

Zulassungsarbeit

zur 1. Staatsprüfung für das Lehramt an Gymnasien

Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern

**Welche Empfehlungen geben SchulpsychologInnen Lehrkräften
für den Umgang mit Auffälligkeiten?
am Beispiel von Essstörungen und depressiven Erkrankungen**

Verfasserin: Stefanie Mensching

Prüferin: Dr. Barbara Meyer

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung	4
2 Entwicklung der Fragestellung	5
2.1 Forschungsinteresse	5
2.2 Forschungslage	6
2.3 Auswahl der exemplarischen Auffälligkeiten	7
2.4 Endgültige Fragestellung	8
3 Begriffsklärung	9
3.1 Auffälligkeiten bei Schülern	9
3.2 Aufgabenfelder von Schulpsychologen	12
3.3 Diagnostische Kriterien	13
3.3.1 Essstörungen	14
3.3.2 Depressive Erkrankungen	16
4 Methode	18
4.1 Untersuchungsdesign: Qualitatives Leitfadeninterview	19
4.2 Instrumente	19
4.3 Stichprobe	22
4.4 Durchführung	23
4.5 Auswertung	23
4.5.1 Transkriptionsregeln	23
4.5.2 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz	25
5 Ergebnisse	27
5.1 Resultate des Vorfragebogens	27
5.2 Zusammenarbeit zwischen Schulpsychologen und Lehrkräften	30
5.3 Essstörungen	31
5.3.1 Art und Merkmale	31
5.3.2 Weiteres Vorgehen nach Verdacht und Diagnose	33
5.3.3 Gespräch mit der Schülerin	41
5.3.4 Information der Eltern	45
5.3.5 Probleme in der Praxis	48
5.3.6 Möglichkeiten, wenn Betroffene keine Intervention wünschen	50
5.3.7 Fehler von Lehrkräften	52
5.3.8 Umgang mit der Klasse und dem Freundeskreis	53

5.4	Depressive Erkrankungen.....	57
5.4.1	Merkmale.....	57
5.4.2	Weiteres Vorgehen nach Verdacht und Diagnose.....	57
5.4.3	Gespräch mit dem Schüler.....	61
5.4.4	Information der Eltern.....	62
5.4.5	Probleme in der Praxis.....	63
5.4.6	Möglichkeiten, wenn Betroffene keine Intervention wünschen.....	64
5.4.7	Fehler von Lehrkräften.....	65
5.4.8	Umgang mit der Klasse und dem Freundeskreis.....	67
5.5	Auffälligkeiten allgemein.....	68
5.5.1	Möglichkeiten, wenn Betroffene keine Intervention wünschen.....	68
5.5.2	Umgang mit der Klasse und dem Freundeskreis.....	69
5.6	Kommentare der Schulpsychologen zum Interview.....	70
5.7	Von den Schulpsychologen wiederholt angesprochene Themen.....	71
6	Diskussion.....	72
6.1	Diskussion der Ergebnisse.....	72
6.2	Diskussion der Methode.....	73
7	Zusammenfassung: Allgemeine Empfehlungen bei Auffälligkeiten.....	76
8	Fazit und Ausblick.....	79
9	Literatur.....	81
10	Anhang.....	84
10.1	Anschreiben.....	84
10.2	Vorfragebogen.....	85
10.3	Leitfaden „Schülerauffälligkeiten“.....	86
10.4	Leitfaden „Schülerauffälligkeiten“ – 1. Fassung.....	90
10.5	Soziodemographische Merkmale der Stichprobe.....	93
10.6	Einverständniserklärung.....	93
10.7	Kategoriensystem der Datenanalyse.....	94
10.8	Transkripte und MAXQDA-Projektdatei.....	96

1 Einführung

In der bundesweiten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen des Robert Koch Instituts (KIGGS) wurden 17% der befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren nach ihren Selbstangaben als auffällig eingestuft¹. Untersucht wurden dabei emotionale Probleme, Hyperaktivitätsprobleme, abweichendes Verhalten gegenüber anderen und soziale Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen (Hempel, 2006, S. 44–45). Dieser Wert zeigt sehr deutlich, welche große Rolle Verhaltensauffälligkeiten heutzutage in der Schule einnehmen. Lehrkräfte müssen dementsprechend in der Lage sein, Auffälligkeiten sowohl zu erkennen als auch angemessen mit ihnen umzugehen.

Ziel dieser Zulassungsarbeit ist es auf der Grundlage von qualitativen Interviews mit SchulpsychologInnen Empfehlungen aufzuzeigen, die diese Lehrkräften für den Umgang mit Auffälligkeiten geben. Dafür werden exemplarisch Essstörungen und depressive Erkrankungen behandelt.

In Kapitel 2 wird zunächst die Entwicklung der genauen Forschungsfrage nachgezeichnet. Dabei wird insbesondere auf die aktuelle Forschungslage zu dieser Thematik eingegangen und die Auswahl der beispielhaften Auffälligkeiten der Essstörung und der depressiven Erkrankung begründet.

Kapitel 3 dient der Begriffsklärung. Es wird erläutert, was unter einer „Auffälligkeit“ zu verstehen ist und welche Aufgaben SchulpsychologInnen haben. Auch werden die diagnostischen Kriterien von Essstörungen und depressiven Erkrankungen aufgezeigt.

Kapitel 4 beschreibt die verwendete Methode des qualitativen Leitfadenterviews inklusive der eingesetzten Instrumente. Des Weiteren werden die Stichprobenbildung, die Rekrutierung der SchulpsychologInnen sowie die Durchführung der Interviews dargestellt. Schließlich wird die Auswertung der transkribierten Daten mittels der inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz erläutert.

In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der Untersuchung dargelegt. Die SchulpsychologInnen gaben Empfehlungen für das weitere Vorgehen nach Verdacht und Diagnose der Auffälligkeiten, insbesondere für das Gespräch mit dem/der SchülerIn und bezüglich der Information der Eltern. Sie nannten Probleme, die in der Praxis vorkommen und beantworteten die Frage, welche Möglichkeiten bestehen, wenn die Betroffenen keine Intervention wünschen. Des

¹ Insgesamt nahmen an der Studie 8.985 Jungen und 8.656 Mädchen im Alter von 0-17 Jahren teil. Als Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten wurde der Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) eingesetzt. Die Selbstangaben sind von offiziellen Diagnosen durch Ärzte oder Psychologen zu unterscheiden.

Weiteren wurden mögliche Fehler von Lehrkräften behandelt und die SchulpsychologInnen erläuterten, wie sie mit der betroffenen Klasse und dem Freundeskreis des/der auffälligen Schülers/Schülerin umgehen würden.

In Kapitel 6 werden die Ergebnisse diskutiert und deren Reichweite aufgezeigt. Zudem wird die Methode reflektiert.

Kapitel 7 beinhaltet die Zusammenfassung der allgemeinen Empfehlungen der SchulpsychologInnen. Zuvor wird diskutiert, inwieweit sie auf andere Auffälligkeiten übertragbar sind.

In Kapitel 8 folgt das Fazit der Zulassungsarbeit sowie ein Ausblick auf weitere Forschungsfragen.

Im Anhang befinden sich wichtige Dokumente der Untersuchung wie der Interviewleitfaden und die transkribierten Interviews.

Wenn möglich werden im Folgenden geschlechtsneutrale Formulierungen verwendet, ansonsten wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die explizite Nennung beider Geschlechter verzichtet.

Mit dem Begriff der Eltern sind generell die Erziehungsberechtigten gemeint.

2 Entwicklung der Fragestellung

Im Folgenden wird zunächst das der Zulassungsarbeit zu Grunde liegende Forschungsinteresse erläutert. Es folgt die Beschreibung der aktuellen Forschungslage zum Thema sowie die Begründung der Wahl von Essstörungen und depressiven Erkrankungen als exemplarische Auffälligkeiten. Schließlich wird die endgültige Forschungsfrage dargelegt.

2.1 Forschungsinteresse

Wie in der Einführung aufgezeigt wurde, ist es wichtig, dass Lehrkräfte sich mit Auffälligkeiten bei Schülern auskennen. Jedoch werden viele Auffälligkeiten nicht standardmäßig in der Lehrerbildung thematisiert und es gibt keine Literatur, mit der sich Lehrkräfte schnell, wissenschaftlich abgesichert und mit Hinweisen auf weiterführende Literatur und Hilfe (Vereine, Selbsthilfegruppen etc.) selbst über die für sie relevanten Auffälligkeiten informieren können. Diesen Missstand zu beseitigen, ist das Ziel des Projektes „Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern“ des Lehrstuhls für Schulpädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Geplant ist eine Broschüre, die standardmäßig in der zweiten Phase der Lehrerbildung zum Einsatz kommen kann. Diese soll neben allgemeinen Informationen kurze Beschreibungen der verschiedenen Auffälligkeiten enthalten. Berücksichtigt werden

sollen unter anderem Lernstörungen, emotionale Störungen, Suchterkrankungen, soziale Probleme und besondere Begabungen (vgl. Meyer, o.J., 2013b).

Um für dieses Projekt einen Einblick in die Praxis an Schulen zu bekommen und die Erfahrungen von Schulpsychologen nutzen zu können, wurde vereinbart im Rahmen dieser Zulassungsarbeit qualitative Interviews mit Schulpsychologen zu führen. Die Entscheidung, welche Themen dabei genau behandelt werden, wurde vor dem Hintergrund der bereits erfolgten Überlegungen zum Inhalt der Broschüre und dem aktuellen Forschungsstand getroffen. Letzterer wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

2.2 Forschungslage

Ähnliche Untersuchungen, bei denen Schulpsychologen bezüglich Auffälligkeiten bei Schülern interviewt werden, scheint es in Deutschland nicht zu geben. Gesucht wurde hierzu unter den Schlagwörtern „school psycholog*“ (als Major Descriptor) bzw. „Schulpsycholog*“ in den Datenbanken PsychInfo, Psynindex, PsycArticles, Eric und FisBildung. Des Weiteren wurde die Suche über die Sprachauswahl auf den deutschen Raum eingegrenzt sowie auf aktuelle Untersuchungen durch die Festlegung des Zeitraumes 1993-2013. Um die Vielzahl an theoretischen Ausführungen über Schulpsychologie auszuschließen, wurden zusätzlich die Kategorie „empirical study“ bzw. als weiteres Schlagwort „empirisch*“ ausgewählt.

Themenfelder, in denen es Untersuchungen zur Schulpsychologie gibt, sind beispielsweise die Entwicklung der Tätigkeitsstruktur von Schulpsychologen, Qualitätskriterien schulpsychologischer Beratung, Effekte der Beratung und deren Bewertung durch Eltern und Schüler.

Einen guten Überblick über die aktuelle Situation der Schulpsychologie in Deutschland gibt das Gutachten, das Dollase im Auftrag der Max-Träger-Stiftung erstellt hat (Dollase, 2010). Darin wurden die Ergebnisse der aktuellen schulpsychologischen Forschung zusammengefasst und bewertet. Beispielsweise zieht Dollase aus den dargestellten Studien den Schluss, dass „die Psychotherapie bzw. die professionelle psychische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten deren Zustand im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe von Menschen mit gleichen Syndrom erheblich verbessert“ (Dollase, 2010, S. 46). Dies bestätigt, wie wichtig es ist, Auffälligkeiten bei Schülern zu erkennen und ihnen professionelle Hilfe zukommen zu lassen. Welchen Gewinn Schulpsychologen bieten, zeigt Dollases Zusammenfassung, dass „quantitative Studien genauso wie Metaanalysen und Zusammenstellungen von Fachliteratur in vielerlei Hinsicht einen positiven Effekt auf die Schüler und Schülerinnen empirisch gezeigt“ haben (Dollase, 2010, S. 49).

Dass solche Aussagen dennoch differenziert betrachtet werden müssen, wird durch die anschließende Erläuterung methodischer Probleme bei der Effektforschung dargelegt. Auch geht das erfolgreiche Wirken von Schulpsychologen laut Dollase mit einer angemessenen Anzahl an Schulpsychologen einher.

Aktuelle statistische Daten zur Schulpsychologie veröffentlicht die Sektion Schulpsychologie des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) regelmäßig. Beispielsweise betrug im Schuljahr 2011/2012 nach Angaben der zuständigen Ministerien die Anzahl der SchülerInnen (aller Schulformen) pro SchulpsychologIn in Deutschland durchschnittlich 9.169 (Bayern: 7.900; München: 4.263) und die Anzahl der Lehrkräfte pro SchulpsychologIn lag in Deutschland durchschnittlich bei 693 (Bayern: 500; München 264)². Für weitere Daten sei auf die Veröffentlichungen der Sektion Schulpsychologie im BDP (2012; 2013) verwiesen. Im Gegensatz zu den meisten europäischen Ländern erfüllt Deutschland damit weder die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wonach ein Schulpsychologe für 2.500 Schülerinnen und Schüler zur Verfügung stehen sollte, noch den Beschluss der Kultusministerkonferenz von 1973, der ein Verhältnis von 1 zu 5.000 vorsieht (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, 2010).

Für das Projekt „Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern“ wurde von Svenja Deringer (2013) bereits im Rahmen ihrer Zulassungsarbeit erhoben, welche Wünsche Referendare und Lehrkräfte in Bezug auf Auffälligkeiten haben. Dabei wurde insbesondere erfasst, mit welchen Auffälligkeiten sie bereits Kontakt hatten. Im ersten Erhebungsdurchlauf beantworteten 74 Referendare und Lehrkräfte aller Schularten den Fragebogen. Diese Daten wurden im Folgenden für die Auswahl der exemplarischen Auffälligkeiten der Essstörung und der depressiven Erkrankung genutzt.

2.3 Auswahl der exemplarischen Auffälligkeiten

Aufgrund der Überlegung, dass die Empfehlungen der Schulpsychologen bezüglich genereller Auffälligkeiten zu abstrakt sein könnten, insbesondere da unter dem Begriff viele verschiedene Phänomene gefasst werden (→ Abschnitt 3.1), wurde für die Untersuchung entschieden die Schulpsychologen im Hinblick auf zwei konkrete Auffälligkeiten zu interviewen. Inwieweit die gewonnen Ergebnisse auf andere Auffälligkeiten übertragen werden können, wird in → Abschnitt 7 diskutiert. Die zwei zu betrachtenden Auffälligkeiten sollten einerseits für

² Die Sektion Schulpsychologie macht allerdings keine Angaben dazu, ob die Schulpsychologen in den verschiedenen Bundesländern die gleiche Anzahl an Anrechnungstunden für die schulpsychologische Tätigkeit erhalten bzw. ob dies bei den angegebenen Zahlen berücksichtigt wurde.

Lehrkräfte relevant sein, andererseits sollten bewusst solche Auffälligkeiten ausgewählt werden, die nicht im Lehramtsstudium behandelt werden. Zudem sollten die zu interviewenden Schulpsychologen ausreichend Erfahrungen mit ihnen gemacht haben. Um diese Kriterien zu erfüllen, wurden für die Auswahl der beiden Auffälligkeiten die von Svenja Deringer (2013) erhobenen Daten herangezogen. Im ersten Schritt wurden die abgefragten Auffälligkeiten nach der Anzahl der Referendare und Lehrkräfte, die angaben bereits mit ihnen in Kontakt gekommen zu sein, sortiert. Im zweiten Schritt wurden die Auffälligkeiten, die gemäß der aktuell gültigen Lehramtsprüfungsordnung I Stoff der Ersten Staatsprüfung für ein Lehramt an öffentlichen Schulen sind, eliminiert (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2002, § 36). Aufgrund der unscharfen Abgrenzung zu anderen Störungsbildern wurden des Weiteren Auffälligkeiten wie das oppositionelle Trotzverhalten oder Probleme durch Trennung in der Familie gestrichen. Im nächsten Schritt wurden von den übrig gebliebenen Auffälligkeiten die acht, die von den befragten Lehrkräften am häufigsten genannt wurden, den Schulpsychologen im Vorfeld der Interviews vorgelegt. In dem Vorfragebogen wurde ermittelt, wie oft sie bisher mit diesen Auffälligkeiten konfrontiert waren. Es zeigte sich, dass die Anzahl der Schüler, mit denen sie in den letzten Jahren Kontakt hatten, bei den beiden Auffälligkeiten Essstörungen und depressiven Erkrankungen mit Abstand am größten war (→ Abschnitt 5.1). Dementsprechend wurden die Schulpsychologen bezüglich dieser Auffälligkeiten interviewt.

2.4 Endgültige Fragestellung

Ziel der qualitativen Interviews mit den Schulpsychologen war die Erfassung von Empfehlungen, die diese Lehrkräften für den Umgang mit Auffälligkeiten bei Schülern geben. Dabei standen vor allem die Fragen im Mittelpunkt, wie Lehrkräfte sich bei Verdacht bzw. Diagnose einer Auffälligkeit verhalten sollten und welche Probleme in der Praxis auftreten, insbesondere welche Fehler Lehrkräfte meiden sollten. Dies wurde am Beispiel von Essstörungen und depressiven Erkrankungen behandelt.

3 Begriffsklärung

Im diesem Kapitel werden die zentralen Begriffe der Fragestellung geklärt. Zunächst wird der Ausdruck „Auffälligkeit“ diskutiert und es wird erläutert, was im Rahmen dieser Zulassungsarbeit unter einer Auffälligkeit verstanden werden soll. Des Weiteren wird das Aufgabenfeld von Schulpsychologen vorgestellt und die diagnostischen Kriterien für Essstörungen und depressive Erkrankungen aufgezeigt.

3.1 Auffälligkeiten bei Schülern

Die in der Literatur verwendeten Begriffe zu der Thematik sind vielfältig. Beispielsweise wird gesprochen von: Verhaltensstörungen oder -problemen, abweichendem Verhalten, psychosozialen Störungen, Lern- und Verhaltensschwierigkeiten oder sogar von Problemkindern.

Meist ist damit ein Verhalten gemeint, dass sich vom „Normalen“ unterscheidet. Aber was ist „normales Verhalten“? Als Kriterien dafür dienen verschiedene Normbegriffe. Als normal gilt nach der

- idealen Norm, wer ohne Beschwerden lebt,
- sozialen Norm, wer lebt, wie es die Gesellschaft von ihm erwartet,
- statistischen Norm derjenige, welcher der Mehrheit aller Personen angehört,
- funktionellen Norm derjenige, der seine Aufgaben erfüllen kann.

(vgl. Döpfner, 2013, S. 31)

Auch der hier verwendete Begriff der Auffälligkeit hat mit dieser Thematik zu tun. Schüler können beispielsweise auffällig sein, da sie ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen (können), den schulischen Normen nicht gerecht werden oder sich von ihren Mitschülern abheben.

Eine Besonderheit des Begriffes ist, dass dieser neben Auffälligkeiten, die von der Gesellschaft üblicherweise als negativ eingeschätzt werden, da sie eine Beeinträchtigung des Schülers und/oder seiner Umwelt darstellen (vgl. obige Begriffe „Störung“, „Schwierigkeit“), auch im Allgemeinen als positiv bewertete Auffälligkeiten wie besondere Begabungen umfasst.

Zudem verweist der Begriff der Auffälligkeit auf die Bedeutung des Beobachters mit seiner subjektiven Wahrnehmung und die der generellen Rahmenbedingungen. Es ist die Lehrkraft, die den Schüler aufgrund ihrer individuellen Werte, Einstellungen und Erwartungen als auffällig einschätzt und der Schüler fällt im System Schule auf, das ebenfalls spezifische Voraus-

setzungen mit sich bringt. So wird die Umwelt einbezogen, anstatt die Auffälligkeit primär im Schüler zu lokalisieren.

Problematisch an dem Begriff ist, dass darunter auch Auffälligkeiten verstanden werden (sollen), die eben genau das nicht sind: In der Schule sind sie nicht auffällig, sondern werden nur schwer erkannt. Dazu gehören beispielsweise Bulimie und sexueller Missbrauch.

Ein weiterer Begriff, der an dieser Stelle diskutiert werden soll, ist der Ausdruck „Schüler mit besonderen pädagogischen Bedürfnissen“. Damit wird die Notwendigkeit einer speziellen Förderung des Schülers durch die Lehrkraft betont, ohne die Gründe dafür weiter zu beleuchten. Diese pädagogische Sichtweise verschiebt die Gewichtung von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung. Der Schüler rückt mit seinen Stärken in den Mittelpunkt und es wird zudem deutlich, dass das auffällige Verhalten nur ein Teilbereich der Persönlichkeit des Schülers ist.

Trotz dieser Vorteile scheint die Verwendung dieses Begriffes insbesondere im Titel der geplanten Broschüre nicht sinnvoll, unter anderem da er wenig verbreitet ist und so bei Literatursuche zu diesem Thema leicht übersehen werden kann und beim erstmaligen Hören nicht sofort klar ist, was damit gemeint ist. Zudem könnte er mit dem in Deutschland gebräuchlichen Begriff „Schüler mit (sonderpädagogischen) Förderbedarf“ verwechselt werden, der sich auf Schüler mit Behinderungen bezieht.

(für die begrifflichen Überlegungen vgl. Leitner, Ortner & Ortner, 2008; Luska, 2009)

Da diese Zulassungsarbeit im Rahmen des Projektes „Auffälligkeiten bei SchülerInnen“ entsteht, soll in diesem Kontext die Arbeitsdefinition der Projektgruppe verwendet werden.

Demnach bezeichnen Auffälligkeiten bei SchülerInnen *„das besonders facettenreiche, häufige oder schwere Abweichen der Entwicklungs-, Lern- und Arbeitsfähigkeit eines Schülers/ einer Schülerin bzw. das Abweichen in der Interaktion mit der Umwelt von der individuellen Erwartungsnorm einer Lehrkraft. Damit sich diese Auffälligkeiten im Kontext Schule bestmöglich entwickeln ist eine gezielte Intervention erforderlich“* (B. Meyer, persönl. Mitteilung, 14.11.2013).³

Diese Definition versteht eine Auffälligkeit als Abweichung, wobei als Maßstab die individuelle Erwartungsnorm der Lehrkraft zu Grunde liegt. Auch verweist sie darauf, dass damit ein besonderer Handlungsbedarf verbunden ist. Somit vereint sie die Vorteile der oben diskutierten Begriffe.

³ Die Definition lehnt sich an Myschkers Definition von „Verhaltensstörung“ an (siehe Myschker, 2009, S. 49).

Im Einzelnen sollen in der Broschüre folgende Auffälligkeiten behandelt werden:

(Systematisierung in Anlehnung an Petermann, 2013; Leitner et al., 2008)

1. Besondere Begabungen
 - 1.1. Hochbegabung
 - 1.2. Teilbegabungen (musikalisch, sportlich etc.)
 - 1.3. Herausragende sozial-emotionale Fähigkeiten
2. Lern- und Leistungsstörungen
 - 2.1. Teilleistungsstörungen
 - 2.2. Lese-Rechtschreib-Schwäche
 - 2.3. Dyskalkulie
 - 2.4. ADHS
 - 2.5. Weitere Konzentrationsschwierigkeiten
3. Emotionale Störungen
 - 3.1. Prüfungsangst
 - 3.2. Schulangst
 - 3.3. Trennungsangst
 - 3.4. Depressivität
 - 3.5. Suizidalität
 - 3.6. Selbstverletzendes Verhalten
 - 3.7. Belastungsstörungen
 - 3.8. Zwangsstörungen
4. Suchterkrankungen
 - 4.1. Sucht (z. B. Alkohol oder Computerspielsucht)
 - 4.2. Anorexie („Magersucht“)
 - 4.3. Bulimie („Ess-Brech-Sucht“)
5. Störungen des Sozialverhaltens
 - 5.1. Oppositionelles Trotzverhalten
 - 5.2. Gesteigerte Gewaltbereitschaft
 - 5.3. Mobbing
 - 5.4. Kriminalität/Jugend-Delinquenz
 - 5.5. Alkohol- und Drogenmissbrauch
 - 5.6. Schuleschwänzen
 - 5.7. Amokdrohungen
6. Kontaktstörungen
 - 6.1. Extremer sozialer Rückzug
 - 6.2. Autismus-Spektrum-Störungen
 - 6.3. Elektiver Mutismus⁴
7. Umwelteinflüsse
 - 7.1. Probleme durch Trennung in der Familie
 - 7.2. Verwahrlosung
 - 7.3. Häusliche Gewalt
 - 7.4. Sexueller Missbrauch

⁴ Elektiver Mutismus ist durch eine selektive Kommunikation nur mit bestimmten Personen oder in bestimmten Situationen gekennzeichnet.

8. Sonstige Auffälligkeiten
 - 8.1. Borderline-Syndrom
 - 8.2. Schizophrenie
 - 8.3. Psychosomatische Erkrankungen
 - 8.4. Epilepsie
 - 8.5. Tic-Störungen
 - 8.6. Stottern/Stammeln
 - 8.7. Sexuelle Entwicklungsstörungen

Inwieweit die Umwelt von diesen Auffälligkeiten betroffen ist, ist unterschiedlich. Bei internalisierenden Störungen etablieren sich die Symptome eher innerhalb des Individuums, beispielsweise bei Ängsten und Depressionen. Sie sind so für das soziale Umfeld nicht direkt erkennbar. Bei externalisierenden Auffälligkeiten hingegen ist das Verhalten auf die Umwelt gerichtet, wie es bei aggressivem oder delinquenten Verhalten der Fall ist.

Auch gibt es Unterschiede, inwieweit Lehrkräfte Schüler bei den verschiedenen Auffälligkeiten unterstützen können bzw. im Unterricht damit umgehen müssen. Bei psychischen Krankheiten wie Depressionen haben Lehrkräfte in der Schule nur begrenzte Möglichkeiten, dem Schüler zu helfen. Eine professionelle Betreuung durch Therapeuten ist angezeigt. Bei anderen Auffälligkeiten wie beispielsweise Mobbing kann bzw. sollte die Schule selbst aktiv gegensteuern, um die problematische Situation aufzuheben.

3.2 Aufgabenfelder von Schulpsychologen

Gemäß dem föderalistischen Bildungssystem in Deutschland ist die genaue Ausgestaltung der Schulpsychologie abhängig vom Bundesland. Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) hat jenseits aller strukturellen Unterschiede ein einheitliches Berufsprofil erarbeitet. Demnach nutzt Schulpsychologie „psychologisches Wissen, um die Schule in ihrem Bildungs- und Erziehungsauftrag und Schüler in ihrer Lernentwicklung sowie der Schullaufbahn und dem Erreichen adäquater Schulabschlüsse zu unterstützen“ (Sektion Schulpsychologie im BDP, 2008, S. 2). Aufgabenfelder der Schulpsychologie sind im Einzelnen (Sektion Schulpsychologie im BDP, 2008, S. 5):

Schulpsychologie unterstützt und berät Einzelne und Gruppen

- die Schule als System und Institution des Lernens, Lehrens und Erziehens
- Lehrerkollegien und Schulklassen
- Schüler, Eltern, Lehrkräfte, Schulleitungen und Schulaufsicht

Schulpsychologie unterstützt bei Fragen, die sich aus dem Lehren und Lernen in der Schule ergeben

- Lern-, Entwicklungs- und Verhaltensproblemen von Schülern
- Förderung individueller Begabungen
- Entwicklung von Förderplänen und Fördermaßnahmen
- Bewältigung von Krisen
- Weiterentwicklung der Professionalität und Persönlichkeit der Lehrkräfte
- Schulentwicklung und Organisationsberatung
- Stärkung der Selbst-Kompetenz, der Sozial-Kompetenz und der Methoden-Kompetenz von Lehrenden und Lernenden

Schulpsychologie unterstützt im schulischen Kontext die

- Information und Beratung der Öffentlichkeit und der Politik zu Fragen der Erziehung
- Bildung und Schulentwicklung im schulischen Kontext
- Entwicklung von präventiven Maßnahmen in Schulen
- Maßnahmen zur Fortbildung und zum Erhalt der Gesundheit von Lehrkräften

Neben der Beratung von Einzelnen (Schülern, Eltern, Lehrkräften) und der Durchführung (präventiver) Gruppenmaßnahmen sind sie dementsprechend beteiligt an der Fortbildung von Lehrkräften sowie an der allgemeinen Schulentwicklung und der Organisationsberatung.

Um diese Aufgaben erfüllen zu können, verfügen Schulpsychologen in Deutschland über den Abschluss eines wissenschaftlichen Studiums in Psychologie. In Bayern weisen sie insbesondere eine Doppelqualifikation als Lehrkräfte und Schulpsychologen auf. Genau wie Diplompsychologen unterliegen sie der Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Um die Wirksamkeit der schulpsychologischen Arbeit zu erhöhen, soll laut der Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus (2001) eine Zusammenarbeit mit anderen Beratungsdiensten wie den schulärztlichen Diensten und Fachärzten, den Jugendämtern und Beratungsstellen stattfinden.

3.3 Diagnostische Kriterien

Im Folgenden werden die exemplarischen Auffälligkeiten, die Essstörung und die depressive Erkrankung, gemäß ihren diagnostischen Kriterien nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation und des Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung vorgestellt.

3.3.1 Essstörungen

Essstörungen sind gekennzeichnet durch Auffälligkeiten im Essverhalten. Dazu gehören insbesondere die beiden Störungsbilder der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa, die im Hinblick auf die Menge der Nahrung auffällig sind.

Die *Anorexia nervosa*, auch bekannt als Magersucht, ist gemäß den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 charakterisiert durch ein vom Betroffenen selbst herbeigeführtes Untergewicht, verbunden mit einer krankhaften Angst vor einer Gewichtszunahme und einer Körperschemastörung. Das bedeutet, die Betroffenen schätzen sich trotz Untergewicht als zu dick ein.

Untergewicht ist dabei über den Body Mass Index (BMI) definiert, der durch die Division des Körpergewichts in Kilogramm durch die quadrierte Körpergröße in Meter berechnet wird. Laut der ICD-10 liegt eine Anorexie vor, wenn der Wert von 17,5 kg/m² unterschritten wird. Im Kindes- und Jugendalter ist aufgrund von geschlechts- und altersspezifischen Schwankungen die Anwendung des BMI umstritten. Das vor kurzem (Mai 2013) erschienene DSM-5 sieht daher die Verwendung von BMI-Perzentilwerten vor, die den BMI auf geschlechts- und altersspezifische Normwerte beziehen. Untergewichtig sind demnach Kinder und Jugendliche mit einem Wert unterhalb der 5. Perzentile, das heißt mindestens 95% der Kinder und Jugendliche der Referenzgruppe gleichen Alters und Geschlechts haben einen höheren BMI-Wert.

Die ICD-10 beschreibt die Verhaltensweisen, die zum Gewichtsverlust führen, folgendermaßen: Betroffene vermeiden hochkalorische Speisen und es kann zusätzlich zu selbstinduziertem Erbrechen oder Abführen, übertriebenen körperlichen Aktivitäten und/oder dem Gebrauch von Appetitzüglern und Entwässerungsmitteln kommen.

Beide Klassifikationssysteme unterscheiden diesbezüglich zwei Subtypen. Wenn der Gewichtsverlust hauptsächlich durch Diäten, Fasten und exzessive sportliche Betätigung hervorgerufen wird, spricht das DSM-5 vom „restriktiven Typus“. Der „Binge-Eating/Purging-Typus“ hingegen ist gekennzeichnet durch das regelmäßige Auftreten von Essanfällen und/oder „Purging-Verhalten“ (z. B. Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln oder Einläufen).

Die Anorexia nervosa ist insbesondere abzugrenzen von Gewichtsverlust aufgrund von körperlichen Ursachen (z. B. Hirntumore und Darmerkrankungen wie Morbus Crohn) oder im

Zusammenhang mit depressiven Störungen. Bei diesen Erkrankungen fehlen die für die Magersucht typische Körperschemastörung und die Angst vor der Gewichtszunahme.

Bei der *Bulimia nervosa*, auch als Ess-Brech-Sucht bezeichnet, haben die Betroffenen ebenfalls ein gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper, das sich in der krankhaften Furcht zu dick zu werden (ICD-10) bzw. in einer vom Körpergewicht im übertriebenen Maße beeinflussten Selbstbewertung (DSM-5) äußert. Des Weiteren ist sie gemäß beider Klassifikationssysteme charakterisiert durch wiederholte Essattacken, bei denen in einer begrenzten Zeit eine große Menge an Nahrung konsumiert wird, gefolgt von kompensatorischen Verhalten wie selbstinduziertem Erbrechen, Missbrauch von Medikamenten (z. B. Abführmittel, Appetitzügler) und/oder Hungerperioden.

Laut dem DSM-5 müssen diese Verhaltensweisen für die Diagnose einer Bulimie drei Monate lang im Durchschnitt mindestens einmal die Woche auftreten. Des Weiteren nennt es als Kriterium, dass während des Essanfalls ein Gefühl von Kontrollverlust über das Essen besteht, zum Beispiel das Gefühl, dass man nicht aufhören kann zu essen oder nicht steuern, was oder wie viel man isst.

Welche Menge an Nahrung konsumiert werden muss, damit objektiv von einem Essanfall gesprochen werden kann, präzisieren beide Klassifikationssysteme nicht genauer. Das DSM-5 spricht nur davon, dass sie deutlich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden.

Wie den vorherigen Ausführungen zu entnehmen ist, ähneln sich die diagnostischen Kriterien der Bulimie und insbesondere des Binge-Eating/Purging-Typus der Anorexie. In beiden Fällen weisen die Betroffenen ein gestörtes Verhältnis zu ihrem Körper auf und es kommt bzw. kann zu Essanfällen kommen, denen kompensatorischen Maßnahmen folgen bzw. folgen können. Neben feineren Abweichungen unterscheiden sich die beiden Störungsbilder vor allem darin, dass bei einer Anorexie zusätzlich das Kriterium des Untergewichts erfüllt sein muss, während von der Bulimie Betroffene normalgewichtig sind. Wenn eine Person die Kriterien beider Störungen erfüllt, hat die Diagnose der Anorexie Vorrang, da mit dem Untergewicht starke gesundheitliche Risiken verbunden sind und daher die Gewichtszunahme bei der Therapie im Vordergrund stehen sollte (vgl. Tuschen-Caffier & Bender, 2013, S. 574).

Die ICD-10 weist zudem darauf hin, dass sich in der Vorgeschichte einer Bulimie häufig eine Episode einer Magersucht nachweisen lässt. Es kann sein, dass die Anorexie durch eine Gewichtszunahme zunächst gebessert scheint, bevor sich das schädliche Verhaltensmuster von Essattacken und Erbrechen einer Bulimie einstellt. Auch der umgekehrte Fall ist möglich.

Die Bulimie ist, da die Betroffenen nicht untergewichtig sind, im Allgemeinen schwerer zu erkennen als die Anorexie. Hinweise können psychische Begleitsymptome wie eine gedrückte Stimmung und Schuldgefühle sowie Schlafprobleme sein. Körperliche Symptome sind Haar- ausfall, ausgeprägte Karies, eine Speicheldrüsenschwellung und Verletzungen am Handrücken aufgrund des wiederholten manuellen Auslösens des Würgereflexes (vgl. Salbach-Andrae, Jaite & Lock, 2013, S. 833–834).

Frauen sind von beiden Störungsbildern weit häufiger betroffen als Männer. Laut dem DSM-5 liegt das Verhältnis von erkrankten Frauen zu erkrankten Männern jeweils bei 10:1. Die Anzahl der Neuerkrankungen ist bei der Anorexie in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen am höchsten, bei der Bulimie ist das Alter zu Beginn geringfügig höher (vgl. Lehmkuhl, Poustka, Holtmann & Steiner, 2013, S. 804, 832). Bezüglich beider Störungen gibt es je nach Studiendesign unterschiedliche Prävalenzangaben. Um eine Vorstellung der Größenordnung zu vermitteln, seien an dieser Stelle die Daten des DSM-5 genannt. Die 12-Monats-Prävalenz⁵ der Anorexie liegt demgemäß für junge Frauen ungefähr bei 0,4%, bei der Bulimie zwischen 1%-1,5%.

Im DSM-5 wurde die „*Binge-Eating-Disorder*“ als neues Störungsbild aufgenommen. Diese ist ebenfalls durch regelmäßig wiederkehrende Essanfälle mit Kontrollverlust gekennzeichnet. Die Essattacken rufen starkes Leiden hervor, jedoch keine kompensatorischen Maßnahmen wie Erbrechen, Missbrauch von Medikamenten und/oder Hungerperioden. Betroffene sind meist übergewichtig.

Im Zusammenhang mit Essstörungen wird oft auch die *Adipositas*, auch bekannt als Fettsucht, genannt. Hierbei handelt es sich um eine übermäßige, gesundheitsgefährdende Vermehrung des Körperfettgewebes. Als Gewichtsstörung wird Adipositas jedoch nicht zu den psychischen Störungen gezählt (vgl. Warschburger & Petermann, 2013).

Für weitere Ausführungen zu Essstörungen sei auf die Lehrbücher von Petermann (2013, S. 569–588) und Lehmkuhl et al. (2013, S. 800–851) sowie auf die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 verwiesen.

3.3.2 Depressive Erkrankungen

Der Oberbegriff der depressiven Erkrankungen umfasst verschiedene Störungen, die alle durch eine Veränderung der Stimmung gekennzeichnet sind. Unterschiede bestehen hinsichtlich ihrer Stärke, Dauer, Häufigkeit der Episoden und der mutmaßlichen Krankheitsursache.

⁵ Anteil der Personen (oftmals bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe), die in den letzten 12 Monaten an der Krankheit bzw. Störung erkrankt waren.

Laut Groen und Petermann (2013) wird die „typische Depression“ durch die Major Depressive Disorder (DSM-5) bzw. durch die depressive Episode oder die rezidivierende (wiederkehrende) depressive Störung (ICD-10) beschrieben. Die diagnostischen Kriterien der beiden Klassifikationssysteme überschneiden sich bei der Depression größtenteils.

Nach der ICD-10 sind typische Symptome:

- Gedrückte Stimmung
- Interessensverlust, Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit

Des Weiteren treten folgende Symptome häufig auf:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlung
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit
- Psychomotorische Unruhe oder Hemmung (DSM-5)

Die Mindestdauer einer Episode beträgt zwei Wochen. Bezüglich des Schweregrads der Störung ist eine weitere Unterteilung möglich entsprechend der Anzahl der Symptome und dem Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung, d. h. inwieweit der Betroffene in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen.

Die ICD-10 weist ferner darauf hin, dass das klinische Bild beträchtliche individuelle Varianten zeigt, und besonders in der Jugend ein untypisches Erscheinungsbild häufig ist.

Das DSM-5 nennt explizit, dass bei Kinder und Jugendlichen auch Reizbarkeit als Symptom auftreten kann.

Ansonsten gehen beide Klassifikationssysteme davon aus, dass sich eine Depression bei Kindern und Jugendlichen prinzipiell in derselben Art und Weise wie bei Erwachsenen äußern kann. Dementsprechend werden für alle Altersstufen nahezu einheitliche Kriterien zugrunde gelegt.

Groen und Petermann (2013, S. 441) nennen indes als zusätzliche mögliche Symptome einer Depression bei Kindern und Jugendlichen:

- Übellaunige Stimmung

- Trennungsängste
- häufige körperliche Beschwerden (z. B. Kopf- und Bauchschmerzen)
- Rückzug, Isolation, wenig Kontakte zu Gleichaltrigen und Schwierigkeiten in bestehenden Beziehungen
- Gelingweiltsein

Wie diese Ausführungen zeigen, ist das Erscheinungsbild einer Depression vor allem bei Kindern und Jugendlichen vielseitig und heterogen, was das Erkennen der Störung erschwert.

Oft geht eine Depression bei Jugendlichen mit weiteren psychischen Störungen einher. Dazu gehören beispielsweise hyperkinetische Störungen, Störungen durch Substanzkonsum und Essstörungen (vgl. Groen & Petermann, 2013, S. 443).

Zwischen dem 12. und 15. Lebensjahr steigt die Krankheitshäufigkeit der Depression deutlich an und erreicht eine Verbreitung nahe der im Erwachsenenalter. Größenordnungsmäßig sind zwischen 2 und 8 % aller Jugendlichen aktuell (Punktprävalenz⁶) von einer Depression betroffen, Mädchen etwa doppelt so häufig wie Jungen. Die Dauer einer Depression kann im Einzelfall sehr unterschiedlich sein und von einigen Wochen bis zu mehreren Jahren reichen (vgl. Groen & Petermann, 2013, S. 443–444).

Für weitere Ausführungen zu depressiven Erkrankungen sei erneut auf die Lehrbücher von Petermann (2013, S. 439–458) und Lehmkuhl et al. (2013, S. 852–873) sowie auf die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 verwiesen.

4 Methode

Im Folgenden wird zunächst die verwendete Methode des qualitativen Leitfadeninterviews charakterisiert und deren Wahl begründet. Als Nächstes wird die Konstruktion des Interviewleitfadens nachgezeichnet. Die Regeln der Frageformulierung und des zugehörigen Verhaltens in der Interviewsituation werden aufgezeigt, der Vorfragebogen kurz vorgestellt. Es folgt die Erläuterung der Stichprobenbildung und der Rekrutierung der Interviewpersonen. Des Weiteren werden die konkreten Situationen der Interviews beschrieben. Bezüglich der Auswertung schließt sich die Offenlegung der verwendeten Transkriptionsregeln an. Zuletzt wird die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz vorgestellt und deren Umsetzung, insbesondere das Kategoriensystem, erläutert.

⁶ Anteil der Personen (oftmals bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe), die zu einem bestimmten Zeitpunkt an der Krankheit bzw. Störung erkrankt waren.

4.1 Untersuchungsdesign: Qualitatives Leitfadeninterview

Um die Forschungsfrage dieser Arbeit beantworten zu können, wurde als Methode das qualitative Leitfadeninterview gewählt. Dies zeichnet sich dadurch aus, dass dem Interview eine Frageliste, der Leitfaden, mit offen formulierten Fragen zu Grunde liegt. So wird einerseits der Forderung nach Offenheit qualitativer Forschung Rechnung getragen, andererseits kann das Interview im Hinblick auf die Forschungsfrage strukturiert werden. Letzteres erhöht zudem die Vergleichbarkeit verschiedener Interviews (vgl. Kruse, 2011; Mayer, 2013).

4.2 Instrumente

In diesem Abschnitt wird zunächst erläutert, was unter Offenheit genau zu verstehen ist und was es bei der Formulierung der Fragen des Leitfadens und dessen Anwendung zu beachten gilt, um dieses Kriterium nicht nur scheinbar zu erfüllen. Anschließend wird die Konstruktion des Leitfadens nachgezeichnet und der Vorfragebogen vorgestellt.

Nach Gläser und Laudel (2010, S. 131) bedeutet maximale Offenheit, dass die Frage so wenig Einfluss wie möglich auf den Inhalt der Antwort ausübt. Den entgegengesetzten Pol des Spektrums bilden die am weitesten geschlossenen Ja/Nein-Fragen. Nach Helfferich (2011, S. 114) verlangt das Prinzip Offenheit insbesondere, dass im Interview als Kommunikationssituation der Erzählperson „Raum“ gegeben wird, ihr eigenes Relevanzsystem - ihre eigene Lebenswelt- oder ihr Deutungsmuster zu entfalten. Um dies zu erreichen muss der Interviewer sein Vorwissen, Erwartungen, Erklärungen etc. zurückstellen (vertiefend siehe Kruse, 2011, S. 19–30). Bei der Fragenformulierung äußert sich das Prinzip Offenheit beispielsweise in der Vermeidung von Suggestivfragen, die „entweder explizit oder implizit die Antwort ent[halten], die der Interviewer vom Befragten erwartet“ (Richardson, Dohrenwend & Klein, 1993 zit. nach Gläser & Laudel, 2010, S. 135–136).

Bei der Konzipierung der Fragen für den Leitfaden zu Schülerauffälligkeiten wurde darauf beruhend besonderer Wert auf die folgenden Regeln gelegt. Weitere Anforderungen an die Frageformulierung finden sich bei Helfferich (2011, S. 102–108) und Kruse (2011, S. 72–73).

- Offene Gesprächsimpulse statt geschlossene Antwortformate
- Ergebnisoffene Formulierungen statt Suggestivfragen (z. B. „Welche Rolle spielen die Eltern?“ statt „Wie können die Eltern helfen?“)
- Klare unmissverständliche Ausdrucksweise

- Keine unnötigen Fachausdrücke und Fremdwörter bzw. Anpassung an die Sprache des Interviewten
- Keine Mehrfachfragen, die verschiedene Aspekte zugleich ansprechen

Die Güte eines Leitfadens zeigt sich zudem in seiner Anwendung in der Interviewsituation. Bezüglich der Durchführung wurden insbesondere die folgenden Regeln festgelegt. Für genauere Ausführungen wird auf die oben genannten Autoren und Gläser und Laudel (2010, S. 172–177, 187–190) verwiesen.⁷

- Bei Unklarheiten der Antworten keine Deutungsangebote machen, sondern offen nachfragen („Können Sie das genauer erklären?“)
- Subjektive Bedeutungen erläutern lassen („Was meinen Sie mit ‚normal‘?“)
- Beispiele nennen lassen, Details erfragen
- Bewertungen vermeiden, um nicht ein Anpassungsverhalten auszulösen
- Pausen aushalten, kein zu hohes Tempo

Generell gilt, dass ein Interviewerfehler darin besteht, „unbewusst und unkontrolliert den Kommunikationsprozess zu beeinflussen“ (Helfferich, 2011, S. 108).

Bei Leitfadeninterviews besteht zudem die Gefahr der „Leitfadenbürokratie“. Dies bezeichnet ein „durch raschen Themenwechsel gekennzeichnetes bürokratisches Abhaken der Leitfadenfragen, ohne dass vom Interviewer der Versuch einer klärenden Vertiefung gemacht wird“ (Hopf, 1978 zit. nach Gläser & Laudel, 2010, S. 188). Problematisch dabei ist, dass Themen oft nur oberflächlich behandelt werden und dem Relevanzkonzept des Interviewten zu wenig Bedeutung beigemessen wird. Auch widerspricht es der Forderung, eine möglichst natürliche Gesprächsführung aufrechtzuerhalten. Plötzliche Themenwechsel können die Befragten „überrumpeln“ und erzeugen den Eindruck, der Interviewer sei nicht wirklich am Gesagten interessiert (Gläser & Laudel, 2010, S. 174). Das Interview sollte dahingegen eine Hörer- und Gesprächsorientierung aufweisen.

Um einerseits die geforderte Offenheit der Fragestellung zu wahren und andererseits die für das Forschungsinteresse notwendige Strukturierung vorzugeben, hat sich bei der Entwicklung

⁷ Teilweise widersprechen sich die Autoren in ihren Ausführungen. Beispielsweise würde Kruse keine geschlossenen Nachfragen nutzen, um das eigene Verständnis zu überprüfen, während Gläser und Laudel eben dazu raten. Dies zeigt erneut wie schwierig die Balance zwischen offenen Fragen einerseits und Zeitbegrenzung, konkretem Forschungsinteresse und möglichst natürlichem Gesprächsverlauf andererseits ist. Die Interviewerin traf diesbezügliche Entscheidungen abhängig von der konkreten Interviewsituation, dem Interviewpartner und der verfügbaren Zeit.

von Interviewleitfäden das sogenannte SPSS-Verfahren von Helfferich bewährt. Dieses Buchstabenkürzel steht für folgende vier Schritte:

1. **Sammeln:** In einem Brainstorming werden möglichst viele Fragen zusammengetragen, die für das Forschungsthema interessant sein könnten.
2. **Prüfen:** Die gesammelten Fragen werden auf ihre Geeignetheit untersucht, beispielsweise gilt es zu klären „Soll der Interviewte eigentlich nur Vorwissen bestätigen?“, „Handelt es sich um eine reine Faktenfrage?“ etc.
3. **Sortieren:** Die verbleibenden Fragen werden unter zeitlichen und/oder inhaltlichen Aspekten geordnet.
4. **Subsumieren:** Jedes Fragenbündel wird einer Leitfrage untergeordnet, die eine Erzählung hervorrufen soll, in der möglichst viele der interessierenden Aspekte von allein angesprochen werden.

Für nähere Erläuterungen sei auf Helfferich (2011, S. 178–189) und Kruse (2011, S. 79–80) verwiesen.

Gemäß dieser Methode wurde ein auf den oben beschriebenen Prinzipien beruhender Leitfaden erstellt. Nach der Durchführung des ersten Interviews wurde die ursprüngliche Fassung nochmals überarbeitet. Hierbei wurde der Umfang der Fragen deutlich reduziert und die Formulierung der verbleibenden Fragen präzisiert. Beide Versionen befinden sich im Anhang (→ Abschnitt 10.3 und 10.4). Auf inhaltliche Aspekte soll an dieser Stelle nicht genauer eingegangen werden, da die thematischen Dimensionen der Interviews bei der Beschreibung des Kategoriensystems deutlich werden (→ Abschnitt 4.5.2).

Wie in → Abschnitt 2.3 bereits angemerkt, wurden die Schulpsychologen zudem gebeten, im Vorfeld der Interviews einen Vorfragebogen auszufüllen. Dieser sollte zum einen wie beschrieben der Auswahl der zwei exemplarischen Auffälligkeiten dienen. Des Weiteren fragt er ab, ob es sich bei den Auffälligkeiten eher um Verdachtsfälle oder um diagnostizierte bzw. abgesicherte Fälle handelte, um den Leitfaden entsprechend anzupassen. Auch wurden die oben erwähnten Faktenfragen in ihn ausgegliedert. So wurde bereits im Vorfeld erfragt, wie viel Zeit die Schulpsychologen mit verschiedenen Tätigkeiten wie Einzelfallberatung von Schülern oder Beratung von Lehrkräften verbringen. Eine weitere Funktion des Vorfragebogens war die Erfassung der soziodemographischen Daten der Schulpsychologen, um diese für die Stichprobenauswahl nutzen zu können. Der vollständige Vorfragebogen befindet sich ebenfalls im Anhang (→ Abschnitt 10.2).

4.3 Stichprobe

Um eine Verallgemeinerbarkeit der gewonnenen Ergebnisse zu erreichen, ist eine sorgfältige Auswahl der zu interviewenden Personen von Bedeutung. Aufgrund der relativ kleinen Stichprobengröße in der qualitativen Forschung kann das sonst übliche Kriterium der Repräsentativität, bei dem die Zusammensetzung der Stichprobe mit den Merkmalen der untersuchten Grundgesamtheit übereinstimmt, nicht erfüllt werden. Stattdessen wird in der qualitativen Forschung eine bewusste Fallauswahl getroffen, um die im Untersuchungsfeld vorhandene Heterogenität angemessen zu berücksichtigen. Hierfür wird das Prinzip der maximalen strukturellen Variation angewendet, bei dem gezielt möglichst unterschiedliche Fälle bezüglich bestimmter Merkmale wie Alter, Lebenssituation, Einkommen etc. ausgewählt werden (vgl. Helfferich, 2011, S. 172–175; Kruse, 2011, S. 84–90).

Bei der Konstruktion der Stichprobe der Schulpsychologen wurde dies im Rahmen des von Helfferich (2011) beschriebenen Verfahrens der Verengung, Gewinn an Breite und erneuter Verengung der Gruppendefinition umgesetzt. Im ersten Schritt wurde gemäß Helfferich das Interesse an einer bestimmten Gruppe von Schulpsychologen präzisiert. Befragt werden sollten Schulpsychologen aus dem Großstadtbereich München, die der Schulart Gymnasium zugehören. Begründet ist diese Einschränkung durch die Annahme der Autorin, dass es Unterschiede zwischen ländlichen und innerstädtischen Schulen, verschiedenen Regionen Deutschlands und den Schularten gibt (→ Abschnitt 2.2), deren Breite die geringe Fallzahl nicht gerecht werden würde. Im zweiten Schritt wurden wie oben begründet innerhalb dieser Gruppe möglichst unterschiedliche Fälle ausgewählt. Als Merkmale dienten Geschlecht, Alter, Berufsjahre⁸, Anzahl der schulpsychologischen Anrechnungsstunden und die Einschätzung der Schulpsychologen, ob es sich bei der Schule um einen sozialen Brennpunkt handelt. Die genauen Daten sind im Anhang tabellarisch dargestellt (→ Abschnitt 10.5). Als letzten Schritt sieht Helfferich die Überprüfung des Geltungsbereichs der Aussagen auf Grundlage der tatsächlichen Stichprobe und eine Erläuterung der damit verbundenen Limitation der Aussagekraft. Dies erfolgt in → Abschnitt 6.2.

Als Stichprobenumfang wurden fünf Interviews mit Schulpsychologen festgelegt. Dies ist auf das ausführliche Auswertungsverfahren inklusive vollständiger Transkription der Interviews und den begrenzten zeitlichen Rahmen einer Zulassungsarbeit zurückzuführen. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass bei der interessierenden deskriptiven Forschungsfrage, die als Anregung für die geplante Broschüre über Schülerauffälligkeiten Empfehlungen von

⁸ Die Stichprobe enthält leider keinen Schulpsychologen mit weniger als 10 Jahren Berufserfahrung, da die angefragte Berufsanfängerin das Interview kurzfristig abgesagt hat.

Schulpsychologen für Lehrkräfte zusammenstellt, eine relativ kleine Stichprobe bereits interessante Hinweise liefert.

Um die benötigte Anzahl an geeigneten Interviewpartnern zu rekrutieren, wurden zehn Schulpsychologen per E-Mail mit dem im Anhang befindlichen Anschreiben (→ Abschnitt 10.1) kontaktiert. Vier davon reagierten auf die Anfrage, aus zeitlichen Gründen konnte nur mit einem ein Interviewtermin gefunden werden. Die weiteren Interviewpartner konnten im direkten telefonischen Kontakt für die Untersuchung gewonnen werden. Hierbei stellte sich die Verfügbarkeit als größtes Hindernis heraus, da Schulpsychologen zwar oft einen eigenen Telefonanschluss besitzen, aber unter diesem aufgrund ihrer zusätzlichen Tätigkeit als Lehrkraft oftmals nur schwer erreichbar waren. Die Teilnahmebereitschaft war hingegen sehr groß, nur ein telefonisch kontaktierter Schulpsychologe lehnte aus datenschutzrechtlichen Bedenken die Befragung ab. Allerdings wiesen die meisten darauf hin, dass die Terminfindung problematisch sein könnte, da sie über wenig freie Zeit verfügen würden. Eines der vereinbarten Interviews wurde kurzfristig aus zeitlichen Gründen abgesagt.

4.4 Durchführung

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 18.7.13 bis 30.7.13 an der jeweiligen Arbeitsstelle der Schulpsychologen statt. Im Durchschnitt dauerten sie 47 Minuten, bei einer Spannweite von 35 Minuten bis zu 60 Minuten. Bei drei der Interviews traten kurze Unterbrechungen durch Lautsprecherdurchsagen oder Kollegen auf. Bei einem Interview wurde aufgrund des nächsten Termins auf die Stellung der letzten Frage verzichtet. Zusätzlich zeigte sich bei diesem Schulpsychologen während des Interviews Müdigkeit durch Gähnen und entsprechende Kommentare. Diese besonderen Vorkommnisse sind in den Transkripten vermerkt.

4.5 Auswertung

Um den wissenschaftlichen Ansprüchen der Vergleichbarkeit, Nachvollziehbarkeit und der methodischen Kontrolle zu genügen, wurde für die Auswertung der erhobenen Daten folgendes Regelsystem angewendet.

4.5.1 Transkriptionsregeln

Die aufgenommenen Interviews wurden mit der Transkriptionssoftware f4 verschriftet. Dies erfolgte gemäß den nachstehenden Regeln, die sich eng an das Transkriptionssystem von Kuckartz (2012, S. 136) anlehnen.

- Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht transkribiert, sondern möglichst genau in das Hochdeutsche übersetzt.
- Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so ’n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
- Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungszeichen (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder mehr Punkte gesetzt.
- Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichung gekennzeichnet.
- Zustimmungende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
- Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
- Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
- Auslassungen von organisatorischen Absprachen u. ä. werden unter Angabe der Gründe durch eckige Klammern gekennzeichnet.
- Unverständliche Passagen werden durch (?) bzw. vermutete Aussagen durch (?Text?) kenntlich gemacht.
- „Mhm“ steht für zustimmende Laute, „hmhm“ für Verneinungen.
- Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt).
- Absätze der interviewenden Personen werden durch ein „I:“, die der befragten Personen durch ein eindeutiges Kürzel, z. B. „B4:“, gekennzeichnet.
- Jeder Sprecherbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch eine Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
- Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

Dieses Regelsystem vereint die Vorteile einer leichten Handhabung mit einer hohen Lesbarkeit des transkribierten Textes und enthält auf der anderen Seite dem Forschungsinteresse angemessen viele Details der Lautäußerungen.

4.5.2 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Die systematische Auswertung der verschrifteten Interviews erfolgte gemäß der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wie Kuckartz (2012) sie beschreibt. Hierbei handelt es sich um ein kategorienbasiertes Verfahren mit dem Ziel der Zusammenfassung und der Reduktion der Komplexität des Datenmaterials. Diese Variante der Inhaltsanalyse wurde gewählt, da bei ihr die Identifizierung von Themen und deren Systematisierung im Mittelpunkt steht. Dies entspricht der Forschungsfrage („Welche Empfehlungen geben Schulpsychologen Lehrkräften...?“), die solch eine beschreibende Ergebnisdarstellung verlangt.

Für den prinzipiellen Ablauf des Verfahrens gibt Kuckartz (2012, S. 78) folgendes Schema an:

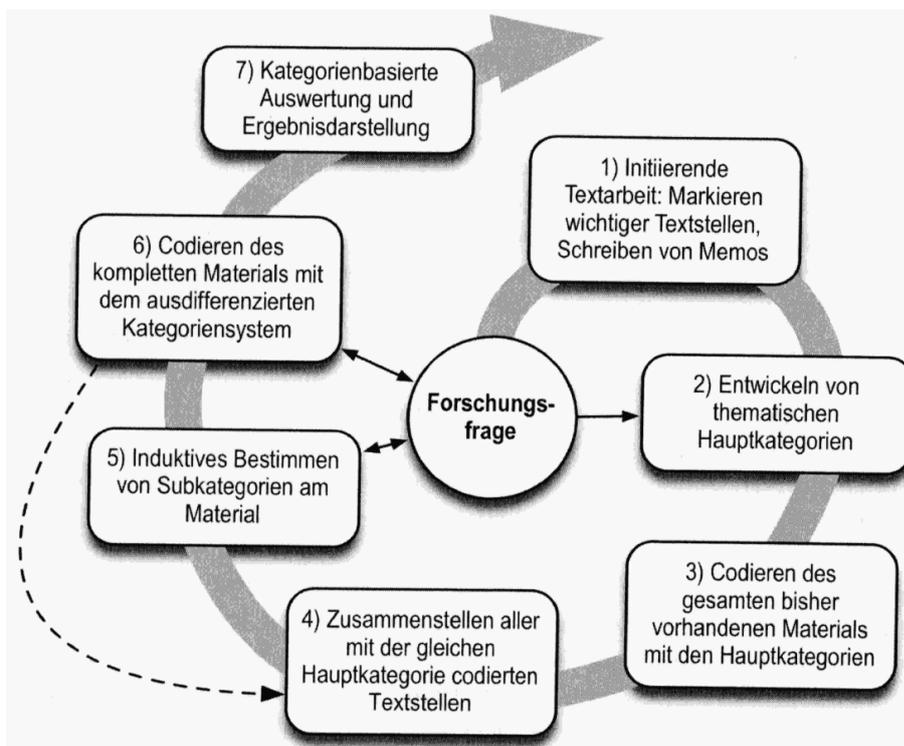


Abb. 1: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse

Für nähere Erläuterungen sei auf den Autor verwiesen.

Für die Umsetzung des Verfahrens wurde das Analyseprogramm MAXQDA 11 verwendet, das viele nützliche Funktionen für die Datenorganisation bietet.

Die auszuwertenden Interviews setzten sich aus fünf Themenbereichen zusammen:

1. Zusammenarbeit zwischen Schulpsychologen und Lehrkräften
2. Essstörungen
3. Depressive Erkrankungen
4. Allgemeines zu Auffälligkeiten und der Broschüre
5. Kommentare der Schulpsychologen zum Interview

Gemäß dem vorgestellten Verfahren wurden in Anlehnung an die Leitfragen für die Punkte 2 und 3 folgende Hauptkategorien entwickelt:

- Art und Merkmale
- Weiteres Vorgehen nach Verdacht
- Weiteres Vorgehen nach Diagnose
- Gespräch mit dem Schüler
- Information der Eltern
- Probleme in der Praxis
- Möglichkeiten, wenn Betroffene keine Intervention wünschen
- Fehler von Lehrkräften
- Umgang mit der Klasse und dem Freundeskreis
- (Unterrichtsmethoden)⁹

Für Punkt 4 lauten die Hauptkategorien:

- (persönliche Meinung zur Broschüre)
- (Wünsche bezüglich der Broschüre)
- (generelle Unterrichtsmethoden bei Auffälligkeiten)
- Möglichkeiten, wenn Betroffene keine Intervention wünschen
- Umgang mit der Klasse und dem Freundeskreis
- (Präventionsmöglichkeiten)

Die Hauptkategorien wurden in Hinblick auf die Ziele der Untersuchung (→ Abschnitt 2.4) gebildet und sollten sich bereits als Strukturierungspunkte der Ergebnisdarstellung eignen. Die zugehörigen Code-Memos enthalten eine genaue Beschreibung der Kategorien inklusive Ankerbeispielen, was die konsistente Anwendung des Systems im Codierprozess erleichtern soll.

Das Code-Memo der Kategorie „Essstörungen – Gespräch mit dem Schüler“ lautet beispielsweise:

Was sollte die Lehrkraft im Gespräch mit dem betroffenen Schüler beachten? Was sollte sie ansprechen, was sollte sie unterlassen? (Hier sollen auch die Antworten auf die Frage, welche Fehler Lehrkräfte generell nicht machen sollten, einbezogen werden, wenn sie sich eindeutig auf das Gespräch mit dem Schüler beziehen.)

Beispiele: auf Gewicht ansprechen?, nicht dramatisieren, keine falschen Versprechen abgeben

Die weiteren Memos sind in der Projektdatei auf der beigefügten CD einsehbar.

⁹ Die eingeklammerten Hauptkategorien wurden aus Zeitgründen nicht weiter ausgewertet. Für die Beantwortung der Forschungsfrage sind diese Kategorien nicht notwendig, können jedoch weitere Impulse für das Projekt Schülerauffälligkeiten liefern. Da sie im ersten Codierprozess noch berücksichtigt wurden, können sie in dem beigefügten MAXQDA-Projekt gezielt mit der Retrieval-Funktion angezeigt werden.

Die gemäß diesen Hauptkategorien codierten und zusammengestellten Textstellen bildeten die Grundlage für die weitere Ausdifferenzierung. An ihnen wurden induktiv Subkategorien gebildet. Dies erhöhte zum einen die Übersichtlichkeit beim Schreiben der Ergebnisdarstellung, zum anderen können die konkreten Inhalte der Antworten der Schulpsychologen so bereits am Kategoriensystem abgelesen werden (→ Abschnitt 10.7).

Bei der erneuten Codierung des Materials gemäß den Subkategorien wurde die erste Zuordnung beibehalten, so dass die Textstellen sowohl der Ober- als auch der Unterkategorie zugewiesen sind. Damit eine übersichtliche Darstellung möglich ist, wurden die Subkategorien mit einer helleren Schattierung der jeweiligen Farbe versehen, was eine getrennte Aktivierung in MAXQDA ermöglicht.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt entlang der Hauptthemen. Die Antworten der Schulpsychologen bezüglich des weiteren Vorgehens nach Verdacht bzw. Diagnose einer Auffälligkeit werden zudem fallweise dargestellt.

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden zunächst die Resultate des Vorfragebogens kurz präsentiert und eingeordnet, bevor die Ergebnisse der Interviews ausführlich dargestellt werden. Diese gliedern sich wie oben beschrieben in die Themen Zusammenarbeit zwischen Schulpsychologen und Lehrkräften, Essstörungen, depressive Erkrankungen, Auffälligkeiten allgemein und Kommentare der Schulpsychologen zum Interview. Des Weiteren befasst sich ein Abschnitt mit Themen, die die Schulpsychologen von sich aus wiederholt angesprochen haben.

5.1 Resultate des Vorfragebogens

Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, nimmt die Einzelfallberatung von SchülerInnen mit durchschnittlich 5,2 Wochenstunden den größten Teil der Zeit der befragten Schulpsychologen in Anspruch, gefolgt von der Einzelfallberatung von Eltern mit durchschnittlich 2,7 Wochenstunden. Die Beratung von Lehrkräften steht bei den abgefragten Tätigkeiten mit 1,6 Stunden pro Woche an dritter Stelle. Jeweils knapp eine Wochenstunde verbringen die Schulpsychologen mit Formalia und dem Kontakt zu außerschulischen Beratungsinstitutionen.

Im Gegensatz zu den anderen Befragten gibt B1 eine große Anzahl an Wochenstunden bei sonstigen Tätigkeiten an. Darunter fallen bei ihm: Gruppenmaßnahmen und Prävention, Ver-

waltungstätigkeiten, Aktenführung, Beratung der Schulleitung, QSE (Qualitätssicherung und -entwicklung), PSE (Pädagogische Schulentwicklung), Fortbildungen etc.

Die anderen Schulpsychologen machen bei sonstigen Tätigkeiten zu den Wochenstunden keine Angaben (k. A.). B2 nennt als sonstige Tätigkeit „Fortbildung“, B3 „Systemberatung: Schulentwicklung in verschiedenen Teams“.

Tabelle 1

„Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ungefähr durchschnittlich mit folgenden Tätigkeiten?“						
	B1	B2	B3	B4	B5	Ø*
Beratung von Lehrkräften	0,1	2	4	1	1	1,6
Einzelfallberatung von SchülerInnen	4	4	8	6	4	5,2
Einzelfallberatung von Eltern	0,4	4	5	3	1	2,7
Kontakt mit außerschulischen Beratungsinstitutionen	0,4	1	2	0,5	0,5	0,9
Formalia (Gutachtenerstellung etc.)	0,01	1	2	0,5	1	0,9
Sonstiges	3,4	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	--

*auf eine Nachkommastelle gerundet

Des Weiteren fällt auf, dass die Summe der angegebenen Wochenstundenzahlen meist nicht mit der Anzahl der schulpsychologischen Anrechnungsstunden der befragten Schulpsychologen übereinstimmt, sondern bis zu zweieinhalb mal so groß ist (s. Tabelle 1b).

Ein Schulpsychologe weist explizit darauf hin, dass seine Arbeitszeit nicht mit den Anrechnungsstunden gedeckt sei und ein anderer betont in den Interviews, dass die schulpsychologische Beratung viel Zeit koste und man kaum Anrechnungsstunden dafür habe.

Tabelle 1b

	B1	B2	B3	B4	B5
Summe der angegeben Wochenstundenzahlen	8,3	12	21	11	7,5
Anzahl der schulpsychologischen Anrechnungsstunden	4	12	8	4	5

Die Schulpsychologen hatten in den letzten Jahren von den abgefragten Auffälligkeiten mit Abstand am häufigsten mit Essstörungen und depressiven Erkrankungen zu tun. Durchschnittlich hatten sie pro Jahr 2 bzw. 2,5 Fälle der beiden Auffälligkeiten, wobei es deutliche Unterschiede zwischen den Einzelangaben der verschiedenen Schulpsychologen gibt.

Insbesondere mit den Auffälligkeiten Dyskalkulie, sexuellem Missbrauch und Autismus waren sie weit weniger konfrontiert (s. Tabelle 2).

Tabelle 2

„Wie oft waren Sie bisher mit folgender Auffälligkeit konfrontiert?“						
<i>Schätzen Sie bitte die Anzahl der SchülerInnen, mit denen Sie in den letzten 5 Jahren direkt oder indirekt über die Beratung der betroffenen Lehrkraft Kontakt hatten (Bei weniger Berufsjahren, mit wie vielen seit Berufsbeginn)</i>						
	B1	B2	B3	B4	B5	Σ
Essstörungen	9	12	14	6	11	52
Depressive Erkrankungen	7	20	13	15	7	62
Selbstverletzendes Verhalten	5	4	7	6	9	31
Sexueller Missbrauch	4	0	1	1	5	11
Häusliche Gewalt	7	6	3	3	3	22
Autismus	0	8	2	5	1	16
Dyskalkulie	1	4	1	0	0	6

Grau hinterlegt sind die zwei bzw. wenn nötig drei Auffälligkeiten, mit denen die einzelnen Schulpsychologen am häufigsten konfrontiert waren.

Ob es sich dabei überwiegend um Verdachtsfälle oder um bereits diagnostizierte bzw. abgesicherte Auffälligkeiten handelt, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Entweder variieren die Angaben der Schulpsychologen dazu oder sie schätzen das Verhältnis als eher ausgeglichen ein. Nur bei sexuellem Missbrauch scheint es sich überwiegend um Verdachtsfälle zu handeln (s. Tabelle 3).

In den Interviews wurden dementsprechend sowohl das Verhalten bei Verdacht als auch bei der Diagnose von Auffälligkeiten behandelt.

Tabelle 3

„Handelte es sich dabei überwiegend (mehr als 70%) um Verdachtsfälle oder überwiegend um bereits diagnostizierte/abgesicherte Auffälligkeiten oder ist das Verhältnis eher ausgeglichen?“							
Essstörungen				Depressive Erkrankungen			
	Verdacht	diagnostizierte/ abgesicherte Fälle	eher ausgeglichen		Verdacht	diagnostizierte/ abgesicherte Fälle	eher ausgeglichen
B1		x		B1	x		
B2	x			B2			x
B3		x		B3			x
B4	x			B4			x
B5			x	B5			x
Selbstverletzendes Verhalten				Sexueller Missbrauch			
	Verdacht	diagnostizierte/ abgesicherte Fälle	eher ausgeglichen		Verdacht	diagnostizierte/ abgesicherte Fälle	eher ausgeglichen
B1		x		B1	x		
B2	x			B2	-	-	-
B3			x	B3	x		
B4		x		B4	x		
B5			x	B5			x

Häusliche Gewalt				Autismus			
	Verdacht	diagnostizierte/ abgesicherte Fälle	eher ausgegli- chen		Verdacht	diagnostizierte/ abgesicherte Fälle	eher ausgegli- chen
B1			x	B1	-	-	-
B2	x			B2			x
B3			x	B3		x	
B4		x		B4			x
B5			x	B5			x
Dyskalkulie							
	Verdacht	diagnostizierte/ abgesicherte Fälle	eher ausgegli- chen				
B1	x						
B2	x						
B3		x					
B4	-	-	-				
B5	-	-	-				

5.2 Zusammenarbeit zwischen Schulpsychologen und Lehrkräften

Auf die Frage, wie die Schulpsychologen sich die Zusammenarbeit mit anderen Lehrkräften wünschen, beschreiben drei von ihnen den allgemeinen Verlauf wie folgt.

Wenn eine Lehrkraft einen Schüler hat, der „irgendwie komisch [ist], oder irgendwie auffällig und [sie] weiß eigentlich mit dem nicht mehr, was [sie] tun soll“ (B3, 2), sollte sie das „kollegiale Gespräch“ (B4, 2) mit dem Schulpsychologen suchen. In diesem Gespräch sollte die Lehrkraft ihre Beobachtungen schildern und zwar „weniger im Sinne von Wertung, sondern erst einmal im Sinne von ‚Was passiert eigentlich da? Was, was macht dieses Kind? Wie interagiert dieses Kind mit anderen?‘ Äh, das, also eher auf dieser beschreibenden Ebene“ (B2, 2). Zwei der Schulpsychologen sprechen dann davon die Lehrkraft zu coachen, während einer den Teamgedanken in den Vordergrund stellt und sich als „interdisziplinäres Team“ (B1, 4) versteht. Auf diese Unterschiede im weiteren Vorgehen der Schulpsychologen wird im → Abschnitt 5.3.2 genauer eingegangen.

Neben dem allgemeinen Verlauf nennen die Schulpsychologen bestimmte Punkte, die ihnen in der Zusammenarbeit mit Lehrkräften wichtig wären.

Zwei von ihnen wünschen sich, dass gewisse Vorurteile und Vorbehalte gegenüber der Schulpsychologie abgebaut würden und Lehrkräfte sie nicht „sehen als jemand, der sich einmischen will in etwas oder der irgendwie urteilt, mmh, oder als jemanden, der ähm, ja der irgendwie alles weiß, sondern eigentlich eher ganz, ganz normal, wie jeden anderen Kollegen“ (B5, 2).

Auch betonen zwei der Interviewten die Wichtigkeit eines ruhigen Gespräches. Man sollte sich ausreichend Zeit zum Besprechen nehmen, wobei darauf verwiesen wird, dass das *„meistens nicht der Fall“* sei, weil *„Lehrkräfte eigentlich immer unter Zeitdruck stehen und von daher dann, also, die Informationen eher bruchstückhaft sind und nicht so ausführlich, und auch möglicherweise keine Zeit zum Nachfragen da ist“* (B2, 4).

Des Weiteren sollen Lehrkräfte *„lieber öfter das kollegiale Gespräch suchen als zu wenig“* (B4, 32), bzw. *„lieber etwas früher als später“* (B2, 2), da Verhaltensauffälligkeiten schwerer zu ändern sind, wenn sie erst die Chance hatten sich über einen längeren Zeitraum zu entwickeln.

Ein Schulpsychologe nennt zudem in einer ganzen Reihe von Umgangsvorstellungen noch, *„dass man möglichst niederschwellig miteinander redet, dass man einen guten persönlichen Kontakt pflegen kann, dass man sich gegenseitige Fehler nicht vorwirft, dass man Aufgaben klar verteilt“* (B1, 4).

Alle Vorstellungen zusammengefasst, sollte die Lehrkraft sich bei einem Verdacht auf eine Auffälligkeit frühzeitig an den Schulpsychologen wenden und ihre Beobachtungen mitteilen. Dafür sollte ein angemessener zeitlicher Rahmen zur Verfügung stehen und der Schulpsychologe ohne Vorbehalte behandelt werden.

5.3 Essstörungen

5.3.1 Art und Merkmale

Auf die Frage, welche Art von Essstörung in der Schule auftrete, nennen drei der Schulpsychologen, dass dies hauptsächlich die Anorexie sei. Die beiden übrigen haben zusätzlich Erfahrungen mit Bulimie gemacht. Des Weiteren wird angesprochen, dass die Binge-Esstorung und die Adipositas in der Regel nicht auftreten.

In den weiteren Gesprächen stellt sich allerdings heraus, dass mindestens zwei der Schulpsychologen die Anorexie mit dem restriktiven Typus gleichsetzen, bei dem die Betroffenen das Untergewicht hauptsächlich durch Fasten und exzessive sportliche Betätigung herbeiführen. Unter Bulimie verstehen sie indes das Auftreten von Essanfällen und anschließendem Erbrechen. Der Binge-Eating/Purging-Typus der Anorexie, bei dem ebenfalls Essattacken und abführende Maßnahmen kennzeichnend sind, scheint ihnen nicht bekannt zu sein. Neben feineren Abweichungen in den diagnostischen Kriterien unterscheidet sich dieser von der Bulimie vor allem durch das Untergewicht des Magersüchtigen. Bulimiker sind hingegen normalgewichtig (→ Abschnitt 3.1.1).

Generell weisen die Schulpsychologen darauf hin, dass es Überschneidungen bei den beiden Essstörungen gibt und sie auch häufig ineinander übergehen. Dies stimmt wieder mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen überein (→ Abschnitt 3.1.1). Des Weiteren seien der Lehrkraft meist nicht alle Details bekannt, was eine genauere Differenzierung in der Schule erschwere. Dies ist zudem für das „*Vorgehen, was im Rahmen von Schule möglich ist*“ (B1, 8) laut den befragten Schulpsychologen auch nicht notwendig, der „*Beratungsprozess ist ja doch relativ ähnlich*“ (B4, 30).

Unterschiede zeigen sich in der Beobachtung. Die Bulimie ist „*als Krankheitsbild nicht so auffällig*“ (B2, 6), da die Betroffenen normalgewichtig sind. Dies hat zur Folge, dass sie in der Schule oft übersehen bzw. erst spät bemerkt wird. Am ehesten zeige sich bulimisches Verhalten laut einem Schulpsychologen bei schulischen Sonderveranstaltungen wie Schul-landheimaufenthalten oder im Skilager, „*wo eben Lehrkräfte die Kinder über einen längeren Zeitraum beobachten können*“ (B2, 28). In diesem Zusammenhang schlagen zwei der Schulpsychologen vor, die Lehrkräfte bezüglich der Begleitsymptome zu sensibilisieren. Häufiges Erbrechen führe beispielsweise zu Zahnproblemen und verätzten Speiseröhren.

Von Essstörungen betroffen sind laut den befragten Schulpsychologen überwiegend Schülerinnen. Einer weist darauf hin, dass diese Auffälligkeit hauptsächlich zwischen der 7. und der 10. Klasse auftritt (B2, 6). Meistens handle es sich um fleißige, ehrgeizige Schülerinnen mit sehr guten Noten, „*das sind keine Problemschüler*“ (B1, 36). Schulisch fallen sie erst auf, wenn sie im fortgeschrittenen Stadium der Essstörung nicht mehr leistungsfähig sind und beispielsweise Konzentrationsschwierigkeiten auftreten. Ein Schulpsychologe weist in dem Zusammenhang darauf hin, dass Essstörungen eher am Gymnasium vertreten zu sein scheinen, beispielsweise habe eine Kollegin aus dem Förderschulbereich solche Fälle nie (B3, 4).

Laut einem Schulpsychologen verschieben sich die Grenzbereiche zwischen einer Magersucht und normalem Verhalten stark. Heutzutage würden sehr viele Schülerinnen extrem auf ihr Gewicht achten, ohne dabei „*in die Form [zu] rutschen, die dann wirklich pathologisch ist*“ (B3, 30).

Die folgenden Fragen wurden vor dem Hintergrund der Magersucht gestellt. Da die befragten Schulpsychologen die beiden Essstörungen nicht gemäß den diagnostischen Kriterien der ICD-10 und des DSM-5 voneinander abgrenzen und ihrer Meinung nach das Vorgehen in der Schule ohnehin ähnlich ist, erscheint in dieser Arbeit eine Differenzierung der beiden Essstörungen jedoch weder sinnvoll noch notwendig. Hinzu kommt, dass die Schulpsychologen von

sich aus wiederholt den Begriff Essstörung statt dem der Anorexie benutzen. Vereinzelt können Unterschiede auftreten, so kann beispielsweise eine Bulimie wie bereits erläutert nicht so schnell aufgrund des fehlenden Gewichts erkannt werden.

Da vor allem Mädchen von Essstörungen betroffen sind, wird im Folgenden die Terminologie Schülerin verwendet.

5.3.2 Weiteres Vorgehen nach Verdacht und Diagnose

Wie im → Abschnitt 5.2 Zusammenarbeit zwischen Schulpsychologen und Lehrkräften bereits bemerkt wurde, gibt es Unterschiede zwischen den Vorgehensweisen der fünf befragten Schulpsychologen. Deswegen wird im Folgenden das Vorgehen bei Verdacht bzw. Diagnose einer Essstörung zunächst fallweise vorgestellt, bevor in → Abschnitt 7 ein allgemeines Konzept aufgezeigt wird.

Schulpsychologe 1 (B1, 6, 12-20, 26, 43-50)

B1 bemerkt auf die Frage, wie eine Lehrkraft bei Verdacht auf Magersucht weiter vorgehen sollte als allererstes, dass es seiner Meinung nach keine pauschale Vorgangsweise gibt. Im Folgenden skizziert er ein mögliches Vorgehen, wobei er immer wieder betont, dass viel gemeinsam in Gesprächen zwischen Schulpsychologe, Lehrkraft, Schülerin und evtl. externen Institutionen entschieden wird.

Nachdem sich die Lehrkraft an den Schulpsychologen gewendet hat, werden im Gespräch Fragen wie „Was hast du gesehen?“, „Was ist dir aufgefallen?“, „Weißt du schon irgendetwas?“ besprochen. Da es an seiner Schule viele Lehrkräfte gibt, die einen sehr guten Kontakt zu Schülern haben, steht die Frage im Raum, wer am besten mit der betroffenen Schülerin redet, und es *„stellt sich durchaus heraus, dass das nicht immer der Schulpsychologe ist, zumal der in meiner Person auch ein Mann ist“* (B1, 12). Bei dieser Entscheidung spielt der Teamgedanke wieder eine große Rolle, man berät, *„welche Ressourcen hat man denn, welche Anknüpfungspunkte hat man“* (B1, 12) und insbesondere welche Vorstellungen die Lehrkraft hat, was sie sich zutraut. Wenn nun die Lehrkraft die Schülerin ansprechen soll, stellt sich die Frage, auf welche Art und Weise dies geschehen soll. Dabei würde der Schulpsychologe dann Hilfe geben, auch hierbei würde man sich beraten, aber er habe schon gewisse Vorstellungen darüber. Diese sollen hier nicht im Einzelnen genannt werden, sondern finden sich im → Abschnitt 5.3.3 Gespräch mit der Schülerin.

Angenommen die Schülerin nimmt das Hilfsangebot an, dann wäre der nächste Schritt, dass sie Informationsmaterial über Therapiemöglichkeiten, Wohnheime für Essgestörte oder ähnli-

che Angebote bekommt. Typisch hierbei wäre, dass sie sich nicht sofort entscheiden muss, sondern ein weiteres Treffen in wenigen Wochen vereinbart wird, um eine „*leichte Verbindlichkeit*“ (B1, 12) aufzubauen. Für solche Gespräche gibt es an der Schule geschützte Räume, in denen man sich auch länger unterhalten kann.

Dies kann alles noch die Lehrkraft übernehmen, wobei insbesondere, wenn sie das Gefühl hat „*jetzt wächst es [ihr] über den Kopf*“ (B1, 16), eine Begleitung durch den Schulpsychologen stattfindet. In Rückgesprächen wird geklärt: „*Wie ist es gegangen, das Gespräch? Fühlst du dich noch gut dabei? Soll ich dir helfen, soll ich dich unterstützen?*“ (B1, 16). Dabei gibt es sowohl die Möglichkeit, dass der Lehrer die Gespräche weiterhin alleine führt, als auch, dass der Schulpsychologe dabei anwesend ist, je nachdem, was sich die Lehrkraft zutraut.

Je nach Alter und Willen der Schülerin werden die Eltern früher oder später kontaktiert. Wann dafür der passende Zeitpunkt ist und was es im Gespräch mit den Eltern zu beachten gilt, wird im → Abschnitt 5.3.4 Information der Eltern behandelt. B1 würde dabei der Schülerin die Möglichkeit geben, ihren Eltern selbst Bescheid zu sagen. Er würde mit ihr klären: „*Wie könntest du dir denn vorstellen, wie könntest du das denn machen?*“ Und mit ihr vereinbaren: „*Okay, bis dann und dann, hast du das geschafft, weil dann ruf ich nämlich mal da an*“ (B1, 18).

Der nächste Schritt wäre, dass die Schülerin ein Erstgespräch an einer entsprechenden Einrichtung führt und sich erkundigt wie eine Therapie aussehen würde. Dies kann sie je nach Situation alleine, mit ihren Eltern oder eventuell begleitet durch eine Lehrkraft tun.

Nachdem die Magersucht von externen Stellen diagnostiziert worden ist, schließt sich in aller Regel eine Therapie an, das „*erlebt [B1] relativ stark als Einheit*“ (B1, 44). Die Diagnose ist der Schule an sich erst mal nicht bekannt, sie „*liegt ja nicht coram publico*¹⁰ *im Schülerakt drin*“ (B1, 44). Wenn überhaupt, erfahren diese der Schulpsychologe oder die betroffenen Lehrkräfte, wobei B1 hierbei wohl davon ausgeht, dass die Schülerin noch leistungsfähig ist und nicht aufgrund eines Krankenhausaufenthalts über einen längeren Zeitraum in der Schule fehlt. Dies ist vermutlich auf seine Erfahrungen mit Schülerinnen zurückzuführen, die in der Nähe der Schule in einer betreuten Wohngruppe für Essgestörte leben, in Therapie sind und nun aus der Wohngruppe heraus (wieder) die Schule besuchen. Für die Lehrkraft ändert sich dementsprechend nach der Diagnose „*erstaunlich wenig*“ (B1, 44) im Umgang mit der Schülerin, es sei denn, von Seiten der Wohngruppe oder Therapieeinrichtung wird Kontakt zur

¹⁰ Coram publico bedeutet nach dem Fremdwörterband des Duden: vor aller Welt, öffentlich

Schule aufgenommen, meistens mit dem Schulpsychologen, und eine besondere Vorgehensweise wird vorgeschlagen und besprochen. Im speziellen Fall der Essstörungen sind laut B1 die Schnittstellen zwischen Therapie und Unterricht gering, da die Schüler in der Schule nicht essen. Absprachen bezüglich des Sportunterrichts sind denkbar. Bei anderen Auffälligkeiten, wie zum Beispiel der Angststörung gibt es *„klare Instruktionen, [...] ganz konkret auf der Handlungsebene, die den Lehrkräften Verhaltenssicherheit geben sollen“* (B1, 48).

Wenn es aufgrund körperlicher Probleme infolge der Magersucht zu Schulleistungsschwierigkeiten kommt, bestehen laut B1 verschiedene schulrechtliche Möglichkeiten, wie das Vorrücken auf Probe.

Von sich aus kommt B1 nicht auf die Schulleitung zu sprechen. Auf die Nachfrage, ob die Lehrkraft gegenüber der Schulleitung auskunftsverpflichtet sei, betont er den Ermessensspielraum pädagogischer Fachkräfte und die Möglichkeit, dass das Team zwischen Schulpsychologe und Lehrkraft gemeinsam überlegen kann, wer eingeweiht werden soll, bei wem es für die Schülerin hilfreich wäre, wenn derjenige Bescheid wüsste. Das Ganze sollte in Absprache mit der Schülerin erfolgen. Er ist der Meinung, dass *„man sowas ja regeln [kann], ja, also es muss nicht immer über den Zwang gehen“* (B1, 26). Auch hier zeigt sich wieder wie wichtig B1 ein gemeinsames Vorgehen ist.

Schulpsychologe 2 (B2, 7-10, 20-24)

Für B2 wäre der erste Schritt bei Verdacht auf Magersucht, dem Schulpsychologen diesen mitzuteilen.

Als Nächstes sollte die Klassenleitung informiert werden und es sollte *„so eine Art Meinungsbild ein[geholt werden] zwischen den unterschiedlichen Lehrern“*, denn insbesondere *„im Gymnasium heißt es ja nicht, wenn ein Lehrer etwas beobachtet, dass dann wirklich die, die in der Klasse unterrichten, das vielleicht genauso sehen“* (B2, 8). Bei Magersucht wäre es speziell auch wichtig, den Sportlehrer einzuschalten. Dabei spielt der Schulpsychologe noch keine so große Rolle, sondern ist eher beratend tätig und informiert vielleicht über den Stand der Dinge.

Wenn sich der Verdacht erhärtet hat, folgt je nach Alter des Mädchens ein Gespräch mit ihr oder gleich mit den Eltern. B2 wäre es wichtig, abzuklären, wie das Mädchen selbst die Situation sieht, wobei es häufig der Fall ist, dass das Mädchen ihr Verhalten nicht als Krankheit wahrnimmt. Dabei würde sie sich noch nicht einschalten, sondern die Klassenleitung oder eine Lehrerin, die zu dem Mädchen ein gutes Verhältnis hat, das Gespräch führen lassen, um

es „weniger auf dieser Psychoebene laufen [zu] lassen“, sondern es „möglichst im Alltäglichen [zu] belassen“ (B2, 8).

Als Nächstes folgt die Information der Eltern. Je nach Einschätzung der Lehrkraft erfolgt dies zusammen mit dem Schulpsychologen oder eigenständig, wobei sie dann unterstützt würde, „in dem Sinne, dass [...] eben die Art der Gesprächsführung und das, was gesagt werden muss, oder das was nachgefragt werden soll, die Art wie das besprochen werden soll“ (B2, 8) zuvor mit dem Schulpsychologen geklärt wird (→ Abschnitt 5.3.4).

Der nächste Partner, an den B2 die Eltern verweisen würde, wäre der Kinderarzt, da die Eltern „diese Schiene“ schon kennen und „wo ja normalerweise dann auch ein Vertrauensverhältnis da ist“ (B2, 10). Adressen von Beratungsstellen würde sie zu diesem Zeitpunkt noch nicht anbieten.

Ab einem gewissen Zeitpunkt muss die Schulleitung laut B2 Bescheid wissen, „spätestens wenn Sonderregelungen in irgendeiner Art stattfinden“ (B2, 20). Dies sollte wieder in Absprache mit den Eltern geschehen, man muss ihnen deutlich machen, dass es diesbezüglich eine Verpflichtung gibt.

Wie der weitere Verlauf nach der Diagnose aussieht, hängt entschieden von den Fällen ab. Es kann bedeuten, dass die Schülerin im Krankenhaus ist und dann mehrere Monate in der Schule fehlt. In diesem Fall müssen sich die Lehrkräfte Gedanken machen, welche Auswirkungen das auf die Notengebung hat, dies müsste dann insbesondere wieder mit der Schulleitung abgesprochen werden. Auch kann es sein, dass das Mädchen im Krankenhaus beschult wird, dann geht es um Kontakte zu der Schule im Krankenhaus. Es stellen sich viele organisatorische Fragen wie: „Welche Materialien schicken wir hin? Kann die dort vielleicht eine Schulaufgabe mitschreiben?“ (B2, 22). Es ist günstig, wenn dies dann eine Lehrkraft bündelt, z. B. die Klassenleitung, jemand, der ein Hauptfach unterrichtet und viele Stunden in der Klasse hat oder eine Vertrauensperson der Schülerin. Zu deren Aufgabe würde auch gehören, „zu schauen, wer in der Klasse hat privat weiterhin Kontakt, wie gestaltet sich das“ (B2, 22).

Nach diesem Krankenhausaufenthalt, der Wochen oder auch Monate dauern kann, stellt sich die Frage, wie die Schülerin zurückkommen kann. Es besteht die Möglichkeit, dass sie stundenweise wieder am Unterricht teilnimmt, vormittagsweise oder auch an manchen Tagen überhaupt nicht. Hierbei sind auch wieder Rückmeldungen wichtig, darüber was funktioniert und wo es noch Probleme auf dem Weg gibt „Schritt für Schritt wieder Normalität“ herzu-

stellen (B2, 22). Dies kann sich ohne Weiteres über ein halbes Jahr hinziehen und auch Rückfälle sind laut B2 nicht ganz untypisch.

Bei B2 fällt auf, dass sie das Vorgehen möglichst lange „im *Alltäglichen* belassen“ (B2, 8) möchte, in dem zuerst die Lehrkraft mit der Schülerin spricht und der erste Ansprechpartner für die Eltern der bekannte Kinderarzt ist, bevor der Schulpsychologe und Beratungsstellen sich einschalten.

Schulpsychologe 3 (B3, 5-10, 21-26)

Für B3 ist es das Wichtigste, das Kind zu „konfrontieren, [...] weil eigentlich bei jedem, bei jeder Sucht ist es so, dass es lange dauert, bis der Betroffene selbst Einsicht in das Phänomen hat und es geht umso schneller, je mehr Leute davon reden und je mehr Leute, äh, einen darauf ansprechen, umso weniger kann man es unter den Teppich kehren, also von daher ist, müssten Lehrer den Mut haben ein solches Gespräch zu führen“ (B3, 6). Dabei steht für sie die Frage im Vordergrund, „wie es jemandem geht, nicht so sehr die Frage, warum er so wenig isst“ (B3, 6) (→ Abschnitt 5.3.3).

Des Weiteren sollten die Lehrkräfte sich „vernetzen“ (B3, 6). Dabei gilt es zu überlegen, wer welche Beobachtungen machen könnte, wobei bei Magersucht insbesondere die Sportlehrer einbezogen werden sollten, da die Schülerinnen sonst „oft zu verhüllt“ (B3, 6) sind.

Auch sollte man „so früh als möglich die Eltern mit ins Boot holen“ (B3, 6), wobei ebenfalls der Begriff der Sorge um das Kind benutzt werden sollte (→ Abschnitt 5.3.4). Im Extremfall, wenn die Eltern nicht einsichtig sind, ist es Aufgabe der Schulleitung das Kind zum Amtsarzt zu schicken, um überprüfen zu lassen, ob es aus gesundheitlichen Gründen überhaupt noch schulfähig ist (→ Abschnitt 5.3.6).

Wichtig ist laut B3 auch die „Einbeziehung des Freundeskreises“ (B3, 8), um auch deren Beobachtungen nutzen zu können. Allerdings verweist sie auch darauf, dass dies nicht ganz leicht sei und man das nicht standardmäßig machen kann. Mit den Fragen, welche Rolle der Freundeskreis einnimmt und was man diesen Mitschülern raten sollte, beschäftigt sich → Abschnitt 5.3.8 Umgang mit der Klasse und dem Freundeskreis genauer.

Der nächste Schritt wäre der Besuch einer Beratungsstelle. Manchmal begleiten die Freundinnen die Schülerin dabei, im Einzelfall kann dies auch eine Lehrkraft machen. Allerdings betont B3 immer wieder, dass die Lehrkraft eine professionelle Distanz zu dem Kind bewahren und ihre Grenzen klar artikulieren muss (→ Abschnitt 5.3.7 und 5.3.3).

Nach der Diagnose schließt sich in der Regel eine Therapie an. Meist geben Mediziner und Therapeuten einen Vorschlag an die Schule und *„da geht es eigentlich nur darum, dass ich mich an die Sachen halte, was die da vorschlagen“* (B3, 24). In der Regel übernimmt der Schulpsychologe die Kooperation zwischen Therapie und Schule und *„kommunizier[t] an die Klasse, was da gerade nötig ist und das ist individuell“* (B3, 22). Dazu gehört beispielsweise, dass man der Schülerin erlaubt, während des Unterrichts zu essen, da sie zu Beginn sehr lange dafür brauchen, *„vielleicht eine halbe Stunde, um einen Apfel zu essen“* (B3, 22). Hier ist es wichtig, der Klasse zu erklären, warum es dem einen erlaubt ist, den anderen aber nicht (→ Abschnitt 5.3.8).

Des Weiteren sind verschiedene Sonderregelungen denkbar wie *„Zeitverlängerungen oder gewisse Möglichkeiten, wie bei jeder Erkrankung, dass Eltern einen Nachteilsausgleich geltend machen können, das müssen sie dann aber über den, ähm, über den Schulleiter beantragen“* (B3, 24). Dieser wendet sich dann mit dem medizinischen Gutachten an den Ministerialbeauftragten, damit gewährleistet wird, dass solche Sonderregelungen vergleichbar ausgesprochen werden.

B3 betont wiederholt (B3, 6, 18), dass man die Schülerin *„konfrontieren muss“*, da es bei Magersucht, wie bei jeder Sucht, lange dauert, bis der Betroffene selbst einsieht, dass er ein Problem hat. Indem viele Leute ihn darauf ansprechen, kann man diesen Prozess beschleunigen, da so ein Leugnen des Problems umso weniger möglich ist.

Schulpsychologe 4 (B4, 7-12, 20)

Für B4 wäre der erste Schritt bei Verdacht auf eine Magersucht, die Schülerin zu beobachten, ob sich dieser Eindruck bewahrheitet, ob diejenige noch dünner wird, oder ob man noch mehr Auffälligkeiten feststellt. Dabei gibt sie auch immer den Hinweis, *„denjenigen nicht direkt darauf anzusprechen, weil das ist ja bei Essstörungen schon irgendwie so ein bisschen schwierig, da muss man ja sehr vorsichtig sein, weil das, das ja auch verstärken kann, wenn ich jemanden auf sein Gewicht oder so anspreche“* (B4, 8) (→ Abschnitt 5.3.3).

Als Nächstes überlegt sie zusammen mit den Kollegen, wie man in diesem Fall Hilfe zukommen lassen kann. Sie begrüßt es, wenn sich ein anderer Anlass, zum Beispiel bezüglich der Schulleistung, ergibt, um mit der Schülerin ins Gespräch zu kommen. Dann kann sie in diesem Gespräch zunächst abklären, wie es derjenigen geht und Vertrauen und eine Beziehung zu ihr aufbauen, bevor sie sich an das *„[Essstörungen]thema ran wagen kann“* (B4, 10). Dies wäre Aufgabe des Schulpsychologen, da dieses Thema eine sensible Behandlung erfordert

und der Lehrer *„in der Gesprächsführung sag ich mal, jetzt nicht so die Ausbildung hat“* (B4, 10).

Wenn sich die Magersucht noch nicht manifestiert hat, sondern sich noch im Stadium einer Diät befindet, geht es laut B4 in der Beratung darum, die vorhandenen Ressourcen zu stärken, dass *„dann im Vorfeld schon mehr reflektiert wird, dass das gar nicht [zu] eine[r] richtige[n] Störung kommt“* (B4, 8).

Wenn der Verdacht naheliegt, dass es sich doch schon um mehr handelt, gibt sie Informationsmaterial an die Schülerin weiter, damit diese sich auch anonym informieren kann und *„so ein bisschen Bewusstheit dafür kriegt, dass das gefährlich ist“* (B4, 8).

Wie sich der Kontakt mit den Eltern gestaltet, ist laut B4 schwierig pauschal zu sagen, da solche Fälle sehr individuell sind je nach Schülerin und Situation.

Eine Möglichkeit bietet sich, wenn die Eltern in der Sprechstunde bei der Lehrkraft sind und man ohnehin über die Lage des Kindes spricht. B4 *„ermuntert“* die Lehrkräfte dann dazu, *„die Eltern [zu] sensibilisieren, dass einem das irgendwie auffällt, dass man sich Sorgen um das Kind macht, man hat das Gefühl, es wird immer dünner, dass sie einfach mal beobachten, vielleicht ein bisschen genauer hinschauen, wie ist das Essverhalten“* (B4, 12).

Anders gestaltet sich die Situation, wenn bereits der Schulpsychologe eingeschaltet ist und der Verdacht einer fortgeschrittenen Magersucht besteht. Generell unterliegt der Schulpsychologe der Schweigepflicht, *„aber bei unter 14-Jährigen, ähm, darf ich auch gegen den Willen des Klienten die Eltern einschalten, muss ich sogar eigentlich“* (B4, 12). Den Zusatz eigentlich wählt sie, da es ihr wichtig ist, dass das Vertrauen der Schülerin nicht darunter leidet und sie sieht es als ihre Aufgabe, *„das irgendwie zu ermöglichen, dass wir das im Einvernehmen hinkriegen“* (B4, 12). Im Gespräch mit den Eltern sollte man wieder artikulieren, dass man sich Sorgen um das Kind macht und weiterführende Informationen über die Störung und Beratungsstellen wie Anad und Cinderella bereithalten. Hier weist sie darauf hin, dass sie in massiven Fällen mit der schulpsychologischen Beratung nicht mehr leisten, sondern nur den Weg zu einer Therapie in irgendeiner Form ebnen kann.

Eine Diagnose empfindet B4 für sich und die Schülerin als *„Entlastung“*, da man dann mit ihr *„ganz offen reden kann“* (B4, 20) und ein Ausweichen von Seiten der Schülerin nicht mehr möglich ist. Auch handle es sich bei der Essstörung nach mehrwöchiger Absenz um einen *„offene[n] Sachverhalt“* (B4, 20). Die Schweigepflicht ist ausgesetzt und es kann und muss offen mit der Schulleitung kommuniziert werden, was für sie ebenfalls eine Erleichterung darstellt. Besprochen wird Organisatorisches und wie es mit der Schülerin weitergeht. Eben-

falls wissen die Kollegen „*dann auch was Sache ist*“ und kennen den Grund für häufige Fehlzeiten oder Notenverschlechterungen der Schülerin, was es ihnen eventuell ermöglicht „*anders damit um[zu]gehen*“ und eine „*Entlastung*“ sein kann (B4, 20).

B4 kommt von sich aus wiederholt auf den Fall zu sprechen, dass die Magersucht sich noch nicht entwickelt hat, sondern sich noch in der Vorstufe einer Diät befindet. Hier ist es wichtig, das Umfeld für die Problematik zu sensibilisieren und eine Reflektion auf Seiten der Schülerin anzustoßen, damit es gar nicht erst zu einer richtigen Störung kommt (B4, 8, 12).

Wenn der Fall fortgeschritten ist, würde B4 diesen relativ schnell von der Lehrkraft übernehmen. So sieht sie bereits das Gespräch mit der Schülerin als auch mit den Eltern als Aufgabe des Schulpsychologen an.

Schulpsychologe 5 (B5, 11-14, 19-26, 47-50)

Auf die Frage, wie eine Lehrkraft bei Verdacht auf Magersucht weiter vorgehen sollte, äußert B5 als Erstes, dass sie die Möglichkeit habe beim Schulpsychologen nachzufragen. In aller Regel, findet sie, können die Lehrkräfte selbst handeln, wobei das auf die Situation, die Lehrkraft und ihrem Kontakt zu der Schülerin ankommt. Die Lehrkraft kann die Schülerin ansprechen, ihre persönliche Sorge um das Kind äußern und Hilfsangebote machen und „*wenn es nur ist, dass sie dem Kind sagen, dass es uns gibt, das ist ja auch schon mal etwas*“ (B5, 14) (→ Abschnitt 5.3.3).

Des Weiteren ist es B5 wichtig, im Kontakt mit der Schülerin zu bleiben und zu „*versuchen eine Basis für weitere Schritte zu schaffen [...], mehr können wir hier in der Schule nicht tun, wir können nicht therapieren*“ (B5, 20). Die weiteren Schritte wären, „*die dann irgendwo hin[zu]schicken, zu einer Beratungsstelle, zum Kinderarzt, das sind dann nicht mehr unsere Baustellen*“ (B5, 22).

„*Wenn es angezeigt ist*“ (B5, 26), sollte man in Absprache mit dem Kind, die Eltern informieren (→ Abschnitt 5.3.4). Dies kann jede Lehrkraft machen; es kann ihr aber auch der Schulpsychologe abnehmen, je nachdem, ob er das Kind kennt.

Nach der Diagnose sind die Schülerinnen nach den Erfahrungen von B5 in einer Klinik. Sie hat dann je nach Bedarf Kontakt zu der Klinik und der Schule in der Klinik gehalten und „*[ge]schaut, was man machen kann*“ (B5, 48). Dazu gehört laut B5, wenn die Schülerin wieder zurück in der Schule ist, beispielsweise eine Sportbefreiung oder die Überlegung, ob sie von Anfang an den ganzen Tag kommen kann oder zunächst stundenweise. „*Was sie halt braucht, ganz individuell*“ (B5, 50).

Bei B5 ist auffällig, dass sie auf die offenen Fragestellungen verhältnismäßig knapp antwortet (vgl. Interview B5). Auch sind ihre Antworten oft recht vage, die Lehrkraft soll „*Hilfsangebote machen*“ (B5, 14), die Schülerin „*irgendwo hinschicken*“ (B5, 22), wodurch ein häufiges Nachfragen von Seiten der Interviewerin unvermeidlich ist. Auf die Frage, was für die Lehrkraft der nächste Schritt nach dem Ansprechen der Schülerin sei, antwortet sie „*als ob ich das wüsste*“ (B5, 20). Generell ist es ihr wichtig, zu betonen, dass es keine Musterlösungen und Patentrezepte gibt, „*ich sitze oft hier und sage, ich habe keine Ahnung was wir machen können, aber wir können miteinander versuchen, irgendetwas, irgendeinen Ansatzpunkt zu finden*“ (B5, 86).

5.3.3 Gespräch mit der Schülerin

Wie im vorhergehenden →Abschnitt 5.3.2 Weiteres Vorgehen nach Verdacht und Diagnose beschrieben wurde, haben die befragten Schulpsychologen unterschiedliche Ansichten darüber, wer das Gespräch mit der Schülerin führen sollte. Der Großteil ist der Meinung, dass dies durchaus eine Lehrkraft mit gutem Verhältnis zur Schülerin übernehmen kann bzw. sollte (B1, B5, B2). Ein Schulpsychologe verweist darauf, dass es umso besser sei, je mehr Leute die Schülerin konfrontieren (B3) und einer betont, dass das eigentliche Gespräch Aufgabe des Schulpsychologen sei (B4).

Auch unterscheiden die befragten Schulpsychologen sich in ihren Vorstellungen darüber, inwieweit die Schülerin auf ihr Gewicht angesprochen und ob der Begriff Essstörung gebraucht werden sollte.

B1 ist der Meinung, dass man „*je nach Verhältnis und je nachdem wie das Gespräch läuft, [...] dann auch etwas deutlicher werden*“ und die Schülerin auf Magersucht ansprechen kann: „*Wie ist denn das, achtest du da sehr darauf?*“ Er verweist darauf, dass man das „*ein bisschen von der Stimmigkeit abmachen [muss], das ist ein bisschen schwierig, diesen Punkt zu finden*“. Wichtig dabei wäre, „*der Schülerin nicht diese Diagnosen überzustülpen, ja so: ‚Du bist so schlank, also hast du ein Problem mit dem Essen‘*“, sondern auf der Beobachtungsebene zu bleiben (B1, 12).

B5 antwortet auf die Frage, ob man den Begriff Magersucht ansprechen sollte, dass das Kind ihrer Meinung nach keinen Titel braucht, außerdem wäre das ja ein Urteil. Man solle lieber beschreiben: „*Mir ist aufgefallen, du hast so stark abgenommen. ‚Also eher auf dem, auf der Schiene‘*“ (B5, 18).

Laut B3 sollte man betonen: „*„Ich mache mir Sorgen. ‘ Und dann nur das Verhalten beschreiben, weswegen [man sich] Sorgen mach[t]“*“ (B3, 45). Generell sollte der Schwerpunkt auf den Gefühlen liegen, nicht auf dem Essen, insbesondere sollte die Lehrkraft nicht einfach dazu auffordern: „*Iss doch mehr!*“ (B3, 6).

B2 äußert von sich aus, „*es ist wichtig, den Begriff Essstörung nicht zu gebrauchen. Ähm, sondern eher wieder auf diese beschreibende Ebene zu gehen*“ (B2, 12). Dabei kann die Lehrkraft auch abklären, wie das Mädchen die Situation einschätzt, „*was sie denn für ein Körperbild haben möchte, ich würde den Begriff Körperbild da wahrscheinlich nicht verwenden, aber, etwas in der Richtung*“. Dazu gehört auch sich „*ein bisschen [den] Tagesablauf erklären zu lassen und wann ist Platz für das Essen und solche Dinge*“ (B2, 12). Warum sie den Begriff Essstörung hierbei nicht verwenden würde, erläutert B2 nicht genauer. Eventuell hängt dies mit ihren Bedenken zusammen, dass Lehrkräfte zu schnell urteilen könnten (→ Abschnitt 5.3.7). Sie betont, dass zwischen einem Verdacht und einer Tatsache „*ganz vieles dazwischenliegen*“ kann und es ist ihr wichtig, „*da vorsichtig zu sein, also auch in den Formulierungen vorsichtig zu sein, Vermutungen, die man hat, auch als Vermutungen zu äußern und nicht als Ist-Aussagen*“ (B2, 20).

B4 geht von allen befragten Schulpsychologen in ihrer Ansicht am weitesten, die Lehrkraft sollte die Schülerin nicht direkt auf das Gewichtsthema ansprechen, „*weil das ja auch verstärken kann*“ (B4, 8). Einerseits würden die Betroffenen dazu neigen „*das heimlich zu machen und äh, was weiß ich, beim Bäcker sich irgendwie so eine Tüte mitzunehmen, um zu zeigen, sie hätten etwas gegessen, dabei haben sie gar nichts gegessen und solche Sachen*“ (B4, 10) und dieses Verhalten könnte durch ein offensives Ansprechen verstärkt werden. Andererseits äußert B4 im Gespräch nach dem Interview, dass durch ein direktes Ansprechen ja erneut vor allem wieder das Gewicht im Mittelpunkt stünde, was die Schülerin in ihrer Meinung bestärken könnte, das Thema sei in der Gesellschaft sehr wichtig. Des Weiteren hätte sie Sorge, dass die Schülerin, wenn sie zu direkt und oft angesprochen wird, genervt ist und einfach nicht mehr kommt. Auch hier zeigt sich wieder, wie wichtig ihr eine gute Beziehung zu der Schülerin ist (vgl. Abschnitt 5.3.2 Schulpsychologe 4).

Was die Lehrkraft eventuell machen kann, ist, „*wenn [sie] das Gefühl hat, [der Schülerin] geht es nicht gut, das vielleicht mal anzusprechen, zu sagen: ‚Ich merke, irgendetwas ist mit dir los, ist irgendetwas, möchtest du mir erzählen, was mit dir los ist?‘*“ (B4, 10).

Ein Großteil der befragten Schulpsychologen würde den Begriff Magersucht im Gespräch mit der Schülerin nicht verwenden. Dies lässt sich eventuell darauf zurückführen, dass sie der

Schülerin nicht das Gefühl vermitteln wollen, ihr würde etwas von außen aufgedrängt, es würde von außen über sie bestimmt. Zudem sollte man mit vorschnellen Diagnosen generell vorsichtig sein (vgl. vorherige Ausführungen und späteren Abschnitt über Übergriffigkeit; B1, 12; B5, 18, 36; B2, 20). Diese Aussage bezieht sich vermutlich vor allem auf das erste Gespräch mit der Schülerin. Selbst B1, der sich grundsätzlich vorstellen könnte, dass die Lehrkraft den Begriff Magersucht verwendet, verweist darauf, dass es schwierig sei den richtigen Zeitpunkt zu finden und man diesen von der „*Stimmigkeit*“ (B1, 12) des Gesprächs abmachen sollte. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Thema in weiteren Gesprächen deutlicher angesprochen werden muss, schließlich erhält die Schülerin von allen befragten Schulpsychologen entsprechendes Informationsmaterial bzw. soll Kontakt zu Beratungsstellen für Essgestörte aufnehmen.

Drei der Schulpsychologen würden im Gespräch mit der Schülerin formulieren, dass sie sich „*Sorgen*“ um sie machen (B1, 32; B3, 6; B5, 14). B5 würde dies dem Mädchen gegenüber insbesondere als Grund nennen, warum sie es überhaupt anspricht. Alle drei würden des Weiteren ihre Beobachtungen beschreiben, warum sie sich sorgen: „*Mir ist aufgefallen, du hast so stark abgenommen*“ (B5, 18). Zwei würden noch einen Schritt weitergehen und die Schülerin vorsichtig auf ihr Essverhalten und ihr Körperbild ansprechen (B1, B2). B4 würde die Lehrkraft hingegen bitten, das Thema Gewicht nicht zur Sprache zu bringen.

Auch würde B4 nicht zu offensiv vorgehen, um nicht zu riskieren, dass die Schülerin genervt ist und einfach nicht mehr kommt. B3 hingegen findet es wichtig, die Schülerin zu konfrontieren, um schneller eine Krankheitseinsicht hervorzurufen, auch wenn „*die dann furchtbar genervt [sind], also man kriegt keinen Dank dafür*“ (B3, 18).

Von den befragten Schulpsychologen werden des Weiteren folgende Punkte genannt, die es im Gespräch mit der Schülerin zu beachten gilt.

Wie im Abschnitt über die Verwendung des Begriffes Magersucht bereits angeführt wurde, ist es zwei der Schulpsychologen wichtig, der Schülerin nicht das Gefühl zu vermitteln, sich einmischen und für sie bestimmen zu wollen. Laut B1 sollte die Lehrkraft „*Übergriffigkeit*“ (B1, 12) vermeiden. Dazu gehört sachlich zu bleiben, Beobachtungen zu schildern und der Schülerin keine Diagnose überzustülpen. Die Lehrkraft sollte der Schülerin „*die Möglichkeit geben, das zurückzuweisen und zu sagen: ‚Nein, da ist nichts dran und ich möchte bitte, dass Sie mich in Ruhe lassen.‘ Das darf sein, das muss sein. Weil gerade bei der Essstörung das vom Symptom her so ein Kampf um Autonomie ist*“ (B1, 12). Übergriffigkeit äußert sich eben-

falls „in einem sehr freundlichen ‚Mei, du tust mir so leid‘. Aber das Kind fühlt sich gar nicht so“. Die Lehrkraft sollte versuchen „da bei sich zu bleiben, auch aufpassen, mit [ihren] Gefühlen, auch mit der Übertragung, die passiert“ (B1, 32), damit die Schülerin sich nicht zu irgendetwas gezwungen fühlt, was nicht ihres ist. Es geht darum, „der Schülerin zu signalisieren: ‚Das ist deine Entscheidung, das zu tun. Wir befürworten es, wir helfen dir dabei, aber wir wollen nicht für dich bestimmen‘“ (B1, 14). Es steht klar der Angebotscharakter im Vordergrund.

Zwei Schulpsychologen nennen als Fehler, die eine Lehrkraft vermeiden sollte, zu dramatisieren oder „ein Problem [zu] suggerieren, was [die Schülerin] gar nicht hat“ (B5, 36) und so die Situation schlimmer zu machen, als sie ist.

Des Weiteren sollte die Lehrkraft der Schülerin „keine Vorwürfe machen“ (B2, 20; B5, 16), seien es direkte oder indirekte, das wäre nicht angemessen.

Ein Schulpsychologe weist darauf hin, dass Lehrkräfte keine falschen Versprechungen machen dürfen, da sie sonst das Vertrauen der Schülerin verlieren. Als Beispiel nennt er, der Schülerin zuzusichern, ihren Eltern nichts zu sagen. Dies könne die Lehrkraft nicht halten. Sie sollte stattdessen ehrlich sein, klar zum Ausdruck bringen, dies nicht versprechen zu können und zum Beispiel alternativ anbieten nur mit Wissen der Schülerin mit den Eltern zu sprechen (B1, 32).

Auch ist es laut einem Schulpsychologen Aufgabe der Lehrkraft, ihre persönlichen Grenzen aufzuzeigen und deutlich zu machen, was sie leisten kann und was nicht. Es ist durchaus möglich der Schülerin das Angebot zu machen, sie zu einer Beratungsstelle zu begleiten und mit dem Therapeuten zu besprechen, was die Schule machen kann. Die Lehrkraft sollte aber auch artikulieren: „Ich werde das dann abgeben, ich kann dir nicht der Therapeut sein, was du vielleicht gerne haben möchtest“ (B3, 10). Dafür ist insbesondere notwendig, dass die Lehrkraft ihre Grenzen kennt und eine professionelle Distanz zur Schülerin hält (→ Abschnitt 5.3.7).

Einem Schulpsychologen wäre es wichtig, dass Lehrkräfte eine bessere Ausbildung in Gesprächsführung erhielten, „weil die haben eigentlich gar keine Ausbildung in Gesprächsführung“ (B3, 12). Bei beratenden Gesprächen sollte grundsätzlich in den ersten Minuten eine Erwartungsklärung stattfinden. Es sollte klar sein, was das eigene Anliegen ist bzw. wenn der Schüler auf einen zukommt, was dieser von einem erwartet. Hierbei sollte man so lange nachfragen, bis das ganz präzise ist und dann überlegen, ob man es leisten kann, was man anbieten

kann und dies dann im Gespräch verhandeln. Des Weiteren sollte man genaue Ziele definieren, die bestimmten Kriterien entsprechen. Sie sollten konkret, realisierbar und im eigenen Handlungsspielraum liegen. Als Beispiel führt er an, dass Kinder oft als Ziel nennen, ihre Mutter solle nicht mehr so viel schimpfen. Hier müsste man weiter nachfragen und überlegen, was kannst du im Vorhinein sagen, was kannst du denn dazu beitragen, dass der andere anders ist. Dies seien alles elementare Bereiche aus verschiedenen Gesprächsführungsmodellen, insbesondere sollte die Lehrkraft sich mit der systemisch-lösungsorientierten Gesprächsführung von Insoo Kim Berg und Steve de Shazer beschäftigen (B3, 12-16). Zu diesem Ansatz siehe Shazer (1992).

Drei der Schulpsychologen sind der Meinung, die Lehrkraft solle *„keine Scheu“* (B5, 14) haben mit der Schülerin zu sprechen, sondern *„den Mut, ein solches Gespräch zu führen“* (B3, 6). *„Man möge bitte mit Vorsicht agieren und man muss nicht mit der Brechstange, ja, ein Hilfeangebot ans Knie schrauben, aber, äh, sich Sorgen um einen Schüler zu machen, die zu formulieren in einer annehmbaren Form, ich glaube, das ist etwas sehr Positives und das kann man nicht verkehrt machen, wenn man das zu viel tut“* (B1, 32).

5.3.4 Information der Eltern

Bezüglich der Frage, wer die Eltern der Schülerin kontaktieren sollte, haben die befragten Schulpsychologen unterschiedliche Vorstellungen. Die Mehrheit ist der Ansicht, dies könne die Lehrkraft übernehmen oder, wenn das von ihr gewünscht ist, der Schulpsychologe. Einer ermuntert die Lehrkräfte dazu, die Eltern in der Sprechstunde für das Thema zu sensibilisieren. Wenn die Magersucht weiter fortgeschritten ist, würde er die Information der Eltern übernehmen. Des Weiteren zeigt einer die Möglichkeit auf, dass die Schülerin ihren Eltern selbst Bescheid gibt (vgl. Abschnitt 5.3.2).

Auch hinsichtlich der Frage, wann die Eltern kontaktiert werden sollten, gibt es Unterschiede. B3 würde *„so früh als möglich die Eltern mit ins Boot holen“* (B3, 6).

B2 wäre es wichtig, die Eltern zu informieren, wenn der Verdacht sich im Gespräch mit der Schülerin erhärtet. Ihrer Erfahrung nach *„sehen die Eltern bei dem Krankheitsbild auch etwas und machen sich auch Sorgen und sind froh, dass die Schule, oder Lehrer das ansprechen und äh, dass man da an einem Strang zieht“* (B2, 26).

B5 findet es angezeigt, die Eltern zu benachrichtigen, *„wenn es das Kind nicht als Einmischen empfindet und wenn es keine lebensbedrohliche, also wenn es noch nicht lebensbedrohlich ist“* (B5, 28). Hier ist das „und“ vermutlich im Sinne von „und gleichzeitig“ gemeint und nicht im Sinne von „oder“. Wenn das Kindeswohl gefährdet ist, kann im Allgemeinen davon

ausgegangen werden, dass die Eltern unterrichtet werden müssen (vgl. auch B1, 22). Laut B5 ist es ansonsten *„halt immer die Gratwanderung, ab wann schalte ich wen ein und ab wann nicht, aber (.), ein bisschen aushalten kann man es, glaube ich, schon“* (B5, 28).

B1 macht den Zeitpunkt abhängig vom Alter der Schülerin. *„Eine 14-Jährige [kann man] eine Zeit lang beraten, ohne dass die Eltern das wissen, aber da wird man schon relativ bald darauf drängen: ‚So irgendwann wäre es ganz gut, wenn du deiner Mutter Bescheid sagst, oder deinem Vater‘“*. Bei einer 17 ½-Jährigen hat er *„es nicht ganz so eilig mit den Eltern. Also gerade wenn die Eltern das Problem sind. Da muss man ja auch ein bisschen darauf schauen“* (B1, 18). Seiner Meinung nach handelt es sich bei vielen anorektischen Mädchen um einen Kampf um Autonomie, *„so nach dem Motto ‚Ihr könnt mir alles nehmen, aber das Essen, das bestimme ich selbst‘“* (B1, 20). Es kann sein, dass die Familienstrukturen schwierig sind, die Krankheit keinen Raum haben darf und negiert wird. Das Mädchen hat dann keinen Bewegungsspielraum und die Eltern können durchaus ein Hindernis sein. Diese Strukturen sollten im Rahmen einer Therapie aufgebrochen werden, aber bei einer 17 ½-Jährigen kann man durchaus anbahnen, dass sie sich erst mal ohne Eltern erkundigt, wie eine Therapie aussehen würde (B1, 20). Generell gibt es einen gewissen Spielraum, außer *„wenn ich Angst um Leib und Leben des Kindes hätte“* (B1, 22), da ist die Information der Eltern notwendig. Auch weist B1 darauf hin, dass ein Schulpsychologe im Gegensatz zur Lehrkraft prinzipiell strafgesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sei, auch wenn *„minderjährige Schüler [ihn] nicht zur Verschwiegenheit gegenüber ihren erziehungsberechtigten und -verpflichteten Eltern zwingen“* können (B1, 24).

B4, die als Einzige das Gespräch mit den Eltern auf jeden Fall selbst übernehmen würde, sobald es sich nicht mehr nur um ein Sensibilisieren der Eltern auf dem möglichen Weg zu einer Magersucht handelt, verweist ebenfalls auf die Schweigepflicht des Schulpsychologen. Wie bereits im → Abschnitt 5.3.2 (Schulpsychologe 4) beschrieben, gilt diese bei unter 14-Jährigen nicht und der Schulpsychologe muss auch gegen den Willen der Schülerin die Eltern einschalten, wobei sie Wert darauf legt, dabei das Vertrauen der Schülerin nicht zu verletzen. Bei 17-Jährigen ist sie an die Schweigepflicht gebunden. Wenn die Betroffene partout nicht will, dass die Eltern etwas erfahren, kann sie nur im Gespräch mit der Schülerin versuchen *„die Wege zu ebnen“* (B4, 14). So könnte eine Gefahr sein, dass man aufgrund der Schweigepflicht *„nicht alle Leute so mit einbeziehen kann, wie man gerne möchte“* (B4, 14). Eine Möglichkeit dies zu umgehen, wäre, dass die Lehrkräfte, die nicht an die Schweigepflicht gebunden sind, wenn sie etwas wahrnehmen, diese Beobachtungen den Eltern mitteilen.

Die Spanne, wann die Schulpsychologen die Eltern einschalten würden, reicht demnach von „möglichst früh“ bis zu einem bewussten „Aushalten“, insbesondere wenn die Schülerin nicht möchte, dass ihre Eltern Bescheid wissen oder die Familienstrukturen sich als schwierig erweisen. Bei dieser Entscheidung spielt ebenfalls das Alter der Schülerin eine Rolle. Während die Eltern bei unter 14-Jährigen informiert werden müssen, ist speziell der Schulpsychologe bei 17-Jährigen bzw. volljährigen Schülern an die Schweigepflicht gebunden, wobei die Schulpsychologen zu der genauen Altersgrenze unterschiedliche Angaben machen. Zwei der Schulpsychologen verweisen darauf, dass es keinen Spielraum mehr gibt, wenn die Situation der Schülerin bereits lebensbedrohlich ist.

Auffällig ist die unterschiedliche Sichtweise auf die Eltern. Nach den Erfahrungen von B2 sind die Eltern ebenfalls besorgt und begrüßen es mit der Schule zusammenarbeiten zu können. B4 bewertet es negativ aufgrund der Schweigepflicht die Eltern eventuell nicht einbeziehen zu können. B1 hingegen spricht an, dass die Eltern „*das Problem*“ (B1, 18) sein können (vgl. vorherige Ausführungen). Andererseits antwortet er auf die Frage, was es bei dem Gespräch mit den Eltern zu beachten gilt, dass die Grundhaltung gegenüber den Eltern prinzipiell sein sollte, „*das sind nicht die Feinde, das sind nicht die, die das Kind kaputt machen, sondern die ringen um den besten Weg, mit ihren Kindern fertig zu werden. Wir tun das auch, also bitte tun wir es zusammen*“ (B1, 28).

Inwieweit die Schülerin bei der Information der Eltern eine Rolle spielt, zeigen folgende Aussagen. B5 betont, dass die Kontaktaufnahme mit den Eltern „*in Absprache mit dem Kind*“ (B5, 26) erfolgen sollte. B4 legt Wert darauf, auch bei jüngeren Schülerinnen, wenn die Eltern unterrichtet werden müssen, dies möglichst im Einvernehmen zu bewerkstelligen. B1 wiederum gibt der Schülerin zunächst die Gelegenheit, ihre Eltern selbst zu informieren. Ansonsten ist er der Meinung, dass man auch gegen den Willen der Schülerin handeln kann, solange dies „*offen*“ (B1, 34) und „*nicht hinter [dem] Rücken*“ (B1, 32) der Betroffenen geschieht.

Die Mehrheit der Schulpsychologen ist sich einig, dass die Lehrkraft im Gespräch mit den Eltern erneut ihre Sorgen um die Schülerin äußern und ihre Beobachtungen schildern sollte. Laut einem Schulpsychologen geht es dabei vor allem darum, „*nicht mit der Tür ins Haus [zu] fallen*“ (B2, 10), sondern nachzufragen, ob die Eltern ähnliche Beobachtungen machen. Im weiteren Gespräch würden sie sehr offene Formulierungen nutzen. Sie fragen: „*Wie sollen wir weiter verfahren?*“ (B3, 6), sprechen an, „*dass es vielleicht sinnvoll wäre*“ (B2, 10) oder formulieren: „*Wir haben die und die Strategien. Wir könnten uns vorstellen, dass dieses oder jenes hilfreich wäre, was sagen Sie denn dazu?*“ (B1, 28). Zwei Schulpsychologen verweisen

darauf, dass man nicht das Gefühl vermitteln sollte, man würde sich einmischen bzw. die Eltern bevormunden wollen, da dies die Eltern nicht unbedingt zur Kooperation bringe (B5, 36; B1, 28). Dazu gehöre auch den Eltern keine „Vorwürfe“ zu machen (B2, 20; B5, 36), wie „Was haben Sie eigentlich mit Ihrem Kind gemacht, dass das so drauf ist?“ (B1, 28).

Ein Schulpsychologe betont auch hier wieder den Teamgedanken, „es geht uns um das Wohl des Kindes und es geht den Eltern um das Wohl des Kindes. Und wenn es gelingt, sich da auf ein gemeinsames Vorgehen zu einigen, dann hat man sehr viel gewonnen“ (B1, 28). Die Lehrkraft sollte, wie vorhin bereits angesprochen wurde, die Eltern nicht als Feinde sehen, sondern anerkennen, dass sie ebenfalls „um den besten Weg ringen, mit ihren Kindern fertig zu werden“ (B1, 28).

Wie im Gespräch mit der Schülerin sollte die Kommunikation durch „Fairness, Offenheit, Klarheit im Informationsaustausch, Sachlichkeit“ (B1, 28) bestimmt sein. Die Lehrkraft sollte auch hier nicht dramatisieren (B2, 20; B5, 36) und vorsichtig in ihren Formulierungen sein, insbesondere Vermutungen als solche äußern und nicht als Ist-Aussagen (B2, 20).

5.3.5 Probleme in der Praxis

Auf die Frage, welche Probleme bei Magersucht auftreten, nennen vier Schulpsychologen als Erstes, dass oft bei der Betroffenen keine „Krankheitseinsicht“ besteht, „die wissen schon, dass Essen irgendwie heikel ist, dass ständig irgendein Depp sie darauf anredet und dass das daheim am Esstisch Stress hoch drei ist“ (B1, 30), aber sie erkennen nicht an, dass sie ein Problem haben, es ist kein „Bewusstsein dafür da, dass das jetzt schlimm ist oder eine Störung, eine psychische Störung sein kann“ (B4, 14). Es „werden dann so Geschichten erzählt, die in sich stimmig machen, warum sie so sind, wie sie [sind]“, die Betroffenen richten sich in einer „Phantasiewelt“ ein, „wie bei jeder Sucht“ (B3, 18). Das Prekäre an dieser Situation sei, dass „jemand, der sich nicht für krank hält, der geht nicht zum Therapeuten und nicht zum Arzt“ (B1, 30).

Genauso kann es vorkommen, dass die Eltern die Krankheit leugnen und „das normalisieren im Sinne von ‚Naja, [...] sie ist halt jetzt sehr schnell gewachsen‘, oder irgend so etwas in der Richtung“ (B2, 14).

Welche Möglichkeiten die Schule in diesen Fällen hat, wird im folgenden → Kapitel 5.3.6 ausführlich dargestellt.

Mit dem Verharmlosen durch die Betroffene ist die Gefahr verbunden, dass die Situation unterschätzt wird. Insbesondere wenn unter den Umständen „irgendwelche Rückschläge kom-

men, sei es jetzt mit Freunden oder in der Schule“, kann es passieren, dass *„jemand dann so richtig irgendwo reinrutscht und keiner würde es merken“* (B4, 14). Um dies zu verhindern, würde der Schulpsychologe möglichst viele Leute sensibilisieren, damit das Umfeld verstärkt auf die Schülerin achtet. Dabei kann das Problem auftreten, dass die Schülerin nicht möchte, dass ihre Eltern informiert werden. Wie mit dieser Situation umgegangen werden kann, wurde bereits im → Abschnitt 5.3.4 aufgezeigt.

Ein Schulpsychologe sieht indes als größtes Problem, dass die Schülerin oder die Eltern sich *„auf den Schlips getreten fühlen und das [Handeln der Lehrkraft] als Einmischen empfunden wird“* (B5, 32). Er habe das noch nie erlebt, aber er könne es sich vorstellen, es *„kommt halt auf die Art an und auf die Situation, ob es angezeigt ist oder nicht“* (B5, 32). Was die Lehrkraft in den Gesprächen mit der Schülerin und den Eltern beachten sollte, um dies zu vermeiden, wurde in den → Abschnitten 5.3.3 und 5.3.4 behandelt.

Darüber hinaus nennen einzelne Schulpsychologen folgende weitere Probleme.

In einem fortgeschrittenen Stadium der Magersucht kommt es zu Schulleistungsschwierigkeiten aufgrund von gesundheitlicher Instabilität, *„es stellen sich hohe Fehlzeiten ein, [...] die Schülerin schafft das Jahrgangsziel nicht, sie schafft auch das Wiederholungsjahr nicht, die kegelt's völlig aus dem schulischen Kontext raus“* (B1, 30). Dann werden schulrechtliche Möglichkeiten diskutiert wie Vorrücken auf Probe, um die Schülerin *„noch irgendwie in Ausbildung, in Schule, ja also irgendwie zu halten“* (B1, 30).

Laut einem Schulpsychologen kommt es oft zu einem *„Rückzug“* der Schülerin, *„weil es natürlich jedem auffällt und sie nicht mehr konfrontiert werden wollen, äh, oder weil sie nicht mehr sich dem aussetzen wollen“* (B3, 18). Mit „es“ ist vermutlich gemeint, dass bemerkt wird, wie schlank die Schülerin ist, wie B3 es auch im Gespräch mit den Eltern als Beobachtung schildern würde. Dass oft dieser Prozess durchlaufen werden muss, bevor die Schülerin erkennt, dass sie ein Problem hat, bezeichnet der Schulpsychologe als *„tragisch“* (B3, 18).

Des Weiteren ist die Situation eine große Belastung für Freundschaften. Die Betroffene wird oft *„aggressiv“* oder hält es nicht mehr aus, *„dass die Freundinnen sie immer anreden, die Freundinnen wiederum halten es nicht aus mit ihr unterwegs zu sein, wenn sie nichts mehr isst“* (B3, 18). Dies kann dazu führen, dass die Freundschaften auseinanderbrechen. Was die Schulpsychologen der Freundesgruppe für den Umgang mit der Betroffenen raten würden, behandelt → Abschnitt 5.3.8.

Ein Schulpsychologe weist darauf hin, dass die Lehrkraft auf die Gruppendynamik in der Klasse achten sollte. *„Wenn das sehr bekannt wird, was sein kann, dass die Lehrerin oder der Lehrer immer mit der Sowieso redet, weil die ja eine Essstörung hat, dann hat das unter Umständen schon Auswirkungen auf die Dynamik in der Klasse, also die mag die ja lieber und die zieht die vor“* (B3, 12). Der Schulpsychologe ist der Meinung, wenn die Klasse mitbekommt, dass die Lehrkraft sich verstärkt um die betroffene Schülerin kümmert, muss sie dies der Klasse erklären. Mit der Frage, was bei einer Essstörung mit der Klasse besprochen werden sollte, beschäftigt sich → Abschnitt 5.3.8 ausführlich.

Auch sollte die Lehrkraft insofern auf die Klasse aufpassen, da sich andere Mädchen das Verhalten der magersüchtigen Schülerin als Vorbild nehmen könnten. *„Das Mädchen ist ja nicht alleine und äh, das Thema Essen und nicht zu viel Essen und wie sehe ich aus, ist ein wesentliches Thema und von daher kann es also ausstrahlen“* (B2, 14).

Ein weiteres Problem, das in der Schule auftreten kann, sind *„Rollenkollisionen“* (B3, 12). Lehrkräfte arbeiten oft in einer Doppelrolle als Lehrer und Berater. Wenn sie die betroffene Schülerin auch unterrichten und *„dann eine Ex schreibe[n] und es läuft nicht richtig“*, findet der Schulpsychologe es elementar *„da sauber in der Rolle zu bleiben“* (B3, 12). Die Lehrkraft müsse die beiden Rollen zunächst *„vor [sich] transparent haben und dann auch den anderen gegenüber“*. Insbesondere gegenüber der Schülerin sollte sie klar artikulieren: *„Hier bin ich der Coach und da bin ich der Lehrer“* und sagen: *„Du ich helfe dir gerne, und investiere da Zeit und bin für dich da und gleichzeitig habe ich keine Chance, da [z. B. während der Stegreifaufgabe] viel anders zu machen“* (B3, 12).

Ein Schulpsychologe sieht es als Problem, dass die Lehrkraft *„ein bestimmtes Fachwissen schon haben muss, um auch zu sagen: ‚Pass auf, das ist so‘“* (B3, 12) und um Informationen zu dem Thema geben zu können. Auch ist er der Meinung, dass die Lehrkraft eine gewisse Gesprächsführungskompetenz braucht. Die hätte *„manch einer, weil es ihm in die Wiege gelegt ist“* (B3, 12), trotzdem wäre es wichtig, dass Lehrkräfte eine bessere bzw. überhaupt eine Ausbildung in Gesprächsführung erhielten.

5.3.6 Möglichkeiten, wenn Betroffene keine Intervention wünschen

Wie im vorhergehenden → Abschnitt 5.3.5 erläutert wurde, besteht bei Magersucht häufig das Problem, dass die Schülerin keine Krankheitseinsicht hat und sich dementsprechend nicht helfen lässt. Ebenso kann es auftreten, dass die Eltern die Situation leugnen. Der folgende

Abschnitt beschäftigt sich mit der Frage, welche Möglichkeiten die Schule hat, wenn die Betroffenen keine Intervention wünschen.

Vier der befragten Schulpsychologen artikulieren, dass der Schule in diesem Fall Grenzen gesetzt sind, sie „*kann keinen zwingen*“ (B4, 22) Hilfe anzunehmen, wenn die Person das nicht will. „*Ohne die Kooperation der Schülerin*“ können die Lehrkräfte „*ganz schnell nicht viel tun*“ (B1, 30). Die Eltern hätten gegenüber „*einer minderjährigen Schülerin eine andere Verantwortung*“ (B1, 30), vieles liegt dann allerdings auch „*im Bereich des Elternwillens*“ (B2, 14).

Es könne durchaus frustrierend sein, wenn die Schülerin die wohlmeinenden Vorschläge nicht annimmt. „*Dass man halt nicht alle Fälle lösen kann*“ (B4, 22), gehöre zu den Dingen, die man als Lehrkraft lernen muss. Es ist dann von Bedeutung sich um „*die eigene Psychohygiene [zu] kümmern*“ (B4, 22).

Die Lehrkraft kann laut drei Schulpsychologen in diesen Fällen nur „*dran bleiben*“ (B5, 34). Dazu gehört es, die Schülerin trotzdem weiter zu beobachten und zu versuchen sie „*positiv irgendwie in [ihren] Seiten zu unterstützen*“ (B3, 22). Auch sollte die Lehrkraft sich bemühen insbesondere die Eltern zu überzeugen, „*das wenigstens abklären zu lassen, es kann ja sein, dass sich das als harmlos herausstellt, das freut uns ja alle*“ (B1, 30). Es geht darum, das Thema zum Beispiel in der Sprechstunde immer wieder zur Sprache zu bringen, „*dass man das dann halt nicht vergisst oder nicht einfach hinten runterfallen lässt, aufgrund anderer Dinge*“ (B4, 24). Manchmal würde es nun einmal länger dauern, bis so ein Entschluss in eine Therapie zu gehen reift, dies müsse man dann auch abwarten. Dabei sollte die Lehrkraft gemäß dem Motto „*steter Tropfen höhlt den Stein*“ nicht in ihren Bemühungen nachlassen, „*auch wenn man sich vorkommt, als ob man alles nur noch einmal wiederholt*“ (B4, 22). Nach den Erfahrungen eines Schulpsychologen gilt in massiven Fällen „*früher oder später kommen die ja nicht darum herum, sich helfen zu lassen, es wäre halt wünschenswert oft schon ein bisschen früher*“ (B4, 24).

Im Extremfall, wenn die Eltern nicht einsichtig sind und das Mädchen zum Beispiel in der Schule zusammenbricht, hat die Schule laut zwei Schulpsychologen die Möglichkeit bzw. die Pflicht, die Schülerin zum Amtsarzt/Schularzt zu schicken und überprüfen zu lassen, ob die Betroffene aus gesundheitlichen Gründen überhaupt noch schulfähig ist. Solch ein amtsärztliches Gutachten einzufordern, verdeutlicht insbesondere, dass „*das jetzt nicht eine Lappalie ist*

und die Schule das ernst nimmt“ (B2, 14). Oft ist es „der Auslöser, warum dann die Eltern halt doch zu einem Arzt und Therapeuten gehen“ (B3, 6).

Dieses Mittel obliegt der Schulleitung; Aufgabe der einzelnen Lehrkraft ist, diese zu informieren.

Als letzten Schritt, wenn die Eltern sich nicht kümmern, nennen zwei Schulpsychologen die Möglichkeit, das Jugendamt einzuschalten. Dies sei „dann schon sehr hoch angesetzt“ (B2, 26). In diesem Fall müsste „wirklich eine Gefährdung da sein“ (B5, 34). Ein Schulpsychologe weist explizit darauf hin, dass ihm das noch nie passiert sei. Bei dem Krankheitsbild seien die Eltern eher froh mit der Schule zusammenzuarbeiten (B2, 26).

5.3.7 Fehler von Lehrkräften

Neben den bereits genannten Dingen, die Lehrkräfte im Gespräch mit der Schülerin oder den Eltern nicht machen sollten (→ Abschnitte 5.3.3 und 5.3.4), gibt es auch allgemeine Verhaltensweisen, die es im Umgang mit magersüchtigen Schülerinnen zu meiden gilt.

Ein Fehler wäre, die Situation zu ignorieren. Dem Gedanken „Wird schon nicht zu schlimm sein“ (B4, 16), steht die Erfahrung eines Schulpsychologen entgegen, „dass man schon auf sein Bauchgefühl so ein bisschen hören sollte, [...] wenn man das Gefühl hat, da ist irgendetwas, oder das stimmt nicht. Meistens ist [...] das auch begründet“ (B4, 16). Des Weiteren „tauchen ja manchmal so Ängste auf: ‚Oh Gott, was trete ich da los? [...] Kann ich das dann alles noch händeln?‘“ (B1, 32). Laut einem Schulpsychologen ist das für Schüler aber immer etwas, auf das sie, „von mir aus auch irgendwann später, gerne zurückschauen, mich hat jemand gesehen, meine Not ist jemanden aufgefallen, der hat sich um mich gekümmert, ich war dem nicht egal“. Dementsprechend ist er der Meinung, dass „man (..) relativ selten den Fehler machen kann, ähm, zu viel zu sagen“ (B1, 32).

Auch sollte man als Lehrkraft nicht „zu schnell urteilen, das ist so“ (B2, 20), sondern „sich immer wieder klar machen, es könnte auch noch eine andere Erklärung geben, [...] für ein Verhalten kann es dutzende von Erklärungen geben, das ist eine. Es gibt aber vielleicht noch so und so viele andere“ (B2, 52). Dies solle man insbesondere bei den Gesprächen mit der Schülerin und ihren Eltern im Hinterkopf behalten (→ Abschnitte 5.3.3 und 5.3.4).

Ein Schulpsychologe legt besonderen Wert darauf, dass die Lehrkraft die „professionelle Distanz“ zur Schülerin nicht verlieren darf. Bei betroffenen Schülerinnen besteht die Gefahr, dass sie „sehr einnehmend [...] werden und wenn sie auf einen Lehrer mit ausgeprägten Helfersyndrom treffen, dann fressen die den mit Haut und Haar auf, also dann ist der Lehrer nur

noch mit dem Kind beschäftigt“ (B3, 8). Zum Beispiel sollte die Lehrkraft „*sehr wohl überlegen, ob [sie ihre] private Telefonnummer raus[gibt]*“ (B3, 14). Lehrer tun dies immer wieder, da sie sich Sorgen machen, müssen dann aber auch verfügbar sein, selbst wenn die Schülerin „*nachts um eins anruf[t]*“. Ob man bereit ist, dies zu leisten, sollte man davor bedenken. „*Ansonsten ist es sicher besser der eine 24 Stunden Hotline, eine Telefonnummer zu geben*“ (B3, 14).

Ferner sollte die Lehrkraft, „*wenn [sie] so etwas weiß*“, diese Information „*auch vertraulich behandeln*“ (B4, 16) und sensibel damit umgehen. Ein Fehler wäre es, vor der Klasse ganz offen anzusprechen: „*Der oder die so und so, die hat eine Essstörung*“ (B4, 16) (→ Abschnitt 5.3.8).

Ein Schulpsychologe weist darauf hin, dass die Lehrkraft der Schülerin nicht das Gefühl vermitteln dürfe, sie mache es einem nicht recht (B5, 36).

Zuletzt sollte die Lehrkraft das Thema Essstörung nicht zu sehr in den Vordergrund rücken. Das Thema sei der Mensch und „*wie kann ich den Mensch stärken*“. Dazu gehört insbesondere die Schülerin „*in [ihren] positiven Seiten mehr zu würdigen*“ (B4, 16).

5.3.8 Umgang mit der Klasse und dem Freundeskreis

Wenn bei einer Schülerin der Verdacht auf eine Magersucht besteht bzw. solch eine diagnostiziert wurde, würde der Großteil der befragten Schulpsychologen nicht standardmäßig mit der betroffenen Klasse offen darüber sprechen. Insbesondere steht dagegen, dass die Lehrkraft „*nicht einfach etwas, das [sie] im Vertrauen weiß, an die Klasse weitergeben*“ kann (B3, 20). Es gilt folgende Fälle zu unterscheiden.

Wenn die Situation der Klasse nicht bekannt ist und nicht auffällt, besteht keine Notwendigkeit mit ihr darüber zu sprechen, „*außer das Mädchen wollte das unbedingt, aber das ist mir noch nie passiert*“ (B2, 18).

Anders stellt es sich dar, wenn „*das Mädchen immer mal wieder raus muss und Schwächeanfälligkeiten [hat]*“ (B2, 18) oder Sonderregelungen wie etwa für den Sportunterricht bestehen. Auch kann es der Klasse auffallen, dass die Lehrkraft sich verhältnismäßig oft mit der betroffenen Schülerin trifft. In solchen Fällen muss die Lehrkraft laut zwei Schulpsychologen die Sonderbehandlungen erklären, um beispielsweise wie in → Abschnitt 5.3.5 beschrieben Neid oder Ungerechtigkeitsempfinden vorzubeugen. Dies sollte „*im Einverständnis mit den Eltern und dem Mädchen*“ (B2, 18) erfolgen.

Zudem kann es passieren, dass die Schüler die Lehrkraft an einem Tag, an dem die betroffene Schülerin nicht da ist, ansprechen. In diesem Fall kann man laut einem Schulpsychologen durchaus sagen: *„Ja ich weiß, das ist, und jetzt können wir uns überlegen, was jeder hier machen kann, um ihr ein Stück rauszuhelfen“*. Wenn dann geht es dabei immer um die Frage *„Was kann die Klasse tun, damit es der Betroffenen besser geht?“* (B3, 20).

Der Schulpsychologe weist im Folgenden darauf hin, dass man sich jedoch *„in der Regel“* (B3, 20) die Zustimmung der Schülerin einholen muss, wenn man die Krankheit mit der Klasse thematisiert. Manchmal lege er dafür sogar einen bestimmten Tag fest, an dem diese dann zu Hause bleibt, um sich dem nicht aussetzen zu müssen. Im Vorhinein würde er mit der Schülerin ganz genau besprechen, was er der Klasse sagen wird und sie gleichzeitig coachen, wie sie mit dem veränderten Verhalten der Klasse umgehen kann (B3, 20).

In dem Fall, dass die Schülerin über mehrere Woche stationär in Therapie ist, *„muss man natürlich mit einer Klasse schon irgendetwas machen, ja, weil die sich dann schon fragen, was ist mit [der/]jenigen“* (B4, 18). Der Schulpsychologe würde mit der Klasse dann *„eher so allgemein darüber sprechen, wie man mit Krisen umgeht“*. *„Eine Krise ist eine Chance auch zu Veränderung, und eine Krise erfordert vielleicht auch mal, dass ich aus dem gewohnten Umfeld rausgehe und etwas aufarbeite“* und insbesondere versuchen *„ das halt irgendwo als positiven Aspekt den Schülern weiterzugeben, dass da jetzt jemand ist, der versucht sein Problem zu bewältigen“* (B4, 18). Dabei geht es ihm auch darum, aufzufangen, was in der Klasse vielleicht an Verstörung oder Unsicherheit da ist, man *„muss die Klasse immer da abholen, wo sie gerade ist“*. Eine Frage, die sich stellt, ist: *„Was wisst ihr überhaupt?“* und notfalls muss man das richtig rücken. Wenn man merkt, die Klasse hat das Bedürfnis, ihre Anteilnahme auszudrücken, kann man überlegen, ob sie der Betroffenen vielleicht eine Karte schreibt oder Ähnliches. Aber dies müsse aus der Klasse selbst kommen, man sollte es ihr *„nicht aufoktroieren: ‚Ihr müsst das machen!‘“* (B4, 18). Aufgabe ist es, die Klasse zu begleiten. Erfahrungsgemäß sind die Lehrkräfte bei solchen Krisenthemen überfordert und der Schulpsychologe würde dies in Zusammenarbeit mit der Klassenleitung übernehmen (B4, 18). Ein anderer Schulpsychologe würde die Information der Klasse von der Empfehlung der Therapeuten und dem Wunsch der Schülerin abhängig machen. Er habe es schon erlebt, dass es eine kurze Auskunft über den Krankenhausaufenthalt gab und *„die Klasse hakt das dann in der Regel auch ab, sagt, okay, wir wissen, die ist im Krankenhaus, die hat das und das und sie wird dort behandelt und wenn sie gesund ist, kommt sie wieder“* (B2, 18).

Wenn das Mädchen wieder in die Schule zurückkehrt, sollte man die Klasse darauf vorbereiten. Ein Schulpsychologe würde die Mitschüler *„sensibel machen für die Situation, so rein spüren [lassen], wie geht es de[r] anderen jetzt, wenn [sie] da jetzt wieder kommt nach sechs Wochen oder so“* (B4, 18) und gemeinsam überlegen, ob und wie ein herzlicher Empfang bereitet werden soll. Auch braucht die Klasse Information: *„Wann kommt sie zurück? Wie kommt sie zurück? Kommt sie nur zwei Stunden [pro Schultag], wie probiert man das aus? Das kann ja alles ganz unterschiedlich sein“* (B2, 18). Dabei geht es dem Schulpsychologen vor allem darum, dass *„diese Gerüchteküche, was da alles ist und was da Dramatisches auch ist, nicht zu sehr hochkocht“*. Er findet, *„offizielle Verlautbarungen“* seien wichtig, denn der Großteil der Mitschüler würde sich daran orientieren und *„manches, was in den Social Networks so stattfindet, wird dann auch ein bisschen (beschwichtigende Handbewegung), nicht mehr so ernst genommen und nicht noch weiter gesponnen, noch weiter gesponnen“* (B2, 18).

Ein anderer Schulpsychologe ist der Meinung, diese Gerüchte ließen sich nicht verhindern und nur sehr wenig steuern. *„Was man in der Hand“* hätte, sei die Schülerin *„zu ermutigen, nicht jedem ihr innerstes Seelenleben“* zu offenbaren und so ihre eigene *„Abgrenzungsfähigkeit“* zu stärken (B1, 40). Auch könne es Personen geben, bei denen es der Schülerin wichtig sei, dass sie *„das Richtige über sie denken“*. Hierbei kann man sie unterstützen, einen Weg zu finden, dies zu kommunizieren. *„Wenn sie dazu Hilfe möchte“*, ist es denkbar mit ihr gemeinsam zu überlegen, wie sie auf *„Hänseleien“* ihrer Mitschüler reagieren kann (B1, 40).

Laut einem Schulpsychologen ist *„präventive Arbeit [...] wesentlich sinnvoller“* (B3, 20). Er würde die Schüler im Vorhinein über Möglichkeiten für den Fall informieren, wenn sie den Verdacht haben, eine Freundin könne eine Essstörung entwickeln. Generell sollte die Lehrkraft *„Wertschätzung und Respekt vermitteln vor Leuten, die in irgendeiner Form angeschlagen [...] oder anders sind“*. Insbesondere muss sie, wenn sie *„seltsame Sachen beobachte[t], wenn jemand dumm angedet wird“*, eingreifen und darf nicht wegsehen (B3, 20).

Wie im → Abschnitt 5.3.5 bereits dargelegt wurde, besteht des Weiteren die Möglichkeit, dass sich die Symptomatik auf andere Schülerinnen der Klasse überträgt. *„Es kann also durchaus sein, dass man da auf die Klasse ein bisschen aufpassen muss“* (B2, 14).

Neben der ganzen Klasse spielt der Freundeskreis eine besondere Rolle.

Einem Schulpsychologen ist es wichtig, den Freundeskreis einzubeziehen. Wenn Lehrkräfte von sich aus den Verdacht haben, eine Schülerin könnte magersüchtig sein und diese in ihrer *„Clique fest verankert ist“* (B3, 8), ist es denkbar, dies dort zu thematisieren. Die Lehrkraft

kann sich erkundigen: „*Wie ist denn das, beobachtet ihr das auch? Was läuft da schon, was, was ist zu Hause los?*“ Allerdings muss man dabei vorsichtig sein, da dies die Freundschaft auch belasten kann, wenn „*die Betroffene sich ärgert, [dass] die Freundinnen etwas gesagt haben*“ (B3, 8).

Laut zwei Interviewten nehmen die Freundinnen oft von sich aus Kontakt zum Schulpsychologen auf, da sie sich Sorgen um die Schülerin machen. Das würdigt der eine „*ganz positiv, und sag[t]: ‚Ich finde das super, dass ihr euch darum kümmert und dass ihr auch kommt und euch informiert.‘ Weil [...] daran hapert es ja schon oft, dass man halt dann sich nicht Hilfe holt oder so oder sich als Petze vorkommt*“ (B4, 18).

Zwei der Schulpsychologen äußern, dass sie den Freundinnen für den Umgang mit der Betroffenen „*eigentlich Ähnliches wie den Lehrern auch sagen*“ (B4, 18). Einer gibt den Auftrag, die Situation weiter zu beobachten. Das Thema Gewicht sollte die Freundesgruppe eher meiden, nicht vergleichen: „*Hast du schon abgenommen?*“, sondern versuchen die Freundin „*irgendwie anderweitig zu stärken, mit ihr schöne Dinge zu machen und so weiter*“ (B4, 18). Ein Schulpsychologe betont, sie sollten die Betroffene ohne Kommentare essen lassen und ihr nicht ständig etwas anbieten und sagen: „*Komm und du musst doch und jetzt hier tu und mach*“ (B5, 44). Die Schülerin „*darf erst mal so sein, wie sie ist*“, die Freundinnen sollten aber ihre „*Angst äußern*“ (B5, 42). Darauf legt ein Schulpsychologe besonders Wert, die Freundesgruppe sollte der Betroffenen „*immer wieder*“ sagen: „*Wir machen uns Sorgen*“ (B3, 8). Wie in → Abschnitt 5.3.5 beschrieben, kann dies Freundschaften durchaus belasten und zum Auseinanderbrechen bringen. Er ist nichtsdestotrotz der Meinung, dass „*Konfrontieren*“ notwendig sei, auch wenn es auf der anderen Seite wichtig wäre, „*dass [die Freundinnen] da sind, weil sie eines der Stützsysteme sind*“ (B3, 18).

Auch ein weiterer Schulpsychologe äußert, dass die Freundesgruppe „*möglicherweise [...] unterstützend sein könnte*“ (B2, 16). Allerdings betonen zwei Interviewte, man könne nicht erwarten, „*dass sie eine Therapie oder irgendwas leisten*“ (B4, 18). Ebenso sollte dies mit Vorsicht gehandhabt werden, da es auch sehr stark überfordern kann, insbesondere, wenn die Schülerin in die Klinik eingewiesen werden muss, „*machen sich die Mädchen Vorwürfe, sie hätten da etwas verschuldet, weil sie nicht dieses, jenes und noch etwas getan haben oder weil sie oft da nicht aufgepasst haben*“ (B2, 16). Sie sollten auf jeden Fall wissen, an wen sie sich wenden können, „*wenn es ihnen ein bisschen unheimlich wird oder wenn sie das Gefühl haben, da passiert jetzt etwas, was ihnen, was sie nicht mehr gutheißen können*“ (B2, 16).

Manchmal motivieren die Freundinnen die Betroffene den nächsten Schritt zu gehen und eine Beratungsstelle aufzusuchen und bieten an: „*Pass auf, wir gehen da gemeinsam hin*“ (B3, 8). Gleichfalls spielen sie eine Rolle, wenn die Schülerin in stationärer Behandlung ist und Einzelne weiterhin Kontakt halten (B2, 18).

5.4 Depressive Erkrankungen

5.4.1 Merkmale

Auf die Frage nach charakteristischen Merkmalen einer depressiven Erkrankung nennen die befragten Schulpsychologen folgende Punkte: Antriebslosigkeit, starke Unlust, keine Leistungsbereitschaft, Motivationslosigkeit, Perspektivlosigkeit, „*überhaupt kein Land [zu] sehen [...] ohne einen konkreten Auslöser*“ (B5, 54), ein geringes Selbstwertgefühl, Traurigkeit, Suizidgedanken, Schlafstörungen, gestörtes Essverhalten und eine zurückgezogene Haltung.

In der Schule würde sich die Depression meistens durch häufige Abwesenheit und Leistungsabfall äußern. Oft hätten die Lehrkräfte auch den Eindruck: „*Der lernt falsch*“ und erst im daraus resultierenden Gespräch mit dem Schulpsychologen stellt sich heraus, dass da „*vielleicht mehr*“ ist (B4, 50). Aufgrund dieser vielen unspezifischen Symptome tritt als ein Problem bei der depressiven Erkrankung oftmals auf, dass sie „*eher auf einer Verdachtsebene hängen bleibt*“ (B1, 54) (→ Abschnitt 5.4.5).

Laut einem Schulpsychologen sind häufig Kollegiaten betroffen. Allerdings können depressive Erkrankungen auch bei Jüngeren vorkommen, beispielsweise hätte er momentan einen Verdachtsfall in der 8. Klasse (B4, 61).

5.4.2 Weiteres Vorgehen nach Verdacht und Diagnose

Ebenso wie im entsprechenden Kapitel über Essstörungen, werden die Vorstellungen der befragten Schulpsychologen über das weitere Vorgehen nach Verdacht bzw. Diagnose einer depressiven Erkrankung für jeden Interviewten getrennt dargestellt.

Schulpsychologe 1 (B1, 56, 58-60, 71-74)

Laut B1 ist der Eindruck bei depressiven Erkrankungen weitaus weniger spezifisch als bei Magersucht, häufig hat man nur das Gefühl: „*Das ist komisch, das läuft nicht rund bei dem*“ (B1, 56). Ziel sei es, „*aus diesen etwas schwammigen Eindrücken irgendwie eine klare Aussage zu machen*“ (B1, 56). Dafür würde er wieder ein Team bilden und dabei insbesondere Lehrkräfte berücksichtigen, die den Schüler von früher kennen. Selbst wenn ihm der Betroffene nicht bekannt ist, kann der Schulpsychologe die Lehrkräfte mit einem entsprechenden

Diagnoseraster unterstützen. Bei Depressivität stellt sich je nach Ausprägung zudem die Frage, ob der Schüler suizidgefährdet ist, ob er Ankündigungen gemacht hat. *„Das ist ein ganz vielschichtiges Feld und je, je mehr Augen darauf schauen, desto klarer wird man da im Hinschauen“* (B1, 56).

Der Beobachtung folgt erneut das Gespräch mit den Eltern oder bei einem Oberstufenschüler auch ein Gespräch mit diesem (→ Abschnitt 5.4.3 und 5.4.4).

Der nächste Schritt ist, den Schüler zu bewegen in Therapie zu gehen. *„Das ist dann harte Arbeit, ja. Das überschreitet aus meiner Sicht auch schnell die Möglichkeiten einer, einer normalen Lehrkraft, manchmal auch die Möglichkeiten der Schulpsychologen“* (B1, 58). Zur Unterstützung kann man sich in München an das Bündnis gegen Depression wenden, *„wo man relativ schnell auch gute Fachkräfte herbeiziehen kann“* (B1, 60). Diese können einen für ein solches Gespräch coachen und man kann mit ihnen ein bestimmtes Verfahren zur Begleitung des Schülers vereinbaren. Ziel sei es, *„den Weg in eine Therapie möglichst irgendwie vor[zu]bereiten, ab[zu]sprechen und [zu] glätten“* (B1, 60). Aus Sicht von B1 ist es sinnvoll, dass dies der Schulpsychologe übernimmt, es sei denn, die Lehrkraft traut es sich zu und hat ein gutes Verhältnis zum Schüler.

Die Diagnose der depressiven Erkrankung stellt für die Schule einen Gewinn dar, da sie schulrechtliche Möglichkeiten eröffnet, wie dass *„man dem Schüler erneute Chancen gibt, das man ihn anders behandelt, wenn er eben das Jahrgangsziel nicht erreicht“* (B1, 72). Zum Beispiel sei es möglich, ihn gemäß dem Bayerischen Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) Art. 53(6) aufgrund von Krankheit von einer Pflichtwiederholung zu befreien.

Schulpsychologe 2 (B2, 33-41)

Laut B2 ist das Vorgehen bei Verdacht auf eine depressive Erkrankung *„ziemlich ähnlich“* wie bei der Anorexie, wobei sie *„noch sehr viel mehr Wert auf das Gespräch mit dem Schüler legen würde“* (B2, 35).

Die Lehrkraft sollte mit ihren Kollegen sprechen, ob sie *„ähnliche Beobachtungen machen, andere Beobachtungen machen“* (B2, 35), um den Verdacht zu erhärten bzw. zu entkräften. *„Eine ganz gute Stelle, an der man etwas erkennen könnte“*, sind Erlebniserzählungen, *„Was schreibt der in Aufsätzen? Wie schreibt der Aufsätze?“* (B2, 33). Oft ist eine Depression nicht zu unterscheiden von sehr deutlichen Stimmungsschwankungen, die in der Pubertät auftreten. Deswegen würde B2 darum bitten, das länger zu beobachten und *„nicht so aus einem momen-*

tanen Blick heraus dann sofort tätig zu werden“ (B2, 35). Lieber solle die Lehrkraft immer mal wieder mit dem Schüler sprechen und auch bei den Mitschülern vorsichtig nachfragen, *„wie der gesehen wird und wie der denn so drauf ist usw.“* (B2, 35) (→ Abschnitt 5.4.8). Bei depressiven Erkrankungen stellt sich in den Gesprächen mit den Mitschülern und auch in dem mit den Eltern insbesondere die Frage, *„ob sich die Stimmung verändert hat und in welchem Rahmen“* (B2, 37).

„Wenn die Lehrer sagen, da ist irgendetwas“, würde B2 darum bitten, den Schulpsychologen einzuschalten, *„ähnlich wie, wie ich das vorhin beschrieben habe“*. Sie ist nicht der Meinung, dass Schulpsychologen *„sofort auf der Matte stehen müssen“*, sondern sie können Lehrkräfte in ihrem Handeln unterstützen, damit Schüler zunächst *„so ganz niederschwellig weiterkommen können“* (B2, 35).

Wenn sich die Vermutung erhärtet, *„geht es letztlich den Weg, den ich vorhin schon beschrieben habe“*. Ab irgendeinem Zeitpunkt müssen die Eltern informiert werden und je nachdem wie das Elternhaus reagiert, *„sind wir wieder bei der gesamten Palette, die wir vorhin auch schon hatten“* (B2, 35).

Gerade bei depressiven Erkrankungen kann es sein, dass *„die Schullaufbahn ziemlich durchbrochen, unterbrochen wird, dass da sehr spezielle Wege gegangen werden müssen“* (B2, 39) (→ Abschnitt 5.4.5). In diesem Fall werden *„spezielle Absprachen und Überlegungen jeweils in der Lehrerschaft, die in der Klasse unterrichtet,“* (B2, 39) diskutiert.

„Wenn das dann Richtung Klinik geht“, sei es im Prinzip das gleiche Vorgehen, *„da sind die Lehrkräfte auch mehr oder weniger außen vor erst mal“* (B2, 37). Zum Teil geben die Therapeuten spezielle Informationen, *„wie es günstig ist [mit dem Schüler] umzugehen und was jetzt zu unterlassen ist“* (B2, 41) und danach sollten sich die Lehrkräfte richten.

Wie im Fall der Essstörung kann es passieren, dass der Schüler die Familie verlässt (→ Abschnitt 5.4.5). Meist übernehmen dann die Schulpsychologen die Kontakte zu betreuten Wohngruppen oder Ähnlichem, manchmal sind Rücksprachen mit den Lehrkräften notwendig. Zum Beispiel ist darauf zu achten: *„Kommt er jetzt in die Schule, kommt er nicht? Er wird losgeschickt, aber er kommt nicht an und solche Dinge“* (B2, 39).

Schulpsychologe 3 (B3, 45, 51, 53)

B3 ist der Meinung, man solle bei Verdacht den Schüler ansprechen. Dies sei, genauso wie die Art der Umsetzung, *„immer gleich“* (B3, 45) (→ Abschnitt 5.4.3).

Des Weiteren müsse man „*die Eltern wieder ein bisschen wachrütteln, ins Boot zu holen*“ (B3, 45) (→ Abschnitt 5.4.4).

Der nächste Schritt sei, den Schüler „*irgendwie [...] in eine Therapie [zu] bringen*“ (B3, 51). In diesem Fall ginge es „*nur über eine Überweisung und das ist so eine Art sehr begrenztes Aufgabengebiet*“ im Gegensatz zu Auffälligkeiten, die man als „*Baustellen immer [...] in [s]einem Klassenzimmer*“ (B3, 51) hat.

B3 bezeichnet Suizidalität als den „*Endpunkt von Depression*“ und weist darauf hin, dass abgeklärt werden muss, „*inwieweit die Depression in eine lebensbedrohliche Phase rutscht*“ (B3, 53). Unter diesen Umständen wäre der Betroffene nicht mehr „*beschulbar*“ (B3, 53) und müsste stationär eingewiesen werden. Wenn die Eltern diesbezüglich nicht reagieren, sollte die Lehrkraft die Schulleitung einschalten, die dann über weitere Möglichkeiten verfügt (→ Abschnitt 5.4.6).

Schulpsychologe 4 (B4, 50, 59)

B4 findet, dass das Vorgehen der Lehrkraft bei Verdacht auf eine depressive Erkrankung „*im Grunde [...] ähnlich wie bei einer Essstörung*“ ist. „*Man kann es vielleicht ein bisschen direkter ansprechen*“, indem man den Schüler nach dem Unterricht fragt: „*Du fehlst in letzter Zeit so häufig, was ist mit dir los?*“ (B4, 50). Bei Magersucht hingegen wäre sie wie in → Abschnitt 5.3.3 beschrieben vorsichtig, das Thema Gewicht zur Sprache zu bringen.

Die Lehrkraft sollte auch wieder das kollegiale Gespräch mit dem Schulpsychologen suchen, um zu klären, was dieser in der Situation rät. Sie kann ebenso den Schüler zum Schulpsychologen schicken, „*aber halt vielleicht jetzt nicht mit der Diagnose Depression, sondern einfach mit der, mit der Beobachtung: ‚Du ich sehe, bei dir läuft es nicht in der Schule, hol dir doch da eine Unterstützung, um zu klären, was ist da los‘*“ (B4, 50).

Wenn sich der Verdacht erhärtet, sollten, je nach Alter des Schülers, auch wieder die Eltern einbezogen werden.

Die Diagnose der Depression erleichtert laut B4 „*wieder ein bisschen die Kommunikation, vielleicht auch das Verständnis bei den Kollegen*“ (B4, 59). Bei depressiven Erkrankungen schätzen Lehrkräfte den Schüler oft als faul ein (→ Abschnitt 5.4.7). Wenn nun eine Diagnose der Krankheit besteht, „*dann wird das schon anders anerkannt, auch bei Schulleitung und Kollegen*“ (B4, 59). Dann ändert sich wahrscheinlich der Umgang mit dem Schüler, man lässt

ihm eher „*irgendwelche Hilfsmaßnahmen zukommen, also Stichwort vielleicht Vorrücken auf Probe oder freiwilliges Wiederholen oder was halt die Schulordnung alles hergibt*“ (B4, 59).

Für den Schulpsychologen, der weder therapieren kann noch darf, stellt sich nach der Diagnose die Frage, inwieweit er den Betroffenen in der Schule begleiten und unterstützen kann, wobei es auch bei depressiven Erkrankungen wieder wichtig wäre, die Probleme außerschulisch aufzuarbeiten.

Schulpsychologe 5 (B5, 56, 59-62, 74-76)

Wenn die Lehrkraft den Verdacht hat, einer ihrer Schüler könne depressiv erkrankt sein, sollte laut B5 wieder ein Gespräch mit dem Schüler stattfinden. Wer dies übernimmt, ist abhängig von der Beziehung zum Kind und dem Willen der Lehrkraft.

Wie sich die nächsten Schritte gestalten, ist bedingt durch die „*Bereitwilligkeit*“ des Schülers. Die Lehrkraft „*kann nur Angebote machen, [...] das Kind kann kommen wenn etwas ist, einfach ein Gesprächsangebot machen*“ (B5, 60).

Auch in diesem Fall sollten irgendwann die Eltern informiert werden und es sollte ihnen nahegelegt werden, „*zum Arzt [zu] gehen oder sich Hilfe holen*“ (B5, 62).

Nach der Diagnose waren die Schüler gemäß den Erfahrungen von B5 „*alle relativ zügig in der Klinik oder es hat sich halt durch Medikamente so gebessert, dass es wieder besser ging, im Alltag hier*“ (B5, 74). Wenn die Betroffenen von externen Stellen betreut werden, hat die Schule die Aufgabe, Kontakt mit der Klinik zu halten und abzuklären, „*ob irgendwie Schulzeug gemacht werden kann, oder soll, ob es hinderlich ist oder förderlich*“ (B5, 76).

Wenn der Schüler „*wieder da ist*“, sollte man überlegen, was demjenigen hilft, was geleistet werden kann. Beispielsweise könne man laut B5 Prüfungen erlassen oder als Grundlage für eine Jahresnote ausnahmsweise nur drei Schulaufgaben festlegen (B5, 76).

5.4.3 Gespräch mit dem Schüler

Auch bei depressiven Erkrankungen würde die Mehrheit der befragten Schulpsychologen dem Schüler ihre Beobachtungen schildern: „*Mir ist aufgefallen, du wirkst sehr zurückgezogen*“ (B5, 56), „*Du lachst gar nicht mehr, [...] ich kann es gar nicht einschätzen, dass du in der Pause immer alleine rumstehst und nicht mehr zu deinen Freundinnen gehst*“ (B3, 45) und ihre Sorgen diesbezüglich äußern. Des Weiteren würden sie nachfragen: „*Dir geht es doch nicht gut?*“ (B3, 45), „*Was ist los?*“ (B1, 56). Ein Schulpsychologe benutzt explizit die Formulierung, dass man anbieten sollte, „*ob man etwas machen kann*“ (B5, 56).

Einer der Interviewten würde noch einen Schritt weitergehen und sich erkundigen, ob der Schüler schon mal daran gedacht habe, dass er eine Depression haben könnte (B1, 56). Ein anderer sieht es eher als Aufgabe des Schulpsychologen dem Schüler zu sagen, dass es bei ihm vielleicht „mehr“ sei als eine „normale Lustlosigkeit“ (B4, 50).

Laut einem Schulpsychologen sollte die Lehrkraft, wie bei dem Gespräch mit einer essgestörten Schülerin, sachlich bleiben (B1, 58) und dem Betroffenen keine Vorwürfe machen (B5, 56).

Des Weiteren sollte sie „schlaue Tipps“ wie „jetzt melde dich doch öfter, sonst, (.) gibt es eine schlechte mündliche Note“ vermeiden (B5, 58).

Bei depressiven Erkrankungen sollte man laut einem Schulpsychologen insbesondere im Gespräch mit dem Schüler „sehr aufmerksam“ sein und „genau hinhören“, „ob da irgendetwas in Richtung Suizidalität geht“ (B2, 37).

Wenn der Schüler suizidales Verhalten zeigt, wäre es aus der Sicht eines Schulpsychologen ein Fehler, „Scheu davor zu haben, zu benennen was man sieht“. Wenn man in solchen Gesprächen das Wort Suizid nicht verwendet oder Angst hat zu formulieren: „Du hast versucht dich zu töten“ oder „Was waren deine Gedanken?“ bezeichnet er dies als Signal: „Darüber kannst du mit mir nicht reden“ (B1, 68). Im Weiteren betont er, dass solche Krisengespräche ganz andere Anforderungen stellen und er vorsichtig wäre, so etwas in einem allgemeinen Ratgeber zu behandeln, da Lehrkräfte sich nicht überschätzen sollten.

Bei depressiven Erkrankungen kann es außerdem sein, dass der Schüler „mit irgendwelchen Drogen, Tabletten und sonst was, ähm, experimentiert“. Dessen sollte man sich sowohl im Gespräch mit dem Schüler als auch mit den Eltern bewusst sein. Ob man direkt danach fragt oder nebenbei erfährt, dass der Schüler oft Kopfschmerztabletten nimmt, kann sehr unterschiedlich sein (B2, 37).

Ein Schulpsychologe weist darauf hin, dass das Gespräch „mit einem richtig depressiven Schüler ein ganz, ganz schwieriges ist“. Am Ende könne man nicht mehr von Gespräch reden, wenn „der nur noch schweigt und weiß nicht und (seufzt) alles so scheiße“ (B1, 58).

5.4.4 Information der Eltern

In Bezug auf die Eltern, nennen die befragten Schulpsychologen bei depressiven Erkrankungen kaum neue Aspekte. Meist verweisen sie darauf, dass das Vorgehen das Gleiche sei wie bei der Essstörung. Der vorherrschende Begriff ist „wieder“ (z. B. B1, 56; B2, 35; B3, 45).

Ein Schulpsychologe äußert des Weiteren, dass Depression die Familie mindestens so sehr wie eine Essstörung belaste. Dann sei die Krankheit insbesondere so weit gediehen, dass dies außerhalb dessen liegt, was Lehrkräfte leisten können. Den Kontakt zu Eltern zu halten, *„die versuchen, ihr Kind morgens aus dem Bett zu bringen und solche Dinge“* (B2, 37), sieht er als psychologische Arbeit, die er Lehrkräften nicht mehr zumuten wolle, da dies eine Überforderung sei.

Auch im Falle der depressiven Erkrankung bemerkt ein Schulpsychologe, dass die Eltern *„das Problem“* sein können. Dann müsse man schauen, *„wer könnte stattdessen die Funktion [für das Kind] übernehmen“*. Er ist der Meinung: *„Tut dann schon jemand“* (B3, 45).

Gleichwohl äußert er die Ansicht, dass es *„letztendlich immer [eine] Erziehungspartnerschaft [gebe], dass Eltern und Lehrer zusammenarbeiten“* (B3, 45).

5.4.5 Probleme in der Praxis

Eine Schwierigkeit bei depressiven Erkrankungen stellen bereits die sehr unspezifischen Symptome dar. Merkmale wie häufige Fehlzeiten und Leistungsabfall können *„alle mögliche Ursachen haben und manchmal ist es eine Depression“* (B1, 54). In der Schule wird sie dementsprechend nicht unbedingt erkannt, es kann *„durchaus sein, dass [...] dieser Jugendliche in einer ganz anderen Kategorie läuft, also zum Beispiel: ‚Der ist ja ständig krank‘“* (B2, 45). Erschwert wird die Problematik dadurch, dass es sich bei einer Depression typischerweise um eine *„Erwachsenendiagnose“* (B1, 54) handelt (→ Abschnitt 3.3.2). Ein Schulpsychologe weist zudem darauf hin, *„dass Depression weiter verbreitet ist, als wir alle denken“* (B4, 61). So sollten Lehrkräfte insbesondere bei vermehrten Fehlzeiten und Notenverschlechterungen aufmerksam sein und prüfen, *„ob da vielleicht auch diese Seite noch eine Rolle spielen kann“* (B2, 45).

Häufige Abwesenheit und Leistungsabfall sind nicht nur mögliche Anzeichen einer Depression, sondern können auch als Folgeprobleme der Krankheit aufgefasst werden.

Es ist möglich, dass *„die Schullaufbahn ziemlich durchbrochen, unterbrochen wird“* (B2, 39). Dies erfordert spezielle Überlegungen und Absprachen, durchaus über einen längeren Zeitraum, da sich eine Depression über zwei Jahre hinziehen kann. Insbesondere wenn Mittelschüler der 10. Klasse betroffen sind, die aufgrund der Krankheit den Schulabschluss nicht schaffen, *„muss man dann genau überlegen, wie das gehen kann“* (B2, 39).

Ein Schulpsychologe erklärt, wenn die Depression erst einmal *„so richtig ausgewachsen ist, dann stürzen die [Betroffenen] schulisch gnadenlos ab“* (B1, 62). Dies ginge so weit, dass die Schüler nicht im Schulsystem gehalten werden können, was die Situation noch weiter ver-

schlimmert, da es dann *„keinen geregelten Tagesablauf mehr [gibt], es gibt überhaupt kein Ziel mehr. ,Es ist doch alles sinnlos“* (B1, 62).

Eine weitere Schwierigkeit, die auftreten kann, ist genauso wie bei Essstörungen, dass *„der Jugendliche aus der Familie raus muss, weil da Familienthemen, äh, diese Krankheit einfach stützen und ähm, (...) nicht vergehen lassen können“* (B2, 39).

„Dadurch, dass eben der Jugendliche zum Beispiel oft nicht da ist und die anderen sich dieses und jenes darüber denken“ kann es zu Problemen in der Klasse kommen. Es kann sein, dass der Schüler *„aus dem Klassenzusammenhang [...] rausfällt“*. Dann stellt sich die Frage, *„wie weit kann er noch Kontakte pflegen, wie weit sind die in der Klasse bereit, Kontakte zu pflegen“* (B2, 39) (→ Abschnitt 5.4.8).

Ein Schulpsychologe weist darauf hin, dass man bei depressiv Erkrankten damit rechnen müsse, dass derjenige beispielsweise nicht zum Beratungstermin kommt, das sei *„völlig immanent im Krankheitsbild“* (B1, 66).

Auch empfindet ein Schulpsychologe Betroffene als *„wahnsinnig schwer auszuhalten, weil man möchte was machen, möchte helfen, und das ist wie so ein Pudding, haut man rein und nichts passiert“* (B1, 66). Dies zeige sich insbesondere im Gespräch mit dem Schüler (→ Abschnitt 5.4.3). Ein anderer hingegen beschreibt, dass Depressive im Gegensatz zu Essgestörten *„wollen, dass irgendetwas sich ändert oder die merken es funktioniert nicht so, wie es soll“*. Sie seien vielleicht nicht in der Lage etwas zu ändern, aber wenn man ihnen Wege aufzeigt, sind sie eventuell auch ganz dankbar (B4, 52).

Ein weiteres Problem ist laut einem Schulpsychologen, dass sie kaum Anrechnungsstunden für die schulpsychologische Tätigkeit haben und *„dass alles viel Zeit kostet“*. Dementsprechend ist es *„manchmal nicht ganz leicht das überhaupt so hinzukriegen“* (B3, 47).

5.4.6 Möglichkeiten, wenn Betroffene keine Intervention wünschen

Wie bei den Merkmalen (→ Abschnitt 5.4.1) und auch im vorhergehenden Abschnitt beschrieben, sind depressiv Erkrankte häufig nicht in der Lage etwas an ihrer Situation zu ändern. Wenn sie Hilfe bekommen, könnten sie laut einem Schulpsychologen dankbar sein, ein anderer hat die Erfahrung gemacht, dass sie oftmals nicht darauf reagieren. Er würde externe Fachkräfte zur Unterstützung heranziehen, um den Schüler von einer Therapie zu überzeugen (→ Abschnitt 5.4.2 Schulpsychologe 1).

Bei depressiven Erkrankungen besteht des Weiteren die Gefahr eines Suizids. Lehrkräfte sollten diesbezüglich sehr aufmerksam sein und abklären, inwieweit die Depression in eine lebensbedrohliche Phase rutscht. In diesem Fall besteht laut einem Schulpsychologen ebenso wie bei Essstörungen die Möglichkeit, den Schüler zum Amtsarzt zu schicken, der darüber entscheidet, ob der Betroffene noch „*beschulbar*“ ist (B3, 53).

Wenn die Lehrkraft das Gefühl hat, ein Suizid wäre möglich und insbesondere die Eltern nicht reagieren, hat er laut einem Schulpsychologen die Möglichkeit, die Schulleitung einzuschalten, die „*das nach außen geben*“ kann. In München seien die Sozialbürgerhäuser die ersten Beratungsansprechpartner, in anderen Regionen sei es das Jugendamt. Wenn die Situation sich trotzdem nicht verbessert, ist der nächste Schritt die Benachrichtigung der Polizei und der Staatsanwaltschaft, „*die dann auch gegen den Willen aller Beteiligten ein Kind einweisen kann*“ (B3, 53).

Explizit wurde die Frage nach Möglichkeiten, wenn die Betroffenen keine Intervention wünschen, bei depressiven Erkrankungen nicht gestellt, da sie im allgemeinen Teil über Auffälligkeiten näher behandelt wird (→ Abschnitt 5.5.1). Die obigen Aspekte haben die Schulpsychologen von sich aus im Kontext anderer Fragen angesprochen.

5.4.7 Fehler von Lehrkräften

Zwei der befragten Schulpsychologen artikulieren, dass Lehrkräfte bei depressiven Erkrankungen die gleichen Verhaltensweisen wie bei Essstörungen meiden sollten, das seien „*ganz grundsätzliche Sachen*“ (B1, 68) gewesen (→ Abschnitt 5.3.7).

Explizit wiederholen drei Schulpsychologen, dass es ein Fehler sei, die Auffälligkeit zu ignorieren und nichts zu tun. Als Lehrkraft darf man sich nicht abschrecken lassen gemäß der Einstellung: „*Ich weiß nicht, was ich tun soll, dann schau ich lieber nicht hin*“ (B3, 51). Wenn man bei einer depressiven Erkrankung nichts unternimmt, wird die Situation laut einem Schulpsychologen „*immer schlimmer*“ (B3, 53).

Ebenso sollte die Lehrkraft auch bei depressiven Erkrankungen diese Informationen vertraulich behandeln und „*nicht mit Dritten darüber reden*“ (B3, 53). Laut einem Schulpsychologen passiert das „*leichter als man glaubt*“. Beispielsweise, wenn Eltern von Mitschülern Kontakt aufnehmen, die Beobachtungen ihrer Kinder schildern und sich erkundigen was los sei (B3, 53).

Bei depressiven Erkrankungen kann es laut zwei Schulpsychologen sein, dass Lehrkräften das Verständnis fehlt, dass es sich um eine Krankheit handelt und der Schüler nicht einfach nur „*faul*“ oder „*blöd*“ ist, „*solche Kommentare hört man leider immer noch*“ (B4, 57). In diesem Fall gilt es, die Lehrkräfte zu sensibilisieren: „*Der macht das nicht absichtlich, sondern dem geht es gerade schlecht und der kann jetzt einfach nicht*“ (B4, 52).

Vermutlich aus dieser Einstellung heraus kann es sein, dass Lehrkräfte den Fehler begehen, den Schüler „*vor der Klasse bloßzustellen, dass man also sagt: ‚Klar, und du fehlst ja immer, und hast jetzt schon so und so viele schlechte Noten‘*“ (B4, 57).

Auf der anderen Seite ist es laut einem Schulpsychologen ebenso ein Fehler, „*zu mitleidig*“ zu sein (B2, 41). Bei einer Depression könne durchaus auftreten, dass sich der Schüler „*gewissermaßen in diesen Zustand so hineinbegibt und [...] dem auch Positives abgewinnt*“. Dann geht es darum, das richtige Maß zu finden und „*zu sagen: ‚Okay, wir fordern etwas von dir und wir wissen, du kannst das‘, also [...] nicht im Sinne von ‚Jetzt bist du aber dran zu leisten‘, sondern im Sinne von ‚Wir sehen, das und das kannst du, äh, wir möchten gerne, dass du das jetzt hier bei uns zeigst‘*“. Die Lehrkraft kann den Schüler in seiner Wahrnehmung unterstützen, beispielsweise erfolgreich ein Referat gehalten zu haben, indem sie ihm auf der sachlichen Ebene rückmeldet: „*Die und die Dinge waren richtig, das hast du gut darstellen können*“. Dabei sollte die Lehrkraft authentisch bleiben und nicht in „*Lobeshymnen ausbrechen*“, insbesondere wenn sie ansonsten nicht oft lobt. Der Schüler sollte nicht das Gefühl haben, die Lehrkräfte wollten ihn „*ganz weich betten*“, sondern nehmen ihn als jemanden, „*der jetzt in der Schule ist und da seine Aufgaben erfüllen will, ernst*“. In dieser Situation zu sehr in Mitleid zu verfallen, würde laut dem Schulpsychologen „*entkräfte[n] und das soll ja gerade nicht sein*“ (B2, 41).

Ein weiterer Fehler, den sowohl Lehrkräfte als auch Schulpsychologen meiden sollten, ist, sich zu überschätzen. Man sollte sich überlegen: „*Was kann ich anbieten? Was kann ich leisten? Und wo merke ich, ist meine Grenze?*“ (B1, 68). Diese könne ganz verschieden gesetzt sein.

Ein Schulpsychologe weist darauf hin, dass man nicht erwarten solle, dass die Situation sich „*von heute auf morgen*“ ändert. Es sei wichtig, diese „*aushalten*“ zu können und sich bewusst zu sein, dass sie schwierig sein darf und die Lehrkraft sie nicht unmittelbar „*durch positive Sätze*“ verbessern kann (B5, 66).

5.4.8 Umgang mit der Klasse und dem Freundeskreis

Die Frage, inwieweit man die Erkrankung in der Klasse thematisieren und die Mitschüler einbeziehen sollte, wurde aus Zeitgründen nur einem Schulpsychologen (B5) explizit gestellt, da diese Thematik ebenfalls im allgemeinen Teil über Auffälligkeiten genauer behandelt wird (→ Abschnitt 5.5.2). Folgende Punkte wurden im Kontext anderer Fragen angesprochen bzw. stammen vom genannten Schulpsychologen.

Ein Schulpsychologe sieht in den Beobachtungen der Klassenkameraden eine Möglichkeit, den Verdacht einer depressiven Erkrankung zu bestätigen. Die Lehrkraft könne „*vorsichtig nachfragen, wie der gesehen wird und wie der denn so drauf ist usw.*“ (B2, 35). Dafür böten sich „*alle Gelegenheiten an, die etwas informeller sind*“. Als Beispiele nennt er die Pausen, Projektarbeiten oder Wandertage.

Wie im →Abschnitt 5.4.5 über Probleme bei depressiven Erkrankungen bereits genannt wurde, kann es sein, dass der Betroffene nicht mehr in der Klasse integriert ist. Lehrkräfte sollten denjenigen in diesem Fall dabei unterstützen, Kontakte zu Mitschülern zu halten. Der Schulpsychologe weist darauf hin, dass die Klassenkameraden dabei wie bei der Essstörung nicht überfordert werden dürfen, das sei ein „*Balanceakt*“ (B2, 39).

Bei Depression und insbesondere bei Suizid kann es laut einem Schulpsychologen sein, dass Mitschüler das Verhalten nachahmen. Er verweist hierzu auf den sogenannten „*Werther-Effekt*“ (B4, 40). Dieser Begriff wurde erstmals 1974 vom amerikanischen Soziologen David Phillips als wissenschaftlicher Arbeitsbegriff zur Kennzeichnung von Nachahmungen medial vermittelter Suizide verwendet. Er geht auf den Ende des 18. Jahrhunderts von Goethe veröffentlichten Roman „Die Leiden des jungen Werther“ zurück. Der darin beschriebene Selbstmord der Hauptperson löste zu jener Zeit eine ganze Reihe von Suiziden in Europa aus (vgl. Ziegler & Hegerl, 2002).

Laut einem Schulpsychologen bekommen „*die Wenigsten*“ die depressive Erkrankung des Mitschülers mit. Wenn doch, dann sollte man „*schauen, was die brauchen*“, wenn sie beispielsweise „*Angst um den haben, halt das irgendwie auffangen*“ (B5, 70).

Für den Fall, dass die Mitschüler einen ansprechen und fragen, was sie tun können, rät der Schulpsychologe ihnen, dem Schüler mitzuteilen, dass sie ihn mögen und ihre Sorge zu äußern. Des Weiteren ermutigt er sie, ihm das Angebot zu machen: „*Wenn etwas ist, wenn du irgendetwas brauchst, sind wir da*“. Auch sollten sie „*nicht aufhören nachzufragen, ob er*

mitgehen, ob er irgendwie etwas unternehmen möchte“, und nicht resignieren: *„Der kommt ja eh nicht mit“* (B5, 72).

5.5 Auffälligkeiten allgemein

Neben den speziellen Fällen der Essstörung und der depressiven Erkrankung wurden in den Interviews verschiedene Themen allgemein behandelt. Die Fragen, welche Möglichkeiten die Lehrkraft generell bei Auffälligkeiten hat, wenn der Schüler oder die Eltern Unterstützung ablehnen und inwieweit die Lehrkraft mit der Schulklasse über die Auffälligkeit sprechen sollte, werden im Folgenden näher ausgeführt.

5.5.1 Möglichkeiten, wenn Betroffene keine Intervention wünschen

Auch bezüglich einer beliebigen Auffälligkeit weisen die Interviewten darauf hin, dass der Lehrkraft Grenzen gesetzt sind, das *„Elternrecht ist sehr hoch gestellt“* (B1, 90). Man könne nur deutlich artikulieren, dass man eine Intervention für notwendig hielte, eventuell verbunden mit einem konkreten Vorschlag, an wen sie sich wenden können. In diesen Bemühungen sollte die Lehrkraft nicht nachlassen, sondern *„immer wieder nachfragen“*, auch *„ein halbes Jahr später“* (B5, 92).

Laut einem Schulpsychologen kann die Schulleitung Sanktionen verhängen, wobei er der Meinung ist, dass *„eine verordnete Therapie selten Sinn macht“* (B5, 92). Ein anderer wiederholt, dass die Schulleitung auch hier die Möglichkeit hat, den Schüler zum Amtsarzt zu schicken und eine weitere Beschulung von diesem Besuch abhängig zu machen (B3, 39).

Zwei der drei zu dieser Frage interviewten Schulpsychologen äußern, dass die Lehrkraft reagieren muss, wenn sie *„Leib und Seele des Kindes als ernsthaft gefährdet betrachte[t]“* (B5, 92). Dies könne man im Vorfeld ankündigen. Laut einem Schulpsychologen ist das *„Kindswohl gefährdet“* beispielsweise, wenn *„die Eltern sich weigern, eine entsprechende medizinische, psychische Versorgung zu leisten“*. In diesem Fall sollte man Kontakt mit einer entsprechenden Fachkraft aufnehmen, seine Beobachtungen mitteilen und absprechen, ob es sich um eine Kindswohlgefährdung handelt (B1, 90).

„Das Allermeiste passiert“ seiner Erfahrung nach aber *„auf so einem Level, wo man das Gefühl hat, die gehen nicht gut miteinander um, das tut dem Kind nicht, das tut auch den Eltern nicht gut“*. Das ist seiner Meinung nach dann *„deren Entscheidung, das so zu wollen“*, man *„kann niemanden zu seinem Glück zwingen“*. Man könne Angebote machen, Beobachtungen mitteilen, auch sehr dringlich formulieren, dass man eine Situationsänderung für nötig hielte,

aber letztlich sei das deren Entscheidung. *„So viel Respekt vor der Autonomie des Anderen muss Schule dann haben“* (B1, 90).

5.5.2 Umgang mit der Klasse und dem Freundeskreis

Einer der drei zur Kommunikation mit der Klasse befragten Schulpsychologen wiederholt, dass er normalerweise nicht mit der Klasse über die Auffälligkeit reden würde. Wenn, dann müsste man insbesondere mit dem Schüler absprechen, ob er das will. Er sieht es als Aufgabe des Schulpsychologen, im Gespräch mit dem Betroffenen auszuarbeiten, ob es wichtig wäre, *„mit der Klasse irgendetwas zu machen“*. Ein möglicher Grund könnte beispielsweise Mobbing des Schülers sein. Wenn der Betroffene dem Gespräch mit der Klasse zustimmt, gilt es zu überlegen, ob er bei diesem dabei ist. Diese Entscheidung ist wiederum abhängig vom Willen des Schülers und der Art der Störung (B4, 40).

Ein anderer Schulpsychologe ist der Meinung, dass man *„sehr sorgfältig abwägen“* sollte, wann es angezeigt ist, die Klasse zu informieren. Auch er stellt an die erste Stelle den Willen des Betroffenen, ob er möchte, dass das alle anderen erfahren. Dies schaffe eine *„unglaubliche Öffentlichkeit“*, da das Bekanntwerden sich nicht auf die Mitschüler in der Klasse beschränke, sondern diese es ihren Eltern erzählen würden, die es wiederum weiter verbreiteten, dies sei ein *„Schneeball“*. Das müsse man mit dem Schüler besprechen, es muss ihm bewusst sein (B1, 92).

Des Weiteren würde der Schulpsychologe nach der Art der Information unterscheiden. *„Was relativ häufig möglich und aus [s]einer Sicht auch sinnvoll ist“*, ist eine *„sehr technische Information über das Krankheitsbild“*. Wenn ein Schüler beispielsweise eine Angststörung mit Panikattacken hat, würden das die Mitschüler mitbekommen. Dann ist es gut, die Klasse aufzuklären: *„Wo liegt das Problem? Und was könnt ihr als Mitschüler tun, [...] wie soll[t] ihr reagieren, wenn die Schülerin wieder in die Klasse kommt? Was macht ihr dann?“*. Schüler seien in einer solchen Situation schnell auch hilflos und seiner Meinung nach ist es sinnvoll ihnen *„Verhaltensregeln an die Hand zu geben“*. Eine ganz andere Sache wäre es, wenn die Betroffenen *„über ihr Erleben reden, wenn sie äußern, wovor haben sie Angst, was ist mit ihnen los in einer Panikattacke“*. Da wäre der Schulpsychologe sehr vorsichtig, *„da auch so eine Öffentlichkeit zu schaffen“* (B1, 92).

Auch sollte man laut zwei Schulpsychologen neben dem Betroffenen nicht die Klasse aus den Augen verlieren. Die Lehrkraft muss damit rechnen, dass *„die Schüler nicht nur Zuhörer sind, sondern auch Betroffene sein können, also dass es nichtdiagnostizierte Betroffene gibt, oder Leute, deren psychisches Kostüm jetzt auch nicht so wahnsinnig stabil ist. Wenn die*

dann mit Hammer-Informationen gefüttert werden, dann klinken die aus und packen das nicht mehr“. Insbesondere Mädchen, die „alles“ tun würden, um ihrer besten Freundin zu helfen, seien oft überfordert und brächen selbst zusammen (B1, 92). Ein Schulpsychologe verweist darauf, dass man insbesondere bei Depression und Suizid aufpassen muss, dass das Verhalten nicht nachgeahmt wird. Deshalb wäre es ihm wichtig, dass nicht die Lehrkräfte mit der Klasse sprechen, sondern die Schulpsychologen, oder dies zumindest in Zusammenarbeit stattfindet (B4, 40).

Was man der Klasse raten sollte, ist abhängig von der Situation, insbesondere der Störung und der Gruppendynamik. Generell kann man den Mitschülern „Mut machen, dass sie sich um einander kümmern und dass es immer richtig ist, jemanden zu sagen: ‚Ich mache mir Sorgen um dich‘, oder ‚Ist alles in Ordnung?‘, oder ‚Wenn etwas ist, dann komm‘, oder ‚Ich gehe mit dir irgendwo hin‘“. Ziel ist es, die Jugendlichen zu bestärken, dem Betroffenen Hilfe anzubieten und nicht wegzuschauen (B5, 94).

Ein Schulpsychologe schätzt es als Fehler ein, die Auffälligkeit als sachliches Thema mit der Klasse zu bearbeiten, beispielsweise indem eine Lektüre dazu gelesen wird. Dies sei „ganz schön stressig“ für den Betroffenen und wahrscheinlich auch der ganzen Klasse bewusst, „wir lesen das jetzt wegen dem“. Es sei fraglich, inwieweit das nicht eher zur Verstärkung beiträgt, weil der Schüler so wieder „gestempelt“ wird und sich dann „auch dementsprechend verhalten“ muss. In dem Zusammenhang weist er darauf hin, dass es seiner Meinung nach bei dem Thema Amok sogar schädlich sei. Entsprechende Schüler würden in ihrem Interesse verstärkt werden, wenn man mit der Klasse beispielsweise eine Dokumentation über bekannte Amokläufe behandelt (B3, 39).

5.6 Kommentare der Schulpsychologen zum Interview

Drei der befragten Schulpsychologen äußern, dass es für sie selbst auch interessant sei, über diese Dinge nachzudenken. Das Interview hätte sie aufgefordert, sich zu überlegen: „Was mache ich denn eigentlich normalerweise?“ (B2, 60). Diese Selbstreflexion schätzen sie als positiv ein.

Da den Interviewten die Fragen im Vorhinein nicht bekannt waren, waren die Antworten laut einem Schulpsychologen „relativ wenig vorbereitet“ und entspringen größtenteils „der Erfahrung“. Ein paar prinzipielle Sachen, die er im Interview nennen wollte, habe er sich bereits im Vorfeld überlegt (B1, 102). Ein anderer Schulpsychologe weist darauf hin, dass er „sicherlich noch das ein oder andere vergessen“ habe (B2, 60).

Ein Befragter äußert sein Interesse an den Ergebnissen des Interviews, insbesondere an den Vergleichen zwischen den verschiedenen Schulpsychologen, da dies etwas sei, „*was wir eher weniger haben, man arbeitet so an seiner Schule vor sich hin*“ und hat nur bedingt Kontakt zu Kollegen (B1, 102).

Zwei Schulpsychologen sind zudem an der fertigen Broschüre interessiert und würden sie gerne sehen.

5.7 Von den Schulpsychologen wiederholt angesprochene Themen

Auf folgende zwei Aspekte der Interviews soll an dieser Stelle explizit hingewiesen werden, da sie von verschiedenen Schulpsychologen wiederholt angesprochen wurden.

Die Interviewten artikulieren mehrfach Grenzen der Lehrkraft, des Schulpsychologen und der Schule als Ganzes.

In der Schule würde eine Auffälligkeit weder diagnostiziert noch therapiert werden. Dies sei Aufgabe von externen Fachleuten. Schüler, bei denen ein Verdacht auf eine bestimmte Auffälligkeit besteht, sollten mit ihnen in Kontakt gebracht und entsprechendes Informationsmaterial bereitgestellt werden.

Auch würden in der Beratung nur Angebote gemacht; die letztendliche Entscheidung liege beim Schüler bzw. seinen Eltern. Man sollte signalisieren: „Wir helfen dir, aber wir wollen nicht für dich bestimmen“.

Zudem sollte die Lehrkraft nicht erwarten, dass sich die Situation sofort ändert. Beispielsweise eine Depression könne sich durchaus über zwei Jahre hinziehen.

(vgl. bisherige Ausführungen)

Darüber hinaus sind die Schulpsychologen der Meinung, dass die Rolle als Lehrer der der Beratung oftmals entgegenstehe.

Lehrkräfte, deren Aufgabe es sei, im Unterricht „alles zu wissen“, fälle es schwer, keine Lösung, kein Patentrezept für die Auffälligkeit bieten zu können. An der Stelle würden sich allerdings erneut die Grenzen der Schule zeigen (B5, 86, 99).

Auch entspräche es dem Rollenbild einer Lehrkraft, schnell urteilen zu müssen. Bei dem Verdacht auf eine Auffälligkeit sollte man hingegen auf der Beschreibungsebene bleiben und sich bewusst sein, dass es viele verschiedene Erklärungen geben könne (B2, 52).

Ferner müsse man damit rechnen, erst mal vom Schüler zurückgewiesen zu werden. Als Lehrkraft habe man auch die Rolle des Beurteilers inne und könne nicht erwarten, dass ein Schüler sich sofort öffne (B4, 38).

Insbesondere im Unterricht sei es wichtig, die beiden Rollen als Lehrkraft und Berater zu trennen und dem Schüler gegenüber klar zu artikulieren, dass man beispielsweise während Prüfungen als Lehrkraft gewisse Regeln einhalten muss und dem Schüler ohne Sondergenehmigungen nicht entgegen kommen kann (B3, 12).

6 Diskussion

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Prinzipiell zeigt sich in den Empfehlungen der befragten Schulpsychologen ein ähnliches Vorgehen. In der Entgegnung auf die Frage, was die Lehrkraft in den Gesprächen mit dem Schüler oder seinen Eltern beachten sollte, nutzen sie beispielsweise alle den gleichen Terminus, sie sollte ihre „Sorgen“ äußern und ihre Beobachtungen schildern.

Gleichwohl wird in ihren Antworten erkennbar, dass sie bei ihrer Arbeit auf unterschiedliche Sachverhalte besonderen Wert legen. Ein Schulpsychologe betont zum Beispiel, dass es wichtig sei, eigene Grenzen bewusst zu setzen und diese auch zu artikulieren, während ein anderer wiederholt darauf zu sprechen kommt, dass die Lehrkraft nicht zu „forsch“ vorgehen sollte, beispielsweise nicht mit einer vorschnellen Diagnose „ins Haus fallen“.

Vereinzelt haben die befragten Schulpsychologen widersprüchliche Meinungen zu einem Thema. Unterschiede gibt es wie beschrieben zum Beispiel hinsichtlich der Frage, wann die Eltern informiert werden sollten.

Generell ist eine breite Streuung der Antworten zu bemerken. Viele der genannten Empfehlungen stammen von einem oder zwei Schulpsychologen. Dies ist vermutlich überwiegend auf die offenen Fragestellungen zurückzuführen. Oftmals gehen die an anderen Stellen gemachten Äußerungen weiterer Schulpsychologen in eine ähnliche Richtung bzw. passen auch zu der Grundhaltung anderer Schulpsychologen. Es besteht der Eindruck, dass sie den Empfehlungen oftmals zustimmen würden, diese ihnen nur auf die offene Fragestellung hin nicht eingefallen sind oder sie anderen Ratschlägen eine höhere Priorität eingeräumt haben.

Dazu passt auch die Aussage, dass es keine „Musterlösungen“ gibt. Die Fälle sind laut den Schulpsychologen sehr individuell, beispielsweise abhängig von der Auffälligkeit, dem betroffenen Schüler, der Familiensituation und der Dynamik in der Klasse. Auch weist ein Schulpsychologe darauf hin, dass es deutliche Unterschiede in der Lehrerschaft gibt. Es kann davon ausgegangen werden, dass je nach Einstellung der Lehrkraft verschiedene Empfehlungen notwendig wären. Manchen Lehrkräften fehle bei Depressionen beispielsweise das Ver-

ständnis, dass es sich dabei um eine Krankheit handle, andere seien zu mitleidig gegenüber dem Schüler.

Alles im allem konnte das Ziel der Befragung – die Erfassung von Empfehlungen, die Schulpsychologen Lehrkräften für den Umgang mit Auffälligkeiten geben – erreicht werden. Da viele der Ratschläge nicht speziell mit Essstörungen oder depressiven Erkrankungen verbunden sind, können sie zudem auf andere Auffälligkeiten übertragen werden. Eine Zusammenfassung dieser allgemeinen Empfehlungen findet sich in → Abschnitt 7.

6.2 Diskussion der Methode

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der Untersuchung reflektiert und diskutiert, inwieweit die Aussagekraft der Ergebnisse durch das Erhebungsdesign eingeschränkt ist.

Im Vorfragebogen sind die Angaben zu den durchschnittlichen Wochenstunden, die die Schulpsychologen mit verschiedenen Tätigkeiten verbringen, und die genannten Fallzahlen zu den Auffälligkeiten mit Bedacht zu bewerten. Bei beiden handelt es sich um subjektive Abschätzungen über längere Zeiträume, nicht um dokumentierte Zahlen. Dennoch liefern sie Anhaltspunkte für die absoluten Werte und wurden daher den alternativen Formulierungen „Inwieweit haben sie als SchulpsychologIn mit verhaltensauffälligen SchülerInnen zu tun?“ und „Wie oft waren sie bisher mit folgenden Auffälligkeiten konfrontiert? Selten, mittel, häufig“ vorgezogen.

Zudem wurde, wie in der standardisierten Forschung üblich, unterstellt, dass die Befragten unter den Begriffen die gleichen Dinge verstehen wie der Forscher. Dass dies nicht immer erfüllt ist, legen auch die erhobenen Daten nahe. Beispielsweise fällt auf, dass B1 für die Beratung von Lehrkräften deutlich weniger Wochenstunden angibt als die anderen Schulpsychologen, obwohl er in den späteren Interviews wiederholt die Wichtigkeit der Teamarbeit zwischen Schulpsychologe und Lehrkraft betont. Vermutlich fielen diese Gespräche für ihn nicht unter die Kategorie „Beratung von Lehrkräften“. Da die Inhalte des Vorfragebogens nicht zu den Hauptzielen der Untersuchung gehören, wurde trotz dieser Problematik auf eine genauere Erläuterung der Kategorien sowie auf eine überprüfende Darlegung der Antworten durch die Schulpsychologen im Rahmen der Interviews verzichtet.

Um die Abhängigkeit der Ergebnisse von der befragenden Person so gering wie möglich zu halten, wurde besonderer Wert auf die Einhaltung der im → Abschnitt 4.2 beschriebenen Interviewregeln gelegt und die Transkripte vor dem nächsten Interviewtermin nach Fehlern in der Interviewführung durchgesehen.

Störungen konnten in der Durchführung nicht ganz vermieden werden, da die Interviews an den Arbeitsstellen der Schulpsychologen stattfanden und daher von deren Organisation abhängig waren. Negative Auswirkungen aufgrund der Unterbrechung des Redeflusses gab es dabei kaum, da die Störungen meist am Ende bzw. noch vor Anfang der Antwort stattfanden.

Die vollständige Transkription der Interviews erwies sich trotz des großen Zeitaufwands als sinnvoll, da so eine genauere Analyse des Gesagten möglich war und wörtliche Zitate der Schulpsychologen zur Veranschaulichung genutzt werden konnten. Zudem ermöglichte die eigenständige Transkription der Gespräche durch die Autorin einen ersten Einblick in die Daten und somit eine größere Vertrautheit mit ihnen.

Bei der Auswertung der Interviews musste, da die Untersuchung im Rahmen einer Zulassungsarbeit stattfand, auf das konsensuelle Codieren wie Kuckartz (2012) es beschreibt verzichtet werden. Dabei werden unterschiedlich codierte Passagen, die sich bei der Bearbeitung durch mehrere Personen meist ergeben, diskutiert, bis ein Konsens über die angemessene Codierung besteht. Dadurch wird die Präzision des Kategoriensystems erhöht und eine zuverlässigere Zuordnung erreicht. Da die vorliegenden Interviews durch den Leitfaden stark vorstrukturiert waren und zudem bewusst ein stufenweises Verfahren des Codierens gewählt wurde, welches das mehrmalige Codieren der Interviews einschloss, konnte dieses Defizit zu einem gewissen Teil ausgeglichen werden.

Die Methode des qualitativen Leitfadeninterviews bot folgende Vorteile. Aufgrund der offenen Fragen des Leitfadens war es den Schulpsychologen möglich, ihre Erfahrungen und Einstellungen in ihren eigenen Worten darzulegen und dabei eigene Prioritäten zu setzen. Auch konnten komplexere Vorgehensweisen erfasst werden, als dies mit standardisierten Fragebögen der Fall ist, und bei Bedarf Unstimmigkeiten geklärt werden.

Mit der bei mündlichen Befragungen möglichen Gefahr der Antwortverzerrung aufgrund sozialer Erwünschtheit war bei den Interviews nicht zu rechnen, da die Fragen sich auf das berufliche Wissen der Schulpsychologen bezogen und keine privaten Details offen gelegt werden mussten. Zudem hatten die Schulpsychologen keine Konsequenzen aufgrund ihres Antwortverhaltens zu befürchten (zu „sozial erwünschte Antworten“ siehe Schnell, Hill und Esser, 2011, S.346-348).

Ferner bereiteten die sehr offenen Frageformulierungen des Leitfadens den Schulpsychologen meist keine Schwierigkeiten, was vermutlich auf die hohe sprachliche Kompetenz der Berufsgruppe zurückzuführen ist.

Als Nachteil wurde auch von den Schulpsychologen selbst angesprochen, dass die Antworten relativ wenig vorbereitet waren und teilweise Aspekte vergessen wurden. Um dies zu verhindern, wäre eine Kombination aus mehreren Verfahren (z. B. Tagebuchmethode, wissenschaftliche Beobachtung, Interviews) notwendig gewesen. Dies wäre allerdings mit einem erheblichem zeitlichen Mehraufwand verbunden und der Fragestellung nicht angemessen.

Insgesamt erwies sich das qualitative Leitfadeninterview als sehr gute Möglichkeit, die Empfehlungen, die Schulpsychologen Lehrkräften für den Umgang mit Auffälligkeiten geben, zu erfassen.

Da die Stichprobe der Untersuchung relativ klein ist und die befragten Schulpsychologen zudem alle in der Stadt München an Gymnasien tätig sind, ist die Reichweite der Ergebnisse eingeschränkt. Dass eine Übertragung auf ganz Deutschland und alle Schularten nicht ohne Weiteres möglich ist, zeigen bereits die statistischen Daten der Sektion Schulpsychologie (→ Abschnitt 2.2). Beispielsweise ist die Anzahl der SchülerInnen als auch die Anzahl der Lehrkräfte pro SchulpsychologIn im deutschen Durchschnitt mehr als doppelt so groß wie in der Stadt München. Dies lässt vermuten, dass die Vorgehensweise der Schulpsychologen in anderen Regionen Deutschlands von der der Befragten abweicht, abhängig davon, wie viel Zeit ihnen pro Fall zur Verfügung steht. Zudem weisen die interviewten Schulpsychologen darauf hin, dass es bezüglich des Auftretens von Auffälligkeiten Unterschiede zwischen den verschiedenen Schularten gibt (B3, 4; B2, 60) und auch den Prävalenzraten der beiden untersuchten Auffälligkeiten (→ Abschnitt 3.3) ist zu entnehmen, dass sie meist erst im Jugendalter auftreten und somit in der Grundschule selten vorkommen.

7 Zusammenfassung: Allgemeine Empfehlungen bei Auffälligkeiten

In diesem Kapitel werden die von den Schulpsychologen genannten Empfehlungen, die nicht speziell mit Essstörungen oder depressiven Erkrankungen verbunden sind, zusammengestellt und diskutiert, inwieweit sie auf andere Auffälligkeiten übertragbar sind.

Sowohl bei Essstörungen als auch bei depressiven Erkrankungen handelt es sich um internalisierende Auffälligkeiten, die kaum Auswirkungen auf die Mitschüler und den Unterricht der Lehrkraft haben. Zudem bedürfen diese beiden psychischen Störungen einer Behandlung durch externe Fachleute. Diese kann mit einem stationären Aufenthalt des Schülers in einer entsprechenden Einrichtung verbunden sein. Die Rolle, die die Schule bei der Behandlung einnimmt, ist dementsprechend verhältnismäßig gering.

Die folgenden Empfehlungen sind vor diesem Hintergrund entstanden und somit relativ unverändert auf weitere Auffälligkeiten übertragbar, die ähnlich charakterisiert sind.

Dazu gehören beispielsweise: Alkohol- oder Computerspielsucht, Borderline-Syndrom, selbstverletzendes Verhalten und Angststörungen.

Andere Auffälligkeiten können hingegen zumindest zum Teil in der Schule behandelt werden, wodurch andere Maßnahmen hinzukommen, während der Kontakt zu außerschulischen Therapieeinrichtungen wegfallen kann. Dazu gehören beispielsweise: Mobbing und Probleme durch Trennung in der Familie.

Bei externalisierenden Auffälligkeiten besteht zudem weniger die Gefahr, dass sie nicht erkannt oder ignoriert werden, da die Umwelt des Schülers stark durch sie beeinträchtigt wird. Dazu gehören beispielsweise: Gesteigerte Gewaltbereitschaft und oppositionelles Trotzverhalten.

Weitere Auffälligkeiten sind eng mit dem System Schule verbunden und zudem nur bedingt „heilbar“. Demensprechend hat die Schule nach der Diagnose andere Aufgaben als bei Essstörungen und depressiven Erkrankungen. Dazu gehören beispielsweise: Lern- und Leistungsstörungen wie LRS, Dyskalkulie und ADHS, Schulangst und Prüfungsangst.

Auch der Umgang mit besonderen Begabungen, die allgemein als positiv eingeschätzt werden, wird vom Beschriebenen abweichen.

Die folgende Zusammenfassung bietet einen Überblick über die allgemeinen Empfehlungen, die die befragten Schulpsychologen für den Umgang mit Auffälligkeiten gaben. Für weitere

Ratschläge insbesondere speziell zu Essstörungen und depressiven Erkrankungen sowie für genauere Erläuterungen sei auf → Kapitel 5 verwiesen.

Das *weitere Vorgehen bei Verdacht bzw. Diagnose* einer Auffälligkeit, wie Schulpsychologen es Lehrkräften empfehlen, lässt sich in folgende Schritte zusammenfassen:

- Verdacht erhärten

Die Lehrkraft sollte den Schüler weiter beobachten und sich mit ihren Kollegen vernetzen. Je nach Art der Störung ist der Kontakt mit bestimmten Fachlehrern besonders wichtig. Auch ist ein vorsichtiges informelles Nachfragen bei den Klassenkameraden möglich.

- Schulpsychologen einschalten

Ab einem gewissen Zeitpunkt sollte der Schulpsychologe hinzugezogen werden, der die Lehrkraft unterstützen oder weitere Schritte selbst übernehmen kann.

- Gespräch mit dem Schüler und den Eltern führen

Was es in den Gesprächen zu beachten gilt, wird im nächsten Absatz genauer erläutert. Letztlich sollten die Betroffenen an Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen und Ärzte weiterverwiesen werden.

- Schulleitung informieren

Sonderregelungen wie Zeitverlängerungen bei Prüfungen bedürfen der Absprache mit der Schulleitung. Wenn die Betroffenen keine Intervention wünschen, stehen der Schulleitung zudem weitere schulrechtliche Möglichkeiten zur Verfügung.

- Kontakt zur behandelnden Einrichtung aufnehmen

Nach der Diagnose sollte die Schule sowohl bei stationärer als auch bei ambulanter Behandlung mit der entsprechenden Einrichtung kooperieren und die weitere Schullaufbahn des Betroffenen mit ihr absprechen. Auch geben diese oftmals Empfehlungen, beispielsweise wie bei der Rückkehr des Schülers in die Klasse mit ihm umgegangen werden sollte.

Im *Gespräch mit dem Schüler* sollte die Lehrkraft folgendes beachten:

- Sorge um den Schüler formulieren
- Beobachtungen schildern
- Nicht übergriffig sein, sondern Angebote machen
- Insbesondere keine Diagnose überstülpen
- Nicht dramatisieren
- Keine Vorwürfe machen

- Keine Versprechen geben, die nicht eingehalten werden können
- Persönliche Grenzen aufzeigen

Für die *Information der Eltern* empfehlen die Schulpsychologen zudem:

- Auch hier die Sorge um den Schüler äußern und Beobachtungen mitteilen
- Auch hier keine Vorwürfe machen, nicht dramatisieren
- Information mit dem Kind absprechen, möglichst im Einvernehmen durchführen
- Eltern nicht mit Diagnose und Maßnahmen „überfallen“, Zusammenarbeit anstreben

Folgende *Probleme* können auftreten:

- Teilweise schwere Erkennbarkeit der Auffälligkeit
- Ablehnung der Intervention als Einmischung durch die Lehrkraft
- Schulische Schwierigkeiten wie Notenverschlechterung als Begleiterscheinung
- Verlust von Klassenkontakten beispielsweise durch Rückzug des Schülers
- Neid oder Ungerechtigkeitsempfinden der Mitschüler wegen Sonderbehandlung
- Nachahmung des auffälligen Verhaltens durch Mitschüler
- Kollision der Rolle als Lehrer und als Berater

Wenn die *Betroffenen keine Intervention wünschen*, sollte die Lehrkraft:

- Auf ihre eigene Psychohygiene achten, sich klar machen, dass sie nicht alles ändern kann
- „Dran bleiben“, die Notwendigkeit einer Intervention immer wieder artikulieren
- Die Schulleitung informieren, die die weitere Beschulung des Kindes vom amtsärztlichen Gutachten abhängig machen kann
- Bei Gefährdung des Kindeswohls das Jugendamt kontaktieren

Folgende *Fehler* sollten Lehrkräfte meiden:

- Auffälligkeit ignorieren, nichts unternehmen
- Zu schnell urteilen
- Information nicht vertraulich behandeln
- Professionelle Distanz zum Schüler verlieren
- Fokus nur auf Auffälligkeit des Schülers richten, stattdessen positive Seiten würdigen und stärken
- Sich überschätzen, große Änderungen in kurzer Zeit erwarten

Was mit der *Klasse und dem Freundeskreis* des Betroffenen besprochen werden sollte, ist abhängig von der Situation und Stimmung in der Klasse. Generell sollte die Lehrkraft:

- Die Bedürfnisse der Klasse aufnehmen und dementsprechend handeln
- Die „Gerüchteküche“ beschwichtigen
- Die Mitschüler nicht mit zu vielen Details überfordern, insbesondere bedenken, dass es weitere, nichtdiagnostizierte Fälle in der Klasse geben kann
- Auf Ansteckung achten und diese gegebenenfalls unterbinden
- Den Freundeskreis mit der Unterstützung des Betroffenen nicht überfordern

8 Fazit und Ausblick

Neben den speziellen Ratschlägen zu Essstörungen und depressiven Erkrankungen werden in der Zulassungsarbeit allgemeine Empfehlungen für den Umgang mit Auffälligkeiten bei Schülern aufgezeigt. Durch die Interviews mit den Schulpsychologen wird deren Wissen und Erfahrung bezüglich dieses Themas genutzt. Zudem ermöglicht die Erhebung einen Einblick in den Alltag der Schule, insbesondere in die Probleme, die in der Praxis mit den Auffälligkeiten verbunden sind. Im Folgenden wird dargelegt, wie die gewonnenen Daten für die Broschüre „Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern“ genutzt werden können.

Die Untersuchung kommt unabhängig von der Arbeit der Projektgruppe „Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern“ zu dem Ergebnis, dass sich das Vorgehen bei Verdacht auf eine Auffälligkeit in mehreren Schritten darstellen lässt. Diese stimmen auch inhaltlich größtenteils mit den geplanten Punkten der Broschüre überein. Des Weiteren werden die vorgesehenen „Dos and Don’ts“ der Broschüre von den Schulpsychologen bestätigt (vgl. Meyer, 2013a).

Auch enthalten die gesammelten Daten Anregungen für bisher ungeklärte Punkte, wie die Kommunikation in der Klasse und die Möglichkeiten, die der Schule zur Verfügung stehen, wenn die Betroffenen Unterstützung ablehnen.

Zusätzliches im Rahmen dieser Arbeit nicht ausgewertetes Datenmaterial behandelt die Themen Unterrichtsmethoden, Prävention von Auffälligkeiten und Meinungen der Schulpsychologen zur Broschüre inklusive ihrer Bedenken und Wünsche. Auch diese Punkte können wichtige Informationen für die Arbeit an der Broschüre liefern.

Eine weitere Fragestellung, die in den Interviews mit den Schulpsychologen deutlich wurde, ist die nach genauen rechtlichen Vorgaben. Teilweise wichen die Vorschläge der Schulpsychologen, die rechtliche Regelungen betrafen, voneinander ab. So machten sie beispielsweise

unterschiedliche Angaben dazu, ab welchem Alter des Schülers sie auch gegenüber dessen Eltern an die Schweigepflicht gebunden sind. Zudem scheint eine Vertiefung bei einigen rechtlichen Punkten sinnvoll, zum Beispiel bei der Frage, wann genau eine Kindeswohlgefährdung vorliegt und was bei der Benachrichtigung des Jugendamts beachtet werden sollte. Auch gilt es zu klären, inwieweit die entsprechenden rechtlichen Bestimmungen in ganz Deutschland übereinstimmen.

Der Zweck der Broschüre, mit der sich Lehrkräfte schnell und wissenschaftlich abgesichert über Auffälligkeiten informieren können, wurde zudem durch die Äußerungen der Schulpsychologen bestätigt. Ein Fehler, den Lehrkräfte vermeiden sollten, sei die Auffälligkeit zu ignorieren und nichts zu tun. Dieser wird von den Schulpsychologen unter anderem auf eine Unsicherheit der Lehrkräfte, ob die Situation wirklich ein Handeln erfordert und dem Gefühl, den Folgen nicht gewachsen zu sein, zurückgeführt. Die Information über den Umgang mit Auffälligkeiten scheint geeignet zu sein, Lehrkräften diesbezüglich Handlungssicherheit zu geben. Dies ist notwendig, damit auch der verhältnismäßig große Anteil der Schüler mit Auffälligkeiten angemessen gefördert wird.

9 Literatur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5* (5. Aufl.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. (2002). *Lehramtsprüfungsordnung I. LPO I*. Zugriff am 27.09.2013. Verfügbar unter <http://www.gesetze-bayern.de/jportal/portal/page/bsbayprod.psm1?showdoccase=1&doc.id=jlr-LehrPrOBY2002rahmen&doc.part=X&doc.origin=bs>
- Bayerisches Staatsministeriums für Unterricht und Kultus. (2001). *Schulberatung in Bayern*. Zugriff am 30.09.2013. Verfügbar unter <http://www.schulberatung.bayern.de/imperia/md/content/schulberatung/pdf/sbkmbek1.pdf>
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen. (2010). *Deutschland ist Exportweltmeister, doch wie lange noch?* Zugriff am 27.09.2013. Verfügbar unter http://www.bdp-verband.de/bdp/presse/2010/16_buko.html
- Deringer, S. (2013). *Analyse der Kompetenzen und Bedürfnisse von Lehrkräften und Referendaren in Bezug auf den Umgang mit Auffälligkeiten bei Schülern*. Nicht veröffentlichte Studienabschlussarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität, München.
- Dollase, R. (2010). *Situation der Schulpsychologie in Deutschland und in Niedersachsen im internationalen Vergleich*. Zugriff am 03.09.2013. Verfügbar unter http://www.gew-nds.de/Aktuell/archiv_jan_10/Situation_der_Schulpsychologie_in_Deutschland_und_Niedersachsen.pdf
- Döpfner, M. (2013). Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (7., überarb. und erw. Aufl., S. 31–56). Göttingen: Hogrefe.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Groen, G. & Petermann, F. (2013). Depressive Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (7., überarb. und erw. Aufl., S. 439–458). Göttingen: Hogrefe.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hempel, U. (2006). *Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (Robert Koch-Institut, Hrsg.), Berlin. Zugriff am 26.09.2013. Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/Ergebnisbrosch%C3%BCre.pdf?__blob=publicationFile
- Hopf, C. (1978). Die Pseudo-Exploration. Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 7, 97–115.
- Kruse, J. (2011). *Reader "Einführung in die Qualitative Interviewforschung"*, Freiburg.

- Kuckartz, U. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lehmkuhl, G., Poustka, F., Holtmann, M. & Steiner, H. (Hrsg.). (2013). *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (Bd. 2). Göttingen: Hogrefe.
- Leitner, W. G., Ortner, A. & Ortner, R. (2008). *Handbuch Verhaltens- und Lernschwierigkeiten* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Luska, K. (2009). *Integration von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten in die Regelschule*, Hochschule für Heilpädagogik Zürich. Zugriff am 03.09.2013. Verfügbar unter <http://www.bscw-hfh.ch/pub/bscw.cgi/d4361857/LuskaMAT.pdf>
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarb. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Meyer, B. (14.11.2013). *Definition "Auffälligkeit"* (E-Mail).
- Meyer, B. (2013a). *Gliederungspunkte und Verantwortlichkeiten für das Handbuch der AG Schülerauffälligkeiten*. : Ludwig-Maximilians-Universität (München).
- Meyer, B. (2013b). *Projektbeschreibung "Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern"*. : Ludwig-Maximilians-Universität (München).
- Meyer, B. (o.J.). *Projekte - Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern*. Zugriff am 23.09.2013. Verfügbar unter http://wp.barbara-e-meyer.de/?page_id=103
- Myschker, N. (2009). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen - Ursachen - Hilfreiche Maßnahmen* (6., überarb. und aktual. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Petermann, F. (Hrsg.). (2013). *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (7., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Richardson, S. A., Dohrenwend, B. S. & Klein, D. (1993). Die "Suggestivfrage". Erwartungen und Unterstellungen im Interview. In C. Hopf & E. Weingarten (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (S. 205–231). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Salbach-Andrae, H., Jaite, C. & Lock, J. (2013). Bulimia nervosa. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann & H. Steiner (Hrsg.), *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (Bd. 2, S. 829–851). Göttingen: Hogrefe.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (9., aktualis. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Sektion Schulpsychologie im BDP (Hrsg.). (2008). *Schulpsychologie in Deutschland. Berufsprofil* (2. ergänzt. Aufl.). Zugriff am 26.09.2013. Verfügbar unter <http://www.bdp-schulpsychologie.de/backstage2/sps/documentpool/berufsprofil.pdf>
- Sektion Schulpsychologie im BDP. (2012, 12. Januar). *Vergleich der Bundesländer zum Schuljahr 2011/2012*. Zugriff am 26.09.2013. Verfügbar unter http://bdponline.de/backstage2/sps/documentpool/2012/120112_vergleich_bundeslaender.pdf

- Sektion Schulpsychologie im BDP. (2013, 01. Februar). *Vergleich der Großstädte zum Schuljahr 2011/2012*. Zugriff am 26.09.2013. Verfügbar unter http://www.bdp-schulpsychologie.de/backstage2/sps/documentpool/2012/120629_vergleich.pdf
- Shazer, S. de. (1992). *Muster familientherapeutischer Kurzzeit-Therapie* (Bd. 20). Paderborn: Junfermann.
- Tuschen-Caffier, B. & Bender, C. (2013). Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (7., überarb. und erw. Aufl., S. 569–588). Göttingen: Hogrefe.
- Warschburger, P. & Petermann, F. (2013). Adipositas. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (7., überarb. und erw. Aufl., S. 553–567). Göttingen: Hogrefe.
- Weltgesundheitsorganisation, übersetzt u. herausgegeben von Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V. Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Ziegler, W. & Hegerl, U. (2002). Der Werther-Effekt. Bedeutung, Mechanismen, Konsequenzen. *Der Nervenarzt*, 1, 41–49. Zugriff am 26.09.2013. Verfügbar unter http://www.ipsilon.ch/uploads/media/Werther-Effekt_1__01.pdf

10 Anhang

10.1 Anschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Studentin des Lehramtes am Gymnasium schreibe ich im Rahmen des Projektes „Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern“ des Lehrstuhls für Schulpädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität München meine Zulassungsarbeit. Ziel des Projektes ist eine Broschüre, die standardisiert in der zweiten Hälfte der Lehrerbildung zum Einsatz kommen soll und mit der sich Lehrkräfte schnell und wissenschaftlich abgesichert über Auffälligkeiten informieren können.

Um einen Einblick in die Praxis an Schulen zu bekommen und die von Ihnen gemachten Erfahrungen zu nutzen, möchte ich qualitative Interviews mit Schulpsychologen führen. Wichtig sind für mich die Fragen, welche Tipps Schulpsychologen Lehrkräften bei Verdacht bzw. bei erfolgter Diagnose für den Umgang mit bestimmten Auffälligkeiten geben und welche Probleme in der Praxis auftreten.

Die Interviews dauern ca. eine 3/4 Stunde. Für die spätere Auswertung werden sie aufgenommen. Selbstverständlich werden die Daten anonymisiert und können somit nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden.

Ich würde sehr mich freuen, wenn Sie dieses Projekt unterstützen und mir Ihre Erfahrungen mitteilen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Stefanie Mensching

10.2 Vorfragebogen

Geschlecht m ___ w___

Alter _____

Berufsjahre _____

Anzahl der Anrechnungsstunden für die schulpsychologische Tätigkeit _____

Als Schulpsychologe/ in beschäftigt an _____ (Anzahl) Schulen

Dabei handelt es sich um folgende Schulart(en): _____

Von den Schulen liegen (Anzahl) _____ in der Großstadt.

_____ im ländlichen Raum.

_____ weder noch (z. B. Kleinstadt, Vororte einer großen Stadt).

Bei _____ (Anzahl) der Schulen handelt es sich eher um soziale Brennpunkte.

Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie ungefähr durchschnittlich mit folgenden Tätigkeiten?

Beratung von Lehrkräften _____

Einzelfallberatung von SchülerInnen _____

Einzelfallberatung von Eltern _____

Kontakt mit außerschulischen Beratungsinstitutionen _____

Formalia (Gutachtenerstellung etc.) _____

Sonstiges _____ Dabei handelt es sich um: _____

Wie oft waren Sie bisher mit folgender Auffälligkeit konfrontiert?

Schätzen Sie bitte die Anzahl der SchülerInnen, mit denen Sie in den letzten 5 Jahren direkt oder indirekt über die Beratung der betroffenen Lehrkraft Kontakt hatten (Bei weniger Berufsjahren, mit wie vielen seit Berufsbeginn)

Essstörungen	_____
Depressive Erkrankungen	_____
Selbstverletzendes Verhalten	_____
Sexueller Missbrauch	_____
Häusliche Gewalt	_____
Autismus	_____
Dyskalkulie	_____

Handelte es sich dabei überwiegend (mehr als 70%) um Verdachtsfälle oder überwiegend um bereits diagnostizierte/abgesicherte Auffälligkeiten oder ist das Verhältnis eher ausgeglichen?

	Verdacht	diagnostizierte/ abgesicherte Fälle	eher ausgeglichen
Essstörungen	___	___	___
Depressive Erkrankungen	___	___	___
Selbstverletzendes Verhalten	___	___	___
Sexueller Missbrauch	___	___	___
Häusliche Gewalt	___	___	___
Autismus	___	___	___
Dyskalkulie	___	___	___

10.3 Leitfaden „Schülerauffälligkeiten“

Intervieweinstieg

Bevor wir beginnen, wollte ich Sie nochmal fragen, ob es in Ordnung ist, dass ich das Interview aufzeichne?

→ **Kamera an!!**

Nochmal kurz erzählen, worum es mir geht: Ziel der AG ist Broschüre über Auffälligkeiten für normale Lehrkräfte

möchte in ZuLa 2 Auffälligkeiten besprechen: Ihre Erfahrungen nutzen, welche Tipps Sie für mich als normale Lehrkraft haben, welche Probleme in Praxis auftreten, danach noch allg. Teil über Broschüre

Teil über Broschüre

bewusst offene Fragen, alles erzählen, was Ihnen dazu einfällt

Interview verschriftet und danach die Daten für ZuLa und das Projekt ausgewertet und verwendet, selbstverständlich anonymisiert, Rückschluss nicht mehr möglich, bitten nachher Einverständniserklärung zu unterschreiben

noch Fragen?

Generell beachten

Interviewfehler: unbewusste und unkontrollierte Beeinflussung des Kommunikationsprozesses

einerseits nur hier die Möglichkeit, Verständnisprobleme zu klären, andererseits aufpassen, dass Antwort nicht beeinflusst wird

Fragen auf Antworttendenzen, die sie nahelegen, kontrollieren, z. B. Wie können die Eltern helfen?

Zurückstellen des eigenen Relevanzsystems

keine Mehrfachfragen

keine Worte in den Mund legen: Würden Sie sagen, dass...

keine empathischen Kommentare: Da haben sie Recht. Klar. Das tut mir leid.

Die Leitfragen sind weder alle verpflichtend noch in ihrer Reihenfolge strikt einzuhalten. besser Gesprächs- und Hörerorientierung

Aufrechterhaltungsfragen

Gibt es sonst noch etwas?

Was fällt Ihnen noch ein, wenn Sie an... denken?

Was verstehen Sie unter...?

Könnten Sie das bitte noch genauer erläutern?

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?

Wie ging es dann weiter?

Was heißt „eigentlich“, „üblich“, „Ich-Botschaft“...?

Können Sie mir ein Beispiel für eine Ich-Botschaft nennen?

Können Sie... noch ein wenig ausführlicher beschreiben?

Leitfragen	Check- Wurde das erwähnt?
<p>Wie würden Sie sich wünschen, dass Regelschullehrkräfte mit Ihnen als Schulpsychologin zusammenarbeiten?</p>	<p>Was unerwünscht?</p>
<p>Nun zu speziellen Auffälligkeiten.</p>	
<p><u>Essstörungen</u></p>	
<p>Welche Art? Welches häufiger?</p>	
<p>Getrennt behandeln oder so ähnlich, dass nur kurz bei jeder einzelnen Frage zu differenzieren?</p>	
<p>Ich als normaler Lehrkraft habe den <u>Verdacht</u>, dass einer meiner SchülerInnen Magersucht/ Bulimie haben könnte. Wie sollte ich mich jetzt verhalten? Weiteres Vorgehen?</p>	<p>Wo bekomme ich Unterstützung? <u>Eltern</u> kontaktieren? Was beachten? Welche weitere Rolle spielen die Eltern? <u>Gespräch mit S?</u> Was beachten?</p>
<p>Welche <u>Probleme</u> sind dabei aufgetreten?</p>	<p>Was tun, wenn E/S <u>keine Intervention wünschen?</u></p>
<p>Was sollte man als Lehrkraft vermeiden? Mögliche <u>Fehler</u>?</p>	<p>(z. B. Co-Abhängigkeit?)</p>
<p>Wie hat sich die Essstörung auf den <u>Schulalltag</u> in Ihren Fällen ausgewirkt? <u>Klasse</u> oftmals Verdacht, wie trage ich dem Rechnung?</p>	
<p>Weiterer Verlauf nach <u>Diagnose</u> Ihrer Erfahrung nach? Was muss ich als Lehrkraft nun noch beachten? Weiteres Vorgehen?</p>	<p>Schulverbleib? Vergünstigungen?</p>
<p>Noch etwas zu Essstörungen hinzufügen?</p>	

Leitfragen	Check- Wurde das erwähnt?
<p><u>Depressive Erkrankungen</u></p>	
<p>Charakteristische Merkmale?</p>	<p>(Abgrenzung zu Motivationsschwierigkeiten?)</p>
<p>Fragen wiederholen sich jetzt, wenn gleiches Vorgehen, gerne darauf hinweisen, nicht nochmal alles wiederholen</p>	
<p>Ich als Lehrer habe den <u>Verdacht</u>, dass einer meiner SchülerInnen depressiv sein könnte. Wie sollte ich mich jetzt verhalten? Weiteres Vorgehen?</p>	<p>Wo bekomme ich Unterstützung? <u>Eltern</u> kontaktieren? Was beachten? Welche weitere Rolle spielen die Eltern? <u>Gespräch mit S?</u> Was beachten? Was nicht tun?</p>
<p>Welche <u>Probleme</u> sind dabei aufgetreten?</p>	<p>Was tun, wenn E/S <u>keine Intervention wünschen?</u></p>
<p>Was sollte man als Lehrkraft vermeiden? Mögliche <u>Fehler</u>?</p>	
<p>Wie hat sich die Depressivität auf den <u>Schulalltag</u> in Ihren Fällen ausgewirkt? Habe ich im <u>Unterricht</u> besondere Möglichkeiten mit der Depressivität umzugehen/ auf den S einzugehen? Spezielle <u>Umethode</u>n? Klasse merkt oftmals, das stimmt was nicht, wie trage ich dem Rechnung?</p>	
<p>Weiterer Verlauf nach <u>Diagnose</u> Ihrer Erfahrung nach? Was muss ich als Lehrkraft nun noch beachten? Weiteres Vorgehen?</p>	<p>Schulverbleib? Vergünstigungen?</p>
<p>Noch etwas zu Depressiven Erkrank. hinzufügen?</p>	

Leitfragen

Check- Wurde das erwähnt?

Broschüre allgemein

Was ist Ihre persönliche Meinung zu solch einer Broschüre?

Was sollte beachtet werden? Welche Bedenken haben Sie eventuell?

Was sollte aufgenommen werden? Was wäre Ihnen wichtig, was nicht fehlen darf?

z. B. sehr individuelle Lösungen; muss an Symptomen ansetzen

Gibt es generelle Unterrichtsmethoden, die bei S mit Auffälligkeiten grundsätzlich günstig sind?

Was tun, wenn E/S keine Intervention wünschen?

Wie beziehe ich die Klasse mit ein? Was sage ich ihnen?

Gibt es generelle Möglichkeiten der Prävention von Auffälligkeiten?

Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Wie haben Sie denn so das Interview empfunden, wie war das so für Sie?

Einverständniserklärung!!**Evtl. Fragebogen Rückfragen**

10.4 Leitfaden „Schülerauffälligkeiten“ – 1. Fassung

Leitfragen	Check- Wurde das erwähnt?
<p>Wie würden Sie sich wünschen, dass Regelschullehrkräfte mit Ihnen als Schulpsychologen zusammen arbeiten?</p>	<p>Bei Verdacht melden? danach übergeben od. weiter Kontakt zu S halten? Was unerwünscht?</p>
<p>Nun zu speziellen Auffälligkeiten.</p>	
<p><u>Essstörungen</u></p>	
<p>Welche Art? Welches häufiger?</p>	
<p>Charakteristische Merkmale?</p>	
<p>Getrennt behandeln oder so ähnlich, dass nur kurz bei jeder einzelnen Frage zu differenzieren?</p>	
<p>Ich als normaler Lehrkraft habe den <u>Verdacht</u>, dass einer meiner SchülerInnen Magersucht/ Bulimie haben könnte. Wie sollte ich mich jetzt verhalten?</p>	<p>Wo bekomme ich Unterstützung? Wen <u>muss</u> ich informieren? Schulleitung? Mit wem <u>darf</u> ich sprechen? Weitere schulrechtliche Bestimmungen? Eltern kontaktieren? Was beachten? Zuerst S? Welche weitere Rolle spielen die Eltern? Gespräch mit S? Was beachten? Weitere Fragen von Lehrkräften?</p>
<p>Welche <u>Probleme</u> sind dabei aufgetreten?</p>	<p>Was tun, wenn E/S <u>keine Intervention wünschen</u>?</p>
<p>Was sollte man als Lehrkraft vermeiden? Mögliche <u>Fehler</u>?</p>	<p>Co-Abhängigkeit?</p>
<p>Wie hat sich die Auffälligkeit auf den <u>Schulalltag</u> und den <u>Unterricht</u> in Ihren Fällen ausgewirkt?</p>	<p><u>Mitschüler</u>? Offen artikulieren? Umgang mit S im U? Spezielle <u>Umethoden</u>?</p>
<p>Noch etwas zu beachten, bevor Diagnose zustande kommt?</p>	<p>Schulverbleib? Vergünstigungen? Intervention erfolgreich?</p>
<p>Weiterer Verlauf nach <u>Diagnose</u> Ihrer Erfahrung nach? Was muss ich als Lehrkraft nun noch beachten?</p>	<p>Was wenn Behandlung abgebrochen?</p>
<p>Welche <u>Probleme</u> sind dabei aufgetreten?</p>	<p>Co-Abhängigkeit?</p>
<p>Was sollte man als Lehrkraft vermeiden? Mögliche <u>Fehler</u>?</p>	<p><u>Mitschüler</u>? Offen artikulieren? Umgang mit S im U? Spezielle <u>Umethoden</u>?</p>
<p>Wie hat sich die Auffälligkeit auf den <u>Schulalltag</u> und den <u>Unterricht</u> in Ihren Fällen ausgewirkt?</p>	<p>Noch etwas zu Essstörungen hinzufügen?</p>

Leitfragen	Check- Wurde das erwähnt?
<u>Depressive Erkrankungen</u>	
Charakteristische Merkmale?	Abgrenzung zu Motivationsschwierigkeiten?
Ich als Lehrer habe den <u>Verdacht</u> , dass einer meiner SchülerInnen depressiv sein könnte. Wie sollte ich mich jetzt verhalten?	Wo bekomme ich Unterstützung? Wen <u>muss</u> ich informieren? Schulleitung? Mit wem <u>darf</u> ich sprechen? Weitere schulrechtliche Bestimmungen? <u>Eltern</u> kontaktieren? Was beachten? Zuerst S? Welche weitere Rolle spielen die Eltern? <u>Gespräch mit S</u> ? Was beachten? Was nicht tun? Weitere Fragen von Lehrkräften?
Welche <u>Probleme</u> sind dabei aufgetreten?	Was tun, wenn E/S <u>keine Intervention wünschen</u> ?
Was sollte man als Lehrkraft vermeiden? Mögliche <u>Fehler</u> ?	
Wie hat sich die Auffälligkeit auf den <u>Schulalltag</u> und den <u>Unterricht</u> in Ihren Fällen ausgewirkt?	<u>Mitschüler</u> ? Offen artikulieren? Umgang mit S im U? Spezielle <u>Umethoden</u> ?
Noch etwas zu beachten, bevor Diagnose zustande kommt?	
Weiterer Verlauf nach <u>Diagnose</u> Ihrer Erfahrung nach?	Schulverbleib? Vergünstigungen? Intervention erfolgreich?
Was muss ich als Lehrkraft nun noch beachten	
Welche <u>Probleme</u> sind dabei aufgetreten?	Was wenn Behandlung abgebrochen?
Was sollte man als Lehrkraft vermeiden? Mögliche <u>Fehler</u> ?	
Wie hat sich die Auffälligkeit auf den <u>Schulalltag</u> und den <u>Unterricht</u> in Ihren Fällen ausgewirkt?	<u>Mitschüler</u> ? Offen artikulieren? Umgang mit S im U? Spezielle <u>Umethoden</u>
Noch etwas zu Depressiven Erkrank. hinzufügen?	

Leitfragen	Check- Wurde das erwähnt?
<p><u>Broschüre allgemein</u></p>	
<p>Was ist Ihre persönliche Meinung zu solch einer Broschüre?</p>	
<p>Was sollte beachtet werden? Was sollte aufgenommen werden?</p>	<p>Sehr individuelle Lösungen, muss an Symptomen ansetzen</p>
<p>(Gibt es generelle Tipps zum Umgang mit auffälligen Schülern? Förderliche Haltung im Umgang mit Auffälligkeiten?)</p>	
<p>Gibt es generelle Unterrichtsmethoden, die bei S mit Auffälligkeiten grundsätzlich günstig sind?</p>	
<p>Was tun, wenn E/S keine Intervention wünschen?</p>	
<p>Kommunikation in der Klasse; Offen artikulieren?</p>	
<p>Gibt es generelle Möglichkeiten der Prävention von Auffälligkeiten?</p>	
<p>(Möglichkeiten und Grenzen des Handelns von Regelschullehrern</p>	
<p>Was belastet L? Wie kann man sich selbst schützen?)</p>	
<p>Möchten Sie noch etwas hinzufügen?</p>	
<p>Wie haben Sie denn so das Interview empfunden, wie war das so für Sie?</p>	

10.5 Soziodemographische Merkmale der Stichprobe

	B1	B2	B3	B4	B5
Geschlecht	m	w	w	w	w
Alter	44	60	50	38	38
Berufsjahre	16	35	23	12	11
Anzahl der schulpsychologischen Anrechnungsstunden	4	12	8	4	5
Anzahl zugeordneter Schulen	1	1	2	1	1
Anzahl der Schulen, die „eher als soziale Brennpunkte“ eingeschätzt werden	0	gemischtes Einzugsgebiet	k. A.	1	0

10.6 Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am _____ von Stefanie Mensching geführte Gespräch aufgenommen, verschriftet und in Hinblick auf die Durchführung der Zulassungsarbeit und des Projektes „Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern“ verwendet werden darf.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftete Interview auch für Publikationszwecke genutzt werden darf.

Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass mir aus Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Ein Widerruf meiner Einverständniserklärung ist jederzeit möglich.

Ort, _____ Datum, _____ Unterschrift _____

10.7 Kategoriensystem der Datenanalyse

Codesystem [461]

Zusammenarbeit L-SP [6]

- Verlauf [4]
- ganz normal/keine Vorbehalte [2]
- angemessener zeitlicher Rahmen [2]
- lieber etwas früher als später/nie [3]
- Sonstiges [1]

Essstörungen [0]

- Art und Merkmale [16]
 - Art der Essstörung, Differenzierung? [9]
 - Merkmale [12]
- Weiteres Vorgehen nach Verdacht [10]
- Weiteres Vorgehen nach Diagnose [7]
- Gespräch mit Schüler [19]
 - was alles ansprechen? [8]
 - Übergriffigkeit vermeiden [5]
 - nicht dramatisieren [2]
 - keine Vorwürfe [2]
 - keine falschen Versprechen [1]
 - persönliche Grenzen aufzeigen [4]
 - Gesprächsführungsregeln [2]
 - keine Scheu haben [3]
- Information der Eltern [9]
 - Wer übernimmt Information? [4]
 - Wann kontaktieren? [12]
 - Welche Rolle spielt das Kind dabei? [4]
 - im Gespräch zu beachten [7]
- Probleme in der Praxis [11]
 - keine Krankheitseinsicht [5]
 - Situation wird unterschätzt [1]
 - als Einmischen empfunden [1]
 - Schulprobleme [1]
 - Rückzug im Schulalltag [1]
 - Freundschaften zerbrechen [1]
 - Auswirkungen auf Klassendynamik [1]
 - Vorbild für andere [1]
 - Rollenkollision [2]
 - fehlendes Fachwissen/Gesprächsführungskompetenz [2]
- Möglichkeiten, wenn Intervention nicht erwünscht [6]
 - Grenzen, eig. Psychohygiene [4]
 - dran bleiben und weitere Mögl. [3]
 - Schul-/Amtsarzt; Jugendamt [5]
- Lehrerfehler [8]
 - ignorieren/nichts tun [4]
 - zu schnell urteilen [2]
 - keine professionelle Distanz [3]
 - nicht vertraulich behandeln [1]
 - Eindruck vermitteln, Kind mache es mir nicht recht [1]

- Fokus nur auf Essstörung [1]
- (bei Gesprächen bereits genannt) [3]
- Klasse und Freundeskreis [0]
 - Ganze Klasse [10]
 - nicht standardmäßig ansprechen, vertrauliche Inf. [5]
 1. fällt nicht auf [2]
 2. fällt auf [4]
 3. Krankenhausaufenthalt [3]
 4. Rückkehr [2]
 - Mögl. der Schülerin [1]
 - präventiv, allg. Wertschätzung [2]
 - Ausstrahlen der Auff. bremsen [2]
 - Einzelne Mitschüler [7]
 - können als Informationsquelle dienen [1]
 - wenden sich von sich aus an SP [3]
 - Tipps für den Umgang [5]
 - keine Co-Therapeuten, bei Verschlimmerung an L wenden [2]
 - Begleitung, Kontakthalten wichtig [3]

Depressive Erkrankungen [0]

- Charakteristische Merkmale [7]
- Weiteres Vorgehen nach Verdacht [11]
- Weiteres Vorgehen nach Diagnose [6]
- Gespräch mit Schüler [9]
 - Allgemeines und Wiederholungen [6]
 - keine "schlau" Tipps geben [1]
 - Suizidalität [2]
 - Drogen, Tabletten [1]
 - schwierig, wenn keine Reaktion [1]
- Information der Eltern [4]
 - gleiches Vorgehen, "wieder" [4]
 - Grenzen von Lehrkräften [1]
 - Eltern als "Problem", generell Erziehungspartnerschaft [2]
- Probleme in der Praxis [10]
 - unspezifische Symptome, wird oft nicht richtig erkannt [3]
 - schulische Folgeprobleme [3]
 - Schüler muss Familie verlassen [1]
 - Schüler fällt aus Klassenzusammenhang raus [1]
 - Schüler erscheint nicht zu Beratungsterminen [1]
 - schwer auszuhalten, da keine Reaktion oder dankbar? [2]
 - zu wenig Zeit, um angemessen handeln zu können [1]
- Möglichkeiten, wenn Intervention nicht erwünscht [1]
- Lehrerfehler [8]
 - wie bei Essstörung [2]
 - ignorieren/nichts tun [4]
 - nicht vertraulich behandeln [1]
 - kein Verständnis, dass krank, nicht einfach faul [3]
 - vor Klasse bloßstellen [1]
 - zu mitleidig [1]
 - sich überschätzen [1]
 - erwarten, dass Situation sich sofort ändert [1]

- Klasse und Freundeskreis [4]
 - Beobachtungen der Mitschüler nutzen [1]
 - unterstützen Kontakte zu halten [1]
 - Werther-Effekt [1]
 - merken die Wenigsten, wenn unterstützen [1]
 - Tipps für den Freundeskreis [1]
- Unterrichtsmethoden [3]

Broschüre/Auffälligkeiten allgemein [0]

- persönliche Meinung zur Broschüre [0]
 - Positives [6]
 - Bedenken [12]
- Wünsche bezüglich der Broschüre [10]
- generelle Unterrichtsmethoden bei Auffälligkeiten [5]
- Möglichkeiten, wenn Intervention nicht erwünscht [3]
- Klasse und Freundeskreis [4]
 - nicht standardmäßig mit Klasse sprechen, abh vom Willen des Schü [2]
 - Unterschiede je nach Art der Information [1]
 - Klassenkameraden nicht überfordern, Gefahr des Nachmachens [2]
 - generelle Tipps für Mitschüler, ansonsten abh. von Situation [1]
 - keine sachliche Behandlung der Störung im Unterricht [1]
- Präventionsmöglichkeiten [6]

Kommentare der SP zum Interview [6]

- Möglichkeit der Selbstreflexion [3]
- Antworten nicht groß vorbereitet [2]
- Interesse an Ergebnissen/Broschüre [3]

Sonstiges [0]

- Rollen [4]
- Unterschiede nach Schulart [2]

10.8 Transkripte und MAXQDA-Projektdatei

Siehe beiliegende CD

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, sind in jedem einzelnen Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht. Die Versicherung der selbstständigen Anfertigung gilt auch für nicht anders gekennzeichnete Zeichnungen, Kartenskizzen und bildliche Darstellungen.

München, den _____

Stefanie Mensching