

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Zwischen Förderung und Fürsorge: Intervention und pädagogische Herausforderungen für Sportpädagoginnen bei der Betreuung von Schülerinnen mit Essstörungen

verfasst von | submitted by

Maria Teresa Seidl BEd

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Education (MEd)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt |

UA 199 500 506 02

Degree programme code as it appears on the student record sheet:

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree programme as it appears on the student record sheet:

Masterstudium Lehramt Sek (AB) Unterrichtsfach Bewegung und Sport Unterrichtsfach Deutsch

Betreut von | Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern und meinem Partner, die mich während meiner gesamten Studienzeit unterstützt, mir Mut zugesprochen und stets an mich geglaubt haben. Trotz mancher Herausforderungen habt ihr mich auf meinem Weg bestärkt und mir stets Rückhalt gegeben. Ebenso möchte ich meinen engsten Freunden danken, die mich in dieser Zeit begleitet haben.

Wien, 2026

Maria Teresa Seidl

Kurzzusammenfassung

Essstörungen stellen im Jugendalter eine komplexe gesundheitliche Problematik dar, die auch den schulischen Kontext betrifft. Insbesondere der Bewegungs- und Sportunterricht kann dabei sowohl als Ort der Wahrnehmung als auch der pädagogischen Begleitung eine besondere Rolle einnehmen. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Masterarbeit den schulischen Umgang mit Essstörungen aus der Perspektive von Sportpädagoginnen.

Ziel der Arbeit ist es, Herausforderungen im Umgang mit betroffenen Schülerinnen, die Gestaltung des Sportunterrichts sowie die Wahrnehmung von Handlungssicherheit zu analysieren. Die Untersuchung folgt einem qualitativen Forschungsansatz und basiert auf leitfadengestützten Interviews mit Sportpädagoginnen, die mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden.

Aus der Analyse geht hervor, dass der schulische Umgang mit Essstörungen vor allem durch Sensibilität, situatives Handeln und eine klare Abgrenzung der professionellen Rolle geprägt ist. Präventive Aspekte werden im Sportunterricht überwiegend implizit und nicht systematisch aufgegriffen. Handlungssicherheit wird dabei weniger als stabile Kompetenz wahrgenommen, sondern ist stark abhängig von strukturellen Rahmenbedingungen, verfügbaren Unterstützungsangeboten sowie der Möglichkeit zur Weiterverweisung an externe Stellen. Die Arbeit verdeutlicht, dass die Institution Schule im Umgang mit Essstörungen vor allem eine begleitende Funktion einnimmt und präventive Potenziale im schulischen Alltag bislang nur begrenzt systematisch genutzt werden.

Schlagworte: Essstörungen, Gesundheitsförderung, Prävention, Sportpädagoginnen

Abstract

Eating disorders represent a complex health issue during adolescence that also affects the school context. Physical education in particular can play a significant role in this regard, both as a setting for early recognition and as a space for pedagogical support. Against this background, the present master's thesis examines how schools address eating disorders from the perspective of female sports educators.

The aim of the thesis is to analyse the challenges involved in dealing with affected female students, the design of physical education lessons, and the perception of confidence in taking action. The study follows a qualitative research approach and is based on guided interviews with female sports educators, which were analysed using Mayring's qualitative content analysis.

The findings show that the way schools deal with eating disorders is mainly characterised by sensitivity, situational action, and a clear awareness of professional boundaries. Preventive aspects are predominantly addressed implicitly and not systematically within physical education. Confidence in taking action is perceived less as a stable competence and more as something that strongly depends on structural conditions, available support services, and the possibility of referring students to external agencies. The study illustrates that schools primarily assume a supportive role in dealing with eating disorders and that preventive potential in everyday school life has so far only been systematically utilised to a limited extent.

Keywords: eating disorders, health promotion, prevention, female sports educators

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Hintergrund und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit.....	2
1.2	Aufbau und Struktur der Arbeit.....	3
2	Theoretischer Hintergrund.....	4
2.1	Essstörungen: Ein Überblick	5
2.1.1	Anorexia nervosa (Magersucht)	5
2.1.2	Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht)	7
2.1.3	Binge-Eating-Störung (BED)	9
2.1.4	Mischformen der Essstörungen	10
2.2	Psychische Folgen von Essstörungen	10
2.3	Ursachen der unterschiedlichen Essstörungsformen	11
2.3.1	Die Rolle der Pubertät in der Entstehung von Essstörungen.....	12
2.3.2	Faktoren der Krankheitsentstehung	12
2.4	Das Körperbild und seine Bedeutung bei Essstörungen.....	16
2.4.1	Definition: Körperbild	16
2.4.2	Die vier Komponenten des Körperbildes	17
2.4.3	Resümee zur Bedeutung des Körperbildes bei Essstörungen.....	20
2.5	Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Kontext.....	20
2.5.1	Definition: Gesundheit und Gesundheitsförderung	20
2.5.2	Definition: Prävention und Intervention.....	22
2.5.3	Interventionsraum Schule: Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention	24
2.6	Präventive Handlungsansätze im schulischen Kontext	26
2.6.1	Förderung von Lebenskompetenzen und Schutzfaktoren	26
2.6.2	Kritische Medienreflexion als Bestandteil schulischer Prävention	28
2.6.3	Förderung emotionaler Stärke	29
2.6.4	Förderung eines positiven Körperbildes.....	30

2.6.5	Schulbasierte Präventionsprogramme	31
2.6.6	Resümee zur Bedeutung von präventiven Handlungsansätzen bei Essstörungen im schulischen Kontext	34
3	Forschungsstand: Problemfeld Essstörungen	36
3.1	Leitende Forschungsfragen.....	42
4	Methodik: Empirische Forschung	43
4.1	Interviewmethode: Leitfadengestütztes Interview.....	44
4.1.1	Durchführung der empirischen Erhebung	45
4.1.2	Untersuchungsteilnehmerinnen	46
4.2	Vorgehensweise der Datenanalyse	47
4.2.1	Analysetechnik	49
4.2.2	Übersicht Kategorien: Haupt- und Subkategorien.....	52
4.2.3	Kodierleitfaden	52
5	Ergebnisdarstellung und Diskussion der qualitativen Untersuchung	58
5.1	Ergebnisse 1. HK: Berufliche Rahmenbedingungen	58
5.2	Ergebnisse 2. HK: Erfahrungen.....	59
5.2.1	Diskussion 2. HK: Erfahrungen.....	67
5.2.2	Zwischenfazit.....	69
5.3	Ergebnisse und Diskussion 3. HK: Schulischer Umgang mit Essstörungen.....	69
5.3.1	SK: Konkrete Maßnahmen der Lehrperson.....	70
5.3.2	SK: Ressourcenverfügbarkeit von ExpertInnen auf institutioneller Ebene.	71
5.3.3	Zwischenfazit.....	72
5.4	Ergebnisse und Diskussion 4. HK: Prävention im Rahmen des Sportunterrichts	73
5.4.1	SK: Präventive Maßnahmen im Sportunterricht	74
5.4.2	SK: Umgang mit übergewichtigen Schülerinnen	75
5.4.3	Zwischenfazit.....	77
5.5	Ergebnisse und Diskussion 5. HK: Rolle und Kompetenzwahrnehmung der Lehrperson	77

5.5.1	SK: Subjektive Handlungssicherheit	78
5.5.2	SK: Beiträge zur Prävention: wahrgenommene Möglichkeiten und Grenzen	79
5.5.3	Zwischenfazit.....	82
5.6	Ergebnisse und Diskussion 6. HK: Fort- und Weiterbildungen	83
5.6.1	SK: Formen der Wissensaneignung im Umgang mit Essstörungen.....	83
5.6.2	SK: Erwartungen an Fortbildungsinhalte	84
5.6.3	Zwischenfazit.....	85
5.7	Ergebnisse und Diskussion 7. HK: Zukunftsvision.....	86
5.7.1	Zwischenfazit.....	87
6	Abschlussdiskussion: Beantwortung der Forschungsfragen	88
7	Fazit und Ausblick.....	92
8	Literaturverzeichnis	94
9	Abbildungsverzeichnis	100
10	Tabellenverzeichnis	101
11	Anhang.....	102

1 Einleitung

„Ja, weil bei diesen ganz konkreten Fällen, also da haben diese jungen Frauen sehr wohl auch davon gesprochen, sich das Leben zu nehmen.“ (L4)

„Weil die Störung steht ja nicht allein da, sondern als Ausdruck, als Symptom von einem Riesen-Konglomerat von Problemen dieser Menschen.“ (L4)

„Aber jetzt muss Schule ein Lebensraum sein, wo Menschen in ihrer Gesamtheit wahrgenommen werden und in ihrer Gesamtheit entwickelt werden.“ (L4)

„Aber im Grunde genommen sagt sie mir bis heute, das Leben hat ihr das gerettet, dass ich sie ernst genommen habe, dass ich immer bei ihr gestanden bin [...].“ (L4)

Die angeführten Zitate entstammen einem im Rahmen dieser Masterarbeit geführten Interview mit einer Sportpädagogin. Sie spiegeln Erfahrungen aus dem schulischen Alltag wider und eröffnen unterschiedliche Perspektiven auf den Umgang mit Essstörungen im schulischen Kontext. Dabei wird deutlich, dass Essstörungen nicht als isolierte Problematik erscheinen, sondern mit vielfältigen persönlichen, sozialen und institutionellen Faktoren verknüpft sind. Zugleich wird Schule als ein Raum sichtbar, in dem neben Bildungsaufgaben auch zwischenmenschliche Beziehungen und Unterstützungsprozesse von Bedeutung sind.

Essstörungen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten zu einer gesellschaftlich breit diskutierten Problematik entwickelt (Klotter, 2007). Ebenso gewinnen sie im schulischen Kontext zunehmend an Bedeutung, da die Schulinstitution einen zentralen Lebens- und Entwicklungsraum für Kinder und Jugendliche darstellt und Lehrpersonen häufig mit körperlichen, emotionalen oder verhaltensbezogenen Auffälligkeiten konfrontiert sind (Jerusalem et al., 2003). Besonders der Bewegungs- und Sportunterricht nimmt dabei eine besondere Stellung ein, da hier Körperlichkeit, Leistung, Belastung und Selbstwahrnehmung unmittelbar erfahrbar werden. Sportpädagoginnen befinden sich dabei in einer spezifischen Position: Einerseits ermöglicht der Unterricht eine differenzierte Wahrnehmung körperlicher Veränderungen, andererseits sind pädagogische Handlungsmöglichkeiten durch institutionelle Rahmenbedingungen, begrenzte Zuständigkeiten und die Abgrenzung zu therapeutischen Aufgaben eingeschränkt. Der schulische Umgang mit Essstörungen bewegt sich somit in einem Spannungsfeld zwischen Wahrnehmung, pädagogischer Begleitung und professioneller Zurückhaltung. Diese Rahmenbedingungen bilden den Kontext, in dem die

vorliegende Arbeit verortet ist und aus dem sich die weiterführenden Fragestellungen ableiten.

1.1 Hintergrund und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Der Entstehungshintergrund dieser Masterarbeit ergibt sich sowohl aus persönlichen schulischen Erfahrungen als auch aus der aktuellen beruflichen Tätigkeit als Sportpädagogin. Bereits während der eigenen Schulzeit in der Sekundarstufe I zeigte sich, dass Themen rund um Körper, Gewicht und äußerliches Erscheinungsbild im schulischen Alltag eine hohe Relevanz einnahmen. Wahrnehmungen von „zu dick sein“ waren unter Mitschülerinnen präsent und beeinflussten das eigene Selbstbild sowie die eigene Körperwahrnehmung. Auch Situationen, in denen Schülerinnen aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands nicht am Sportunterricht teilnehmen konnten, führten dazu, dass das Thema Essstörung schon früh im schulischen Kontext Thema war.

Insbesondere in der Sekundarstufe II, an einer Schule mit sportlichem Schwerpunkt, gewann diese Thematik weiter an Bedeutung. Der schulische Alltag war hier in besonderem Maße von leistungsbezogenen Anforderungen geprägt, während sich die Schülerinnen in einer Entwicklungsphase befanden, in der Fragen von Identität, Selbstwert und Körperwahrnehmung verstärkt präsent sind. Essstörungen traten dabei nicht als isoliertes Phänomen auf, sondern im Zusammenhang mit schulischen Rahmenbedingungen, in denen Leistung und Körperlichkeit eine zentrale Rolle einnahmen. Diese Erfahrungen wurden für mich in der eigenen beruflichen Praxis erneut relevant. Als Sportpädagogin mit noch kurzer Unterrichtserfahrung stellte sich zunehmend die Frage, wie im schulischen Alltag angemessen auf Essstörungen reagiert werden kann und welche pädagogischen Handlungsmöglichkeiten innerhalb des eigenen Aufgabenbereiches bestehen. Das Fehlen eigener praktischer Erfahrungen im Umgang mit betroffenen Schülerinnen sowie Unsicherheiten hinsichtlich angemessenen Handelns bilden einen weiteren Ausgangspunkt für die Themenwahl dieser Arbeit.

Vor diesem Hintergrund entwickelte sich ein besonderes Interesse an den Erfahrungen von Sportpädagoginnen, die bereits mit Essstörungen im schulischen Kontext konfrontiert waren. Die Auseinandersetzung mit ihren Perspektiven und Handlungserfahrungen bot die Möglichkeit, schulische Umgangsweisen, wahrgenommene Herausforderungen und bestehende Unsicherheiten aus pädagogischer Sicht zu beleuchten.

1.2 Aufbau und Struktur der Arbeit

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Der theoretische Teil widmet sich zunächst einer grundlegenden Auseinandersetzung mit Essstörungen. Dabei werden zunächst die bekanntesten Essstörungsformen dargestellt und deren körperliche sowie physische Folgen erläutert. Anschließend werden mögliche Ursachen von Essstörungen thematisiert, wobei psychologische, biologische, soziologische und familiäre Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Darauf aufbauend wird das Konzept des Körperbildes sowie dessen Bedeutung im Zusammenhang mit Essstörungen näher beleuchtet, bevor in einem weiteren Schritt eine Auseinandersetzung mit der Gesundheitsförderung im schulischen Kontext erfolgt. Neben der Definition und der Bedeutung von Gesundheitsförderung werden zentrale Begriffe der Prävention erläutert, wobei zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden wird. Ergänzend werden präventive Handlungsansätze sowie schulbasierte Präventionsprogramme im Bereich Essstörungen vorgestellt, insbesondere im Hinblick auf die Förderung von Lebenskompetenzen und Schutzfaktoren.

Aufbauend auf den theoretischen Auseinandersetzungen widmet sich der empirische Teil dieser Arbeit der Untersuchung des schulischen Umgangs mit Essstörungen aus der Perspektive von Sportpädagoginnen. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, der es ermöglicht, subjektive Wahrnehmungen, Erfahrungen und Deutungen im schulischen Alltag differenziert zu erfassen. Die Datenerhebung erfolgt mittels leitfadengestützter qualitativer Interviews mit Sportpädagoginnen. Ziel dieser Interviews ist es, Einblicke in pädagogische Handlungsweisen, Herausforderungen und Unsicherheiten im Umgang mit Schülerinnen mit Essstörungen zu gewinnen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Gestaltung des Sportunterrichts, dem Umgang mit körper- und gesundheitsbezogenen Auffälligkeiten sowie auf der Wahrnehmung der eigenen Handlungssicherheit im schulischen Kontext. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022). Dieses methodische Vorgehen ermöglicht eine systematische Strukturierung und Verdichtung der Interviewaussagen entlang zentraler inhaltlicher Kategorien. Abschließend werden die Ergebnisse der Untersuchung zusammengeführt, analysiert und in den theoretischen Rahmen der Arbeit eingeordnet. Die analytische Einordnung macht Spannungsfelder zwischen theoretischen Präventionsansätzen und

schulischer Praxis sichtbar und ermöglicht eine Reflexion schulischer Handlungsspielräume und struktureller Grenzen im Umgang mit Essstörungen.

2 Theoretischer Hintergrund

Essstörungen sind besonders in den letzten Jahrzehnten zu einer unumstrittenen gesellschaftlichen Problematik geworden (Klotter, 2007). Wenn heutzutage dem Thema Essverhalten Beachtung geschenkt wird, dominieren meist jene Begrifflichkeiten wie Adipositas, Fettleibigkeit oder Diät, die mit dieser Thematik in Verbindung gebracht und damit assoziiert werden. Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit zumeist allein auf den objektiven, körperlichen Zustand eines „Zuviel-Seins“. In Einzelfällen fällt auch die das Ausdruck *Magersucht*, wobei dieser Bezeichnung nur in einem geringen Ausmaß an gesellschaftlich relevantem Interesse geschenkt wird, insofern die Person selbst nicht mit einer an Anorexie erkrankten Person in Berührung gekommen ist. Empirische Befunde zeigen, dass hinter dieser Thematik nicht nur Aspekte körperlicher Zufriedenheit und Akzeptanz stehen, sondern weitere relevante Faktoren eine Rolle spielen (Vocks et al., 2018).

Der menschliche Körper wird zunehmend zum „Aushängeschild“ der persönlichen Identität. Ihm wird in der heutigen Gesellschaft besondere Beachtung geschenkt und vermehrt zum persönlichen „Projekt“ erklärt (Shilling, 2012). Der Körper als eigenes Projekt – er gibt Auskunft über persönliche Ressourcen, persönliche Identitätsmerkmale und wird in weiten Gesellschaftskreisen mit positiven als auch mit negativen Charakteristika in Zusammenhang gebracht, was infolgedessen eine Bewertung des Aussehens nicht ausschließt. Diese zentrale Rolle des Erscheinungsbildes wirkt sich nicht nur auf das eigene Selbstwertgefühl, sondern im weiteren Sinne auch auf das gesamte Leben und somit auf die eigene Körperwahrnehmung aus. Meist stehen die eigene Körperzufriedenheit und Selbstakzeptanz in enger Verbindung mit dem Gewicht und der Körperform. Das physische Erscheinungsbild gilt dabei häufig als Indikator dafür, ob sich ein Mensch, insbesondere Jugendliche, in seiner Umgebung wohl- und auch akzeptiert fühlt. Ist diese Körperzufriedenheit nicht gegeben, entsteht häufig der Wunsch nach Veränderungen. Mahlzeiten werden ausgelassen, diverse Diätversuche unternommen, exzessiv Sport betrieben oder aber auch medikamentöse Wege gesucht, um körperliche Veränderungen herbeizuführen. Diese Handlungsmaßnahmen können nicht nur psychische und körperliche Schäden nach sich ziehen, sondern auch Essstörungen unterschiedlichen Ausmaßes zur Folge haben (Korte, 2021). Jene vier

Hauptformen der Essstörung werden im folgenden Abschnitt näher erläutert. Dabei soll vor allem auf die spezifischen Symptome sowie Sekundärerkrankungen eingegangen werden.

2.1 Essstörungen: Ein Überblick

Essstörungen treten in verschiedenen Ausprägungsformen auf und können sich demnach in vielfältiger Weise zeigen. Im Wesentlichen werden drei Hauptformen unterschieden: die Magersucht (Anorexia, Anorexia nervosa, AN), die Ess-Brech-Sucht (Bulimie, Bulimia nervosa, BN) sowie die Binge-Eating Störung (Binge eating disorder, BES) (Verbeek & Petermann, 2015). Aufgrund ihrer unterschiedlichen Ausprägungsgrade sind Essstörungen nicht immer eindeutig einer dieser drei spezifischen Hauptformen zuzuordnen, da diese häufig kombiniert auftreten und fließend ineinander übergehen. Jene Essstörungen, welche nicht die typischen Merkmale der Hauptstörungstypen aufweisen, werden als „Mischformen“ deklariert und den sogenannten „nicht näher bezeichneten Essstörungen“ zugewiesen (Verbeek & Petermann, 2015, S. 19). Ungeachtet ihrer unterschiedlichen Erscheinungsformen weisen sie alle ein gemeinsames Merkmal auf: eine gestörte Regulation des Essverhaltens durch beeinträchtigte Hunger- und Sättigungswahrnehmung sowie einen individuellen Leidensweg für jede betroffene Person. Das Essen oder auch das bewusste Vermeiden von Nahrungsaufnahme rückt diverse Lebensbereiche wie Freundschaften, die Familie aber auch die Schule in den Hintergrund und nimmt stattdessen eine zentrale Stellung im Alltag der Betroffenen ein (Schuch, 2021).

Grundsätzlich wird der BMI, der sogenannte Body-Mass-Index, für die Beurteilung des Körpergewichts herangezogen. Der Index ermöglicht die Bewertung des Gewichts anhand einer Kategorisierung in Unter-, Normal-, sowie Übergewicht und ergibt sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm, dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern (kg/m^2) (BzgA, 2011).

2.1.1 Anorexia nervosa (Magersucht)

Das zentrale Merkmal einer an Anorexia nervosa, auch Magersucht genannt, erkrankten Person, ist der massive selbstinduzierte Gewichtsverlust. Meist sind von dieser Form der Essstörung adoleszente Mädchen und junge Frauen betroffen (Waldhelm-Auer, 2004). Laut der International Classification of Disease (ICD-10) handelt es sich bei dieser besonderen Essstörungsausprägung (F50.0) um ein abnormales Untergewicht, wobei der BMI bei Erwachsenen unter 17,5 und bei Kindern und Jugendlichen unter dem definierten Kriterium der 10. Altersperzentile liegt (Dilling & Weltgesundheitsorganisation, 2011). Die Angst vor

einer Gewichtszunahme sowie ein ständiger Kontrollzwang bzgl. des Essverhaltens bestimmen den Alltag. Der Wunsch, immer dünner zu werden, bleibt trotz des bereits unterhalb der medizinischen Norm liegendem Körpergewichts aufrechterhalten (Dietze-Cruse et al., 2007). Betroffene entwickeln eine große Angst vor einer Gewichtszunahme, weshalb ein restriktives Essverhalten und die permanente Beschäftigung mit bestimmten Nahrungsmitteln ihren Tagesablauf bestimmen. Hochkalorische fett- bzw. zuckerhaltige sowie kohlenhydratreiche Lebensmittel werden meist vermieden, sodass nach und nach nur mehr bestimmte Esswaren („Light-Produkte“) konsumiert werden (Biedert, 2008). Demzufolge verbieten sich anorektische Personen bestimmte Lebensmittel, die als „verbotene“ Lebensmittel deklariert werden und gehen gemeinsamen Mahlzeiten mit Freunden und Familie vermehrt aus dem Weg (Vocks et al., 2018). Dieses restriktive Essverhalten wirkt sich so auch auf das soziale Umfeld der Betroffenen aus. Soziale Kontakte werden eingeschränkt, wodurch sich die Anzahl an Kontaktpersonen zunehmend minimiert. In erster Linie bestimmt das Essen bzw. das Nicht-Essen den Tagesablauf. Unter anderem ist auch das übermäßige Sporttreiben, womit ein Kaloriendefizit erzielt werden soll, ein wesentliches Merkmal von Anorexie (Biedert, 2008; Vocks et al., 2018).

Formen der Anorexie

Nicht selten treten bei einer an Anorexie erkrankten Person auch Episoden, die durch Essanfälle geprägt sind, auf. Man unterscheidet demnach zwei unterschiedliche Typen von Magersucht. Unter dem Begriff des restriktiven Typus wird jene Form von Anorexie verstanden, bei der die betroffene Person keine regelmäßigen Essanfälle und somit kein „Purging“-Verhalten aufweist. Es handelt sich bei der Begrifflichkeit um selbstinduziertes Erbrechen oder aber auch um den Missbrauch bestimmter Medikamente, die eine abführende oder entwässernde Wirkung aufweisen (Laxantien und Diuretika) (Biedert, 2008; Dietze-Cruse et al., 2007; Vocks et al., 2018). Wird eine betroffene Person dem „Binge-Eating/Purging“-Typus zugeordnet, so leidet diese unter regelmäßigen Essanfällen und wendet infolgedessen kompensatorische Verhaltensweisen an, wie die Einnahme von Laxantien und Diuretika an, um jenen Fressanfällen entgegenwirken zu können (Biedert, 2008, S. 18). In vielen Fällen kann auch eine Kombination beider Formen auftreten, wobei die restriktive in die bulimische Form übergehen kann (Schuch, 2021).

Körperliche Folgen

Selbstinduziertes Untergewicht ist mit schwerwiegenden Folgen für den menschlichen Körper verbunden. Aufgrund der begrenzten und beschränkten Nahrungsaufnahme werden zentrale körperinterne Systeme bzw. Funktionen beeinträchtigt. So leiden an Anorexie erkrankte Personen häufig an Wassereinlagerungen in den unteren Extremitäten, Haarausfall, flaumiger Körperbehaarung, Konzentrationsstörungen sowie Schlafstörungen. Oftmals gehen mit der Erkrankung auch Kreislaufprobleme, eine verminderte Pulsfrequenz, eine abgesenkte Körpertemperatur, reduzierte Knochendichte sowie Einschränkungen im Bereich der kognitiven Leistungsfähigkeit einher. Betroffene berichten zudem von hormonellen Dysbalancen, die insbesondere die Schilddrüsen- sowie Sexualhormone betreffen (Schuch, 2021). Infolge hormoneller Veränderungen bleibt bei vielen Frauen die Menstruation aus (Amenorrhoe) (Dietze-Cruse et al., 2007).

2.1.2 Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht)

Gemäß der ICD-10 zeichnet sich das Krankheitsbild der Bulimia nervosa (F50.2), ähnlich wie bei Anorexia nervosa, durch eine ständige Beschäftigung mit dem Essen aus. Die Betroffenen ernähren sich restriktiv, in dem sie Kalorien zählen, bestimmte Lebensmittel vermeiden oder auch gezielt kalorienarme Nahrungsmittel konsumieren. Im Gegensatz zu anorektischen Patientinnen können Bulimikerinnen ihr restriktives Essverhalten jedoch nicht dauerhaft aufrechterhalten, was Essattacken bzw. Essanfälle zur Folge hat. So werden innerhalb kürzester Zeit große Mengen an Lebensmittel verzehrt. Meist handelt es sich dabei um jene Nahrungsmittel, die gewöhnlich als „schlecht“ eingestuft und deshalb vermieden werden (Vocks et al., 2018). Menschen mit Bulimia nervosa erleben während einer Essattacke häufig einen ausgeprägten Kontrollverlust, dicht gefolgt von Gefühlen von Scham und Schuld, weil die zuvor gesetzten Diätregeln nicht eingehalten wurden. Aufgrund der enormen Nahrungsaufnahme entsteht eine große Angst vor einer Gewichtszunahme, weshalb Betroffene nach Möglichkeiten suchen, dieser entgegenzuwirken. Zur Kompensation werden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen. Neben dem Fasten und dem gezielten Auslassen einer Mahlzeit kommt es unter anderem zu selbstinduziertem Erbrechen sowie zum Missbrauch von Medikamenten, insbesondere von Abführmittel wie Laxantien, die eine beschleunigende Darmentleerung herbeiführen und das Völlegefühl verringern sollen. Darüber hinaus zählen exzessives Sporttreiben sowie die Einnahme von Appetitzüglern zu den verbreiteten kompensatorischen Strategien (Waldhelm-Auer, 2004).

Formen der Bulimia nervosa

Die Bulimie tritt in zwei unterschiedlichen Varianten auf, die sich durch die Art des kompensatorischen Verhaltens nach Essanfällen unterscheiden. Bei dem sogenannten Purging-Typ greifen Betroffene zu Maßnahmen wie selbstinduziertem Erbrechen oder zu Laxantien, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken (Vocks et al., 2018). Laut Biedert (2008) kompensiert der Non-Purging-Typ übermäßige Nahrungsaufnahme hingegen vielmehr durch striktes Fasten oder übermäßige körperliche Aktivität. Im Unterschied zur Anorexia nervosa liegt bei beiden Formen der Bulimie in der Regel ein Körpergewicht im Normalbereich vor. Während bei anorektischen Patientinnen, wie bereits in Abschnitt 1.1. erläutert wurde, ein deutliches Untergewicht diagnostisch zentral ist, stehen bei der Bulimia nervosa die wiederkehrenden Heißhungerattacken mit anschließendem kompensatorischen Verhalten im Vordergrund. Dadurch grenzt sich diese Form der Essstörung auch von jener der Binge-Eating-Störung ab (Biedert, 2008; Vocks et al., 2018).

Körperliche Folgen

Auch diese Form der Essstörung ist mit einer Vielzahl körperlicher Folgeschäden verbunden. Das zwanghafte, selbstinduzierte Erbrechen führt aufgrund der Magensäure zu Reizungen und möglichen Verätzungen der Schleimhäute und der Speiseröhre. Darüber hinaus kommt es aufgrund des Erbrechens zum Verlust essenzieller Mineralstoffe und Nährstoffe (Elektrolyte, Selen, Zink, Magnesium, Vitamine), was langfristig zu erheblichen Mangelerscheinungen bzw. zu Muskelkrämpfen, Muskelschwäche sowie zu Schlafstörungen und Müdigkeit führen kann (Simchen, 2010). Aufgrund der Reizung durch das häufige Erbrechen, kommt es oftmals zur Schwellung der Speicheldrüsen, die umgangssprachlich auch als „Hamsterbacken“ bekannt sind (Schuch, 2021, S. 11). Der ständige Kontakt mit der Magensäure führt jedoch nicht nur zu Entzündungen und Rissen in der Speiseröhre, sondern greift unter anderem auch den Zahnschmelz an, weshalb die Entstehung von Karies begünstigt wird und so in Folge zu langfristige Zahnschäden entstehen können. Werden Laxantien eingenommen, kann sich dieser Abusus ebenso negativ auf den Darm auswirken und chronische Verstopfungen der betroffenen Person hervorrufen. Brüchige Nägel, Haarausfall, trockene und schuppige Haut, aber auch Herzrhythmusstörungen, eine niedrige Körpertemperatur sowie ein niedriger Blutdruck und Zyklusstörungen zählen ebenso zu den körperlichen Folgeerscheinungen der Bulimia nervosa (Bauer-Pauderer et al., 2005; Simchen, 2010; Vocks et al., 2018).

2.1.3 Binge-Eating-Störung (BED)

Auch bei der Binge-Eating-Störung (BED) treten wiederkehrende Episoden von Essanfällen auf, die von den Betroffenen als subjektiv unkontrollierbar erlebt werden. Jene Form der Essstörung unterscheidet sich von der Bulimia nervosa dahingehend, dass keine kompensatorischen Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen oder übermäßige körperliche Betätigung ergriffen werden (Biedert, 2008). Die während eines Anfalls konsumierten Nahrungsmengen sind in der Regel etwas geringer als bei bulimischen Essattacken, überschreiten jedoch deutlich das normale Essverhalten. Die Betroffenen essen meist sehr schnell und hören oft erst dann auf, wenn ein unangenehmes Völlegefühl (unabhängig vom Hungergefühl) verspürt wird. Die Nahrungsmittelaufnahme erfolgt dabei heimlich und in einem emotional belasteten Zustand, beispielsweise aus innerer Anspannung oder Frustration (Biedert, 2008; Verbeek & Petermann, 2015). Im Anschluss an diese Essattacken kommt es häufig zum Empfinden von Scham, zu Selbstvorwürfen oder aber auch zu einem Gefühl des Versagens, vor allem aufgrund des erlebten Kontrollverlustes. Zwischen den Anfällen versuchen die Betroffenen ihr Essverhalten durch eine bewusste Lebensmitteleinschränkung zu zügeln bzw. zu regulieren. Personen, die an einer Binge-Eating-Störung leiden haben sehr stark mit dem Gefühl des Kontrollverlustes zu kämpfen, wodurch das Ausmaß des individuellen Leidens maßgeblich zunimmt (Bauer-Pauderer et al., 2005; Biedert, 2008).

Körperliche Folgen

Personen mit dieser Form der Essstörung weisen infolge wiederkehrender Essanfälle häufig ein erhöhtes Körpergewicht bis hin zu Adipositas auf, was mit gesundheitlichen Risiken einhergeht. So spricht man bei Kindern und Jugendlichen ab einem BMI auf der 90. Altersperzentile von Übergewicht, während Erwachsene mit einem BMI zwischen 25 und 29 als übergewichtig eingestuft werden. Überschreitet der BMI den Wert 30, so spricht man von Adipositas. Die gesundheitlichen Folgen manifestieren sich unter anderem in Form von Diabetes Typ II sowie in Herz-Kreislauf-Problemen, wie etwa Bluthochdruck, erhöhten Blutfettwerten oder Wassereinlagerungen. Ebenso werden aufgrund des Übergewichts die Gelenke stark beansprucht, weshalb es zu Problemen im Knie- sowie Hüftgelenk, aber auch zu Problemen im Bereich der Wirbelsäule kommen kann.

2.1.4 Mischformen der Essstörungen

Neben den klassifizierten Hauptformen von Essstörungen wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der Binge-Eating Störung existiert eine Vielzahl sogenannter atypischer Essstörungen. Diese umfassen unter anderem abweichende Verlaufsformen der Anorexie und Bulimie, psychogen bedingten Appetitverlust sowie das wiederholte Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne diese zu schlucken. Atypische Essstörungen zeichnen sich durch ihre Heterogenität aus. Charakteristisch für diese Mischformen ist, dass die Betroffenen zwar auffällige Essverhaltensweisen und eine starke Fixierung auf Gewicht und Körperform zeigen, jedoch nicht alle diagnostischen Kriterien der Hauptstörungsbilder erfüllen (Bauer-Pauderer et al., 2005; Schuch, 2021). So zählen unter anderem auch das Night-Eating-Syndrom und Pica zu den atypischen Essstörungen. Während es sich bei dem zuerst genannten Syndrom um eine Störung handelt, bei der ein Großteil der täglichen Nahrungsaufnahme in den späten Abend- und Nachtstunden erfolgt, beschreibt Pica den Verzehr von bestimmten Substanzen, die dem Körper keine Nährstoffe liefern. Bei dieser Form werden nicht lebensmitteltypische Materialien wie beispielsweise Erde, Papier oder Haare konsumiert (Schuch, 2021).

2.2 Psychische Folgen von Essstörungen

Trotz unterschiedlicher körperlicher Folgeerscheinungen handelt es sich bei Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung um schwer behandelbare psychosomatische Erkrankungen, die in der Regel mit weiteren psychischen Begleitstörungen bzw. Komorbiditäten einhergehen (Berger et al., 2008; Hölling & Schlack, 2007). Bereits in der Kindheit zeigen sich bei vielen Menschen mit Anorexie bestimmte charakteristische Persönlichkeitsmuster. Die Betroffenen zeichnen sich häufig durch einen ausgeprägten Perfektionismus, ein hohes Kontrollbedürfnis und ein sehr stark leistungsorientiertes Verhalten aus. Des Weiteren werden sie von ihrem sozialen Umfeld als besonders pflichtbewusst bzw. ehrgeizig wahrgenommen und zeigen in vielen Fällen überdurchschnittliche schulische Leistungen. Ebenso machen sich auch frühzeitig Anzeichen von Trennungsängsten oder zwanghaften Verhaltensmustern bemerkbar. Im weiteren Verlauf der Erkrankung treten bei vielen Patientinnen zusätzliche psychische Störungen auf. Neben depressiven Verstimmungen sind insbesondere Zwangsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen mit zwanghaften vermeidend-unsicheren Zügen erkennbar. Diese psychischen Belastungen verstärken insbesondere das Bedürfnis nach Kontrolle und Ordnung, das für die Essstörung Anorexie charakteristisch ist (Simchen, 2010; Verbeek &

Petermann, 2015). Im Zusammenhang mit Bulimia nervosa lassen sich komorbide psychische Erkrankungen feststellen; besonders häufig werden depressive Verstimmungen diagnostiziert, die jedoch bereits vor der eigentlichen Krankheitsmanifestation vorhanden sein können. Darüber hinaus treten bei den Betroffenen oftmals impulsive Verhaltensweisen auf, etwa in Form von Substanzmissbrauch oder selbstverletzendem Verhalten, wie beispielsweise dem Ritzen. Einige Patientinnen zeigen zudem Merkmale einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur sowie emotionale Instabilität, eine gestörte Affektregulationen und Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen. Bulimikerinnen haben in vielen Fällen mit Versagensängsten, sozialen Ängsten, aber auch mit Gefühlen ständiger innerer Unruhe, einer hohen Empfindlichkeit gegenüber Stresssituationen sowie einem hohen Selbstanspruch zu kämpfen (Simchen, 2010; Verbeek & Petermann, 2015). Darüber hinaus beschäftigen sich sowohl Betroffene der Anorexie als auch der Bulimie übermäßig mit einem „(imaginierten) Makel bzw. einem defizitär betrachteten Körperteil“ (Vocks et al., 2018, S. 23). Vocks, Bauer und Legenbauer (2018) sprechen in diesem Zusammenhang von einer körperdysmorphen Störung, bei der das äußerliche Erscheinungsbild übermäßig im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Besonders Menschen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa setzen sich intensiv mit ihrer eigenen Körperform bzw. ihrem Körpergewicht auseinander, wobei dieses überwiegend entlang der Dimensionen „dünn“ und „dick“ bewertet wird (Vocks et al., 2018).

Bei der Binge-Eating-Störung zeigen sich ebenfalls psychische Folgeerkrankungen wie Depressionen und Angststörungen. Personen mit dieser Essstörungsform weisen darüber hinaus - ähnlich wie Bulimikerinnen - eine erhöhte emotionale Empfindlichkeit sowie soziale Unsicherheit auf (Simchen, 2010).

An dieser Stelle sei betont, dass sowohl Anorexia nervosa als auch Bulimia nervosa nicht nur aufgrund der körperlichen Folgeerkrankungen, sondern auch infolge psychischer Begleiterscheinungen wie Depressionen und Suizidgedanken mit einer deutlich höheren Mortalitätsrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einhergehen (Vocks et al., 2018).

2.3 Ursachen der unterschiedlichen Essstörungsformen

Die Entstehung von Essstörungen ist ein vielschichtiger Prozess. Nach heutigem Forschungsstand tragen sowohl *psychologische*, *biologische* als auch *soziologische* und *familiäre Faktoren* zur Genese bei. Diese Einflüsse stehen in einer dynamischen Wechselwirkung, da sie sich gegenseitig beeinflussen und verstärken können. Die gängigen Erklärungsmodelle zu den drei Hauptformen der Essstörung weisen inhaltliche

Überschneidungen auf, unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer jeweiligen Schwerpunktsetzung (Verbeek & Petermann, 2015). Daher konzentriert sich das folgende Kapitel auf Ursachenfaktoren, die nach aktuellem Forschungsstand für alle drei Formen der Essstörung als relevant gelten. Spezifische Unterschiede werden gesondert aufgeführt und entsprechend erläutert.

2.3.1 Die Rolle der Pubertät in der Entstehung von Essstörungen

Besonders die Phase der Pubertät gilt als sensibler Entwicklungszeitraum, in dem Jugendliche ein erhöhtes Risiko für die Bildung von Essstörungen aufweisen. Dies hängt unter anderem mit den tiefgreifenden körperlichen und neurobiologischen Veränderungen zusammen, die während dieser Zeit stattfinden (Bösel, 2006). Im Rahmen der pubertären Hirnreifung werden neuronale Verbindungen im Gehirn selektiv gefestigt oder abgebaut, aber auch kognitive Prozesse laufen zunehmend effizienter und automatisierter ab (Simchen, 2010). Die Informationsverarbeitung orientiert sich stärker an bereits etablierten neuronalen Pfaden, wodurch Denk- und Handlungsabläufe schneller, weniger energieaufwendig und weitgehend unbewusst erfolgen. Gleichzeitig werden jene Nervenzellen, die in keine stabilen Netzwerke eingebunden sind, funktional zurückgebildet. Dieser Reorganisationsprozess des zentralen Nervensystems mündet in einer Spezialisierung bestimmter Hirnareale, wodurch neue Kapazitäten für anspruchsvollere, nicht automatisierte Aufgaben geschaffen werden können. Gerade in dieser Phase der Umstrukturierung erleben viele Jugendliche eine Diskrepanz zwischen innerem Erleben und äußerer körperlicher Veränderung. Personen mit einem subjektiv erlebten Reiferückstand in der Persönlichkeitsentwicklung erleben die pubertäre Entwicklung häufig als überfordernd oder entfremdend. Diese Wahrnehmung kann unter anderem zu Selbstzweifel, einem geringen Selbstwertgefühl sowie zu einer gestörten Körperwahrnehmung führen. All diese Aspekte stellen schlussendlich zentrale Risikofaktoren für die Entwicklung bzw. Genese einer Essstörung dar (Bösel, 2006; Spitzer, 2002).

2.3.2 Faktoren der Krankheitsentstehung

Im *biologischen Erklärungsansatz* werden Funktionsveränderungen in bestimmten Gehirnarealen diskutiert, die für die Regulation des Essverhaltens verantwortlich sind. Der genaue ursächliche Zusammenhang ist jedoch bislang nicht geklärt. Ob diese neuronalen Abweichungen eine auslösende Rolle spielen oder ob sie vielmehr als Folgeerscheinung einer bestehenden Mangelernährung bzw. einer Gewichtsschwankung zu interpretieren ist,

ist bisher ebenso ungeklärt (Verbeek & Petermann, 2015). Der biologische Erklärungsansatz zur Entstehung der Bulimia nervosa gilt bislang als nicht eindeutig erforscht. Während einige Hinweise auf eine genetische Anfälligkeit hindeuten, ebenso wie bei Anorexia Nervosa, bleibt die genaue Rolle biologischer Einflussfaktoren umstritten. Diskutiert werden verschiedene körperliche Dysregulationen, die das Essverhalten sowie die Steuerung von Hunger und Sättigung beeinträchtigen könnten. Dazu zählen beispielsweise mögliche Funktionsstörungen in den für das Essverhalten zentralen Hirnregionen, insbesondere des Hypothalamus, sowie Regulationsstörungen im neuroendokrinen System. Auch eine veränderte Produktion oder Verarbeitung bestimmter Substanzen im Verdauungssystem (Magen-Darmtrakt) wird als potenzieller biologischer Einflussfaktor in Betracht gezogen. Trotz dieser Erkenntnisse sind jene biologischen Mechanismen der Bulimie bislang nicht abschließend erforscht (Verbeek & Petermann, 2015).

Bei der Analyse möglicher Einflussfaktoren auf die Entstehung von Anorexia nervosa wird das *familiäre Umfeld* häufig thematisiert. Eine eindeutige Zuordnung ist jedoch auch in diesem Faktorenbereich bislang nicht möglich. Zwar besteht Einigkeit darüber, dass Eltern betroffener Mädchen oftmals einen überbehüteten, kontrollierenden und auch konfliktscheuen Erziehungsstil verfolgen, dieser wird jedoch vielmehr als Reaktion auf die Erkrankung und deren gesundheitlichen Bedrohung interpretiert. Erziehungsberechtigte reagieren mit erhöhter Fürsorge und Kontrolle, sobald der Ernst der psychosomatischen Erkrankung erkannt wird. Dennoch besteht die Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen dem (gestörten) Essverhalten der Mutter, vor allem bei starker Schlankkeitsorientierung oder eigener Essstörung in der Vorgeschichte, und dem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Essstörung bei dem Kind besteht (Verbeek & Petermann, 2015). Auch bei Bulimia nervosa treten ähnliche belastende familiäre Muster auf. Dazu zählen insbesondere ein übermäßig kontrollierender Erziehungsstil sowie ein familiäres Klima, das entweder durch offene Konfliktkonfrontationen oder durch konsequente Vermeidung von Konflikten geprägt ist. In betroffenen Familien lassen sich darüber hinaus oftmals weitere Essstörungen bei Angehörigen feststellen. Unter anderem erweisen sich häufig die Elternteile einer an Bulimie erkrankten Person als übergewichtig. Zudem ist in vielen dieser Familienstrukturen mit einer erhöhten Prävalenz von Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch zu rechnen. In weiterer Folge besteht die Gefahr, dass problematische familiäre Muster im Umgang mit Belastungen oder unangenehmen Emotionen über sogenannte orale Bewältigungsstrategien vermittelt werden. Jenen Jugendlichen ist der Umgang mit negativen Gefühlen wie beispielsweise Wut und Traurigkeit fremd, weshalb sie zu anderen Strategien zurückgreifen, um innere

Anspannungen zu lösen. Zusätzlich kann das Essverhalten negativ beeinflusst werden, wenn Erziehungsberechtigte wiederholt Kritik am Körper oder am Gewicht des Kindes äußern. Das negative Körperbild wird dadurch verstärkt und bulimisches Verhalten weiter begünstigt (Reich, 2003).

Psychologische Erklärungsansätze richten ihren Fokus häufig auf die Herausforderungen der Pubertät, insbesondere auf körperliche und seelische Veränderungen, die mit dieser Entwicklungsphase einhergehen. Die bewusste Vermeidung einer Gewichtszunahme kann dabei als Versuch interpretiert werden, die biologische Reifung aufzuhalten und den Übergang ins Erwachsenenalter hinauszuzögern. Durch die Aufrechterhaltung eines kindlichen Körperschemas lassen sich altersbedingte Anforderungen wie die Entwicklung einer eigenen Identität, die Auseinandersetzung mit dem veränderten Körperbild oder die Konfrontation mit Sexualität vermeintlich vermeiden. Darüber hinaus weisen betroffene Mädchen sowie junge Frauen ein besonders gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl auf, das vor allem an das körperliche Erscheinungsbild, insbesondere Figur und Gewicht, gekoppelt ist (Jacobi, 2000; Verbeek & Petermann, 2015).

Personen mit einem geringen Selbstwertgefühl sind häufig nur unzureichend auf körperliche und psychische Veränderungen in der Pubertät vorbereitet. Die Entwicklung einer Essstörung kann in diesem Zusammenhang als ein Versuch gewertet werden, mit innerer Unsicherheit und Selbstzweifel umzugehen. Hinzu kommt ein stark ausgeprägter Perfektionismus, der sich in überhöhten Erwartungen an das eigene Verhalten sowie in einer besonders kritischen Haltung gegenüber dem eigenen Körper äußert. Soziale Spannungen und zwischenmenschliche Konflikte werden von Betroffenen meist als stark belastend erlebt, was nicht selten zu einem Bedürfnis nach Konfliktvermeidung führt. Die pubertäre Entwicklungsphase bringt zugleich die Notwendigkeit mit sich, sich zunehmend von den Eltern zu lösen, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und eine eigenständige Identität zu entwickeln. Bei Personen mit Anorexie kann dieser Abgrenzungsprozess mit Ängsten oder inneren Konflikten verbunden sein. Die gezielte Gewichtsabnahme und die Kontrolle über den eigenen Körper können in diesem Zusammenhang als symbolischer Versuch verstanden werden, zumindest auf körperlicher Ebene Selbstbestimmung und Autonomie zu erlangen, auch wenn sich dieser Versuch letztendlich als nicht zielführend erweist (Verbeek & Petermann, 2015). Ebenso stehen bei der Bulimia nervosa psychologische Faktoren wie ein vermindertes Selbstwertgefühl, Selbstunsicherheit und eine instabile Identitätsentwicklung im Vordergrund. Viele Betroffene haben Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und gegenüber anderen klar zu

kommunizieren. Zudem zeigen sich häufig Defizite in der Impulskontrolle, was dazu führt, dass starke Emotionen, insbesondere Wut und Ärger, nur schwer verarbeitet werden können. Ähnlich wie bei der Anorexie stellen wiederholte Diätversuche sowie die daraus resultierende Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bedeutsame Risikofaktoren dar, die die Entwicklung der Störung begünstigen können (Verbeek & Petermann, 2015).

Neben individuellen, familiären sowie psychischen Aspekten gelten auch *soziokulturelle Einflüsse* als bedeutsame Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen. Besonders das gesellschaftlich vorherrschende Schönheitsideal spielt hierbei eine zentrale Rolle. Seit den 1960er-Jahren lässt sich ein deutlicher Wandel hin zu einem enorm schlanken Körperbild beobachten. Parallel dazu ist jedoch durch den steigenden Wohlstand sowohl der Fettkonsum als auch das durchschnittliche Körpergewicht in der Bevölkerung gestiegen. Während genussvolles und abwechslungsreiches Essen im sozialen Kontext weiterhin positiv besetzt ist, hat sich die gesellschaftliche Haltung gegenüber Übergewicht deutlich verschärft. Eigenschaften wie Trägheit, mangelnde Disziplin oder Schwäche werden gegenwärtig häufig mit einem höheren Körpergewicht assoziiert, was einen klaren Wandel gegenüber früheren, eher positiven Zuschreibungen wie Gemütlichkeit und Ausgeglichenheit darstellt (Verbeek & Petermann, 2015). Schlankheit wird dagegen zunehmend mit positiven Attributen wie Gesundheit, sportlicher Aktivität, Selbstkontrolle und beruflichem Erfolg verknüpft. Sie fungiert zugleich als zentrales Element weiblicher Körperideale und beeinflusst maßgeblich das Selbstwertgefühl vieler Frauen (Berger, 2008). Mädchen lernen bereits in jungen Jahren, dass ihre äußere Erscheinung einen entscheidenden Einfluss darauf hat, wie sie von anderen Gesellschaftsmitgliedern wahrgenommen und bewertet werden. Einen erheblichen Einfluss übt dabei die mediale Darstellung des Körperbildes aus. In Werbungen, sozialen Medien, diversen Fernsehformaten oder auf Plakaten werden fast ausschließlich schlanke, jugendlich wirkende und scheinbar erfolgreiche Frauen dargestellt (Simchen, 2010; Verbeek & Petermann, 2015). Dieses einseitige Schönheitsideal hat sich tief im gesellschaftlichen Denken verankert und trägt zur Festigung gesundheitlich bedenklicher Normvorstellungen bei. Darüber hinaus stellt auch der gesellschaftliche Wandel weiblicher Rollenbilder einen weiteren relevanten Faktor dar. Frauen sehen sich heute häufig widersprüchlichen Anforderungen ausgesetzt. Einerseits wird von ihnen erwartet, sich von traditionellen Rollenbildern, etwa der ausschließlich fürsorglichen Mutter, zu lösen und im Berufsleben ehrgeizig und erfolgreich zu sein, andererseits besteht gleichzeitig weiterhin das Ideal der empathischen, liebevollen und sozial orientierten Frau. Dieser Rollenkonflikt kann zusätzlichen Druck erzeugen, der sich in einer

gestörten Beziehung zum eigenen Körper und zum Essverhalten zeigen kann (Verbeek & Petermann, 2015).

2.4 Das Körperbild und seine Bedeutung bei Essstörungen

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Entstehung von Essstörungen durch ein komplexes Zusammenspiel biologischer, psychologischer, familiärer und soziokultureller Faktoren begünstigt wird. Besonders deutlich wurde dabei, dass insbesondere psychologische Merkmale, wie etwa ein niedriges Selbstwertgefühl, sowie soziokulturelle Einflüsse, wie idealisierte Körperbilder in Medien und Gesellschaft, einen unmittelbaren Einfluss auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers ausüben.

In diesem Zusammenhang kommt dem Körperbild eine zentrale Bedeutung zu, da es die Wahrnehmung, die Bewertung und das Erleben des eigenen Körpers abbildet. Ein negatives Körperbild wird als einer der zentralen Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen beschrieben (Jacobi et al., 2004). In diesem Kontext betont Berger (2008, S. 34): „Die Unzufriedenheit mit der eigenen Figur und die Abwertung des eigenen Körpers (z. B. aufgrund der Überzeugung, nicht schlank genug zu sein, um als attraktiv und begehrenswert zu gelten) erhöhen das Risiko, den eigenen Körper zu instrumentalisieren.“ Der menschliche Körper wird nicht mehr als natürlicher Teil der eigenen Person, sondern vielmehr als ein Objekt behandelt, das verändert, kontrolliert oder aber auch diszipliniert werden muss (Berger, 2008).

Um das Körperbild als zentralen Einflussfaktor bei der Entstehung von Essstörungen besser verstehen zu können, wird im folgenden Abschnitt zunächst der Begriff näher erläutert. Anschließend werden die vier grundlegenden Komponenten vorgestellt, die für ein umfassendes Verständnis dieses Konstrukts von zentraler Bedeutung sind. Das Körperbild stellt nicht nur einen wesentlichen Risikofaktor im theoretischen Kontext dar, sondern nimmt auch innerhalb dieser Arbeit, insbesondere im Rahmen der durchgeführten Interviews, eine Schlüsselrolle ein. Es bildet somit eine zentrale Grundlage für die Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellungen.

2.4.1 Definition: Körperbild

Im deutschsprachigen Raum existiert bislang kein einheitlicher entsprechender Begriff für den im englischen Sprachraum verbreiteten Terminus *Body Image*. Stattdessen finden sich verschiedene Begriffe wie *Körperbild*, *Körperwahrnehmung*, *Körperschema*, *Körper-Ich*, *Körper-Selbst* oder *Körperkonzept*, die je nach Kontext unterschiedlich zum Einsatz

kommen. Teilweise werden diese Bezeichnungen synonym gebraucht, jedoch sind ihnen in der wissenschaftlichen Literatur auch differenzierte Bedeutungen zugewiesen. So beschreibt der Begriff *Körperwahrnehmung* häufig die subjektive Einschätzung der eigenen körperlichen Maße, während unter dem *Körper-Ich* unter anderem die kognitive und emotionale Bewertung des eigenen Körpers verstanden wird (Vocks et al., 2018). In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff *Körperbild* als übergeordnete Bezeichnung verwendet, unter der verschiedene Aspekte der Wahrnehmung, Bewertung und des Erlebens des eigenen Körpers zusammengefasst werden.

2.4.2 Die vier Komponenten des Körperbildes

Das Konzept des Körperbildes lässt sich in vier zentrale Bereiche gliedern, die in Kombination ein umfassendes Verständnis davon ermöglichen, wie Menschen ihre Körper wahrnehmen, bewerten und erleben. Jene Einteilung basiert auf einem Modell, das ursprünglich auf die Definition von Schilder (1950) zurückführt und im weiteren Verlauf durch Slade (1988) weiterentwickelt wurde. Ein wesentlicher Bestandteil des Körperbildkonzepts ist die *perzeptive Komponente*, welche die sinnliche Wahrnehmung des eigenen Körpers beschreibt. Personen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa neigen häufig dazu, ihre Körperdimensionen falsch einzuschätzen und somit einzelne Körperbereiche bzw. das gesamte Erscheinungsbild zu überschätzen. Aufgrund der verzerrten Körperwahrnehmung und der nicht vorhandenen objektiven Fähigkeit, eigene Körperdimensionen realistisch und korrekt wahrnehmen zu können, weisen Betroffene meist eine erheblich große Unsicherheit im Hinblick auf die eigenen Körpermaße auf (Cash & Deagle, 1997; Vocks et al., 2007). Die zweite Komponente des Körperbildes, die *kognitive Komponente*, zeichnet sich durch jene Denkweisen, Sichtweisen und Glaubenssätze aus, die die betroffene Person in Bezug auf ihren eigenen Körper hat. Diese Komponente beschreibt demnach die gedanklichen und bewertenden Prozesse, die die Betroffenen hinsichtlich ihres körperlichen Erscheinungsbildes entwickeln (Jacobi et al., 2004). So nehmen laut Cash und Deagle (1997) Frauen, die an einer Essstörung leiden, ihr eigenes Körperbild negativer wahr als Menschen, die keine Essstörung aufweisen. Sie sind der Überzeugung, dass ihre körperliche Statur unattraktiv, ungenügend oder aber auch unkontrollierbar ist, was sich schlussendlich auf das gesamte Selbstbild auswirken und kognitive Verzerrungen weiter fördern kann (Vocks et al., 2018). Diese sogenannte kognitive Verzerrung zeigt sich bei Personen mit einer Essstörung vor allem darin, dass sie besonders stark jene Körperbereiche fokussieren, die sie als unattraktiv oder störend empfinden. Neutrale oder sogar positive

Körpermerkmale werden hingegen ausgeblendet. Diese einseitige Wahrnehmung steht im Zusammenhang mit der jeweiligen Form und Ausprägung der Essstörung (Cash & Deagle, 1997). So konnte anhand einer Studie von Jansen, Nederkoorn und Mulkens (2005) belegt werden, dass gesunde Kontrollpersonen ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf jene Körperbereiche richten, die als positiv erlebt und bewertet werden, was auf ein stabileres und insgesamt ausgewogeneres Körperbild hinweist. Die zuvor beschriebenen Denk- und Wahrnehmungsprozesse bei Patientinnen mit Anorexie und Bulimie tragen wesentlich zur Entstehung und Festigung eines gestörten Körperbildes bei, das von den Betroffenen dennoch als objektiv und der Wirklichkeit entsprechend wahrgenommen wird (Vocks et al., 2018). Besonders problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass das Selbstwertgefühl stark an äußere Merkmale wie Körperform und Gewicht geknüpft ist. Dadurch wird die Entstehung und Manifestation selbstkritischer und abwertender Gedankenmuster weiterhin begünstigt (Fairburn et al., 2003).

Die *affektive Komponente* des Körperbildes beschreibt emotionale Reaktionen, die Menschen im Zusammenhang mit ihrem äußeren Erscheinungsbild erleben. Besonders bei Personen mit einer Essstörung zeigen sich hierbei ausgeprägte negative Gefühle wie Furcht, Scham, Zorn, Kummer und Abscheu. Studien belegen, dass diese negativen Emotionen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen beispielsweise nach der Betrachtung des eigenen Spiegelbildes deutlich intensiver ausfallen (Vocks et al., 2007). Zudem scheint die affektive Komponente eng mit Aufmerksamkeitsprozessen verbunden zu sein. Diverse Studien zeigen, unter anderem jene von Svaldi et al. (2016), dass die bewusste Lenkung der Aufmerksamkeit auf negativ beurteilte Körperbereiche zum Anstieg negativer Emotionen führen kann. Besonders auffällig ist, dass Personen mit Essstörungen längere Zeit auf jene Körperstellen fokussieren, mit denen sie besonders unzufrieden sind. Je länger diese negativen Bewertungen anhalten, desto intensiver werden auch die damit verbundenen Emotionen (Bauer et al., 2017).

Ein zentraler Aspekt der *behavioralen Komponente* der Körperbildes ist das Verhalten, mit dem die Betroffenen versuchen, diese soeben angeführten negativen Gefühle gegenüber dem eigenen Körper zu reduzieren. Menschen mit Essstörungen zeigen häufig spezifische körperbezogene Handlungsweisen, die sich sowohl in Form von Vermeidung als auch Kontrolle äußern können (Vocks et al., 2018). Im Rahmen des Vermeidungsverhaltens werden bestimmte Aktivitäten, Orte oder auch soziale Situationen gemieden, in denen der eigene Körper zur Geltung kommen könnte, so beispielsweise das Schwimmbad. Darüber hinaus verzichten Betroffene häufig auf körperbetonte Kleidung und wählen stattdessen

weite oder den Körper verhüllende Kleidung, um empfundene Unsicherheiten oder Unzufriedenheiten zu verbergen (Vocks et al., 2018). Hinzu kommt ein auffälliges Verhalten im Bereich der Körperpflege. Manche Patientinnen vernachlässigen diese beispielsweise aus Angst vor Berührungen oder Selbstbetrachtung, während andere Betroffene diese übermäßig intensiv betreiben, etwa durch exzessives Eincremen oder einen übermäßigen Kosmetikgebrauch, der eine „maskierende Funktion erhält“ (Vocks et al., 2018, S. 31). Zudem zeigen sich im Bereich der Körperhaltung gezielte Anpassungen bestimmter Positionen. So werden oftmals die Beine überschlagen, um jene Körperstellen schmaler wirken zu lassen. Ebenso zählt auch wiederholtes Kontrollieren des Gewichts (häufiges Wiegen, kritisches Begutachten im Spiegel) zu jenen Vermeidungsstrategien. Ein weiteres zentrales Verhalten ist die sogenannte Rückversicherung durch andere, bei der die Betroffenen andere Personen, wie beispielsweise Freunde oder Partner, um Bestätigung ihrer körperlichen Erscheinung bitten oder nachfragen, ob sie zugenommen haben. Ebenso häufig sind ständige Vergleiche mit anderen hinsichtlich des Gewichts oder der Figur, was die bereits bestehende Unsicherheit über das eigene Aussehen verstärken kann (Vocks et al., 2018). Ein weiterer Aspekt der behavioralen Komponente des Körperbildes betrifft die bewusste Meidung positiver körperbezogener Tätigkeiten. Viele Betroffene erleben körperliche Aktivitäten nicht als angenehm oder wohltuend, sondern empfinden diese als belastend oder gar als Pflicht, um möglichst viele Kalorien zu verbrennen. Körperliche Betätigung wird dabei oftmals nicht aus Freude oder dem Wunsch nach Wohlbefinden betrieben, sondern vielmehr von dem Ziel geleitet, Gewicht zu reduzieren oder das äußere Erscheinungsbild aktiv zu beeinflussen. Das Erleben des eigenen Körpers ist dabei meist negativ besetzt, weshalb dieser oft als Last gesehen wird (Davis et al., 1997; Vocks et al., 2018).

Die vier Komponenten des Körperbildes sind schlussendlich nicht unabhängig voneinander zu betrachten, sondern stehen in einem engen wechselseitigen Zusammenhang. In ihrer Ausprägung können sie individuell stark variieren, weshalb auch davon auszugehen ist, dass sich die einzelnen Komponenten gegenseitig bedingen und beeinflussen (Vocks et al., 2018). So können etwa negativ geprägte Gedanken über das eigene Erscheinungsbild (beispielsweise „So wie ich aussehe, kann ich mich niemandem zeigen!“) zu einem ausgeprägten körperbezogenen Vermeidungsverhalten führen (Vocks et al., 2018, S. 31).

2.4.3 Resümee zur Bedeutung des Körperbildes bei Essstörungen

Die Auseinandersetzung mit den Ursachen unterschiedlicher Essstörungsformen (Kapitel 4) hat gezeigt, dass psychologische, biologische, aber auch familiäre und soziokulturelle Faktoren, insbesondere der Einfluss von Schönheitsidealen, eine zentrale Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Erkrankungen spielen. Dabei wurde besonders deutlich, dass Störungen im Erleben und in der Bewertung des eigenen Körpers ein wiederkehrendes Merkmal darstellen. Das anschließende Kapitel zu den vier Komponenten des Körperbildes (siehe Kapitel 2.4.2) hat dieses Zusammenspiel nochmals differenziert aufgezeigt und die enge Verknüpfung zwischen Selbstwahrnehmung, emotionalen Reaktionen und körperbezogenem Verhalten verdeutlicht.

Vor diesem Hintergrund wird ersichtlich, welche hohe Relevanz präventive Maßnahmen sowie ein bewusster, unterstützender Umgang mit dem Thema Körperbild im schulischen Alltag einnehmen. Daher widmet sich der folgende Abschnitt der Rolle der Institution Schule, insbesondere des Sportunterrichts, in der Gesundheitsförderung. Im Fokus stehen sowohl übergeordnete Präventionsansätze als auch konkrete Möglichkeiten der Intervention durch Sportpädagoginnen, um betroffene Schülerinnen frühzeitig zu unterstützen und zu begleiten.

2.5 Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Kontext

Die bisherigen Ausführungen dieser Arbeit haben aufgezeigt, dass Essstörungen durch ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren entstehen. Angesichts ihrer zunehmenden Verbreitung im Jugendalter, wie unter anderem auch Felder-Puig et al. (2023) bestätigen, wird den Bildungseinrichtungen, insbesondere der Schule, eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsförderung sowie der Prävention von Krankheiten zugeschrieben. So stellen sowohl fördernde als auch vorbeugende Ansätze maßgebliche Strategien zur Stärkung und Aufrechterhaltung der Gesundheit dar (Waller, 2006).

2.5.1 Definition: Gesundheit und Gesundheitsförderung

Vor diesem Hintergrund stellt sich zunächst die Frage, welche Bedeutung dem Begriff *Gesundheit* zugeschrieben wird. Erlemeyer (2016) zufolge ist die Gesundheit kein objektiv festgelegter Zustand, sondern vielmehr ein Konstrukt, das maßgeblich von der persönlichen Wahrnehmung und der individuellen Befindlichkeit beeinflusst wird. So wirken sich nicht nur psychosoziale Einflüsse und unterschiedliche Lebensbedingungen, sondern auch verfügbare Ressourcen auf die Aufrechterhaltung von Gesundheit sowie auf die

Krankheitsentstehung und den Krankheitsverlauf aus (Erlemeyer, 2016). Statt Gesundheit als statischen Zustand zu begreifen, wird sie ebenso von Beckers (1986) zunehmend als ein dynamischer und wandelbarer Prozess verstanden. Dabei steht das Ausbalancieren eines empfindlichen Gleichgewichts zwischen äußeren Anforderungen, potenziellen Belastungen, verfügbaren körperlichen und psychosozialen Ressourcen sowie individuellen Bedürfnissen im Zentrum (Beckers, 1986). Somit beschreibt der Terminus *Gesundheit* nicht nur die Abwesenheit einer Krankheit, sondern vielmehr einen individuellen Lebensstil, der von subjektiven Bewertungen der jeweiligen Lebenssituation geprägt ist (Balz et al., 2015).

Aufbauend auf diesem Gesundheitsverständnis stellt sich die Frage, durch welche Maßnahmen Gesundheit erhalten und gestärkt werden kann. In diesem Zusammenhang kommt der *Gesundheitsförderung* eine zentrale Bedeutung zu. Während die Krankheitsprävention darauf abzielt, die Gesundheit zu stärken, indem krankmachende Risikofaktoren reduziert oder vermieden werden, konzentriert sich die Gesundheitsförderung darauf, gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen und dadurch positive Einflüsse auf die Gesundheit zu erzielen (Sudeck & Rosenstiel, 2023). Somit steht bei der Strategie der Gesundheitsförderung nicht die Abwehr konkreter Krankheiten im Mittelpunkt, sondern vielmehr das Ziel, die Gesundheit auch unabhängig vom Vorliegen krankheitsbezogener Risiken aktiv zu fördern (Sudeck & Rosenstiel, 2023). Sowohl fördernde als auch vorbeugende Ansätze stellen maßgebliche Strategien zur Stärkung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, insbesondere beim Vorliegen einer Essstörung, dar (Waller, 2006).

Die modernen Konzepte der Gesundheitsförderung stehen in engem Zusammenhang mit den Leitgedanken der gegenwärtigen Gesundheitswissenschaften, insbesondere des Ansatzes der New Public Health, der durch eine grundlegende Erweiterung der Perspektiven gekennzeichnet ist. Fuchs (2003) beschreibt dieses veränderte Gesundheitsverständnis anhand drei zentraler Entwicklungsprozesse: Den Übergang von kurativen zu präventiven Maßnahmen, die Verschiebung vom individuellen hin zum bevölkerungsbezogenen Gesundheitsansatz sowie die Abkehr von einer rein krankheitsorientierten Sichtweise (Pathogenese) mit dem Ziel, den Fokus vermehrt auf gesundheitsfördernde Faktoren (Salutogenese) zu legen. Einen wesentlichen Beitrag zu dieser Neuausrichtung lieferte das Salutogenese-Modell des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1987), das im Vergleich zu traditionellen, pathogenetisch orientierten Krankheitsmodellen einen grundlegenden Perspektivenwechsel ermöglichte. Anstatt sich auf Ursachen von Krankheiten zu konzentrieren, stellte der Medizinsoziologe die Frage, was Menschen auch unter

schwierigen Lebensumständen gesund bleiben lässt. Der Fokus liegt dabei nicht auf Risikofaktoren und deren Bekämpfung, sondern auf Schutzfaktoren bzw. Gesundheitsressourcen, die zur Stabilisierung und Verbesserung von Gesundheit beitragen können. In diesem Zusammenhang wird das Modell der Salutogenese auch als *Schutzfaktorenmodell* und in weiterer Folge als *Stressbewältigungsmodell* bezeichnet, da laut Antonovsky (1987) die Gesundheit aus einer gelungenen Stressbewältigung aufgrund einer effektiven Ausschöpfung verfügbarer und gegebener Ressourcen resultiert. Diese Ressourcen sind nicht auf individueller Ebene, wie etwa psychische Resilienz, körperliche Verfassung oder gesundheitsbewusstes Verhalten zu verorten, sondern umfassen vielmehr soziale, wirtschaftliche und ökonomische Rahmenbedingungen sowie strukturelle Zugänge zu gesundheitsrelevanten Angeboten (Faltermaier, 1994).

Gerade im Kontext von Essstörungen gewinnt dieser salutogenetische Ansatz an Bedeutung, da neben individuellen Risikofaktoren auch schützende Ressourcen sowie unterstützende soziale und strukturelle Bedingungen eine zentrale Rolle für die Prävention und den Erhalt psychischer und körperlicher Gesundheit spielen.

2.5.2 Definition: Prävention und Intervention

Sowohl die soeben thematisierte Gesundheitsförderung als auch die Krankheitsprävention stellen Ansätze dar, mithilfe deren gesundheitsförderliche Wirkungen erzielt werden können. Dennoch unterscheiden sie sich dahingehend, dass „[...] die Gesundheitsförderung den Blick auf Gesundheitsgewinne durch die Verbesserung der Bedingungen für Gesundheit [...]“ richtet, „[...] [w]ährend sich die Krankheitsprävention mit einem Fokus auf Gesundheitsgewinne durch Zurückdrängung von Risikofaktoren für Krankheiten charakterisieren lässt“ (Sudeck & Rosenstiel, 2023, S. 50). Der Begriff *Prävention* bedeutet, potenziellen Problemen zuvorzukommen. Demnach werden unter der Krankheitsprävention systematische Maßnahmen und Interventionen verstanden, die darauf abzielen, das Entstehen, Fortschreiten oder die negativen Folgen von Erkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu verhindern, zu minimieren oder aber auch hinauszuzögern (Leppin, 2018). Im Zentrum präventiven Handelns steht somit die Absicht, Risiken frühzeitig zu erkennen und negative Entwicklungen zu vermeiden.

Das präventive Verständnis von Krankheit orientiert sich vorrangig am biomedizinischen Modell, das Gesundheit als Abwesenheit von Störung körperlicher Strukturen oder Funktionen definiert. Krankheiten werden in diesem Modell primär über naturwissenschaftliche Verfahren erkannt, beschrieben und klassifiziert (Sudeck &

Rosenstiel, 2023). Diese pathogenetisch geprägte Sichtweise bildet die Grundlage der medizinischen Ausbildung und dominiert das professionelle Handeln im Gesundheitssystem. Entsprechend konzentrieren sich kurative und therapeutische Interventionen vor allem auf die gezielte Behandlung oder Reduktion von Ursachen anatomischer, biochemischer, neurophysiologischer oder organischer Ebene (Sudeck & Rosenstiel, 2023). Ausgehend vom biopsychosozialen Krankheitsverständnis wurde die ursprünglich rein pathogenetische Perspektive, wie bereits in Kapitel 2.5.1 erläutert wurde, weiterentwickelt. Dabei rücken zunehmend auch psychische Belastungen und soziale Einflussfaktoren als mögliche Auslöser oder Verstärker von Krankheiten in den Mittelpunkt. Mit dem Anstieg chronisch-degenerativer und nicht übertragbarer Erkrankungen in den 1950er-Jahren entstanden auf Grundlage epidemiologischer Forschung sogenannte Risikofaktorenmodelle. Diese integrieren biologische, psychische, soziale sowie verhaltensbezogene Einflussgrößen, die als potenziell gesundheitsgefährdend gelten (Sudeck & Rosenstiel, 2023). Basierend auf dem Verständnis biopsychosozialer Krankheitsmodelle sowie den daraus entwickelten Risikofaktorenansätzen verfolgen präventive Strategien das Ziel, gesundheitsgefährdende Einflüsse auf mehreren Ebenen zu verringern. Dazu zählen unter anderem Maßnahmen zur Beeinflussung körperlich-biologischer Risikofaktoren (beispielsweise Programme zur Gewichtsreduktion), gesundheitsbezogene Verhaltensinterventionen durch Information, Aufklärung und Schulung, sowie die Veränderung von Umweltbedingungen, die potenziell ein Risiko darstellen (Sudeck & Rosenstiel, 2023).

Um Erkrankungen, darunter auch Essstörungen, vorzubeugen, stehen diverse Strategien der Prävention zur Verfügung, die sich vor allem durch den Zeitpunkt ihres Einsatzes unterscheiden. In der wissenschaftlichen Literatur wird in diesem Zusammenhang meist zwischen *primärer*, *sekundärer* und *tertiärer* Prävention unterschieden (Klotter, 2007). Die *primäre Prävention* (= „Krankheitsverhütung“) von Essstörungen zielt darauf ab, das Entstehen einer Erkrankung von vornherein zu verhindern (Klotter, 2007, S. 169). Dafür werden Maßnahmen eingesetzt, die für alle Menschen potenziell hilfreich sein können, unabhängig davon, ob sie bereits Risikofaktoren zeigen oder nicht. Eine frühe Intervention, bevor überhaupt erste Symptome einer Essstörung auftreten, kann die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs deutlich senken (Klotter, 2007). Die *sekundäre Prävention* (= „Krankheitsfrüherkennung“) hingegen zielt darauf ab, eine Krankheit so früh wie möglich zu erkennen, um folglich effiziente Maßnahmen einleiten zu können (Klotter, 2007, S. 169). Die *tertiäre Prävention* (= „Verhütung der Verschlimmerung bestehenden Leidens“) setzt

bei bereits diagnostizierten und von den Betroffenen anerkannten Erkrankungen an (Klotter, 2007). Laut Klotter (2007) besteht ihr Ziel darin, eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern und mögliche Folgeschäden zu minimieren. Die Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die betroffene Person ihre gesundheitliche Beeinträchtigung als solche wahrnimmt und Handlungsbedarf erkennt (Klotter, 2007). Bei der gemeinsamen Betrachtung von Gesundheitsförderung und Prävention ist weiters eine differenzierte Unterscheidung zwischen *Verhaltensprävention* und *Verhältnisprävention* von Bedeutung. Besonders letztere steht in enger Verbindung zu den grundlegenden Prinzipien der Gesundheitsförderung (Leppin, 2018). Die *Verhaltensprävention* richtet sich in erster Linie auf das individuelle Gesundheitsverhalten sowie den Gesundheitszustand einzelner Personen. Ihre Maßnahmen setzen unmittelbar am Verhalten der Menschen an und berücksichtigen weniger die Lebensumwelt. Pädagogisch-psychologische Erkenntnisse bilden dabei häufig die Grundlage für Maßnahmen wie Gesundheitsberatungen oder Trainingsprogramme. Ziel ist es, Menschen zur Veränderung ihres gesundheitsbezogenen Verhaltens zu motivieren, sie im Prozess der Verhaltensanpassung zu unterstützen und ihre Entscheidungskompetenz im Sinne einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu stärken. Im Gegensatz dazu zielt die *Verhältnisprävention* darauf ab, ökologische, soziale, ökonomische oder kulturelle Umweltbedingungen so zu verändern, dass Faktoren reduziert werden, die zur Entstehung oder Begünstigung von Krankheiten beitragen (Leppin, 2018). Sie betont das komplexe Zusammenspiel zwischen Individuen und ihren Lebenswelten. Der Fokus liegt hier auf der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umweltbedingungen, die auf sozialer, ökologischer, aber auch auf kultureller und ökonomischer Ebene ansetzen. Die Verhältnisprävention beabsichtigt, jene Rahmenbedingungen so zu verändern, dass sie entweder direkt positive Effekte auf die Gesundheit haben oder indirekt gesundheitsförderliches Verhalten begünstigen und erleichtern (Leppin, 2018).

2.5.3 Interventionsraum Schule: Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gesundheitsförderung erweitert den präventiven Ansatz um eine Perspektive, die nicht primär auf die Reduktion von Krankheitsrisiken, sondern auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen abzielt. Während primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen vor allem auf die Vermeidung, Früherkennung oder Eindämmung von Krankheiten und Risikofaktoren fokussieren, verfolgt die Gesundheitsförderung das Ziel, durch strukturelle Verbesserungen langfristige

Gesundheitsressourcen aufzubauen. In diesem Sinne richtet sie sich in erster Linie an gesunde Bevölkerungsgruppen sowie Personen mit erhöhtem Risiko, trägt jedoch auch im Umgang mit bereits bestehenden Gesundheitsbelastungen zur Förderung von Lebensqualität und Wohlbefinden bei. Besonders durch ihren Fokus auf soziale, ökologische und lebensweltbezogene Einflussfaktoren gewinnt sie auch im Kontext chronischer Erkrankungen und psychosozialer Belastung zunehmend an Bedeutung (Hurrelmann & Klotz, 2014). Trotz der zuvor dargestellten unterschiedlichen Definitionsansätze lässt sich zusammenfassend festhalten, dass Gesundheitsförderung und Prävention nicht als konkurrierende Konzepte zu verstehen sind. Vielmehr ergänzen sie sich, da beide auf unterschiedliche Weise zur Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit beitragen. Während die Prävention vorrangig auf die Vermeidung von Krankheiten und Risikofaktoren ausgerichtet ist, verfolgt die Gesundheitsförderung das Ziel, Prozesse zu initiieren, die Menschen befähigen, ihr körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden aktiv zu stärken. Gesundheitsförderung richtet sich dabei nicht nur auf das Individuum selbst, sondern bezieht, wie bereits angeführt, auch die Umwelt sowie das Zusammenspiel zwischen Personen und Lebenswelt mit ein. Gesundheit wird somit nicht als isoliertes Merkmal einzelner Personen verstanden, sondern als ein Phänomen, das stets im Kontext gesellschaftlicher Bedingungen steht. An dieser Schnittstelle nähern sich Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention an. Daraus ergibt sich ein erweitertes Verantwortungsverständnis: Gesundheit gilt nicht ausschließlich als individuelle Aufgabe, sondern ebenso als kollektive Verantwortung von Gesellschaft, Politik und Institutionen (Klotter, 2007).

Im schulischen Setting kommt Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Umgang mit Essstörungen eine zentrale Bedeutung zu. Als zentrale Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen stellt die Institution Schule nicht nur einen Ort der Wissensvermittlung dar, sondern bietet auch vielfältige Möglichkeiten zur Stärkung personaler und sozialer Ressourcen. Angesichts der wachsenden Bedeutung von Schönheitsidealen, Körperbildern und psychosozialen Belastungen im Jugendalter kann die Schule maßgeblich zur Entwicklung eines stabilen Selbstkonzeptes und gesundheitsförderlichen Verhaltens beitragen. Lehrpersonen nehmen in diesem Zusammenhang eine entscheidende Rolle ein, vor allem dann, wenn sie frühzeitig präventiv agieren und Schülerinnen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung begleiten. Insbesondere dem Fach Bewegung und Sport wird in diesem Kontext eine präventive und gesundheitsfördernde Funktion zugeschrieben, da Maßnahmen bzw. Interventionen bereits greifen können, bevor erste Symptome oder

Auffälligkeiten sichtbar werden. Der schulische Sportunterricht eröffnet durch die Verbindung von verhaltensbezogenen und verhältnisorientierten Ansätzen konkrete Möglichkeiten, um einem der bedeutendsten Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen junger Frauen entgegenzuwirken: dem geringen Selbstwertgefühl (Bauer-Pauderer et al., 2005; Schuch, 2021).

Schulinstitutionen verfügen über vielfältige Handlungsoptionen, um zur Prävention von Essstörungen beizutragen. Mithilfe gezielter Maßnahmen im Unterricht und struktureller Gestaltungsprozesse innerhalb des Schulalltages kann das Ziel präventiver Bemühungen, die gesunde psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fördern, weiterverfolgt werden. Dabei bestehen enge Verbindungen zu bereits etablierten Maßnahmen im Bereich der psychosozialen Gesundheitsförderung. Besondere Aufmerksamkeit sollte auf die Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen, den Aufbau unterstützender Beziehungen sowie die Stärkung individueller Fähigkeiten und Ressourcen gerichtet werden (Schuch 2021).

Die Prävention von Essstörungen im Rahmen der Schulinstitution umfasst dabei verschiedene Ansatzpunkte, die im folgenden Kapitel näher erläutert werden.

2.6 Präventive Handlungsansätze im schulischen Kontext

Eine wirksame schulische Prävention von Essstörungen setzt bei der Stärkung personaler und sozialer Schutzfaktoren an, wie sie in modernen Konzepten der Gesundheitsförderung und der Salutogenese beschrieben werden (Antonovsky, 1987; Sudeck & Rosenstiel, 2023). Auf dieser Grundlage können unterschiedliche präventive Ansätze im schulischen Alltag umgesetzt werden, insbesondere im Sportunterricht. Der folgende Abschnitt widmet sich zentralen Elementen dieser Präventionsstrategien und legt dabei den Schwerpunkt auf die Förderung von Lebenskompetenzen, die Stärkung individueller Ressourcen und Schutzfaktoren sowie einen kritischen Umgang mit gesellschaftlichen Einflussfaktoren wie Schönheitsidealen und Medien.

2.6.1 Förderung von Lebenskompetenzen und Schutzfaktoren

Ein zentraler präventiver Zugang zur Reduktion des Risikos für Essstörungen im schulischen Kontext liegt in der gezielten Förderung von Lebenskompetenzen, die in engem Zusammenhang mit personalen Ressourcen und Schutzfaktoren stehen. Lebenskompetenzen umfassen jene psychosozialen Fähigkeiten, die es Kindern und Jugendlichen ermöglichen, den komplexen Anforderungen des Alltags konstruktiv, reflektiert und

verantwortungsbewusst zu begegnen. Dazu zählen unter anderem die Selbstwahrnehmung, die Emotionsregulation, die Entscheidungs- und Problemlösungsfähigkeit, die Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit sowie ein kritischer Umgang mit gesellschaftlich festgelegten Normen und Erwartungen (Bauer-Pauderer et al., 2005; Waldhelm-Auer, 2004). Die Förderung dieser Kompetenzen ist insofern bedeutsam, als sie eine zentrale Grundlage für psychische Stabilität und Resilienz darstellen. Jugendliche befinden sich in einer Lebensphase, die durch körperliche, kognitive und soziale Umbrüche geprägt ist. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, der Abschied von kindlichen Rollenbildern, die Entwicklung eines stabilen Selbstwertgefühls, das Finden von Anerkennung in der Peer-Group, der Aufbau tragfähiger Beziehungen, die Gestaltung einer eigenen Identität und die Auseinandersetzung mit individuellen Zukunftsplänen (Schule und Beruf) sind zentrale Entwicklungsaufgaben, die in dieser Zeit bewältigt werden müssen (Bauer-Pauderer et al., 2005). Insbesondere in dieser Lebensphase können Risikofaktoren wie ein geringes Selbstbewusstsein, eine starke Fokussierung der eigenen Identität auf das äußerliche Erscheinungsbild, geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen sowie problematische familiäre Beziehungsmuster individuelle Entwicklung gefährden. An dieser Stelle setzt die schulische Lebenskompetenzförderung an. Sie zielt darauf ab, jungen Menschen über reine Wissensvermittlung hinaus Kompetenzen zu vermitteln, die sie dazu befähigen, mit unterschiedlichen Herausforderungen konstruktiv und gesundheitsförderlich umzugehen. In diesem Zusammenhang kommen personalen Ressourcen wie beispielsweise dem Selbstbewusstsein, der Selbstreflexion, der Genussfähigkeit, der Konfliktfähigkeit, der Empathie und der positiven Körperwahrnehmung eine besondere Bedeutung zu. Diese individuellen Fähigkeiten ermöglichen es weitgehend, innere und äußere Belastungen abzufedern, sich von Risikofaktoren wie sozialem Vergleich, normativen Schönheitsidealen oder starren Geschlechterrollen zu distanzieren und gesunde Verhaltensweisen im Alltag zu etablieren (Waldhelm-Auer, 2004).

Lebenskompetenzen und personale Ressourcen fungieren wiederum als zentrale Schutzfaktoren, die Risiken für eine Beeinträchtigung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens verringern oder mögliche negative Folgen abmildern können. Dazu zählen neben den bereits angeführten Aspekten emotionale Stabilität, die Zugehörigkeit zu sozialen Gruppen, ein positives Rollenverständnis, Selbstwirksamkeitserleben sowie die Fähigkeit zur Abgrenzung. Der gezielte schulische Aufbau solcher protektiver Faktoren bietet die Möglichkeit, Schülerinnen darin zu unterstützen, dysfunktionales Essverhalten als Bewältigungsform zu erkennen und stattdessen alternative, selbstfürsorgliche Strategien zu

entwickeln (Dietze-Cruse et al., 2007; Waldhelm-Auer, 2004).

Aufgrund dieser umfassenden präventionsorientierten Perspektive wird deutlich, dass Schutzfaktoren nicht isoliert, sondern im engen Wechselspiel mit psychosozialen Kompetenzen entstehen. Schulische Maßnahmen sollten daher nicht nur punktuell, sondern über alle Schulstufen hinweg möglichst fächerübergreifend implementiert werden. Die Förderung der Lebenskompetenzen ist demnach als ein langfristig angelegter, prozessorientierter Auftrag schulischer Gesundheitsförderung zu verstehen, der kontinuierliche pädagogische Aufmerksamkeit und eine ganzheitliche Sichtweise auf die Entwicklungsbedürfnisse junger Schülerinnen erfordert (Waldhelm-Auer, 2004).

2.6.2 Kritische Medienreflexion als Bestandteil schulischer Prävention

In der heutigen medialen Lebenswelt sind normierte und idealisierte Körperbilder nahezu allgegenwärtig. Werbungen, diverse Fernsehformate, Zeitschriften und insbesondere soziale Netzwerke wie Instagram und TikTok verbreiten ein Schönheitsideal, das Schlankheit, Makellosigkeit und Leistungsfähigkeit miteinander verknüpft. Diese Darstellungen basieren häufig auf digitaler Nachbearbeitung sowie professionellen Inszenierungen und vermitteln dadurch ein unrealistisches körperliches Erscheinungsbild, das kaum der Lebensrealität der meisten Jugendlichen entspricht (Verbeek & Petermann, 2015).

Die dauerhafte Konfrontation mit diesen Normvorstellungen kann sich negativ auf das Körperbild junger Menschen auswirken, da in sozialen Medien das äußere Erscheinungsbild oftmals öffentlich kommentiert und bewertet wird. So entstehen bestimmte Vorstellungen davon, was als ‚schön‘ gilt, wodurch sich Jugendliche häufig als unzureichend wahrnehmen und ihr Selbstbild an äußeren Idealvorstellungen ausrichten (Verbeek & Petermann, 2015). Ein geringes Selbstwertgefühl, die Tendenz, die eigene Person ausschließlich über das Aussehen zu definieren, sowie ein innerer Druck, normierten Körperidealen zu entsprechen, zählen zu jenen Risikofaktoren, die eng mit essgestörtem Verhalten in Verbindung gebracht werden (Schuch, 2021; Verbeek & Petermann, 2015). Plattformen wie Instagram oder TikTok bieten leicht zugängliche Inhalte, in denen problematische Ernährungs- und Fitnesspraktiken unter dem Deckmantel eines ‚gesunden Lifestyles‘ propagiert werden. So verbreiten sich Gewichtsreduktions-Challenges, Fotos von schlanken Körpern oder Tipps zum Kalorienzählen viral und normalisieren gesundheitsschädliche Verhaltensweisen. Als besonders problematisch erweist sich, dass Jugendliche mit bereits gestörtem Essverhalten in solchen Communitys oft Vergleiche finden, was dazu führen kann, dass sich die Essstörung verfestigt oder langfristig bestehen bleibt (Schuch, 2021).

Obwohl soziale Medien häufig unrealistische Schönheitsideale verbreiten und dadurch ungesunde Essverhaltensweisen fördern können, bieten sie zugleich auch die Möglichkeit, über Essstörungen aufzuklären und Betroffene bei der Suche nach Unterstützung zu begleiten. So eröffnet das Internet auch Möglichkeiten für positive, unterstützende und gesundheitsfördernde Impulse, etwa durch Plattformen und Kanäle, auf denen ehemals Betroffene oder auch Fachpersonen offen über ihren Weg der Heilung, über Rückschläge und bewährte Bewältigungsstrategien berichten. Diese Form der digitalen Selbsthilfe kann für Schülerinnen eine erste Möglichkeit darstellen, sich mit ihrem Problem auseinanderzusetzen, wenn sie noch nicht bereit oder in der Lage sind, offen über ihre Schwierigkeiten zu sprechen. Andererseits können diese sozialen Plattformen auch als Einstieg in einen Reflexions- oder Veränderungsprozess genutzt werden (Eikey & Booth, 2017; Schuch, 2021).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig es ist, im Rahmen schulischer Präventionsarbeit sowohl die Risiken als auch die Chancen digitaler Medien aktiv zu thematisieren. Lehrpersonen sollten dazu ermutigt werden, Schönheitsideale kritisch mit ihren Schülerinnen zu hinterfragen, die Mechanismen sozialer Medien aufzuarbeiten und einen reflektierten, kompetenten Umgang mit digitalen Inhalten zu fördern. Aufklärung über Bildbearbeitung, Filtereffekte oder algorithmisch gesteuerte Sichtbarkeit kann dabei ebenso hilfreich sein wie die Erarbeitung alternativer Körperbilder, die Vielfalt und Akzeptanz in den Vordergrund stellen (Schuch, 2021; Verbeek & Petermann, 2015).

2.6.3 Förderung emotionaler Stärke

Der Umgang mit eigenen Gefühlen stellt für viele Betroffene einer Essstörung eine große Herausforderung dar (Schuch, 2021). Häufig werden Emotionen wie Trauer, Schmerz oder Ärger nicht zugelassen, verdrängt oder gar nicht erst bewusst wahrgenommen. Statt sich mit diesen Gefühlen auseinanderzusetzen, wird deren Ausdruck oft unterdrückt, da das Zeigen von Emotionen häufig als unangebracht empfunden wird. In manchen Fällen fällt es den Betroffenen zudem schwer, ihre Gefühle in Worte zu fassen oder in eine angemessene Handlung umzusetzen. Auch Jugendliche werden im Laufe ihres Lebens immer wieder mit belastenden emotionalen Situationen konfrontiert, etwa mit dem Verlust nahestehender Personen, Trennungen oder Veränderungen wie einem Schul- oder Berufswechsel. Manche Jugendliche greifen in solchen Situationen auf gesundheitsschädliche Bewältigungsstrategien wie Selbstbestrafung, selbstverletzendes Verhalten, Nahrungsverweigerung oder Erbrechen zurück. Diese Handlungen erscheinen oft als

einzigster Ausweg, um intensive und unangenehme Emotionen zu kontrollieren oder sich von diesen abzulenken (Treasure et al., 2020).

Im schulischen Präventionskontext besteht daher ein zentrales Ziel darin, jungen Menschen gesunde Alternativen für den Umgang mit belastenden Emotionen zu vermitteln. Spezifische Programme wie sogenannte Emotionstrainings können hierbei helfen, emotionale Kompetenzen zu entwickeln, persönliche Ressourcen zu stärken und langfristig resiliente Bewältigungsstrategien aufzubauen (Schuch, 2021).

2.6.4 Förderung eines positiven Körperbildes

Ein weiterer essenzieller Ansatz schulischer Präventionsarbeit im Kontext von Essstörungen ist die Förderung eines positiven Körperbildes und einer realistischen Körperwahrnehmung (siehe Kapitel 2.4). Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, dem äußeren Erscheinungsbild und dem Vergleich mit anderen Personen gehört zum natürlichen Entwicklungsprozess im Kindes- und Jugendalter. Häufig orientieren sich Heranwachsende an gesellschaftlichen Schönheitsidealen, prominenten Vorbildern oder Gleichaltrigen (siehe Kapitel 2.4). Diese Vorbilder passen jedoch oft nicht zu den natürlichen körperlichen Veränderungen, die während der Pubertät stattfinden. Wachstumsschübe, Gewichtszunahmen sowie Veränderungen im Verhältnis von Muskel- und Fettmasse sind natürliche, nicht beeinflussbare Entwicklungen, die von vielen Jugendlichen als verunsichernd und sogar bedrohlich erlebt werden. Abwertende oder kritische Kommentare aus dem sozialen Umfeld können in solchen Phasen bestehende Unsicherheiten verstärken und die Entwicklung einer ablehnenden Haltung gegenüber dem eigenen Körper fördern (Schuch, 2021; Vocks et al., 2018). Präventive Maßnahmen im schulischen Kontext sollten daher darauf abzielen, Schülerinnen darin zu bestärken, ihren Körper wertzuschätzen, achtsam mit ihm umzugehen und auch respektvoll im Umgang mit den Körpern anderer zu sein. Darüber hinaus kommt der Vermittlung von Strategien zur Entwicklung einer realistischen Einschätzung der eigenen Körperform und -größe sowie zur kritischen Reflexion verzerrter Körperwahrnehmungen eine zentrale Bedeutung zu. Neben der Förderung des individuellen Wohlbefindens können solche Ansätze ebenso einen konstruktiven und unterstützenden Austausch unter Schülerinnen über körperliche Veränderungen begünstigen (Bauer-Pauderer et al., 2005; Schuch, 2021).

2.6.5 Schulbasierte Präventionsprogramme

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten präventive Ansätze vorgestellt wurden, die von Lehrpersonen individuell in den Unterricht integriert werden können, soll nun der Blick auf strukturierte Präventionsprogramme gerichtet werden, die speziell für den schulischen Kontext entwickelt wurden. Viele dieser Programme greifen zentrale Themen wie die Lebenskompetenzförderung, die Stärkung des Selbstwertgefühls, die kritische Medienreflexion oder die Förderung eines positiven Körperbildes auf und verbinden sie zu einem ganzheitlichen Konzept. Durch ihre systematische und oft schulübergreifende Umsetzung bieten sie die Möglichkeit, präventive Maßnahmen nachhaltig im Schulalltag zu verankern und deren Wirksamkeit zu evaluieren.

Wie bereits im einleitenden Teil dieser Arbeit dargestellt, wurden in den vergangenen zehn Jahren eine Reihe von Präventionsprogrammen und Unterrichtsmaterialien speziell für den schulischen Einsatz entwickelt und teilweise auch wissenschaftlich evaluiert. Zu den bekanntesten zählen die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekte *PriMa*, *TOPP* und *Torera*, die sich an Schülerinnen und Schüler ab der sechsten Jahrgangsstufe richten und auf die Vorbeugung von Magersucht, Bulimie, Essattacken sowie Adipositas abzielen (Berger, 2008). Die Umsetzung erfolgt dabei in mehreren Phasen. Mädchen (*PriMa*) und Jungen (*TOPP*) nehmen getrennt an insgesamt neun Unterrichtseinheiten von jeweils 90 Minuten teil. Im siebten Schuljahr folgt mit *Torera* ein gemeinsamer Programmschritt, an dem Mädchen und Jungen teilnehmen (Berger, 2008; Verbeek & Petermann, 2015).

YoungEs[s] stellt ein weiteres Präventionsprogramm dar, das sich an Schülerinnen und Schüler im Alter von 13 bis 16 Jahren richtet. Es handelt sich um ein internetbasiertes Angebot mit fünf aufeinander aufbauenden Modulen, deren Intensität schrittweise zunimmt und die Bereiche Gesundheitsförderung, präventive Intervention, Früherkennung, Frühintervention sowie bei Bedarf die Vermittlung in das reguläre Versorgungssystem abdeckt (Verbeek & Petermann, 2015).

Ebenso erwähnenswert ist das Präventionsprogramm *POPS* (Potsdamer Prävention an Schulen), das als universeller Ansatz für Schülerinnen und Schüler der 7. und 9. Schulstufe entwickelt wurde. Es umfasst insgesamt neun Unterrichtseinheiten, die von dafür geschulten Lehrpersonen eigenständig durchgeführt werden können. Das Konzept ist koedukativ angelegt und behandelt zentrale Themen, die im Zusammenhang mit der Entstehung von Essstörungen stehen. Dazu zählen insbesondere die Auseinandersetzung mit der eigenen

Körperzufriedenheit, die Stärkung des Selbstwertgefühls sowie ein kritischer Umgang mit Medieninhalten und sozialem Druck. Methodisch setzt das Programm auf abwechslungsreiche Elemente wie das Erlernen von Problemlösestrategien, den Einsatz von Rollenspielen oder Techniken der kognitiven Umstrukturierung (Warschburger, 2016).

Zusätzlich zu den bereits angeführten Programmen gibt es eine Vielzahl weiterer Präventionskonzepte, die überwiegend in Deutschland oder in englischsprachigen Ländern entwickelt wurden. Obwohl ihre Inhalte häufig vielsprechend wirken, fehlen bisher dennoch weitgehend Erkenntnisse darüber, inwieweit sie sich für den österreichischen Schulkontext eignen (Pickhardt et al., 2019).

Unabhängig von der Umsetzung spezifischer Programme steht Schulen eine breite Auswahl an praxisnahen Materialien und Informationsfoldern zur Verfügung, die sich in den Unterricht integrieren lassen. So bietet beispielsweise die *Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen (GIVE)* umfassende Hintergrundinformationen zu Ursachen, Erscheinungsformen und Präventionsstrategien von Essstörungen (Schuch, 2021). Jene Inhalte werden in verschiedenen Infofoldern anschaulich aufbereitet und durch Arbeitsblätter, Unterrichtsanregungen, weiterführende Links sowie Kontaktdaten zu Anlaufstellen ergänzt. Auf diese Weise erhalten Lehrkräfte konkrete und leicht einsetzbare Werkzeuge, um das Thema zielgruppenorientiert und nachhaltig im Unterricht zu bearbeiten. Ebenso richten sich die Werke von Dietze-Cruse et al. (2007) und Waldhelm-Auer (2004) gezielt an Lehrpersonen und stellen damit eine Ergänzung zu den bereits genannten Materialien dar. Sie bieten nicht nur fundierte Informationen darüber, wie persönliche Schutzfaktoren bei Schülerinnen erhalten und gestärkt werden können, sondern enthalten auch praxisorientierte Modelle und Leitlinien für die Gestaltung des Unterrichts. Diese unterstützen Lehrkräfte dabei, die zuvor beschriebenen präventiven Ansätze (siehe Kapitel 2.6) gezielt im Schulalltag umzusetzen und altersgerecht zu vermitteln. So stellen die Autorinnen eine Vielzahl an Spielen und Übungen bereit, die darauf abzielen, persönliche Erfahrungen vertraulich zu behandeln und den Teilnehmenden zu vermitteln, dass ihre Beiträge respektvoll und sensibel aufgenommen werden. Jene erläuterten Übungen sind geschlechtsspezifisch konzipiert und zielen auf verschiedene Bereiche ab, darunter die Förderung der Körperwahrnehmung, die Sensibilisierung für eigene Stärken und Empfindlichkeiten, das Erkennen und Formulieren von Wünschen, das Loslassen von perfektionistischen Ansprüchen, der Ausdruck von Kraft und Wut, die Entwicklung von Durchsetzungsvermögen sowie die Fähigkeit zur Entspannung. Darüber hinaus werden in beiden Werken konkrete Gesprächsleitfäden für den Umgang mit Schülerinnen im Falle

einer bestehenden oder vermuteten Essstörung bereitgestellt, die Lehrkräften helfen, sensibel, handlungssicher und unterstützend zu reagieren (Dietze-Cruse et al., 2007; Waldhelm-Auer, 2004).

Bauer-Pauderer et al. (2005) richten ihre Aufmerksamkeit in ihrer Schriftreihe insbesondere auf Pädagoginnen im Unterrichtsfach Bewegung und Sport. Sie stellen darin praxisorientierte Beispiele vor, die gezielt im Sportunterricht eingesetzt werden können, um die Schutzfaktoren von Mädchen zu stärken und diese bei der Bewältigung vielfältiger Entwicklungsaufgaben zu unterstützen. Ergänzend finden sich Hinweise zum geeigneten Vorgehen im Anlassfall sowie zu Anlaufstellen, an die sich sowohl Sportpädagoginnen als auch betroffene Schülerinnen wenden können (Bauer-Pauderer et al., 2005).

Das Material enthält unter anderem Fragebögen, die dazu beitragen, Schülerinnen für ihre Körperwahrnehmung und ihr Selbstwertgefühl zu sensibilisieren. Darüber hinaus werden Spiele und Übungen zur Primärprävention vorgestellt, die die Persönlichkeitsentwicklung fördern sollen. Dazu zählen beispielsweise Einheiten aus dem Bereich Kreatives Tanzen, Übungen zur Entwicklung einer positiven KörperEinstellung (unabhängig von Körperform oder -gewicht) sowie Aktivitäten, die die Wahrnehmung des eigenen Körpers und persönlicher Grenzen schulen. Die methodisch aufgebauten Übungseinheiten sind so dargestellt, dass sie von einfachen zu intensiveren Kontakten überleiten und dadurch eine behutsame Annäherung ermöglichen. Viele dieser Aktivitäten fördern zudem einen respektvollen und achtsamen Umgang mit anderen Personen und deren Körper (Bauer-Pauderer et al., 2005). Ähnlich wie bei Dietze-Cruse et al. (2007) und Waldhelm-Auer (2004) bieten diese Spiele Anknüpfungspunkte für Gespräche unter Schülerinnen über körperliche Veränderungen in der Pubertät. Die Einheiten sind flexibel einsetzbar und können sowohl zu Beginn als auch am Ende einer Unterrichtsstunde im Fach Bewegung und Sport genutzt werden. Ein weiterer Bestandteil ist ein Themenblock mit Vertrauens- und Wahrnehmungsspielen, die in einer abgestuften Reihenfolge vom weniger zum stärker tabuisierten Thema angeordnet sind und individuell an die jeweilige Gruppe angepasst werden können. Für die Umsetzung ist es jedoch wesentlich, drei Grundprinzipien zu berücksichtigen. Dazu zählen das *Prinzip der Freiwilligkeit*, das eine selbstbestimmte Teilnahme ermöglicht, sowie das *Prinzip der positiven Weiblichkeit*, bei dem die Sportpädagogin durch wertschätzende Bemerkungen den weiblichen Körper in seiner Vielfalt anerkennt, auf Veränderungen gesellschaftlicher Schönheitsideale hinweist, die Vorzüge unterschiedlicher Körperformen betont und verdeutlicht, dass an jedem Mädchen und an jedem Körper etwas Positives zu erkennen ist (Bauer-Pauderer et al., 2005, S. 22).

Zuletzt sollte auch das dritte Prinzip, die *Reflexion*, Einzug in den Unterricht finden, da diese den Schülerinnen die Gelegenheit bietet, ihre persönlichen Erfahrungen zu teilen (Bauer-Pauderer et al., 2005).

2.6.6 Resümee zur Bedeutung von präventiven Handlungsansätzen bei Essstörungen im schulischen Kontext

Die in diesem Kapitel dargestellten präventiven Handlungsansätze zeigen deutlich, dass schulische Präventionsarbeit im Bereich Essstörungen untrennbar mit dem übergeordneten Auftrag der Gesundheitsförderung verbunden ist. Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt zur schulischen Gesundheitsförderung ausgeführt wurde, ist die Institution Schule ein zentraler Lebens- und Entwicklungsraum für Kinder und Jugendliche. Sie bietet nicht nur einen Ort der Wissensvermittlung, sondern prägt maßgeblich Haltungen, Einstellungen und Kompetenzen, die für das spätere Leben bedeutsam sind. Vor diesem Hintergrund nimmt die Schulinstitution eine Schlüsselfunktion beim Aufbau von Schutzfaktoren und der Reduktion essstörungsbezogener Gesundheitsrisiken ein (Waldhelm-Auer, 2004).

Im Rahmen der Prävention von Essstörungen wurde aufgezeigt, dass die gezielte Förderung von Lebenskompetenzen, personalen Ressourcen und sozialer Unterstützung von großer Bedeutung ist. Kompetenzen wie Selbstwahrnehmung, Emotionsregulation, Reflexionsfähigkeit oder der kritische Umgang mit gesellschaftlichen Normen befähigen Schülerinnen dazu, sich konstruktiv mit den Herausforderungen ihrer Entwicklungsphase auseinanderzusetzen. Diese Fähigkeiten stärken nicht nur die psychische Stabilität, sondern tragen ebenso zur Entwicklung eines realistischen Selbst- und Körperbildes bei. Gleichzeitig helfen sie, Risikofaktoren wie übersteigerte Anpassung an Schönheitsideale oder problematische Bewältigungsstrategien wie beispielsweise Nahrungsverweigerung bzw. selbstverletzendes Verhalten abzufedern (Bauer-Pauderer et al., 2005; Dietze-Cruse et al., 2007; Treasure et al., 2020).

Ein weiterer zentraler Aspekt, der hervorgehoben wurde, betrifft die kritische Auseinandersetzung mit den Einflüssen digitaler Medien. Soziale Netzwerke und andere mediale Plattformen prägen in besonderem Maße die Vorstellungen von Attraktivität und Körperidealität und können damit sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren darstellen. Pädagogen und Pädagoginnen übernehmen in diesem Kontext die Aufgabe, Jugendlichen einen reflektierten und kompetenten Umgang mit diesen Medien zu ermöglichen und ihnen alternative, vielfältige Körperbilder näherzubringen (Eikey & Booth, 2017; Schuch, 2021; Verbeek & Petermann, 2015).

Darüber hinaus wurde deutlich, dass Präventionsarbeit nicht ausschließlich auf der individuellen Ebene ansetzen darf, sondern auch strukturelle Rahmenbedingungen im Schulsystem berücksichtigt werden müssen. Die vorgestellten Programme und Materialien zeigen, dass Prävention umso wirksamer ist, wenn sie systematisch, kontinuierlich und fächerübergreifend in den schulischen Alltag integriert wird (Berger, 2008; Warschburger, 2016). Besonders der Sportunterricht nimmt dabei eine zentrale Rolle ein, da er vielfältige Möglichkeiten eröffnet, Körpererfahrungen bewusst zu reflektieren, Selbstwirksamkeit zu erfahren und die Wahrnehmung eigener Grenzen und Bedürfnissen zu schulen. Hierfür stehen sowohl strukturierte Programme als auch praxisorientierte Materialien zur Verfügung, die flexibel an unterschiedliche schulische Rahmenbedingungen angepasst werden können (Bauer-Pauderer et al., 2005; Berger, 2008; Dietze-Cruse et al., 2007; Waldhelm-Auer, 2004; Warschburger, 2016). Diese Ressourcen ermöglichen es vor allem Sportpädagoginnen, die theoretisch beschriebenen Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention konkret in ihre Unterrichtspraxis zu integrieren und dadurch präventive Maßnahmen nachhaltig im Bewegungs- und Sportunterricht zu verankern. Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass schulische Prävention von Essstörungen dann besonders erfolgsversprechend ist, wenn sie mehrdimensional ausgerichtet ist. Sie sollte einerseits die Förderung von Lebenskompetenzen, die kritische Reflexion gesellschaftlicher Einflussfaktoren, die Stärkung emotionaler Ressourcen und andererseits jedoch auch die Entwicklung eines positiven Körperbildes gleichermaßen berücksichtigen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Prävention ein kontinuierlicher Prozess ist, der die enge Zusammenarbeit zwischen verschiedenen pädagogischen Akteuren erfordert und idealerweise in das gesamte Schulleben eingebettet wird. Besonders Sportpädagoginnen nehmen hierbei eine besondere Rolle ein, da der Sportunterricht in einzigartiger Weise mit Körperwahrnehmung, Bewegung, Selbstwirksamkeit und sozialem Lernen verknüpft ist. Sie verfügen über vielfältige Möglichkeiten, präventive Inhalte nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch erfahrbar zu machen und Schülerinnen so direkt in ihren Körper- und Bewegungserfahrungen zu stärken (Bauer-Pauderer et al., 2005; Waldhelm-Auer, 2004).

3 Forschungsstand: Problemfeld Essstörungen

Laut aktuellen Angaben der WHO-Studie Health Behaviour in School-aged-children (HBSC) empfinden sich etwa 40 % der Mädchen heutzutage als zu dick. Der Prozentsatz an „sich zu dick empfindenden“ Burschen hingegen beläuft sich etwa auf 30 % (Felder-Puig et al., 2023, S. 18). Ebenso verdeutlichen die Prävalenzzahlen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), dass Mädchen im Alter von 11 - 17 Jahren, die sich eigentlich im Normalgewicht befinden, ihr eigenes Körpergewicht häufig überschätzen und somit ihren Körper verzerrt wahrnehmen (Röhrig et al., 2012). Aufgrund dieser gestörten Körperwahrnehmung und dem dahinterstehenden Wunsch, einem gesellschaftlich propagierten Schönheitsideal zu entsprechen, streben viele Mädchen Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes an (Korte, 2021). Besonders häufig werden Gewichtsreduktionsmaßnahmen ergriffen, wie beispielsweise exzessives Sporttreiben, Diätversuche oder aber auch Mahlzeitenverzicht. Nicht selten werden auch diverse Laxantien und entwässernde Medikamente (Diuretika) eingenommen, um der Gewichtsunzufriedenheit entgegenzuwirken und ein „ideales“ Körperbild zu erlangen. Wird der eigene Körper zunehmend zum Gegner bzw. zum Feind, so sind laut Baeck (2007, S. 22) „Essstörungen nicht mehr weit“. Oft entwickelt sich das gestörte Essverhalten sukzessiv zu einer pathologischen Essstörung, der wiederum unterschiedliche Krankheitsbilder zugeordnet werden können (Hölling & Schlack, 2007). Zu den bekanntesten Essstörungen zählen unter anderem die Magersucht (Anorexia nervosa, AN), die Ess-/Brechsucht (Bulimia nervosa, BN) sowie die Binge-Eating-Störung (BES bzw. BED). Nach Daten des Kinder und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) weisen etwa 21,9 % aller 11- bis 17-jährigen Deutschen ein abnormales bzw. auffälliges Essverhalten auf. Dabei ist an dieser Stelle anzumerken, dass Mädchen deutlich häufiger als Burschen von Essstörungen betroffen sind (Hölling & Schlack, 2007; Mohnke & Warschburger, 2011). Laut den aktuellen Evaluationsergebnissen der HBSC-Studie liegt die Prävalenz von untergewichtigen Burschen bei etwa 10 %. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit der männlichen Jugendlichen mit dem eigenen Körpergewicht zufrieden ist und daher etwa zehn Mal seltener an Magersucht oder Bulimie leiden als Mädchen (Berger et al., 2010; Felder-Puig et al., 2023).

Aufgrund diverser Krankheitsbilder unterscheiden sich die betroffenen Mädchen meist hinsichtlich ihres körperlichen Erscheinungsbildes. Das Körpergewicht ist nicht immer das einzige Indiz dafür, dass eine Essstörung vorliegt. Personen mit Normalgewicht oder

Übergewicht können ebenso Essstörungen unterschiedlichster Ausprägungen aufweisen. Sie gehen oftmals fließend ineinander über oder wechseln sich sogar ab. Eine Mischform unterschiedlicher Essstörungsausprägungen ist daher keine Seltenheit (BzgA, 2021; Hölling & Schlack, 2007). Allen unterschiedlichen Formen ist jedoch eines gemeinsam: Sie alle sind psychosomatische Erkrankungen, die eine hohe Komorbidität aufweisen. Neben Depressionen, Zwangs- und Suchterkrankungen können Personen mit einer Essstörung ebenso Persönlichkeitsstörungen oder aber auch Angststörungen entwickeln (Berger et al., 2008; Mühleck et al., 2019). Das Leben der Betroffenen wird meist von Essen bzw. Kalorienrestriktion bestimmt. Die Essstörung wirkt sich somit nicht nur negativ auf Tagesabläufe und soziale Beziehungen aus, sondern beeinflusst im Wesentlichen auch berufliche/private Entscheidungen und Gefühle (BzgA, 2011). Holtkamp und Herpertz-Dahlmann (2005, S. 52) sind überzeugt davon, dass es sich bei der Genese von Anorexia und Bulimie „[...] um ein Zusammenwirken biologischer, persönlichkeitsbedingter, soziokultureller und familiärer Faktoren“ handelt, die wiederum von Hölling und Schlack (2007) als interne und externe Risikofaktoren bezeichnet werden.

„Die Propagierung von Schlankheit als gesellschaftlichem Schönheitsideal und die Gleichsetzung von Leistung, Erfolg, Anerkennung und Attraktivität gehört ebenso zu potenziellen Auslösern für Essstörungen wie mangelnde innerfamiliäre Abgrenzung, überfürsorglicher Erziehungsstil, familiäre emotionale Disharmonie oder psychophysisch bzw. psychosozial wirksame Faktoren wie Übergewicht oder die beginnende Pubertät mit ihren komplexen Rollenanforderungen.“ (Hölling & Schlack, 2007, S. 794)

Ebenso stellt auch der Drang zum Perfektionismus einen Risikofaktor dar, der im weiteren Verlauf zu Identitätsproblemen, geringem Selbstbewusstsein oder zu Unsicherheiten führen kann, die letzten Endes die Genese einer Essstörung positiv beeinflussen (Hölling & Schlack, 2007). Aufgrund der daraus resultierenden physischen sowie psychischen Folgekrankheiten bedarf es an Maßnahmen, die die Mädchen auf dem Weg aus der Essstörung unterstützen bzw. dafür sorgen, dass es erst gar nicht zur Entstehung oder Festigung einer Essstörung kommt.

Da Kinder und vor allem auch Jugendliche sehr viel Zeit in der Schule verbringen, stellt diese Institution nicht nur einen Ort des Lernens, sondern ebenso einen Ort der Sozialisation, welche die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung der SchülerInnen stark beeinflusst, dar (Jerusalem et al., 2003). Die Schule übt einen enormen Einfluss auf junge

SchülerInnen und deren Verhaltensgewohnheiten bzw. Lebensstile aus. Lehrpersonen nehmen in diesem Kontext eine wichtige Rolle bei der Förderung gesundheitsbezogener Kompetenzen ein und können dadurch zur Entwicklung eines gesundheitsbewussten Verhaltens beitragen. Die Lehrperson stellt somit in der Schulinstitution eine wichtige Instanz dar, der aufgrund der vielseitigen Interaktion mit SchülerInnen eine bedeutsame Einflussfunktion hinsichtlich der Verhinderung von Essstörungen beigemessen werden kann. „Dabei kommt der Lehrperson [...] zum einen bei der frühzeitigen Erkennung von auffälligen Verhaltensänderungen einer behandlungsbedürftigen Essstörung und zum anderen bei der schnellen Vermittlung von Betreuungsangeboten mit fachkundiger Hilfe eine oft unterschätzte Bedeutsamkeit zu“ (Booch, 2017, S. 25). PädagogInnen werden daher aufgefordert, „ihren eigenen Wissensstand zum Thema Essstörung zu erweitern“ (Booch, 2017, S. 25), sodass sie im Falle einer essgestörten Verhaltensauffälligkeit einer Schülerin passend agieren und reagieren können. An dieser Stelle wird dem Bewegungs- und Sportunterricht sowie den Sportpädagoginnen im Hinblick auf die Prävention und Intervention bei Essstörungen eine besonders wichtige Rolle zugeschrieben. Sportlehrkräfte üben nicht nur einen enormen Einfluss auf die körperliche Gesundheit ihrer Schülerinnen und Schüler aus, sondern können auch eine Schlüsselrolle bei der Förderung eines positiven Körperbildes und gesunder Essgewohnheiten spielen. Aufgrund der Körpernähe, der in diesem Fach thematisierten Körperwahrnehmung sowie der physischen Leistungsfähigkeit wird sowohl dem Sportunterricht als auch den Lehrkräften dieses Unterrichtsfaches hinsichtlich der rechtzeitigen Erkennung von Essstörungen eine besondere Verantwortung zugeschrieben (Bauer-Pauderer et al., 2005).

Aufgrund der zuvor diskutierten Problematik bezüglich der zunehmenden Prävalenz von Essstörungen bei jungen Schülerinnen und der zentralen Schlüsselfunktion von Sportpädagoginnen in der Begleitung betroffener Mädchen sind spezifische pädagogische Handlungsmaßnahmen innerhalb schulischer Institutionen unabdingbar. Dietze-Cruse, Fleischer und Vogel (2007) betonen die Notwendigkeit eines frühzeitigen Eingreifens. Die Maßnahmen umfassen nicht nur vorbeugende Ansätze, sondern auch gezielte Unterstützungsangebote, die dazu beitragen können, den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen. Statistiken zeigen, dass etwa 50 % der frühzeitig adäquat unterstützen Schülerinnen eine vollständige Heilung erreichen können. Die Rolle der Sportpädagoginnen erstreckt sich daher von präventiven Maßnahmen bis hin zu aktiven Interventionsstrategien, die den Schülerinnen helfen, mit ihren Herausforderungen effektiv umzugehen. Da zurzeit

keine Übersichtsarbeiten zu deutschsprachigen Präventionsprogrammen vorliegen, haben Pickhardt et al. (2019) es sich zur Aufgabe gemacht, bereits entwickelte Präventionsprogramme für Essstörungen systematisch zusammenzufassen, um unter anderem Lehrpersonen einen Überblick über wirksame Programme zu verschaffen. Dabei unterscheiden sie zwischen primären und sekundären Maßnahmen. Während Primärpräventionsprogramme die Vorbeugung von Risikofaktoren (für die Entstehung einer Essstörung) und somit die Senkung der Neuerkrankungsraten zum Ziel haben, sollen sekundäre Präventionsansätze bereits vorliegende Symptome (jedoch „ohne dass ein Vollbild einer klinischen Störung vorliegt“) reduzieren (Pickhardt et al., 2019, S. 11). In dieser systematischen Übersichtsarbeit von Pickhardt et al. (2019) wurden insgesamt 18 Studien, die wiederum elf unterschiedliche deutschsprachige Programme zu primären und sekundären Essstörungspräventionen evaluierten, berücksichtigt. In den angeführten Studien erfolgte die Erhebung von acht unterschiedlichen Zielvariablen: Inzidenz von Essstörungen, auffälliges Essverhalten, Figurenzufriedenheit, Gewichts- und Figursorgen sowie Depressivität, Schlankheitsstreben, Selbstwert und Wissen (Pickhardt et al., 2019). Die am häufigsten untersuchte Zielvariable stellt jene des auffälligen Essverhaltens dar. Besonders in sekundärpräventiven Programmen und Risikogruppen wird die Reduktion eines auffälligen/abnormalen Essverhaltens angestrebt, sowie gegen Figur-Unzufriedenheit vorgegangen. Obwohl diese Überblicksarbeit von Pickhardt et al. (2019) zeigt, dass sekundärpräventive Programme eine höhere Wirksamkeit aufweisen, ist anzumerken, dass bei diesen Programmen das Risiko einer verspäteten Intervention besteht und möglicherweise nicht alle betroffenen Personen erfolgreich identifiziert werden. Primärpräventive Programme stellen hingegen „trotz geringer statistischer Wirksamkeit kosteneffektive und langfristig bedeutungsvolle Maßnahmen dar“ (Pickhardt et al., 2019, S. 16).

Anhand der übersichtlichen Darstellung von Pickhardt et al. (2019) kann behauptet werden, dass alle Präventionsprogramme – vollkommen gleichgültig ob primär- oder sekundärpräventiv – zumindest eine Zielvariable wirksam verändern. Als besonders effizient erwiesen sich diese hinsichtlich der Zielvariable *Gewichts- und Figursorgen, Schlankheitsstreben und Selbstwert*. Ebenso konnte belegt werden, dass mithilfe der Präventionsprogramme das spezifische Wissen rund um das Thema Essstörung erweitert wurde (Pickhardt et al., 2019).

Anhand dieser prägnanten übersichtlichen Darstellung wird deutlich, dass bereits viele deutschsprachige Programme zur Prävention von Essstörungen existieren. Des Weiteren

werden auch diverse Präventionsangebote, Programmhefte, Materialsammlungen sowie Informationsmaterialien online zur Verfügung gestellt. Zudem verweist Glaser (2022) in ihrer Arbeit auf mehrere Institutionen, die unterschiedliche Angebote und Informationsmaterialien zum Thema Essstörungen bereitstellen. Das *Institut für Suchtprävention* in Oberösterreich fungiert als Kompetenzzentrum für die Prävention von Sucht- und problematischem Konsumverhalten. Es richtet sich mit seinen Programmen an Eltern, Kindergärten, Schulen sowie Einrichtungen der Jugendarbeit. Darüber hinaus stellt das Institut das Unterrichtsprogramm *X-Act Essstörungen* für den schulischen Gebrauch online zur Verfügung (Institut für Suchtprävention – pro mente OÖ, 2022). Dieses Programm greift Themen wie Schönheitsideale und Körperwahrnehmung auf und bietet Lehrkräften praxisorientierte Materialien zur Prävention.

Ebenfalls genannt wird *VIVID - die Fachstelle für Suchtprävention* (2025), die im Auftrag des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark und des Gesundheitsfonds Steiermark tätig ist. Ziel dieser Einrichtung ist die Förderung von Lebenskompetenzen und die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen. VIVID stellt unter anderem das Unterrichtsmaterial *Zu dick, zu dünn – oder doch gerade richtig?* bereit, das Lehrpersonen bei der Prävention von Essstörungen im schulischen Kontext unterstützt (VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, 2025). Darüber hinaus hebt Glaser (2022) die Servicestelle *GIVE* hervor. Das Hauptziel dieser Servicestelle besteht in der Förderung schulischer Gesundheit sowie in der Integration gesundheitsfördernder Themen in Schulentwicklung und Unterricht. *GIVE* bietet zudem Informationsbroschüren und Materialien zur Prävention von Essstörungen an, die speziell auf die Bedürfnisse von Lehrpersonen zugeschnitten sind (GIVE - Servicestelle, 2026).

Aufgrund der Vielfalt an Präventionsmaterialien wird ersichtlich, dass das Bewusstsein für Essstörungen und die Notwendigkeit der Prävention in den letzten Jahren gestiegen ist. Angesichts der wachsenden Prävalenz von Essstörungen in unserer Gesellschaft sind adäquate Handlungsmethoden seitens der Lehrkräfte entscheidend, um das Wohlbefinden von SchülerInnen zu schützen und lebenslange gesunde Verhaltensweisen zu fördern. Dies wirft die Frage auf, inwieweit Sportpädagoginnen über Präventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit Essstörungen informiert sind und in welchem Maße sie über das erforderliche Wissen für effektive Prävention verfügen.

Bisher gibt es nur wenige Arbeiten, die explizit Sportpädagoginnen im schulischen Kontext in Bezug auf Essstörungen untersuchen. In der deutschsprachigen Literatur finden sich vor allem Studien, die Lehrkräfte allgemein beraten, etwa durch Empfehlungen von

Schulpsychologinnen zum Umgang mit Auffälligkeiten wie Essstörungen oder depressiven Erkrankungen. Zudem existieren Leitfäden und Erhebungen, die Einflussfaktoren und Präventionsangebote systematisieren und Lehrpersonen bei der Früherkennung sowie bei der Prävention unterstützen (Glaser, 2022).

Der Abschlussbericht *Adressatengerechte Angebote bei Essstörungen* des Universitätsklinikums Jena in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit hatte zum Ziel, die Bedarfe von Betroffenen und nahestehenden Personen in Bezug auf Informationen zu Essstörungen, Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten sowie Hinweise zum Umgang mit direkt oder indirekt betroffenen Personen zu ermitteln (Berger & Mühleck, 2018). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Informationsmaterialien nur in sehr geringem Umfang an pädagogisches Fachpersonal, wie Lehrkräfte, weitergegeben wurden. Da Schulen einen zentralen Bestandteil im Leben junger Menschen darstellen, sollten insbesondere in schulischen Institutionen mehr Informationsmaterialien für Schülerinnen und Schüler zur Verfügung stehen. Als besonders geeignet erscheinen Informationen, die über Lehrkräfte vermittelt werden, etwa durch Beratungsstellen, Vorträge von Betroffenen oder Fachpersonal sowie durch Broschüren, Flyer oder Bücher. Eine verstärkte Implementierung von Präventionsprogrammen an Schulen wurde als potenzielles Ziel abgeleitet, wobei Präventionsangebote insgesamt etwa doppelt so häufig als hilfreich erachtet wurden, als sie tatsächlich genutzt wurden (Berger & Mühleck, 2018).

Zahlreiche Arbeiten, darunter Glaser (2022), betonen, dass Lehrkräfte durch ihren Unterricht zur Stärkung des Körperbewusstseins, des Selbstwerts und eines positiven Körperbildes bei Schülerinnen beitragen können. Diese präventiven Ansätze gelten als zentrale Elemente der schulischen Präventionsarbeit und bieten theoretisch großes Potenzial, um Essstörungen frühzeitig entgegenzuwirken. Die tatsächliche Umsetzung variiert jedoch sehr stark. Viele Lehrkräfte thematisieren Aspekte wie Schönheitsideale oder die Prävention von Essstörungen nur, wenn explizit danach gefragt wird oder ein konkreter Anlass besteht. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass zwar ein erhebliches Präventionspotenzial im Sportunterricht vorhanden ist, die aktive Umsetzung im Schulalltag jedoch stark von der Initiative der Lehrkräfte abhängt (Berger & Mühleck, 2018; Glaser, 2022).

Zusammenfassend zeigen die bisher angeführten Arbeiten, dass Präventionsprogramme, Informationsmaterialien und theoretische Ansätze im schulischen Kontext existieren, der Umgang damit im schulischen Alltag jedoch unterschiedlich ausgeprägt ist. Insbesondere variieren Wissen, Handlungsspielräume und die aktive Thematisierung durch Lehrpersonen. Eine qualitative Auseinandersetzung, die die persönlichen Erfahrungen, pädagogischen

Handlungsweisen sowie die wahrgenommenen Möglichkeiten und Grenzen von Sportpädagoginnen systematisch erfasst, liegt bislang nur in begrenztem Umfang vor.

3.1 Leitende Forschungsfragen

Aus diesem Hintergrund ergeben sich folgende Forschungsfragen, die im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit anhand qualitativer Interviews mit Sportpädagoginnen bearbeitet werden:

1. Wie gestalten Sportpädagoginnen den Sportunterricht für Schülerinnen mit Essstörungen und welche pädagogischen Prinzipien verfolgen sie dabei?
2. Welchen Herausforderungen begegnen Sportpädagoginnen im schulischen Umgang mit Schülerinnen, die von Essstörungen betroffen sind?
3. Wie wird Handlungssicherheit im Umgang mit Essstörungen von Sportpädagoginnen wahrgenommen und auf welche Wissens- und Unterstützungsquellen greifen sie zurück?

4 Methodik: Empirische Forschung

Der empirische Teil dieser Arbeit verfolgt das Ziel, tiefergehende Einblicke in die subjektiven Erfahrungen, Wahrnehmungen und Handlungsstrategien von Sportpädagoginnen im Umgang mit Schülerinnen zu gewinnen, die von Essstörungen betroffen sind oder Anzeichen eines gestörten Essverhaltens zeigen. Aufbauend auf der zu Beginn dargestellten Forschungslücke liegt der Fokus dieser Untersuchung insbesondere darauf, die reflektierte Haltung der Lehrpersonen gegenüber ihrer eigenen Rolle in der Prävention und Intervention sichtbar zu machen.

Während frühere Arbeiten vor allem allgemeine Präventionsprogramme oder theoretische Ansätze zur Förderung eines positiven Körperbildes im schulischen Kontext beleuchten, richtet diese empirische Untersuchung den Blick gezielt auf die persönliche Perspektive und Handlungspraxis von Sportpädagoginnen. Dabei soll erfasst werden, wie sie ihre pädagogische Verantwortung einschätzen, wo sie eigene Grenzen wahrnehmen und welche Herausforderungen sie im schulischen Alltag erleben. Im Mittelpunkt der durchgeführten Interviews steht zudem die Frage, inwiefern Präventionsmaßnahmen bereits im schulischen Sportunterricht verankert sind. Erhoben wird, ob Sportpädagoginnen primärpräventiv arbeiten und handeln – also vorbeugend und im Vorfeld einer Erkrankung – oder ob Präventionsansätze überwiegend sekundär zum Einsatz kommen, wenn bereits erste Symptome sichtbar werden.

Um diese Fragestellungen beantworten zu können, wurden leitfadengestützte Interviews mit Sportpädagoginnen durchgeführt. Der Interviewleitfaden ist so konzipiert, dass er zentrale Themenbereiche wie den Umgang mit betroffenen Schülerinnen, präventive Maßnahmen im Unterricht sowie die Wahrnehmung der eigenen Rolle im Unterricht systematisch erfasst. Gleichzeitig bieten die Interviewfragen den Befragten Raum zur Reflexion ihrer bisherigen Erfahrungen, Handlungsschritte und pädagogischen Strategien, wodurch sowohl individuelle Sichtweisen als auch mögliche Muster in den Antworten sichtbar werden. Ein weiteres Ziel besteht darin, herauszufinden, wie Sportpädagoginnen ihre eigene Rolle im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsförderung und Prävention wahrnehmen bzw. welche pädagogischen Maßnahmen sie konkret im Schulalltag ergreifen. Besonders relevant ist hierbei, ob sich die Interviewpersonen als ausreichend vorbereitet und kompetent einschätzen, um Schülerinnen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung und bei der Stärkung von Schutzfaktoren wie Selbstwert, Körperwahrnehmung sowie Emotionsregulation zu unterstützen, und ob dabei auf spezifische Konzepte, schulinterne Strukturen oder

persönliche Erfahrungen zurückgegriffen wird.

Das Ziel der Interviews besteht zusammengefasst darin, mögliche Lücken im Bereich der Primärprävention von Essstörungen im schulischen Kontext sichtbar zu machen und Hinweise darauf zu gewinnen, wie Präventionsarbeit im Fach Bewegung und Sport gestärkt und erweitert werden könnte. Darüber hinaus soll untersucht werden, inwieweit auch die Ausbildung sowie die Fort- und Weiterbildungen im Fach Bewegung und Sport Defizite in diesem Themenfeld aufweisen bzw. welche Bereiche einer stärkeren Berücksichtigung bedürfen. Damit knüpft die empirische Untersuchung direkt an die theoretisch erarbeiteten Grundlagen zur Gesundheitsförderung und schulischen Prävention an und prüft diese im Hinblick auf ihre praktische Umsetzung.

Für die vorliegende Untersuchung wurde das wissenschaftliche Interview als qualitative Erhebungsmethode gewählt. Dieses Verfahren zählt zu den am häufigsten eingesetzten Methoden in den empirischen Sozialwissenschaften, da es den Zugang zu subjektiven Erfahrungen und Wahrnehmungen der Befragten ermöglicht. Ein besonderer Vorteil besteht darin, dass nicht nur unmittelbar beobachtbares Verhalten, sondern auch innere Haltungen, Sichtweisen und schwer zugängliche Erlebnisse der interviewten Personen erfasst werden können. Des Weiteren ermöglicht diese Erhebungsmethode, vertiefte Hintergrundinformationen von den Befragten zu gewinnen. So können Rückfragen unmittelbar geklärt und zugleich Rückschlüsse auf die Gesprächsdynamik sowie die Kooperationsbereitschaft der Teilnehmenden gezogen werden. Ziel ist es, soziale Phänomene im Sinne eines verstehenden und interpretativen Ansatzes nachvollziehbar zu machen (Döring, 2023).

Das folgende Kapitel erläutert detailliert den zugrunde liegenden wissenschaftlichen Ansatz, die konkrete Umsetzung der empirischen Untersuchung sowie das in dieser Arbeit angewandte Verfahren der Datenauswertung.

4.1 Interviewmethode: Leitfadengestütztes Interview

In der empirischen Untersuchung wurde, unter Bezugnahme auf die von Döring (2023) beschriebenen Klassifikationskriterien, das halbstrukturierte Interview als Erhebungsmethode gewählt. Dieses Verfahren basiert auf einem vorab entwickelten Interviewleitfaden, der zentrale Themen und Fragestellungen vorgibt, zugleich jedoch ausreichend Raum für individuelle Aussagen lässt und somit dem Grundsatz „So offen wie möglich, so strukturiert wie nötig“ (Helfferich, 2022, S. 876) folgt. Das halbstrukturierte Interview ermöglicht es den Befragten, ihre Erfahrungen und Wahrnehmungen in eigenen

Worten und aus ihrer persönlichen Perspektive darzustellen. Der Gesprächsverlauf ist dabei nicht vollständig vorgegeben, sondern wird wesentlich durch die Äußerungen und Schwerpunkte der Interviewten mitgestaltet. Obwohl der Leitfaden eine grundsätzliche Struktur und Reihenfolge der Fragen vorgibt, erlaubt die Methode eine flexible Anpassung an den Gesprächsverlauf. Dadurch können relevante Themen vertieft und spontane Nachfragen integriert werden. Zudem ermöglicht die thematische Orientierung des Leitfadens eine systematische Vergleichbarkeit der Interviews, die wiederum die Grundlage der anschließenden qualitativen Auswertung darstellt (Döring, 2023; Helfferich, 2022). In der vorliegenden Arbeit umfasst die Stichprobe Sportpädagoginnen der Sekundarstufe I und II mit mehrjähriger Unterrichtspraxis, die im Verlauf ihrer beruflichen Tätigkeit Erfahrungen im Umgang mit Schülerinnen, die an einer Essstörung erkrankt sind, gesammelt haben. Der Interviewleitfaden für die vorliegende Arbeit wurde aus den Forschungsfragen abgeleitet. Nach einer umfassenden Literaturrecherche und der Ausarbeitung zentraler Themen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind, wurde ein klar formulierter Fragenkatalog entwickelt. Dieser Leitfaden bildet die Grundlage für die halbstrukturierten Interviews und deckt zentrale Themenbereiche ab. Die folgende Auflistung gibt einen Überblick über die Themenblöcke:

Interviewleitfaden

Themenabschnitt 1: Berufliche Rahmenbedingungen

Themenabschnitt 2: Erfahrungen

Themenabschnitt 3: Schulischer Umgang mit Essstörungen

Themenabschnitt 4: Prävention im Rahmen des Sportunterrichts

Themenabschnitt 5: Rolle und Kompetenzwahrnehmung der Lehrperson

Themenabschnitt 6: Fort- und Weiterbildungen

Themenabschnitt 7: Zukunftsvisionen – Eine Zukunft ohne Essstörungen

Außerdem ist anzumerken, dass die genannten Themenbereiche weitere spezifische Fragestellungen beinhalten, die eine gezielte Erfassung der Erfahrungen und Sichtweisen der Befragten ermöglichen. Der verwendete Interviewleitfaden ist im Anhang dieser Arbeit enthalten.

4.1.1 Durchführung der empirischen Erhebung

Das methodische Vorgehen dieser Untersuchung orientierte sich an den zehn Arbeitsschritten einer qualitativen Befragung nach Döring (2023). Diese umfassen die

inhaltliche und organisatorische Vorbereitung, den Gesprächsbeginn, die Durchführung und Aufzeichnung des Interviews sowie das Gesprächsende und die Verabschiedung. Darauf folgen das Anfertigen von Gesprächsnotizen, die Transkription der Daten, deren Analyse und schließlich die Archivierung des erhobenen Materials (Döring, 2023).

Nach einer umfassenden Auseinandersetzung mit relevanter Literatur und der Formulierung der Forschungsfragen wurde alsbald die Personengruppe für die Befragung festgelegt. Die potenziellen Interviewpartnerinnen wurden über verschiedene Kommunikationswege kontaktiert und in einem ersten Telefonat über den Ablauf der Untersuchung informiert. Anschließend erhielten sie per E-Mail eine Einverständniserklärung (siehe Anhang), die vor dem Interview zu unterschreiben und zu retournieren war. Die Befragten wurden darauf hingewiesen, dass keine inhaltliche Vorbereitung erforderlich sei, da der Fokus auf ihren persönlichen Erfahrungen und Erlebnissen liege. Die organisatorische Vorbereitung umfasste neben der Kontaktaufnahme sowie der Terminvereinbarung auch das Einholen der unterzeichneten Einverständniserklärungen. Zudem wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, dass die Interviews online über die Plattform Zoom stattfinden würden, weshalb vorab sichergestellt wurde, dass sie am vereinbarten Termin über einen entsprechenden Zugang und die erforderliche technische Ausstattung verfügten. Für die Aufzeichnung der Interviews wurde die Audioaufnahmefunktion von Zoom genutzt, zusätzlich erfolgte zur Absicherung eine parallele Aufnahme über das Smartphone. Zu Beginn des Online-Gesprächs wurden die Interviewteilnehmerinnen ausdrücklich darüber informiert, dass das Interview aufgezeichnet wird. Zudem wurde vorab darauf hingewiesen, dass sämtliche genannten Namen und Personen sowie Schulen anonymisiert werden, um den Datenschutz sicherzustellen. Während der online Befragung wurde darauf geachtet, den thematischen roten Faden beizubehalten und die Gesprächspartnerinnen bei möglichen Abschweifungen zum Thema zurückzuführen. Nach der Beantwortung aller Leitfragen wurde die Aufnahme beendet.

4.1.2 Untersuchungsteilnehmerinnen

Die Stichprobe dieser Untersuchung umfasst Sportpädagoginnen mit Unterrichtserfahrung aus der Sekundarstufe I und II. Die Voraussetzung für die Teilnahme war, dass die Befragten im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit bereits Erfahrungen im Umgang mit Schülerinnen gemacht haben, die von einer Essstörung betroffen waren oder Anzeichen eines gestörten Essverhaltens zeigten. Die Interviewteilnehmerinnen stammen aus Wien und Niederösterreich. Durchschnittliche betrug die Dauer der Interviews etwa 30 Minuten.

Tabelle 1: Übersicht der durchgeführten Interviews

Interviewperson	Datum	Dauer
L 1	15.07.2025	00:33:06
L 2	16.07.2025	00:27:01
L 3	26.07.2025	00:35:17
L 4	28.07.2025	01:00:00
L 5	31.07.2025	00:18:10
L 6	05.08.2025	00:16:15
L 7	02.09.2025	00:29:09
L 8	08.11.2025	00:32:19

Die Tabelle gibt eine Übersicht über die durchgeführten Interviews mit Sportpädagoginnen (L = Lehrperson). Für jede Interviewperson sind das Datum des Interviews sowie die Dauer in Stunden, Minuten und Sekunden angegeben. So wird ersichtlich, wann die Gespräche stattfanden und wie lange diese dauerten. Aus Gründen des Datenschutzes werden weder die Namen der Lehrpersonen noch die der Schulen genannt.

4.2 Vorgehensweise der Datenanalyse

Die Interviews wurden nach Einverständnis der Teilnehmerinnen aufgezeichnet und anschließend mithilfe der Software MAXQDA transkribiert. Aufgrund des Umfangs der Transkripte wurden diese extern gesichert und nicht dem Anhang beigelegt. Für die Auswertung der Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) angewendet, um zentrale Themen und Strukturen in den Aussagen systematisch zu identifizieren.

Diese Methode zählt zu den zentralen Verfahren der empirischen Sozialforschung und dient der systematischen Auswertung sprachlicher und kommunikativer Daten. Anders als der Begriff Inhaltsanalyse zunächst vermuten lässt, geht es dabei nicht ausschließlich um die Analyse von inhaltlichen Aspekten einer Äußerung. Kommunikation wird vielmehr als ein Prozess verstanden, in dem Bedeutungen hergestellt werden. Die qualitative Inhaltsanalyse betrachtet daher nicht nur das Gesagte, sondern auch wie und auf welche Art und Weise bestimmte Themen sprachlich ausgedrückt und strukturiert werden. Damit dient sie nicht nur der Analyse, sondern wird auch selbst zu einem Teil des Kommunikationsprozesses, weil die gewonnenen Interpretationen aus den Aussagen abgeleitet und mit Theorie verknüpft werden (Mayring, 2022).

Mayring (2022) verweist auf insgesamt sechs spezifische Eigenschaften bzw. Merkmale, die

die qualitative Inhaltsanalyse von anderen Methoden unterscheidet. Zentral dabei ist die Kommunikation, die anhand der Inhaltsanalyse nicht nur untersucht und beschreibt, sondern auch wissenschaftlich begründet und nachvollziehbar erschlossen wird. Dahingehend wird die Kommunikation als Forschungsgegenstand betrachtet. Untersucht werden dabei Äußerungen, durch die Menschen etwas mitteilen. In den meisten Fällen geschieht dies über gesprochene oder geschriebene Sprache. Je nach Forschungsinteresse können jedoch auch andere Ausdrucksformen einbezogen werden, wie etwa Bilder, Musik oder Gestik. Entscheidend ist, dass die Analyse darauf abzielt, die Bedeutung dieser Mitteilungen zu erfassen. Weiters arbeitet die qualitative Analyse ausschließlich mit fixierter bzw. protokollierter Kommunikation. Das bedeutet, dass das zu untersuchende Material in dokumentierter Form vorliegt, beispielweise in Form von Interviewtranskripten, schriftlichen Aussagen oder anderen Arten von Aufzeichnungen. Dadurch bleibt der Untersuchungsgegenstand in seiner Form unverändert und kann jederzeit erneut eingesehen oder überprüft werden. Ein weiteres Kennzeichen dieser Methode ist ihr systematisches Vorgehen. Die Analyse unterscheidet sich bewusst von spontanen oder rein intuitiven Interpretationen, da das Material Schritt für Schritt und nach einem klaren Ablauf erschlossen wird. Dieses Vorgehen stützt sich auf festgelegte und überprüfbare Regeln, die sicherstellen, dass die einzelnen Analyseschritte für andere nachvollziehbar sind. Zudem ist die qualitative Inhaltsanalyse stets theoriegeleitet. Die Auswertung folgt nicht auf Basis zufälliger Überlegungen, sondern orientiert sich an theoretischen Konzepten, Forschungsfragen und begründeten Vorannahmen. Die gewonnenen Ergebnisse werden anschließend vor dem Hintergrund dieser theoretischen Perspektiven interpretiert, sodass die Analyse inhaltlich abgesichert ist. Darüber hinaus betrachtet diese Methode das Material als Bestandteil eines größeren Kommunikationsprozesses. Sie hilft dabei, aus den vorliegenden Äußerungen Rückschlüsse auf übergeordnete kommunikative Strukturen oder Bedeutungen zu ziehen. In diesem Sinne handelt es sich um eine schlussfolgernde Methode, die auf der Grundlage konkreter Aussagen tieferliegende Zusammenhänge, etwa hinsichtlich Wahrnehmungen, Bewertungen oder Handlungsmustern, erschließt (Mayring, 2022).

Ein zentraler Schritt der qualitativen Inhaltsanalyse besteht darin, die Analysetechnik (siehe Kapitel 4.2.1) festzulegen und den Auswertungsprozess in einem klar strukturierten Ablaufmodell zu verankern. Charakteristisch für dieses Vorgehen ist, dass das Textmaterial in einzelne, klar definierte Interpretationsschritte aufgeteilt wird. Dadurch wird die Analyse nachvollziehbar und systematisch überprüfbar. Das jeweilige Ablaufmodell der Analyse wird dabei an die konkrete Fragestellung, das Material und die ausgewählte Analysetechnik

angepasst. Unabhängig von dieser Spezifizierung steht jedoch stets die Entwicklung eines inhaltlichen tragfähigen Kategoriensystems im Mittelpunkt des Vorgehens. Um die Analyse möglichst präzise zu gestalten, ist es notwendig, vorab sogenannte Analyseeinheiten festzulegen. Diese bestimmen, auf welcher Ebene das Material später bearbeitet wird (Mayring, 2022). Dabei wird zwischen drei Ebenen unterschieden:

„Die Kodiereinheit legt fest, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, was der minimale Textteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann. Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann. Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden.“ (Mayring, 2022, S. 60)

Das Kategoriensystem entsteht in einem Wechselverhältnis zwischen theoretischen Überlegungen, insbesondere der Forschungsfrage, und dem vorliegenden Material. Während des Analyseprozesses wird es fortlaufend überprüft, präzisiert und bei Bedarf angepasst. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Kategorien sowohl theoretisch fundiert als auch materialnah bleiben. Abschließend werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfrage interpretiert und reflektiert (Mayring, 2022).

4.2.1 Analysetechnik

Mayring (2022) unterscheidet drei grundlegende Analysetechniken der qualitativen Inhaltsanalyse: die *Zusammenfassung*, die *Explikation* sowie die *Strukturierung* (deduktive Kategorienanwendung). Das Ziel der *zusammenfassenden Inhaltsanalyse* besteht darin, das vorliegende Material auf seine wesentlichen Aussagen zu reduzieren. Durch Paraphrasieren und Generalisieren werden zentrale Inhalte herausgearbeitet und überflüssige Details weggelassen. Die *Explikation* dient dazu, unklare oder verkürzte Textstellen genauer zu erschließen, indem zusätzliche Informationen bzw. Materialien herangezogen werden, um die Aussage näher zu erläutern. Dabei kann sich die Interpretation entweder nur auf den unmittelbaren Textzusammenhang stützen (= enge Kontextanalyse) oder es werden ergänzende Informationen berücksichtigt, die über den ursprünglichen Text hinausgehen (= weite Kontextanalyse). Besonders in hermeneutischen Verfahren wird letzteres häufig angewandt (Mayring, 2022). Mithilfe der *strukturierenden Inhaltsanalyse* wird das Material anhand vorher definierter Kategorien geordnet. Bestimmte Aspekte werden gezielt herausgefiltert und den jeweiligen Kategorien, die „vorab theorie- und fragestellungsgeleitet

aufgestellt“ werden, zugeordnet (Mayring, 2022, S. 67).

Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein Auswertungsverfahren, das darauf abzielt, komplexe kommunikative Äußerungen anhand der soeben erläuterten Analysetechniken Schritt für Schritt zu untersuchen und auf dieser Grundlage wissenschaftliche Schlussfolgerungen zu ziehen. Sie kann sowohl induktiv als auch deduktiv angewendet werden und stellt damit ein flexibles und zugleich theoretisch abgesichertes Verfahren zur Analyse von Kommunikationsinhalten dar. Neben den drei beschriebenen Grundformen sind auch Mischformen möglich, die je nach Forschungsziel und -kontext in unterschiedlicher Weise kombiniert und angewendet werden (Mayring, 2022).

Zusammenfassung	(1)	Zusammenfassung
	(2)	Induktive Kategorienbildung
Explikation	(3)	Enge Kontextanalyse
	(4)	Weite Kontextanalyse
Strukturierung (deduktive Kategorienanwendung)	(5)	Nominale deduktive Kategorienanwendung
	(6)	ordinale deduktive Kategorienanwendung
Mischformen	(7)	Themenanalysen
	(8)	Typenanalysen
	(9)	Parallelförmigkeiten

Abbildung 1: Übersicht der qualitativen Analysetechniken (Mayring, 2022, S. 67)

In der vorliegenden Arbeit wird die *strukturierende qualitative Inhaltsanalyse* nach Mayring (2022) als Auswertungsmethode herangezogen. Ziel dieses Vorgehens ist es, das Interviewmaterial anhand zuvor festgelegter Kategorien systematisch zu ordnen und auszuwerten. Die Kategorien wurden deduktiv aus der Forschungsfrage sowie aus dem Interviewleitfaden abgeleitet und theoretisch verankert. Sie weisen einen Nominalcharakter auf und repräsentieren damit inhaltlich gleichrangige Themenbereiche. Im Sinne der deduktiven Kategorienanwendung erfolgte zunächst eine theoriegeleitete Formulierung der Kategorien, die anschließend in einem Kodierleitfaden zusammengefügt wurden. Für die Kategorien wurden eine präzise Definition, exemplarische Ankerbeispiele aus dem Interviewmaterial sowie Kodierregeln festgelegt. Laut Mayring (2022) dienen diese dazu, die Zuordnung von Textstellen transparent zu gestalten und Abgrenzungsprobleme zwischen den Kategorien zu minimieren. Auf Grundlage dieses Kodierleitfadens wurde das gesamte Interviewmaterial systematisch kodiert, indem relevante Textpassagen den jeweiligen Kategorien zugeordnet wurden. Der Kodierleitfaden wurde während des Analyseprozesses

reflektiert und bei Bedarf präzisiert, ohne jedoch die grundlegende theoretische Struktur zu verändern. Auf diese Weise konnten zentrale thematische Strukturen sichtbar gemacht und im Anschluss in Bezug auf die Forschungsfrage eingeordnet werden.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens wird im Folgenden auf das von Mayring (2022) entwickelte Ablaufmodell der deduktiven Kategorienanwendung verwiesen.

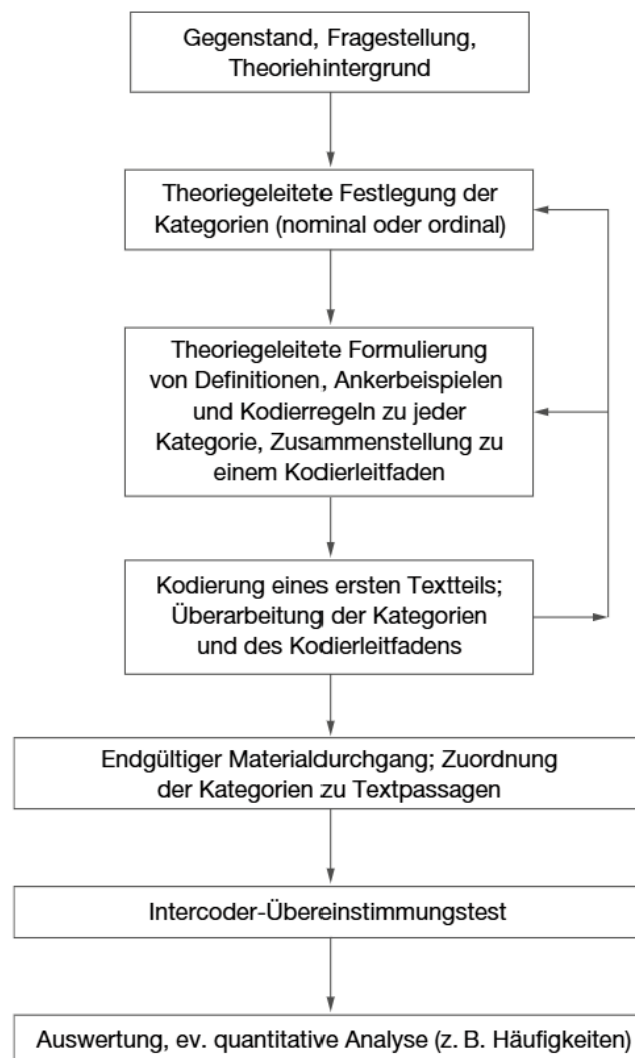


Abbildung 2: Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung (Strukturierung) (Mayring, 2022, S. 97)

4.2.2 Übersicht Kategorien: Haupt- und Subkategorien

Im Rahmen der deduktiven Kategorienanwendung wurde auf Basis der Forschungsfrage sowie des Interviewleitfadens ein Kategoriensystem entwickelt, das sich aus Haupt- und Subkategorien zusammensetzt. Dieses bildet die analytische Grundlage der weiteren Auswertung. Zur besseren Übersicht werden in der nachfolgenden Abbildung die gebildeten Kategorien (HK = Hauptkategorie, SK = Subkategorie) aufgelistet.

Tabelle 2: Haupt- und Subkategorien

Haupt- und Subkategorien
1. HK: Berufliche Rahmenbedingungen
1.1 SK: Alter
1.2 SK: Berufspraxis in Jahren
1.3 SK: Schulform/Schulinstitution
1.4 SK: Unterrichtende Altersgruppen
2. HK: Erfahrungen
3. HK: Schulischer Umgang mit Essstörungen
3.1 SK: Konkrete Maßnahmen der Lehrperson
3.2 SK: Ressourcenverfügbarkeit von ExpertInnen auf institutioneller Ebene
4. HK: Prävention im Rahmen des Sportunterrichts
4.1 SK: Präventive Maßnahmen im Sportunterricht (u. a. Körper- und Selbstbild)
4.2 SK: Umgang mit übergewichtigen Schülerinnen
5. HK: Rolle und Kompetenzwahrnehmung der Lehrperson
5.1 SK: Subjektive Handlungssicherheit
5.2 SK: Beiträge zur Prävention: wahrgenommene Möglichkeiten und Grenzen
6. HK: Fort- und Weiterbildungen
6.1 SK: Formen der Wissensaneignung im Umgang mit Essstörungen
6.2 SK: Erwartungen an Fortbildungsinhalte
7. HK: Zukunftsvision

4.2.3 Kodierleitfaden

Nach der Festlegung der Haupt- und Subkategorien erfolgte die Erstellung eines Kodierleitfadens. In diesem Schritt wurde das Interviewmaterial systematisch auf relevante Textstellen hin überprüft. Interviewpassagen, die sich eindeutig einer Kategorie zuordnen ließen, wurden als Ankerbeispiele in den Kodierleitfaden aufgenommen. Darüber hinaus ist anzumerken, dass für jene Subkategorien, bei denen inhaltliche Überschneidungen möglich waren, zusätzlich Kodierregeln formuliert wurden, um eine eindeutige Zuordnung der Textpassagen zu gewährleisten. Bei selbstevidenten Kategorien wurde hingegen auf die Formulierung spezifischer Abgrenzungsregeln verzichtet. Dieses Vorgehen entspricht den

Empfehlungen von Mayring (2022), der den Einsatz von Kodierregeln insbesondere bei Abgrenzungsproblemen zwischen Kategorien als sinnvoll erachtet:

„Stößt man auf eine nicht sofort eindeutig zuordenbare Textstelle, versucht man eine Entscheidung zu treffen und eine Abgrenzungsregel zu den benachbarten Kategorien aufzustellen. [...] Besonders bei ordinalen Kategoriensystemen ist dies ein entscheidender Präzisierungsvorgang. [...] Bei selbstevidenten und klar abgrenzbaren Kategorien können Ankerbeispiele und Kodierregeln auch ausgelassen werden.“
(Mayring, 2022, S. 97-98)

Folglich wird der Kodierleitfaden für die einzelnen Subkategorien dargestellt. Dieser umfasst jeweils eine kurze inhaltliche Beschreibung bzw. Definition pro Subkategorie, ein exemplarisches Ankerbeispiel – sofern erforderlich – sowie eine Kodierregel und die Information, aus welchem Interview bzw. von welcher Interviewperson (z. B. L1, L2) die jeweilige Aussage stammt.

Kodierleitfaden der einzelnen Subkategorien

Tabelle 3: Kodierleitfaden – Subkategorien der 1. HK

1. HK: Berufliche Rahmenbedingungen		
Anmerkung: Dieser Leitfaden umfasst jene Subkategorien, die der 1. Hauptkategorie (HK) <i>Berufliche Rahmenbedingungen</i> zugeordnet werden. In diese HK fallen jene Textstellen, die die berufliche Situation der Lehrperson beschreiben. Ziel ist die Kontextualisierung der Person. In dieser Kategorie wird auf Kodierregeln verzichtet.		
SK 1.1-1.4	Definition	Ankerbeispiel
1.1 SK: Alter	Jene Textstellen, in denen das biologische Alter der Lehrperson genannt oder beschrieben wird.	„Okay, also ich bin 56 [...]“ (L5, Z.10)
1.2 SK: Berufspraxis in Jahren	Alle Aussagen, die sich auf die Dauer der pädagogischen bzw. sportpädagogischen Berufstätigkeit in Jahren beziehen.	„Ich unterrichte seit 20 Jahren.“ (L2, Z.9)
1.3 SK: Schulform/Schulinstitution	Alle Angaben zur Art der Schule bzw. Bildungseinrichtung (z.B. Mittelschule, AHS, BHS, etc.)	„Bin an einer AHS gewesen und habe alle Altersstufen von 10 bis 18 unterrichtet.“ (L3, Z.10,11)
1.4 SK: Unterrichtende Altersgruppen	Jene Transkriptionsstellen, die die Schulstufen oder Altersgruppen der unterrichteten Schülerinnen beschreiben.	„[...] Schülerinnen zwischen 10 und 18 Jahren.“ (L6, Z.14)

Tabelle 4: Kodierleitfaden – 2. HK

2. HK: Erfahrungen		
Anmerkung: Diese Kategorie weist keine weiteren Subkategorien auf, weshalb an dieser Stelle eine Beschreibung dieser Hauptkategorie erfolgt und auch ein Ankerbeispiel angeführt wird.		
Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
In diese Kategorie fallen alle Aussagen, in denen Sportpädagoginnen konkrete Erlebnisse, Begegnungen oder Beobachtungen im Zusammenhang mit Schülerinnen mit einer Essstörung schildern. Dazu zählen auch Beschreibungen von Dauer und Verlauf.	„Also ich kann mich konkret an zwei Schülerinnen erinnern. Die eine [...] hat jetzt maturiert. [...] Und da hat das in der achten, glaube ich, begonnen oder schon am Ende der siebten mit ihrer Essstörung und war dann eine Zeit lang so, dass sie nicht mehr am Sportunterricht teilnehmen konnte. Sie war auch in stationärer Behandlung, eine Zeit lang und dann gar nicht in der Schule eben.“ (L2, Z. 16-20) „Und eine andere Schülerin, [...] die hat schon in der dritten Klasse eben eine Essstörung gehabt, die sich relativ lange gezogen hat, also bis in die vierte Klasse hinein und auch so, dass sie öfters im Krankenhaus war, schon mit der Sonde ernährt wurde. Die hat einen extremen Gewichtsverlust gehabt und ja, da war natürlich lange kein Sportunterricht möglich [...]“ (L2, Z. 29-33)	Zuordnung, wenn Sportpädagoginnen konkrete persönliche Erfahrungen, Beobachtungen oder Erlebnisse im Zusammenhang mit Schülerinnen mit Essstörung schildern

Tabelle 5: Kodierleitfaden – Subkategorien der 3. HK

3. HK: Schulischer Umgang mit Essstörungen			
Anmerkung: Dieser Leitfaden umfasst jene Subkategorien, die der 3. Hauptkategorie (HK) <i>Schulischer Umgang mit Essstörungen</i> zugeordnet werden. In diese HK fallen jene Textstellen, die konkrete Handlungen sowie schulische Vorgehensweisen im Umgang mit betroffenen Schülerinnen beschreiben.			
SK 3.1-3.2	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
3.1 SK: Konkrete Maßnahmen der Lehrperson	Beschreibungen von konkreten Schritten, die die Lehrperson selbst im Umgang mit einer betroffenen Schülerin gesetzt hat.	„In der ersten Kontaktaufnahme habe ich nicht viel gesprochen, außer, dass ich ihr mitgeteilt habe ‚Ich habe das Gefühl, dir geht’s nicht gut. Und wenn du jemanden zum Reden brauchst, ich bin für dich da.‘ [...] und habe dann auch meine Telefonnummer hergegeben, um irgendwo da zu signalisieren, dass ich es ernst meine.“ (L3, Z. 94-98)	Zuordnung, wenn konkrete Handlungsschritte der Lehrperson im Umgang mit einer betroffenen Schülerin beschrieben werden (z. B. Gespräche, Entscheidungen, Weitergabe oder Einbindung von ExpertInnen).
3.2 SK: Ressourcenverfügbarkeit von ExpertInnen auf institutioneller Ebene	Beschreibung zur vorhandenen	„Nix. Also ganz genau gesagt einfach gar nichts. Also es wird die Schülerin	Zuordnung, wenn Aussagen zur Verfügbarkeit,

	oder fehlenden Verfügbarkeit von ExpertInnen sowie deren institutioneller Einbindung und Unterstützung.	<i>und deren Lehrerinnen mehr oder weniger [...] alleingelassen.“ (L6, Z. 63-64)</i> <i>„[...] Keinen offiziellen Leitfaden, wie man das macht [...]“ (L3, Z. 80-81)</i>	institutionellen Einbindung oder Erreichbarkeit von ExpertInnen sowie zu schulischen Rahmenbedingungen gemacht werden.
--	---	---	--

Tabelle 6: Kodierleitfaden - Subkategorien der 4. HK

4. HK: Prävention im Rahmen des Sportunterrichts			
Anmerkung: Dieser Leitfaden umfasst jene Subkategorien, die der 4. Hauptkategorie (HK) <i>Prävention im Rahmen des Sportunterrichts</i> zugeordnet werden. In diese HK fallen jene Textstellen, die sich auf präventive Ansätze im Sportunterricht beziehen – dazu gehören Maßnahmen, Unterrichtsinhalte und der Umgang mit Körper- und Gewichtsthemen.			
SK 4.1-4.2	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
4.1 SK: Präventive Maßnahmen im Sportunterricht (u. a. Körper- und Selbstbild)	Jene Aussagen zu präventiven Maßnahmen im Rahmen des Sportunterrichts, die darauf abzielen, Essstörungen vorzubeugen, unter anderem durch die Thematisierung von Körper- und Selbstbild.	<i>„[...] einfach dieses reale Körpergefühl zu entwickeln. Und da habe ich einen ganz großen Fokus drauf gehabt.“ (L4, Z. 199-200)</i>	Zuordnung, wenn präventive Unterrichtsansätze im Sportunterricht beschrieben werden, unter anderem in Bezug auf Körper- und Selbstbild, unabhängig von einem konkreten Erkrankungsfall.
4.2 SK: Umgang mit übergewichtigen Schülerinnen	Alle Aussagen, die den speziellen Umgang mit übergewichtigen Schülerinnen im Kontext des Sportunterrichts beschreiben.	<i>„Ganz genauso wie mit allen anderen. [...] Also ich kann sie genauso motivieren und ich lobe sie genauso [...]“.“ (L7, Z. 158-162)</i>	Zuordnung, wenn der Umgang mit übergewichtigen Schülerinnen im Sportunterricht thematisiert wird.

Tabelle 7: Kodierleitfaden - Subkategorien der 5. HK

5. HK: Rolle und Kompetenzwahrnehmung der Lehrperson			
Anmerkung: Dieser Leitfaden umfasst jene Subkategorien, die der 5. Hauptkategorie (HK) <i>Rolle und Kompetenzwahrnehmung der Lehrperson</i> zugeordnet werden. In diese HK fallen jene Textstellen, in denen die Lehrpersonen ihre eigene Rolle, Verantwortung und Handlungssicherheit im Umgang mit Essstörungen reflektieren.			
SK 5.1-5.2	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
5.1 SK: Subjektive Handlungssicherheit	All jene Stellen, in denen Sportpädagoginnen ihre eigene Sicherheit, Unsicherheit oder Belastung im Umgang mit betroffenen Schülerinnen beschrieben.	<i>„Nach mehreren Unterrichtsjahren kommt immer mehr die Sicherheit. Und das Gute ist, man kann eben Kollegen [...] fragen.“ (L8, Z. 188-189)</i>	Zuordnung, wenn Lehrpersonen ihr persönliches Empfinden von Sicherheit, Unsicherheit und emotionaler Belastung im Umgang mit

			Essstörungen thematisieren.
5.2 SK: Beiträge zur Prävention – wahrgenommene Möglichkeiten und Grenzen	Aussagen, in denen Sportpädagoginnen reflektieren, welchen Beitrag sie selbst zur Prävention leisten können bzw. wo sie ihre Grenzen sehen.	<i>„Es gibt sicher schon Möglichkeiten, gerade in Bezug auf Körperwahrnehmung. Und wir sind sicher auch ein wichtiger Teil, weil gerade im Sport fällt es an erster Stelle auf, weil wir auch einen viel persönlicheren Kontakt zu Schülerinnen haben [...].“ (L8, Z. 224-226)</i>	Zuordnung, wenn Lehrpersonen ihren wahrgenommenen Handlungsspielraum oder die Grenzen ihres Einflusses und Hinblick auf Prävention reflektieren.

Tabelle 8: Kodierleitfaden - Subkategorien der 6. HK

6. HK: Fort- und Weiterbildungen			
Anmerkung: Dieser Leitfaden umfasst jene Subkategorien, die der 6. Hauptkategorie (HK) <i>Fort- und Weiterbildungen</i> zugeordnet werden. In diese HK fallen jene Aussagen zu vorhandenen und gewünschten Qualifizierungsmaßnahmen – dazu gehören die Teilnahme an Fortbildungen, eigenständige Wissensaneignung sowie Erwartungen an zukünftige Angebote.			
SK 6.1-6.2	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
6.1 SK: Formen der Wissensaneignung im Umgang mit Essstörungen	Alle Textstellen, in denen Lehrpersonen beschreiben, auf welche Weise sie sich Wissen im Umgang mit Essstörungen angeeignet haben.	<i>„Ich war auch auf diversen Vorträgen, die es halt so [...] gegeben hat. Ich muss aber dazu sagen, dass das Thema Magersucht auf Fortbildungen für Turnlehrer [...] kaum bis gar nicht vorhanden war [...].“ (L3, Z. 284-287)</i>	Zuordnung, wenn beschrieben wird, wie Sportpädagoginnen Wissen zu Essstörungen erworben haben, unabhängig davon, ob dies durch Fortbildungen oder selbstständige Aneignung erfolgte.
6.2 SK: Erwartungen an Fortbildungsinhalte	Textstellen, in denen Wünsche oder Vorstellungen zu Inhalten künftiger Fortbildungen oder Weiterbildungen geäußert werden.	<i>„In Bezug auf Essstörungen wäre es sehr interessant mit einer oder einem Betroffenen, der das überstanden hat, zu reden. Der dann wirklich frei darüber reden kann.“ (L5, Z. 160-161)</i>	Zuordnung, wenn Lehrpersonen beschreiben, welche Inhalte, Schwerpunkte oder Formate sie sich von zukünftigen Fort- und Weiterbildungen wünschen.

Tabelle 9: Kodierleitfaden - 7. HK

7. HK: Zukunftsvision	
Anmerkung: Diese Kategorie weist keine weiteren Subkategorien auf, weshalb an dieser Stelle eine Beschreibung dieser Hauptkategorie erfolgt, ein Ankerbeispiel angeführt wird und auf Kodierregeln verzichtet wird.	
Definition	Ankerbeispiel
In diese Kategorie fallen alle Aussagen, in denen Sportpädagoginnen beschreiben, wie Schule und Umfeld gestaltet sein müssten, damit Essstörungen künftig nicht mehr auftreten bzw. reduziert werden. Dazu gehören auch Zuschreibungen zu Einflussfaktoren und Verantwortlichkeiten.	<i>„Ich glaube, Social Media ist ein ganz großes Problem und hat, glaube ich, verheerende Auswirkungen [...] nochmal mehr auf junge Leute. [...] Also in dem Szenario, glaube ich, würde es kein Social Media geben bzw. nicht so, wie es gerade ist.“ (L1, Z. 264-267)</i>

5 Ergebnisdarstellung und Diskussion der qualitativen Untersuchung

Im Anschluss an die Darstellung des methodischen Vorgehens werden im folgenden Kapitel die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse präsentiert. Grundlage der Auswertung bilden die kodierten Interviewtranskripte der befragten Sportpädagoginnen, die anhand des deduktiv entwickelten Kategoriensystems systematisch analysiert wurden.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt entlang der einzelnen Haupt- und Subkategorien und verbindet eine zusammenfassende Darstellung der interviewübergreifend identifizierten Inhalte mit einer analytischen Zusammenführung der Aussagen. Während die Hauptkategorie „Erfahrungen“ fallintern dargestellt wird, um individuelle Verläufe nachvollziehbar zu machen, erfolgt die Darstellung der weiteren Kategorien thematisch gebündelt und fallübergreifend, um Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede zwischen den Interviewpersonen sichtbar zu machen. Ziel ist es, zentrale thematische Zusammenhänge herauszuarbeiten und die Perspektiven der Lehrpersonen in ihrer inhaltlichen Vielfalt sichtbar zu machen. Dabei werden die Ergebnisse nicht ausschließlich deskriptiv präsentiert, sondern inhaltlich miteinander in Beziehung gesetzt und näher erläutert. Zur Veranschaulichung werden ausgewählte Interviewzitate herangezogen, die mit einer anonymisierten Kennzeichnung der jeweiligen Interviewperson sowie der entsprechenden Zeilenangabe versehen sind. Eine zusammenfassende Einordnung der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen sowie eine vertiefte Diskussion erfolgen in einem gesonderten Abschnitt im Anschluss an die Ergebnisdarstellung.

5.1 Ergebnisse 1. HK: Berufliche Rahmenbedingungen

„Bin an einer AHS gewesen und habe alle Altersstufen von 10 bis 18 unterrichtet.“

(L3, Z.10,11)

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf den beruflichen Rahmenbedingungen der befragten Interviewpersonen, die den kontextuellen Hintergrund für die nachfolgenden Ergebnisse bilden. Sie geben Aufschluss über Alter, Berufserfahrung, Schulform sowie die unterrichtenden Altersgruppen.

Hinsichtlich des *Alters* zeigt sich innerhalb der befragten Gruppe eine deutliche Spannweite. Die befragten Lehrpersonen sind zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 26 und 62 Jahre alt– zwei Pädagoginnen befinden sich seit Kurzem in Pension. Dementsprechend variiert auch die *Berufserfahrung*: Die Angaben reichen von Lehrpersonen mit vergleichsweise

kurzer Berufspraxis bis hin zu jenen, die seit mehreren Jahrzehnten im Schuldienst tätig sind. Damit umfasst die Stichprobe unterschiedliche berufliche Lebens- und Erfahrungsphasen. Bezogen auf die *Schulform* und die unterrichteten Altersgruppen zeigt sich, dass der Großteil der befragten Lehrpersonen in mehreren Schulstufen tätig ist. Sieben der insgesamt acht Sportpädagoginnen geben an, sowohl Schülerinnen der Sekundarstufe I (Sek. I) als auch der Sekundarstufe II (Sek. II) zu unterrichten. Damit arbeiten sie mit einem breiten Altersspektrum, das in der Sek. I in der Regel Schülerinnen im Alter von 10 bis 14 Jahren und in der Sek. II Jugendliche im Alter von rund 15 bis 18 Jahren umfasst. Lediglich eine Person ist ausschließlich in der Sekundarstufe II tätig und arbeitet folglich vorwiegend mit älteren Schülerinnen.

5.2 Ergebnisse 2. HK: Erfahrungen

„Also ich kann mich konkret an zwei Schülerinnen erinnern. Die eine [...] hat jetzt maturiert. [...] Und da hat das in der achten, glaube ich, begonnen oder schon am Ende der siebten mit ihrer Essstörung und war dann eine Zeit lang so, dass sie nicht mehr am Sportunterricht teilnehmen konnte. Sie war auch in stationärer Behandlung, eine Zeit lang und dann gar nicht in der Schule eben.“ (L2, Z. 16-20)

Die Lehrperson L1 berichtet von mehreren Erfahrungen mit Schülerinnen, bei denen ein gestörtes Essverhalten im schulischen Kontext sichtbar wurde, insbesondere im Rahmen mehrtägiger Schulveranstaltungen wie Skikursen, Kennenlern- oder Abschlusstagen. Besonders dann, wenn sie über mehrere Tage hinweg intensiv mit Schülerinnen zusammenarbeitete, sei ihr das Thema Essstörung bzw. gestörtes Essverhalten wiederholt begegnet. L1 beschreibt, dass sie überrascht gewesen sei, „[...] wie oft dieses Thema [...] zum Problem wurde [...]“ (L1, Z. 27-28). Konkret berichtet die Lehrperson von Situationen während Skikursen mit 13-jährigen Schülerinnen, in denen es mehrfach zu körperlichen Beschwerden kam. Sie schildert, dass Mädchen im Verlauf des Vormittags angaben, dass ihnen schlecht und schwindelig wurde (L1, Z. 32). Auf Nachfrage habe sich häufig herausgestellt, dass die betroffenen Schülerinnen zuvor kaum etwas gegessen hatten: „Dann kam relativ bald raus, dass sie nichts gegessen hat. Also dass die dann schon beim Frühstück nichts gegessen hat und ihr dann eben schon zu Mittag schlecht wurde“ (L1, Z. 33-35). Weiters berichtet die Pädagogin von der Einschätzung einer Kollegin, dass Essstörungen bzw. auffälliges Essverhalten im schulischen Kontext zunehmend häufiger auftreten: „[...] Und eben auch laut meinen Kolleginnen, die schon länger unterrichten, noch mal mehr in den letzten Jahren, dass es früher nicht so schlimm war“ (L1, Z. 71-73). Die zweite

Interviewperson L2 schilderte ihre Erfahrungen mit Essstörungen anhand konkreter Einzelfälle, die sich über mehrere Schuljahre erstreckten und den schulischen Alltag der betroffenen Mädchen deutlich beeinflussten. Insgesamt berichtet sie von zwei Schülerinnen, bei denen eine Essstörung im schulischen Kontext sichtbar wurde. Im ersten Fall beschreibt L2 eine Schülerin, bei der die Essstörung gegen Ende der 11. Schulstufe (7. Klasse) begann und sich bis in die folgende Schulstufe fortsetzte. In dieser Zeit war die Jugendliche aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands über längere Phasen nicht in der Schule anwesend, da sie zeitweise stationär behandelt wurde. Auch nach der Rückkehr in den Schullalltag konnte sie zunächst nicht am Sportunterricht teilnehmen. Erst zu einem späteren Zeitpunkt war eine schrittweise Rückkehr in den Unterricht möglich: *„Sie war auch in stationärer Behandlung, eine Zeit lang und dann gar nicht in der Schule eben. Und dann war sie wieder in der Schule, aber hat immer noch nicht am Sportunterricht teilgenommen“* (L2, Z. 19-21). Ebenso berichtet sie von einer Schülerin, bei der bereits in einem sehr frühen Alter eine Essstörung auftrat. L2 erzählt, dass sich die Erkrankung über einen längeren Zeitraum erstreckte und mit mehreren Krankenhausaufenthalten verbunden war. Letzten Endes musste die Schülerin aufgrund ihres starken Untergewichts mit einer Sonde künstlich ernährt werden. Auch in diesem Fall war eine Teilnahme am Sportunterricht nicht möglich: *„Ja, also die hatte lange halt immer eine Sportbefreiung, auch weil ich immer schauen musste, dass ihr Gewicht nicht zu sehr reduziert wird [...]“* (L2, Z. 34-36). Zudem schildert L2, dass die Essstörung nicht nur durch medizinische Maßnahmen, sondern auch im schulischen Alltag erkennbar war. Auffällig sei insbesondere gewesen, dass der Schülerin die körperliche Kraft fehlte, was eine Teilnahme an sportlichen Aktivitäten unmöglich machte. Darüber hinaus berichtet die Lehrperson, dass sich der Gesundheitszustand der Schülerinnen auch äußerlich bemerkbar machte:

„Bei der anderen war es in der Hinsicht bemerkbar, dass sie halt wirklich immer dünner und dünner wurde und [...] so extrem an Gewicht verlieren, so in kurzer Zeit. Und ja, und da ist es mir halt [...] in der Sportkleidung merkt man es halt oft leichter, wenn die Sportkleidung doch enger anliegt. Ja oder dass die Energie auch oft fehlt [...] da fehlt die Ausdauer, da fehlt auch die Kraft und so.“ (L2, Z. 42-49)

Ergänzend betont L2, dass sie im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit mit mehreren Schülerinnen konfrontiert war, bei denen eine Magersucht vorlag. Auffällig sei aus ihrer Sicht, dass diese Problematik nicht ausschließlich in der Oberstufe auftrete, auch wenn sie

dort häufiger beobachtet werde. Vielmehr berichtet sie von betroffenen Schülerinnen in unterschiedlichen Altersgruppen, teils bereits in der Sekundarstufe I: „[...] und ich finde tendenziell immer mehr auch in der Unterstufe. Also das finde ich nimmt zu, dass es in der Unterstufe beginnt“ (L2, Z. 81-83).

Auch im dritten Interview berichtet eine Sportpädagogin von ihren unterschiedlichen Erfahrungen im Rahmen ihrer langjährigen beruflichen Tätigkeit. L3 schildert, dass betroffene Schülerinnen im schulischen Alltag oftmals sehr zurückhaltend und verschlossen wirken. In vielen Fällen habe es lange gedauert, bis die Mädchen Vertrauen fassten und bereit waren, über ihre Situation zu sprechen. Besonders bei jüngeren betroffenen Schülerinnen der Sekundarstufe I beobachtete die Lehrperson, dass der Redebedarf sehr groß war, sobald sie sich sicher fühlten und Vertrauen aufgebaut war. Einen besonders prägnanten Fall schildert die Lehrperson am Beispiel eines 13-jährigen Mädchens, bei dem sich die Essstörung im Zusammenhang mit familiären Problemen entwickelte. Die Eltern der Schülerin hatten sich getrennt, was für die 13-Jährige eine große emotionale Belastung darstellte. L3 berichtet, dass sich das Mädchen zunehmend überfordert und allein gelassen fühlte:

„[...] sie hat sich einfach nur überfordert gefühlt und hat nicht das Gefühl gehabt, da ist irgendjemand in der Nähe, mit dem sie sprechen könnte. Und dann hat sie mir gesagt ‘Ich habe mir gedacht, wenn ich zu essen aufhöre, vielleicht merken sie dann, dass mit mir etwas anders ist. Und vielleicht kümmern sie sich dann mehr um mich und nicht so sehr, dass sie sich mit sich auseinandersetzen oder so viel streiten.’“ (L3, Z. 115-120)

Neben dem beschriebenen Fall berichtet die Interviewperson auch von ihren Erfahrungen mit einer Schülerin mit Bulimie, bei der die Problematik zunächst nicht eindeutig erkennbar war. Auffällig wurde die Essstörung erst im Rahmen einer Sportwoche. L3 schildert, dass ihr bei der Schülerin vor allem körperliche Veränderungen auffielen. Sie wirkte häufig blass, hustete auffallend viel und machte insgesamt einen angespannten und erschöpften Eindruck. Zudem beobachtete die Sportpädagogin, dass sich die Schülerin nach den Mahlzeiten wiederholt zurückzog und sich von der restlichen Gruppe entfernte: „Also dieses eine Mädel mit der Bulimie ist mir eigentlich auf der Sportwoche aufgefallen, wo ich gesehen habe, wie wenig sie am Teller hat und nach jedem Essen gleich einmal für einen Moment verschwunden ist“ (L3, Z. 75-77). Im Gegensatz zu Fällen von Magersucht waren bei dieser Schülerin keine stark sichtbaren Gewichtsveränderungen erkennbar, was aus Sicht der

Lehrperson dazu beitrug, dass die Essstörung im schulischen Alltag zunächst unentdeckt blieb. Erst die Kombination aus körperlichen Auffälligkeiten, dem Verhalten während der Mahlzeiten und den Beobachtungen während der mehrtägigen Schulveranstaltung führte dazu, dass die Problematik wahrgenommen wurde:

„Und da habe ich dann irgendwo einmal so einen Verdacht gehabt. Aber sehr schwierig, weil die Gewichtsabnahme war eigentlich nicht so groß wie bei der Anorexie, aber es hat sich dann schon auch was verändert. Also man hat dann schon gesehen, die Gesichtsfarbe verändert sich, die Haare werden anders. Sie hat sehr viel gehustet, weil das eine typische Reflux-Geschichte ist, wo dann die Magensäure in den Rachen kommt, also in die Speiseröhre.“ (L3, Z. 77-82)

Die Sportpädagogin L4 berichtet in einem sehr ausführlichen Interview von vielen Erfahrungen mit Essstörungen, die sie über ihre langjährige Tätigkeit hinweg gemacht hat. L4 beschreibt, dass ihr fast in jedem Schuljahr ein bis drei Mädchen begegnet sind, die von einer Essstörung betroffen waren. Dabei handelte es sich sowohl um Fälle von Anorexie als auch um Bulimie. Von diesen vielen Erfahrungen sind ihr drei konkrete Schülerinnen der Sekundarstufe II in Erinnerung geblieben, zu denen sie teilweise bis heute noch Kontakt hat: *„Das Besondere an der Situation ist, dass ich mit zwei von den dreien [...] noch immer Kontakt habe“* (L4, Z. 39-40). Im schulischen Alltag nahm die Lehrperson häufig körperliche Veränderungen wahr. Dazu zählten unter anderem körperliche Schwäche, schnelle Erschöpfung und obwohl die Betroffenen sehr leistungsorientiert und ehrgeizig waren, waren sie dennoch körperlich nur sehr eingeschränkt belastbar:

„[...] körperliche Leistungsbereitschaft ist sehr, sehr hoch bei allen Mädchen, die Essstörungen haben. Die haben ein ganz ungesundes Leistungsverhältnis. Also die, die steigern sich extrem rein in allen Gegenständen [...] und besonders in Sport eben auch. Was eine Chance, aber natürlich auch eine fatale Situation ist, weil sie ja von der Energie her voll runterfahren.“ (L4, Z. 94-99)

Viele der betroffenen Mädchen wirkten ehrgeizig und wollten im Unterricht unbedingt mitmachen, hatten jedoch wenig Gespür für die körperlichen Grenzen. Aufgrund der körperlichen Einschränkungen war es ihnen unter anderem auch nicht möglich, regelmäßig am Sportunterricht teilzunehmen. Aus Sicht der Lehrperson fehlte vielen der Zugang zum

eigenen Körper. Gleichzeitig berichtet sie von ihrer Erfahrung, dass Bewegung und Sport unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Möglichkeit darstellen konnten, der Essstörung zeitweise zu entfliehen und die körperliche Betätigung als eine Form von Ventil zu nutzen:

„[...] die Bewegung selber und die sportliche Betätigung, egal welches Genre das ist, dass es eigentlich total hilfreich war bei den Mädchen, die ich begleitet habe [...] dass sie das sozusagen als Methode, als Instrument verwendet haben, um ihre Essstörungen und ihr Verhalten beim Essen so zu kompensieren, dass sie nicht ins Krankenhaus gekommen sind. [...] Dass das wirklich, dass also dieses Sporteln, egal von welcher Richtung, eine Riesenchance ist, über die Bewegung [...] das ungesunde Verhalten des Essens in Schach zu halten, so dass sie eben wirklich das Gefühl haben, sie haben einen zweiten Lebensbereich, wo sie handlungsfähig sind.“ (L4, Z. 333-337, Z. 350-353)

L4 berichtet zudem von einer Schülerin mit Bulimie, dessen Essstörung im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch im privaten Umfeld stand und bei der auch selbstverletzendes Verhalten zu beobachten war. Die Pädagogin schildert, dass die meisten Schülerinnen mit Essstörung sehr verschlossen waren und es oft lange dauerte, bis sie bereit waren, über ihre Situation zu sprechen. Aus Erfahrung sei es besonders wichtig, zunächst eine Beziehung zu den Mädchen aufzubauen. Gleichzeitig betont die Pädagogin, dass dies nur dann gelingen konnte, wenn sich die Schülerinnen auch selbst darauf einließen und bereit waren, Hilfe anzunehmen: *„Du kannst dem Menschen dann wirklich nur oder er wird dir nur vertrauen, wenn du eine Beziehung hast zu dem Menschen. [...] Ja, also Beziehungen [...]“ (L4, Z. 60-63).* Weiters merkt L4 an, dass auch sie durch diese Erfahrungen im Laufe ihrer Tätigkeit viel gelernt und sich weiterentwickelt habe: *„[...] und die zwei jungen Frauen haben auch mir in meinem Leben ganz viel geschenkt [...] das ist ein totales gemeinsames Entwickeln in dieser Begegnung [...]“ (L4, Z. 63-66).*

Eine weitere Interviewperson, Lehrperson L5, erzählt in dem Gespräch ebenso von konkreten Erfahrungen mit einer Schülerin mit Magersucht. Es handelte sich dabei um eine Schülerin der 6. bzw. 7. Klasse (10. bzw. 11. Schulstufe), bei der sich der gesundheitliche Zustand innerhalb kurzer Zeit deutlich verschlechterte. L5 beschreibt, dass sich das Essverhalten des Mädchens über die Sommerferien hinweg drastisch veränderte und dieses innerhalb von wenigen Monaten stark an Gewicht verlor. Die Sportpädagogin schildert den körperlichen

Zustand als auffällig und besorgniserregend, da die Schülerin bei einer Körpergröße von 1,72 m nur noch rund 40 kg wog. Die Schülerin sei laut L5 sehr sportlich gewesen und habe vor allem im Laufen gute Leistungen erbracht. Aus Sicht der Lehrperson spielte auch der Sport eine Rolle bei der Entwicklung der Magersucht. L5 hatte den Eindruck, dass das Mädchen nach der Überzeugung handelte, durch ein geringeres Körpergewicht leistungsfähiger zu sein und beim Laufen weniger ‚mittragen‘ zu müssen. In dem Gespräch wird ebenso die intakte familiäre Situation des Mädchens angesprochen. Die Jugendliche stammte nämlich aus einer Großfamilie, war die älteste Tochter und übernahm viel Verantwortung. Gleichzeitig beschreibt L5 das familiäre Umfeld als schwierig und wenig unterstützend. Besonders die Mutter habe die Problematik lange nicht wahrhaben wollen. Aus Sicht der Lehrperson trugen diese familiären Belastungen wesentlich dazu bei, dass sich die Essstörung verschärfte: *„Eine Großfamilie, wo wir alle wissen, dass die Mutter auch immer Pflegekinder hat und das Mädel die älteste ist und eine ganz schwierige Familiensituation hat“* (L5, Z. 18-20). Im schulischen Alltag fiel der Zustand der Schülerin vor allem durch den starken körperlichen Abbau auf, denn laut Angaben der Interviewperson habe sich das Mädchen innerhalb von zwei bis drei Monaten abgemagert. Im weiteren Verlauf wurde aufgrund des schlechten körperlichen Zustands durch die Schulärztin ein Sportverbot ausgesprochen. Die Sportpädagogin berichtet, dass die Mutter dieses Sportverbot nicht akzeptieren wollte:

„Eskaliert hat es dann, wie die Schulärztin Sportverbot gegeben hat und ich damals mit den anderen Schülerinnen auf einen Waldlauf gegangen bin und ich habe sie aber bei der Gruppe, bei der Leichtathletikgruppe, in der Schule bei der Kollegin lassen müssen. Also da ist sie wirklich ausgezuckt. [...] Ich war noch nicht einmal vom Wald daheim, hat die Mutter schon angerufen. Die hat mich stundenlang betoniert, hat mir gedroht mit der Bezirkshauptmannschaft.“ (L5, Z. 63-69)

Darüber hinaus merkt L5 an, dass sie allgemein in ihrer beruflichen Laufbahn beobachtet habe, dass ein Großteil der Schülerinnen ohne Frühstück in die Schule kommt und in den ersten drei Unterrichtsstunden kaum etwas isst. Dies habe sie bei vielen Mädchen beobachtet, unabhängig davon, ob bereits eine Essstörung bekannt war.

Auch die Lehrperson L6 berichtet im darauffolgenden Interview, dass Essstörungen an ihrer Schule fast jährlich vorkommen, diese in der Sekundarstufe I jedoch seltener auftreten. Die Pädagogin kann sich an einen Fall aus dem Jahr 2007 erinnern, als sie Klassenvorstand einer

sechsten Klasse war. Über einen Zeitraum von rund zwei Jahren konnte sie beobachten, wie eine Schülerin kontinuierlich an Gewicht verlor. Diese Schülerin war grundsätzlich schlank, hatte lediglich ein etwas runderes Gesicht. Der Verlauf endete schließlich mit einer stationären Aufnahme am Rosenhügel, einem neurologischen Rehabilitationszentrum in Wien. L6 erzählt in dem Interview, dass sie im Laufe ihrer Berufslaufbahn mehrere ähnliche Fälle erlebt hat. Ebenso berichtet sie von einer Schülerin, die nur zu gewissen Tageszeiten Nahrung zu sich nehmen konnte. War die Nahrungsaufnahme aus bestimmten Gründen nicht möglich, so aß das Mädchen gar nichts. Während einer Sprachreise in Nizza kam es schlussendlich so weit, dass die Schülerin zusammenbrach und im Krankenhaus behandelt werden musste. Auffällig war, dass in dieser Situation nicht die Mutter die erste Bezugsperson war, sondern zunächst die Schwester von dem Mädchen kontaktiert wurde. Im Nachhinein wurde der Vorfall von der Mutter als unproblematisch bewertet: *„Und die Mutter hat das dann abgetan mit ‘Na das ist mir auch früher passiert‘, also so in die Richtung gehend“* (L6, Z. 110-111). Auf Basis ihrer Erfahrungen beschreibt die Pädagogin zwei unterschiedliche Typen von Eltern im Umgang mit Essstörungen. Einerseits erlebt sie Eltern, die die Problematik ignorieren oder verharmlosen, häufig in Verbindung mit einem stark perfektionistischen Anspruch. Andererseits berichtet sie von Eltern, die die Situation ernst nehmen, sich kümmern und aktiv Unterstützung für ihre Tochter suchen.

Die siebente Pädagogin (L7), die zu dieser Thematik befragt wurde, schildert einen Fall aus dem letzten Schuljahr, als sie 14-jährige Schülerinnen der 8. Schulstufe unterrichtete. In dieser Klasse befanden sich vier Mädchen mit diagnostizierter Magersucht, was die Lehrperson sowohl aufgrund der Häufung innerhalb des Klassenverbandes als auch aufgrund des jungen Alters der Betroffenen als ungewöhnlich und überraschend erlebte. Aus ihrer langjährigen Berufserfahrung beschreibt sie Essstörungen bislang als ein Phänomen der Oberstufe, meist im Alter von 16 bis 17 Jahren: *„Für mich war es nur sehr erstaunlich. Erstens mal gruppendynamisch, warum vier Personen das haben und warum das schon mit 14 Jahren passiert“* (L7, Z. 27-28). Die vier Schülerinnen waren in ihrem Krankheitsverlauf unterschiedlich stark betroffen. Eine Schülerin war so schwer erkrankt, dass sie über mehrere Wochen stationär aufgenommen wurde und zusätzlich unter einer starken Depression litt. Eine weitere Schülerin zeigte trotz bestehender Diagnose ein vergleichsweise unauffälliges Verhalten und nahm weiterhin regelmäßig am Unterricht teil. Zwei der betroffenen Mädchen waren Zwillinge, die sehr ähnlich mit ihrer Erkrankung umgingen und ausschließlich ambulant betreut wurden. L7 beschreibt die betroffenen Schülerinnen insgesamt als sehr leistungsorientiert, ehrgeizig und sportlich. Besonders auffällig war für sie, dass die

Jugendlichen selbst bei bestehender Erkrankung keine Pausen einlegten und sich am Sportunterricht sowie darüber hinaus stark unter Druck setzten. Sie berichtet beispielsweise davon, dass einzelne Schülerinnen eigenständig zusätzlich trainierten, obwohl dies von ihr nicht eingefordert wurde. Die hohe Leistungsmotivation erlebte L7 als zentrales Merkmal im Umgang der Schülerinnen mit ihrer Erkrankung:

„Diese Mädchen sind aber sehr leistungsorientiert [...]. Das heißt, sie haben nie Pause gemacht. Sie sind auch sehr sportlich und haben zum Beispiel als Anlass empfunden, in Richtung Noten, plötzlich im Garten zu Hause [...] Sprints zu trainieren. [...] Also die haben selber solche hohen Maßstäbe an sich gesetzt.“ (L7, Z. 77-89)

Darüber hinaus berichtet L7 aus ihrer allgemeinen Berufserfahrung, dass Essstörungen im schulischen Kontext häufig mit geringer Einsicht auf Seiten der Eltern verbunden seien. In mehreren Fällen habe sie erlebt, dass Eltern die Problematik zunächst verharmlosten oder den Handlungsbedarf nicht erkannten, was den Umgang mit der Situation zusätzlich erschwerte: *„Ich weiß nur, dass ganz oft die Eltern nicht einsichtig sind“ (L7, Z. 103).* Zudem hebt L7 hervor, wie wichtig es ihr war, sich den betroffenen Schülerinnen als Ansprechperson zur Verfügung zu stellen, auch wenn sie inhaltlich kaum konkrete Gespräche führen konnte. Allein das Signal, erreichbar zu sein und Unterstützung anzubieten, beschreibt die Sportpädagogin als bedeutsamen Bestandteil ihres Umgangs mit den betroffenen Mädchen: *„[...] dass ich mich ihnen immer zur Verfügung gestellt habe“ (L7, Z. 74-75).*

Die achte und somit auch letzte Interviewperson (L8) berichtet, dass sie im Verlauf ihrer bisherigen Unterrichtstätigkeit nur wenige direkte Erfahrungen mit Essstörungen gemacht hat. Insgesamt erinnert sie sich an zwei Fälle, wobei bei einem davon nicht eindeutig war, ob tatsächlich eine Essstörung vorlag oder ob andere psychische Belastungen im Vordergrund standen. Einen Fall beschreibt sie jedoch als klar erkennbar und besonders prägend. Es handelte sich dabei um eine Schülerin der Sekundarstufe I, die L8 mehrere Jahre im Sportunterricht unterrichtet hat. Die Schülerin war von Beginn an sehr schlank, ruhig und eher durchschnittlich sportlich. Im Laufe der Zeit fiel der Pädagogin jedoch eine zunehmende körperliche Schwäche auf, insbesondere bei Kraftübungen:

„Und mir ist dann [...] aufgefallen, dass sie einfach bei so kräftigenden Sachen überhaupt keine Kraft hat, beim Reck zum Beispiel in den Stütz zu gehen. Und wenn man sie sichert und sie angreift, dann habe ich halt gemerkt,

dass da eigentlich sehr wenig Muskulatur vorhanden ist und ich auf Knochen treffe.“ (L8, Z. 31-35)

Im weiteren Verlauf wurde die Schülerin von der Schulärztin genauer beobachtet und so stellte sich heraus, dass sie bereit unter dem empfohlenen BMI lag. Die Eltern waren über die Situation informiert und gaben zunächst an, dass der Gewichtsverlust mit einer Erkrankung zusammenhing. Der Zustand des Mädchens verschlechterte sich jedoch weiter, sodass es schließlich zu einer stationären Aufnahme in einem psychosomatischen Zentrum kam. Das Mädchen war daraufhin für längere Zeit nicht mehr im regulären Schulbetrieb anwesend. Unter anderem beschreibt die Sportpädagogin, dass die Schülerin selbst einsichtig gewesen und freiwillig in Behandlung gegangen sei. Über Rückmeldungen von Mitschülerinnen erfuhr sie, dass das Mädchen auf dem Weg der Besserung sei: *„Sie hat sich auch freiwillig dort in diese Station einweisen lassen. Sie ist da sehr einsichtig gewesen und die Freundin hat gemeint, sie haben sie regelmäßig besucht [...]“* (L8, Z. 62-64).

5.2.1 Diskussion 2. HK: Erfahrungen

Die Erfahrungen der befragten Sportpädagoginnen verdeutlichen, dass Essstörungen im schulischen Kontext nicht durchgehend sichtbar sind, sondern häufig erst unter bestimmten Bedingungen wahrgenommen werden. Auffällig ist, dass Essstörungen seltener im regulären Unterrichtsgeschehen auffielen und vor allem in besonderen schulischen Settings sichtbar wurden, etwa im Rahmen von mehrtägigen Schulveranstaltungen (L1, L3, L4, L6). Diese Situationen ermöglichen eine intensivere Beobachtung, da Lehrpersonen und Schülerinnen über einen längeren Zeitraum gemeinsam Zeit verbringen und auch Mahlzeiten gemeinsam einnehmen.

In Bezug auf das Alter der betroffenen Schülerinnen zeigt sich ein Spannungsfeld zwischen bisherigen Erfahrungen und aktuellen Entwicklungen. Während Essstörungen von mehreren Pädagoginnen weiterhin überwiegend der Sekundarstufe II und einem Alter von etwa 16 bis 18 Jahren zugeordnet werden (L2, L4, L5), berichten andere Interviewpersonen zunehmend von betroffenen Schülerinnen bereits in der Sekundarstufe I (L1, L2, L3, L6, L7, L8). Diese Beobachtung wird von den Lehrpersonen als Hinweis darauf gedeutet, dass Essstörungen heute teilweise früher auftreten als noch vor einigen Jahren und insgesamt häufiger wahrgenommen werden. Diese subjektiven Einschätzungen decken sich mit aktuellen Befunden, die auf eine steigende Prävalenz von Essstörungen im Jugendalter hinweisen (Felder-Puig et al., 2023).

Hierbei wird die zentrale Rolle von Sportpädagoginnen im Wahrnehmungsprozess deutlich.

Mehrere Personen berichten, dass auffälliges Essverhalten, körperliche Schwäche oder Rückzugstendenzen vor allem während Sportwochen, Skikursen oder Projekttagen sichtbar wurden (L1, L3, L6). Die enge soziale Nähe, etwa durch gemeinsames Sporttreiben, Umkleidesituationen, Mahlzeiten oder mehrtägige Aufenthalte, ermöglicht den Sportpädagoginnen im Gegensatz zu Lehrpersonen anderer Unterrichtsfächer einen besonderen Zugang zu den Schülerinnen (L1, L3, L4, L8). Dadurch werden sowohl körperliche Veränderungen als auch Verhaltensmuster – etwa das Auslassen von Mahlzeiten, Rückzug nach dem Essen oder das Tragen weiter Sportkleidung – leichter erkennbar (L1, L3, L5). Auch Booch (2017), Bauer-Pauderer et al. (2005) sowie Vocks et al. (2018) beschreiben in ähnlicher Weise Sportpädagoginnen als zentrale Akteurinnen, denen aufgrund der vielfältigen Interaktionen innerhalb der Schulinstitution eine besondere Bedeutung bei der frühzeitigen Wahrnehmung essstörungsbezogener Auffälligkeiten zukommt.

Ein weiterer wiederkehrender Aspekt ist das Auslassen des Frühstücks, das von mehreren Lehrpersonen unabhängig von einer diagnostizierten Essstörung beobachtet wurde (L1, L5, L6). Dieses Verhalten wurde häufig erst im Zusammenhang körperlicher Belastung sichtbar, wenn Schülerinnen bereits im Laufe des Vormittags Symptome wie Schwindel, Übelkeit oder Erschöpfung zeigten. Die Erfahrungen deuten darauf hin, dass essgestörtes Verhalten nicht immer klar pathologisch abgegrenzt ist, sondern sich teilweise im Übergangsbereich zwischen gesundheitsriskantem Verhalten und klinisch relevanter Essstörung bewegt. Zentral für viele Lehrpersonen ist zudem die Bedeutung von Beziehung und Vertrauen. Betroffene Schülerinnen werden wiederholt als verschlossen beschrieben, wobei es häufig eines längeren Zeitraums bedarf, bis Gesprächsbereitschaft entsteht (L3, L4, L7). Besonders bei jüngeren Schülerinnen zeigt sich, dass ein stabiler Vertrauensaufbau Voraussetzung dafür ist, dass sie über ihre Situation sprechen können (L3, L4). In diesem Zusammenhang wird das bewusste Zur-Verfügung-Stellen der Lehrperson als Ansprechperson hervorgehoben, ohne Gespräche aktiv einzufordern. Allein das Signal von Erreichbarkeit wird als unterstützend erlebt (L4, L7).

Ein deutliches, über mehrere Interviews hinweg konsistentes Muster zeigt sich im hohen, persönlich gesetzten Leistungsdruck vieler betroffener Schülerinnen. Unabhängig von Alter oder Ausprägung der Essstörung werden diese als sehr ehrgeizig, leistungsorientiert und diszipliniert beschrieben (L4, L5, L7). Besonders im Sportunterricht wurde sichtbar, dass Schülerinnen trotz gesundheitlicher Einschränkungen kaum Pausen einlegten oder zusätzliche Trainingseinheiten absolvierten. Dieser selbst auferlegte Leistungsanspruch wird

von den Lehrpersonen als zentraler Faktor im Zusammenhang mit Magersucht bzw. Bulimie interpretiert und deckt sich mit theoretischen Annahmen, die Essstörungen mit Perfektionismus, hohem Kontrollbedürfnis und überdurchschnittlichen schulischen Leistungen in Verbindung bringen (Simchen, 2010; Verbeek & Petermann, 2015).

Hinsichtlich der Form der Essstörung zeigen sich Unterschiede in der Wahrnehmbarkeit. Magersucht wurde im Vergleich zu bulimischen Verhaltensweisen häufiger und früher erkannt, da sie meist mit deutlich sichtbaren körperlichen Veränderungen einhergeht (L2, L4, L5, L6, L7, L8). Dennoch erfolgte die Wahrnehmung auch hier überwiegend erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. Bulimische Verhaltensweisen blieben hingegen oftmals lange unentdeckt, da markante Gewichtsveränderungen ausblieben (L3, L4). Die Erfahrungen legen nahe, dass Essstörungen – unabhängig von ihrer Form – oft erst sichtbar werden, wenn sich körperliche, verhaltensbezogene und kontextuelle Hinweise summieren.

5.2.2 Zwischenfazit

Zusammenfassend verdeutlichen die Erfahrungen der Lehrperson, dass Essstörungen im schulischen Kontext ein komplexes, situativ sichtbares Phänomen darstellen. Der Bewegungs- und Sportunterricht sowie mehrtägige Schulveranstaltungen nehmen dabei eine Schlüsselrolle in der Wahrnehmung ein. Gleichzeitig wird sichtbar, dass insbesondere Magersucht in den Erfahrungen der Lehrpersonen dominiert, während bulimische Verhaltensweisen vermutlich aufgrund ihrer geringen Sichtbarkeit unentdeckt bleiben. Dies verweist auf mögliche ‚blinde Flecken‘ schulischer Wahrnehmung und unterstreicht die Bedeutung eines sensiblen Zugangs zu unterschiedlichen Formen essgestörten Verhaltens.

5.3 Ergebnisse und Diskussion 3. HK: Schulischer Umgang mit Essstörungen

„In der ersten Kontaktaufnahme habe ich nicht viel gesprochen, außer, dass ich ihr mitgeteilt habe ‚Ich habe das Gefühl, dir geht’s nicht gut. Und wenn du jemanden zum Reden brauchst, ich bin für dich da.‘ [...] und habe dann auch meine Telefonnummer hergegeben, um irgendwo da zu signalisieren, dass ich es ernst meine.“ (L3, Z. 94-98)

„Nix. Also ganz genau gesagt einfach gar nichts. Also es wird die Schülerin und deren Lehrerinnen mehr oder weniger [...] alleingelassen.“ (L6, Z. 63-64)

Die dritte Hauptkategorie widmet sich dem schulischen Umgang mit Essstörungen und fokussiert dabei sowohl konkrete Handlungsschritte von Lehrpersonen als auch die verfügbaren institutionellen Unterstützungsstrukturen. Ziel ist es, aufzuzeigen, wie

Pädagoginnen im schulischen Alltag auf mögliche Essstörungen reagieren, welche Maßnahmen sie ergreifen und in welchem Ausmaß sie dabei auf schulinterne oder externe Fachstellen zurückgreifen können. Die Ergebnisse verdeutlichen sowohl typische Handlungsmuster im Umgang mit betroffenen Schülerinnen als auch strukturelle Rahmenbedingungen, die schulisches Handeln beeinflussen.

5.3.1 SK: Konkrete Maßnahmen der Lehrperson

Über alle Interviews hinweg zeigt sich ein relativ einheitliches Handlungsmuster im schulischen Umgang mit Essstörungen. Der erste Schritt besteht meist in einer vorsichtigen, persönlichen Kontaktaufnahme mit der betroffenen Schülerin, die auf zuvor beobachteten körperlichen oder verhaltensbezogenen Auffälligkeiten basiert: *„In der ersten Kontaktaufnahme habe ich nicht viel gesprochen, außer dass ich ihr mitgeteilt habe, Ich habe das Gefühl, dir geht's nicht gut. Und wenn du jemanden zum Reden brauchst, ich bin für dich da“* (L3, Z. 94-97). Diese Beobachtungen fungieren als zentrale Auslöser für weiteres Handeln und verdeutlichen nicht nur die Bedeutung informeller Wahrnehmungsprozesse im schulischen Alltag, sondern auch die Relevanz eines vorsichtigen Vorgehens, das mit den Handlungsempfehlungen von Baeck (2007) im Einklang steht.

Die ersten Gespräche werden von den Lehrpersonen bewusst niederschwellig und zurückhaltend gestaltet. Das Ziel ist es weniger, Essstörungen explizit zu thematisieren, sondern zunächst Beziehung aufzubauen, Vertrauen zu schaffen und Gesprächsbereitschaft zu signalisieren (L3, Z. 92-101; L5, Z. 26-28; L8, Z. 81-84). Diese Vorgehensweise wird auch von Verbeek & Petermann (2015) gestützt, die betonen, dass Gespräche mit betroffenen Schülerinnen nicht angeordnet, sondern an bestehende Vertrauensbeziehungen anknüpfend und behutsam eingeleitet werden sollten. Dabei steht zunächst das Befinden der Schülerin im Vordergrund, bevor problembezogene Einschätzungen erfolgen. Die Aussagen der Lehrpersonen deuten darauf hin, dass sie ein direktes Ansprechen zwar als notwendig erachten, dieses jedoch als sensibel und potenziell überfordernd einschätzen, wenn es zu früh oder zu konfrontativ erfolgt. Gleichzeitig wird deutlich, dass Pädagoginnen ihre professionelle Rolle klar begrenzen. Sie verstehen sich nicht als Therapeutinnen, sondern als erste Ansprechpersonen, die aufmerksam machen, begleiten und den weiteren Prozess gegebenenfalls anstoßen (L3, Z. 31-35; L4, Z. 145-147; L8, Z. 88-90). Schulisches Handeln ist dabei auf freiwillige Mitwirkung und Einsicht der Schülerin angewiesen und kann nicht erzwungen werden: *„[...] weil das passiert ja trotzdem auf Freiwilligkeit. Die müssen das*

einsehen und von sich aus aktiv werden. [...], dass die selber das eigentlich versteht und selber daran interessiert ist, dass sich das einfach wieder bessert [...] und sich auch helfen lässt“ (L8, Z. 90-94). Diese Aussage verdeutlicht ein Spannungsfeld zwischen Verantwortung und begrenzten Handlungsmöglichkeiten im schulischen Kontext, das im weiteren Verlauf näher erläutert wird.

Ein weiteres zentrales Muster zeigt sich in der schrittweisen Einbindung weiterer Instanzen. Sobald sich erste Vermutungen bestätigen oder gesundheitliche Risiken wahrgenommen werden, werden – abhängig von der jeweiligen Situation – der Klassenvorstand, KollegInnen oder schulische ExpertInnen hinzugezogen (L3, Z. 141-146; L4, Z. 132-133; L5, Z. 53; L8, Z. 86-89). Die Einbindung der Eltern wird dabei als notwendiger, zugleich aber häufig herausfordernder Schritt beschrieben: *„Mit den Eltern war das nicht möglich, weil die Mutter das ganz negiert hat [...]“* (L5, Z. 37). Mehrere Lehrpersonen berichten von fehlender Einsicht oder Abwehrreaktionen seitens der Erziehungsberechtigten, wodurch schulische Handlungsspielräume eingeschränkt werden (L5, Z. 31-33; L6, Z. 56-58; L8, Z. 89-90). Auch Verbeek & Petermann (2015) weisen darauf hin, dass Elterngespräche im Kontext mit Essstörungen oft mit Widerstand, Verunsicherung oder Abwehr verbunden sind und daher sensibel sowie schrittweise gestaltet werden müssen. In besonders kritischen Situationen, etwa bei vermuteter akuter gesundheitlicher Gefährdung, werden laut den interviewten Pädagoginnen externe Stellen eingeschaltet. Insgesamt zeigt sich, dass schulisches Handeln im Umgang mit Essstörungen überwiegend reaktiv erfolgt und stark vom individuellen Engagement einzelner Lehrpersonen sowie von bestehenden schulischen Beziehungen abhängig ist.

5.3.2 SK: Ressourcenverfügbarkeit von ExpertInnen auf institutioneller Ebene

In Bezug auf institutionelle Ressourcen ergibt sich ein heterogenes Bild, das von Schule zu Schule variiert. Übereinstimmend wird die Schulärztin als zentrale fachliche Ansprechperson genannt, insbesondere im Hinblick auf medizinische Einschätzungen und die Entscheidung über weitere Schritte (L2, Z. 61-66; L5, Z. 53; L8, Z. 37-38). Darüber hinaus fungiert sie häufig als vermittelnde Instanz zwischen Schule, Elternhaus und externen Fachstellen: *„Also ich habe direkt mir den Eltern keinen Kontakt gehabt, weil die Schulärztin ja schon vorher Kontakt mit den Eltern aufgenommen hat und sie darauf angesprochen hat“* (L8, Z. 71-73). Auch schulpsychologische Angebote werden von mehreren Lehrpersonen als wichtige Ressource beschrieben, deren tatsächliche Verfügbarkeit jedoch vielfach als eingeschränkt wahrgenommen wird (L2, Z. 68-71; L6, Z.

77-83). In der Fachliteratur von Dietze-Cruse et al. (2007, S. 75) wird in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hingewiesen: „Geben Sie die psychotherapeutische Verantwortung ab, versuchen Sie keinen Alleingang!“. Damit wird die klare Weiterverweisung an professionelle Unterstützungsstrukturen betont. Die Interviewaussagen zeigen, dass diese empfohlene Abgabe von Verantwortung im schulischen Alltag nicht immer problemlos umsetzbar ist, da entsprechende Unterstützungsangebote oftmals nur eingeschränkt verfügbar sind. So deutet L2 darauf hin, dass psychologische Unterstützung zwar grundsätzlich vorhanden ist, diese jedoch nicht immer kontinuierlich genutzt werden kann: „[...] und die Schulpsychologin ist, glaube ich, einmal im Monat da“ (L2, Z. 71). Auch L6 thematisiert die eingeschränkte Verfügbarkeit der Schulpsychologin und verweist darauf, dass die begrenzten Dienstzeiten eine kontinuierliche Begleitung erschweren: „Die Schulpsychologin kommt alle drei Monate einmal zu Unzeiten für zwei Stunden für 1300 Schüler an die Schule“ (L6, Z. 80-81). Ergänzend werden weitere Unterstützungsangebote wie Schulsozialarbeit, externe Beratungsstellen oder punktuelle Präventionsformate genannt: „Wir haben sowohl eine Schulpsychologin als auch ein Beratungsteam. [...] Und das Beratungsteam, das ist eben generell für allerlei Probleme Ansprechpartner“ (L1, Z. 117-121). Diese sind jedoch, so berichten die Pädagoginnen, meist nicht systematisch auf das Thema Essstörungen ausgerichtet und thematisieren diese häufig nur indirekt im Rahmen allgemeiner psychischer Gesundheitsförderung (L1, Z. 120-121; L6, Z. 77; L8, Z. 115-122; Z. 246-249). Ein verbindlicher schulinterner Leitfaden für den Umgang mit Essstörungen fehlt an den meisten Schulen, wodurch Lehrpersonen häufig auf individuelles Erfahrungswissen und persönliche Einschätzungen zurückgreifen müssen (L1, Z. 93-94; L3, Z. 155-158; L6, Z. 63-64; L8, Z. 80-81). Dadurch sind Zuständigkeiten im schulischen Umgang mit Essstörungen nicht klar geregelt und Vorgehensweisen variieren je nach Schule, Kollegium und verfügbaren personellen Ressourcen. Die Qualität und Intensität schulischer Unterstützung ist somit stark von institutionellen Rahmenbedingungen und vorhandenen Unterstützungsstrukturen abhängig.

5.3.3 Zwischenfazit

Die Analyse verdeutlicht, dass der schulische Umgang mit Essstörungen weniger durch formalisierte Abläufe als vielmehr durch situationsbezogene Einschätzungen und individuelles Handeln der Lehrperson geprägt ist. Ausgangspunkt schulischer Interventionen sind meist wahrgenommene körperliche oder verhaltensbezogene

Veränderungen, auf die mit vorsichtigen, persönlichen Kontaktaufnahmen reagiert wird. Dabei geht es vor allem darum, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und Gespräche zu ermöglichen, ohne die Problematik sofort direkt zu benennen. Des Weiteren zeigt sich, dass Lehrpersonen ihre Rolle bewusst begrenzen. Sie verstehen sich nicht als therapeutisch Verantwortliche, sondern als vermittelnde Ansprechpersonen, die aufmerksam begleiten und bei Bedarf weitere Unterstützungsprozesse in Gang setzen. Schulisches Handeln bleibt somit auf die Einsicht und Mitwirkung der betroffenen Schülerinnen angewiesen, was die Handlungsmöglichkeiten der Lehrpersonen strukturell einschränkt und ein Spannungsfeld zwischen Verantwortung und Zuständigkeit erzeugt. Im weiteren Verlauf werden – abhängig von Situation und Einschätzung – zusätzliche schulische oder externe AkteurInnen einbezogen. Die Zusammenarbeit mit den Eltern erweist sich dabei als besonders sensibel, da fehlende Einsicht oder Abwehrreaktionen den Handlungsspielraum der Schule erheblich begrenzen können. In solchen Fällen kommt es vermehrt zu Weiterverweisungen an externe Fachstellen. Insgesamt lässt sich festhalten, dass schulisches Vorgehen im Umgang mit Essstörungen überwiegend reaktiv bleibt und stark von persönlichem Engagement sowie von bestehenden Beziehungsstrukturen abhängt. Auf institutioneller Ebene wird ein uneinheitliches Bild der verfügbaren Unterstützungsressourcen sichtbar. Während die Schulärztin häufig eine zentrale koordinierende Rolle einnimmt, sind schulpsychologische Angebote an vielen Schulen nur eingeschränkt verfügbar. Weitere Unterstützungsangebote bestehen, sind jedoch meist nicht spezifisch auf Essstörungen ausgerichtet. Das Fehlen verbindlicher schulinterner Leitlinien führt dazu, dass Zuständigkeiten maßgeblich von institutionellen Rahmenbedingungen und vorhandenen Ressourcen abhängen.

5.4 Ergebnisse und Diskussion 4. HK: Prävention im Rahmen des Sportunterrichts

„[...] einfach dieses reale Körpergefühl zu entwickeln. Und da habe ich einen ganz großen Fokus draufgehabt.“ (L4, Z. 199-200)

„Ganz genauso wie mit allen anderen. [...] Also ich kann sie genauso motivieren und ich lobe sie genauso [...].“ (L7, Z. 158-162)

Die vierte Hauptkategorie widmet sich präventiven Aspekten im Sportunterricht. Dabei wird untersucht, in welchem Ausmaß präventive Inhalte im Unterricht aufgegriffen werden und wie Lehrpersonen mit körperbezogenen Themen, insbesondere im Umgang mit übergewichtigen Schülerinnen, umgehen.

5.4.1 SK: Präventive Maßnahmen im Sportunterricht

Die Aussagen der Lehrpersonen zeigen übereinstimmend, dass Aspekte, die sich positiv auf den Umgang mit Körper, Belastung und Wohlbefinden auswirken können, im Sportunterricht überwiegend implizit und beiläufig aufgegriffen werden. Die entsprechenden Themen stellen bei den meisten Sportpädagoginnen keinen eigenständigen Unterrichtsgegenstand dar, sondern ergeben sich situativ aus der konkreten Unterrichtsgestaltung. Mehrere Lehrpersonen betonen, dass ihr primäres Anliegen darin besteht, den Schülerinnen einen positiven Zugang zu Bewegung zu ermöglichen und Sport nicht ausschließlich leistungsorientiert zu gestalten (L1, Z. 162; L7, Z. 133-136). Eine gezielte oder geplante Auseinandersetzung mit Körper- oder Selbstbild findet dabei kaum statt. Die entsprechenden Aspekte werden überwiegend implizit und situationsbezogen aufgegriffen, ohne klar formulierte pädagogische Zielsetzung. Da laut Jacobi et al. (2004) ein negatives Körperbild als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen gilt, wird deutlich, dass diese implizite Form des pädagogischen Umgangs im Sportunterricht nur in begrenztem Ausmaß zu Verringerung entsprechender Risiken beiträgt. In den Aussagen der Lehrpersonen zeigt sich eine bewusste Verschiebung des Fokus weg von reiner Leistungsbewertung hin zu individueller Beteiligung und persönlichem Entwicklungsfortschritt. So beschreibt L7, dass Leistung zwar Teil des Unterrichts bleibt, jedoch nicht ausschlaggebend für die Beurteilung ist und stattdessen Mitarbeit und Bemühen stärker gewichtet werden: *„Das zweite ist, dass Sport nicht unbedingt Leistung sein muss, sondern dass Sport Spaß machen soll. Also ich versuche immer wieder [...] also bei mir ist die Note nicht durch Leistung geprägt. Leistung ist ein Teil also ich prüfe sehr wenig“* (L7, Z. 133-136).

Diese Haltung kann zwar indirekt entlastend wirken, wird von den Lehrpersonen jedoch nicht explizit mit der Förderung eines positiven Körper- oder Selbstbildes verknüpft.

Eine deutliche Ausnahme stellt L4 dar. Sie ist die einzige Lehrperson, die den Körper bewusst und ausdrücklich zum Unterrichtsinhalt macht und diesem Thema einen hohen Stellenwert beimisst. Die Pädagogin beschreibt, dass sie gezielt daran arbeitet, Mädchen in ihrem Körperbewusstsein zu stärken, offen über Körperformen zu sprechen und ein realistisches sowie wertschätzendes Körperbild zu fördern. Im Unterschied zu den Aussagen der anderen Interviewpersonen erfolgt bei L4 eine explizite und reflektierte Auseinandersetzung mit dem Körper- und Selbstbild im Unterricht:

„Ich habe da einen Titel drüber gelegt gehabt, ‚Mädchen stärken‘, wo der Fokus dabei war, nämlich den Mädchen bewusst zu machen, wie selbst wehrhaft sie sind. Wie selbstbewusst sie sich eigentlich entwickeln können [...] über den eigenen Körper zu sprechen und den eigenen Körper anzugreifen, sich gegenseitig angreifen zu trauen. [...] Einfach dieses reale Körpergefühl zu entwickeln. Und da hab ich einen ganz großen Fokus draufgelegt. [...] Ich habe sehr frei über die Körperformen gesprochen [...] und habe einfach dieses Riesenwunder des weiblichen Körpers zum Thema gemacht. (L4, Z. 187-190; Z. 197-200; Z. 241-246).

Dass L4 als einzige Lehrperson Körper und Körperbild explizit thematisiert, erhält vor diesem Hintergrund besondere Bedeutung, da die bewusste Auseinandersetzung mit Körperwahrnehmung als zentraler Ansatz zur Stärkung von Selbstwert und zum Umgang mit körperbezogenen Unsicherheiten beschrieben wird (Bauer-Pauderer et al., 2005; Vocks et al., 2018). Bei den übrigen Interviewpersonen zeigt sich hingegen, dass Bewegung vor allem als Mittel zur kurzfristigen Stabilisierung des Befindens verstanden wird. So betont L8 den Zusammenhang zwischen Bewegung, Konzentration und Wohlbefinden, ohne diese Aspekte systematisch zu vertiefen (L8, Z. 136-140). Ähnlich berichtet L6, dass Gespräche über Energiezufuhr, Essen oder körperliche Voraussetzungen vor allem dann stattfinden, wenn Ermüdung im Sportunterricht oder Leistungsabfall sichtbar werden (L6, Z. 90-98). Diese Zugänge bleiben überwiegend reaktiv und an konkrete Situationen gebunden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass präventive Elemente im Sportunterricht größtenteils nicht bewusst oder systematisch umgesetzt, sondern vielmehr ‚nebenbei‘ und ohne explizite Zielsetzungen aufgegriffen werden. Der Sportunterricht fungiert somit vor allem als Erfahrungsraum, in dem Körperwahrnehmung und Selbstbild indirekt beeinflusst werden. Eine gezielte Auseinandersetzung mit Körper- und Selbstbild bleibt die Ausnahme und ist in der vorliegenden Untersuchung im Wesentlichen auf eine einzelne Lehrperson beschränkt.

5.4.2 SK: Umgang mit übergewichtigen Schülerinnen

Im Umgang mit übergewichtigen Schülerinnen zeigen die Aussagen der Lehrpersonen eine klare Orientierung an Differenzierung, Schutz vor Bloßstellung und sozialer Einbindung. Mehrere Lehrpersonen betonen, dass übergewichtige Schülerinnen im Unterricht grundsätzlich nicht anders behandelt werden sollen als andere, gleichzeitig jedoch besondere

Rahmenbedingungen geschaffen werden, um negative Erfahrungen zu vermeiden (L5, Z. 112-122; L7, Z. 158-162).

In den Aussagen der Pädagoginnen zeigt sich durchgehend, dass Anforderungen und Organisationsformen im Unterricht bewusst angepasst und adaptiert werden (L1, Z. 160-164; L3, Z. 235-236; L8, Z. 171-172). L5 beschreibt, dass Ausdauerübungen häufig in Gruppen mit selbstgewähltem Tempo durchgeführt werden, um Überforderung zu vermeiden und Erfolgserlebnisse zu ermöglichen (L5, Z. 113-122). Auch L8 hebt hervor, dass sie bewusst Situationen vermeidet in denen einzelne Schülerinnen vor der Klasse Übungen vorzeigen müssen und stattdessen auf Kleingruppenarbeit und kooperative Aufgaben setzt:

„Und ich versuche immer, dass sie nicht zur Schau gestellt wird. [...] dann achte ich darauf, dass nicht alle dasitzen und zuschauen und dass ein Mädchen dann vor allen präsentieren muss und andere lachen. Das heißt immer Situationen schaffen, die angenehm für die Schülerinnen sind [...].“
(L8, Z. 169-172)

Mehrere Lehrpersonen thematisieren zudem die Bedeutung eines geschützten Rahmens. L4 betont, dass insbesondere Mädchen Räume benötigen, in denen sie ohne Beobachtung oder Bewertung durch andere über ihren Körper sprechen und Bewegungserfahrungen machen können (L4, Z. 195-199). Im Unterschied verweist L6 darauf, dass Gespräche mit übergewichtigen Schülerinnen eher individuell und außerhalb des Klassenkontexts geführt werden, wobei der Fokus auf dem körperlichen Befinden liegt und nicht auf Gewicht oder Aussehen (L6, Z. 127-133). Gleichzeitig wird deutlich, dass äußere Rahmenbedingungen wie große Gruppen oder organisatorische Vorgaben die Handlungsmöglichkeiten im Unterricht begrenzen (L8, Z. 160-168).

Es zeigt sich schlussendlich, dass Lehrpersonen im Umgang mit übergewichtigen Schülerinnen vor allem darauf achten, beschämende Situationen zu vermeiden und die Teilhabe am Unterricht zu ermöglichen. Der Fokus auf Schutz und Teilhabe verweist darauf, dass Lehrpersonen sensibel auf mögliche negative Körpererfahrungen reagieren und Situationen vermeiden möchten, die Scham oder soziale Ausgrenzung begünstigen könnten. Die getroffenen Maßnahmen sind dabei dennoch meist situationsbezogen und weniger Teil eines festen Konzepts.

5.4.3 Zwischenfazit

Die Ergebnisse der vierten Hauptkategorie zeigen, dass präventive Aspekte im Sportunterricht vor allem im weiteren Sinne der Vorbeugung von Essstörungen nur in sehr begrenztem Ausmaß aufgegriffen werden. Themen wie Körperwahrnehmung, Selbstbild oder ein positiver Umgang mit dem eigenen Körpergewicht sind kein expliziter Bestandteil des Unterrichts, sondern werden überwiegend beiläufig und situationsabhängig behandelt. Die Auseinandersetzung mit diesen Themen erfolgt meist ohne besondere Gewichtung seitens der Lehrpersonen.

Zwar betonen mehrere Pädagoginnen, dass sie einen positiven Zugang zu Bewegung fördern und Leistung weniger stark gewichten möchten, doch wird diese Haltung nicht bewusst mit der Stärkung eines positiven Körper- und Selbstbildes verknüpft. Eine klare Ausnahme stellt Lehrperson L4 dar, die als einzige den Körper gezielt und reflektiert zum Unterrichtsthema macht und dem Aufbau eines positiven Körper- und Selbstbildes einen zentralen Stellenwert beimisst.

Im Umgang mit übergewichtigen Schülerinnen zeigt sich zwar ein sensibler Umgang, der auf Schutz vor Bloßstellung und auf Teilhabe abzielt, jedoch bleiben auch diese Maßnahmen überwiegend situationsbezogen. Insgesamt wird deutlich, dass vorhandene präventive Potenziale des Sportunterrichts nur eingeschränkt und überwiegend indirekt genutzt werden. Eine bewusste, systematische Auseinandersetzung mit Körper- und Selbstbild findet im Unterricht der meisten Lehrpersonen nicht statt.

5.5 Ergebnisse und Diskussion 5. HK: Rolle und Kompetenzwahrnehmung der Lehrperson

„Nach mehreren Unterrichtsjahren kommt immer mehr die Sicherheit. Und das Gute ist, man kann eben Kollegen [...] fragen.“ (L8, Z. 188-189)

„Es gibt sicher schon Möglichkeiten, gerade in Bezug auf Körperwahrnehmung. Und wir sind sicher auch ein wichtiger Teil, weil gerade im Sport fällt es an erster Stelle auf, weil wir auch einen viel persönlicheren Kontakt zu Schülerinnen haben [...].“ (L8, Z. 224-226)

Die fünfte Hauptkategorie beschäftigt sich mit der Rolle der Lehrperson sowie mit deren subjektiver Wahrnehmung von Kompetenz und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit Essstörungen. Im Fokus steht dabei, wie Lehrpersonen ihre eigene Handlungssicherheit einschätzen und welche Möglichkeiten sowie Grenzen sie im schulischen Kontext hinsichtlich präventiver Beiträge wahrnehmen.

5.5.1 SK: Subjektive Handlungssicherheit

Die subjektive Handlungssicherheit der Lehrperson wird insgesamt als begrenzt und situationsabhängig beschrieben. Zwar berichten einzelne Lehrpersonen, dass mit zunehmender Berufserfahrung ein gewisses Maß an Sicherheit entsteht, diese jedoch stark an äußere Bedingungen geknüpft bleibt. So beschreibt L8: *„Nach mehreren Unterrichtsjahren kommt immer mehr Sicherheit“* (L8, Z. 198). Auch L4 betont, dass sich die persönlichen Unterrichtserfahrungen positiv auf die Handlungssicherheit auswirken: *„Jetzt, heute, nach dieser langen Zeit sehr sicher“* (L4, Z. 503).

Gleichzeitig zeigen die Aussagen mehrerer Lehrpersonen, dass diese Sicherheit nicht stabil ist. Insbesondere der Umgang mit Essstörungen wird als herausfordernd erlebt, da es sich um ein komplexes und psychisch geprägtes Thema handelt, das schwer einschätzbar ist (L6, Z. 138-140; L7, Z.176-178). L1 bringt diese Unsicherheit deutlich zum Ausdruck:

„Sicher fühle ich mich bestimmt nicht, weil es doch auch einfach so ein umfangreiches, schwieriges Thema ist. Und gerade wenn ich eben nicht genau weiß, [...] was da alles noch im Hintergrund mitspielt, was sie noch für Probleme eventuell haben könnte [...]. Also sicher fühle ich mich nicht. Einfach, weil es kein einfaches Thema ist.“ (L1, Z. 198-204)

Auch L5 beschreibt eine ausgeprägte Unsicherheit im direkten Umgang mit betroffenen Schülerinnen, insbesondere dann, wenn unklar ist, wie diese auf Ansprache reagieren oder ob Nähe aufgebaut werden kann (L5, Z. 127-129). Die Handlungssicherheit wird hier als unsicher erlebt und als stark vom Vertrauensverhältnis abhängig gesehen. L2 hingegen schildert, dass sich Handlungssicherheit vor allem dann einstellt, wenn klare Strukturen und unterstützende Fachpersonen vorhanden sind. Die Zusammenarbeit mit der Schulärztin wird als entlastend erlebt und vermittelt Orientierung im Umgang mit betroffenen Schülerinnen (L2, Z. 131-137). In ähnlicher Weise betont L3, dass Sicherheit insbesondere durch eine bewusste Abgrenzung der eigenen Rolle entsteht. Indem therapeutische Aufgaben nicht als Teil der eigenen Zuständigkeit verstanden werden, bleibt die eigene Handlungssicherheit erhalten (L3, Z. 252-254).

L8 ergänzt diese Perspektive, indem sie hervorhebt, dass Handlungssicherheit weniger aus individuellem Wissen entsteht, sondern aus der Möglichkeit, Unterstützung einzuholen. KollegInnen, SchulärztInnen oder PsychologInnen werden als wichtige Ressource genannt, um Unsicherheit zu verringern (L2, Z. 131-132; L8, Z. 199-201). Gleichzeitig wird betont, dass diese Unterstützung im schulischen Alltag oft nur eingeschränkt verfügbar ist, was das

Gefühl verstärkt, mit der Situation allein zu sein: *„Meiner Meinung müsste da viel mehr Unterstützung noch kommen. [...] Irgendwie fühlt man sich manchmal schon alleine gelassen, weil einfach zu wenig Unterstützung da ist.“* (L8, Z. 214-216).

Insgesamt zeigt sich, dass subjektive Handlungssicherheit weniger als persönliche Kompetenz zu verstehen ist, sondern vielmehr als Ergebnis von Erfahrung, klarer Rollengrenzen und struktureller Unterstützung. Fehlen diese Rahmenbedingungen, überwiegt bei den Lehrpersonen ein Gefühl von Unsicherheit im Umgang mit Essstörungen.

5.5.2 SK: Beiträge zur Prävention: wahrgenommene Möglichkeiten und Grenzen

Die Lehrpersonen beschreiben ihre Rolle im Bereich der Prävention von Essstörungen insgesamt als begrenzt, jedoch nicht als wirkungslos. Die meisten sehen grundsätzlich Möglichkeiten, im schulischen Kontext einen Beitrag zu leisten, äußern jedoch Unsicherheiten darüber, wie groß und wirksam dieser Beitrag tatsächlich sein kann.

Der schulische Kontext, insbesondere der Sportunterricht, wird von mehreren Lehrpersonen als sensibler Bereich wahrgenommen, in dem Veränderungen bei Schülerinnen sichtbar werden können (L1, Z. 213-216; L3, Z. 270-272). So erläutert L3 beispielsweise: *„Dann hat ein Lehrer die Möglichkeit, da einen Schritt auf das Kind zuzugehen. Ich habe die Möglichkeit im Turnunterricht leichter [...]“* (L3, Z. 270-271). Obwohl sie zwar Einflussmöglichkeiten sehen, schätzen sie dennoch ihren Handlungsspielraum als begrenzt ein.

Mehrere Lehrpersonen äußern deutliche Zweifel daran, dass die Institution Schule einen maßgeblichen Beitrag zu Verringerung von Essstörungen leisten kann (L3, Z. 272; L6, Z. 145). Essstörungen werden von ihnen vor allem als psychisch und gesellschaftlich bedingte Problemlagen beschrieben, die den schulischen Einflussbereich übersteigen: *„Da psychologisch gesehen weiß ich jetzt nicht, inwiefern ich als Sportlehrerin da sonderlich hilfreich sein kann“* (L1, Z. 217-218). Auch L3 beschreibt in dem Interview ihre Handlungsmöglichkeiten als eingeschränkt: *„[...] aber im Endeffekt sind die Möglichkeiten begrenzt, weil das ist ja ein ganzes Konstrukt.“* (L3, Z. 144-145). Andere Pädagoginnen formulieren ihre Einschätzungen differenzierter und betonen, dass Schule zumindest einen indirekten Beitrag leisten könne, etwa durch Wahrnehmung, Beziehungsarbeit, begleitende Unterstützung sowie durch die Thematisierung der Themen Essen und Ernährung: *„Also Möglichkeiten, indem ich halt wahrscheinlich mehr das Thema Essen und Ernährung thematisieren würde. [...] Ich weiß halt nicht, inwiefern ich es dann wirklich verhindern würde“* (L2, Z. 146-148). Auch L8 äußert sich dazu wie folgt: *„Es gibt sicher schon*

Möglichkeiten, gerade in Bezug auf Körperwahrnehmung. Und wir sind sicher auch ein wichtiger Teil, weil gerade im Sportunterricht fällt es an erster Stelle auf, weil wir auch einen viel persönlicheren Kontakt zu den Schülerinnen haben“ (L8, Z. 224-226). Übereinstimmend wird betont, dass mögliche präventive Beiträge stark von der Beziehung zur jeweiligen Schülerin abhängen. Mehrere Interviewpersonen geben an, dass Ansprechen oder Begleiten nur dann möglich erscheint, wenn ein Vertrauensverhältnis besteht (L5, Z. 139-141; L6, Z. 122-123). Wie zentral Beziehung in diesem Zusammenhang ist, verdeutlicht L4:

„Die Grenzen, die gesetzt sind, sind in dem Moment, wo du keine Beziehung zu der Jugendlichen hast. Da kommst du, egal was du ihr anbietest, du kommst nicht an sie ran. Du kannst ihr nicht helfen. Es geht nur über die Möglichkeit, dass sie dir vertraut. Dass eine Beziehung mit dieser Schülerin entstanden ist. Möglicherweise genau, um Essstörungen erstens einmal zu besprechen, was ist dahinter, um täglich den Kontakt zu halten. Um im Gespräch zu bleiben. Um ihr von einer Stunde auf die nächste zu helfen.“
(L4, Z. 523-529)

Diese Beziehung wird dabei nicht als gezielte Präventionsmaßnahme verstanden, sondern als Voraussetzung, um überhaupt Einfluss nehmen zu können. Als klare Grenze benennen die Pädagoginnen unter anderem die Einschätzung gesundheitlicher Risiken. Sobald Unsicherheit darüber besteht, ob schulische Beteiligung der Schülerin schaden könnte, wird der eigene Handlungsspielraum bewusst eingeschränkt (L5, Z. 144-147). Zusätzlich werden zeitliche und organisatorische Rahmenbedingungen als begrenzender Faktor beschrieben, die sich maßgeblich auf den Handlungsspielraum der Lehrpersonen auswirken. Mehrere Lehrpersonen beschreiben, dass fehlende Zeit, kurze Pausen und zusätzliche organisatorische Aufgaben es erschweren, Gespräche mit Schülerinnen in Ruhe zu führen (L1, Z. 219-220). Jene Aussage von L8 verdeutlicht in diesem Zusammenhang, dass der Handlungsrahmen auch strukturell begrenzt wird:

„Ja, weil wir sind eh schon mit dem Unterricht und mit anderen Sachen beschäftigt, mit Organisatorischem und es ist einfach die Zeit nicht da. Wir haben fünf und zehn Minuten Pausen, da muss ich eine Gangaufsicht machen und da muss ich kopieren. Da ist einfach die Zeit nicht da, dass ich in Ruhe mit einer Schülerin spreche, wenn es was gibt. [...] Und da muss ich schon sagen, dass ich hoffe, dass von der Bildungsdirektion das auch gesehen wird

und da einfach den Lehrern mehr Unterstützung zugestanden wird oder dass das bezahlt wird. Weil auf Dauer steigt die Belastung.“ (L8, Z. 204-211)

Anhand diverser Interviews zeigt sich, dass die wahrgenommenen Möglichkeiten und Grenzen schulischer Prävention nicht einheitlich sind, sondern stark vom individuellen Rollenverständnis der Lehrpersonen abhängen. Während einzelne Lehrpersonen bereit sind, sich intensiv einzubringen und präventive Verantwortung zu übernehmen, ziehen sich andere bewusst zurück und definieren ihre Zuständigkeit klar begrenzt. L4 beschreibt die unterschiedlichen Haltungen innerhalb ihres Kollegiums folgendermaßen:

„Also viele fühlen sich halt dann trotzdem nicht zuständig. Viele Kollegen sagen: ‚Ich muss das und das Fach unterrichten. Mein Auftrag ist es, dem Kind Mathematik, Deutsch beizubringen und alles andere darüber hinaus müssen wir an Sozialarbeiter, an Schulpsychologen, an private Therapeuten oder an die Familie zurückschicken.“ (L4, Z. 166-171)

Ergänzend macht L6 deutlich, dass präventives Engagement und damit auch die wahrgenommenen Möglichkeiten stark von der Teamkultur sowie von der emotionalen Selbstabgrenzung der Lehrperson abhängen. Sie beschreibt, dass Lehrpersonen nicht immer in der Lage sind, sich intensiv auf diese Problemlagen einzulassen und dass der Umgang mit Essstörungen auch eine persönliche Belastung darstellen kann:

„Es ist keine Zeit dafür. Es wird jetzt nicht versucht, extra Rücksicht zu nehmen. Das hängt sehr vom Lehrerteam ab, ob das Lehrerteam es schafft oder nicht. Ich verstehe es auch. Und mittlerweile bin ich auch so weit, dass die Lehrer sagen es ist eigentlich nicht [...] Ich kann das nicht so nah an mich heran gehen lassen. Deswegen ist für mich dieses Interview eine große Überwindung, weil es Sommer ist und ich versuche mich eigentlich von diesen ganzen Problemen fernzuhalten [...] damit ich wieder Energie tanke für genau diese Fälle.“ (L6, Z. 67-73)

Insgesamt verstehen die Lehrpersonen Prävention im Sinne der Vorbeugung von Essstörungen im schulischen Kontext als begrenzten, vorsichtigen Beitrag, dessen Reichweite sie selbst als schwer einschätzbar erleben. Sie sehen ihre Rolle nicht im Verhindern oder Behandeln von Essstörungen, sondern vielmehr im Wahrnehmen von Auffälligkeiten, im sensiblen Ansprechen sowie im Weiterleiten an zuständige Stellen. Die wahrgenommenen Möglichkeiten sind nicht nur strukturell eingeschränkt, sondern auch

personell unterschiedlich ausgeprägt. Umfang und Intensität präventiver Unterstützung hängen somit wesentlich von individuellen Ressourcen, teambezogenen Rahmenbedingungen und bestehenden Beziehungen ab.

5.5.3 Zwischenfazit

Die Ergebnisse der Hauptkategorie 5 zeigen, dass Lehrpersonen ihre Rolle im Umgang mit Essstörungen im schulischen Kontext insgesamt als anspruchsvoll und begrenzt wahrnehmen. Sowohl die subjektive Handlungssicherheit als auch die Einschätzung präventiver Möglichkeiten hängen stark von der jeweiligen Situation ab. Sie werden weniger als persönliche Fähigkeiten der Pädagoginnen erlebt, sondern vor allem durch äußere Bedingungen, bestehende Beziehungen und persönliche Voraussetzungen beeinflusst. Im Hinblick auf die subjektive Handlungssicherheit wird deutlich, dass diese nicht als stabiler Zustand erlebt wird. Zwar berichten einzelne Lehrpersonen, dass mit zunehmender Berufserfahrung ein gewisses Maß an Sicherheit entsteht, diese bleibt jedoch unsicher und situationsabhängig. Besonders die psychische Dimension von Essstörungen und die Schwierigkeit, Situationen richtig einzuschätzen, führen zu großer Unsicherheit seitens der Befragten. Handlungssicherheit entsteht vor allem dann, wenn klare Zuständigkeiten bestehen, Verantwortung geteilt wird und unterstützende Fachpersonen zur Verfügung stehen.

Auch die Möglichkeiten zur Prävention werden insgesamt zurückhaltend eingeschätzt. Die Pädagoginnen sehen zwar Ansatzpunkte im schulischen Alltag, etwa durch Wahrnehmung, Beziehung und begleitende Unterstützung, zweifeln jedoch an der Reichweite dieser Beiträge. Prävention wird daher weniger als gezieltes Eingreifen verstanden, sondern vielmehr als vorsichtiger und indirekter Beitrag, dessen Wirkung schwer einzuschätzen ist.

Über beide Bereiche hinweg zeigt sich, dass die Möglichkeiten und Grenzen schulischen Handelns unterschiedlich ausgeprägt sind. Neben zeitlichen und organisatorischen Bedingungen spielen auch persönliche Einstellungen, die Zusammenarbeit im Kollegium und die Fähigkeiten zur emotionalen Abgrenzung eine wichtige Rolle. Während sich einzelne Lehrpersonen stark engagieren, ziehen sich andere bewusst zurück und begrenzen ihre Zuständigkeit.

Schlussendlich verstehen die befragten Lehrpersonen ihre Rolle im Umgang mit Essstörungen vor allem als wahrnehmend, begleitend und vermittelnd.

Handlungsunsicherheit und präventive Möglichkeiten werden als begrenzt erlebt und hängen stark von den jeweiligen Rahmenbedingungen ab.

5.6 Ergebnisse und Diskussion 6. HK: Fort- und Weiterbildungen

„Ich war auch auf diversen Vorträgen, die es halt so [...] gegeben hat. Ich muss aber dazu sagen, dass das Thema Magersucht auf Fortbildungen für Turnlehrer [...] kaum bis gar nicht vorhanden war [...].“ (L3, Z. 284-287)

*„In Bezug auf Essstörungen wäre es sehr interessant mit einer oder einem Betroffenen, der das überstanden hat, zu reden. Der dann wirklich frei darüber reden kann.“
(L5, Z. 160-161)*

Die sechste Hauptkategorie beschäftigt sich mit Fort- und Weiterbildungen im Kontext von Essstörungen. Untersucht wird dabei, auf welchen Wegen Lehrpersonen Wissen zu diesem Thema erwerben und welche Erwartungen sie an zukünftige Fortbildungsangebote haben.

5.6.1 SK: Formen der Wissensaneignung im Umgang mit Essstörungen

Übergreifend zeigen die Aussagen der Lehrpersonen, dass Wissen im Umgang mit Essstörungen nur selten über formale Fort- und Weiterbildungsangebote erworben wird. Mehrere Pädagoginnen berichten, bislang keine spezifischen Fortbildungen zu diesem Thema besucht zu haben (L1, Z. 241; L2, Z. 166; L5, Z. 158). Auch in der universitären Ausbildung wird die Thematik rückblickend als kaum präsent oder lediglich am Rand behandelt beschrieben, etwa im Zusammenhang mit allgemeinen Ernährungsthemen, ohne psychische Aspekte von Essstörungen zu berücksichtigen (L1, Z. 242-243; L7, Z. 212-217).

Stattdessen erfolgt die Wissensaneignung häufig informell und individuell. Mehrere Lehrpersonen schildern, dass sie sich eigenständig mit dem Thema auseinandergesetzt haben, etwas durch Fachliteratur, allgemeine Sportkundebücher oder vereinzelte Materialien, die im schulischen Kontext verfügbar sind (L1, Z. 249-251; L2, Z. 166-167; L7, Z. 221-229). Diese Formen der Wissensaneignung werden jedoch als unsystematisch beschrieben und nicht als kontinuierliche bzw. vertiefte Auseinandersetzung erlebt.

Einzelne Lehrpersonen heben darüber hinaus eigene Fortbildungs- oder Seminarerfahrungen hervor, die jedoch meist außerhalb regulärer Lehrerfortbildungen liegen. So beschreibt L3, sich über Jahre hinweg Wissen selbst angeeignet und vereinzelt Vorträge besucht zu haben, betont jedoch gleichzeitig, dass Essstörungen in Fortbildungen für SportpädagogInnen kaum thematisiert wurden (L3, Z. 284-288). Lediglich L4 berichtet, aus persönlichem Interesse

mehrere private Weiterbildungen sowie Seminare mit körperorientierten und therapeutischen Ansätzen absolviert zu haben:

„Ich habe selber Fortbildungen gemacht, die genau in die Richtung gegangen sind, wo es um dieses körperliche Selbstbild und um dieses, um die gesunde Entwicklung geht. Sagt dir Biogenetik etwas? Das ist eine relativ junge psychische Therapieform. [...] Ja, und im Zuge von meiner Ausbildung zur Outdoorpädagogin haben wir selber ein halbes Jahr in einer Gruppentherapie teilnehmen müssen.“ (L4, Z. 380-382; Z. 412-414)

Demgegenüber zeigen sich bei anderen Lehrpersonen deutliche Grenzen der Wissensaneignung. L6 beschreibt, dass sie zwar an schulischen Seminaren oder Vorträgen teilnimmt, sich jedoch bewusst gegen eine vertiefende eigenständige Auseinandersetzung entscheidet, da sie diese nicht als Teil ihrer fachlichen Rolle sieht und sich klar von therapeutischen Zuständigkeiten abgrenzt (L6, Z. 152-155).

Insgesamt wird Wissensaneignung im Umgang mit Essstörungen als stark von individueller Initiative, persönlichen Interessen und verfügbaren Ressourcen abhängig beschrieben. Systematisch verankerte sowie regelmäßig zugängliche Fortbildungsangebote werden von den Lehrpersonen kaum wahrgenommen.

5.6.2 SK: Erwartungen an Fortbildungsinhalte

In Bezug auf zukünftige Fortbildungen äußern die Interviewpersonen konkrete Erwartungen, die sich deutlich von rein theoretischen Wissensvermittlungen abgrenzen. Mehrere Pädagoginnen betonen den Wunsch nach praxisnahen Fortbildungsinhalten, die konkrete Orientierung für den schulischen Alltag bieten. So beschreibt L2 den Bedarf nach Fortbildungen, die den gesamten Umgangsprozess abbilden – von der ersten Wahrnehmung über Ansprache bis hin zu klarer Abgrenzung der eigenen Rolle (L2, Z. 172-175, Z. 177-179). Auch L7 betont das Interesse an konkreten Handlungsstrategien sowie an aktuellen Informationen, um den eigenen Umgang mit dem Thema besser einschätzen zu können (L7, Z. 235-242). Die Interviewperson L6 formuliert diesen Wunsch besonders explizit, indem sie den Bedarf nach klarer Orientierung im konkreten schulischen Handeln hervorhebt: *„Also sprich was kann ich als Lehrerin tun in dieser Situation? Von Anfang bis zum Ende und vielleicht auch Abgrenzung, Was ist definitiv nicht meine Aufgabe und wie kann ich mich abgrenzen?“* (L6, Z. 164-166). Darüber hinaus werden Erfahrungsberichte als besonders wertvoll hervorgehoben. L5 äußert den Wunsch, im Rahmen von

Fortbildungen mit Personen zu sprechen, die eine Essstörung selbst erlebt und überwunden haben, um Einblicke in subjektive Erfahrungen und hilfreiche Unterstützungsformen zu erhalten: „*In Bezug auf Essstörungen wäre es sehr interessant mit einer oder einem Betroffenen, der das überstanden hat, zu reden*“ (L5, Z. 160-161). Diese Perspektive wird als Ergänzung zu fachlichem Wissen verstanden. Zudem wird die Bedeutung von externer Expertise betont. L8 spricht sich deutlich für den Einbezug von Fachpersonen außerhalb der Schulinstitution aus, da sie sich selbst nicht als Spezialistin wahrnimmt und externe Inputs als fachlich sicherer einschätzt: „*In Projektform oder Exkursionen. Ja oder halt einfach Fachexperten. Von außen ist glaube ich das Beste, weil ich bin nicht spezialisiert. Das kann dann nicht daneben gehen*“ (L8, Z. 258-259). Gleichzeitig wünscht sie sich konkrete, leicht umsetzbare Materialien, Projektvorschläge oder Skripten, die ohne zusätzlichen Vorbereitungsaufwand im Unterricht eingesetzt werden können: „*Ja, natürlich auf mein Fach spezialisiert. [...] Einfach so Projektvorschläge, dass ich nicht selber mich wieder hinsetzen muss und einfach Erleichterung da ist*“ (L8, Z. 264; Z. 267-268).

Weitere Lehrpersonen äußern wiederum weitergehende Erwartungen an das Bildungssystem. So betont L4, dass psychologisch-pädagogische Inhalte, soziale Kompetenzen und persönliche Entwicklung stärker Teil der Lehrerausbildung und Fortbildung werden sollten, um Schülerinnen ganzheitlich begleiten zu können: „*Da muss eine ganz neue Geschichte als Pflichtvorlesung kommen. Ja wo es um soziale Kompetenzen geht und vielleicht trotzdem schon irgendwo in die therapeutische Richtung geht. [...] Der pädagogische Beruf muss ausgeweitet werden, und zwar in eine soziale Richtung. Mehr in die Sozialkompetenz, um die Kinder früh aufzufangen, um präventiv arbeiten zu können*“ (L4, Z. 581-588).

Zusammenfassend richten sich die Erwartungen der Lehrpersonen weniger auf eine Ausweitung ihrer Zuständigkeit, sondern auf Fortbildungsangebote, die praxisnah, handlungsorientiert und klar abgegrenzt sind. Gewünscht werden konkrete Orientierungshilfen, externe Expertise sowie Materialien, die den schulischen Alltag realistisch berücksichtigen und die eigene Rolle im Umgang mit Essstörungen stärken.

5.6.3 Zwischenfazit

Die Ergebnisse der Hauptkategorie 6 zeigen, dass Wissen zum Umgang mit Essstörungen von der Lehrperson überwiegend informell und individuell erworben wird. Formale Fort- und Weiterbildungen sowie entsprechende Inhalte in der Ausbildung spielen bislang nur eine untergeordnete Rolle. Dem hinzuzufügen ist, dass die Wissensaneignung stark von dem

persönlichen Engagement und von den verfügbaren Ressourcen abhängt. Gleichzeitig äußern die Lehrpersonen einen klaren Bedarf an praxisnahen Fortbildungsangeboten. Gewünscht werden konkrete Orientierung für den schulischen Alltag, klare Handlungsmöglichkeiten sowie eine deutliche Abgrenzung der eigenen Rolle. Externe Expertise, Erfahrungsberichte und leicht umsetzbare Materialien werden dabei als besonders unterstützend wahrgenommen.

5.7 Ergebnisse und Diskussion 7. HK: Zukunftsvision

„Ich glaube, Social Media ist ein ganz großes Problem und hat, glaube ich, verheerende Auswirkungen [...] nochmal mehr auf junge Leute. [...] Also in dem Szenario, glaube ich, würde es kein Social Media geben bzw. nicht so, wie es gerade ist.“ (L1, Z. 264-267)

Im Rahmen der Interviews wurden die Lehrpersonen abschließend gebeten, sich eine Zukunft ohne Essstörungen vorzustellen und zu beschreiben, welche Veränderungen aus ihrer Sicht dazu beitragen könnten.

Die Zukunftsaussichten der Lehrpersonen zeigen übereinstimmend, dass eine Reduktion bzw. das Ausbleiben von Essstörungen nur durch umfassende gesellschaftliche Veränderungen möglich erscheint. Besonders häufig werden Medien, Leistungsdruck und vorgelebte Werte als zentrale Einflussfaktoren genannt.

Mehrere Lehrpersonen verweisen auf den starken Einfluss von Medien und sozialen Netzwerken. L1 und L2 betonen, dass sich vor allem die Darstellung von Körperbildern grundlegend verändern müsste. Über Werbung und Social Media würden unrealistische Idealbilder vermittelt, die Selbst- und Fremdwahrnehmung negativ beeinflussen (L1, Z. 264-266; L2, Z. 184-189). Auch L6 beschreibt die Gesellschaft als stark leistungsorientiert und von Perfektionismus geprägt, was sich sowohl im Bildungssystem als auch im familiären Umfeld widerspiegle und zusätzlichen Druck auf Kinder ausübe: *„Die Gesellschaft hätte sich verändert. [...] Wir leben in einer Leistungsgesellschaft mit Perfektionismus schlechthin. [...] Das heißt, in Wirklichkeit müsste man die Gesellschaft verändern und den Druck rausnehmen, mehr wieder auf das Individuum an sich eingehen, auf die Stärken der Kinder [...]“ (L6, Z. 170-180).* In eine ähnliche Richtung argumentiert L8, die Werbung, soziale Medien und digitale Plattformen als wesentliche Ursachen für problematische Körperbilder benennt. Zudem schätzt sie eine Zukunft ohne Essstörungen als sehr unrealistisch ein (L8, Z. 281-285). Neben medialen Einflüssen wird das gesellschaftliche Umfeld kritisch betrachtet. L2 hebt hervor, dass nicht nur Medien, sondern auch gesellschaftliche Werte im Umgang mit Essen, Körper und Leistung eine Rolle spielen (L2,

Z. 191-198). Gleichzeitig wird betont, dass solche Veränderungen langfristig wären und im aktuellen System nur begrenzt realisierbar erscheinen. Zudem werden strukturelle Veränderungen wie kleinere Klassen, mehr Zeit für Beziehung sowie ein stärkerer Fokus auf kreative, körperliche und lebensnahe Inhalte als wichtige Bedingungen für eine Zukunft ohne Essstörungen genannt:

„Das Schulsystem wäre zusammengebrochen, so wie wir es jetzt haben. Es würde kleinere Gruppen geben. Es würde nicht diese großen Gruppen mit 30 Leuten geben. [...] Es wäre wirklich auf ein gemeinsames Lebensmittel produzieren als Unterrichtsfach gekommen. Also Essen und Nahrungsmittel produzieren als Unterrichtsfach. Und auch die künstlerischen Gegenstände wie Musik, kreatives Zeichnen, [...] würde im Ausmaß vom dreifachen Stundenkontingent in den Schulen zur Verfügung stehen.“ (L4, Z. 593-600)

L7 ergänzt diese Perspektive, indem sie eine stärkere Betonung von Stärken statt Defizite sowie mehr Raum für Gesundheitsbildung und Work-Life-Balance im Schulalltag fordert (L7, Z. 264-272). Diese Vorstellungen knüpfen an jene von Bauer-Pauderer et al. (2005) und Dietze-Cruse et al. (2007) an, die unter anderem die Förderung von Lebenskompetenzen, personalen Ressourcen und sozialer Unterstützung als zentrale Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung beschreiben. Darüber hinaus machen die Aussagen der Interviewpersonen deutlich, dass diese Art von Zukunft nur dann vorstellbar erscheint, wenn auch Eltern, Familie und das nahe soziale Umfeld aktiv zu einer gesunden Entwicklung beitragen würden (L5, Z. 177). Ebenso hebt L8 innerfamiliäre Konflikte und Spannungen als relevante Auslöser hervor und beschreibt eine Zukunft ohne Essstörungen als schwer realisierbar, solange familiäre Belastungen, mediale Einflüsse und gesellschaftlicher Druck weiterhin präsent sind. (L8, Z. 287-293).

5.7.1 Zwischenfazit

Die Zukunftsvisionen der Lehrpersonen machen deutlich, dass eine Zukunft ohne Essstörungen aus ihrer Sicht nur unter weitreichenden gesellschaftlichen Veränderungen vorstellbar ist. Essstörungen werden nicht als isoliertes schulisches Problem verstanden, sondern als Ergebnis mehrerer ineinandergreifender Einflüsse, insbesondere von durch soziale Netzwerke vermittelten Körperbildern, gesellschaftlichem Leistungsdruck und vorgelebten Werten. In den Zukunftsvorstellungen der Lehrpersonen nimmt Schule eine unterstützende, jedoch klar begrenzte Rolle ein. Für eine Zukunft ohne Essstörungen wird

Schule nicht als zentraler Lösungsort gesehen, sondern als Raum, in dem Wahrnehmung, Beziehung und begleitende Unterstützung möglich sind. Zugleich machen die Aussagen deutlich, dass eine solche Zukunft aus Sicht der Pädagoginnen nur dann realistisch erscheint, wenn sich auch schulische Rahmenbedingungen verändern. Genannt werden dabei insbesondere kleinere Klassen, mehr Zeit für Beziehungsarbeit sowie eine stärkere Orientierung an individuellen Stärken. Darüber hinaus wird deutlich, dass eine Zukunft ohne Essstörungen nur möglich wäre, wenn auch das familiäre und gesellschaftliche Umfeld aktiv zu einer gesunden Entwicklung beiträgt. Insgesamt zeigt sich ein Spannungsfeld zwischen wünschenswerten Zukunftsvorstellungen und den tatsächlich begrenzten Einflussmöglichkeiten schulischen Handelns.

6 Abschlussdiskussion: Beantwortung der Forschungsfragen

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, persönliche Erfahrungen von Sportpädagoginnen sowie pädagogische Handlungsweisen im Umgang mit Schülerinnen, die von Essstörungen betroffen sind, zu untersuchen. Auf der Grundlage eines theoretischen Rahmens zur Institution Schule als Lebens- und Entwicklungsraum sowie zu präventiven Ansätzen im Schulischen Kontext wurden insgesamt acht Interviews geführt und im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die Ergebnisdarstellung hat zentrale Erfahrungen, Handlungsmuster und Rahmenbedingungen im schulischen Umgang mit Essstörungen sichtbar gemacht. Das Ziel dieses abschließenden Kapitels ist es, die eingangs formulierten Fragestellungen auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse zu beantworten.

1. Wie gestalten Sportpädagoginnen den Sportunterricht für Schülerinnen mit Essstörungen und welche pädagogischen Zugänge prägen dabei ihr Handeln?

Die Gestaltung des Sportunterrichts für Schülerinnen mit Essstörungen ist überwiegend durch Sensibilität sowie durch situatives und individuell angepasstes Handeln geprägt. Sportpädagoginnen orientieren sich dabei weniger an festgelegten Konzepten als vielmehr an der aktuellen körperlichen und psychischen Verfassung der jeweiligen Schülerinnen. Im Vordergrund steht nicht die sportliche Leistung, sondern die Ermöglichung von Teilhabe unter möglichst geschützten und entlastenden Bedingungen.

Ein zentrales pädagogisches Prinzip stellt die bewusste Abkehr von einer stark leistungsorientierten Unterrichtsgestaltung dar. Stattdessen werden individuelle Beteiligung, persönliches Bemühen und subjektives Wohlbefinden stärker gewichtet, um Druck zu

reduzieren und Überforderung zu vermeiden. Inklusivität zeigt sich insbesondere in der differenzierten Anpassung von Anforderungen sowie in der Vermeidung von Situationen, die zu Bloßstellung, Vergleich oder Beschämung führen könnten. Diese Haltung wird überwiegend implizit verfolgt und nur selten ausdrücklich als pädagogisches Ziel benannt. Darüber hinaus spielt Sensibilität im Umgang mit körperlichen Grenzen und gesundheitlichen Risiken eine zentrale Rolle. Sportpädagoginnen reagieren flexibel auf Tagesform und Belastbarkeit der Schülerinnen und greifen ein, wenn eine Überforderung vermutet wird. Gleichzeitig wird eine Abgrenzung der professionellen Rolle angestrebt, indem therapeutische Zuständigkeiten nicht übernommen werden. Die Unterrichtsgestaltung bewegt sich somit im Spannungsfeld zwischen unterstützendem Handeln und professioneller Distanz. Die Unterrichtsgestaltung zielt darauf ab, Schülerinnen in ihrer Selbstwahrnehmung zu unterstützen und ihnen zu ermöglichen, eigene körperliche Grenzen wahrzunehmen und zu artikulieren. Dies erfolgt insbesondere durch wertschätzende Kommunikation, das bewusste Signal von Ansprechbarkeit sowie durch die Schaffung von Situationen, in denen Schülerinnen ihre Grenzen benennen können. Eine gezielte und systematische Förderung von Körper- oder Selbstbild ist jedoch kaum Bestandteil des Sportunterrichts und bleibt auf einzelne Lehrpersonen beschränkt, sodass entsprechende präventive Potenziale nur in begrenztem Ausmaß wirksam sind und nicht gezielt ausgeschöpft werden.

Schlussendlich wird der Sportunterricht für Schülerinnen mit Essstörungen als sensibler Erfahrungsraum gestaltet, in dem Teilhabe ermöglicht, Belastung reduziert und Beziehung gestärkt werden soll. Diese pädagogischen Zugänge bleiben jedoch überwiegend implizit und situationsbezogen, da verbindliche konzeptionelle und institutionelle Vorgaben fehlen.

2. Welche Herausforderungen begegnen Sportpädagoginnen im schulischen Umgang mit Schülerinnen, die von Essstörungen betroffen sind?

Im schulischen Alltag zeigt sich, dass Sportpädagoginnen im schulischen Umgang mit Schülerinnen, die an einer Essstörung leiden, mit einer Vielzahl unterschiedlicher und miteinander verflochtener Herausforderungen konfrontiert sind. Eine zentrale Schwierigkeit besteht darin, dass Essstörungen im schulischen Alltag häufig nicht unmittelbar sichtbar sind. Auffälligkeiten werden vielfach erst in spezifischen schulischen Situationen, etwa im Bewegungs- und Sportunterricht oder im Rahmen mehrtägiger Schulveranstaltungen, wahrgenommen. Dies erschwert eine frühzeitige Einschätzung und führt dazu, dass Essstörungen oftmals erst in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt werden.

Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus der Unsicherheit im Umgang mit den betroffenen Schülerinnen. Sportpädagoginnen stehen vor der Aufgabe, körperliche und verhaltensbezogene Auffälligkeiten sensibel wahrzunehmen, ohne vorschnell zu interpretieren oder die Schülerinnen zu überfordern. Insbesondere das Ansprechen der Thematik wird als anspruchsvoll erlebt, da unklar bleibt, wie Schülerinnen auf Gespräche reagieren und ob ein ausreichendes Vertrauensverhältnis besteht. Die Notwendigkeit, behutsam vorzugehen und gleichzeitig Verantwortung wahrzunehmen, erzeugt ein Spannungsfeld zwischen pädagogischem Handeln und Zurückhaltung.

Zudem zeigen sich deutliche Grenzen schulischer Handlungsmöglichkeiten. Sportpädagoginnen erleben ihre Rolle nicht als therapeutisch, sondern als begleitend und vermittelnd. Die Verantwortung für weiterführende Unterstützung liegt außerhalb des schulischen Auftrags, wodurch schulisches Handeln stark von der Einsicht der Schülerinnen sowie von der Kooperation mit Eltern und externen Fachstellen abhängig ist. Fehlende Einsicht oder Abwehrreaktionen seitens der Erziehungsberechtigten werden dabei oftmals als besonders pädagogisch anspruchsvoll beschrieben.

Auch strukturelle Rahmenbedingungen stellen eine wesentliche Herausforderung dar. Begrenzte zeitliche Ressourcen, große Klassen, organisatorische Verpflichtungen sowie eine eingeschränkte Verfügbarkeit schulinterner Unterstützungsangebote schränken die Möglichkeiten ein, Gespräche zu führen oder Schülerinnen kontinuierlich zu begleiten. Der schulische Handlungsspielraum wird vor diesem Hintergrund weniger durch individuelles Wissen als vielmehr durch vorhandene Unterstützungsstrukturen, klare Zuständigkeiten und die Möglichkeit zur Weiterverweisung bestimmt.

Zusammenfassend lassen sich die Herausforderungen im Umgang mit Schülerinnen, die an einer Essstörung erkrankt sind, als Zusammenspiel aus begrenzter Sichtbarkeit der Problematik, hoher Sensibilität im pädagogischen Handeln, unklaren Zuständigkeiten sowie strukturellen Einschränkungen beschreiben. Sportpädagoginnen bewegen sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen Wahrnehmung, Verantwortung und begrenzten schulischen (institutionellen) Einflussmöglichkeiten.

3. Wie wird Handlungssicherheit im Umgang mit Essstörungen von Sportpädagoginnen wahrgenommen?

Die Handlungssicherheit von Sportpädagoginnen im Umgang mit Schülerinnen, die an einer Essstörung leiden, ist kontextabhängig. Sie wird weniger als stabile berufliche Kompetenz erlebt, sondern vielmehr als etwas, das sich je nach Situation und Rahmenbedingungen

unterschiedlich darstellt. Sicherheit im pädagogischen Handeln entsteht nicht von selbst, sondern ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden.

Eine zentrale Rolle spielt dabei die bereits erwähnte Abgrenzung der eigenen professionellen Aufgabe, denn Handlungssicherheit entsteht vor allem dann, wenn Rollengrenzen klar sind und bekannt ist, an welche schulischen oder externen Stellen weiterverwiesen werden kann. Ist die Verfügbarkeit entsprechender Fachpersonen jedoch eingeschränkt oder sind Zuständigkeiten nicht eindeutig geregelt, fehlen solche Orientierungspunkte, wodurch das eigene Handeln häufig als unsicher erlebt wird.

Eng damit verbunden ist die Frage nach verfügbaren Wissens- und Unterstützungsquellen. Die Ergebnisse dieser vorliegenden Arbeit verdeutlichen, dass Essstörungen in der universitären Ausbildung von Sportpädagoginnen kaum thematisiert werden. Entsprechende Inhalte werden nur in geringem Umfang behandelt und bieten wenig konkrete Orientierung für den schulischen Umgang mit betroffenen Schülerinnen. Auch Fort- und Weiterbildungsangebote zu diesem Themenfeld sind im beruflichen Alltag vieler Lehrpersonen kaum präsent.

Vor diesem Hintergrund erfolgt die Wissensaneignung überwiegend informell und individuell. Handlungssicherheit ergibt sich daher weniger aus fundiertem Fachwissen als vielmehr aus persönlichen Erfahrungen, dem Austausch im Kollegium sowie aus punktueller Unterstützung durch schulinterne Fachpersonen. Die begrenzte Verfügbarkeit strukturierter Wissensquellen wirkt sich auch auf den Umgang mit präventiven Angeboten aus. Obwohl spezifische Präventionsprogramme, Materialien und Konzepte grundsätzlich vorhanden sind, sind diese den Sportpädagoginnen vielfach nicht bekannt oder nicht zugänglich. Präventionsbezogenes Handeln ergibt sich daher meist indirekt aus der allgemeinen Unterrichtsgestaltung und nicht aus einer gezielten Orientierung an bestehenden Programmen. Die fehlende Verankerung entsprechender Inhalte in Ausbildung und Fortbildung trägt dazu bei, dass vorhandene Angebote im schulischen Alltag kaum genutzt werden.

So zeigt sich schlussendlich, dass Handlungssicherheit im Umgang mit Essstörungen weniger als persönliche Fähigkeit zu verstehen ist, sondern vielmehr auf bestehende Lücken in Ausbildung, Fortbildung und schulischen Unterstützungsstrukturen verweist.

7 Fazit und Ausblick

Die Auseinandersetzung mit dem schulischen Umgang mit Essstörungen im Bewegungs- und Sportunterricht macht deutlich, dass Schule in diesem Zusammenhang vor allem als Ort der Wahrnehmung, Begleitung und ersten Unterstützung verstanden werden kann. Ein gezieltes präventives Handeln im Sinne einer früh ansetzenden Vorbeugung ist im schulischen Alltag bislang nur sehr eingeschränkt verankert. Vielmehr erfolgt schulisches Handeln erst dann, wenn Auffälligkeiten bereits sichtbar geworden sind, wodurch Maßnahmen eher einen sekundärpräventiven Charakter annehmen.

Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit bisherigen Forschungsarbeiten, die zeigen, dass Präventionspotenziale im schulischen Kontext zwar vorhanden sind, jedoch häufig nicht systematisch umgesetzt werden (Glaser, 2022). Auch die in der Literatur beschriebene Tendenz, präventive Inhalte eher situativ als strukturiert zu behandeln, konnte in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden (Glaser, 2022).

Zwar existieren unterschiedliche Präventionsprogramme, Materialien und Konzepte, die einen gesundheitsfördernden Umgang mit Körper, Essen und Bewegung unterstützen könnten, diese finden jedoch im schulischen Alltag bislang kaum Anwendung. Dies verweist weniger auf fehlendes Interesse, sondern vor allem auf strukturelle Rahmenbedingungen, etwa eine geringe Bekanntheit entsprechender Angebote sowie deren unzureichende Einbindung in Ausbildung, Fortbildung und schulische Strukturen. Damit decken sich die Ergebnisse mit dem Forschungsstand, wonach vorhandene Präventionsangebote zwar als sinnvoll eingeschätzt, jedoch nur begrenzt genutzt werden (Berger & Mühleck, 2018). Präventive Impulse ergeben sich daher meist indirekt aus der allgemeinen Unterrichtsgestaltung und nicht aus einer bewussten programmbasierten Ausrichtung. Besonders deutlich wird im Zusammenhang mit Essstörungen die Bedeutung von Körperwahrnehmung und Selbstbild. Diese Aspekte stellen zentrale Faktoren für eine gesunde Entwicklung dar, werden im Sportunterricht jedoch häufig nur beiläufig thematisiert. Eine systematische und reflektierte Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, mit Belastungsgrenzen und mit einem wertschätzenden Selbstbild bleibt bislang die Ausnahme und verweist auf ein deutliches Entwicklungspotenzial schulischer Gesundheitsförderung.

Für eine zukünftige Verringerung von Essstörungen sind Veränderungen notwendig, die über den schulischen Handlungsraum hinausgehen. Idealvorstellungen von Körper und Leistung sowie über soziale Medien vermittelte Körperbilder prägen die

Selbstwahrnehmung Jugendlicher in hohem Maße und können von der Schule nur begrenzt beeinflusst werden. Schulische Beiträge beschränken sich daher auf die Wahrnehmung, Begleitung sowie auf gesundheitsfördernde Impulse und sind auf eine Ergänzung durch familiäre, institutionelle und gesellschaftliche Entwicklungen angewiesen.

Es lässt sich somit festhalten, dass eine Stärkung schulischer Prävention im Bereich Essstörungen nicht als Kritik bestehender Ausbildungswege zu verstehen ist, sondern vielmehr als Hinweise auf mögliche Ergänzungen. Dazu zählen eine stärkere Berücksichtigung gesundheitsbezogener Themen in Aus- und Fortbildung, eine bessere Sichtbarkeit vorhandener Präventionsprogramme sowie schulische Rahmenbedingungen, die Körperwahrnehmung, Selbstbild und Gesundheit fördern. Eine nachhaltige Auseinandersetzung mit Essstörungen ist dabei nur im Zusammenspiel schulischer, institutioneller und gesellschaftlicher Ebenen realistisch.

Eine zentrale Limitation dieser Masterarbeit ergibt sich aus dem qualitativen Forschungsdesign sowie aus der Zusammensetzung der Stichprobe. Die gewonnenen Erkenntnisse basieren auf subjektiven Perspektiven von Sportpädagoginnen und erlauben daher keine generalisierbaren Aussagen. Ziel der Untersuchung war es jedoch nicht, generalisierbare Ergebnisse zu erzielen, sondern vertiefte Einblicke in individuelle Wahrnehmungen und Erfahrungen im schulischen Umgang mit Essstörungen zu gewinnen.

Darüber hinaus beschränkt sich die Untersuchung auf die Perspektive von Lehrpersonen. Die Sichtweisen der betroffenen Schülerinnen, der Eltern oder weiterer schulischer und außerschulischer Fachpersonen konnten nicht berücksichtigt werden. Dadurch bleiben bestimmte Aspekte des schulischen Umgangs mit Essstörungen, insbesondere die Wirkung pädagogischer Maßnahmen aus Sicht der Schülerinnen, außerhalb des Untersuchungsrahmens.

Eine weitere Einschränkung ergibt sich daraus, dass ausschließlich Sportpädagoginnen befragt wurden. Zwar ist der Bewegungs- und Sportunterricht für die Wahrnehmung essstörungsbezogener Auffälligkeiten von besonderer Bedeutung, dennoch könnten Lehrpersonen anderer Fächer sowie andere schulische Unterstützungssysteme ergänzende Perspektiven liefern.

8 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass. <https://ubdata.univie.ac.at/AC00991984>
- Baack, S. (2007). *Essstörungen: was Eltern und Lehrer tun können* (1. Aufl.). BALANCE Buch + Medien Verl.
- Balz, E., Mergelkuhl, T., Kastrup, V., & Erlemeyer, R. (2015). *Gesundheitsförderung im Schulsport: Grundlagen, Themenfelder und Praxisbeispiele* (1. Aufl.). Meyer & Meyer Sportverlag. <https://doi.org/10.5771/9783840311482>
- Bauer-Pauderer, G., Höfinger-Hampel, L., Bauer, E., Göttinger, B., Knie, D., Dikettmüller, R., Wiesinger-Ruß, A., Grießel, I., & Schidla, I. (2005). *Essstörungen: Unterrichtsbehelf für Leibeserzieherinnen, die Mädchen unterrichten*. FrauenForum Leibeserziehung.
- Bauer, A., Schneider, S., Waldorf, M., Cordes, M., Huber, T. J., Braks, K., & Vocks, S. (2017). Visual processing of one's own body over the course of time: Evidence for the vigilance-avoidance theory in adolescents with anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorder*, 50, 1213. <https://doi.org/10.1002/eat.22771>
- Beckers, E. (1986). *Theoretische Grundlagen* (1. Aufl.). Verl. Sport u. Buch Strauss.
- Berger, U. (2008). *Essstörungen wirkungsvoll vorbeugen: die Programme PriMa, TOPP und Torera zur Prävention von Magersucht, Bulimie, Fressanfällen und Adipositas* (1. Aufl.). Kohlhammer.
- Berger, U., Bormann, B., Brix, C., Sowa, M., & Strauß, B. (2008). Evaluierte Programme zur Prävention von Essstörungen. *Ernährung-Wissenschaft und Praxis*, 2(4), 159-168.
- Berger, U., & Mühleck, J. (2018). *Adressatengerechte Angebote zur Aufklärung und Information über Präventions- und Beratungsmöglichkeiten für von Essstörungen und gestörtem Essverhalten betroffene Menschen und deren Angehörige und Freunde: Abschlussbericht*. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussb...

- Berger, U., Wick, K., Schwartze, D., & Strauß, B. (2010). Prävention von Essstörungen – vom Pilotprojekt zur Routinemaßnahme. *Public Health Forum*, 18, 30.e33. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2010.09.015>
- Biedert, E. (2008). *Essstörungen*. Reinhardt.
- Booch, M. (2017). Zwischen Therapie und Beratung. Zur Rolle der Lehrkraft bei der Präventions- und Interventionsarbeit von Essstörungen in der Schule. *Haushalt in Bildung & Forschung*, 6, 32. <https://doi.org/10.3224/hibifo.v6i1.03>
- Bösel, R. (2006). *Das Gehirn: ein Lehrbuch der funktionellen Anatomie für die Psychologie* (1. Aufl.). Verlag W. Kohlhammer. <https://ubdata.univie.ac.at/AC05196258>
- BzgA. (2011). Essstörungen: Leitfaden für Eltern, Angehörige und Lehrkräfte. Zugriff am 12. März 2026 unter https://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/32500600/Broschueren/Essstoerungen_Leitfaden.pdf
- BzgA. (2021). *Essstörungen - ein Überblick*. Zugriff am 11. März 2026 unter <https://essstoerungen.bioeg.de/weitere-informationen/materialien/broschuere-essstoerungen-ein-ueberblick/>
- Cash, T. F., & Deagle, E. A., 3rd (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 22(2), 107–125.
- Davis, C., Katzman, D. K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., Olmsted, M. F., Woodside, D. B., & Kaplan, A. S. (1997). The prevalence of high-level exercise in the eating disorders: Etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 326. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90927-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90927-5)
- Dietze-Cruse, M., Fleischer, H., & Vogel, N. (2007). *Essstörungen vorbeugen: Essenslust und Körperfrust-Leitfaden zur Prävention von Essstörungen in der Schule*. Landesinst. für Lehrerbildung und Schulentwicklung, SuchtPräventionsZentrum.
- Dilling, H., & Weltgesundheitsorganisation. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (8. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011 Aufl.). Huber.
- Döring, N. (2023). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. In (S. E2). https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2_20

- Eikey, E. V., & Booth, K. M. (2017). Recovery and maintenance: How women with eating disorders use Instagram. *IConference 2017 proceedings*.
- Erlemeyer, R. (2016). Gesundheit und Gesundheitsförderung. *Gesundheitsförderung im Schulsport. Grundlagen, Themenfelder und Praxisbeispiele*, 18-27.
- Fairburn, C. G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P. A., & O'Connor, M. E. (2003). Understanding Persistence in Bulimia Nervosa: A 5-Year Naturalistic Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 109. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.103>
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Beltz, Psychologie-Verl.-Union.
- Felder-Puig, R., Teutsch, F., & Winkler, R. (2023). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Hogrefe.
- GIVE, – Servicestelle. (2026). *GIVE – Servicestelle für schulische Gesundheitsförderung*. <https://www.give.or.at/>
- Glaser, S. (2022). *Essstörungen im Alter von 10-14 Jahren in der Schulform Mittelschule: Erhebung über Einflussfaktoren und Präventionsangebote und Empfehlung zur Entwicklung eines Leitfadens zur Früherkennung und Prävention für Lehrpersonen* [Masterarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz]. Karl-Franzens-Universität Graz.
- Helfferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3. Aufl., S. 892). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_55
- Hölling, H., & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50, 799. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0242-6>
- Holtkamp, K., & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 102(1-2), 50-58.

- Hurrelmann, K., & Klotz, T. H., J. (2014). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann & T. H. Klotz, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 13-24). Hans Huber.
- Institut für Suchtprävention – pro mente OÖ. (2022). *X-Act Essstörungen: Unterrichtsprogramm zur Prävention von Essstörungen*. Praevention. https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/03_Sucht_und_Vorbeugung/08_Infomaterialien/x-act-Esstörungen.pdf
- Jacobi, C. (2000). Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Eßstörungen. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* (Göttingen, Germany), 29, 96. <https://doi.org/10.1026//0084-5345.29.2.75>
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulken, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research Therapy*, 43, 196. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.003>
- Jerusalem, M., Klein-Heßling, J., & Mittag, W. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. *Journal of Public Health*, 11, 262. <https://doi.org/10.1007/BF02956414>
- Klotter, C. (2007). *Einführung Ernährungspsychologie*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Korte, J. (2021). *Körperunzufriedenheit bei Mädchen im Jugendalter: Eine Mixed-Methods-Interventionsstudie im Sportunterricht*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-36163-1>
- Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, S. Stock (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsfoerderung* (S. 47-53). Hogrefe.
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13. Aufl.). Beltz.
- Mohnke, S., & Warschburger, P. (2011). Körperunzufriedenheit bei weiblichen und männlichen Jugendlichen: Eine geschlechtervergleichende Betrachtung von

- Verbreitung, Prädiktoren und Folgen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60(4), 285-303.
- Mühleck, J., Wick, K., Strauß, B., & Berger, U. (2019). Kostenloses Programmpaket zur Primärprävention bei Essstörungen: Ergebnisse einer Onlinebefragung zur bundesweiten Nutzung. *Psychotherapeut*, 64, 22. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0322-0>
- Pickhardt, M., Adametz, L., Richter, F., Strauß, B., & Berger, U. (2019). Deutschsprachige Präventionsprogramme für Essstörungen – Ein systematisches Review. *PPMP-Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 69(01), 10-19.
- Reich, G. (2003). *Familientherapie der Essstörungen*. Hogrefe.
- Röhrig, S., Giel, K. E., & Schneider, S. (2012). “I’m too fat!” Distorted self-perception of body weight in children and adolescents in Germany. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 160, 267-274.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body studies in the constructive energies of the psyche*. New York (State): International Universities Press.
- Schuch, S. (2021). Präventionen von Essstörungen. 5.-13. Schulstufe. *Wien: GIVE-Sevicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen 03*, 3-40.
- Shilling, C. (2012). *The body and social theory* (3. Aufl.). Sage Publications.
- Simchen, H. (2010). *Essstörungen und Persönlichkeit: Magersucht, Bulimie und Übergewicht - warum Essen und Hungern zur Sucht werden* (1. Aufl.). Kohlhammer.
- Slade, P. D. (1988). Body Image in Anorexia Nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 153, 22. <https://doi.org/10.1192/S0007125000298930>
- Spitzer, M. (2002). *Lernen : Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Spektrum, Akad. Verl.
- Sudeck, G., & Rosenstiel, S. (2023). Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention: Grundlagen und bewegungsbezogene Anwendungsfelder. In Thiel, A., Tittlbach, S., Sudeck, G., Wagner, P., Woll (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung* (S. 49-65). Hofmann.
- Svaldi, J., Bender, C., Caffier, D., Ivanova, V., Mies, N., Fleischhaker, C., & Tuschen-Caffier, B. (2016). Negative mood increases selective attention to negatively

- valenced body parts in female adolescents with anorexia nervosa. *PLoS One*, 11(4), e0154462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154462>
- Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2020). *Unterstützung für Angehörige von Menschen mit Essstörungen: ein Leitfaden für Eltern, Geschwister, Partner und Fachpersonal* (1. Aufl.). facultas.
- Verbeek, D., & Petermann, F. (2015). *Essstörungen bei Jugendlichen vorbeugen: auffälliges Essverhalten erkennen und handeln* (1. Aufl.). Hogrefe.
- VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. (2025). *VIVID – Fachstelle für Suchtprävention*. <https://www.vivid.at/>
- Vocks, S., Bauer, A., & Legenbauer, T. (2018). *Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa: ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm* (3. Aufl.). Hogrefe.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.08.007>
- Waldhelm-Auer, B. (2004). Prävention von Essstörungen an Schulen. *Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer*. Verlag Akzente.
- Waller, H. (2006). *Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis* (4. Aufl.). Kohlhammer.
- Warschburger, P. (2016). Universelle Prävention von Essstörungen an Schulen: Das POPS Programm. *Public Health Forum*, 24, 204. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-0058>

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der qualitativen Analysetechniken (Mayring, 2022, S. 67)	50
Abbildung 2: Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung (Strukturierung) (Mayring, 2022, S. 97).....	51

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der durchgeführten Interviews	47
Tabelle 2: Haupt- und Subkategorien.....	52
Tabelle 3: Kodierleitfaden – Subkategorien der 1. HK.....	53
Tabelle 4: Kodierleitfaden – 2. HK	54
Tabelle 5: Kodierleitfaden – Subkategorien der 3. HK.....	54
Tabelle 6: Kodierleitfaden - Subkategorien der 4. HK.....	55
Tabelle 7: Kodierleitfaden - Subkategorien der 5. HK.....	55
Tabelle 8: Kodierleitfaden - Subkategorien der 6. HK.....	56
Tabelle 9: Kodierleitfaden - 7. HK.....	57

11 Anhang

Interviewleitfaden

Einführung: Begrüßung und Vorstellung

- *Wie alt sind Sie?*
- *Wie lange arbeiten Sie bereits als Pädagogin/Sportpädagogin?*
- *An welchem Schultyp unterrichten Sie derzeit?*
- *Welche Altersgruppen (Schulstufen) unterrichten Sie im Sportunterricht?*

Erfahrungsschilderung

- *Essstörungen sind ein großes Thema in der Schule. Sie haben schon einmal mit einer Schülerin zu tun gehabt, die an einer Essstörung erkrankt ist. Wie war das? Erzählen Sie mir doch einmal davon.*

Pädagogisches Handeln

- *Welche konkreten Schritte haben Sie bei der betroffenen Schülerin gesetzt?*
- *An Ihrer Schule befindet sich ein Mädchen mit einer Essstörung: Was passiert an Ihrer Schule?*
- *Beschäftigt sich die Schule mit dem Thema insgesamt?*
- *Gibt es Experten/bestimmte Personen? Welche Schritte werden gesetzt? Was passiert?*

Prävention im Rahmen des Sportunterrichts

- *Was tun sie/Was haben sie getan/bisher schon gemacht, damit es möglicherweise weniger gar nicht so weit kommt?*
- *Inwiefern ist der Umgang mit dem Körper bzw. sind Essstörungen ein Thema im Unterricht?*
- *Wie gehen Sie mit dicken Mädchen um?*

Reflexion und Wahrnehmung der eigenen Rolle und Kompetenz

- *Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang, wenn eine Schülerin eine Essstörung hat?*
- *Wo sehen Sie Ihre Möglichkeiten und Grenzen im Sportunterricht?*
- *Wo sehen sie Möglichkeiten, dass Essstörungen weniger oft vorkommen im Unterricht/verringert werden können?*

Fort- und Weiterbildungen

- Haben Sie schon einmal Fortbildungen besucht?
- Kennen Sie Materialien dazu oder haben Sie sich selbst Wissen darüber angeeignet?
- Welche Fortbildungen würden Sie sich wünschen? Wenn ja, auf welche Weise? (z. B. Fortbildungen, Literatur, anderswertige Erfahrung)?

Perspektiven und Ausblick

- *Stellen sie sich heute in fünf Jahren vor,- Es gibt keine Schülerinnen mit einer Essstörung: Was wäre passiert? Was hätte wer gemacht?*
(Hinblick auf System Schule – wird nicht explizit gefragt)

Abschluss:

Wir sind somit am Ende des Interviews angelangt. Ich möchte mich bei Ihnen vielmals für Ihre Zeit und Ihre persönlichen Schilderungen/Gedanken bedanken. Abschließend möchte ich nochmals betonen, dass Ihre Antworten anonymisiert werden.

Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviewdaten

Im Rahmen der Masterarbeit von Maria Teresa Seidl mit dem Titel „Zwischen Förderung und Fürsorge: Intervention und pädagogische Herausforderungen für Sportpädagoginnen bei der Betreuung von Schülerinnen mit Essstörungen“ erklären Sie sich bereit, an einem qualitativen Interview teilzunehmen.

Ziel der wissenschaftlichen Arbeit ist es, die Perspektiven und praktischen Erfahrungen von weiblichen Sportlehrkräften im Umgang mit Schülerinnen zu erfassen, bei denen eine Essstörung festgestellt oder vermutet wurde. Im Zentrum stehen dabei pädagogische Handlungsansätze sowie Überlegungen zur Rolle von Sportpädagoginnen im Kontext von Prävention und schulischer Gesundheitsförderung.

Das Gespräch wird mithilfe eines Aufnahmegeräts aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Sämtliche Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Person oder auf andere im Interview erwähnte Personen bzw. Institutionen zulassen könnten, werden in der schriftlichen Auswertung anonymisiert. Die Transkription dient ausschließlich der Analyse im Rahmen des Forschungsvorhabens. Auszüge aus dem Interview können im Rahmen der Masterarbeit zitiert werden, jedoch stets unter Wahrung der Anonymität.

Ihre persönlichen Kontaktdaten werden getrennt von den Interviewdaten aufbewahrt, vor dem Zugriff Dritter geschützt und vertraulich behandelt.

Einverständniserklärung

Sie bestätigen hiermit, dass Sie freiwillig an dem Interview teilnehmen und mit der beschriebenen Aufzeichnung, Verschriftlichung, Anonymisierung und Auswertung Ihrer Aussagen im Rahmen der Masterarbeit einverstanden sind.

Vorname, Nachname

Datum / Unterschrift