



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
HEIDELBERG

# Pädagogik bei Krankheit

## Anorexie

Dr. med. Anne Mondry

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie | Zentrum für psychosoziale Medizin  
(ZPM) | Medizinische Fakultät | Universität Heidelberg



# Übersicht

- Spektrum
- Herausforderungen
- Früherkennung
- Ursachenmodell
- Therapie
- Was tun?
- Anlaufstellen
- Klinikschule

# Psychische Störung Kindheit - Jugend

- Ca. 50% aller psychiatrischen Erkrankungen beginnt vor dem 18. Lebensjahr (Kessler et al. 2005)
- Etwa 25 % der Jungen und 22% der Mädchen zwischen 3 und 17 Jahren haben ein Risiko für psychische Auffälligkeiten (KIGGS Studie 2017, Bella Studie 2017)
- 12,5% der 15jährigen Jugendlichen (11 Europäische Länder) zeigen Behandlungsbedarf (Kaess et al. 2014)
- Bei **Anorexia nervosa** Hinweise auf **erhöhte Inzidenz im Kindes- und Jugendalter** (Javaras et al. 2015, Raes and Ro 2018)

# Spektrum der Ess-Störungen

Untergewicht

- BMI < 17,5 / 18,5
- ≤ 15. / ≤ 5. Altersperzentile
- Ausgeprägter Gewichtsverlust

Normalgewicht  
18,5–24,9

Übergewicht  
25–29,9

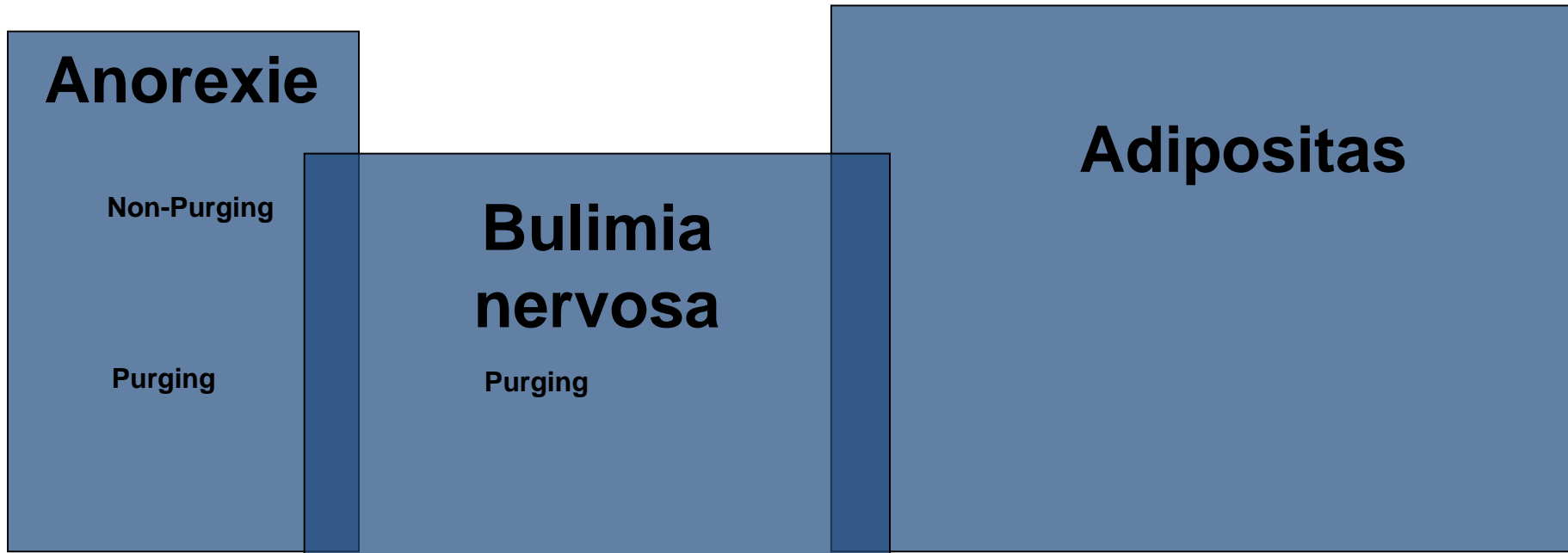
Adipositas  
30,0–34,9 / >35,0

Untergewicht

Normalgewicht

Übergewicht

Adipositas permagna



# Paradoxe Pathologie

*„Die anorektische Frau lehnt das Essen ab und beschäftigt sich doch mehr damit als die meisten Gourmets. [...] Sie lehnt ihren Körper ab, konzentriert sich jedoch in all ihrem Denken und Handeln auf ihn. [...] Sie will selbstständig und unabhängig sein, verhält sich jedoch so, dass ihre Interaktionspartner sie nahezu zwangsläufig kontrollieren.“*

*Alexa Franke: Wege aus dem goldenen Käfig - Anorexie verstehen und behandeln.*

# Herausforderungen I

## Die 10 Gebote von Pro-Ana

1. Wenn ich nicht dünn bin, kann ich nicht attraktiv sein!
2. Dünn sein ist wichtiger als gesund sein!
3. Ich muss alles dafür tun, dünn zu sein!
4. Ich darf nicht essen ohne mich schuldig zu fühlen!
5. Ich darf keine „Dickmacher“ essen ohne hinterher Gegenmaßnahmen zu ergreifen!
6. Ich muss Kalorien zählen und meine Nahrungszufuhr dementsprechend regulieren!
7. Die Anzeige der Waage ist wichtiger als alles andere!
8. Gewichtsverlust ist gut, Zunahme ist schlecht!
9. Du bist nie zu dünn!
10. Nahrungsverweigerung und dünn sein sind Zeichen von wahren Erfolg und Stärke

# Herausforderungen II

Epidemiologie ca. 1%

**Anstieg stationärer Aufnahmezeiten** seit Corona

Kinderklinik und KJP: ungefähr Verdopplung der Zahlen von 2019-2022

- Untergewicht niedriger längere Behandlungsdauer
- Keine stat. Plätze verfügbar überbrückende Entlassung aus Kinderklinik in ambulante Behandlung

# Diagnosekriterien I

## ICD-10: F50.0

- Gewichtsverlust
  - mindestens 15% unter Normalgewicht ( $\leq 5.$  Altersperzentile)
  - Body-Mass-Index (BMI) von  $< 17,5$  ( $< 18,5$ ) (Gewicht in kg/ Körpergröße  $m^2$ )
  - **Massiver Gewichtsverlust (auch bei Normalgewicht)**  
**ähnliche somatische Komplikationen & psychiatrische Komorbiditäten!**  
**Wegfall „atypische Anorexie“, Laborkontrollen!**
- Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
  - Vermeidung von hochkalorischer Nahrung
  - Selbstinduziertes Erbrechen
  - Selbstinduziertes Abführen
  - Übertriebene körperliche Aktivität
  
  - restricting type
  - binge eating / purging type



# Diagnosekriterien II

- Körperschemastörung
- Umfassende endokrine Störungen (fällt in ICD 11 weg!)
  - Ausbleiben der Regelblutung
  - Verzögerte Pubertätsentwicklung
- Keine regelmäßigen Essattacken

# Komorbiditäten

- Angsterkrankungen 20-60%
- Affektive Störungen 15-60%
- Zwangserkrankungen 20-40%  
insbesondere männl.
- Suchterkrankungen 8-18%

(Nazar et al. 2016)

DD Begleitsymptome der Erkrankung!

## Leistung und Unterricht

- Konzentrationsstörungen und später Leistungsdefizite
- Fehlzeiten
- Übertriebener Fleiß, Ehrgeiz
- Perfektionismus

## Verhalten/Optik

- weite Kleidung
- Kälteempfindlich/setzt sich der Kälte aus
- Kann schlecht still sitzen

# Früh- erkennung

## Essen

- Vermeidet Mahlzeiten
- Bedient andere und „vergisst“ sich dabei
- „Essrituale“
- nach dem Essen Toilette
- Rückzug
- Stimmungsschwankungen/-einbrüche
- Zahnprobleme
- Verhornungen führende Hand

## Sport

- Vermeidung des Schwimmunterrichts
- Ggf. Leistungssport
- Ständig in Bewegung
- Verausgibt sich exzessiv
- Entwertet eigene Figur
- Vergleicht sich ständig
- Schwächeanfälle, die bagatellisiert werden
- blaue Finger und Zehen
- Friert häufig und schnell

# Körperliche Symptome

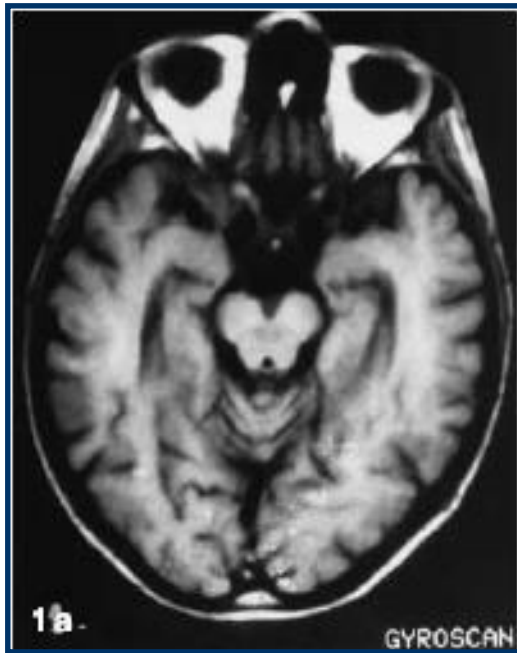
- Kardiovaskuäres System
  - Niedriger Blutdruck, blaue Finger
  - Niedriger Herzschlag, Herzrhythmusstörungen
- Hämatologisches System
  - Anämie
  - Ödeme
- Gastrointestinale Symptome
  - Obstipation
- Dermatologische Symptome
  - Trockene, schuppige Haut
  - Haarverlust
- Endokrines und metabolisches System
  - Elektrolytstörungen
  - Hypothermie
  - Hormonstörungen
  - Verzögerte Pubertätsentwicklung
  - Nierenschäden
  - Knochenstoffwechselstörungen (!)
- Osteoporose
- Neurologische Symptome
  - Ventrikelerweiterung
  - Hirnatrophien der weißen und grauen Substanz

# Körperliche Symptome

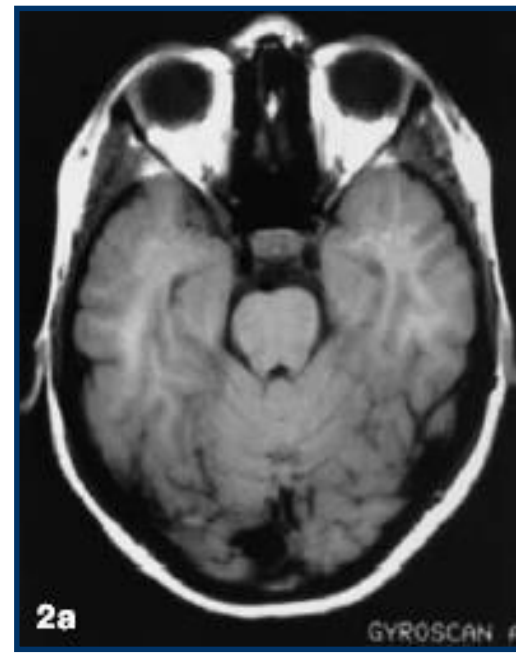
- Kardiovaskuäres System
  - Niedriger Blutdruck, **blaue Finger**
  - Niedriger Herzschlag, Herzrhythmusstörungen
- Hämatologisches System
  - **Anämie**
  - **Ödeme**
- Gastrointestinale Symptome
  - Obstipation
- Dermatologische Symptome
  - **Trockene, schuppige Haut**
  - **Haarverlust**
- Endokrines und metabolisches System
  - Elektrolytstörungen
  - Hypothermie
  - Hormonstörungen
  - **Verzögerte Pubertätsentwicklung**
  - Nierenschäden
  - Knochenstoffwechselstörungen (!)
- Osteoporose
- Neurologische Symptome
  - Ventrikelerweiterung
  - Hirnatrophien der weißen und grauen Substanz

# Reversible zerebrale Atrophie

14j. Mädchen, 6-monatiger Therapieverlauf, Aufnahme vs. Entlass-BMI 12.8 vs. 18.5



BMI 12.8



BMI 18.5

Drevelengas et al., 2001

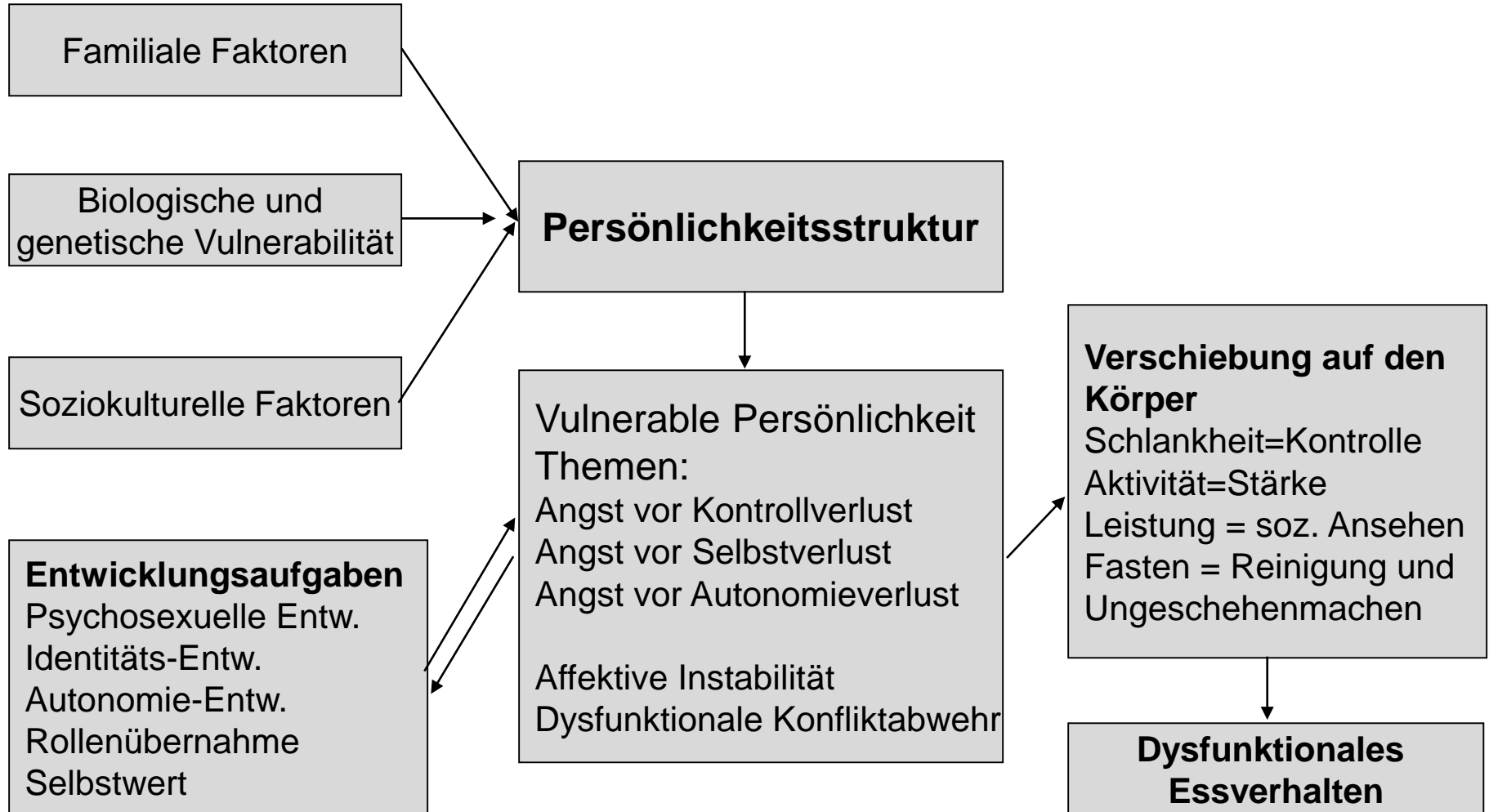


- Ausgeprägte Kachexie, schneller Gewichtsverlust
- Totale Essverweigerung
- Schwere körperliche Symptome
- Ausbleibender ambulanter Behandlungserfolg
- Zusätzliche psychiatrische Störungen (insb. Depression, Suizidversuch, Selbstverletzung)
- Schweres „Purging“-Verhalten
- Fehlende soziale Unterstützung



# Multifaktorielles Ursachenmodell

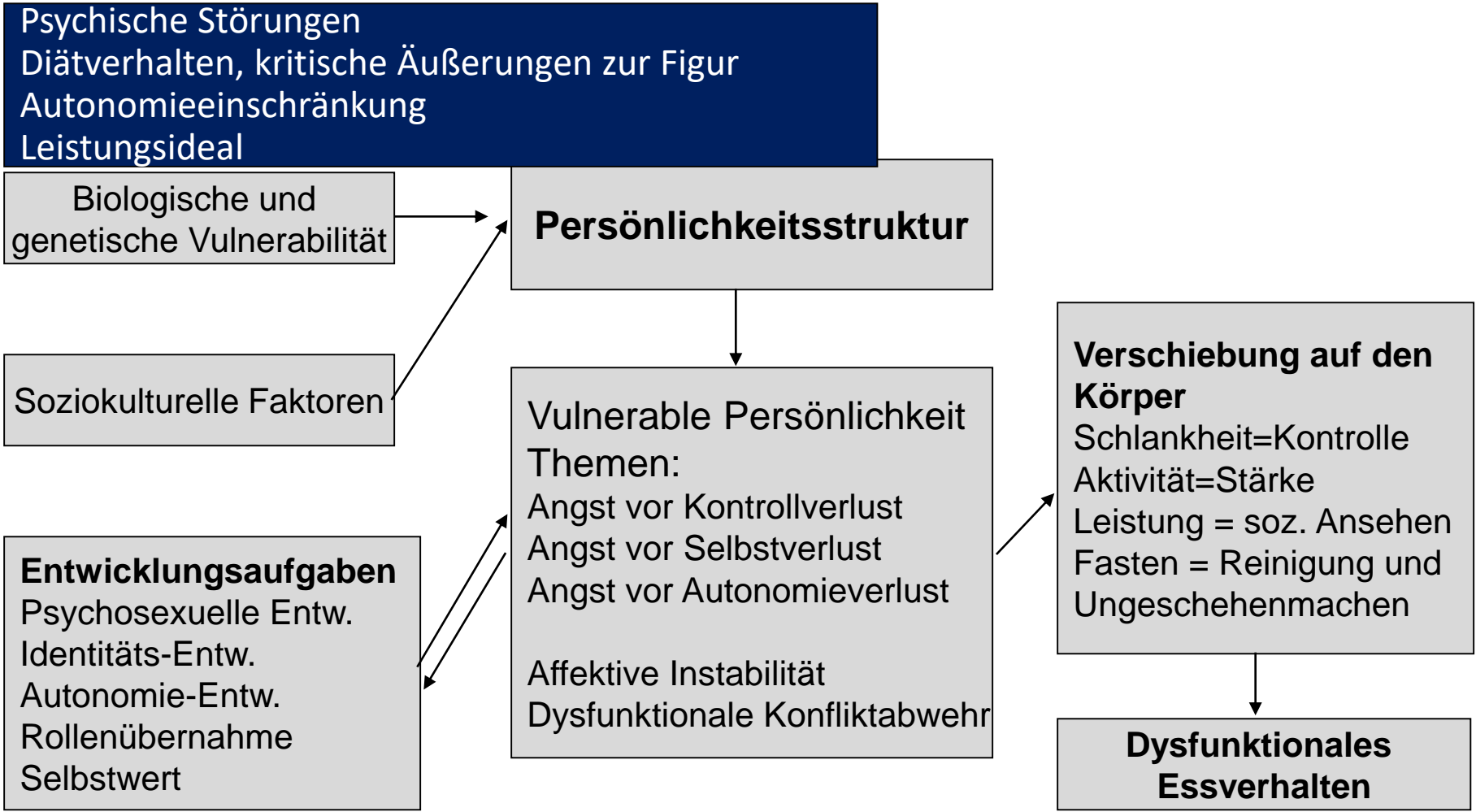
E. Koch (2003); nach FICHTER und REICH





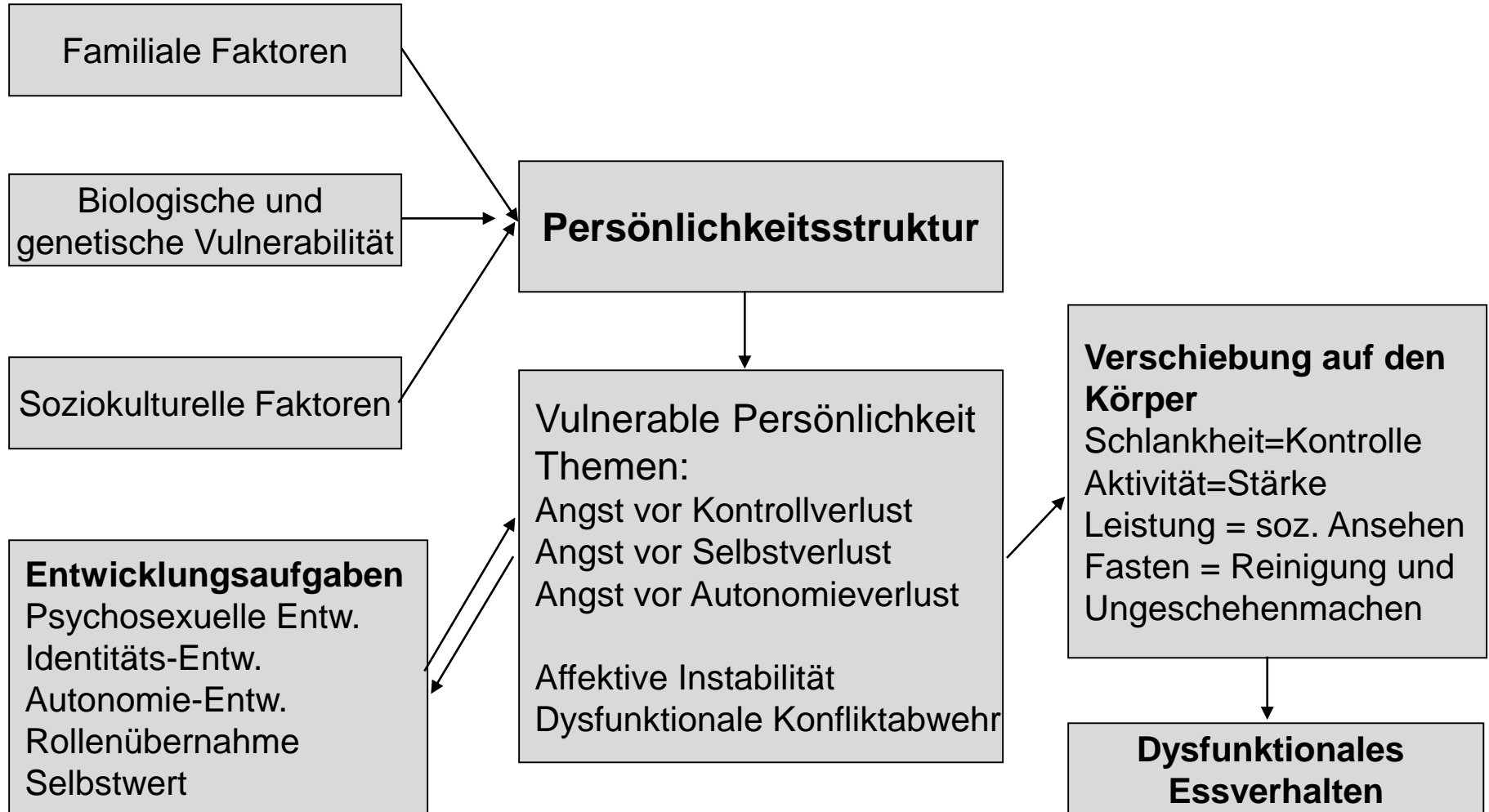
# Multifaktorielles Ursachenmodell

E. Koch (2003); nach FICHTER und REICH



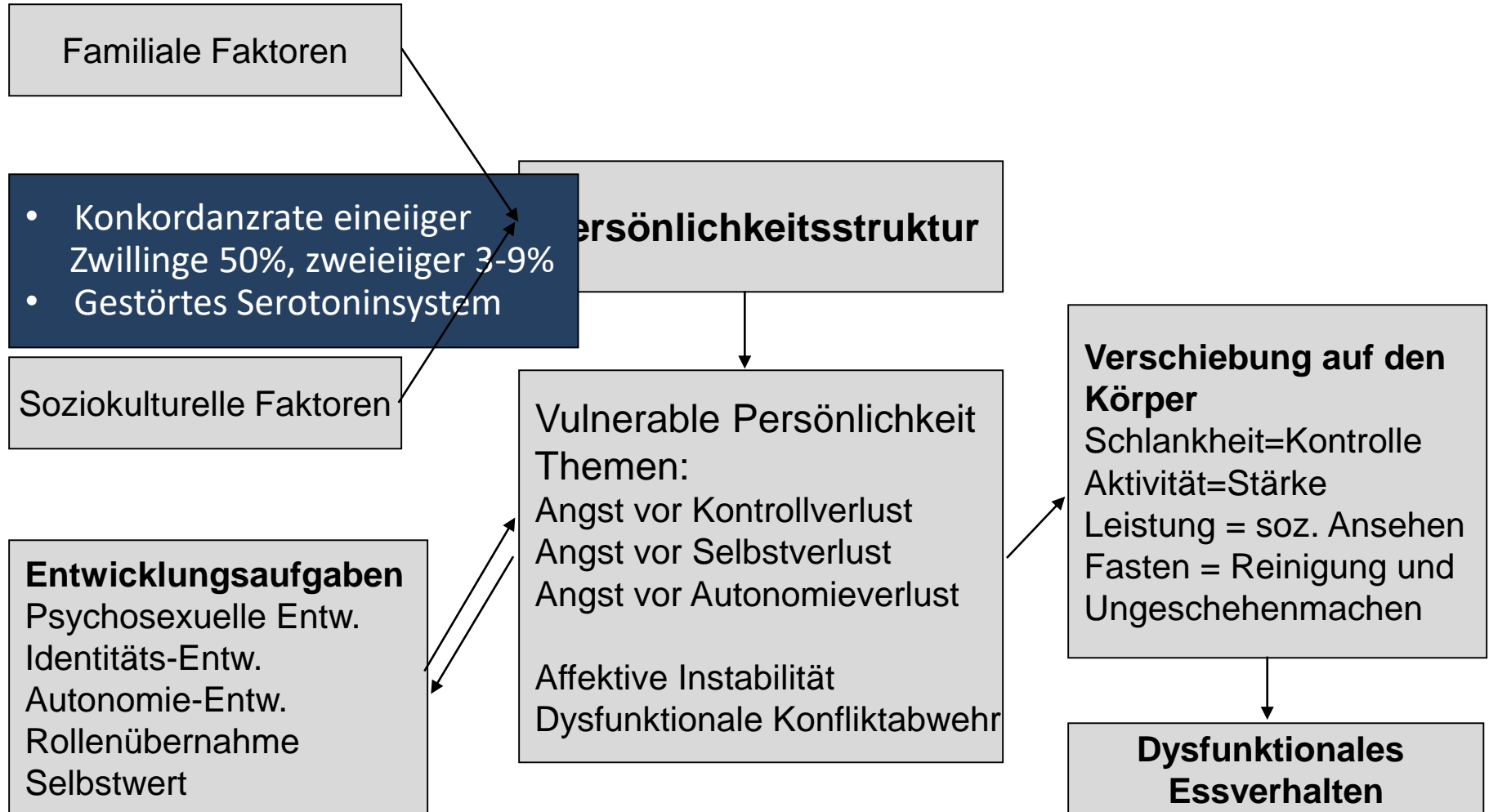
# Multifaktorielles Ursachenmodell

E. Koch (2003); nach FICHTER und REICH



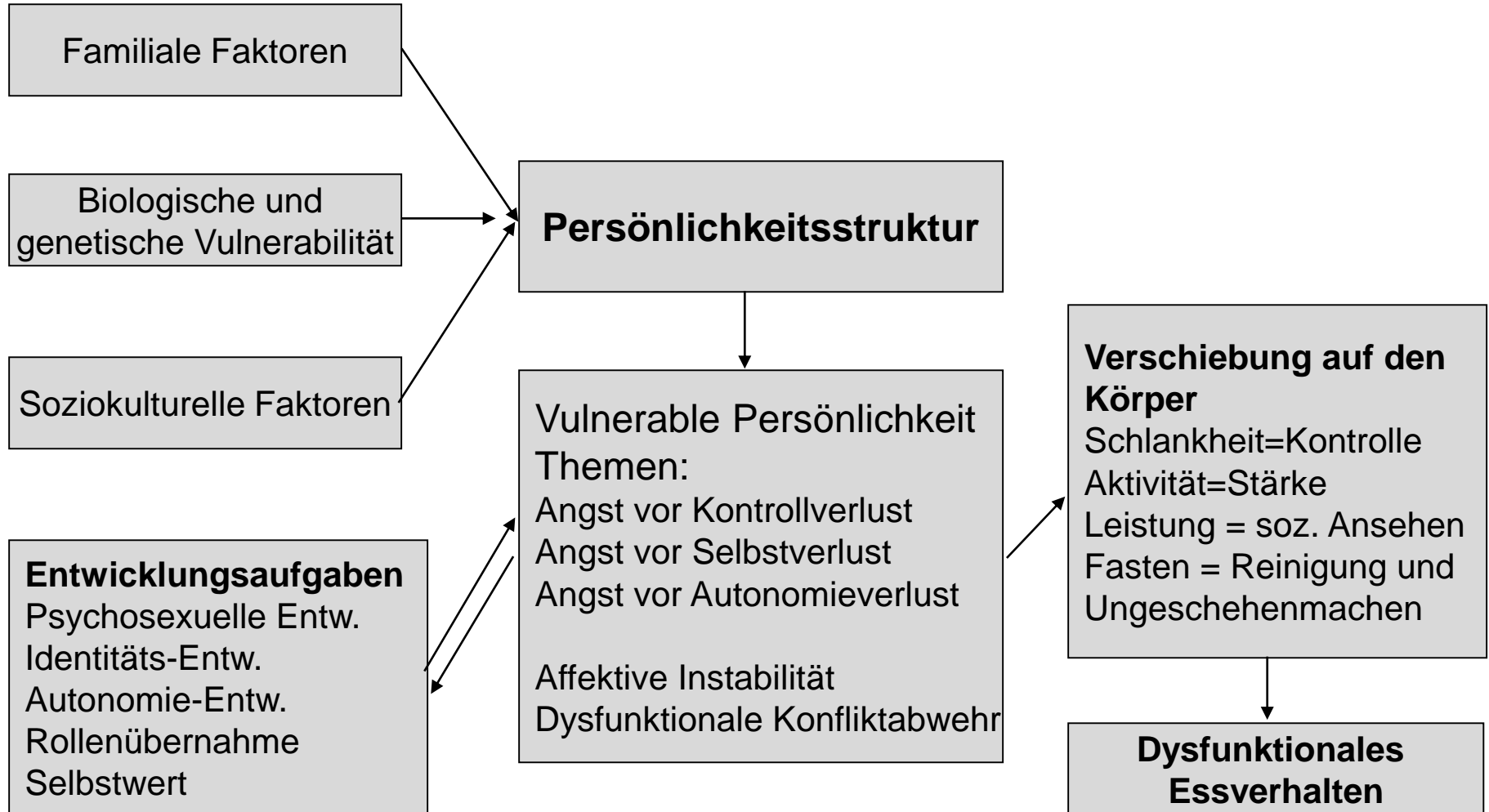
# Multifaktorielles Ursachenmodell

E. Koch (2003); nach FICHTER und REICH



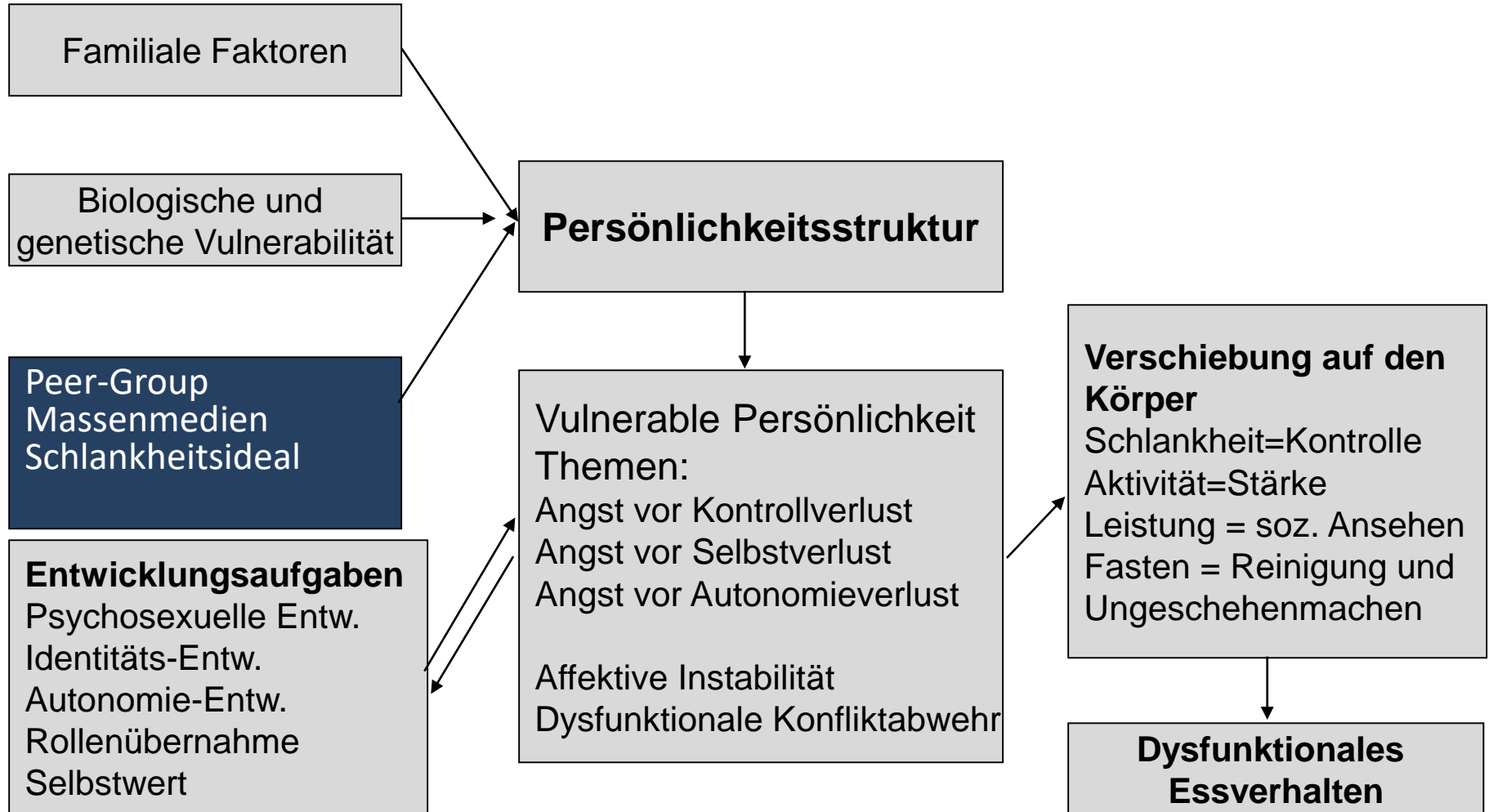
# Multifaktorielles Ursachenmodell

E. Koch (2003); nach FICHTER und REICH



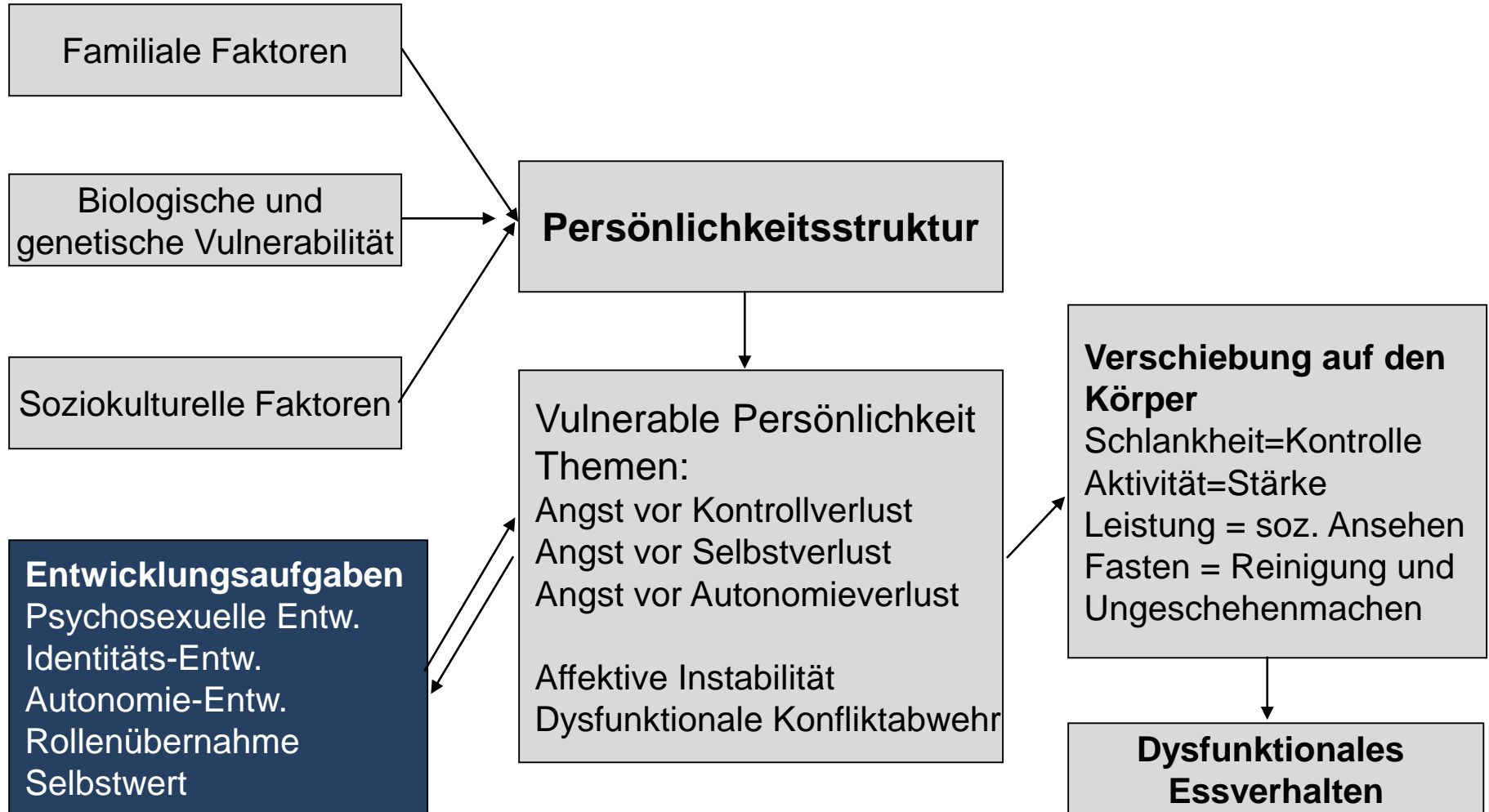
# Multifaktorielles Ursachenmodell

E. Koch (2003); nach FICHTER und REICH

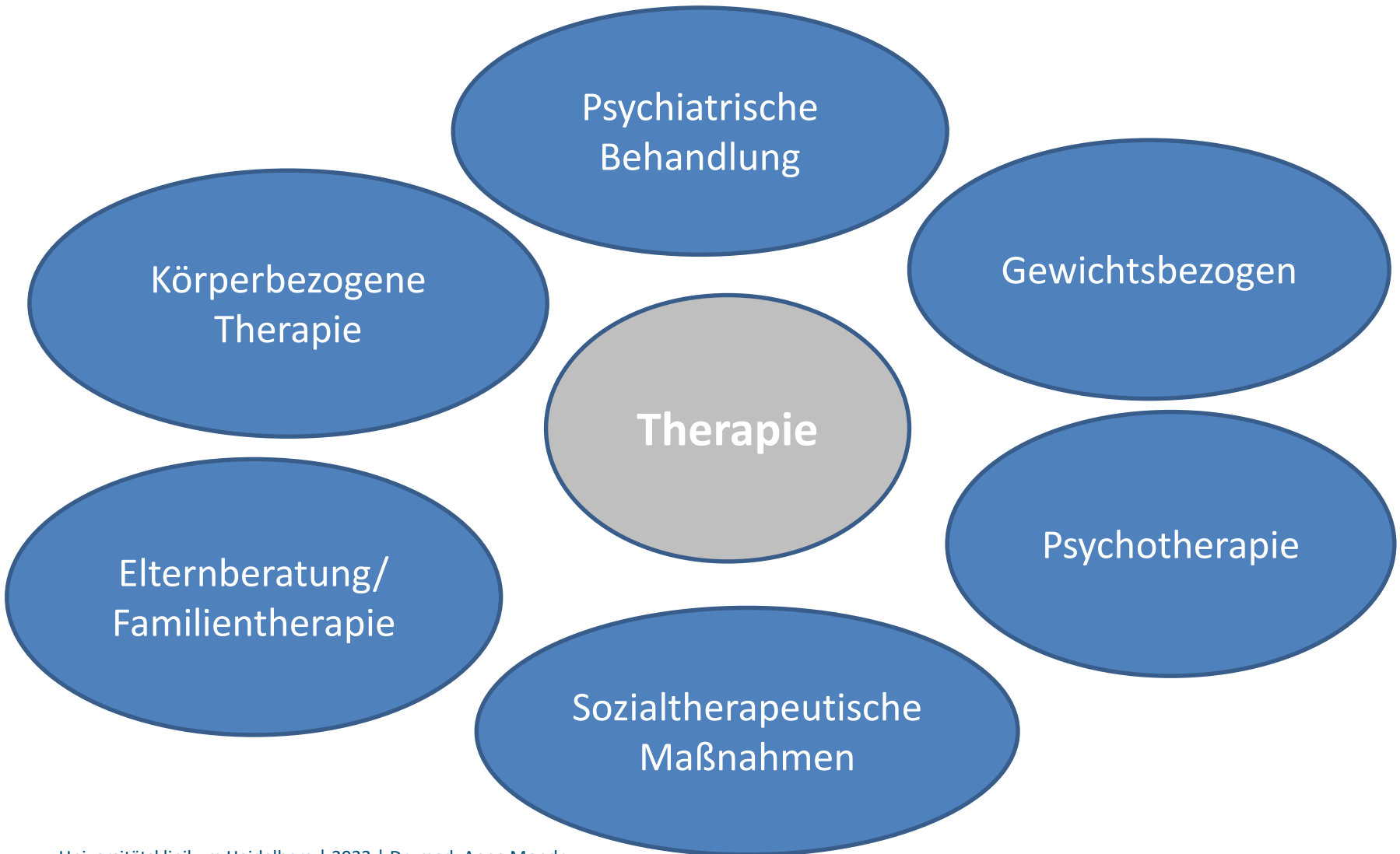


# Multifaktorielles Ursachenmodell

E. Koch (2003); nach FICHTER und REICH



# Multimodale Therapie



# Zentrale Behandlungsziele

- Motivation und Krankheitseinsicht
- Gesundes Körpergewicht (somatische Komplikationen)
- Behandlung krankheitsunterhaltender Faktoren
  - Individuum (Einstellungen, Kognitionen)
  - Familie, Umfeld
- Behandlung assoziierter psychiatrischer Symptome (Selbstwert, soziale Ängste etc.)
- Verhütung von Rückfällen



# Prognose

1/3-Regel:

- 1/3: wird innerhalb ca. 3 Jahre! gesund
- 1/3: Rezidive
- 1/3: chronisch persistierend

**Schule: ggf. wiederholte Klinikaufenthalte**

- Todesfälle im Adoleszenzalter 1-2% (Suizid, Elektrolytentgleisung etc.)  
im Erwachsenenalter ca. 6-9%
- Innerhalb aller psychiatrischen Erkrankungen:
  - Höchste standardisierte Mortalitätsrate bei weiblichen Jugendlichen und jungen erwachsenen Frauen

# Was tun?

1. Rücksprache im Kolleginnen-/ Kollegenkreis
2. Schüler\*in ansprechen:
  - Lehrkraft/Betreuer mit bestem Vertrauensverhältnis
  - Unter **4** Augen!
  - Darstellung der **eigenen** Wahrnehmung: „Ich habe den Eindruck/mache mir Gedanken“
  - Keine „Therapiegespräche“, aktives Zuhören, Ich-Botschaften
  - Das Thema Essen spielt im Erstgespräch keine Rolle. Die Lehrkraft bleibt bei dem **konkret beobachteten Verhalten**.
  - Trennung von Person und Verhalten

# Was tun?

## 3. Eltern ansprechen (ggf. mit Kolleg\*in)

- Eigene Wahrnehmung beschreiben
- Über Beratungsstellen/Institutionen informieren

Wichtig: Klarheit - Kontinuität – Konsultation

**! Es gibt keine Schuldigen!**

**Eltern = Co-Therapeuten**

Infoveranstaltungen/Elternabend  
Netzwerk mit regionalen Beratungsstellen/Institutionen  
Schulpsychologischer Dienst

# Anlaufstellen

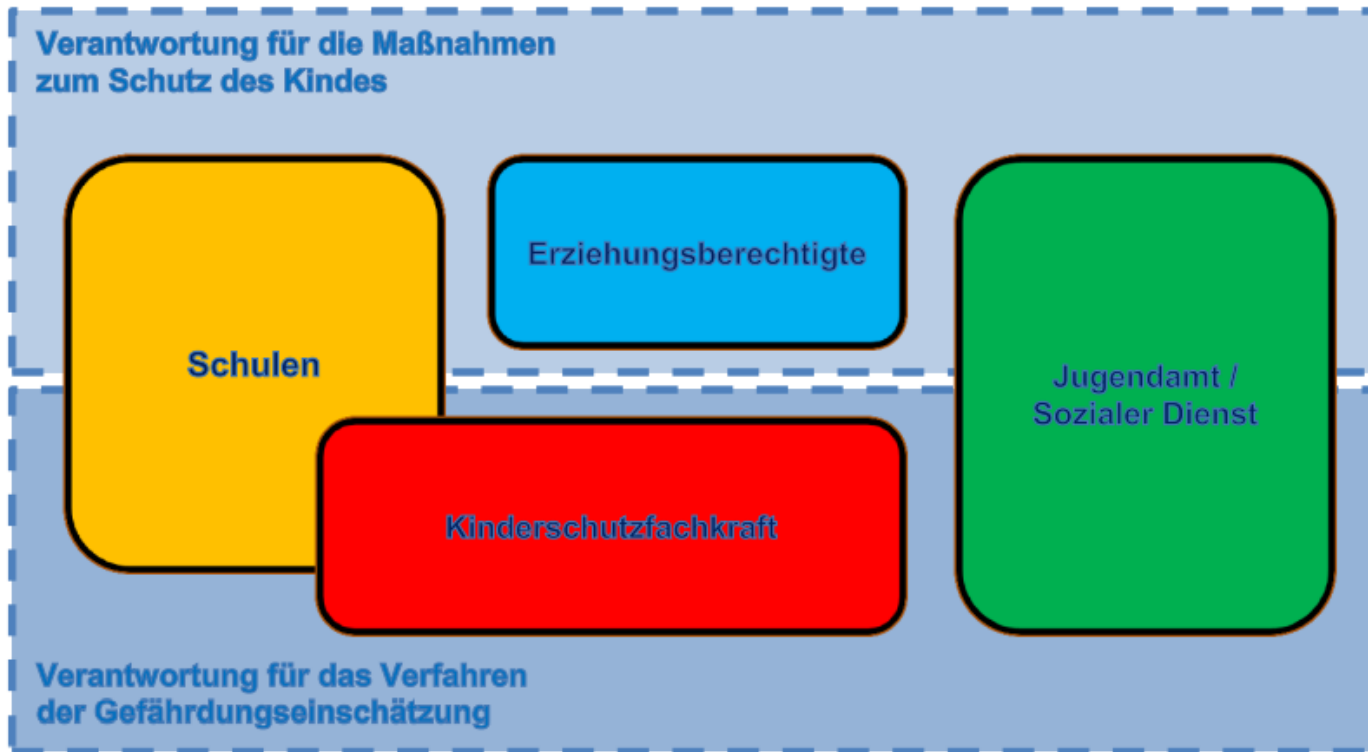
**Telefonnummer** einer Beratungsstelle/Weitervermittlung **an die Info-Tafel** für die Lehrer- und Schülerschaft!

- [www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de):
  - Broschüren
  - Informationen
  - Kurzfilme ...

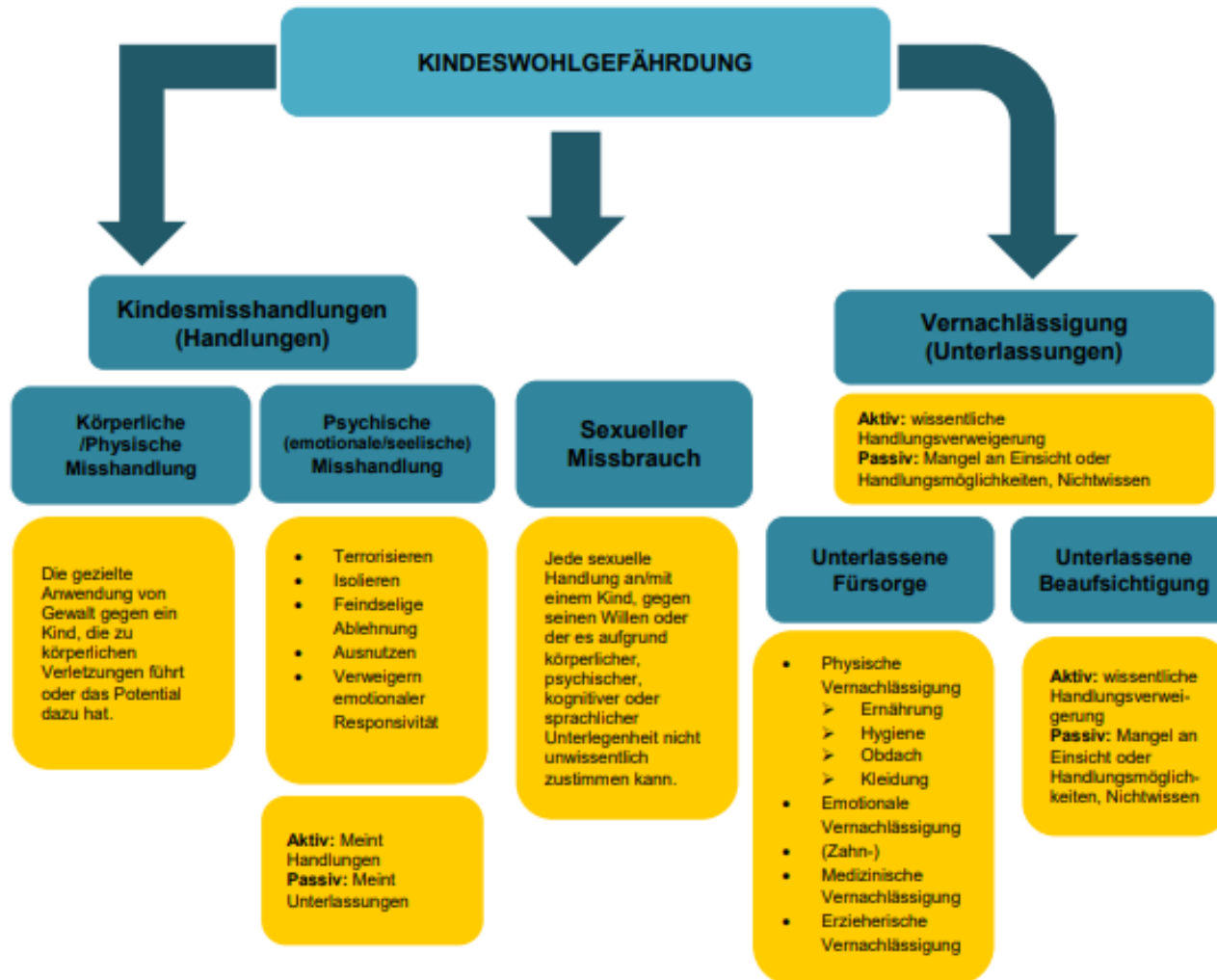
# Anlaufstellen HD und Umkreis

- VIVO e.V. (Beratung, Prävention, Selbsthilfe)
- Netzwerk Essstörungen Metropolregion Rhein-Neckar
- LuCa Heidelberg e.V.
- Fachberatungsstelle für Essstörungen im Frauengesundheitszentrum Heidelberg (FGZ)
- Hungrige Herzen e.V.
  
- Niedergelassene KJP\*innen
- Kinder- und Jugendpsychiatrie, Uniklinik HD
- Psychosomatik, Uniklinik HD

### 3. Die Verantwortungsgemeinschaft im Rahmen des § 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz



[Leitfaden-Endfassung Stand 2016\\_02\\_24.pdf \(rhein-neckar-kreis.de\)](#)



[Leitfaden-Endfassung\\_Stand\\_2016\\_02\\_24.pdf \(rhein-neckar-kreis.de\)](#)

# Die Verantwortungsgemeinschaft

## Lehrer/-in:

Seit Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes (2012) verstehen sich Lehrer als Teil der Verantwortungsgemeinschaft im Kinderschutz – Jugendhilfe & Berufsheimlichkeitsgeheimnisträger. Sie haben den Auftrag, gefährdende Situationen früh zu erkennen und gemeinsam mit den Erziehungsberechtigten, Kindern und Jugendlichen abzubauen. In Ausnahmefällen – akuten Gefährdungslagen und, wenn das Kind durch gemeinsame Gespräche in größere Gefahr geraten würde – kann auch direkt das Jugendamt involviert werden.

Sobald also Anhaltspunkte einer Kindeswohlgefährdung wahrgenommen werden, müssen diese umgehend dokumentiert und die Schulleitung informiert werden.

Es kann eine Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ (ieF) in Anspruch genommen werden. Der mögliche Grad der Kindeswohlgefährdung muss eingeschätzt, weitere Handlungsschritte entwickelt, auf die Annahme von Hilfen hingewirkt und Gespräche mit den Erziehungsberechtigten gestaltet werden (siehe auch § 38 Schulgesetz + § 4 KKG). Ist die Situation des Kindes so nicht zu verbessern, ist die Lehrkraft befugt, die Daten der Familie an das Jugendamt zu übermitteln.

[Leitfaden-Endfassung\\_Stand\\_2016\\_02\\_24.pdf \(rhein-neckar-kreis.de\)](#)



# Selbstreflexion

- Ist es auch eines meiner (Lebens)Themen?
- Wo tangiert meine Hilfsbereitschaft meine Pflichten anderen Schülerinnen und Schülern gegenüber?
- Setze ich für einen Einzelnen so viel Zeit ein, dass für die anderen in der Gruppe zu wenig Zeit bleibt?
- Wo greife ich möglicherweise unbefugt in das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen ein und überschreite meine Kompetenzen als Lehrer?
- Wo trage ich dazu bei, dass der Fall länger in der Schule behandelt wird als es vertretbar ist und nicht an eine Beratungsstelle abgegeben wird?
- Wie lange schon bleiben meine Bemühungen ohne Wirkung und es zeigt sich keine positive Veränderung bei der Betroffenen?

# Klinikschnule

## Kinderklinik

- Einige Tage nach Aufnahme: Vorstellung Klinikschule; Aufnahmebogen und Besprechung
- Individuelle Anpassung des Schulstoffs an Patienten (dient nicht dazu gesamten Schulstoff zu bearbeiten)
- Tagesstruktur und Stressreduktion
- **Vorbereitung für Zeit nach stationärem Aufenthalt** (Sportunterricht, stundenweise Wiedereingliederung etc.)
- **Kontaktaufnahme Heimatschnule**: Besprechung der Empfehlungen und Rückkehr
- **Vollständige Transparenz**. Nichts gegen den Willen der Patient\*innen

# Klinikscheule

## Kinderklinik

- Einige Tage nach Aufnahme: Vorstellung Klinikscheule; Aufnahmebogen und Besprechung
- Individuelle Anpassung des Schulstoffs an Patienten (dient nicht dazu gesamten Schulstoff zu bearbeiten)
- Tagesstruktur und Stressreduktion
- **Vorbereitung für Zeit nach stationärem Aufenthalt** (Sportunterricht, stundenweise Wiedereingliederung etc.)
- **Kontaktaufnahme Heimatschule**: Besprechung der Empfehlungen und Rückkehr
- **Vollständige Transparenz**. Nichts gegen den Willen der Patient\*innen



## Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Erarbeitung eines individuellen Therapieplans.
- Je nach Fokus und Schwerpunkt früherer oder späterer Beginn mit Beschulung
- Im Verlauf deutliche Steigerung möglich
- Gegen Ende der Behandlung ggf. Außenschulversuch

**identisch**

# Klinikscheule

## Kinderklinik

- Einige Tage nach Aufnahme: Vorstellung Klinikscheule; Aufnahmebogen und Besprechung
- Individuelle Anpassung des Schulstoffs an Patienten (dient nicht dazu gesamten Schulstoff zu bearbeiten)
- Tagesstruktur und Stressreduktion
- **Vorbereitung für Zeit nach stationärem Aufenthalt** (Sportunterricht, stundenweise Wiedereingliederung etc.)
- **Kontaktaufnahme Heimatschule**: Besprechung der Empfehlungen und Rückkehr
- **Vollständige Transparenz**. Nichts gegen den Willen der Patient\*innen



## Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Erarbeitung eines individuellen Therapieplans.
- Je nach Fokus und Schwerpunkt früherer oder späterer Beginn mit Beschulung
- Im Verlauf deutliche Steigerung möglich
- Gegen Ende der Behandlung ggf. Außenschulversuch

**identisch**

Beratung bezüglich:

- schulischer Situation (Austausch mit Klinikscheule)
- Umgang mit Patienten (Austausch mit Therapeut\*in), SPE beachten!

# Rückkehr in Klasse

- Patienten haben häufig Angst vor:
  - Stigmatisierung
  - Bewertung
  - Fragen der Mitschüler\*innen
  - Fehlender Verschwiegenheit der Lehrer (was wurde vereinbart?)

Patienten und Familien ernst nehmen

Absprachen einhalten

Transparente Kommunikation

Vielen Dank!

*Fragen und Austausch*