische Studie*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bärsch, W. (1990). Modellversuche zur Beratung. In: N. Grewe (Hrsg.), *Beratungslehrer - eine neue Rolle im System* (S. 182-187). Neuwied: Luchterhand.
- Bartsch, N. (1995). Suchtprävention in der Grundschule. In: N. Bartsch & H. Knigge-Illner (Hrsg.), *Sucht und Erziehung. Band 1: Sucht und Schule. Ein Handbuch für Lehrer und Sozialpädagogen* (S. 165-183). Weinheim: Beltz.
- Bartsch, N. & Knigge-Illner, H. (1995). Sucht und Schule. In: N. Bartsch & H. Knigge-Illner (Hrsg.), *Sucht und Erziehung. Band 1: Sucht und Schule. Ein Handbuch für Lehrer und Sozialpädagogen* (S. 13-30). Weinheim: Beltz.
- Becker, P. (1981). Entstehungsbedingungen und Prävention des Alkoholismus und der Heroinabhängigkeit von Jugendlichen. In: G. Zimmer (Hrsg.), *Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit im Schulalter. Gefährdungen und Prävention* (S. 301-308). Frankfurt: Campus.
- Becker, P. & Minsel, B. (1982). Primäre Prävention schizophrener, neurotischer und psychosomatischer Störungen. In: J. Brandtstädter & A. von Eye (Hrsg.), *Psychologische Prävention: Grundlagen, Programme, Methoden* (S. 119-154). Stuttgart: Huber.
- Biermann-Ratjen, E.-M.; Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1995). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bockhofer, R. (1995). Suchtprävention im Deutschunterricht. In: N. Bartsch & H. Knigge-Illner (Hrsg.), *Sucht und Erziehung. Band 1: Sucht und Schule. Ein Handbuch für Lehrer und Sozialpädagogen* (S. 207-216). Weinheim: Beltz.
- Bohnsack, F. (1990). Sinn- und Bildungsverlust - die Notwendigkeit einer Reform von Schule und die Aufgaben und Ziele von schulinterner Lehrerfortbildung. In: H. Wenzel; M. We-

- semann & F. Bohnsack (Hrsg.), *Schulinterne Lehrerfortbildung. Ihr Beitrag zu schulischer Selbstentwicklung* (S. 13- 23). Weinheim: Beltz.
- Born, M. (1994). *Sexueller Mißbrauch - ein Thema für die Schule ?*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Bortz, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brandtstädter, J. (1982a). Prävention als psychologische Aufgabe. In: J. Brandtstädter & A. von Eye (Hrsg.), *Psychologische Prävention: Grundlagen, Programme, Methoden* (S. 15-36). Stuttgart: Huber.
- Brandtstädter, J. (1982b). Methodologische Grundfragen psychologischer Prävention. In: J. Brandtstädter & A. von Eye (Hrsg.), *Psychologische Prävention: Grundlagen, Programme, Methoden* (S. 37-79). Stuttgart: Huber.
- Bruch, H. (1991). *Eßstörungen: Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Mager-sucht*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Caplan, G. & Grunebaum, H. (1977). Perspektiven Primärer Prävention. In: G. Sommer & H. Ernst (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie 11: Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt* (S. 51-69). München: Urban & Schwarzenberg.
- Davison, G. C. & Neale, J. M. (1988). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. München: Psychologie Verlags Union.
- Diedrichsen, I. (1990). *Ernährungspsychologie*. Berlin: Springer.
- Duhr, E. (1979). Die WGO und die Gesundheitserziehung: Einige spezifische politische Entscheidungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung: Viertes Internationales Seminar für Gesundheitserziehung* (S. 3-11). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Stern (1997). *Die Dicke Gesellschaft. Ein Volk geht in die Vollen*, 12/97, 20-38.
- Ehinger, W. & Hennig, C. (1994). *Praxis der Lehrersupervision: Leitfaden für Lehrergruppen mit und ohne Supervision*. Weinheim: Beltz.
- Engel, A. & Orlopp, G. (1995). Suchtprävention im Musikunterricht. In: N. Bartsch & H. Knigge-Illner (Hrsg.), *Sucht und Erziehung. Band 1: Sucht und Schule. Ein Handbuch für Lehrer und Sozialpädagogen* (S. 199-206). Weinheim: Beltz.
- Ernst, H. (1977). Primäre Prävention: Möglichkeiten und Grenzen einer Strategie. In: G. Sommer & H. Ernst (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie 11: Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt* (S. 40-50). München: Urban & Schwarzenberg.
- Felten, M. (1992). Der Lehrer hat viel in der Hand. In: *Suchtreport*, 3, 6-11.

- Fisseni, H.-J. (1990). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Franke, M. (1979). Erwartungen an die Gesundheitserziehung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Bereitschaft und Barrieren in der Gesundheitserziehung: Viertes Internationales Seminar für Gesundheitserziehung* (S. 14-20). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Franzen, S. (1994). *Familiale Transmission von Gezügelmtem Eßverhalten*. Marburg: Dissertation des Fachbereiches Psychologie der Universität Marburg.
- Gianinazzi, Andrea (1992). Ethische Probleme der Prävention. In: *Drogalkohol*, 111-118.
- Granget, P. (1995). Die Schul(e)-Gemeinschaft: Ort der Gesundheitsförderung. In: *Abhängigkeiten*, 1 (2), 34-44.
- Grewe, N. (1990). Beratungslehrertätigkeit - Zwischenbilanz und Perspektiven. In: N. Grewe (Hrsg.), *Beratungslehrer - eine neue Rolle im System* (S. 9-18). Neuwied: Luchterhand.
- Gutte, R. (1994). *Lehrer - Ein Beruf auf dem Prüfstand*. Hamburg: Rowohlt.
- Habermas, T. (1990). *Heißhunger: Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Frankfurt: Fischer.
- Harland, S. & Siegel, W. (1996). *Eßstörungen: Erkennen und behandeln*. Küttigen/Aarau: Midena.
- Helfferrich, C. (1995). Ansätze geschlechtsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen. In: P. Kolip; K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit: Interventionsfelder und Präventionsbereiche* (S. 135-156). Weinheim: Juventa.
- Höher, G. (1987). *Der Beratungslehrer als Schulberater: Theoretische und empirische Analyse der Schulberatung in der Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Situation im Land Niedersachsen*. Braunschweig: Dissertation der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Technischen Universität Braunschweig.
- Horrman, H. (1990). Schule im Wandel - Konsequenzen für eine veränderte Lehreraus- und Fortbildung. In: N. Grewe (Hrsg.), *Beratungslehrer - eine neue Rolle im System* (S. 2-8). Neuwied: Luchterhand.
- House, J. S. (1989). Zum sozialepidemiologischen Verständnis von Public Health: soziale Unterstützung und Gesundheit. In: B. Badura; T. Elkeles; B. Grieger & W. Kammerer (Hrsg.), *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung* (S. 173-184). Berlin: BKK.
- Huber, G. L. & Schlottke, P. F. (1986). Prävention und Intervention. In: B. Weidenmann & A. Krapp, *Pädagogische Psychologie. Ein Lehrbuch* (S. 667-702). München: Psychologie Verlags Union.
- Israel, G. & Priebe, B. (1996). Sucht und Drogenvorbeugung im Kontext schulischer Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung: Das Beispiel Nordrhein-Westfalen. In: R.

- Knapp (Hrsg.), *Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren. Aufgabe von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 179-200). Berlin: Luchterhand.
- Keller, M. (1995). Drogenprävention zwischen Elternhaus und Schule. In: *Abhängigkeiten*, 1 (3), 35-37.
- Kelly, J. G. (1989). Die ökologischen Grundlagen präventiver Konzepte am Beispiel präventiver Beratungsarbeit. In: W. Stark (Hrsg.), *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis* (S. 128-159). Freiburg: Lambertus.
- Keßler, B. H. (1992). Daten aus dem Interview. In: R. S. Jäger & F. Petermann (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (S. 429-439). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Klotter, C. (1989). *Die Adipositasforschung im Lichte der historischen Psychologie. Ein Beitrag zu einer historischen Pathologie*. Berlin: Dissertation des Fachbereichs Gesellschafts- und Planungswissenschaften der Technischen Universität Berlin.
- Klotter, C. (1993). *Der geraubte Körper - verführt und zugerichtet*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Knigge-Illner, H. (1995). Curriculumentwurf zur Fortbildung von Lehrerteams zur Suchtprävention. In: N. Bartsch & H. Knigge-Illner (Hrsg.), *Sucht und Erziehung. Band 1: Sucht und Schule. Ein Handbuch für Lehrer und Sozialpädagogen* (S. 297-312). Weinheim: Beltz.
- Kollehn, K. & Stoffel, E. (1985). Zur Rolle des Lehrers in der Suchtprävention. In: K. Kollehn & N. H. Weber (Hrsg.), *Der drogengefährdete Schüler* (S. 103-113). Düsseldorf: Schwann.
- Kommer, D. & Röhrle, B. (1981). Handlungstheoretische Perspektiven Primärer Prävention. In: W.-R. Minsel & R. Scheller (Hrsg.), *Brennpunkte der Klinischen Psychologie: Prävention* (S. 89-151). München: Kösel.
- Kriz, J. (1991). *Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Laessle, R. G. (1990). Eßstörungen. In: H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie: Modelle psychischer Störungen* (S. 222-250). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Leppin, A. (1995). Gesundheitsförderung in der Schule. In: P. Kolip; K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit: Interventionsfelder und Präventionsbereiche* (S. 235-250). Weinheim: Juventa.
- Lüttge, D. (1981). *Beraten und Helfen. Beratung als Aufgabe des Lehrers*. Bad Heilbrunn/OBB.: Klinkhardt.
- Lüttge, D. (1990). Perspektiven einer Verbesserung der Beratungskompetenz im schulischen Bereich. In: N. Grewe (Hrsg.), *Beratungslehrer - eine neue Rolle im System* (S. 19-26). Neuwied: Luchterhand.

- Lüttge, D.; Martens, S. & Sumaski, W. (1978). Aspekte der sozialen Interaktion in Erziehung und Unterricht. In: G. Leder; D. Lüttge; K. G. Pöppel & R. Wichard (Hrsg.) *Hildesheimer Beiträge zu den Erziehungs- und Sozialwissenschaften*. Hildesheim: Georg Olms.
- Manns, M. & Schultze, J. (1995). Suchtprävention durch ein Trainingsprogramm zur sozialen Kompetenz. In: N. Bartsch & H. Knigge-Illner (Hrsg.), *Sucht und Erziehung. Band 1: Sucht und Schule. Ein Handbuch für Lehrer und Sozialpädagogen* (S. 217-234). Weinheim: Beltz.
- Marmot, M. G. & Blyth, F. M. (1989). Die Aufgaben von Public Health bei der Reduktion von Ungleichheiten in der Mortalität. In: B. Badura; T. Elkeles; B. Grieger & W. Kammerer (Hrsg.), *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung* (S. 151-157). Berlin: BKK.
- Mayer, A. (1995). *Prävention: Definition, Entwicklung, Organisation*. Regensburg: Roderer.
- Mayring, P. (1990). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union.
- Meermann, R. & Vandereycken, W. (1987). *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Miller, R. (1991). Störungen im System Gemeinde: Intervention. In: M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Band 2: Intervention* (S. 408-420) Stuttgart: Huber.
- Minsel, W.-R. (1981). Modelle präventiver Intervention in Familie und Schule - Möglichkeiten und Schranken ihrer Wirksamkeit. In: G. Zimmer (Hrsg.), *Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit im Schulalter. Gefährdungen und Prävention* (S. 239-250). Frankfurt: Campus.
- Nitz, H.-R. (1987). *Anorexia nervosa bei Jugendlichen. Kontext der Störung und Ergebnisse familientherapeutischer Behandlungen*. Berlin: Springer.
- O'Leary, K. D. (1977). Der Einzug von Laienhelfern in das Klassenzimmer. In: G. Sommer & H. Ernst (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie 11: Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt* (S. 120-131). München: Urban & Schwarzenberg.
- Perrez, M. (1991). Prävention, Gesundheits- und Entfaltungsförderung: Systematik und allgemeine Aspekte. In: M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Band 2: Intervention* (S. 80-98). Stuttgart: Huber.
- Perrez, M.; Büchel, F.; Ischi, N.; Patry, J.-L. & Thommen, B. (1985). *Erziehungspsychologische Beratung und Intervention als Hilfe zur Selbsthilfe in Familie und Schule*. Stuttgart: Huber.
- Pfingsten, U. & Hinsch, R. (1991). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Picard, E. (1987). Standpunkte der Krankenkassen und deren Präventionsvorschläge und -maßnahmen. In: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege E. V. (Hrsg.), *Präven-*

- tion und Krankheitsfrüherkennung im somatischen und psychischen Bereich. Kongreßbericht 1987* (S. 75 - 85). Frankfurt: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege E.V.
- Pudel, V. (1978). *Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas. Untersuchungen zum menschlichen Appetitverhalten*. Berlin: Springer.
- Pudel, Volker (1985). Eßverhalten. In: H. D. Basler & I. Florin (Hrsg.), *Klinische Psychologie und körperliche Krankheit* (S. 63-79). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pudel, V. & Maus, N. (1990). Ernährung. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 151-167). Göttingen: Hogrefe.
- Reinberg, K. & Baumann, U. (1986). Gewichtskontrolle und Gewichtsregulation: eine empirische Studie über die Häufigkeit einzelner Methoden. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36 (12), 392-398.
- Rennen-Allhoff, B.; Bowi, U. & Reinhard, H.-G. (1990). Prävention psychosozialer Störungen in der Schule. In: N. Grewe (Hrsg.), *Beratungslehrer - eine neue Rolle im System* (S. 68-72). Neuwied: Luchterhand.
- Schmeink, W. (1989). Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. In: B. Badura; T. Elkeles; B. Grieger & W. Kammerer (Hrsg.), *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung* (S. 43-48). Berlin: BKK.
- Schönhofer, C. (1985). *Gesundheit und Krankheit. Empirische Beiträge zu einer verhaltensorientierten pädagogischen Theorie der Gesundheitserziehung unter dem Aspekt der Suchtprophylaxe*. Köln: Inaugural-Dissertation der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln.
- Schönig, W. (1990). *Schulinterne Lehrerfortbildung als Beitrag zur Schulentwicklung*. Freiburg: Lambertus.
- Schönig, W. & Seydel, O. (1990). Schulinterne Lehrerfortbildung als Schulentwicklungsstrategie. In: H. Wenzel; M. Wesemann & F. Bohnsack (Hrsg.), *Schulinterne Lehrerfortbildung. Ihr Beitrag zu schulischer Selbstentwicklung* (S. 183-213). Weinheim: Beltz.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). Psychische Störungen im Jugendalter. In: P. Kolip; K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit: Interventionsfelder und Präventionsbereiche* (S. 177-203). Weinheim: Juventa.
- Sommer, G. (1977). Kompetenzerwerb in der Schule als Primäre Prävention. In: G. Sommer & H. Ernst (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie 11: Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt* (S. 70-98). München: Urban & Schwarzenberg.
- Staeck, L. (1995). Suchtprävention im Biologieunterricht. In: N. Bartsch & H. Knigge-Illner (Hrsg.), *Sucht und Erziehung. Band 1: Sucht und Schule. Ein Handbuch für Lehrer und Sozialpädagogen* (S. 185-197). Weinheim: Beltz.
- Stahr, I.; Barb-Priebe, I. & Schulz, E. (1995). *Eßstörungen und die Suche nach Identität: Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. Weinheim: Juventa.

- Stark, W. (1989). Prävention als Gestaltung von Lebensräumen. Zur Veränderung und notwendigen Reformulierung eines Konzepts. In: W. Stark (Hrsg.), *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis* (S. 11-37). Freiburg: Lambertus.
- Struck, P. (1994). *Neue Lehrer braucht das Land: Ein Plädoyer für eine zeitgemässe Schule*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Timmer, A. (1990). Erfahrungen mit einer Psychologie-AG. In: N. Grewe (Hrsg.), *Beratungslehrer - eine neue Rolle im System* (S. 267-270). Neuwied: Luchterhand.
- Trojan, A. & Hildebrandt, H. (1989). Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In: W. Stark (Hrsg.), *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis* (S. 97-116). Freiburg: Lambertus.
- Troschke, J. von (1995). Zukunft der Gesundheitsförderung und Prävention. In: P. Kolip; K. Hurrelmann & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Jugend und Gesundheit: Interventionsfelder und Präventionsbereiche* (S. 333-346). Weinheim: Juventa.
- Ulich, K. (1996). *Beruf: Lehrer/in. Arbeitsbelastungen, Beziehungskonflikte, Zufriedenheit*. Weinheim: Beltz.
- Urboneit, W. (1984). *Psychologieunterricht in der Sekundarstufe I. Versuch eines curricularen Ansatzes zu einem neuen projektorientierten Unterrichtsfach unter dem Aspekt psychologischer Prävention*. Dortmund: Dissertation der Universität Dortmund.
- Vogt, I. (1991). Frauen und psychische Störungen. In: G. Hörmann & W. Körner (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Ein kritisches Handbuch* (S. 280-301). Hamburg: Rohwolt.
- Waibel, E. M. (1993). Von der Suchtprävention zur Gesundheitsförderung in der Schule. Der lange Weg der kleinen Schritte. In: G.-B. Reinert (Hrsg.), *Erziehungskonzeptionen und Praxis, Band 18*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Walle, G. (1992). *Realschullehrerausbildung in Niedersachsen*. Hannover: Niedersächsisches Landesprüfungsamt für Lehrämter.
- Weber, W. & Krebs, K.-H. (1980). Prävention in der Sekundarstufe I und Bericht. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Heft 22 der Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren: Prävention. Möglichkeiten und Grenzen bei Suchterkrankungen* (S. 112-114). Hamm: Hoheneck.
- Weiss, L.; Katzmann, M. & Wolchik, S. (1989). *Bulimie: Ein Behandlungsplan*. Stuttgart: Huber.
- Wenzel, H. & Wesemann, M. (1990). Schulinterne Lehrerfortbildung: Begriffliche Klärungen, Abgrenzungen und Probleme. In: H. Wenzel; M. Wesemann & F. Bohnsack (Hrsg.), *Schulinterne Lehrerfortbildung. Ihr Beitrag zu schulischer Selbstentwicklung* (S. 24-40). Weinheim: Beltz.

- Wesemann, M. (1990). Die institutionellen Strukturen der Schule und die Lehrerfortbildung. In: H. Wenzel; M. Wesemann & F. Bohnsack (Hrsg.), *Schulinterne Lehrerfortbildung. Ihr Beitrag zu schulischer Selbstentwicklung* (S. 123-143). Weinheim: Beltz.
- Winter, K. (1985). Suchtprävention durch Drogencurricula?. In: K. Kollahn & N. H. Weber (Hrsg.), *Der drogengefährdete Schüler* (S. 91-102). Düsseldorf: Schwann.
- Zimmer, G. (1981). Das Problem „psychische Gesundheit“. In: G. Zimmer (Hrsg.), *Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit im Schulalter. Gefährdungen und Prävention* (S. 24 - 31). Frankfurt: Campus.
- Zuber, J. & Kepplinger, J. (1990). Psychosoziale Aspekte der Adipositas permagna. *PRAXIS der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 11, 169-179.