

# BERATUNGSSTELLEN FÜR MENSCHEN MIT ESSSTÖRUNGEN | Versorgungslage und Rolle der Sozialen Arbeit

**Eva Wunderer; Sigrid Borse; Lydia Lamers; Oliver Ommen**

**Zusammenfassung** | Essstörungen sind bio-psychosozial bedingt und erfordern ein multiprofessionelles Vorgehen. Im Rahmen der Aktualisierung der Online-Datenbank „Qualifizierte Beratung bei Essstörungen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zeigte sich, dass der Zugang zu qualifizierter Beratung von Wohnort, Geschlecht und Sprachkenntnissen und damit der Lebenslage der Betroffenen abhängig ist. Die Soziale Arbeit erwies sich als die am stärksten vertretene Berufsgruppe in der Essstörungsberatung.

**Abstract** | Eating disorders have a bio-psychosocial etiology and require a multi-professional approach. Data collected as part of the nationwide actualization of the online database “professional eating disorder counseling” provided by the Federal Centre for Health Education (BZgA) showed that access to professional counseling depends on place of residence, gender and language skills, and thus the living conditions of those affected by eating disorders. Social work proved to be the most prevalent professional group in eating disorder counseling.

**Schlüsselwörter** ► Essstörung  
► Beratung ► Internet ► Prävention

**1 Essstörungen haben gravierende psychosoziale und somatische Auswirkungen** | Gemäß der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) des Robert-Koch-Instituts (RKI) weist mehr als ein Fünftel der Jugendlichen zwischen elf und 17 Jahren ein gestörtes Essverhalten auf (BZgA; RKI 2008, Herpertz-Dahlmann u.a. 2008, Hölling; Schlack 2007). Einer aktuellen repräsentativen Erhebung im Rahmen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) zufolge liegt die Zwölfmonatsprävalenz für Anorexie, Bulimie und die Binge-Eating-Störung für die erwachsene Bevölkerung zusammengenommen bei 0,9 Prozent; dabei

sind Frauen deutlich häufiger betroffen als Männer (1,4 Prozent versus 0,5 Prozent) (Jacobi u.a 2014). Swanson u.a. (2011) berichten eine Lebenszeitprävalenz für US-amerikanische Jugendliche von 0,3 Prozent für Anorexia nervosa, 0,9 Prozent für Bulimia nervosa und 1,4 Prozent für die Binge-Eating-Störung. Ein Überblick über aktuelle epidemiologische Studien im europäischen und US-amerikanischen Raum geht für die gesamte Lebensspanne zusammenfassend von 0,5 bis 1 Prozent Lebenszeitprävalenz für Anorexie und 1 bis 1,5 Prozent für Bulimie aus (Wunderer u.a. 2013).

Angesichts dieser Verbreitung gestörten Essverhaltens ist davon auszugehen, dass Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in vielfältigen Tätigkeitsbereichen mit Betroffenen in Kontakt kommen, neben den klassischen Feldern Klinischer Sozialarbeit beispielsweise in Schulen, Heimen, Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche oder Erziehungsberatungsstellen. Dennoch gibt es bislang kaum Fachliteratur und Forschungsinitiativen in diesem Bereich.

Essstörungen und ihre Vorläufer bergen ein hohes gesundheitliches, aber auch psychosoziales Risiko. Da der Zeitpunkt der ersten Erkrankung in vielen Fällen im Jugendalter liegt, ist die Bewältigung einer wesentlichen Entwicklungsphase gefährdet: Die Entwicklung von Peer- und Liebesbeziehungen, von Autonomie und Identität, der Schulabschluss und die berufliche Orientierung überfordern Betroffene und sind nicht altersadäquat möglich. Entsprechend sind Essstörungen von der Weltgesundheitsorganisation WHO mit hoher Priorität eingestuft (Treasure u.a. 2010, WHO European Ministerial Conference on Mental Health 2005).

**2 Essstörungen sind bio-psychosozial bedingt** | Biologische Faktoren spielen bei der Entstehung einer Essstörung ebenso eine Rolle wie psychologische und soziale (Herpertz u.a. 2011, Wunderer 2015). Deren Zusammenwirken ist individuell unterschiedlich, die konkreten Ursachen sind daher immer nur für den Einzelfall nachvollziehbar. An biologischen Einflussfaktoren sind insbesondere genetische Dispositionen und der Einfluss bestimmter Neuropeptide sowie Hormone zu nennen, auf der psychologischen Seite des bio-psychosozialen Erklärungsmodells der Essstörung sind dies unter anderem Selbstwertdefizite – ein „alles überschattendes Gefühl

der Unzulänglichkeit" (Bruch 1997, S. 313). Soziale Determinanten sind beispielsweise psychosozialer Stress sowie mangelnde soziale Unterstützung. Weiterhin nimmt das familiäre Umfeld oftmals Einfluss auf den Verlauf und die Aufrechterhaltung einer Essstörung, wobei unter anderem bestimmte (wenig konstruktive) Kommunikationsmuster, ungünstiges Modell- und Erziehungsverhalten, das Vorhandensein psychischer Störungen bei den Bezugspersonen und kritische Kommentare bezüglich Aussehen, Figur und Gewicht mit gestörtem Essverhalten in Zusammenhang gebracht werden. Schlankheitsideal und Schlankheitsdruck in westlichen Industriegesellschaften senken die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, lassen Diäthalten attraktiv erscheinen und können so gestörtes Essverhalten triggern – insbesondere wenn auch die Peers die körperliche Erscheinung hoch bewerten.

Insgesamt ist von einer sekundären Soziogenese (Dorner; Rieder 2010, Strotzka 1965 nach Pauls 2011, S. 119) der Essstörung auszugehen. So kann das Entstehen nicht allein durch soziale und Umweltfaktoren erklärt werden, doch spielen diese eine wesentliche ursächliche und aufrechterhaltende Rolle (Wunderer 2015).

**3 Essstörungen erfordern multiprofessionelles Vorgehen** | Menschen mit Essstörungen benötigen folglich spezifische Unterstützung im sozialen, psychotherapeutischen und medizinischen Bereich und somit ein multiprofessionelles Versorgungsangebot (BZgA 2011). Aufgrund der Zielgruppe dieser Publikation wird auf den psychotherapeutischen und medizinischen Bereich jedoch nicht näher eingegangen. Die sekundäre Soziogenese der Essstörung legt einen Ansatz an der Lebenslage – nicht nur an der individuellen Lebensweise – nahe, wie ihn die (Klinische) Sozialarbeit praktiziert (Person-in-Environment-Konzept) (Geißler-Piltz u.a. 2005, Pauls 2011). Betroffene sind in nahezu allen Bereichen ihres Lebens eingeschränkt, in sozialen Beziehungen, Freizeitaktivitäten, Schule, Beruf, ihrer Wohnsituation, im finanziellen Bereich, in Alltagsroutinen und Alltagsstrukturierung. Somit sind viele Themen berührt, die genuin in den Bereich der Sozialen Arbeit fallen.

Grundlegende Methoden der Sozialen Arbeit können, verzahnt mit einer psychotherapeutischen, medizinischen und ernährungstherapeutischen Behandlung, einen wertvollen Beitrag auf dem Weg aus der

Essstörung leisten, beispielsweise psychosoziale Diagnostik, sozialpädagogische Beratung, Case Management, soziale Gruppenarbeit, Präventionsarbeit und Angehörigenarbeit (nähere Ausführungen dazu finden sich in Wunderer 2015).

**4 Das Projekt | 4-1 Datenquelle** | Die vorliegenden Daten wurden im Rahmen des Projekts „Aktualisierung der Online-Datenbank „Qualifizierte Beratung bei Essstörungen““ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gewonnen. Ziel war es, die bestehende Datenbank<sup>1</sup> für Beratungsstellen im Essstörungsbereich qualitätsorientiert zu aktualisieren. Betroffene, aber auch deren soziales Umfeld wie Familie und Freunde können auf diese Weise niederschwellig das Angebot an professionellen Beratungsstellen in Deutschland abrufen. Fachkräfte, zum Beispiel Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte oder Lehrkräfte, profitieren ebenso von dieser Plattform, um Ratsuchende an geeignete lokale und regionale Unterstützungsangebote zu vermitteln oder sich selbst über Essstörungen zu informieren.

457

Die Fokussierung auf Beratungsstellen ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass es bereits qualitativ hochwertige Datenbanken zur Suche von Kliniken und ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Hilfsangeboten gibt wie beispielsweise weisse-liste.de oder www.kbv.de/html/arztsuche.php. Auf diese Angebote wird auch auf der Website der BZgA hingewiesen, auf der die Datenbank zu finden ist. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, die Versorgungsbereiche Prävention, Beratung, Therapie sowie Nachsorge gleichwertig zu vernetzen. Niederschwellige qualifizierte Beratungsmöglichkeiten verfolgen demnach das Ziel, (potenziell) Betroffene schnellstmöglich in adäquate Behandlung zu vermitteln, da dies die Chancen auf Heilung erhöht.

Das Projekt wurde in Abstimmung mit der BZgA vom Bundesfachverband Essstörungen e.V. (BFE) durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung übernahm die Hochschule Landshut.

**4-2 Methodisches Vorgehen** | Das Ziel des Projekts bestand darin, die aktuelle Versorgung mit essstörungsspezifischen Beratungsstellen in Deutschland möglichst umfassend in einer spezifischen Datenbank

<sup>1</sup> [www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de)

für Betroffene, Angehörige oder Fachkräfte abzubilden und online zugänglich zu machen. Adressen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ernährungstherapeutinnen und Ernährungstherapeuten wurden demnach nicht einbezogen. Es wurden nur Einrichtungen berücksichtigt, die gemeinnützig oder in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft waren sowie psychosoziales Fachpersonal vorweisen konnten. Um die fachliche Qualität der Beratungsstellen nachvollziehbar und kontrollierbar abzusichern, wurde als weiteres Qualitätskriterium eine Selbstverpflichtung verlangt. Diese gewährleistet, dass die in der Datenbank auffindbaren Beratungsstellen im Einklang mit der aktuellen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Essstörungen<sup>2</sup> (Herpertz u.a. 2011) sowie der „Weltweiten Charta für Essstörungen: Rechte und Erwartungen von Menschen mit Essstörung und deren Angehörigen“<sup>3</sup> handeln.

Zur Umsetzung des Projektziels wurde in Zusammenarbeit mit der BZgA ein Befragungsinstrument zur Erfassung der zuvor genannten Kriterien entwickelt. Zeitgleich wurden Adressen von Beratungseinrichtungen im Essstörungsbereich recherchiert, wobei die bis dato bestehende Datenbank der BZgA als Grundlage diente und gezielt Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einbezogen wurden. Alle infrage kommenden Einrichtungen wurden per E-Mail eingeladen, einen Datenbankeintrag vorzunehmen beziehungsweise ihren bestehenden zu aktualisieren. Dabei wurden neben den Stammdaten der Einrichtung Angaben zu Zielgruppe und Beratungsangebot, zur Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und zur Vernetzung erfasst. Auf diese Weise konnten Daten von 229 unterschiedlichen Einrichtungen erfasst werden. Nicht alle erfüllten die zuvor definierten Auswahl- und Einstellungskriterien für eine Aufnahme in die Datenbank. Letztlich fanden 154 Einrichtungen Eingang in die neue Datenbank.

**5 Ergebnisse des Projekts** | Die im Folgenden wiedergegebenen Ergebnisse aus der Aktualisierung der Datenbank beleuchten die Abhängigkeit der Versorgung von der Lebenslage der Betroffenen sowie die Bedeutsamkeit der Sozialen Arbeit als Profession im interdisziplinären Zusammenwirken.

2 <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html>

3 <http://www.dgess.de/images/pdf/WeltweiteChartaEssstoer100107.pdf>

## 5-1 Einfluss der Lebenslage auf die Versorgung mit Beratungsstellen für Essstörungen |

Ausgewertet werden im Folgenden diejenigen Daten der in der Datenbank erfassten Einrichtungen, die zeigen, ob die Versorgung mit Beratungsstellen für Essstörungen abhängig von der Lebenslage der Ratuchenden ist, genauer vom Wohnort, von Alter und Geschlecht, den finanziellen Möglichkeiten und der geographischen Herkunft beziehungsweise den Sprachkenntnissen.

**5-1-1 Wohnort** | Um die Versorgung adäquat abilden zu können, wurde die Anzahl der Beratungseinrichtungen auf die Einwohnerzahl der Bundesländer bezogen. Ein besonders geringer Versorgungsgrad findet sich in der Bundeshauptstadt Berlin, dem umgebenden Bundesland Brandenburg und in Thüringen mit weniger als einer Einrichtung pro einer Million Einwohnerinnen und Einwohner. Zwischen einer und zwei Einrichtungen pro einer Million Einwohnerinnen und Einwohner gibt es im Saarland, in Niedersachsen, Hessen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Sachsen. Mehr als zwei (und weniger als drei) Beratungsstellen pro einer Million Einwohnerinnen und Einwohner haben Hamburg, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Bayern. In Bremen kommen mehr als vier Beratungsstellen auf eine Million Einwohnerinnen und Einwohner.

Betrachtet man die Einwohnerzahl der Städte, in denen sich die Beratungsstellen befinden, so gibt es die größte Häufung in Städten mit 100 000 bis unter 250 000 Einwohnerinnen und Einwohnern (27 Prozent) beziehungsweise 20 000 bis 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern (34 Prozent). 14 der 154 erfassten Einrichtungen (9 Prozent) finden sich in Metropolen mit mindestens einer Million Einwohnerinnen und Einwohnern, 24 (16 Prozent) in Großstädten mit 250 000 bis unter einer Million Einwohnerinnen und Einwohnern. In Kleinstädten mit Einwohnerzahlen von maximal 20 000 sind 22 der 154 Anlaufstellen zu finden (14 Prozent), keine einzige jedoch in einer Stadt mit weniger als 10 000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Gerade in Regionen ohne Beratungsstellen ist ortsunabhängige Beratung via Telefon und Internet wichtig. Während mit 81 Prozent der Großteil der erfasssten Einrichtungen telefonische Beratungen durchführt,

nutzen nur 65 Prozent das Internet in der Beratung, am häufigsten via E-Mail (60 Prozent). Deutlich seltener findet Beratung im Chatroom in Echtzeit (8 Prozent) sowie mittels Video (2 Prozent) statt.

**5-1-2 Alter und Geschlecht** | 91 Prozent der erfassten Beratungsstellen haben eigenen Angaben zufolge ein spezifisches Angebot für Erwachsene, für Kinder und Jugendliche halten 82 Prozent Angebote vor, für Angehörige 86 Prozent. Während sich 84 Prozent speziell an Mädchen und Frauen richten, tun dies nur 57 Prozent in Bezug auf männliche Betroffene. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren finden in 51 Prozent der Beratungsstellen ein eigenes Fachberatungsangebot.

**5-1-3 Geografische Herkunft beziehungsweise Sprachkenntnisse** | 31 Prozent der aufgenommenen Einrichtungen beraten nicht nur in deutscher Sprache. Am häufigsten genannt wird Englisch (27 Prozent), seltener Französisch (6 Prozent) und Russisch (6 Prozent), Türkisch (4 Prozent), Spanisch (3 Prozent) und Italienisch (2 Prozent). Vereinzelt werden andere Sprachen genannt: zweimal Polnisch sowie je einmal Bosnisch, Serbisch, Kroatisch und Persisch.

**5-1-4 Finanzielle Möglichkeiten der Rat-suchenden** | 81 Prozent der Beratungsstellen geben an, die Betroffenen kostenfrei zu beraten. In acht Prozent der Einrichtungen wird eine Gebühr erhoben. Die restlichen elf Prozent haben andere Modelle, die in der Regel sozial gestaffelt oder auf Spendenbasis arbeiten; so dass eine kostenfreie Erstberatung zumindest für einkommensschwächere Personen möglich ist.

**5-2 Berufliche Qualifikation der Beraten-den** | Als häufigste Berufsgruppe werden (Sozial-)Pädagoginnen und -Pädagogen genannt (in 82 Prozent der Einrichtungen beschäftigt), gefolgt von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter (in 44 Prozent der Beratungsstellen angestellt). 59 Einrichtungen (38 Prozent) geben an, Angehörige beider Berufsgruppen zu beschäftigen, 67 (44 Prozent) nur (Sozial-)Pädagoginnen und -Pädagogen, acht (5 Prozent) nur Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und 20 (13 Prozent) keine von beiden. Psychologinnen und Psychologen sind in 43 Prozent der Einrichtungen vertreten, approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in 30 Prozent, wobei davon auszugehen ist, dass es sich bei Letzteren ebenfalls zum großen Teil um Psychologinnen und Psychologen handelt. Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler geben 6 Prozent der Beratungsstellen als Mitarbeitende an, Ärztinnen und Ärzte 9 Prozent.

In 64 Beratungsstellen (41 Prozent) sind ausschließlich (Sozial-)Pädagoginnen beziehungsweise -pädagogen oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter beschäftigt. Ausschließlich Psychologinnen und Psychologen beziehungsweise approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beschäftigen acht Beratungsstellen (5 Prozent). Eine Stelle besteht nur aus einer ärztlichen Fachkraft. Bei 48 Prozent der Einrichtungen sind mindestens zwei der abgefragten Berufsgruppen vertreten, sie arbeiten also vor Ort im multiprofessionellen Team.

**6 Diskussion** | Der Zugang zu Beratungseinrichtungen für Essstörungen ist abhängig vom Wohnort. Ortsungebundene Angebote (Beratung via Telefon und Internet) stehen nur unzureichend zur Verfügung:

## Über 30 Jahre dokumentierte Fachdiskussion Über 30 Jahre Sozialwissenschaftliche Literaturdokumentation

- Onlinezugang in über 200 Hoch- und Fachhochschulbibliotheken
- Individuelle Beratung und Recherche mit Dokumentenlieferung

Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen/DZI

[www.dzi.de](http://www.dzi.de)

DZI SoLit

In weiten Teilen Deutschlands kommt maximal eine Beratungsstelle auf eine Million Einwohnerinnen und Einwohner; Berlin, Brandenburg und Thüringen liegen sogar noch unterhalb dieser Marke. Somit ist vor allem in der Bundeshauptstadt mit Engpässen in der niederschwelligen Versorgung zu rechnen, zumal das die Stadt umgebende Bundesland ebenfalls schlecht ausgestattet ist. In ganz Thüringen lässt sich nur eine einzige Einrichtung finden, selbiges im Saarland, das im Vergleich zu Thüringen allerdings auch nicht einmal die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner zählt. Mehr als drei Anlaufstellen pro einer Million Einwohnerinnen und Einwohner kann nur Bremen aufweisen. Im Bundesvergleich relativ gut schneiden auch Hamburg, Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Bayern ab. Der weitaus größte Teil der Beratungseinrichtungen ist in Großstädten angesiedelt, lediglich 14 Prozent befinden sich in Kleinstädten mit maximal 20 000 Einwohnerinnen und Einwohnern, keine einzige in einer Stadt mit weniger als 10 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Da die Einrichtungen mit einem unterschiedlichen Personalschlüssel arbeiten, lassen diese Zahlen keine endgültigen Schlüsse auf die konkrete Versorgungslage zu. Zudem sind weitergehende Untersuchungen nötig, um zu überprüfen, inwieweit andere Angebote lokale Defizite an Beratungsstellen ausgleichen können: Dies könnten zum Beispiel psychotherapeutische, ernährungstherapeutische und medizinische Praxen oder Instituts- und Klinikambulanzen sein. Auch Modelle der Integrierten Versorgung können Engpässe schließen (BZgA 2011).

Angesichts der teilweise unzureichenden regionalen Versorgung mit Beratungsstellen kommt neben der persönlichen Beratung den ortsbundenen Angeboten eine zentrale Bedeutung zu. Mehr als 80 Prozent der erfassten Einrichtungen bieten telefonische Beratung an, wünschenswert wäre eine vollständige Erreichbarkeit. Ausbaubedarf besteht weiterhin bei der Online-Beratung; dies legen auch die Empfehlungen zur Integrierten Versorgung der BZgA (2011, S. 19) nahe. So können Betroffene nur bei 60 Prozent der Einrichtungen Hilfe über E-Mail erhalten, Beratung in Echtzeit im Chatroom bietet nicht einmal jede zehnte Stelle, Videoberatung ist kaum verbreitet. Angesichts der großen Bedeutung, die das Internet und seine Kommunikationsformen für Jugendliche und junge Erwachsene – die Hauptrisikogruppe für Essstörungen – haben, ist an dieser Stelle enormer Ausbaubedarf zu erkennen.

darf erkennbar. Dies auch insofern, als Online-Beratung als niederschwelliges und anonymes Angebot in hohem Maße für den Erstkontakt von Betroffenen mit professioneller Hilfe geeignet ist.

*Mangelnde finanzielle Möglichkeiten sind in den meisten Fällen kein Hindernis für die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen, da diese, zumindest am Anfang, größtenteils kostenlos sind:*

Die überwiegende Zahl der Beratungsstellen kann eine kostenfreie Beratung anbieten, 19 Prozent erheben eine Gebühr, viele allerdings nur für einzelne Angebote und auf Spendenbasis beziehungsweise ge staffelt nach Einkommen. Eine kostenfreie Beratung ist im Sinne der niederschwelligen „Pförtnerfunktion“ der Einrichtungen entscheidend, da ein kostenpflichtiges Angebot gerade von jungen und sozial benachteiligten Menschen weniger in Anspruch genommen wird. Ziel sollte sein, dass zumindest die erste Kontaktaufnahme kostenfrei ist – zumal kostenpflichtige Angebote meist auch eine Registrierung erfordern, wodurch die Anonymität der Betroffenen gefährdet wird. Ob sich der finanzielle Hintergrund der Klientinnen und Klienten selbst bei Beratungsstellen mit kostenfreien Angeboten auf die Inanspruchnahme auswirkt, lässt sich anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht beantworten.

*Weniger als die Hälfte der Beratungsstellen richtet ihre Angebote spezifisch auf männliche Betroffene aus, die Versorgungslage stellt sich für diese somit deutlich schlechter dar als für weibliche Betroffene:*

Männlichen Betroffenen unterbreiten 43 Prozent der Beratungsstellen kein spezielles Angebot. Dies ist einerseits durch die geringere Verbreitung von Essstörungen bei Jungen und Männern im Vergleich zur weiblichen Bevölkerung erklärbar, andererseits ist die Hemmschwelle, sich in Beratung zu begeben, für diese oft noch höher. Ein fehlendes Angebot beziehungsweise die Aussage, dass man nur für Mädchen und Frauen Hilfe vorhalten könne, kann diese Schwelle weiter anheben und die Meinung, Essstörungen seien Mädchen- beziehungsweise Frauensache, untermauern. Zudem wenden sich auch Menschen mit Übergewicht an Beratungsstellen für Essstörungen; in der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas finden sich nur geringe Geschlechtsunterschiede. Kritisch ist vor diesem Hintergrund auch die geringe Anzahl an männlichen Fachkräften in den Beratungsstellen zu werten. Bei der Befragung zu Beratung und ambu-

lanter Therapie durch *Reich* u.a. (2005) waren nur drei Prozent der Fachkräfte Männer.

*Es mangelt an Angeboten für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie an fremdsprachigen Beratungen:* Während viele Beratungsstellen spezielle Angebote entsprechend dem Alter der Klientel geschaffen haben und auch für Angehörige Maßnahmen vorhalten, zeichnet sich ein Mangel bei den Angeboten für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ab, die nur rund jede zweite Beratungsstelle als spezifische Zielgruppe bedient.

Vor dem Hintergrund der hohen Zahl an Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland ist das fremdsprachige Beratungsangebot kritisch zu bewerten. Nur knapp ein Drittel der Beratungsstellen bieten Hilfeleistungen in anderen Sprachen an und dies fast ausschließlich in Englisch. Auch angesichts des derzeit großen Zustroms an Flüchtlingen wäre ein Ausbau des fremdsprachigen Angebots dringend wünschenswert.

*Die Soziale Arbeit respektive Sozialpädagogik ist in der Beratung von Menschen mit Essstörungen und ihren Angehörigen die dominierende Berufsgruppe. Sie spielt eine wichtige Rolle im interdisziplinären Zusammenwirken mit medizinischen, psychologisch-psychotherapeutischen und ernährungstherapeutischen Fachkräften:* Eine zentrale Bedeutung in der Beratung von Menschen mit Essstörungen kommt der Sozialen Arbeit und der Sozialpädagogik zu. So sind in mehr als 80 Prozent der Beratungsstellen (Sozial-)Pädagoginnen und (Sozial-)Pädagogen vertreten, in mehr als 40 Prozent Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Praxisstudie zur Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen von *Reich* u.a. (2005). Da mittlerweile viele Hochschulen für Angewandte Wissenschaften ihre Studiengänge „Soziale Arbeit“ nennen und folglich streng genommen nur mehr Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter ausbilden, die sich gleichwohl mitunter noch selbst im Berufsalltag als Sozialpädagoginnen beziehungsweise Sozialpädagogen bezeichnen, sind diese beiden Kategorien immer weniger trennscharf. Fasst man die beiden Berufsgruppen zusammen, so werden sie von 87 Prozent der Einrichtungen genannt, in gut 40 Prozent der Beratungsstellen ist keine andere Profession vertreten.

**7 Resümee |** Zusammenfassend zeigen die berichteten Befunde eine soziale Schieflage in der Versorgung: Die Partizipationsmöglichkeiten im Sinne einer Inanspruchnahme spezifischer Beratungsleistungen sind abhängig von Geschlecht und geografischer Herkunft beziehungsweise Sprachkompetenz. Am schlechtesten in der Essstörungsberatung versorgt erscheint, wer männlich ist, der deutschen Sprache nicht mächtig und auf dem Land fernab größerer Städte wohnt. Vor dem Hintergrund, dass sich in der eingangs erwähnten KIGGS-Studie vor allem auch Kinder mit Migrationshintergrund als Risikogruppe für essgestörtes Verhalten erwiesen, müssen Angebote geschaffen werden, die neben dem sprachlichen auch den kulturellen Hintergrund berücksichtigen. Die Lebenslage nimmt an dieser Stelle in hohem Maße Einfluss, ein auf das Individuum fokussierter Ansatz an der Lebens-, Ess- und Ernährungsweise einzelner Betroffener greift entschieden zu kurz.

**Professorin Dr. Eva Wunderer, Dipl.-Psychologin und Systemische Paar- und Familientherapeutin, lehrt Psychologie im Studiengang Soziale Arbeit an der Hochschule Landshut. Essstörungen sind einer ihrer Schwerpunkte in Forschung und Lehre. E-Mail: wunderer@haw-landshut.de**

**Sigrid Borse, Dipl.-Pädagogin, ist Geschäftsführerin des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen und Mitglied im Vorstand des Bundesfachverbandes Essstörungen. E-Mail: info@essstoerungen-frankfurt.de**

**Lydia Lamers, Dipl.-Pädagogin, ist Referentin in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Aufklärung über Essstörungen sowie Prävention und Therapie von Übergewicht gehören zu ihren Schwerpunktthemen. E-Mail: lydia.lamers@bzga.de**

**PD. Dr. med. Oliver Ommen, Arzt und Gesundheitswissenschaftler, ist Referatsleiter bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. E-Mail: oliver.ommen@bzga.de**

## Literatur

**Bruch, H.:** Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Stuttgart 1997

**BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:** Konzepte Band 4: Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland. Köln 2011

**BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung;** RKI – Robert Koch Institut: Erkennen – Bewerten – Han-

dehn: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin und Köln 2008

**Dorner, T.E.; Rieder, A.:** Thema 7: Einführung in die Soziogenese und Prävention von Krankheiten. 7.1 Konzept der Soziogenese. In: Wittmann, K.J.; Schoberberger, R. (Hrsg.): Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für den ersten Studienabschnitt Medizin. Wien 2010, S. 177-179

**Geißler-Piltz, B.; Mühlum, A.; Pauls, H.:** Klinische Sozialarbeit. München 2005

**Herpertz, S.; Herpertz-Dahlmann, B.; Fichter, M.; Tuschen-Caffier, B.; Zeeck, A. (Hrsg.):** S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Heidelberg 2011

**Herpertz-Dahlmann, B.; Wille, N.; Hölling, H.; Vloet, T.D.; Ravens-Sieberer, U.:** Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. In: European Child & Adolescent Psychiatry 1/2008, pp. 82-91

**Hölling, H.; Schlack, R.:** Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 5-6/2007, S. 794-799

**Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. u.a.:** Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. In: Der Nervenarzt 1/2014, S. 77-87

**Pauls, H.:** Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim 2011

**Reich, G.; Witte-Lakemann, G.; Kilius, U.:** Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen. Eine Praxisstudie. Göttingen 2005

**Swanson, S.A.; Crow, S.J.; Le Grange, D.; Swendsen, J.; Merikangas, K.R.:** Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. In: Archives of General Psychiatry 7/2011, pp. 714-723

**Treasure, J.; Claudio, A.M.; Zucker, N.L.:** Eating disorders. In: The Lancet 2/2010, pp. 583-593

**WHO** European Ministerial Conference on Mental Health: Mental health of children and adolescents. Helsinki 2005

**Wunderer, E.:** Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen. Weinheim 2015

**Wunderer, E.; Borse, S.; Schnebel, A.:** Essstörungen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht. Lengerich 2013

## INKLUSION UND EXKLUSION | Anmerkungen zur theoretischen Konstruktion sinnentleerer Abstraktionen und zu ihrer Fruchtbarmachung für die Soziale Arbeit

**Norbert Wohlfahrt**

**Zusammenfassung** | Der Begriff der Inklusion wird in jüngster Zeit wieder verstärkt zur Bestimmung Sozialer Arbeit benutzt, wobei systemtheoretische Überlegungen eine wichtige Rolle spielen. Der Artikel argumentiert, dass es sich hierbei um eine von materiellen Inhalten befreite Abstraktion handelt, die sich für die ökonomischen und politischen Grundlagen Sozialer Arbeit nicht interessiert. Ein Blick auf die sozialpolitischen und sozialrechtlichen Zwecksetzungen Sozialer Arbeit zeigt, dass diese mit den Begriffen der Inklusion und Exklusion nicht nur unzureichend bestimmbar sind, sondern dass sie auch dazu herangezogen werden, den Begriff der Eigenverantwortung ideologisch-affirmativ zu legitimieren.

**Abstract** | Nowadays inclusion has become an important issue to describe the aims and methods of social work. In these reflections system theorie as developed by *Niklas Luhmann* plays an important part. The article discusses that inclusion is a topic, which does not characterize any real practice of intervention. It is an empty abstraction which is not interested in the economic and political fundaments of social work. A brief view on the law-funded and social-policy funded aims of social work shows that the topic of inclusion and exclusion on one hand is not appropriate to analyze the activities of social work and on the other hand it is used to legitimate the dogma of self-responsiveness in an ideological way.

**Schlüsselwörter** ► Inklusion ► Teilhabe  
 ► Behindert ► Soziale Arbeit ► Wirtschaft  
 ► Sozialpolitik