

AUS DEM LEHRSTUHL FÜR
PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
PROF. DR. THOMAS LOEW
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**Evaluation des Arbeits- und Leistungsverhaltens anorektischer und
bulimischer Patienten vor und nach einer Therapie in den Heiligenfeld Kliniken**

Inaugural – Dissertation
Zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Nadine Monika Hofmann

2019

AUS DEM LEHRSTUHL FÜR
PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
PROF. DR. THOMAS LOEW
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

**Evaluations des Arbeits- und Leistungsverhaltens anorektischer und
bulimischer Patienten vor und nach einer Therapie in den Heiligenfeld Kliniken**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Nadine Monika Hofmann

2019

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Loew

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Karin Tritt

Tag der mündlichen Prüfung: 07. Oktober 2019

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
1. Einleitung	8
1.1. Statistische Fakten	8
1.1.1. Anorexia-/ Bulimia nervosa	8
1.1.2. Arbeitsausfall infolge psychischer Erkrankungen	9
1.2. Heiligenfeld Klinik	13
1.2.1. Geschichte des Unternehmens	13
1.2.2. Klinikkonzept/ Philosophie	14
1.2.3. Krankheitsbilder	14
1.2.4. Therapiekonzept	15
1.3. Diagnosekriterien	17
1.3.1. Anorexia nervosa F50.0	18
1.3.2. Atypische Anorexia nervosa F50.1	19
1.3.3. Bulimia nervosa F50.2	19
1.4. Perfektionismus und Essstörungen	20
1.5. Fragestellung der Arbeit	21
2. Material und Methoden	23
2.1. Patientenauswahl	23
2.2. Beschreibung der Studienpopulation	23
2.2.1. Diagnose und Komorbidität	23
2.2.2. Alter und Geschlecht	26
2.2.3. Stationäre Therapie	26
2.2.4. Soziale Situation	26
2.2.5. Bildung und Beruf	27
2.3. Methodik	28
2.3.1. Datenerhebung	28
2.3.2. Anschreiben und Fragebögen	28
2.3.3. Rücklauf der Fragebögen	29
2.3.4. Telefoninterview	30

2.3.5. Untersuchungsinstrument: AVEM	31
2.3.5.1. Hintergrund und Ziele	32
2.3.5.2. Kategorien	33
2.3.5.3. Reliabilität und Validität	34
2.3.5.4. Auswertung in summa	34
2.3.6. Statistische Analyse und Definition der Fragestellung	37
3. Ergebnisse	39
3.1. Drop-out Analyse: Vergleich Katamnese-Stichprobe - Verweigerer	39
3.2. Gewichtsentwicklung und aktuelle Lebensumstände	43
3.3. Komorbidität bei Anorexie und Bulimie.....	51
3.4. Auswertung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster.....	52
3.4.1. Stanine-Werte zum Therapiebeginn.....	54
3.4.2. Arbeitsengagement	57
3.4.3. Ehrgeiz und Perfektionsstreben	60
3.4.4. Verausgabungsbereitschaft	64
3.4.5. Resignationstendenz.....	67
3.4.6. Widerstandskraft	69
3.4.7. Lebenszufriedenheit.....	72
3.4.8. Erleben sozialer Unterstützung	75
4. Diskussion	78
4.1. Diskussion der Stichprobe und Methodik	78
4.1.1. Stichprobe	79
4.1.2. Diagnosekriterien	81
4.1.3. Katamneseintervall und Verweildauer.....	81
4.1.4. Drop-out Quote	82
4.1.5. Methodik	83
4.2. Diskussion der Ergebnisse	85
4.2.1. Gewichtsentwicklung.....	85
4.2.2. Gesundheits- und Lebenszufriedenheit.....	89
4.2.3. Drop-out Analyse	90
4.2.4. Komorbidität	91

4.2.5. Beurteilung der Mustertypen	93
4.2.6. Zusammenhang Arbeitsengagement und Gewichtsveränderung	97
4.2.7. Veränderung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster.....	98
4.2.7.1. Ehrgeiz und Perfektionsstreben.....	98
4.2.7.2. Verausgabungsbereitschaft	100
4.2.7.3. Resignationstendenz & Widerstandskraft	101
4.2.7.4. Lebenszufriedenheit und soziale Unterstützung	103
4.2.8. Gegenüberstellung Anorexie und Bulimie.....	106
5. Schlussfolgerungen	108
6. Zusammenfassung	111
7. Anhang	113
7.1. Anschreiben	113
7.2. AVEM-Bogen.....	115
7.3. Fragebogen.....	116
7.4. Abbildungsverzeichnis.....	124
7.5. Tabellenverzeichnis.....	126
7.6. Erklärung des Eides statt	127
8. Literaturverzeichnis	128

Abkürzungsverzeichnis

ABKÜRZUNG	BEZEICHNUNG
Abb.	Abbildung
AN	Anorexia nervosa
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren
BGS98	Bundes-Gesundheitssurvey von 1998
BMI	Body-Mass- Index, Körpergewicht in kg/ Körpergröße in m ²
BN	Bulimia nervosa
d	Tage
DEGS1-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit (Mental Health)
DMS IV	Diagnostical and Statistical Manual IV
g	Gramm
ICD - 10	International Classification of Diseases (10. Revision)
IQR	Interquartilsabstand (Streuungsmaß)
kg	Kilogramm
K-S Test	Kolmogorov-Smirnow-Test
MW	Mittelwert
MPS	multidimensionale perfectionism scale
n	Anzahl der Patientinnen/ Patienten
ND	Nebendiagnose(n)

OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
p	Signifikanz
PS	Persönlichkeitsstörung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SD	Standardabweichung
SF-12	Ökonomisierte Kurzform des SF-36 (Short Form) Fragebogen zur Beurteilung der Lebensqualität
SMR	standardisierte Mortalitätsrate
SPSS	Statistic Package for Social Science
Stanine - Werte	„standard scores with nine categories“. Ergebnisse werden auf einer Neun-Punkte Skala abgebildet, der Mittelwert liegt bei 5, die Standardabweichung beträgt 2
Tbl.	Tabelle
vs.	versus
WHO	World Health Organization/ Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

1.1. Statistische Fakten

1.1.1. Anorexia-/ Bulimia nervosa

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sind nach wie vor schwerwiegende Erkrankungen mit nicht selten tödlichem Verlauf. Die standardisierte Mortalitätsrate (SMR) der Anorexia nervosa liegt bei 5,86 (1) bzw. 5,35 (2) Vergleich zur Normalbevölkerung und hat damit eine der höchsten SMR unter den psychischen Erkrankungen. Betroffen sind vor allem Frauen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter (14.-20. Lebensjahr). Dabei liegt die Prävalenz für die Anorexia nervosa in dieser Altersgruppe bei 0,5-1%, die der Bulimia nervosa 1-3%. Frauen sind fast zehnmal häufiger betroffen als Männer. Der Anteil der Männer liegt bei 5-10% (3) (4).

Das Leitsymptom der Anorexia nervosa ist das selbstinduzierte Untergewicht, ein gestörtes Körperbild und eine Fixierung auf Körpergewicht und Nahrungsaufnahme (5). Bei Erwachsenen entsprechend einem BMI (Body-Mass-Index) von $<17,5 \text{ kg/m}^2$ beziehungsweise bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der zehnten Altersperzentile. Die Folgen der Mangelernährung sind umso schwerwiegender, je früher die Unterernährung in der Entwicklung auftritt (beispielsweise Knochendichte, Gehirnentwicklung). Daneben besteht eine deutliche Verminderung des Selbstwertgefühls, welches durch eine entsprechende Kontrolle von Gewicht, Figur und Essen versucht wird zu kompensieren (6). Die 10-Jahresletalität liegt bei circa 5%. Prognostisch zeigt sich bei 46% eine gute Heilungschance, 25-30% zeigen einen mittleren bis schlechten Verlauf (7) (8).

Die Bulimia nervosa ist gekennzeichnet durch eine unkontrollierte Nahrungsaufnahme im Wechsel mit Fastenperioden und selbst induziertem Erbrechen und/ oder dem Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Schilddrüsenpräparaten sowie einer gesteigerten körperlichen Aktivität. 50% der bulimischen Patienten sind nach fünf Jahren symptomfrei, rund 20% weisen weiterhin die vollständige Symptomatik auf (9). Die standardisierte Mortalitätsrate ist

mit 1,93 (1) bzw. 1,49 (2) gegenüber der Normalbevölkerung deutlich niedriger als die der Anorexia nervosa.

Häufig zeigen sich Komorbiditäten zu weiteren psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen (4). Steinhausen (10) berichtet bei rund 24% der Patienten von einer zusätzlichen affektiven Störung, bei 25% von einer neurotischen- oder Angststörung, bei 12% von Zwangsstörungen und bei über 70% von einer Persönlichkeitsstörung. Hierbei sei jedoch erwähnt, dass die Angaben hinsichtlich der psychischen Komorbidität bei Essstörungen zum Teil sehr heterogen ausfallen. Herpertz, de Zwaan & Zipfel (11) beschreiben bei 31-97% der Patienten die Lebensdiagnose einer major Depression oder Dysthymie, bei 35-70% eine oder mehrere Angststörung(en), bei 40% eine Zwangsstörung, bei 15% eine Posttraumatische Belastungsstörung und bei 20-80% eine Persönlichkeitsstörung, insbesondere der vermeidend-selbstunsicheren, der zwanghaften und der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

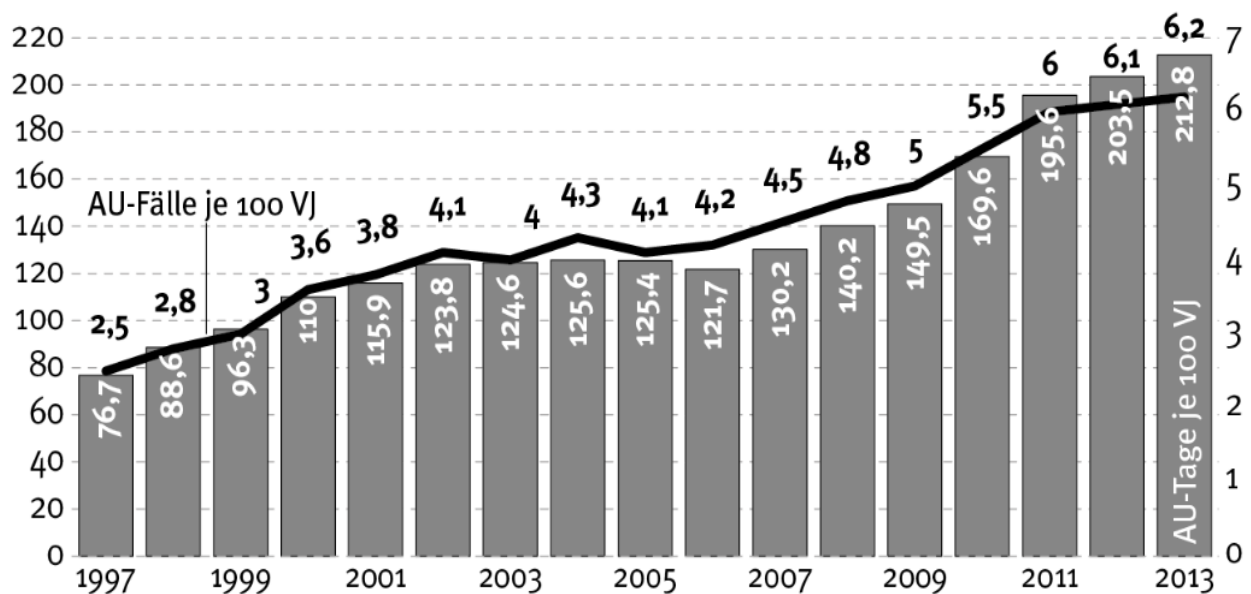
1.1.2. Arbeitsausfall infolge psychischer Erkrankungen

Psychische Störungen sind weit verbreitet und führen zu einer deutlichen Einschränkung im Arbeits- und Sozialleben. Das Lebenszeitrisiko im Verlauf des Lebens an einer psychischen Störung zu erkranken, beträgt etwa 50% (12), für AN 0,9% (Frauen) bzw. 0,3% (Männer), für die BN 1,5% (Frauen) bzw. 0,5% (Männer) (13). Rund 20% der Kinder und Jugendlichen haben bereits ein erhöhtes Risiko für eine derartige Erkrankung (14).

Ob psychische Störungen in den vergangenen Jahren tatsächlich eine steigende Tendenz zeigen, wird kontrovers diskutiert (14). Im Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 betrug die Prävalenz psychischer Störungen 31,1% für Erwachsene (15). Im BGS98 untersuchte das Robert-Koch-Institut erstmalig die deutsche Gesamtgesellschaft hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes. Die Studie lief von 1997-1999 und schloss über 7000 Personen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren ein (16).

Manche Experten vermuten, dass psychische Störungen stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit gekommen sind und gesamtgesellschaftliche Veränderungen zu einer stärkeren Wahrnehmung führen. Allerdings zeigt sich nachweisbar, dass der Anteil an Krankschreibungen und Arbeitsausfallzeiten infolge psychischer Erkrankungen deutlich zugenommen hat (siehe auch Abbildung 1). Auch die Bundesverbände der Krankenkassen dokumentieren eine zunehmende, vor allem finanzielle Bedeutung von AU-Tagen bei psychischen Störungen (17) (18). Während der Krankenstand insgesamt in den vergangenen Jahren rückläufig ist (19), nimmt der Anteil an Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung durch psychische Erkrankungen stetig zu (20) (21) (22).

Abb. 1: AU-Tage und Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Störungen (23)



Quelle: AU-Daten der DAK Gesundheit 1997-2013

Nach den Daten der Gesetzlichen Krankenversicherungen sind psychische Diagnosen nach Muskel-/ Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Atemwegserkrankungen auf dem 4. Platz der Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit, mit deutlich steigender Tendenz. Abhängig von der zugrundeliegenden Statistik finden sich psychische Erkrankungen bereits an dritter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten für AU-Tage (20). Zudem ist die Dauer der Krankschreibung bei

psychischer Genese im Durchschnitt deutlich länger als bei anderen Diagnosen. Die Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeit durch ein seelisches Leiden nimmt mit dem Alter zu. Die höchsten Quoten unter Männern liegen zwischen dem 55. und dem 59. Lebensjahr, bei Frauen zeigt sich ein ähnliches Verhalten, allerdings ist die Quote und das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit nochmal deutlich höher (23).

Essstörungen wie Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa machen zwar nur einen verhältnismäßig geringen Anteil an psychischen Störungsbildern aus, sind aber meist mit einem langjährigen und chronischen Verlauf assoziiert. Abbildung 2 zeigt die Prävalenz psychischer Störungen, einschließlich dem Anteil der Essstörungen an psychischen Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, aufgeteilt in Frauen und Männer im Alter zwischen 18-65 Jahren (24).

Abb. 2: Prävalenz psychischer Störungen (24)

12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Bundesgesundheitsurvey 1998/99, Zusatzsurvey „Psychische Störungen“; Alter: 18–65 Jahre; N=4.181)											
Diagnose (DSM-IV)	Frauen				Männer				Gesamt		
	Gesamt [%] ^a	18–34 [%]	35–49 [%]	50–65 [%]	Gesamt [%]	18–34 [%]	35–49 [%]	50–65 [%]	[%]	95% KI ^b	In Millionen ^k
Psychische Störung aufgrund medizinischem Krankheitsfaktor	1,9	2,0	1,7	2,1	0,8	0,5	0,2	1,7	1,3	1,0–1,7	0,6
Irgendeine Substanzstörung ^b	1,7	2,9	1,7	0,6	7,2	12,3	5,3	3,6	4,5	3,9–5,2	2,2
Alkoholmissbrauch/ Abhängigkeit	1,3	1,9	1,6	0,4	6,8	10,7	5,5	3,7	4,1	3,5–4,8	2,0
Missbrauch oder Abhängigkeit illegaler Substanzen	0,5	1,1	0,1	0,2	1,0	2,5	0,3	0,0	0,7	0,5–1,0	0,3
Mögliche psychotische Störung ^c	2,5	3,2	1,9	2,4	2,6	2,6	3,2	1,9	2,6	2,1–3,1	1,2
Irgendeine affektive Störung	15,4	13,4	16,8	15,9	8,5	9,4	8,5	7,6	11,9	11,0–13,0	5,8
Major Depression	11,2	9,5	12,7	11,3	5,5	6,0	5,5	4,8	8,3	7,5–9,2	4,0
Dysthyme Störung	5,8	3,7	6,1	7,6	3,2	2,6	3,4	3,8	4,5	3,9–5,2	2,2
Irgendeine bipolare Störung ^d	1,1	1,2	1,5	0,5	0,6	1,0	0,7	0,0	0,8	0,6–1,2	0,4
Irgendeine Angststörung ^e	19,8	20,0	19,4	19,9	9,2	8,0	10,0	9,7	14,5	13,4–15,6	7,0
Panikstörung ^f	3,0	3,4	3,4	2,4	1,7	1,0	2,0	2,1	2,3	1,9–2,8	1,1
Agoraphobie (ohne Panikstörung)	3,1	2,0	2,9	4,4	1,0	0,9	1,1	0,9	2,0	1,7–2,5	1,0
Soziale Phobie	2,7	3,1	2,7	2,2	1,3	1,9	0,7	1,4	2,0	1,6–2,5	1,0
Generalisierte Angststörung	2,1	1,1	2,9	2,2	1,0	0,5	0,9	1,8	1,5	1,2–1,9	0,7
Irgendeine spezifische Phobie ^g	10,8	11,9	9,7	10,7	4,5	4,2	4,7	4,6	7,6	6,9–8,5	3,7
Zwangsstörung	0,9	1,0	0,9	0,8	0,6	0,4	1,0	0,3	0,7	0,5–1,0	0,4
Irgendeine somatoforme Störung ^h	15,0	14,9	15,2	14,7	7,1	5,7	7,3	8,6	11,0	10,1–12,1	5,4
Unterschwellige somatoforme Störung	5,5	4,1	5,1	7,4	3,1	2,1	3,6	3,8	4,3	3,7–5,0	2,1
Schmerzstörung	11,4	11,2	12,2	10,7	4,9	4,0	4,5	6,4	8,1	7,30–9,1	4,0
Irgendeine Essstörung ⁱ	0,5	1,0	0,5	0,0	0,2	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2–0,6	0,2
Irgendeine der genannten	37,0	38,0	36,5	36,5	25,3	27,4	25,9	22,2	31,1	29,7–32,6	15,1
Anzahl der Diagnosen (bei Vorliegen mindestens einer Diagnose)	[%] ^j	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]		
1	56,3	57,5	55,5	55,7	66,5	69,6	67,5	61,0	60,5		
2	21,5	23,8	20,3	20,4	15,5	16,1	18,9	21,3	20,3		
3	9,7	8,3	9,2	11,6	8,0	7,8	8,5	7,8	9,0		
>3	12,6	10,4	10,9	12,3	7,0	6,5	19,7	10,0	10,3		

^a 12-Monats-Prävalenzen; Daten gewichtet nach Alter, Geschlecht und Designfaktoren. ^b Missbrauch oder Abhängigkeit (ohne Nikotin). ^c Screening für Schizophrenie und andere psychotische Störungen ohne weitere Differenzialdiagnose (einschließlich psychotischer Merkmale im Zusammenhang mit affektiven Störungen). ^d Bipolar I oder bipolar II. ^e Einschließlich Zwangsstörung, ohne posttraumatische Belastungsstörung. ^f Mit oder ohne Agoraphobie. ^g Tier-, Umwelt-, Blut-Spritzen-Verletzungs-, situativer oder anderer Typus. ^h Somatisierungsstörung, unterschwellige somatoforme Störung (Somatic Symptom Index SSI4,6; [40]), Hypochondrie, Schmerzstörung. ⁱ Anorexia nervosa, atypische Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, atypische Bulimia nervosa. ^j 95%-Konfidenzintervall. ^k Grundgesamtheit: 48,6 Mia. Bundesbürger von 18–65. ^l Proportionen.

1.2. Heiligenfeld Klinik

Die folgenden Informationen zu den Heiligenfeld Kliniken und dem speziellen Therapiekonzept bei Essstörungen wurden der Homepage der Heiligenfeld Klinik (25), sowie den dort zum Download zur Verfügung stehenden Seiten entnommen (26) (27) (28). Ein genauerer Einblick in den Ablauf des Behandlungspfades bei essgestörten Patientinnen und Patienten konnte durch Gespräche mit Mitgliedern des Behandlungsteams gewonnen werden.

1.2.1. Geschichte des Unternehmens

Die Heiligenfeld Kliniken wurden 1990 von Fritz Lang und Dr. Joachim Galuska gegründet. Die erste Klinik entstand in Bad Kissingen mit zunächst 25 Mitarbeitern und 43 Betten. Inzwischen umfasst das Unternehmen über 800 Mitarbeiter in sechs Kliniken: Parkklinik Heiligenfeld (Privatklinik), Fachklinik Heiligenfeld (spezielle Behandlungsgruppe bei religiösen/ spirituellen Krisen), Rosengarten Klinik Heiligenfeld (Behandlungskonzepte für Menschen aus sozialen Berufen) Luitpoldklinik Heiligenfeld, Heiligenfeld Klinik Uffenheim, Heiligenfeld Klinik Waldmünchen (Schwerpunkt Familientherapie) sowie eine Akademie und eine Unternehmensberatung.

Es entstand eine Philosophie, die sich durch soziale, ökonomische, spirituelle und wirtschaftliche Aspekte auszeichnet. Für seine nachhaltige Wirkung in medizinischen und wirtschaftlichen Aspekten wurde das Unternehmen bereits mehrfach ausgezeichnet.

1.2.2. Klinikkonzept/ Philosophie

Im Zentrum der Patientenversorgung steht dessen Ganzheitlichkeit. Jeder Mensch steht mit seinem körperlichen und seelischen Leiden im Mittelpunkt. Der gegenseitige Umgang ist geprägt durch die Grundprinzipien der Achtsamkeit, des Respektes und der Offenheit. Dabei werden alle Ebenen - die Seele, der Körper, die geistig-spirituelle, die soziale und berufliche Ebene - mit einbezogen. Der Patient wird aktiv in die Behandlungsplanung integriert und in die Gestaltung mit einbezogen. Während des Therapieprozesses soll eine zunehmende Stärkung dieser Selbststeuerung erfolgen, die gegen Ende der Therapie zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung befähigen soll.

1.2.3. Krankheitsbilder

In den Heiligenfeld Kliniken werden Erkrankungen aus dem gesamten Bereich der psychosomatischen und seelischen Störungen behandelt. Essstörungen (u.a. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) sind eine spezielle Behandlungsindikation. Bei Aufnahme sollte ein Body-Mass Index (BMI) von mindestens 14 kg/m² vorhanden sein.

Essstörungen treten häufig in Kombination mit anderen psychischen Störungen auf, die ebenfalls mit behandelt werden. Hierzu zählen beispielsweise depressive Störungen, Angst-/ Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Borderline-Störungen oder Persönlichkeitsstörungen.

1.2.4. Therapiekonzept

Die klinischen Leitlinien und Behandlungspfade ergeben sich aus der Diagnosestellung nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

Für die Behandlung von Essstörungen (insbesondere Anorexia nervosa F50.0 und Bulimia nervosa F50.2) wurde in den Heiligenfeld Kliniken ein spezieller Behandlungspfad entwickelt, der sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften für Essstörungen orientiert. Bei bestehenden Komorbiditäten, wird dieser mit weiteren Therapieoptionen kombiniert.

Zunächst erfolgt die Indikationsstellung für die stationäre Aufnahme, welche gegebenenfalls ein Vorgespräch einschließt und die Zuweisung in die entsprechende Gruppe vorsieht. Dies ermöglicht die individuelle Planung eines Behandlungskonzeptes für jeden einzelnen Patienten. Inhalt dabei ist auch Behandlungsmaßnahmen, Grundprinzipien, Komplikationen und v.a. die Ziele der Therapie gemeinsam zu erarbeiten. Die Entscheidung für die Gruppenzugehörigkeit ist dabei u.a. abhängig von der Integrationsfähigkeit und dem Strukturniveau entsprechend der Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), der Selbstregulation und Selbststeuerung, der Beziehungsfähigkeit, der Konfliktfähigkeit und Frustrationstoleranz sowie der Fähigkeit eigene Ressourcen und Kompetenzen zu erkennen und anzunehmen. Hierzu zählen auch die Möglichkeiten der Unterstützung durch das soziale oder berufliche Umfeld.

Menschen mit Essstörungen haben häufig einen langen Leidensweg hinter sich, bevor sie bereit sind professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Oft ziehen sich Betroffene aus Beziehungen, Freundschaften und der Familien in die Heimlichkeit und Einsamkeit zurück. Vorrangige Therapieziele der ganzheitlichen stationären Psychotherapie sind deshalb das Wiedererlernen eines angemessenen Essverhaltens, Reduktion von therapiegefährdenden Verhaltensmustern, Modifikation der Körperbildstörung, Training sozialer Kompetenzen, Aufbau eines positiven Selbstbildes und Wiedererlangung von Alltagsfertigkeiten. Darüber hinaus geht es darum, einem chronischen Krankheitsverlauf entgegenzuwirken und Langzeitfolgen zu vermeiden.

Betroffene werden durch Information und Übung zur Verhaltensänderung motiviert. Das Angebot umfasst dabei allgemeine Informationen über die Erkrankung, ihre Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten. Zentrale Themen zur Problematik der Essstörung werden vermittelt und die Bedeutung für die eigene Krankheitsverarbeitung und Verhaltensänderung erlebbar gemacht. Neue Wege und Handlungsalternativen werden nach entsprechender Wissensvermittlung in Kleingruppen eingeübt, um diese als "Werkzeuge" im Alltag einsetzen und erproben zu können. Voraussetzungen hierfür sind eine stabile Beziehung zum- und innerhalb des therapeutischen Teams, sowie eine eindeutige und klar kommunizierte Therapiestrukturierung.

Um diese Ziele zu verwirklichen nimmt jeder Patient sowohl an einer allgemeinen Psychotherapiegruppe, der sogenannten Kerngruppe (einmal wöchentlich), als auch an der Spezialgruppe für Essstörungen (viermal wöchentlich) teil. Darüber hinaus werden je nach Beschwerdebild weitere spezifische Therapien (wie zum Beispiel Arbeits- und Sozialtherapie, Milieuthherapie, „Achtsamkeitstraining“, Entspannungsverfahren, Meditation usw.) durchgeführt. Die Behandlung wird von einem festen Arzt/ Psychologen begleitet, der auch als fester Ansprechpartner während des gesamten stationären Aufenthaltes gilt. Mit ihm erfolgen indikationsspezifische Einzelgespräche sowie die Gruppentherapie.

In der Kerngruppe geht es darum, im Gruppenkontext Alltagsschwierigkeiten aufzudecken, irrationale Einstellungen zu überdenken und neue Perspektiven zu entwickeln und auszuprobieren.

Die spezielle Therapie für anorektische und bulimische Patienten ist dabei in einem 2-Phasen Modell aufgebaut. Die erste Phase ist dabei ausschließlich verhaltenstherapeutisch organisiert. Am Anfang der Therapie steht eine Gewichtszielvereinbarung und es werden die Intervalle der regelmäßigen Gewichtskontrolle festgelegt, was in Form eines Essvertrages fixiert wird. Außerdem wird das Ausmaß sportlicher Aktivitäten geklärt. Bewegungstherapie, strukturgebende Bewegung und progressive Muskelentspannung finden wöchentlich statt und werden individuell vereinbart. In dieser Phase sitzen die Patientinnen und Patienten am sogenannten Esslerntisch mit Esstischbegleitung. Die Essstrukturgruppe findet viermal in der Woche statt. Es wird ein Bewegungs- und Esslerntagebuch geführt und die Therapieziele überwacht. Diese „Teilstrecke“ im

Therapieverlauf dauert ungefähr 1-2 Wochen. Erst wenn die Ziele und Strukturveränderungen der Verhaltenstherapie erlernt und umgesetzt werden können, erfolgt der Übergang in die zweite Phase. Diese Phase ist tiefenpsychologisch ausgerichtet. Ziele sind die Wissensvermittlung über die Erkrankung und eine zunehmende Eigenverantwortung der Nahrungsaufnahme. Mit verschiedenen Methoden der Körperarbeit soll die Körperwahrnehmung erlernt bzw. verändert werden. Zudem erfolgt die Auseinandersetzung mit der zugrundeliegenden Problematik, auch um möglichen Rückfällen vorzubeugen. Bei Bedarf finden in dieser Phase auch Paar- und Familientherapie statt. Ein weiterer Bestandteil ist es, soziale Kompetenzen zu trainieren, um die Integration in ein soziales Netzwerk zu ermöglichen. Auch das Erlernen eigenständigen Einkaufens und Kochens ist wesentlicher Therapieinhalt.

Zum Abschluss der Therapie werden weitere Maßnahmen und Optionen der Nachsorge besprochen (beispielsweise ambulante Psychotherapie, Selbsthilfegruppen) und diese gegebenenfalls gemeinsam geplant und organisiert.

1.3. Diagnosekriterien

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist ein weltweit angewandtes Diagnoseklassifikationssystem in der Medizin. Die ICD-10 –Klassifikation ist der Nachfolger der bis 1999 in Deutschland und Österreich geltenden ICD-9. Grundlage ist eine deskriptiv-psychopathologische Befunderhebung mit dem Ziel einer gewissen Objektivität in der Diagnosestellung psychischer Erkrankungen. An der Entwicklung dieser „Klinisch-diagnostischen Leitlinien“ waren Wissenschaftler aus 40 Ländern beteiligt. Die Herausgabe erfolgte 1992 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (29). Aktuell wird die Version 11 erarbeitet.

1.3.1. Anorexia nervosa F50.0

Diagnosekriterien nach ICD-10: (30)

A.	Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme. Dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15% unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht.
B.	Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von „fett machenden“ Speisen.
C.	Selbstwahrnehmung als „zu fett“ verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
D.	Umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden; sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interessensverlust an Sexualität und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen dar, die eine Hormonsubstitution erhalten (meist als kontrazeptive Medikation).
E.	Die Kriterien A. und B. für eine Bulimia nervosa (F50.2) werden nicht erfüllt.

Folgende Symptome bestätigen die Diagnose, sind aber nicht obligat:

Selbst induziertes Erbrechen, selbst induziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten und Gebrauch von Appetitzüglern und/ oder Diuretika.

F50.00: Asketische oder restriktive Form der Anorexia nervosa: Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme.

F50.01: Aktive oder bulimische Form der Anorexia nervosa: Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme.

1.3.2. Atypische Anorexia nervosa F50.1

Störung, die einen Teil der Merkmale der Anorexia nervosa erfüllt, bei denen aber das gesamte klinische Bild diese Diagnose nicht rechtfertigt (31).

1.3.3. Bulimia nervosa F50.2

Diagnosekriterien nach ICD-10: (30)

A.	Häufige Episoden von Fressattacken (in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche), bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
B.	Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen (Craving).
C.	Die Patienten versuchen, der Gewichtszunahme durch die Nahrung mit einer oder mehreren der folgenden Verhaltensweisen entgegenzusteuern: 1. selbst induziertes Erbrechen 2. Missbrauch von Abführmitteln 3. zeitweilige Hungerperioden 4. Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
D.	Selbstwahrnehmung als „zu fett“, mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden (was meist zu Untergewicht führt).

1.4. Perfektionismus und Essstörungen

Perfektionismus ist ein multidimensionales Konstrukt von extremen und unerreichbaren Ansprüchen ohne Toleranz für Fehler und zählt zu den begünstigenden Faktoren einer Essstörung, insbesondere der Anorexia nervosa (32). Einige Studien [u.a. Waldman et al (5), Srinivasagam et al (33), Hewitt & Flett et al (34), Halmi et al (35)] unterstützen die Vorstellung, dass ein hochnormales Perfektionsstreben ein wesentliches Persönlichkeitsmerkmal essgestörter Patienten ist. Auch Goodwin (36) konnte in seinen Untersuchungen die positive Korrelation von Gewichts-, Ess- und Figursorgen mit einem hohen Maß an Selbstanspruch und Selbstkritik zeigen. Betroffene zeigen eine starke Tendenz zu sogenannten „dichotomen“ Denkweisen, in welchem nur das „Sehr gut“ oder „Versagen“ existiert (6). Perfektionismus ist damit sowohl Risiko- als auch aufrechterhaltender Faktor einer Essstörung. Die extrem hohen und anspruchsvollen Leistungsstandards, die angestrebt werden, bilden die Grundlage der Selbstbewertung, die Betroffene für sich festlegen. Dies hat Forscher angeregt, die Symptome der Essstörung als Ausdruck für Perfektionismus zu werten, speziell im Bereich Ernährung, Gewicht und Figur und nicht nur als eine Komorbidität zu sehen.

Ein überdurchschnittlicher Perfektionismus zeigte sich insbesondere auch bei Eltern anorektischer Patienten im Vergleich zu Eltern einer gesunden Kontrollgruppe (32).

Untersuchungen die sich mit der Beziehung zwischen Perfektionismus sowie dem Essen und den damit verbundenen psychopathologischen Merkmalen bei Personen mit Anorexie beschäftigten, enthüllen positive Assoziationen mit Zwangsstörungen und/ oder einer zwanghaften Persönlichkeit. Bei gleichzeitiger Tendenz zum Perfektionismus zeigte sich gehäuft ein schwererer Grad der Erkrankung (niedrigerer BMI), sowie ein schlechteres Therapieoutcome und Prognose (32). Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen einem gestörten Körperbild und dem Perfektionsstreben (5).

Forschungen über Perfektionismus bei Anorexie basieren meist auf Selbstberichten Betroffener. Lloyd et al (37) verwendeten neuartige leistungsorientierte Maßnahmen und konnten einen empirischen Beweis für erhöhten Perfektionismus bei Anorexia nervosa zeigen. Zudem ergaben sich Hinweise, dass Perfektionismus bei Anorexie im Vergleich zu anderen Erkrankungen höher ist.

Selbstberichte und klinische Erfahrungen bestätigen den erhöhten Perfektionismus bei Anorexia nervosa. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass korrekte Selbstberichte einen gewissen Grad an Einsicht und Akzeptanz gegenüber der Krankheit erfordern. Die klinische Erfahrung zeigt aber, dass anorektische Patienten oft den Grad des Perfektionismus unterschätzen.

1.5. Fragestellung der Arbeit

Wie aus der bisherigen Schilderung hervorgeht sind Essstörungen wie die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa Erkrankungen mit oft langjährigem und chronischem Verlauf. Neben den erheblichen gesundheitlichen Konsequenzen bestehen aber auch finanzielle und volkswirtschaftliche Folgen.

In einigen Studien werden anorektische Patienten als sehr leistungsorientiert, zielstrebig und perfektionistisch beschrieben. Ziel der Studie soll die Evaluation des Arbeits- und Leistungsverhaltens anorektischer und bulimischer Patienten vor und nach einer Therapie in den Heiligenfeld Kliniken sein.

Im Vergleich zur Literatur sollen folgende Hauptfragestellungen untersucht werden:

1. Wie sind die Gewichtsentwicklung und die Lebensumstände/ -zufriedenheit zum Katamnesezeitpunkt?
2. Gibt es einen Unterschied hinsichtlich der psychischen Begleitdiagnosen zwischen den anorektischen und bulimischen Patientinnen und Patienten?
3. Ist Leistungsbereitschaft eine Funktion der Gewichtsentwicklung?
4. Konnten durch die Therapie in den Heiligenfeld Kliniken Veränderungen in den arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern erreicht werden?
 - a. Welchen Arbeits- und Leistungsanspruch stellen Patientinnen/ Patienten mit Anorexie oder Bulimie vor und nach einer Therapie in den Heiligenfeld Kliniken an die eigene Person?

- b. Konnte durch die therapeutischen Maßnahmen etwas an der Verausgabungsbereitschaft der Patientinnen/ Patienten verändert werden?
- c. Konnte durch die Therapie eine Verbesserung im Umgang mit Misserfolgen erzielt werden?
- d. Ist es gelungen durch die Behandlung in den Heiligenfeld Kliniken die Lebenszufriedenheit und das Erleben sozialer Unterstützung zu verbessern?

2. Material und Methoden

2.1. Patientenauswahl

In die vorliegende Studie wurden alle Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die sich im Zeitraum vom 01.02.2010 bis 01.03.2015 zur stationären Behandlung einer Anorexia nervosa, atypischen Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa (F50.0, F50.1 oder F 50.2 entsprechend den ICD-10 Kriterien) in der Heiligenfeld Klinik Rosengarten, Parklinik Heiligenfeld oder der Fachklinik Heiligenfeld in Bad Kissingen befanden. Das Kollektiv umfasst 96 Patienten. Das Einverständnis zur katamnestischen Nachbefragung wurde zu Beginn der stationären Therapie von den Patientinnen und Patienten eingeholt. 22 Patientinnen/ Patienten (23%) lehnten die Teilnahme an einer poststationären Kontaktaufnahme im Vorfeld ab und entfielen deshalb für die Erhebung von Katamnesedaten.

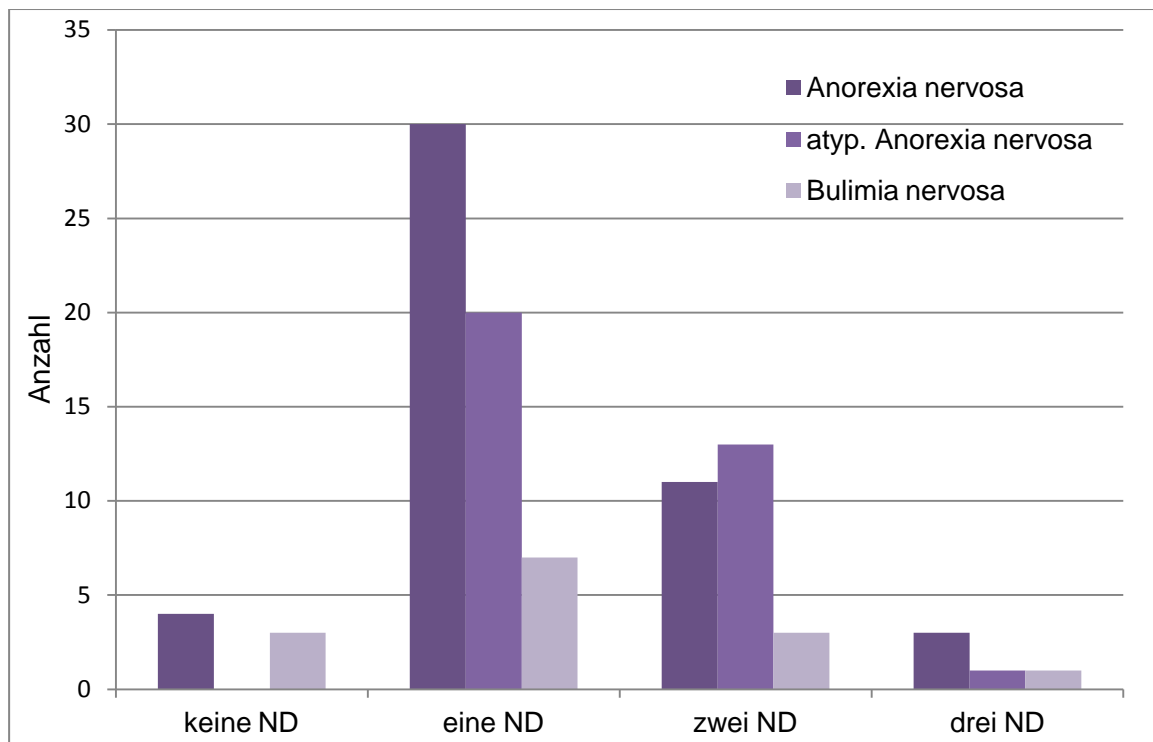
2.2. Beschreibung der Studienpopulation

2.2.1. Diagnose und Komorbidität

In der untersuchten Studienpopulation hatten 48 (50%) der Patienten entsprechend der ICD-10 Kriterien eine Anorexia nervosa (F 50.0), 34 (35%) eine atypische Anorexia nervosa (F 50.1) und 14 (15%) eine Bulimia nervosa (F50.2) kodiert. Für die weiteren Beobachtungen werden die atypische Anorexia nervosa und Anorexia nervosa zu einer Gruppe zusammengefasst.

Zudem ließen sich bei 57 (60%) eine weitere Nebendiagnose, bei 27 (28%) zwei weitere Nebendiagnosen und bei fünf (5%) drei weitere Nebendiagnosen nachweisen. Lediglich sieben (7%) hatten keine weitere psychiatrische Diagnose kodiert (siehe auch Abbildung 3).

Abb. 3: Anzahl der Nebendiagnosen in Abhängigkeit der Hauptdiagnose



ND = Nebendiagnose(n)

Bei genauerer Beschreibung der Nebendiagnosen zeigten 73 (76%) eine Depression, neun (9%) eine Angststörung, zehn (10%) eine Zwangsstörung, 24 (25%) eine Persönlichkeitsstörung und zehn (10%) eine Posttraumatische Belastungsstörung auf.

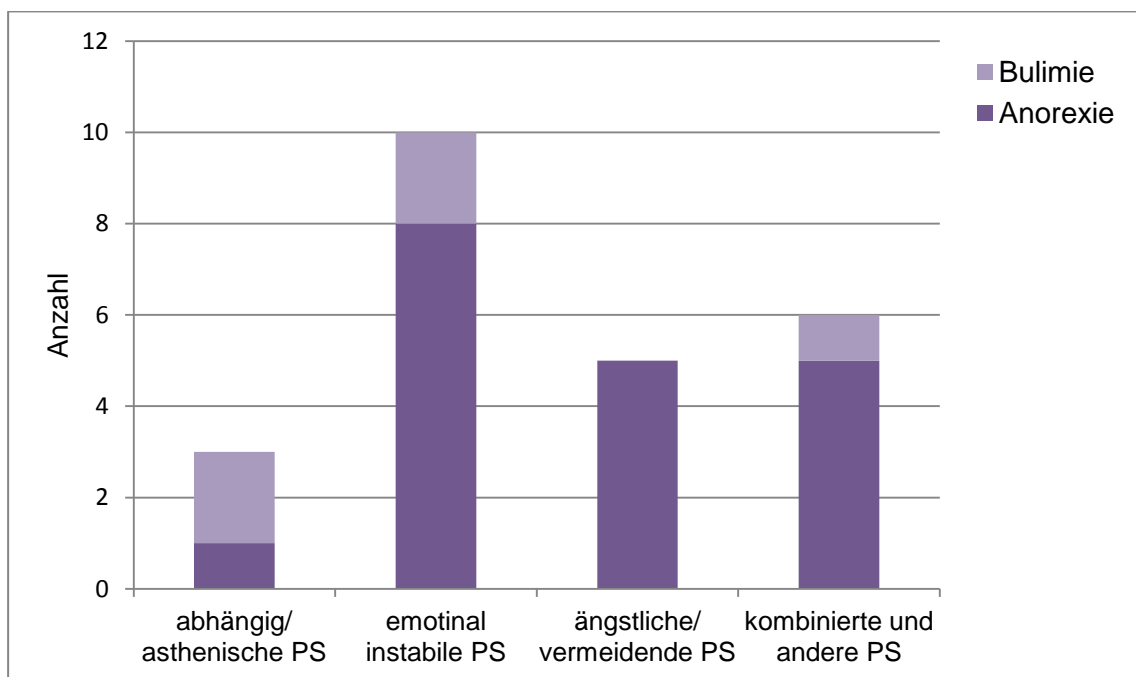
Die Persönlichkeitsstörungen in der untersuchten Patientenpopulation (n=96) konnten dabei weiter differenziert werden in (siehe auch Abbildung 4):

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung F60.3
- Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung F60.6
- Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung F60.7
- Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen F61.0

In die ICD -10 Kategorie „kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen“ fallen diejenigen Störungen, die das soziale und berufliche Leben einschränken, aber keiner konkreten Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden können.

Unter den Probanden mit der Hauptdiagnose Anorexia nervosa oder atypische Anorexia nervosa wiesen 19 zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung auf. Davon hatte einer (1%) eine abhängige (asthenische), acht (10%) eine emotional instabile, fünf (6%) eine ängstlich vermeidende und fünf (6%) eine kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung. Die Prozentangaben beziehen sich auf alle anorektischen Patienten (n=82). Bei den 14 Patienten mit der Diagnose einer Bulimia nervosa wurde bei fünf überdies eine Persönlichkeitsstörung dokumentiert. Diese verteilte sich bei genauere Betrachtung auf zwei (14%) mit einer abhängigen (asthenische), zwei (14%) mit einer emotional instabilen und einem (7%) mit einer kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörung. Eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung fand sich im vorliegenden Datensatz unter den bulimischen Patientinnen und Patienten nicht. Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Probanden mit einer BN (n=14) (graphische Darstellung in Abbildung 4).

Abb. 4: Form der Persönlichkeitsstörung entsprechend der Diagnose AN oder BN



PS = Persönlichkeitsstörung

2.2.2. Alter und Geschlecht

Die Geschlechtsverteilung im vorliegenden Datensatz verteilte sich auf 93 (97%) Patientinnen und 3 (3%) Patienten. Das durchschnittliche Alter bei Therapiebeginn lag bei 36,8 Jahren (SD 13,2). Die Altersspanne reichte dabei von 18 bis 61 Jahre.

2.2.3. Stationäre Therapie

Der stationäre Aufenthalt in den Heiligenfeld Kliniken lag zwischen 19 Tagen und 14 Wochen, bei einer mittleren Verweildauer von 56,4 Tagen (SD 20,7). Ob sich die Patientinnen und Patienten zum Therapiebeginn in den Heiligenfeld Kliniken zum ersten Mal für eine Behandlung Ihrer Essstörung in stationärem Setting befanden oder ob bereits eine vorangegangene stationäre Therapie erfolgte, konnte der Datenlage nicht entnommen werden.

Bei Aufnahme lag das durchschnittliche Körpergewicht bei 44,2 Kilogramm (SD 4,4) und reichte von 30,5 kg bis 55,0 kg. Der BMI (Körpergröße in kg/ Körpergröße in m²) betrug im Durchschnitt 15,9 kg/ m² (SD 1,1).

Der Katamnesezeitraum lag zwischen 10 Monaten und 6,1 Jahren, die durchschnittliche Katamnesedauer betrug 34,1 Monate (SD 18,2).

2.2.4. Soziale Situation

Angaben über den Familienstand zum Therapiebeginn ergaben, dass 66 (69%) Patientinnen und Patienten ledig waren, 16 (17%) verheiratet, sechs (6%) geschieden, eine(r) (1%) verwitwet und sieben (7%) getrennt verheiratet lebten.

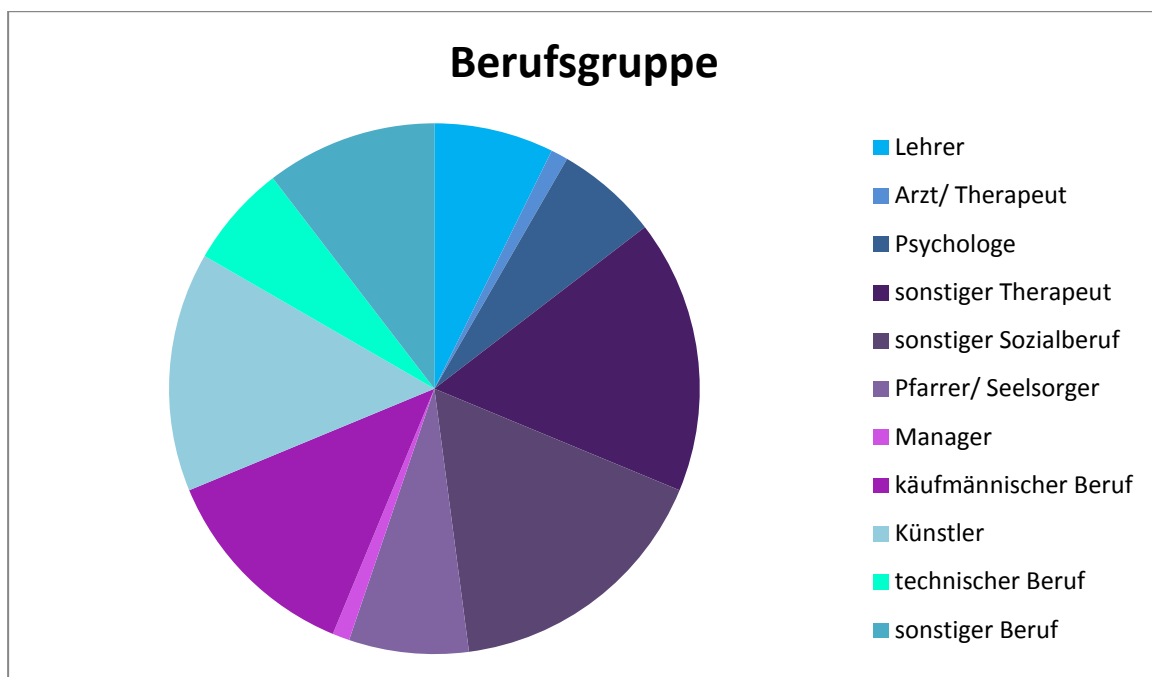
2.2.5. Bildung und Beruf

Zum Aufnahmezeitpunkt ging ein (1%) Proband noch zur Schule, elf (12%) wiesen einen Haupt-, Volks-, Grundschulabschluss, zehn (10%) die Mittlere Reife, 48 (50%) Fach-/ Abitur, 24 (25%) „sonstige Abschluss“ und zwei (2%) keinen Abschluss vor.

Die Frage nach dem beruflichen Abschluss ergab, dass 14 (15%) der Befragten den Status von Ausbildung/ Student hatten, 18 (19%) eine abgeschlossene Lehre/ Fachschule, drei (3%) einen Meister, 27 (28%) einen abgeschlossenen universitären/ Fachhochschulabschluss, 15 (16%) keinen Berufsabschluss aufwiesen und 19 (20%) unter „sonstiger Berufsabschluss“ erfasst wurden.

Die Verteilung auf die verschiedenen Berufsgruppen kann der graphischen Darstellung (siehe auch Abbildung 5) entnommen werden.

Abb. 5: Anteil der verschiedenen Berufsgruppen in der Katamnese Stichprobe



Lehrer sieben (7%), Arzt/ Therapeut eine/r (1%), Psychologe sechs (6%), sonstiger Therapeut 16 (17%), sonstiger Sozialberuf 16 (17%), Pfarrer/ Seelsorger/ Geistlicher sieben (7%), Manager eine/r (1%), kaufmännischer Beruf zwölf (13%), Künstler 14 (15%), technischer Beruf sechs (6%), sonstiger Beruf zehn (10%)

Zum Therapieende wurden 20 (21%) Patienten als „arbeitsfähig“ und 66 (69%) als „nicht arbeitsfähig“ entlassen. Von zehn (10%) Patienten fehlten Angaben zur Arbeitsfähigkeit.

2.3. Methodik

2.3.1. Datenerhebung

Informationen über Aufnahme- und Entlassgewicht, Körpergröße, Alter, Geschlecht, Familienstand, Beruf und Bildung, Verweildauer, Diagnosen und Arbeitsfähigkeit sowie die AVEM Dokumentation zum Beginn der stationären Behandlung in den Heiligenfeld Kliniken wurden den Patientenakten entnommen. Ebenso wurden die Kontaktdaten für die postalische und telefonische Kontaktaufnahme der Patienten über deren Patientenunterlagen recherchiert. Sowohl die Versendung der schriftlichen Befragungsbögen, als auch die Durchführung der Telefoninterviews zur Erhebung der Katamnesedaten erfolgten ausschließlich aus den Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen.

2.3.2. Anschreiben und Fragebögen

In die retrospektive Befragung wurden insgesamt 74 ehemalige Patientinnen und Patienten der Heiligenfeld Kliniken eingeschlossen, die sich im oben genannten Zeitraum zur stationären Therapie einer Essstörung in Behandlung befanden. Die übrigen 22 ehemaligen Patientinnen und Patienten lehnten eine Kontaktaufnahme nach Ende der stationären Therapie im Vorfeld ab. Dabei erhielt jeder Proband auf dem Postweg das Anschreiben, sowie ein verschlüsseltes Exemplar des Fragebogens, einen AVEM-Bogen und ein vorgefertigtes Formular für die Übermittlung des aktuellen Körpergewichtes (siehe 7. Anhang). Dem Anschreiben,

einem Katamnesebogen, einem AVEM-Exemplar und dem Gewichtsbogen wurde ein bereits frankierter Rücksendeumschlag beigelegt. Der Rücksendezeitraum wurde auf 6-8 Wochen festgelegt.

Zunächst wurden in einem Anschreiben Ziel und Zweck der durchgeführten Studie erläutert und ein vertrauensvoller Umgang mit den erhobenen Daten zugesichert. Als Grundlage der schriftlichen Befragung dienten ein modifizierter Fragebogen (u.a. über die aktuelle Lebenszufriedenheit) sowie ein AVEM-Bogen (Standardform, 66 Items). Der modifizierte Fragebogen lehnte sich an bereits bestehenden Arbeiten über anorektische Patienten an (38) (39). Aus diesem wurden lediglich die Angaben über Gewicht, Lebenszufriedenheit, Gesundheitszufriedenheit, Angaben zu psychischen Problemen und den Fehlzeiten sowie die Frage nach dem Einflussfaktor von „Beruf/ Studium/ Schule“ auf die Genesung entnommen. Die übrigen Fragen sind Gegenstand einer anderen Arbeit und bleiben aus diesem Grund in der vorliegenden Studie unberücksichtigt.

Aus Gründen der korrekten Datenerhebung, sollte die Gewichtserhebung durch einen Arzt oder Apotheker (Hausarzt, Gynäkologen etc.) erhoben und dokumentiert werden. Hierzu erhielten die angeschriebenen Teilnehmer zusätzlich ein Faxformular für die Gewichtsdocumentation. Dieses sollte nach Bestätigung durch einen Arzt oder Apotheker an die Universitätsklinik Regensburg, Abteilung für Psychosomatische Medizin gefaxt oder alternativ mit den übrigen Fragebögen zurückgesandt werden.

Um den Vorgaben des Datenschutzes gerecht zu werden, wurden sämtliche Fragebögen, sowie der Bogen für die Gewichtsübermittlung mit einem 5-6 stelligen Zahlencode anonymisiert.

2.3.3. Rücklauf der Fragebögen

22 (23%) der Patienten lehnten eine Teilnahme bereits im Vorfeld ab und schlossen für die Katamnesebefragung aus. Von den insgesamt 74 (77%) angeschriebenen Probanden kamen sechs (6%) ausgefüllte Fragebögen zurück. Eine Angabe zum

aktuellen Gewicht, welches durch einen Arzt oder Apotheker dokumentiert wurde, erfolgte von zwei Teilnehmern (siehe auch Abbildung 6).

2.3.4. Telefoninterview

In den darauf folgenden Telefoninterviews wurde versucht von den verbliebenen 68 Patientinnen und Patienten Katamnesedaten zu erheben. Dabei wurden den erreichten Probanden zunächst das Ziel und der Ablauf der durchgeführten Studie erläutert. Um die Compliance zur Teilnahme zu verbessern, sollte die Befragung eine Dauer von 25-30 Minuten nicht überschreiten. Es wurden die gleichen Fragebögen wie bei der schriftlichen Befragung verwendet. Um die Objektivität zu verbessern und den Interpretationsspielraum möglichst gering zu halten, war der Wortlaut der Fragen bei jedem Teilnehmer identisch.

Die Erfragung des aktuellen Körpergewichts erfolgte im Rahmen der Beantwortung der Items. Hierbei war eine Bestätigung durch einen Arzt oder Apotheker nicht möglich, weshalb man sich auf die subjektive Angabe der Patientinnen und Patienten verlassen musste.

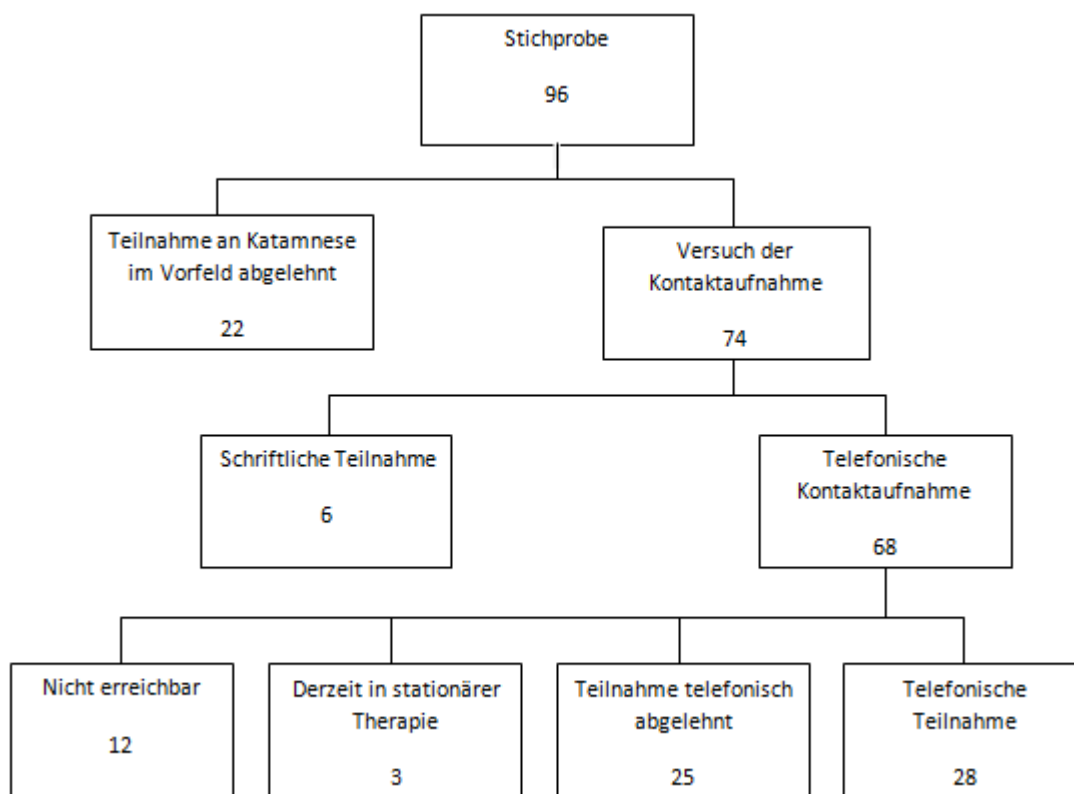
Durch die Telefoninterviews konnten von weiteren 28 (29%) ehemaligen Patientinnen und Patienten der Heiligenfeld Kliniken Katamnesedaten erhoben werden. Zwölf (13%) lehnten beim telefonischen Erreichen eine Teilnahme ab. Drei (3%) befanden sich derzeit erneut in stationärer Behandlung und schlossen für die Teilnahme an der Katamnese aus. Bei 25 (26%) war auch nach mehrmaligem Versuch keine telefonische Kontaktaufnahme möglich.

Daraus ergab sich eine Gesamtrücklaufquote aus schriftlicher und telefonischer Befragung von 34 (35%) Probanden. Abbildung 6 zeigt eine Übersicht über die Teilnahme an der Studie.

Daten und Ergebnisse von Patientinnen und Patienten, die die Teilnahme an einer katamnestischen Nachuntersuchung im Vorfeld ablehnten bzw. wo weder schriftlich noch telefonisch eine Erhebung von Katamnesedaten möglich war, fanden weiterhin

Berücksichtigung. Zum einen bei der Beurteilung der Arbeits- und Erlebensmuster zum Beginn der stationären Therapie in Heiligenfeld, zum anderen bei der Betrachtung der Gewichtsentwicklung im Verlauf des stationären Settings und im Rahmen der Drop-out Analyse.

Abb. 6: Übersicht über die Teilnahme der Patientinnen und Patienten



2.3.5. Untersuchungsinstrument: AVEM

Im folgenden Abschnitt soll der in der vorliegenden Studie verwendete AVEM-Bogen vorgestellt und erläutert werden. Für die detaillierte Beschreibung der zur Klärung der Fragestellung eingesetzten Dimensionen, sowie der Rohwertberechnung der Skalen wird aus Gründen eines besseren Verständnisses auf den Punkt 3.4. Auswertung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensweisen verwiesen.

2.3.5.1. Hintergrund und Ziele

AVEM steht für arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (40). Es stellt die Interaktion zwischen Arbeit und Gesundheit dar und erlaubt eine Aussage über gesundheitsförderndes bzw. gesundheitsgefährdendes Verhalten und Erleben bei der Bewältigung von Leistungsanforderungen. Demnach dient AVEM als ein diagnostisches Instrument, mit welchem das Verhalten und Erleben im Bezug auf die Arbeits- und Berufsanforderung erfasst und beurteilt werden kann.

Es existieren zwei Varianten des AVEM. In der vorliegenden Studie wurde zur Datenerhebung die bisherige Standardform mit 66 Items verwendet. Daneben wurde eine Kurzform mit 44 Items entwickelt. Der Bearbeitungszeitraum der Standardform beträgt etwa 15 Minuten. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „Ja, trifft völlig zu“, „Ja, trifft überwiegend zu“, „Trifft teils zu, trifft teils nicht zu“, „Nein, trifft überwiegend nicht zu“ und „Nein, trifft überhaupt nicht zu“. Bei der Auswertung werden die Ausprägungen in insgesamt 11 Skalen eingeteilt und anschließend ein Referenzprofil (Muster) bestimmt (41).

Ziel war es herauszufinden, wie anorektische und/ oder bulimische Patienten verschiedene Anforderungen des Arbeits- und Berufslebens bewältigen, was sich wiederum in entsprechenden Mustern abbilden lässt. Solche Muster zeigen schließlich das Verhältnis zwischen der psychischen Gesundheit und der beruflichen Anforderung. Das bekannteste Modell dieser Beziehung ist das Typ-A-Verhaltenskonzept von Friedman und Roseman (1974) (42). Das Konzept stellt den Zusammenhang der Koronaren Herzkrankheit mit übermäßiger Verausgabung, mangelnder Regenerationsfähigkeit und Konkurrenzhaltung dar. Aus der kritischen Auseinandersetzung mit dem Typ-A-Verhaltenskonzept entstand die Grundlage des AVEM. Hierbei wurde jedoch nicht nur das Arbeitsengagement fokussiert, auch psychische Widerstandskraft und Emotionen fanden Berücksichtigung. Neben den Symptomen werden also auch die eigene Haltung, Einstellung, erlebte Kompetenz und Gefühle berücksichtigt.

2.3.5.2. Kategorien

AVEM ist ein mehrdimensionales persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren. Die Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten erfolgt innerhalb von 11 Dimensionen (Skalen) (41):

1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit
2. Beruflicher Ehrgeiz
3. Verausgabungsbereitschaft
4. Perfektionismus
5. Distanzierungsfähigkeit
6. Resignationstendenz bei Misserfolg
7. Offensive Problembewältigung
8. Innere Ruhe und Ausgeglichenheit
9. Erfolgserleben im Beruf
10. Lebenszufriedenheit
11. Erleben sozialer Unterstützung

Die 11 Dimensionen lassen sich schließlich in die Bereiche Arbeitsengagement, Widerstandskraft und Emotionen einteilen.

Dabei wird das Arbeitsengagement repräsentiert durch "Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit", "Beruflicher Ehrgeiz", "Verausgabungsbereitschaft", "Perfektionismus" und "Distanzierungsfähigkeit". Die Widerstandskraft durch "Distanzierungsfähigkeit", "Resignationstendenz bei Misserfolg", "Offensive Problembewältigung" und "Innere Ruhe und Ausgeglichenheit". Die Kategorie der Emotionen ergibt sich aus den Dimensionen "Erfolgserleben im Beruf", "Lebenszufriedenheit" und "Erleben sozialer Unterstützung".

In zahlreichen Vorstellungen werden diese Merkmale als Grundlage der Gesunderhaltung hervorgehoben, wie beispielsweise bei A. Antonovsky (43). Er betonte die subjektive Einschätzung der Problemlösungsfähigkeit als wichtige Voraussetzung für die Entwicklung von eigenen Copingstrategien. Auch die Selbstwirksamkeitstheorie von Bandura spiegelt diesen Gedanken wieder (44). Antonovsky zeigt außerdem in seinem „Salutogenesemodell“, dass vor allem die

gesunderhaltenden Bedingungen und nicht die krankmachenden Faktoren bedeutsam sind. Somit können mit Hilfe des AVEM Ressourcen aufgezeigt und gestärkt werden. Damit kann präventiv an einem gesundheitsförderlichem Verhalten und Erleben gearbeitet werden bzw. schädigende Muster bewusst gemacht und verändert werden.

2.3.5.3. Reliabilität und Validität

Reliabilität:

Alle der 11 Skalen weisen eine hohe innere Konsistenz auf mit einer Cronbach's alpha zwischen 0,79-0,87. AVEM ermöglicht also eine zuverlässige und veränderungssensitive Messung (41).

Validität:

AVEM ist ein valides Verfahren, was durch den Vergleich mit anderen Verfahren bestätigt wurde. Folgende Fragebogenverfahren wurden zur Korrelation herangezogen (41):

- Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R (45)
- Maslach Burnout Inventory MBI (46)
- Berliner Verfahren zur Neurosendiagnostik BVND (47)
- Streßverarbeitungsfragebogen SVF (48)
- Big-Five-Adjektivliste (49)

2.3.5.4. Auswertung in summa

Aus der Konstellation der 11 Dimensionen zueinander ergibt sich schließlich ein sogenanntes Profil, welches als ein komplexes Verhaltens- und Erlebensmuster verstanden werden kann. Mit Hilfe einer Clusteranalyse lassen sich 4 Prototypen an Muster/ Cluster unterscheiden (41) (siehe auch Abbildung 7):

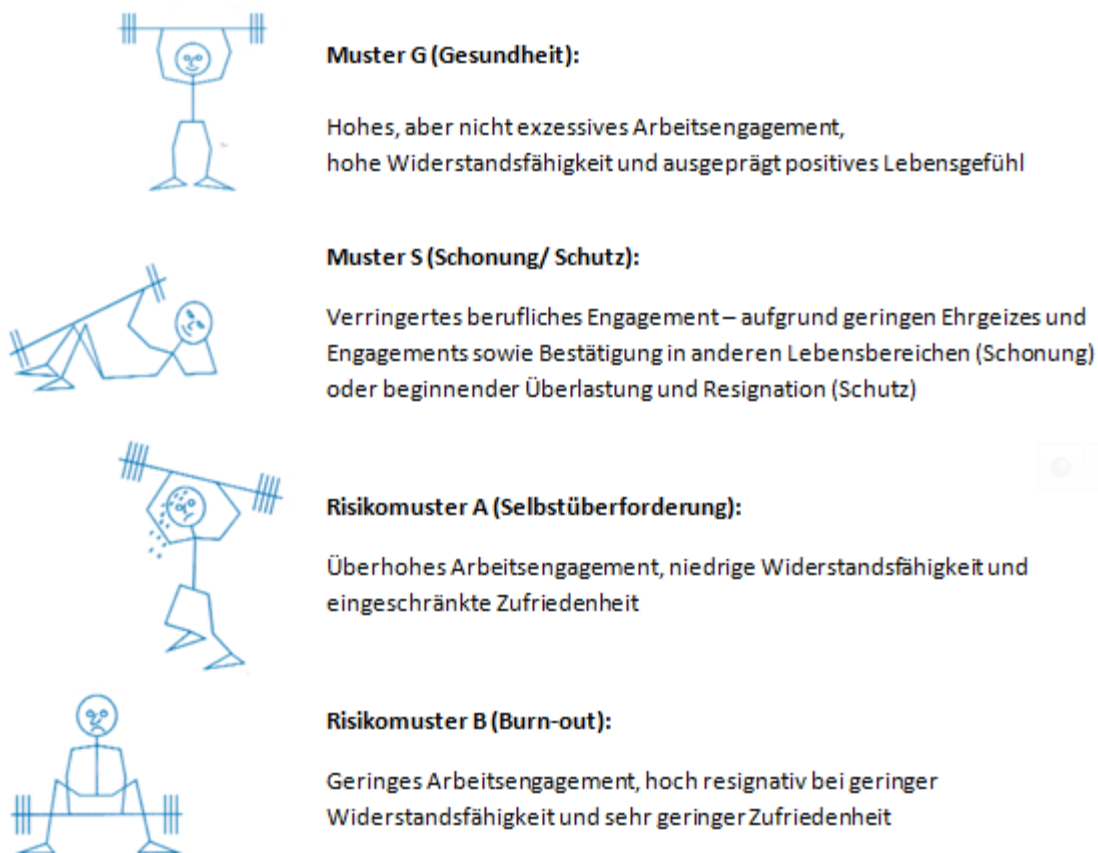
G - Gesundheit

S - Schonung

A Risiko - im Sinne der Selbstüberforderung

B Risiko - im Sinne von chronischem Erschöpfungserleben und Resignation

Abb. 7: Darstellung der vier Mustertypen arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (50)



Die oben gezeigten Musterbeschreibungen zeigen den jeweiligen Prototypen, was der vollen Prägnanz eines Musters entspricht. Meist ist jedoch eine eindeutige Zuordnung zu nur einem Mustertypen nicht möglich. Für eine eindeutige Orientierung bei der Auswertung und Interpretation werden fünf Stufen der Musterausprägung/ Musterkombination unterschieden. In Tabelle 1 sieht man die verschiedenen Stufen der Ausprägung mit den dafür erforderlichen Kriterien, sowie deren Auftretenshäufigkeit.

Tbl. 1: Die 5 Stufen der Musterausprägung (41)

Stufe	Musterausprägung	Kriterien für die Musterzuordnung	Häufigkeit
1	Volle Ausprägung: die obigen Musterbeschreibungen treffen uneingeschränkt zu	Ein Muster > 95%	23%
2	Akzentuierte Ausprägung: klare Musterzugehörigkeit mit geringen Abweichungen	Ein Muster zwischen >80 und ≤95%	27%
3	Tendenzielle Ausprägung: Charakteristisch für ein Muster aber schwächer als bei einer akzentuierten Ausprägung	Ein Muster > 50 und ≤80%, kein zweites Muster > 30%	25%
4	Kombination: Merkmale von zwei Mustern treten auf	Zwei vorherrschende Muster, beide insgesamt > 80%, wobei das schwächer ausgeprägte Muster >30%	20%
5	Nicht zuordenbar: keine Bevorzugung eines Musters möglich	Keines der genannten Kriterien trifft zu	5%

2.3.6. Statistische Analyse und Definition der Fragestellung

Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgte mit der Statistik- und Analysesoftware SPSS (Statistic Package for Social Sciences) Version 23.0 und Excel 2007. Für die Darstellung der Studienpopulation wurden Mittelwerte, Minimum/Maximum und Standardabweichung herangezogen.

Für die Prüfung der Normalverteilung der Variablen wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test (K-S Test) durchgeführt. Für die Varianzgleichheit (Homoskedastizität) der zu untersuchenden Merkmale wurde der Levene-Test zugrunde gelegt. Häufigkeiten wurden in absoluten Zahlen und als Prozentzahlen angegeben. Das Signifikanzniveau wurde auf $p=.05$ festgelegt. Der Vergleich von unabhängigen Stichproben erfolgte bei normalverteilten metrischen Variablen nach dem t-Test. Waren die Variablen nicht normalverteilt oder zeigten eine ordinale Skalierung wurde der Gruppenunterschied nach dem Mann-Whitney Rangsummentest ermittelt. Bei der Berechnung von Signifikanzen abhängiger Stichproben, wurde der gepaarte t-Test beim Vorliegen normalverteilter Variablen und der Wilcoxon-Test bei nicht normalverteilten Variablen herangezogen. Als weiteres Instrument für die Prüfung auf signifikante Unterschiede wurde u.a. der χ^2 -Test nach Pearson verwendet. Durchgeführte Korrelationsanalysen erfolgten bei Normalverteilung nach Pearson, lag eine solche nicht zugrunde wurde die Korrelationsanalyse nach Spearman angestellt. Aufgrund des geringen Stichprobenumfanges von < 100 Probanden wurden die Prozentangaben auf ganze Zahlen gerundet.

Klärung der Fragestellungen:

Für die Beantwortung der ersten Fragestellung wird die Veränderung des Körpergewichtes von der Aufnahme bis zum Nachuntersuchungszeitpunkt eruiert. Hierbei wird u.a. anhand einer Drop-out Analyse die Gruppe der Katamneseteilnehmer mit den Verweigerern verglichen. Zudem sollen die aktuelle Lebens- und Gesundheitszufriedenheit, Fehlzeiten sowie die empfundene Alltagsbelastung ermittelt und mögliche Zusammenhänge gefunden werden. Auch der Anteil, den der Beruf zur Genesung beigetragen hat wird Gegenstand der

Untersuchung sein. In der nächsten Hauptfrage wird der Unterschied in der Komorbidität zwischen den Diagnosen „Anorexie“ und „Bulimie“ thematisiert und hierbei sowohl die Anzahl der psychischen Nebendiagnosen untersucht, als auch differenziert, um welche Begleitdiagnose es sich handelt. Im Anschluss daran soll mit der dritten Fragestellung untersucht werden, ob die Gewichtsveränderung mit dem Arbeitsengagement (repräsentiert durch die 5 AVEM-Skalen "Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit", "Beruflicher Ehrgeiz", "Verausgabungsbereitschaft", "Perfektionismus" , "Distanzierungsfähigkeit") der Probanden zusammenhängt. Für die Beantwortung der letzten Fragestellung werden die AVEM-Kategorien „Beruflicher Ehrgeiz“, „Perfektionsstreben“, „Verausgabungsbereitschaft“, „Resignationstendenz“, „Widerstandsfähigkeit“ sowie „Lebenszufriedenheit“ und „Erleben sozialer Unterstützung“ zum Aufnahme– und Nachuntersuchungszeitpunkt verglichen und auf einen signifikanten Unterschied hin untersucht. Außerdem soll dabei ein möglicher Unterschied zwischen anorektischen und bulimischen Patientinnen und Patienten ermittelt werden. Ergänzend dazu wird evaluiert, ob Perfektionsstreben und beruflicher Ehrgeiz mit den Fehlzeiten im Beruf zusammenhängen. Die übrigen Dimensionen des AVEM werden nicht näher untersucht und diskutiert.

Bei der Auswertung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster werden zwei Vergleichsstichproben herangezogen [aus AVEM Manual: Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster von Schaarschmidt und Fischer (41)]:

- Berufs- und länderübergreifende Eichstichprobe mit n=2499 für Deutschland & Österreich (2008)
- Berufsübergreifende Eichstichprobe von Frauen (n=1430) in Deutschland (2003)

Da die vorliegende Studienpopulation vorwiegend aus Patientinnen besteht (Frauen 97%, Männer 3%) wird bei der Analyse des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster als Vergleich v.a. eine Eichstichprobe von Frauen herangezogen.

3. Ergebnisse

3.1. Drop-out Analyse: Vergleich Katamneseestichprobe - Verweigerer

Im folgenden Abschnitt soll eine Gegenüberstellung der Daten aus dem stationären Setting der Katamnesegruppe und der Verweigerergruppe erfolgen und auf das Vorliegen eines signifikanten Unterschiedes überprüft werden.

Zur Katamneseestichprobe gehören die sechs Probanden der schriftlichen Befragung sowie die 28 Probanden die mittels telefonischen Interviews zur Datenerhebung bereit waren. Zur Gruppe der Verweigerer zählen die 22 Patientinnen und Patienten die bereits im Vorfeld eine katamnestische Nachbefragung ablehnten, weitere zwölf Probanden die weder schriftlich noch telefonisch erreicht werden konnten, drei Probanden die sich derzeit in stationärer Behandlung befanden und 25 „Verweigerer“ die beim Erreichen eine Teilnahme ablehnten.

Allerdings konnte in der Katamneseestichprobe unter den 34 Befragten bei drei kein Katamnesegegewicht erhoben werden, so dass bei diesen lediglich die Informationen aus den Fragebögen sowie Aufnahme- und Entlassgewicht vorlagen. Das durchschnittliche Alter in der Katamnesegruppe lag bei 34,9 Jahren (SD 13,0), der Mittelwert der Verweildauer betrug in dieser Gruppe 57,7 Tage (SD 19,0).

Die Tabelle 2 zeigt, dass es bezüglich Alter, Aufenthaltsdauer, Aufnahme- und Entlassungs-BMI zwischen den Gruppen der Katamneseestichprobe und den Verweigerern keinen signifikanten Unterschied gibt.

Tbl. 2: Gegenüberstellung Katamneseestichprobe und Verweigerer

	Katamneseestichprobe			Verweigerer			p
	n	MW	SD	n	MW	SD	
Alter	34	34,9	13,0	62	37,9	13,2	.397 ^a
Verweildauer (d)	34	57,6	19,0	62	55,8	21,6	.591 ^a
Aufnahme- BMI	34	16,1	1,2	62	15,8	1,0	.299 ^b
Entlassungs- BMI	34	16,3	1,2	62	16,2	1,2	.851 ^b

d = Tage

SD = Standardabweichung

n = Anzahl der Patienten

p = Signifikanz (^a =Mann-Whitney, ^b = t-Test)

MW = Mittelwert

BMI = Body-Mass-Index (kg/m²)

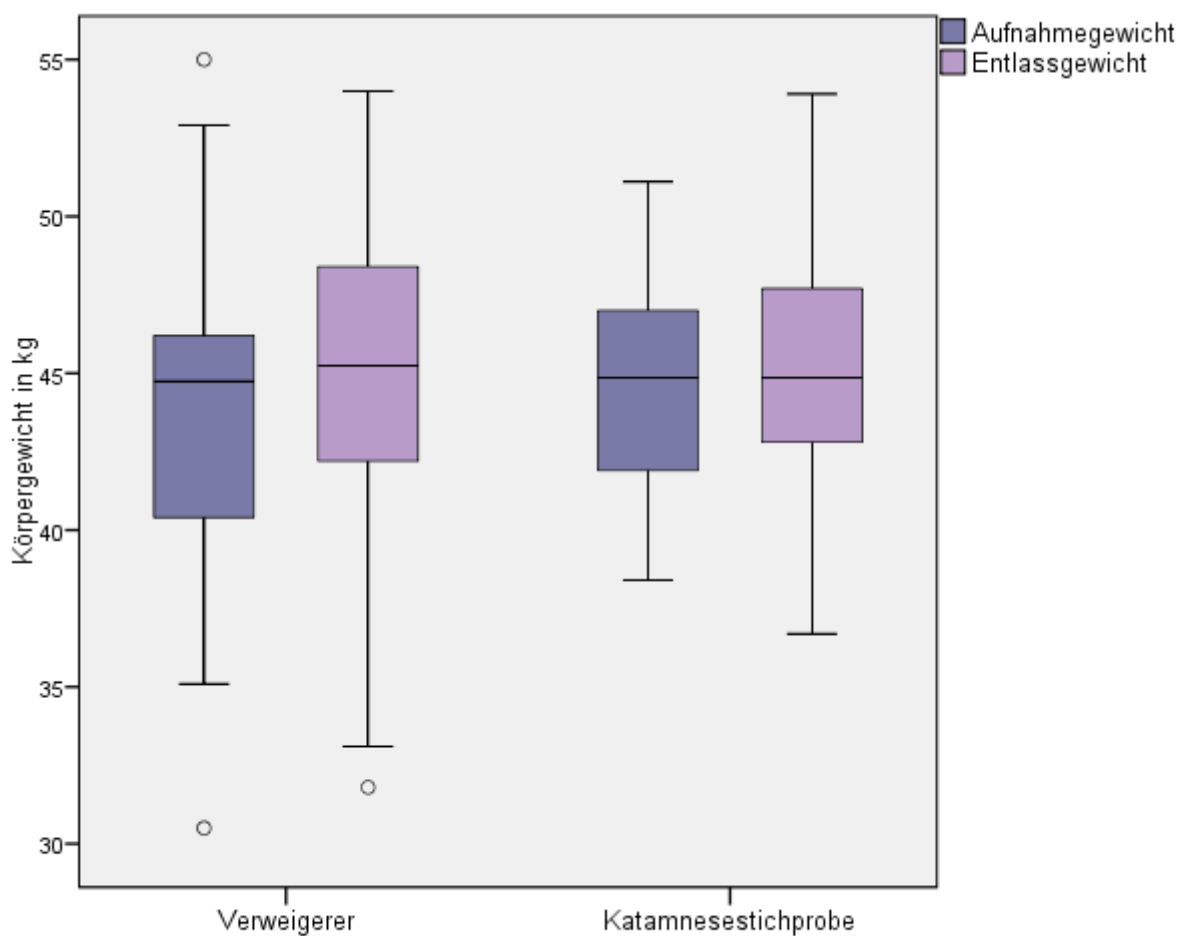
Nachfolgend wird die unterschiedliche Gewichtsentwicklung innerhalb der beiden Gruppen thematisiert. Abbildung 8 stellt den Vergleich des durchschnittlichen Körpergewichtes zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung dar, getrennt nach Katamneseestichprobe (n=34) und Verweigerern (n=62). In der Gruppe der Verweigerer zeigen sich ein größerer Interquartilsabstand (IQR) und eine größere Spannweite, also Gesamtwertebereich/ Streuung der Körpergewichte zu beiden Beobachtungszeitpunkten im Vergleich zur Katamneseestichprobe. Dem Box-Whisker-Plot der Verweigerer können außerdem Ausreißer in beide Richtungen entnommen werden. Dabei entstammen die beiden Ausreißer nach unten, dem gleichen Probanden.

Es zeigte sich, dass die Katamneseeteilnehmer zu Therapiebeginn im Mittel ein etwas höheres Körpergewicht aufwiesen, wobei dieser Unterschied nicht signifikant war (p=.206, t-Test). In der Gruppe der Verweigerer ergab sich durchschnittlich eine etwas höhere Gewichtszunahme. Während in der Gruppe der Katamneseestichprobe im Durchschnitt eine Zunahme von 640 Gramm in der stationären Therapie erreicht wurde, ergab sich bei den Verweigerern eine Veränderung um plus 1090 Gramm.

Die Gewichtsentwicklung bis zur Entlassung zeigte jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe der Teilnehmer und Verweigerer ($p=.382$, t-Test).

Zur Entlassung lag in beiden Gruppen bei 50% der Patientinnen und Patienten ein Gewicht gleich oder über 45 kg vor.

Abb. 8: Boxplots über die Verteilung der Aufnahme- und Entlassgewichte in der Gruppe der Katamneseteilnehmer und Verweigerer



○ Ausreißer

Neben den oben genannten Kriterien Alter, Verweildauer, Aufnahme- und Entlassungs-BMI sowie Gewichtsentwicklung, wurden außerdem die Angaben der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster in beiden Gruppen (Teilnehmer und Verweigerer) zum Zeitpunkt des Therapiebeginns verglichen. Hierzu lagen in Abhängigkeit der jeweiligen Skala von 71 Probanden AVE-M-Daten vor. Fehlten in einer Skala Angaben, blieb diese Skala unberücksichtigt. Der Tabelle 3 können die Anzahl der Probanden, bei welchen Angaben für die jeweilige Dimension vorlagen, Mittelwerte der Stanine-Werte sowie deren Standardabweichung entnommen werden. Für die Dimensionen „Lebenszufriedenheit“ konnte ein signifikanter Gruppenunterschied gezeigt werden ($p=.017$, Mann-Whitney). In den übrigen Dimensionen des AVE-M konnte kein bedeutsamer Gruppenunterschied zwischen den Teilnehmern und Verweigerern gefunden werden.

Tbl. 3: AVE-M-Skalen (Stanine-Werte) bei Aufnahme

	Katamneseestichprobe			Verweigerer			
Dimension*	n	MW	SD	n	MW	SD	p
BA	27	4,9	2,4	41	5,2	1,8	.580 ^a
BE	27	4,7	2,2	43	4,6	1,7	.802 ^a
VB	27	6,0	2,2	41	5,0	2,7	.147 ^a
PS	27	5,5	2,2	42	5,7	2,2	.733 ^a
DF	28	4,3	2,0	44	4,2	1,4	.741 ^a
RT	27	6,6	2,0	42	7,4	1,7	.089 ^a
OP	27	3,5	2,0	44	2,8	1,9	.141 ^a
IR	28	3,3	1,5	43	2,8	1,5	.152 ^a
EF	27	4,3	3,4	39	3,4	2,0	.077 ^b
LZ	28	3,0	1,7	40	2,1	1,4	.017 ^a
SU	26	4,8	1,9	38	3,8	1,4	.067 ^a

*(BA=Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, BE=Beruflicher Ehrgeiz, VB=Verausgabungsbereitschaft, PS=Perfektionsstreben, DF=Distanzierungsfähigkeit, RT=Resignationstendenz bei Misserfolg, OP=Offensive Problembewältigung, IR=Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit, EF=Erfolgserleben im Beruf, LZ=Lebenszufriedenheit, SU=Erleben sozialer Unterstützung)

n = Anzahl

SD = Standardabweichung

MW = Mittelwert

p = Signifikanz (^a =Mann-Whitney, ^b =t-Test)

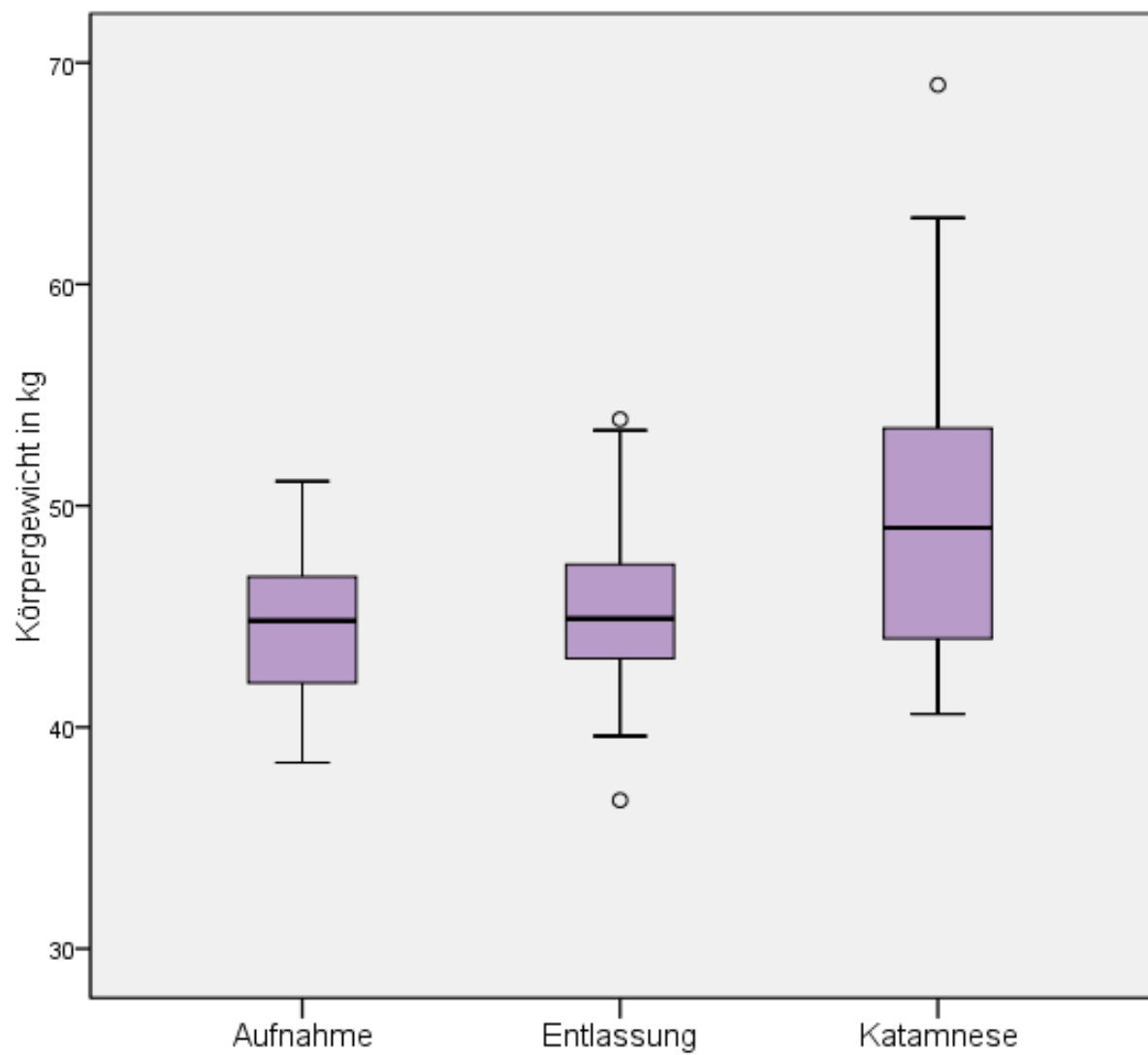
3.2. Gewichtsentwicklung und aktuelle Lebensumstände

Im folgenden Abschnitt soll es um die Beantwortung der ersten Fragestellung gehen. Hierfür werden zunächst die Entwicklung des Körpergewichtes der Patientinnen und Patienten und der mögliche Einflussfaktor „Verweildauer“ sowie ihre derzeitige Lebenssituation evaluiert.

Während der stationären Therapie in der Heiligenfeldklinik konnte im Durchschnitt bei den Patientinnen und Patienten (n=96) eine Gewichtszunahme von 930 g bzw. ein Anstieg des BMI von 0,34 kg/m² erreicht werden. Das Entlassgewicht lag dabei signifikant über dem Ausgangsgewicht (p=.001, Wilcoxon-Test). Bei einer mittleren Verweildauer von 56 Tagen bzw. 8,1 Wochen entspricht diese Veränderung einer Gewichtszunahme von 120 g/Woche.

Abbildung 9 zeigt die Gewichtsentwicklung in der Katamnesestichprobe (n=31). Dabei zeigt sich, dass die Streuung zum Aufnahme und Entlasszeitpunkt ähnlich, zum Katamnesezeitpunkt aber deutlich größer ist. Der kleinste sowie der größte Datenwert (unterer und oberer Whisker) zeigen im Verlauf einen kontinuierlichen Anstieg. Den beiden Ausreißern nach oben liegt der gleiche Datensatz zugrunde. Zum Aufnahmezeitpunkt betrug der Mittelwert für das Gewicht 44,9 kg (SD 3,7), bei Entlassung 45,7 kg (SD 4,0) und zum Zeitpunkt des Follow-up 49,8 kg (SD 7,2). Diese Ergebnisse entsprechen einem Body-Mass-Index von 16,0 kg/m² (SD 1,2) bei Aufnahme, 16,3 kg/m² (SD 1,3) bei Entlassung und 17,7 kg/m² (SD 2,1) zum Nachuntersuchungszeitpunkt. Der Anstieg des Körpergewichts war sowohl im Beobachtungszeitraum von Aufnahme bis Katamnese (p=.000, t-Test), als auch im Zeitraum von Entlassung bis Katamnese (p=.002, Wilcoxon-Test) deutlich signifikant. Zum Entlassungszeitpunkt hatten 17 (18%) Patientinnen und Patienten einen BMI \geq 17,5 kg/m². Das entspricht einem durchschnittlichen Gewicht von 50,7 kg. Eine Patientin erreichte die Grenze zum Normalgewicht (BMI \geq 18,5 kg/m²). Tabelle 4 zeigt darüber hinaus die Entwicklung des Body-Mass-Index in Abhängigkeit der Diagnose (atypische) Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa.

Abb.9: Gewichtsentwicklung in der Katamneseuntersuchung



○ = Ausreißer

Tbl. 4: Body-Mass-Index zu allen drei Erhebungszeitpunkten in Abhängigkeit der Diagnose Anorexia - oder Bulimia nervosa

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa		p
	MW	SD	MW	SD	
BMI - Aufnahme	15,8	1,1	16,5	0,9	.017 ^a
BMI - Entlassung	16,1	1,2	16,9	1,2	.025 ^b
BMI - Katamnese	17,3	1,9	19,7	2,1	.012 ^a

BMI= Body-Mass-Index in kg/m²

MW=Mittelwert

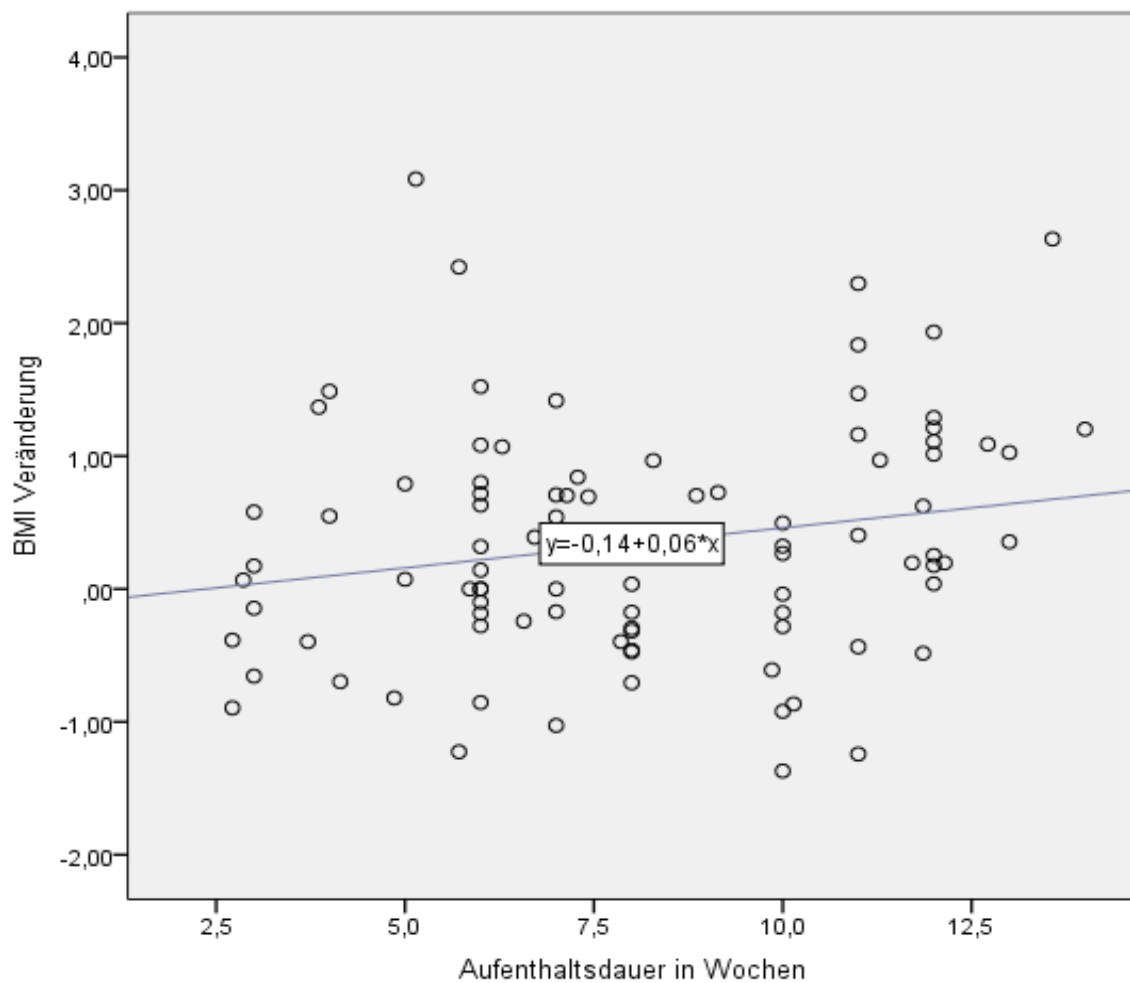
SD=Standardabweichung

p= Signifikanz (^a=Mann-Whitney, ^b=t-Test)

Daneben sollten mögliche Zusammenhänge, die evtl. Einfluss auf die Entwicklung von Gewicht bzw. Body-Mass-Index nehmen, analysiert werden.

Zur Prüfung, ob eine längere Verweildauer mit einem größeren Anstieg des Body-Mass-Index einhergeht, erfolgte eine Korrelationsanalyse nach Spearman. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer der stationären Therapie und dem Anstieg des Body-Mass-Index während dieser Zeit. Der Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman betrug $\rho=.211$ ($p=.019$). Die Annahme, dass eine längere Therapiedauer zu einer größeren Zunahme des BMI führt, kann damit bestätigt werden (siehe auch Abbildung 10). Ein Zusammenhang zwischen einer längeren Verweildauer und einem höheren Body-Mass-Index zum Katamnesezeitpunkt konnte nicht gezeigt werden (Korrelationskoeffizient nach Pearson .252, $p=.086$).

Abb.10: Korrelation von Aufenthaltsdauer und BMI-Veränderung (n=96)



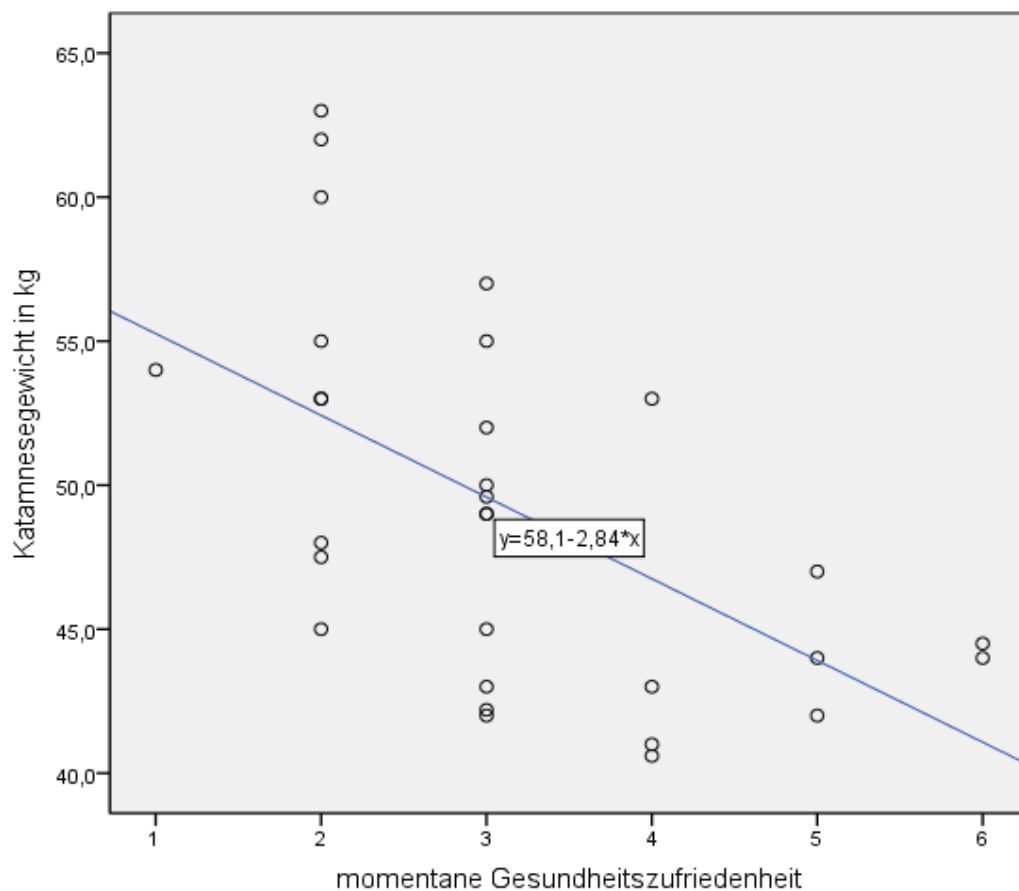
Ziel der katamnestischen Befragung war, neben der Beurteilung der Gewichtsentwicklung, auch die aktuellen Lebensumstände der ehemaligen Patientinnen und Patienten zu evaluieren. Hierfür konnten, wie oben bereits erläutert, Daten von 34 Patientinnen und Patienten gewonnen werden. Von diesen waren 31 bereit ihr aktuelles Körpergewicht zu nennen. Alter, soziale Situation, Schulbildung, Beruf sowie die Arbeitsfähigkeit zum Entlassungszeitpunkt wurden bereits bei der Beschreibung der Studienpopulation unter Punkt 2.2. aufgeführt.

Zunächst wurden die Katamneseteilnehmer hinsichtlich ihrer Meinung befragt, mit welchem Anteil Beruf, Studium oder Schule zur Genesung beigetragen haben. Bei 20 (59%) spielte dieser Faktoren überhaupt keine Rolle, bei fünf (15%) trugen Beruf, Schule oder Studium etwas zur Genesung bei, für acht (24%) war dies ein starker Genesungsfaktor und ein Teilnehmer (3%) schrieb diesem Faktor sogar eine sehr starke Mitwirkung zu.

Neben dem Genesungsfaktor „Beruf/ Studium/ Schule“ wurde die aktuelle Situation untersucht. Dazu wurden die Probanden hinsichtlich der Zufriedenheit mit ihrem momentanen Gesundheitszustand befragt. Der Zustand sollte dabei auf einer Skala von 1 „sehr gut“ bis 6 „sehr schlecht“ beurteilt werden. Dabei gab eine(r) (3%) an „sehr zufrieden“ zu sein, neun (27%) bewerteten ihren derzeitigen Gesundheitszustand mit „gut“, 13 (38%) mit „befriedigend“, vier (15%) mit nur „ausreichend“, drei (9%) als „schlecht“ und drei (9%) sogar als „sehr schlecht“. Zwischen den Diagnosen Anorexie und Bulimie gab es keinen signifikanten Unterschied in den Angaben zur Zufriedenheit mit der Gesundheit ($p=.641$, Mann-Whitney).

In wie weit die oben beschriebene Verteilung der Gesundheitszufriedenheit vom Körpergewicht beeinflusst wird, zeigt das Wechselverhältnis von Körpergewicht und Gesundheitszufriedenheit in der Abbildung 11. Für die Prüfung des Zusammenhangs zwischen dem aktuellen Körpergewicht und der Zufriedenheit mit dem momentanen Gesundheitszustand wurde eine Korrelationsanalyse nach Spearman berechnet. Ein Proband wurde aufgrund eines überdurchschnittlich hohen Katamnesegewichtes für die Korrelation ausgeschlossen. Es ergab sich ein signifikanter Korrelationskoeffizient von $\rho=-.620$ ($p=.000$). Demzufolge liefert die Katamnesestichprobe den Hinweis, dass mit einem geringeren Gewicht eine geringere Zufriedenheit im Bezug auf den Gesundheitszustand einhergeht.

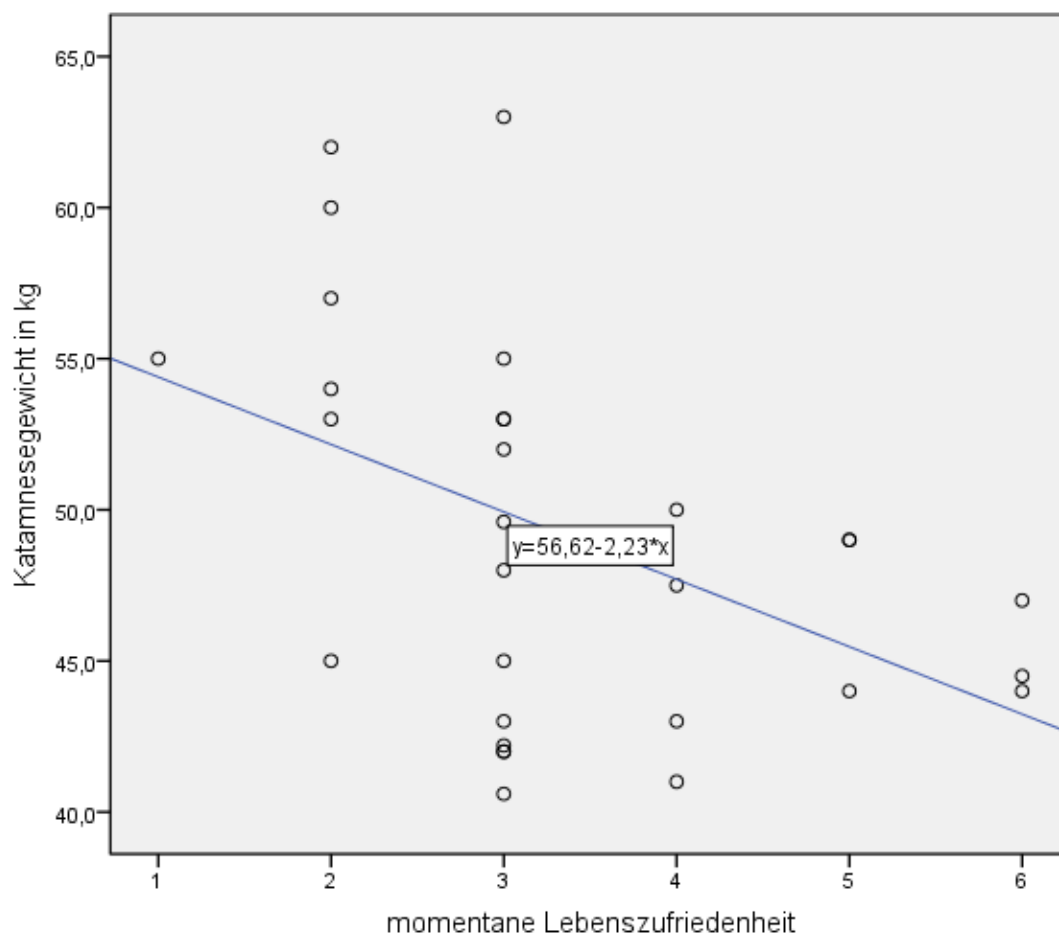
Abb.11: Zusammenhang zwischen momentaner Gesundheitszufriedenheit und dem Körpergewicht (n=30)



Neben der Gesundheitszufriedenheit, interessierte man sich außerdem für die Lebenszufriedenheit der anorektischen und bulimischen Probanden zum Zeitpunkt des Follow-up. Diese sollte auf einer 6-stufigen Skala beurteilt werden. Dazu lagen von 34 Patientinnen und Patienten Daten vor. Dabei beschrieb ein Proband (3%) seine derzeitige Lebenszufriedenheit mit „sehr gut“, sechs (18%) mit „gut“, 15 (44%) mit „befriedigend“, fünf (15%) mit „ausreichend“, drei (9%) mit „schlecht“ und vier (12%) als „sehr schlecht“. Zwischen den anorektischen und bulimischen Patientinnen und Patienten gab es hinsichtlich der Lebenszufriedenheit keinen signifikanten Gruppenunterschied ($p=.932$, Mann-Whitney). Zur Prüfung des Zusammenhangs zwischen Körpergewicht zum Nachuntersuchungstichtag und aktueller Lebenszufriedenheit erfolgte eine positive Korrelationsanalyse nach Spearman. Ein

Proband wurde aufgrund eines überdurchschnittlich hohen Katamnesegewichtes für die Korrelation ausgeschlossen. Der Korrelationskoeffizient mit einem Wert von $\rho = -.491$ und einem Signifikanzniveau von $p = .003$ zeigt einen relativ starken Zusammenhang dafür, dass ein niedriges Körpergewicht mit einer geringen Lebenszufriedenheit einhergeht (siehe auch Abbildung 12).

Abb. 12: Korrelation Katamnesegewicht und momentane Lebenszufriedenheit (n=30)



Zu einem späteren Zeitpunkt dieser Arbeit wird die Lebenszufriedenheit anhand der Beantwortung des AVEM-Fragebogens erneut aufgegriffen und diskutiert (siehe auch 3.4.7. Lebenszufriedenheit).

Um weitere Informationen bezüglich der Lebenssituation zum Katamnesezeitpunkt zu erhalten, wurden die Teilnehmer nach emotionalen Belastungen befragt. Auf die Frage nach psychischen Problemen aufgrund schwerer Alltagsprobleme, konnten die Teilnehmer zwischen 1 „trifft nicht zu“ bis 6 „trifft extrem zu“ wählen. (2 „trifft überwiegend nicht zu“, 3 „trifft manchmal zu“, 4 „trifft oft zu“, 5 „trifft überwiegend zu“). Dabei stimmten neun (27%) dieser Aussage nicht zu, bei sieben (21%) stimmte dies überwiegend nicht zu, fünf (15%) meinten es trifft manchmal zu, bei vier (12%) stimmte diese Antwortoption oft, acht (24%) stimmten überwiegend zu und ein Proband (3%) stimmte der Aussage extrem zu. Probanden mit einer (atypischen) Anorexie und einer Bulimie unterschieden sich dabei nicht ($p=.931$, Mann-Whitney).

Neben der Evaluation der Lebenszufriedenheit und psychischen Belastung, sollten auch volkswirtschaftliche Aspekte eruiert werden. Hierfür wurden die krankheitsbedingenden Fehlzeiten der Patientinnen und Patienten im vergangenen Jahr erhoben.

Die Anzahl der Fehltage in den vergangenen 12 Monaten lag im Durchschnitt bei 6,7 Wochen (SD 15,0). Dabei hatten 13 (38%) überhaupt keine Fehlzeit, während drei (9%) der Befragten bereits seit einem Jahr krankgeschrieben waren. Zwei dieser zuletzt genannten Patientinnen waren nicht bereit das Katamnesege wicht anzugeben. Während des stationären Aufenthaltes konnte bei keiner dieser drei Probanden eine Gewichtszunahme erzielt werden, vielmehr nahmen diese im Verlauf weiter an Gewicht ab. Zum Zeitpunkt der Entlassung war lediglich einer dieser drei Teilnehmer als arbeitsfähig entlassen worden.

Laut dem Statistischen Bundesamt (Angabe für 2014) lag die durchschnittliche Fehlzeit pro Jahr in Deutschland bei 9,5 Arbeitstagen (19).

In der vorliegenden Katamnese Stichprobe lagen zwölf Personen (35%) über diesem Durchschnitt. In dieser Gruppe mit einer überdurchschnittlichen Anzahl an Fehltagen in den vergangenen 12 Monaten, lagen bei 11 Daten zur Arbeitsfähigkeit zum Entlassungszeitpunkt vor. Dabei waren sieben (64%) als nicht arbeitsfähig entlassen worden. Bei den verbliebenen vier Probanden war zum Entlassungszeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit dokumentiert.

Unter diesen zwölf genannten Probanden mit überdurchschnittlicher Fehlzeit, hatten elf (92%) mindestens eine weitere Nebendiagnose kodiert (50% eine, 42% zwei weitere psychiatrische Diagnosen).

3.3. Komorbidität bei Anorexie und Bulimie

Im folgenden Abschnitt soll es um die Bearbeitung der zweiten Fragestellung gehen. Vergleicht man die Komorbidität von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im vorliegenden Datensatz zum Zeitpunkt der Aufnahme, so zeigte sich, dass es bei der Depression $\chi^2(1)=3.213$, $p=.073$, der Angststörung $\chi^2(1)=.096$, $p=.757$, der Zwangsstörung $\chi^2(1)=1.906$, $p=.167$, der Posttraumatische Belastungsstörung $\chi^2(1)=.263$, $p=.608$ und der Persönlichkeitsstörung $\chi^2(1)=1.003$, $p=.316$ keinen signifikanten Gruppenunterschied gab (siehe auch Tabelle 5).

Auch bei der Gesamtbetrachtung der psychiatrischen Nebendiagnosen konnte trotz eines höheren mittleren Rangs (49.6) in der Gruppe der (atypischen) anorektischen Probanden gegenüber den bulimischen mit einem mittleren Rang von 42.3, kein signifikanter Gruppenunterschied bei der Anzahl der psychischen Begleitdiagnosen gefunden werden ($p=.303$, Mann-Whitney). Bei den anorektischen Patienten hatten vier (5%) keine, 50 (61%) eine, 24 (29%) zwei und vier (5%) drei weitere Diagnosen kodiert. Unter den bulimische Patienten waren es drei (21%) mit keiner, sieben (50%) mit einer, drei (21%) mit zwei und einer (7%) mit drei weiteren psychiatrischen Erkrankungen (siehe auch Abschnitt 2.2.1. Diagnose und Komorbidität).

Tbl.5: Gegenüberstellung der Komorbidität (Depression, Angst-, Zwangs-, Persönlichkeitsstörung, PTBS) bei AN und BN

	Anorexia nervosa (n=82)		Bulimia nervosa (n=14)		
Diagnose	n	%	n	%	p
Depression	65	79	8	57	.077
Angststörung	8	10	1	7	.757
Zwangsstörung	10	12	-	-	.167
PTBS	8	10	2	14	.608
Persönlichkeitsstörung	19	23	5	36	.316

n = Anzahl der Patienten

PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

% = Prozent

p = Signifikanz (Chi²)

3.4. Auswertung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster

AVEM Daten zum Therapiebeginn lagen von 73 Patientinnen und Patienten vor. Bei der Verteilung der Muster für arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben zeigten zwei (3%) Muster G (Gesundheit), vier (6%) Muster S (Schonung), 17 (23%) Risikomuster A (hohe Anstrengung) und 50 (69%) das Risikomuster B (Überforderung/ Burnout-Syndrom). Zum Zeitpunkt des Follow-up lagen Daten zur Musterverteilung von 34 Probanden vor. Dabei zeigten fünf (15%) Muster G, elf (32%) Muster S, sechs (18%) Risikomuster A und zwölf (35%) das Risikomuster B.

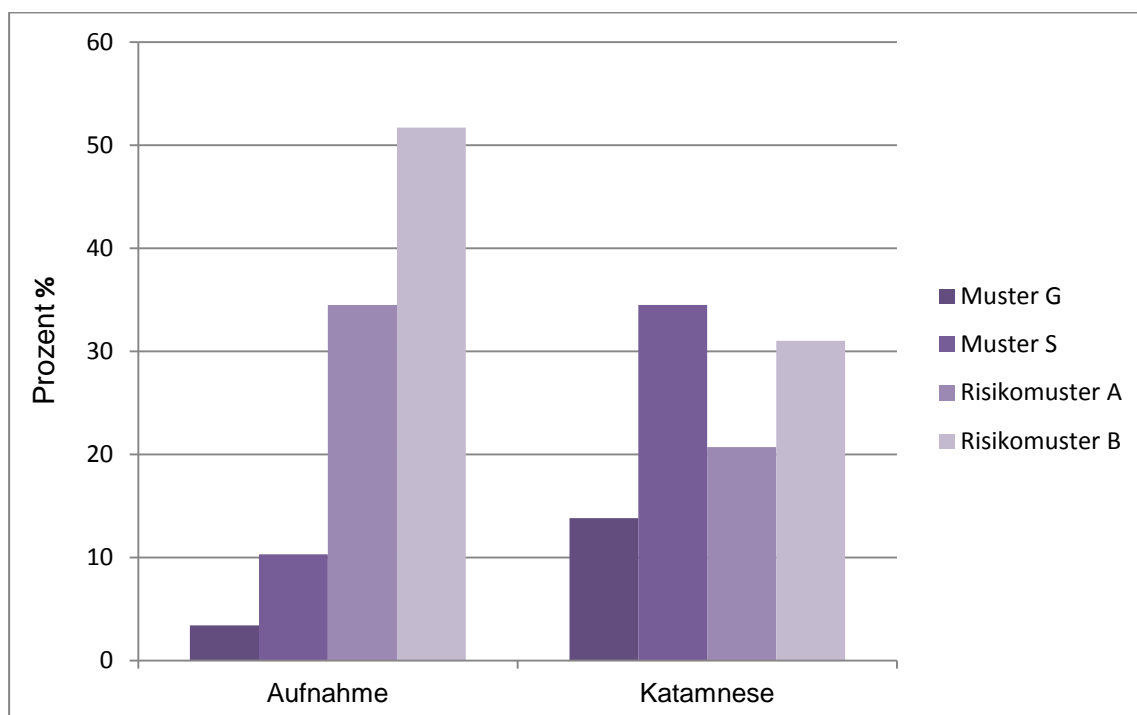
Daten zum Arbeitsmuster für beide Erhebungszeitpunkte (Aufnahme und Katamnese) lagen von 29 Teilnehmern vor. Das Diagramm 13 zeigt prozentual die vier Mustertypen zu den jeweiligen Beobachtungszeitpunkten. Daraus geht hervor, dass zum Katamnesezeitpunkt der Anteil von Probanden mit einem gesundheitsförderlichen Verhaltens- und Erlebensmuster (Muster G) von 3% auf 14% gesteigert werden konnte. Die Inzidenz für das Muster S, welches einem

Schonungs- oder schutzorientiertem Verhalten entspricht, konnte um fast 25%-Punkte gesteigert werden. Ein gesundheitsgefährdendes Verhalten- und Erleben (Risikomuster A) zeigten zum Therapiebeginn noch 35%, zum Follow-up lag der prozentuale Anteil an diesem Risikomuster in der Katamnesezeitprobe noch bei 21%. Auch die Abundanz für das Risikomuster B konnte um rund 20%-Punkte reduziert werden.

Bei der Signifikanzprüfung ergab sich nach dem Wilcoxon-Test nur für die Veränderung im Muster S von Aufnahme bis Katamnese ein signifikanter Wert von $p=.020$ (Muster G $p=.083$, Risikomuster A $p=.157$, Risikomuster B $p=.058$).

Zum Therapiebeginn wiesen 86% der Katamnese Teilnehmer ein gesundheitsschädigendes Muster auf, nur 14% zeigten ein gesundheitsförderndes Verhaltensmuster. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung konnte bei 48% ein gesundheitsförderndes Muster nachgewiesen werden. 53% wiesen weiterhin ein gesundheitsschädigendes auf. Die Veränderungen der gesundheitsschädigenden bzw. gesundheitsfördernden Verhaltens- und Erlebensmuster waren dabei signifikant ($p=.004$, Wilcoxon).

Abb. 13: Mustertypen zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt



Für die vier Mustertypen zum Katamnesezeitpunkt wurden zudem die Fehlzeiten in den vergangenen zwölf Monaten ermittelt. Dabei zeigte sich, dass das Muster G (n=5) im Durchschnitt 5,4 Wochen (SD 9,9) an Fehlzeiten aufwies, Muster S (n=11) 0,9 Wochen (SD 1,0), Risikomuster A (n=6) 5,2 Wochen (SD 5,5) und Risikomuster B (n=12) 13,3 Wochen (SD 23,4).

3.4.1. Stanine-Werte zum Therapiebeginn

Zunächst wurden die Stanine-Werte in der Gesamtstichprobe zum Therapiebeginn ermittelt. Tabelle 6 zeigt den Mittelwert der Staninewerte, welche sich an der berufs- und länderübergreifenden Eichstichprobe mit 2499 Befragten orientiert, sowie deren Standardabweichungen. Hierzu lagen in Abhängigkeit der jeweiligen Skala Daten von 71 Probanden der Gesamtstichprobe vor. Fehlten bei einem Patienten Angaben für die jeweilige Skala, blieb dieser für die Mittelwertberechnung dieser Dimension unberücksichtigt.

Dabei lagen alle durchschnittlichen Stanine-Werte, mit Ausnahme der Skalen „Resignationstendenz“, „Offensive Problembewältigung“, „Innere Ruhe/Ausgeglichenheit“, „Erfolgserleben im Beruf“ und „Lebenszufriedenheit“, zwischen dem 4. und 6. Stanine-Wert. Die Dimension der Resignationstendenz bei Misserfolgen zeigte dabei einen höheren, die übrigen einen niedrigeren Durchschnittswert.

Hiernach wird in Tabelle 7 die prozentuale Verteilung der einzelnen Stanine-Werte für alle 11 Skalen der Gesamtstichprobe zum Beginn der stationären Therapie in den Heiligenfeld Kliniken dargestellt. Der umrandete Bereich entspricht dem Mittelwert +/- eine Standardabweichung.

Tbl. 6: Mittelwert der Stanine-Werte und deren Standardabweichung zum Therapiebeginn für alle 11 Dimensionen

	n	Stanine-Mittelwert*	SD
1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit	68	5,1	2,0
2. Beruflicher Ehrgeiz	70	4,7	1,9
3. Verausgabungsbereitschaft	68	5,4	2,6
4. Perfektionsstreben	69	5,6	2,2
5. Distanzierungsfähigkeit	72	4,2	1,6
6. Resignationstendenz (bei Misserfolg)	69	7,1	1,8
7. Offensive Problembewältigung	72	3,0	2,0
8. Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit	71	3,0	1,5
9. Erfolgserleben im Beruf	66	3,8	2,2
10. Lebenszufriedenheit	68	2,5	1,6
11. Erleben sozialer Unterstützung	64	4,2	1,7

n = Anzahl SD = Standardabweichung

*Die Stanine-Werte ergeben sich aus der Addition bzw. Subtraktion der Antwortoptionen für die jeweilige Dimension (die Aussage „trifft völlig zu“ = 1 Punkt, „trifft überwiegend zu“ = 2 Punkte, „teils/ teils“ = 3 Punkte, „trifft überwiegend nicht zu“ = 4 Punkte, „trifft überhaupt nicht zu“ = 5 Punkte). Jede der 11 Skalen setzt sich wiederum aus der Verrechnung der Rohwerte von sechs Items zusammen. Die Stanine-Werte orientieren sich an der berufs- und länderübergreifenden Eichstichprobe mit n=2499.

Tbl.7: Prozentuale Darstellung der Stanine-Werte in der Studienpopulation zum Therapiebeginn

	Häufigkeit der Stanine-Wert in %								
Dimension*	1	2	3	4	5	6	7	8	9
BA	5,9	4,4	11,8	19,1	14,7	13,2	25	1,5	4,4
BE	5,7	5,7	12,9	27,1	17,1	11,4	12,9	5,7	1,4
VB	11,8	5,9	5,9	8,8	22,1	8,8	7,4	14,7	14,7
PS	-	8,7	13,0	11,6	15,9	10,1	15,9	14,5	10,1
DF	2,8	9,7	22,2	25,0	22,2	8,3	5,6	2,8	1,4
RT	1,4	-	2,9	2,9	11,6	15,9	21,7	11,6	31,9
OP	29,6	16,9	19,7	5,6	16,9	5,6	2,8	2,8	-
IR	21,1	14,1	35,2	15,5	7,0	4,2	2,8	-	-
EF	19,7	13,6	13,6	19,7	13,6	9,1	3,0	3,0	4,5
LZ	42,6	10,3	17,6	20,4	4,4	2,9	1,5	-	-
SU	4,7	9,4	20,3	32,8	12,5	7,8	9,4	1,6	1,6

*(BA=Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, BE=Beruflicher Ehrgeiz, VB=Verausgabungsbereitschaft, PS=Perfektionsstreben, DF=Distanzierungsfähigkeit, RT=Resignationstendenz bei Misserfolg, OP=Offensive Problembewältigung, IR=Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit, EF=Erfolgserleben im Beruf, LZ=Lebenszufriedenheit, SU=Erleben sozialer Unterstützung)

3.4.2. Arbeitsengagement

Im Anschluss soll es um die Klärung der Fragestellung gehen, ob die Leistungsbereitschaft eine Funktion der Gewichtsentwicklung ist. Dazu wird das Arbeitsengagement in der Katamnesezeitprobe zum Therapiebeginn und zum Katamnesezeitpunkt verglichen. Für diesen Vergleich lagen von 28 Patientinnen und Patienten Daten vor. Von drei fehlte jedoch das Katamnese-gewicht.

Dabei errechnet sich das Arbeitsengagement aus den Mittelwerten der Dimensionen „Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit“, „Beruflicher Ehrgeiz“, „Verausgabungsbereitschaft“, „Perfektionsstreben“ und „Distanzierungsfähigkeit“.

Jeder Dimension sind 6 Items zugeordnet, wobei jedes Item wieder einen Punktwert von 5 („trifft völlig zu“) bis 1 („trifft überhaupt nicht zu“) erreichen kann. Aus der Summe der einzelnen Items ergibt sich der Gesamtbetrag der Dimension.

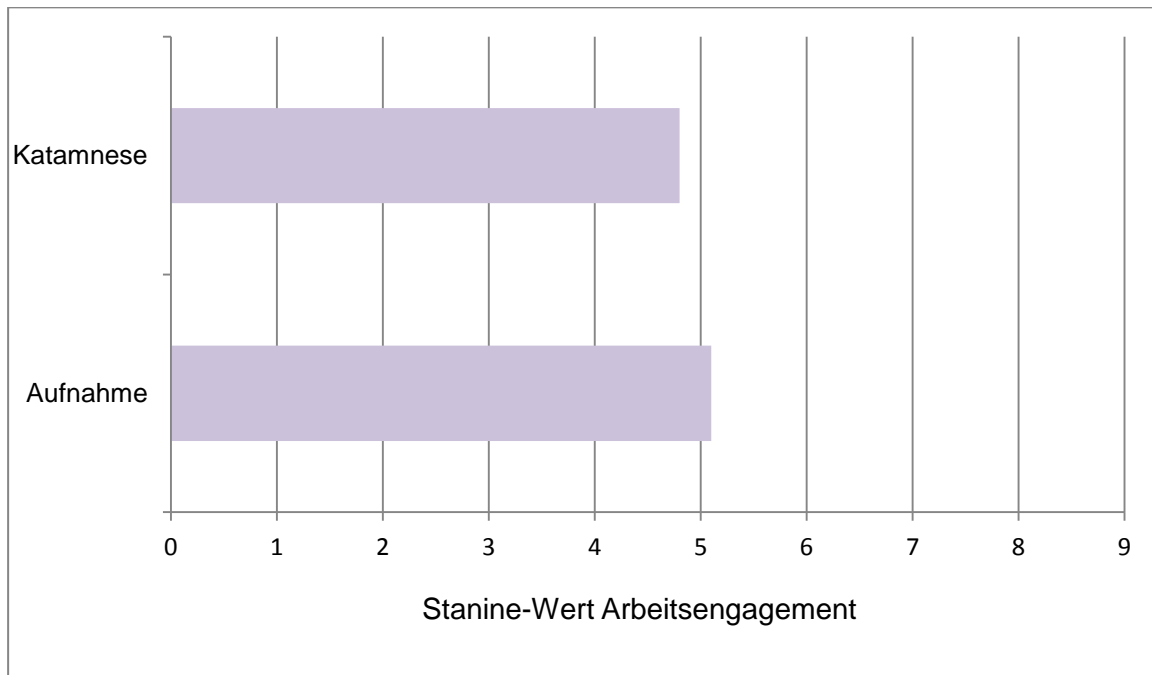
Fehlten in einem Datensatz Angaben zu einem der 5 Dimension für die Ermittlung des Arbeitsengagements wurde der Mittelwert aus den verbliebenen Dimensionen errechnet. Dabei wurde das Fehlen von zwei Dimensionen toleriert. Wenn bei mehr als zwei Dimensionen keine Daten vorlagen, wurde dieser Proband für den Vergleich des Arbeitsengagements zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt ausgeschlossen.

Der Stanine-Mittelwert für das Arbeitsengagement bei Aufnahme in der Stichprobe ($n=28$) lag bei 5,1 (SD 1,3), mit einem Minimum von 2,2 und einem Maximum von 7,8. Zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung betrug der Stanine-Mittelwert 4,8 (SD 1,3) mit einem Minimum von 2,4 und Maximum von 7,0. Die Rohwert-Mittelwerte betrugen 18,6 (SD 3,1) bei Aufnahme und 17,9 (SD 3,1) zum Follow-up.

Die Abbildung 14 zeigt die Entwicklung des Arbeitsengagements über den Beobachtungszeitraum. Das Arbeitsengagement blieb über die Dauer von Therapiebeginn bis zur Nachuntersuchung relativ stabil und lag innerhalb der Normalverteilung \pm eine SD.

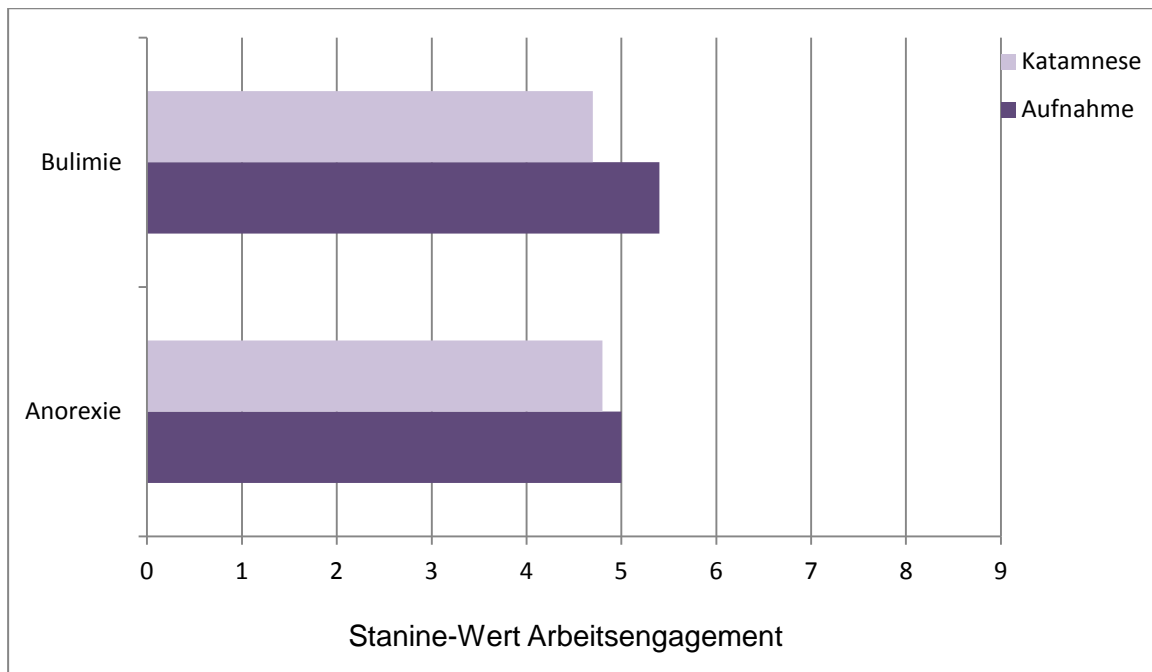
Ein durchgeführter T-Test ergab keinen signifikanten Unterschied ($p=.159$) für das Arbeitsengagement zum Zeitpunkt der Aufnahme und Katamnese in der untersuchten Teilnehmerstichprobe.

Abb.14: Arbeitsengagement zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt



Im Weiteren sollte ein möglicher Unterschied im Arbeitsengagement bei der Diagnose Anorexia nervosa und Bulimia nervosa geprüft werden. Der Vergleich dieser beiden Gruppen zeigte einen Rückgang des Arbeitsengagements sowohl bei den anorektischen als auch den bulimischen Probanden, wobei dieser unter den Patienten mit Bulimie deutlich stärker ausgeprägt zu sein schien (siehe auch Abbildung 15). Es konnte aber weder zum Aufnahme- noch zum Katamnesezeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Krankheitsbildern gezeigt werden. Für den Zeitpunkt der Aufnahme ergab sich für die AN ein mittlerer Rang von 14,1 (MW 5,0) und für die BN ein mittlerer Rang von 16,8 (MW 5,4) mit einem $p=.554$ (Mann-Whitney). Für den Zeitpunkt des Follow-up lag der mittlere Rang der anorektischen Probanden bei 14,6 (MW 4,8) und bei denen mit einer diagnostizierten Bulimia nervosa bei 13,8 (MW 4,7) und einem $p=.843$ (Mann-Whitney).

Abb.15: Darstellung des Arbeitsengagements zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa



Zur vollständigen Beantwortung der dritten Fragestellung wird nun geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen dem Arbeitsengagement und dem Body-Mass-Index bestehen. Zu diesem Zweck erfolgte zunächst eine Prüfung des Zusammenhanges zwischen dem Arbeitsengagement und dem Body-Mass-Index zum Aufnahmezeitpunkt. Für diese Analyse lagen uns Daten von 72 Patientinnen und Patienten der Heiligenfeld Kliniken vor. Bei der Durchführung einer positiven Korrelationsanalyse nach Pearson, zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen (Korrelationskoeffizient nach Pearson = .003, $p=.490$). Ein signifikanter positiver Zusammenhang ließ sich auch für die Gewichtsveränderung während der stationären Therapie und dem Arbeitsengagement bei Aufnahme nicht herstellen (Korrelationskoeffizient nach Pearson = .046, $p=.350$).

Für die Korrelationsanalyse zwischen dem Arbeitsengagement und dem Body-Mass-Index zum Nachuntersuchungstichtag, konnte auf einen Datensatz von $n=31$ zurückgegriffen werden. Mit einem Korrelationskoeffizienten von .034 (nach Pearson) und einem $p=.429$ konnte kein signifikanter Unterschied gezeigt werden.

3.4.3. Ehrgeiz und Perfektionsstreben

Die folgenden Kapitel dieser Arbeit, sollen der Bearbeitung der letzten Fragestellung, in der es um die Veränderungen der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensweisen geht, dienen. Dafür werden die verschiedenen Dimensionen des AVEM-Bogens zu den Zeitpunkten der Aufnahme und Nachuntersuchung verglichen. Dabei soll auch zwischen den Gruppen der (atypischen) Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa differenziert werden.

Zunächst wurde der Arbeits- und Leistungsanspruch essgestörter Patienten untersucht. Für dieses Ziel wurden die Angabe aus den Skalen „Beruflicher Ehrgeiz“ und „Perfektionsstreben“ näher betrachtet und deren Veränderung vom Therapiebeginn bis zum Katamnesezeitpunkt evaluiert.

Patientinnen und Patienten von denen keine Daten für die Dimension „Beruflicher Ehrgeiz“ und/ oder „Perfektionsstreben“ vorlagen, wurden nicht berücksichtigt.

Für die Ermittlung der Dimension „Beruflicher Ehrgeiz“ wurden die Items „Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben“, „Beruflicher Ehrgeiz bedeutet mir viel“, „Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig“, „Ich neige dazu über meine Kräfte hinaus zu arbeiten“, „Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen“ und „Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel“ berücksichtigt. In diese Betrachtung wurden nur Probanden eingeschlossen, bei denen Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten vorlagen, wodurch eine Stichprobengröße von $n=27$ verblieb. Der Rohwert der Dimension lässt sich schließlich wieder dem entsprechenden Stanine-Wert zuordnen.

Dabei ergab sich für den Therapiebeginn ein Stanine-Mittelwert von 4,7 (SD 2,2) mit einem Minimum von 1 und Maximum von 9. Zum Follow-up betrug der Mittelwert 4,5 (SD 2,4), Minimum 1, Maximum 9. Als Rohwerte ergaben sich für den beruflichen Ehrgeiz im Durchschnitt 17,1 (SD 5,6; Minimum 6; Maximum 29) bei Aufnahme und 16,2 (SD 6,0; Minimum 6; Maximum 27) bei Katamnese. In einer berufsübergreifenden Eichstichprobe von Frauen in Deutschland ($n=1430$) lag der Mittelwert für den beruflichen Ehrgeiz bei 17,4 (SD 4,9).

Neben dem „Beruflichen Ehrgeiz“ für das Ermessen von Arbeits- und Leistungsanspruch, sollte wie oben bereits aufgeführt auch das Streben nach Perfektion unter den Teilnehmern eruiert werden. Für die Beurteilung des Perfektionsstrebens liefert die Beantwortung der Fragen „Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein“, „Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefere“, „Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen“, „Was immer ich tue, es muss perfekt sein“, „Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin“ und „Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muss, obwohl sie noch verbessert werden könnte“ Informationen.

In der vorliegenden Studienpopulation ($n=27$) betrug der Stanine-Wert für diese Skala zum Therapiebeginn im Durchschnitt 5,5 (SD 2,2) und reichte dabei von minimal 2 bis maximal 9 Punkten. Zum Beobachtungsende zeigten die Probanden einen Mittelwert von 4,9 (SD 2,7) mit Extremwerten von 1 und 9. Diese ergaben sich aus der Rohwertsumme bei Aufnahme im Durchschnitt von 23,5 (SD 4,4; Minimum 15; Maximum 30) und bei Katamnese von 21,2 (SD 6,7; Minimum 8; Maximum 30). Der Rohwert-Mittelwert für diese Dimension lag in einer berufsübergreifenden Eichstichprobe ($n=1430$) unter deutschen Frauen bei 22,5 (SD 4,1). Es zeigte sich also eine Abnahme der Stanine-Werte bzw. der Rohwert-Mittelwerte, sowohl für die Skala des beruflichen Ehrgeizes als auch für die Tendenz zum Perfektionismus im zeitlichen Verlauf von Therapiebeginn bis zum Nachuntersuchungszeitpunkt. Die Veränderung des Perfektionsstrebens wies dabei im durchgeführten t-Test einen signifikanten Wert von $p=.004$ auf, die des beruflichen Ehrgeizes von $p=.000$ (siehe auch Tabelle 8).

Tbl. 8: Stanine-Wert für die Dimensionen „Beruflicher Ehrgeiz“ & „Perfektionsstreben“ zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt

		Aufnahme		Katamnese		
	n	MW	SD	MW	SD	P
Beruflicher Ehrgeiz	27	4,7	2,2	4,5	2,4	.000
Perfektionsstreben	27	5,5	2,2	4,9	2,7	.004

n = Anzahl

SD = Standardabweichung

MW = Mittelwert

p = Signifikanz (t-Test)

Tabelle 9 zeigt die genannten Dimensionen für die beiden Beobachtungszeitpunkte Aufnahme und Katamnese unter Berücksichtigung der Diagnose Anorexia- oder Bulimia nervosa. Zum Therapiebeginn lagen hierfür, abhängig von der Skala, Daten von n=70 (Ehrgeiz) bzw. n=69 (Perfektionsstreben) vor. Dabei hatten die bulimischen Patientinnen und Patienten einen etwas höheren Stanine-Wert, sowohl hinsichtlich des Ehrgeizes, als auch im Perfektionsstreben gegenüber den Probanden mit der Diagnose einer Anorexia nervosa. Dieser Unterschied lag aber weder für die Dimension „Beruflicher Ehrgeiz“ (p=.915, Mann-Whitney) noch für die Dimension „Perfektionsstreben“ (p=.918, Mann-Whitney) im signifikanten Bereich.

Zum Katamnesezeitpunkt lagen für jede Skala von 34 Probanden Befunde vor. Auch zum Nachuntersuchungszeitpunkt waren die Stanine-Mittelwerte der Patienten mit einer Bulimie in beiden Dimensionen etwas höher. Die Gruppenunterschiede erwiesen sich jedoch als nicht signifikant. In der Skala „Beruflicher Ehrgeiz“ lag der p-Wert bei .765 (t-Test) und bei der Skala „Perfektionsstreben“ bei p=.705 (Mann-Whitney).

Tbl.9: Stanine-Werte für Beruflicher Ehrgeiz und Perfektionsstreben zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt in Abhängigkeit der Diagnose Anorexie oder Bulimie

		Anorexie			Bulimie			P
		n	MW	SD	n	MW	SD	
Aufnahme	Beruflicher Ehrgeiz	61	4,7	1,9	9	4,8	1,6	.915 ^a
	Perfektionsstreben	59	5,6	2,2	10	5,7	2,2	.918 ^a
Katamnese	Beruflicher Ehrgeiz	27	4,7	2,4	7	5,0	2,2	.765 ^b
	Perfektionsstreben	27	4,8	2,6	7	5,3	2,2	.705 ^a

n = Anzahl

SD = Standardabweichung

MW = Mittelwert

p = Signifikanz (^a = Mann-Whitney, ^b = t-Test))

Ergänzend zu den Veränderungen von Perfektionismus und Ehrgeiz im Beobachtungszeitraum, wurden die Fehlzeiten mit den genannten Dimensionen korreliert, um einen möglichen positiven Zusammenhang dieser Variablen zu zeigen.

Bei der Korrelationsanalyse nach Spearman ergab sich ein nicht zufallsbedingter Zusammenhang zwischen dem Perfektionsstreben zum Katamnesezeitpunkt und den Fehlzeiten in den vergangenen 12 Monaten ($p=.418$, $p=.007$). Demnach wiesen Katamneseteilnehmer mit höherem Perfektionsstreben auch signifikant mehr Fehlzeiten im vergangenen Jahr auf. Ein solcher Zusammenhang konnte für die Dimension „Beruflichen Ehrgeiz“ zum Katamnesezeitpunkt und den Fehlzeiten nicht hergestellt werden ($p=.204$, $p=.124$).

3.4.4. Verausgabungsbereitschaft

Nachfolgend soll beurteilt werden, ob sich durch das ganzheitliche Behandlungskonzept in den Heiligenfeldkliniken die Verausgabungsbereitschaft der Studienteilnehmer im Verlauf verändert hat. Daten zu dieser AVEM Kategorie lagen von 27 Patientinnen und Patienten zu beiden Beobachtungszeitpunkten vor. Darunter waren 23 mit der Diagnose einer Anorexia nervosa oder atypischen Anorexia nervosa und vier mit einer Bulimia nervosa.

Die Verausgabungsbereitschaft ergibt sich dabei aus den Fragen „Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung“, „Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung“, „Ich arbeite wohl mehr als ich sollte“, „Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten“, „Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt“ und „In der Arbeit verausgabe ich mich stark“. Insgesamt kann hierbei ein Punktwert zwischen 6 und 30 erreicht werden, wobei ein höherer Wert, einer höheren Zustimmung zu den einzelnen Items entspricht und Hinweis auf eine größere Verausgabungsbereitschaft gibt.

Der Tabelle 10 kann die prozentuale Verteilung der Stanine-Werte für die Dimension der Verausgabungsbereitschaft zum Aufnahme– und Katamnesezeitpunkt entnommen werden. Die Stanine-Werte 1-9 orientieren sich an der Rohwertverteilung der Dimension „Verausgabungsbereitschaft“ in einer berufs- und länderübergreifenden Eichstrichprobe mit $n=2499$.

Tbl. 10: Prozentuale Angabe der Stanine-Werte für die Dimension „Verausgabungsbereitschaft“ bei Aufnahme und zum Nachuntersuchungszeitpunkt

	Häufigkeit der Stanine-Werte* in %								
Verausgabungsbereitschaft	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Aufnahme	3,7	3,7	3,7	11,1	25,9	7,4	7,4	22,2	14,8
Katamnese	14,8	7,4	3,7	11,1	25,9	7,4	7,4	14,8	7,4

* (1= 6-10 Punkten, 2= 11-13 Punkten, 3= 14-15 Punkten, 4= 16-17 Punkten, 5= 18-19 Punkte, 6= 20-22 Punkte, 7= 23-24 Punkte, 8= 25-27 Punkte, 9= 28-30 Punkte)

Der Stanine-Mittelwert für die Vorausgabungsbereitschaft zum Therapiebeginn lag bei 6,0 (SD 2,2) mit einem Minimum von 1 und Maximum von 9. Zum Katamnesezeitpunkt ergab sich ein Mittelwert von 5,0 (SD 2,5) mit gleichen Extremwerten wie bei Aufnahme (graphische Darstellung siehe Abbildung 16a). Als Rohwert-Mittelwerte lagen 21,6 (SD 5,5; Minimum 9; Maximum 30) und 18,8 (SD 5,8; Minimum 8; Maximum 29) zugrunde. In einer berufsübergreifenden Eichstichprobe von Frauen in Deutschland (n=1430) lag der Mittelwert für diese Dimension bei 19,1 (SD 4,4) (siehe auch Abbildung 16b). Der gepaarte T-Test ergab einen signifikanten p-Wert von .028 für die Veränderung der Vorausgabungsbereitschaft.

Abb.16 a: Stanine-Werte für die Verausgabungsbereitschaft zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt

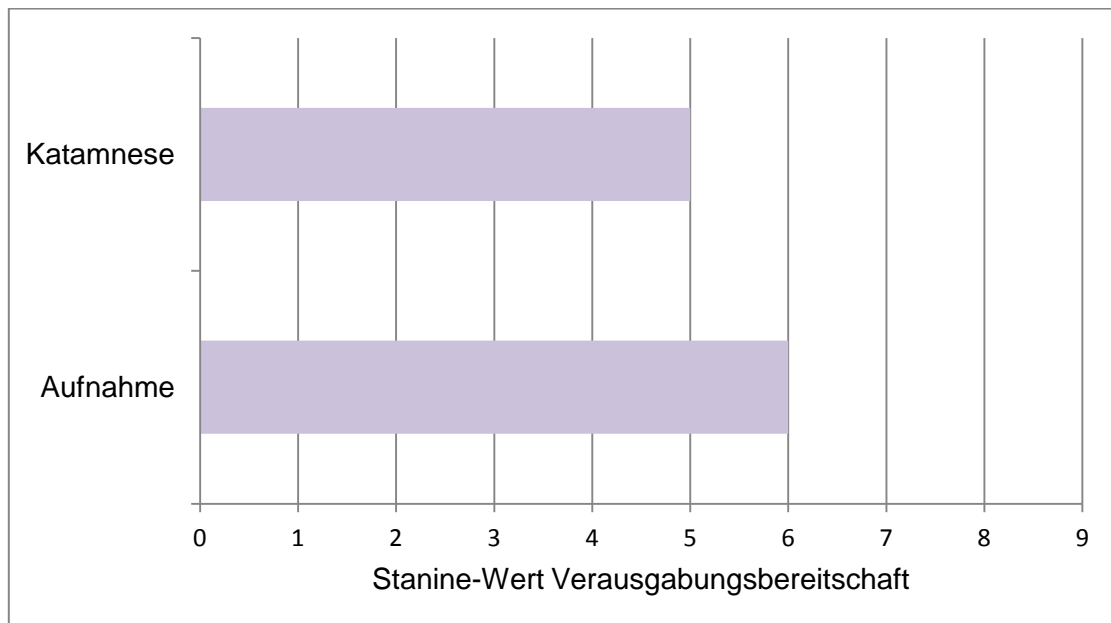
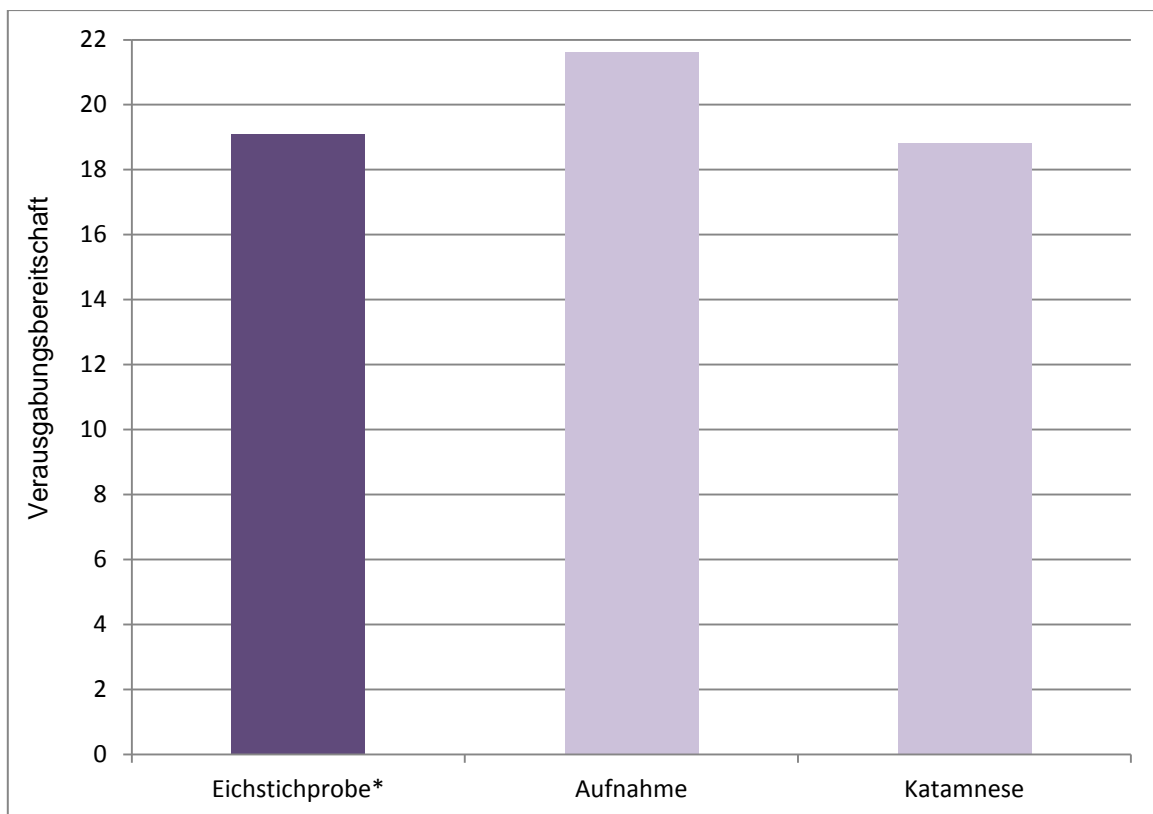


Abb.16 b: Rohwerte für die Verausgabungsbereitschaft zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt



*Berufsübergreifenden Eichstichprobe von Frauen in Deutschland (n=1430) 2003

Zwischen den beiden Gruppen AN und BN ließ sich mit einem durchgeführten Rangsummentest (Mann-Whitney) weder zum Beobachtungsbeginn ($p=.890$), noch zum Follow-up ($p=.890$), ein signifikanter Gruppenunterschied zeigen. Zum Aufnahmezeitpunkt lag bei den anorektischen Probanden der Stanine-Wert für die Verausgabungsbereitschaft bei durchschnittlich 6,0 (SD 2,1) bei den Probanden mit einer Bulimie bei 6,0 (SD 3,2). Für den Katamnesezeitpunkt ergaben sich Mittelwerte von 5,0 (SD 2,4) für die AN und 5,0 (SD 3,5) für die BN.

3.4.5. Resignationstendenz

Nun soll eine mögliche Veränderung in Hinsicht auf die Resignationstendenz bei Misserfolgen untersucht werden. Dafür lagen von 27 Probanden Aufnahme- und Katamnese-daten vor.

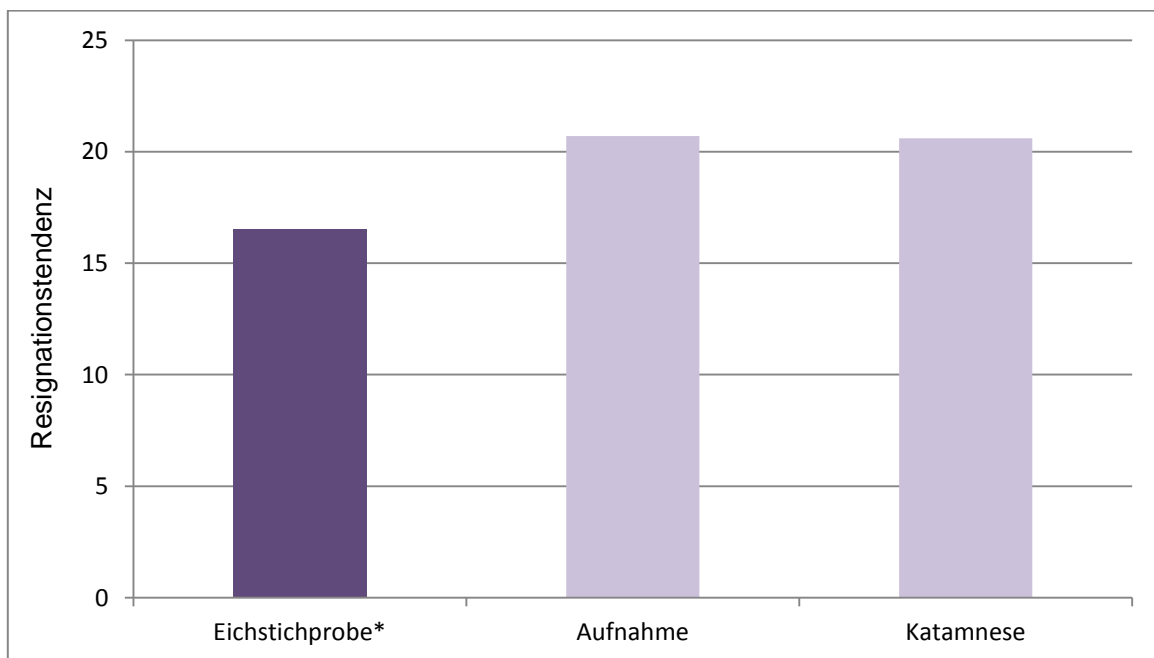
Die Skala der Resignationstendenz ergibt sich aus dem Items „Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell“, „Misserfolge kann ich nur schwer verkraften“, „Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen“, „Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr“, „Ich verliere leicht den Mut, wenn ich trotz Anstrengung keinen Erfolg habe“ und „Wenn ich irgendwo versagt habe, kann mich das sehr mutlos machen“. Dabei kann eine Summe zwischen 6 und 30 Punkten erreicht werden. Ein hoher Wert bedeutet eine hohe Neigung zur Resignation bei Misserfolgen.

Es ergaben sich Stanine-Mittelwerte für die Resignationstendenz bei Therapiebeginn in den Heiligenfeld Kliniken von 6,6 (SD 2,0) mit Extremwerten von 1 und 9. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt von 6,4 (SD 2,6) und gleichen Extremwerten wie bei Aufnahme (graphische Darstellung siehe Abbildung 17a). Die Rohwerte lagen im Durchschnitt bei 20,7 (SD 5,5; Minimum 8; Maximum 30) zu Beginn und 20,6 (SD 7,1; Minimum 7; Maximum 30) bei Ende der Datenerhebung. Der Mittelwert für die Resignationstendenz bei Misserfolgen in einer berufsübergreifenden Eichstichprobe unter Frauen in Deutschland ($n=1430$) von 2003 lag bei 16,5 (SD 4,4) (graphische Darstellung siehe Abbildung 17b).

Abb. 17 a: Stanine-Werte für die Resignationstendenz zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt



Abb. 17 b: Rohwerte für die Resignationstendenz zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt



* Berufsübergreifenden Eichstichprobe von Frauen in Deutschland (n=1430) 2003

Ein bedeutsamer Unterschied der Stanine-Werte für die Resignationstendenz im Verlauf konnte unter den 27 Patientinnen und Patienten nicht nachgewiesen werden ($p=0,684$, Wilcoxon).

Bei Betrachtung der Resignationstendenz in Abhängigkeit der Diagnose zeigte sich zu keinem Zeitpunkt ein signifikanter Gruppenunterschied (Aufnahme: $p=.676$, Katamnese: $p=.751$, Mann-Whitney). Zum Aufnahmezeitpunkt hatten die Probanden mit einer (atypischen) Anorexia nervosa einen Mittelwert der Stanine-Werte von 6,5 (SD 1,9), bulimische Patienten einen Mittelwert von 7,0 (SD 2,3) für die Resignationstendenz. Bei Nachuntersuchung betrugen die Stanine-Werte im Durchschnitt 6,3 (SD 2,7) bei der Diagnose AN und 6,8 (SD 2,6) bei der Diagnose BN.

3.4.6. Widerstandskraft

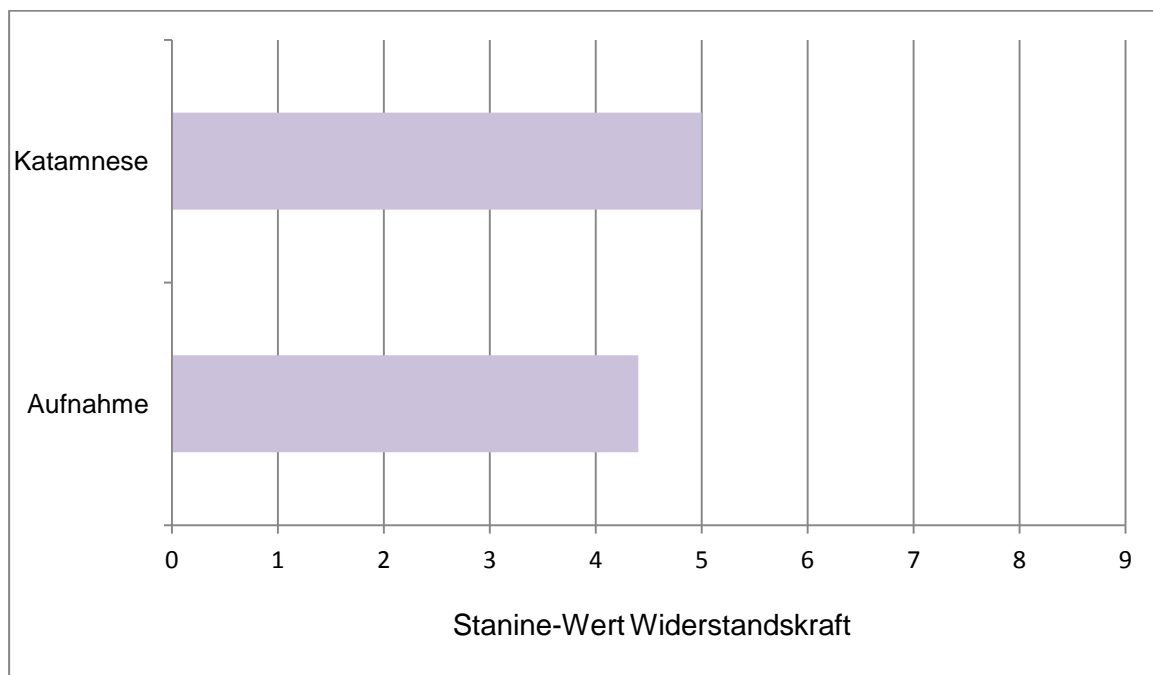
Für eine Aussage über die Widerstandsfähigkeit wurden die vier Skalen „Distanzierungsfähigkeit“, „Resignationstendenz“, „Offensive Problembewältigung“ und „Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit“ herangezogen. Für die Berechnung wurde der Mittelwert aus der Summe aller vier Skalen ermittelt. Fehlten bei Probanden Angaben zu einer der Skalen, wurde der Mittelwert aus den drei verbliebenen Werten ermittelt. Das Fehlen von mehr als einem Skalenwert wurde nicht toleriert und der Proband schloss für die Evaluation der Widerstandsfähigkeit aus. Dabei lagen zum Aufnahmezeitpunkt Daten zur Widerstandskraft von 72 Patientinnen und Patienten vor. Für den Entwicklungsverlauf (Aufnahme zu Katamnese) lagen von 28 Teilnehmern Daten vor.

Zunächst soll die Widerstandskraft bei Aufnahme ($n=72$) eruiert werden. Dabei lag der Stanine-Mittelwert bei 4,3 (SD 0,9) mit einem Minimum von 2,0 und einem Maximum von 6,5. Der Rohwert lag im Durchschnitt bei 17,3 (SD 2,0). Der Stanine-Mittelwert resultierte aus den Mittelwerten für die vier einzelnen Skalen „Distanzierungsfähigkeit“ 4,2 (SD 1,6), „Resignationstendenz“ 7,1 (SD 1,8), „Offensive Problembewältigung“ 3,0 (SD 2,0) und „Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit“ 3,0 (SD 1,5).

Für die Beurteilung der Entwicklung der Widerstandskraft im Beobachtungszeitraum, werden im Folgenden ausschließlich die Patientinnen berücksichtigt, die die oben definierte Bedingung bezüglich der Dimension „Widerstandskraft“ erfüllen. Hieraus ergab sich eine Stichprobengröße von $n=28$. Zum Therapiebeginn lag der Stanine-Wert in der Katamnesegruppe im Durchschnitt bei 4,4 (SD 0,9) mit einem Minimum bei 2,8 und einem Maximum von 6,3. Zum Follow-up Zeitpunkt betrug der Mittelwert 5,0 (SD 0,8), Minimum 4,0 und Maximum 7,0. Die Mittelwerte der Rohwerte lagen zum Therapiebeginn bei 17,5 (SD 2,1) und zur Nachuntersuchung bei 18,9 (SD 1,8).

Für diese Veränderung zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ergab sich ein hochsignifikanter Unterschied ($p=.003$, Wilcoxon) (siehe auch Abbildung 18).

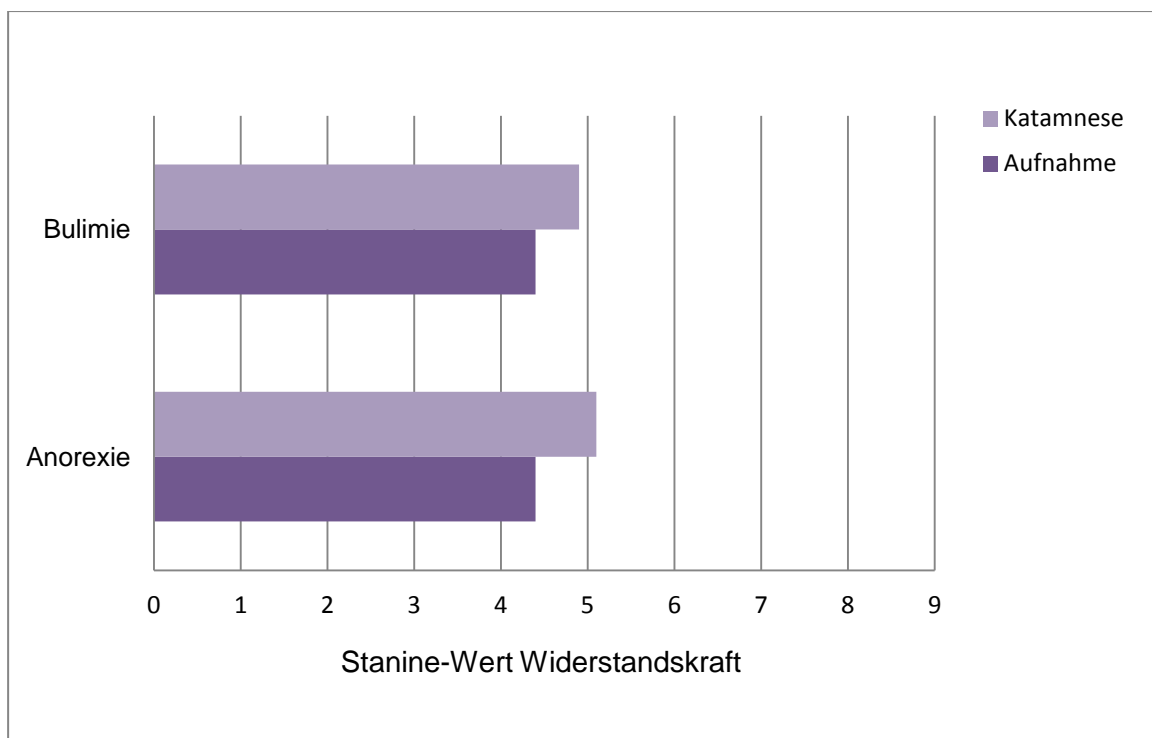
Abb. 18: Stanine-Werte für die Widerstandskraft zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt



Wie bereits für die anderen Dimensionen, wird auch für den Bereich „Widerstandskraft“ eruiert, ob es zwischen den Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten (atypischen) Anorexia nervosa oder einer Bulimia nervosa einen Unterschied zu einem der Beobachtungszeitpunkte gibt. Zum Beginn der Therapie in

den Heiligenfeld Kliniken hatten die Probanden mit einer Anorexie eine Stanine-Mittelwerte von 4,4 (SD 0,9) und diejenigen mit einer Bulimie einen von 4,4 (SD 1,2). Zum Nachuntersuchungszeitpunkt ergaben sich Werte von 5,1 (SD 0,9) für die anorektischen und 4,9 (SD 0,5) für die bulimischen Studienteilnehmer. Für die graphische Darstellung siehe Abbildung 19. Zwischen den Gruppen ließ sich kein signifikanter Wert für einen Unterschied ermitteln (Aufnahme: $p=.818$, Katamnese: $p=.920$, Mann-Whitney).

Abb. 19: Darstellung der Widerstandskraft zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa



3.4.7. Lebenszufriedenheit

Nachfolgend soll eruiert werden, ob durch die Behandlung in den Heiligenfeld Kliniken eine Veränderung der AVEM-Dimension „Lebenszufriedenheit“ in der untersuchten Studienpopulation erreicht werden konnte.

Hierzu wurden folgende Fragen gestellt, die in der Summe ein Maß für die Lebenszufriedenheit darstellen. „Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein“, „Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden“, „Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen“, „Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen“, „Von manchen Seiten des Lebens bin ich ziemlich enttäuscht“ und „Es dürfte nur wenige glücklichere Menschen geben als ich es bin“. Eine höhere Gesamtsumme bei der Verrechnung der Antwortoptionen dieser 6 Items entspricht einer höheren Lebenszufriedenheit.

Informationen für die oben genannte Dimension konnten dabei von 28 Patientinnen und Patienten gewonnen und deren Veränderung zum Katamnesezeitpunkt ausgewertet werden.

Der Mittelwert der Stanine-Werte für die Lebenszufriedenheit zum Aufnahmezeitpunkt lag bei 3,0 (SD 1,7) mit einer Spanne zwischen 1 und 6. Zum Follow-up ließ sich ein Mittelwert von 3,6 (SD 1,7) ermitteln, mit einem minimalen Wert von 1 und einem Maximum bei 7 (siehe auch Abbildung 20a). Als Rohwerte ergaben sich durchschnittlich 17,2 (SD 4,3; Minimum 9, Maximum 24) bei Aufnahme und 18,8 (SD 3,9; Minimum 10, Maximum 25) zur Nachuntersuchung. Der Mittelwert in einer berufsübergreifenden Vergleichsstichprobe mit $n=1430$ Frauen lag für die Lebenszufriedenheit bei 21,8 (SD 4,0) (siehe auch Abbildung 20b).

Der Anstieg der Stanine-Mittelwerte für die Lebenszufriedenheit im Beobachtungszeitraum war mit einem p -Wert von .109 (Wilcoxon) als zufallsbedingt zu werten.

Abb. 20 a: Stanine-Werte für die Lebenszufriedenheit zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt

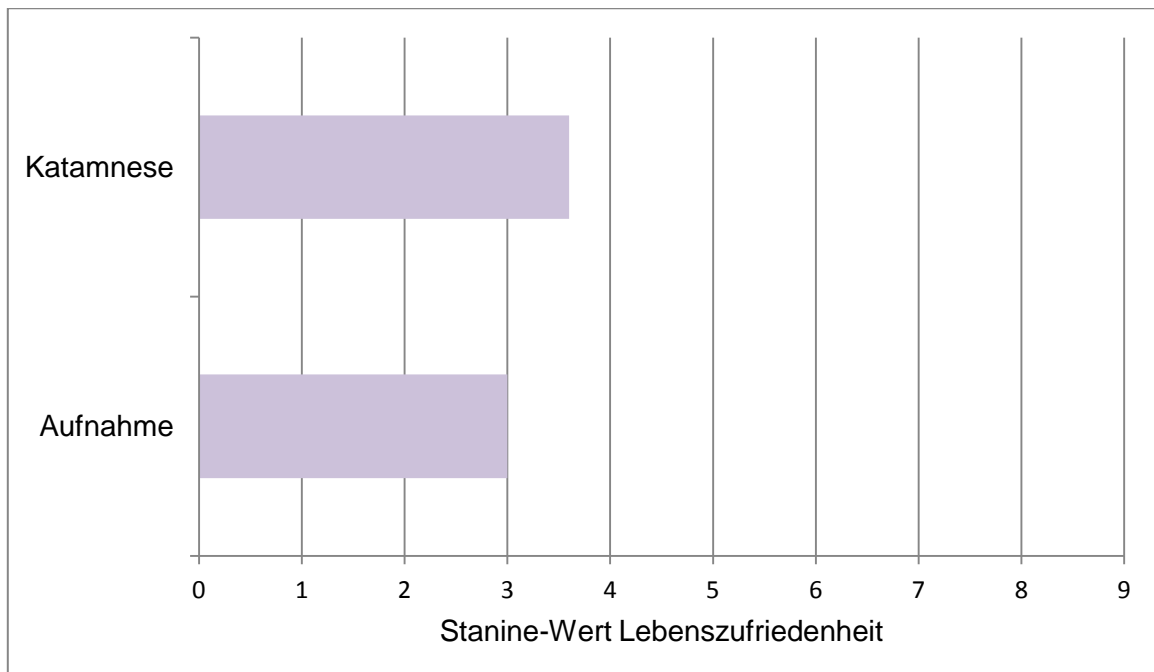
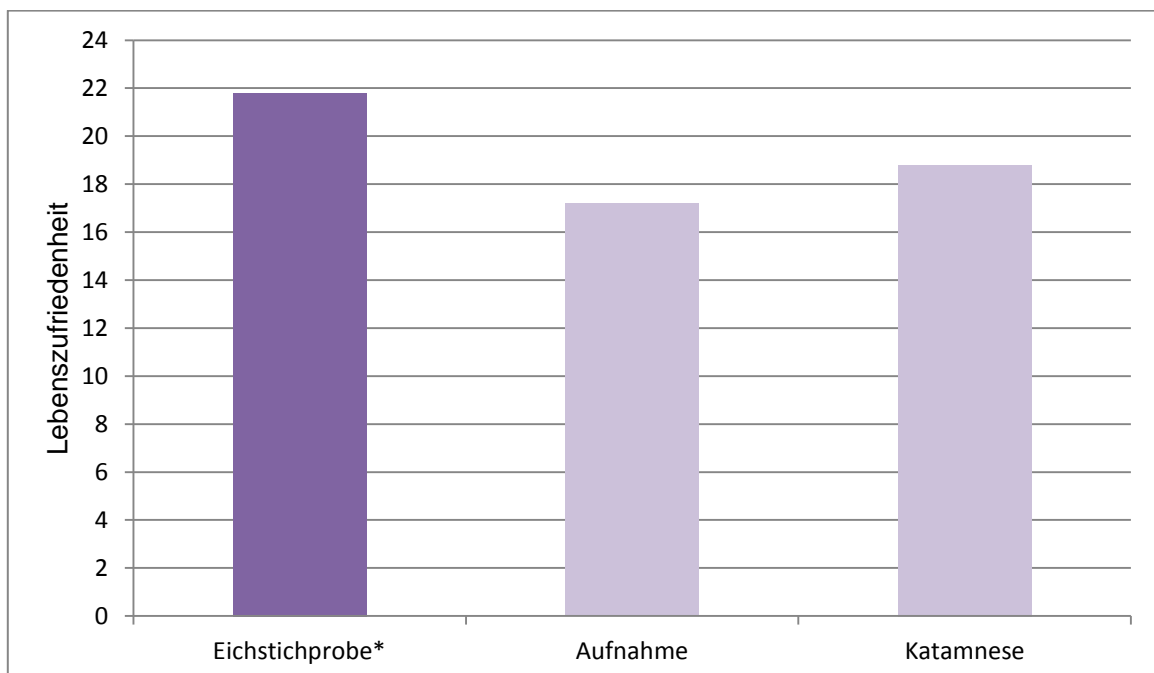


Abb. 20 b: Rohwerte für die Lebenszufriedenheit zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt



*Berufsübergreifenden Eichstichprobe von Frauen in Deutschland (n=1430) 2003

Auch diese Dimension sollte wieder auf einen möglichen Gruppenunterschied zwischen der Diagnose Anorexie und Bulimie untersucht werden. Es ergaben sich Stanine-Mittelwerte bei Therapiebeginn für die anorektischen Patientinnen und Patienten von 3,2 (SD 1,6) und für die bulimischen von 2,0 (SD 2,0). Zum Nachuntersuchungszeitpunkt zeigten sich Mittelwerte von 3,8 (SD 1,7) für die AN und 2,8 (SD 1,5) für die BN. Die Probanden mit einer Anorexia nervosa wiesen zu beiden Zeitpunkten höhere Durchschnittswerte in der Lebenszufriedenheit auf. Zum Aufnahmezeitpunkt war dieser Gruppenunterschied entsprechend dem Rangsummentest (Mann-Whitney) nicht signifikant ($p=.189$). Gleiches zeigte sich für den Nachuntersuchungszeitpunkt ($p=.284$).

3.4.8. Erleben sozialer Unterstützung

Weiterhin wurden die Patientinnen und Patienten nach ihrem Erleben von sozialer Unterstützung befragt. Diese Dimension wird durch die Items „Mein Partner/ meine Partnerin zeigt Verständnis für meine Arbeit“, „Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme“, „Von meinem Partner/ meiner Partnerin wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme für meine beruflichen Aufgaben und Probleme“, „Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung“, „Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch die Menschen in meiner Umgebung“ und „Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand für mich da“ repräsentiert. Anstelle von „Partner/ Partnerin“ wurden auch die Personen, mit der die engste persönliche Beziehung besteht, verstanden. Auch in dieser Dimension bedeutet ein höherer Punktwert das Empfinden von mehr sozialen Unterstützung.

Abbildung 21a zeigt die Stanine-Werte für die Dimension „Erleben sozialer Unterstützung“. Bei Aufnahme betrug der Stanine-Mittelwert der 26 Probanden, bei denen zu dieser Skala Daten vorlagen, 4,8 (SD 1,9) und reichte dabei von 2 bis 9 und zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 4,9 (SD 2,2) mit einem Minimum von 1 und einem Maximum von 9. Diesen Stanine-Werten lagen durchschnittliche Rohwerte von 22,1 (SD 4,9; Minimum 13; Maximum 30) zum Beginn der Datenerhebung bzw. 22,7 (SD 4,7; Minimum 13; Maximum 30) zum Follow-up zugrunde. Diese Rohwert-Mittelwert Ergebnisse entsprachen annähernd dem Mittelwert von 22,9 (SD 4,6) der sich im Rahmen einer berufsübergreifenden Stichprobe mit 1430 deutschen Frauen ergab (siehe auch Abbildung 21b).

Die Veränderung zwischen den beiden Beobachtungszeitpunkten erwies sich im durchgeführten Wilcoxon-Test als nicht signifikant ($p=.555$).

Abb. 21 a: Stanine-Werte für das Erleben sozialer Unterstützung zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt

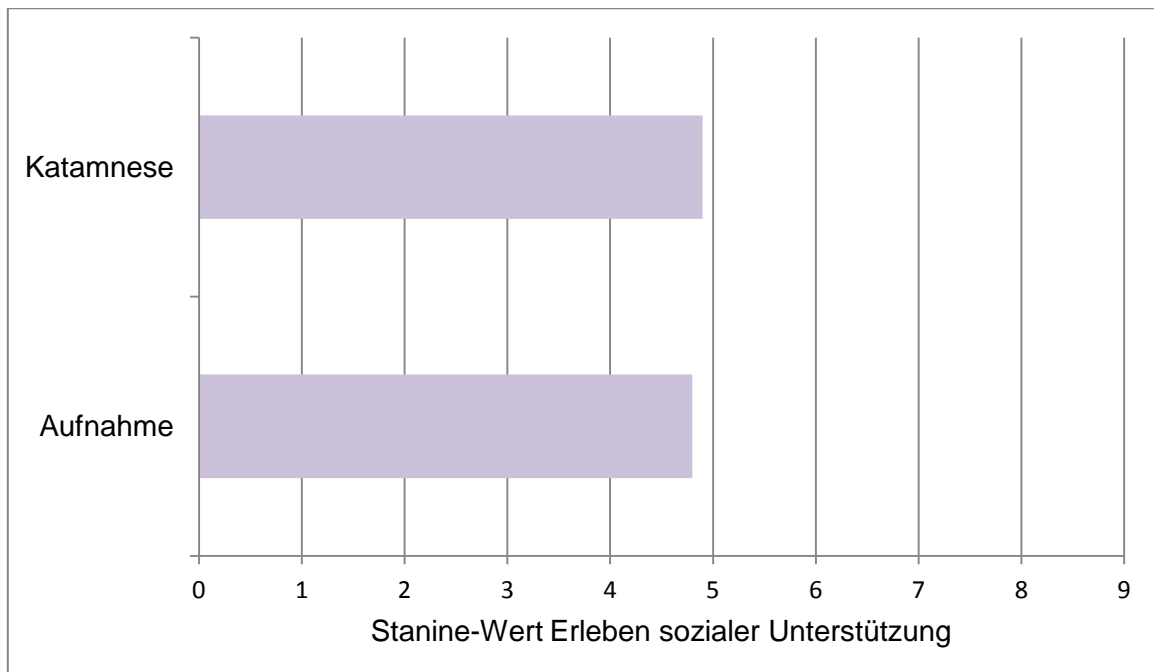
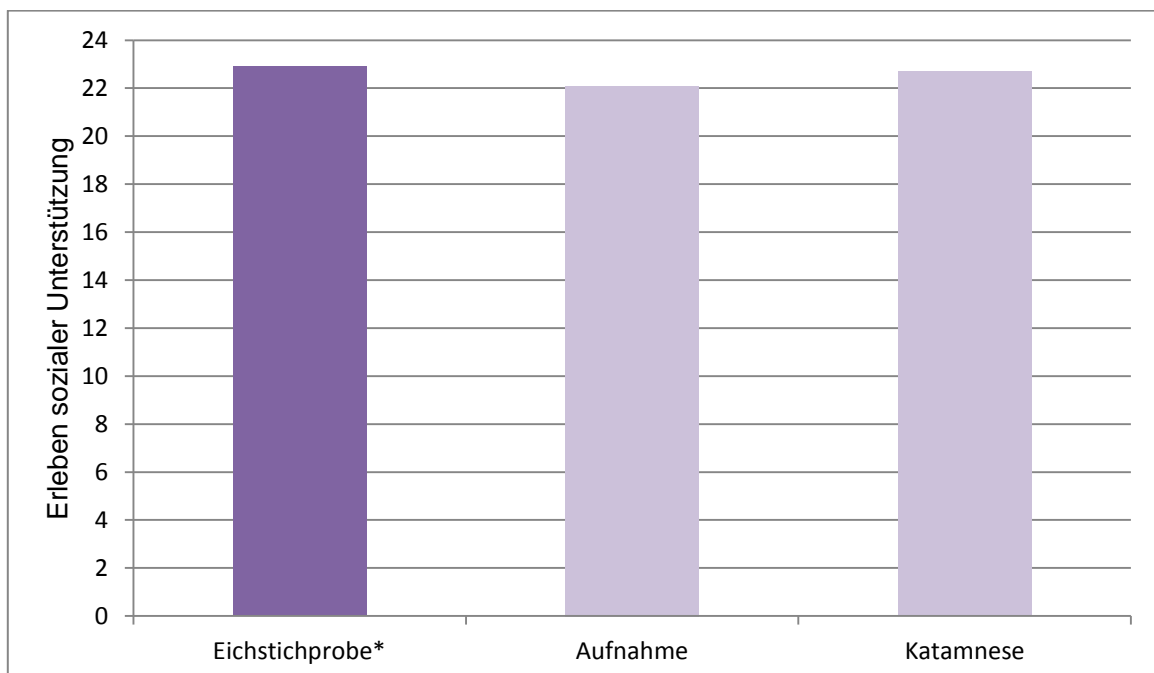


Abb. 21 b: Rohwert-Mittelwerte für die Dimension Erleben sozialer Unterstützung zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt



*Berufsübergreifenden Eichstichprobe von Frauen in Deutschland (n=1430) 2003

Abschließend soll auch für diese Dimension ein möglicher Unterschied zwischen den Diagnosen untersucht werden. Die durchschnittlichen Stanine-Werte für das Erleben sozialer Unterstützung lagen zum Aufnahmezeitpunkt bei den anorektischen Teilnehmern bei 4,7 (SD 1,8) und für die bulimischen Teilnehmer bei 5,0 (SD 3,6). Zum Follow-up errechnete sich für die AN ein Stanine-Mittelwert von 5,0 (SD 2,3) und für die BN von 4,7 (SD 2,1). Im Rangsummentest (Mann-Whitney) zeigte sich weder zum Aufnahme- noch zum Nachuntersuchungszeitpunkt ein signifikanter Gruppenunterschied (Aufnahme $p=.935$, Katamnese $p=.808$).

4. Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es, anorektische und bulimische Patientinnen und Patienten, die sich für eine stationäre Therapie in der Heiligenfeld Klinik befanden, hinsichtlich ihrer Gewichtsentwicklung, ihrer Lebenszufriedenheit und den Veränderungen in ihren arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensweisen zu untersuchen. Außerdem wurden nach einem Unterschied in der Komorbidität zwischen den Probanden mit einer Anorexia nervosa bzw. atypischen Anorexia nervosa und einer Bulimia nervosa gesucht.

4.1. Diskussion der Stichprobe und Methodik

In der Literatur sind zahlreiche Studien über den Verlauf und/ oder das Outcome anorektischer und bulimischer Patienten beschrieben. Namensgebende Experten wie Fichter, Quadflieg, Steinhausen, Herpertz-Dahlmann, Löwe und viele weitere haben dieses Krankheitsbild aus den verschiedensten Perspektiven und auf unterschiedlichste Aspekte hin untersucht. Daraus ergibt sich eine detaillierte und umfangreiche Vorstellung über die Facetten dieser Krankheit und eine wissenschaftliche Grundlage für Therapieansätze und Prognosefaktoren. Diese Vielzahl macht den Vergleich der verschiedenen Studien über essgestörte Patientinnen und Patienten aber auch schwierig. Bereits Fichter et al (51) wiesen auf die Schwierigkeit des Vergleiches verschiedener Forschungsarbeiten über Anorexia nervosa und Bulimia nervosa hin. Als Gründe nannten sie u.a. Unterschiede in der Selektion (beispielsweise die Gegenüberstellung somatischer-, psychosomatischer-, psychiatrischer- oder rehabilitativer Kliniken), Unterschiede in der Diagnosestellung bzw. Einschlusskriterien in Untersuchungen, Ungleichheiten in den methodischen Verfahren zur Erhebung von Katamnesedaten und der Katamnesedauer. Aber auch die zum Teil eindimensionale Beurteilung der Therapieergebnisse wurde von Fichter kritisiert.

4.1.1. Stichprobe

Insgesamt konnte in der vorliegenden Studie auf Katamnesedaten von 34 ehemaligen Patientinnen und Patienten der Heiligenfeld Kliniken zurückgegriffen werden. Für die Evaluation des stationären Therapieverlaufes lagen Daten von 96 Patientinnen und Patienten vor. Vorangegangene Studien, die sich mit der Veränderung anorektischer und bulimischer Patienten während der stationären Therapie beschäftigten, umfassten zum Teil deutlich größere Stichproben, wie Schlegl et al mit 238 Patienten (52). Auch Forschungsarbeiten, die die länger- bzw. langfristigen Veränderungen der Therapie untersuchten, hatten partiell größere Nachuntersuchungsgruppen, wie Steinhausen et al mit 212 Patienten (53), Morris et al mit 206 Patienten (54) oder Fichter et al mit 103 anorektischen Patienten (55). Daneben wurden aber durchaus auch Studien mit ähnlicher Stichprobengröße wie in der vorliegenden Arbeit durchgeführt. Beispielsweise Herpertz-Dahlmann et al mit ebenfalls 34 Patienten (56) oder Holtkamp et al, die 39 Patienten in ihre Forschungen einschlossen (57).

Studien, die die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster zum Gegenstand ihrer Untersuchungen hatten, wurde dagegen mit deutlich größeren Stichproben durchgeführt. Gander et al mit $n = 887$ (58), Rath et al mit $n = 477$ (59) oder Grundmann et al mit 321 Probanden (60). Zudem stammten die Probanden meist aus der gesunden Population. Nur wenige dieser Studien setzten den AVEM Bogen bei einem psychisch- bzw. psychosomatisch erkrankten Patientenkontext ein. Heitzmann & Schaarschmidt (61) prüften die Validität des Instrumentes in einer Querschnittsuntersuchung an 1884 Rehabilitanden u.a. aus dem psychosomatischen- und onkologischen Bereich. Rath et al (59) nutzten den Einsatz des AVEM bei onkologischen Patienten zum Beginn ihrer Rehabilitation. Frese et al (62) untersuchten damit den Rehabilitationserfolg u.a. bei anorektischen und bulimischen Patienten und Linden (63) evaluierte die Beziehung zwischen Leistung, Motivation und Kapazität bei somatoformen- und affektiven Störungsbildern.

Im Bezug auf die Geschlechtsverteilung waren unter den 96 Probanden dieser Arbeit 93 (97%) Frauen und drei Männer (3%). Es ergab sich eine Geschlechtsverteilung von 31:1. Kaechele et al (64) hatten in einer Multicenterstudie mit 43 Kliniken und

1171 essgestörten Patienten einen Anteil an Männern von weniger als 4% (AN 3%, BN 2%). Diese Ergebnisse spiegeln die Tatsache wieder, dass trotz einer steigenden Prävalenz anorektischer Männer, Essstörungen (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa) vorwiegend Mädchen und Frauen betreffen (65). Auch in den Untersuchungen mit dem AVEM-Instrument überwiegte meist der Frauenanteil.

Hinsichtlich des Alters der zu Evaluation herangezogenen Probanden differenzieren sich die bestehenden Studien. In der vorliegenden Arbeit lag das durchschnittliche Alter in der Gesamtstichprobe zum Beginn der Therapie bei 36,8 Jahren (SD 13,2; Range 18-61) und für die 34 Katamneseteilnehmer ergab sich ein Durchschnittsalter von 34,9 Jahren (SD 13,0). In Vergleichsstudien lag das durchschnittliche Alter unterhalb unseres Ergebnisses. Viele der Studien über Essstörungen konzentrieren sich dabei auf die Untersuchung von adoleszenten Probanden, beispielsweise Holtkamp et al (57), deren Studienpopulation ein mittleres Alter von 16,2 Jahren (SD 2,0) aufwiesen oder Steinhausen et al (66) mit einem durchschnittlichen Alter ihrer Probanden von 15,7 Jahren (SD 1,6). Morris et al (54) dagegen schlossen sowohl adoleszente als auch adulte Patienten in die Untersuchungen ein. Bei den Forschungsarbeiten über die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) waren die Probanden zumeist im gleichen Alter oder tendenziell älter, als die untersuchten Patienten der Heiligenfeld Kliniken. Um Beispiele zu nennen, Schulz et al (67) mit einem Altersdurchschnitt von 37,9 Jahren (SD 11,2) oder Rath et al mit 49,0 Jahren (59).

4.1.2. Diagnosekriterien

Für den Einschluss in die durchgeführten Untersuchung erfüllten alle Patientinnen und Patienten entsprechend der ICD- 10 Kriterien die Diagnose einer atypischen Anorexia nervosa, Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa (30). Vergleichsstudien verwendeten zum Teil das parallel existierende Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen – DMS III und DMS IV (68) (69). Beide Klassifizierungssysteme, die ICD -10 und die DMS-Klassifizierung, orientieren sich an ähnlichen Diagnosekriterien, weshalb eine Gegenüberstellung von Studien trotz Verwendung unterschiedlicher Diagnoseinstrumenten möglich ist. Das Nebeneinanderstellen dieser Studien mit der Literatur ist auch dadurch limitiert, dass die Mehrheit der Studien über Essstörungen sich entweder mit anorektischen oder bulimischen Patienten beschäftigen. Diese Selektion wurde in der präsentierten Arbeit nicht getroffen und sowohl die Diagnosen Anorexia nervosa als auch Bulimia nervosa wurden in die Untersuchungen eingeschlossen.

4.1.3. Katamneseintervall und Verweildauer

Auch der Nachuntersuchungszeitraum der zahlreichen Katamnesestudien unterscheidet sich erheblich. Steinhausen et al (10) wiesen darauf hin, dass ein längerer Katamnesezeitraum bessere Outcome Ergebnisse liefert. Morgen & Russel (70) schlugen eine Dauer von vier Jahren für die Nachuntersuchung vor. Damit lag in der vorliegenden Studie das Zeitintervall bis zur Nachuntersuchung mit 2,8 Jahren etwas unterhalb dieser Empfehlung. Allerdings ist zu bedenken, dass mit zunehmender Dauer des Follow-up der Einfluss anderer Therapieoptionen, wie ambulante Maßnahmen oder weitere stationäre Aufenthalte unter Umständen an Einfluss gewinnen. Auch Herpertz-Dahlmann beschrieb in seinen Ergebnissen eine steigende Remissionsrate bei steigender Dauer des Follow-up, gab aber auch zu bedenken, dass längere Nachuntersuchungsintervalle - von beispielsweise 3-4 Jahren - gegebenenfalls bulimische Phasen nicht mit erfassen (71).

Gleichermaßen wie der Nachuntersuchungszeitraum sind auch die Verweildauern des stationären Settings der Patienten in den Vergleichsstudien sehr variabel. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten in den Heiligenfeld Kliniken betrug 56,4 Tage (SD 20,7) und lag damit deutlich unterhalb der Behandlungsdauer in anderen Kliniken. Die durchschnittlichen stationäre Therapiedauern in anderen Untersuchungen betrugen 118,6 Tage (SD 49,0) bei Fichter & Quadflieg (55) oder 91,8 Tage (SD 44,3) bei Schlegl (72), um Beispiele aufzuzeigen. Morris et al (54), die wie oben bereits erwähnt, sowohl adoleszente als auch erwachsene Probanden einschlossen, berichteten über signifikant längere Verweildauern unter den adoleszenten Patienten (adoleszent 141,4 Tage vs. adult 113 Tage). Kaechele (64) schlussfolgerte eine Behandlungsempfehlung von 8-12 Wochen, bei Patienten über 40 Jahren gegebenenfalls auch länger.

4.1.4. Drop-out Quote

Von den 96 Patientinnen und Patienten die sich im Zeitraum von Februar 2010 bis März 2015 zur stationären Therapie einer Anorexie oder Bulimie in den Heiligenfeld Kliniken befanden, lehnten 22 (23%) Probanden bereits im Vorfeld die Teilnahme an Nachbefragungen ab. Von den verbliebenen 74 (77%) angeschriebenen Probanden kamen von sechs (6%) ausgefüllte Fragebögen zurück. In den anschließenden Telefoninterviews konnten von weiteren 28 (29%) Probanden Katamnesedaten erhoben werden. Zwölf (13%) konnten telefonisch zwar erreicht werden, waren aber zur Teilnahme nicht bereit. Drei (3%) befanden sich aktuell erneut in stationärer Therapie. Die fehlenden 25 (26%) konnten auch bei mehrmaligem Versuch einer Kontaktaufnahme nicht erreicht werden. Hieraus ergab sich eine Drop-out Quote von 65%. In einer Übersichtsarbeit von Steinhausen et al (10) mit 105 Studien über die vorliegende Thematik betrug die durchschnittliche Drop-out Quote 12,3% mit einer Standardabweichung von 14,7 und einer Reichweite von 0-77. Der Anteil der „Verweigerer“ in der dargestellten Arbeit liegt zwar über diesem Durchschnitt, verdeutlicht aber vor allem die Schwierigkeit, essgestörte Patienten für die Erhebung von Katamnesedaten zu gewinnen. Auch die Ergebnisse von Huas et al (73)

bestärken diese Erkenntnis. Sie berichteten über eine Abbruchrate unter den anorektischen Patienten von über 53% bereits während des stationären Aufenthaltes.

Einige Autoren, darunter auch Fichter et al (51) und van der Ham et al (74) präsentierten in ihren Untersuchungsergebnissen schlechtere Prognosen unter den Verweigerern. Steinhausen (10) konnte bei der Analyse des Drop-out Effektes eindeutige Hinweise dafür liefern, dass Studien mit hohen Ausfallraten zu besseren Langzeitergebnissen führen. In der vorliegenden Studie konnte nur von jedem dritten Patienten eine Kontaktaufnahme hergestellt werden, ob dies an einem generell schlechten Krankheitsverlauf oder falschen Kontaktdaten liegt, ist ungewiss. Auch hatten 22 Probanden eine Teilnahme bereits im Vorfeld, also noch vor dem poststationären Verlauf abgelehnt. Möglicherweise lehnte ein Teil der erreichten Probanden die Teilnahme an der Katamnese ab, da sie die Erkrankung als ein abgeschlossenes Kapitel ihres Lebens betrachten oder kein Interesse an einer Studienteilnahme haben. Diese Möglichkeiten sind aber reine Spekulation.

4.1.5. Methodik

Die vorliegende retrospektiv angelegte Studie basiert auf einem postalischen und telefonischen Datengewinn der ehemaligen Patientinnen und Patienten der Heiligenfeld Kliniken. Die erhobenen Daten wurden dabei bei der Mehrheit der Katamneseteilnehmer per Telefoninterview gewonnen. Durch das ursprünglich geplante postalische Vorgehen konnten lediglich von sechs Probanden Informationen gewonnen werden. Wie bei vielen anderen Studien mit essgestörten Patienten musste man sich auch bei der vorliegenden Arbeit auf die subjektive Angabe über die aktuelle Situation und das Körpergewicht der Patienten verlassen. Initial sollte die Gewichtserhebung durch den Hausarzt oder eine Apotheke ermittelt und bestätigt werden. Für dieses Vorgehen erhielten die Patienten ein entsprechendes Dokumentationsblatt (siehe auch 2.3. Methodik und 7.1. Anschreiben). Trotz der Zusicherung eines vertrauensvollen und anonymen

Umgangs konnte auf diesem Weg nur von zwei Probanden das Gewicht erhoben werden. Bei den übrigen Gewichtsangaben, sowie den Angaben aus den Fragebögen, musste man sich demnach auf die Ehrlichkeit und Gewissenhaftigkeit der Patienten verlassen, was bei diesem Krankheitsbild durchaus als problematisch zu sehen ist. Fainburn et al (75) die sich mit dieser Problematik beschäftigten, berichteten über höhere Angaben in Selbstbewertungsfragebögen gegenüber einem Interview, beispielsweise wenn es um die Bewertung von Figursorgen oder Essattacken ging. Beide Instrumente unterschätzten dabei das Gewicht, wobei sich kein Zusammenhang zwischen der Größe der Gewichtsabweichung und der Schwere der Erkrankung herstellen ließ. Bei einem Vergleich von „face-to-face“ Interview und Telefoninterview konnten Fichter & Quadflieg (55) keinen signifikanten Unterschied in den Gewichtsangaben finden. Auch Löw & Zipfel (76) konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich Body-Mass-Index oder psychosozialer Funktion zwischen den „direkt“ und „indirekt“ beurteilten Probanden feststellen. Fichter (51) schlägt als Methode der Wahl zur Erhebung von Katamnesedaten die persönliche Exploration der Probanden vor, welche gegebenenfalls durch Einbeziehen von behandelnden Ärzten oder Angehörigen ergänzt werden sollte. Eine solche Vorgehensweise war uns aus finanzieller und organisatorischer Sicht nicht möglich.

Demnach sind unterschiedliche Methoden zur Datenerhebung, aber auch der eingesetzten Instrumente, wie bereits einleitend angedeutet eine weitere Limitation beim Vergleich von Studienergebnissen. Es gibt Studien, wie beispielsweise die von Herpertz-Dahlmann (71), welche im prospektiven Studiendesign mit einer Kontrollgruppe und wiederholten Nachuntersuchungen durchgeführt wurden. Daneben besteht eine Vielzahl von Forschungsarbeiten über Anorexie und Bulimie die sich gleicher Methoden (retrospektiver Informationsgewinn durch Telefoninterview oder Fragebögen per Postzusendung) bedienten wie in der präsentierten Arbeit [Popp (39), Huber (38)]. An den Arbeiten von Popp und Huber orientierte sich außerdem der Inhalt des verwendeten Fragebogens in unserer Studie. Herzog & Keller (77) stellten in ihrer Arbeit Ende der 80er Jahre eine Übersicht über die verschiedenen Vorgehensweisen zur Datenerhebung vor. Dabei wurde auch kritisiert, dass aus einigen Studien das genaue methodische Vorgehen nicht klar hervorging.

Der in der vorliegenden Arbeit u. a. eingesetzte Fragebogen über die arbeitsbezogenen Verhalten- und Erlebensmuster (AVEM) weist eine hohe innere Konsistenz für alle 11 Skalen auf (Cronbach's alpha .79- .87), wodurch eine zuverlässige Messung möglich ist. Auch die Validität des Verfahrens konnte im Vergleich mit anderen Testverfahren [Freiburger Persönlichkeitsinventar (45), Maslach Burnout Inventory (46) und weiteren] bestätigt werden (41). Heitzmann et al (61) konnten die Validität des Instrumentes auch beim Einsatz unter Rehabilitanden (u.a. unter psychosomatischen Patienten) bestätigen.

4.2. Diskussion der Ergebnisse

4.2.1. Gewichtsentwicklung

Ziel der therapeutischen Bemühungen in den Heiligenfeld Kliniken bei der Behandlung anorektischer und bulimischer Patienten ist zunächst eine Stabilisierung des Körpergewichtes. Dies ist u.a. ein Grund, warum die erste Phase der Therapie bei Essstörungen in den Heiligenfeld Kliniken rein verhaltenstherapeutisch aufgebaut ist. Über den Erfolg eines phasenspezifischen Vorgehens in der Therapie von Essstörungen konnten keine Studien gefunden werden. Dennoch unterstützt die Erfahrung mit essgestörten Patientinnen und Patienten die Annahme, dass gerade in der Anfangsphase einer stationären Therapie die Unterstützung bei der Essensauswahl/ -aufnahme und der Gewichtszunahme entscheidend sind. Nicht selten sind Betroffene durch die Unterernährung emotional und kognitiv eingeschränkt (78) (79). Die Zunahme an Gewicht bzw. dessen Stabilisierung ohne weiteren Gewichtsverlust, ist eine wichtige Voraussetzung für weitere Therapiemaßnahmen. Dabei konnten die Heiligenfeld Patienten während des stationären Aufenthaltes im Durchschnitt eine signifikante Gewichtszunahme von fast einem Kilogramm erreichen und damit den Body-Mass-Index um 0,34 kg/m² steigern. Bei diesem vergleichsweise geringen Anstieg, sollte die im Vergleich zu anderen Kliniken kurze Verweildauer von 8 Wochen nicht außer Acht gelassen werden. Bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung konnten die Patientinnen und Patienten weiter

an Gewicht zunehmen und erreichten im Durchschnitt einen Body-Mass-Index von 17,7 kg/m² (SD 2,1). Studien mit ähnlichem Katamnesezeitraum zeigten vergleichbare BMI-Werte zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bei deutlich längerer Behandlungsdauer. Die Patienten von Fichter und Quadflieg (55) hatten zum Zeitpunkt der 2-Jahres Katamnese einen durchschnittlichen BMI von 17,1 kg/m² (SD 3,4) bei einer durchschnittlichen stationären Therapiedauer von 118 Tagen (SD 49). Im 3-Jahres Follow-up von Herpertz-Dahlmann (56) wiesen die Probanden einen BMI-Mittelwert von 18,5 kg/m² (SD 2,0) auf, bei einer Verweildauer von 171 Tagen (SD 114). In diesem Zusammenhang soll auch nochmal auf den Diskussionspunkt der Katamnesedauer eingegangen werden. In der Heidelberg-Mannheim Studie (80) zeigten Deter und Herzog, dass die klinische Symptomatik der Patienten mit der Spanne des Follow-up zunehmend rückläufig war. Während die Symptompräsentation zum Zeitpunkt des stationären Settings noch bei 100% lag, waren es noch 67% nach zwei Jahren, 40% nach vier Jahren, 27% nach sechs Jahren. Danach zeigte sich kein bedeutsamer Rückgang mehr. Nach neun Jahren hatten noch 17% der Patienten klinische Symptome der Essstörung. Tabelle 11 zeigt ein Übersicht über verschiedene Katamnese Studien mit Verweildauer (in Wochen), Katamnesedauer (in Jahren) sowie die Entwicklung des Body-Mass-Index von Aufnahme bis Follow-up Zeitpunkt. Wie aus der oben angeführten Schilderung hervorgeht, wird die Gewichtsentwicklung bzw. BMI-Entwicklung durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Dabei geht ein längerer stationäre Aufenthalt mit einem größeren Anstieg des Body-Mass-Index zum Entlasszeitpunkt einher, was wiederum als ein positiver prädiktiver Faktor für den Langzeitverlauf beschrieben wird [Schlegl et al (52), Fichter et al (55)]. Diese Ergebnisse konnten auch in der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. Für den Zusammenhang der Verweildauer und der Zunahme des Body-Mass-Index ergab sich ein signifikant positiver Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman von $\rho=.211$ ($p=.019$).

Neben der Verweildauer muss auch das schon im einleitenden Diskussionsteil angesprochene Kriterium „Alter“ unserer Patienten berücksichtigt werden. Morris et al (54), die sowohl adoleszente als auch erwachsene Probanden einschlossen, berichteten über signifikant längere Verweildauern unter den adoleszenten Patienten (adoleszent 141,4 Tage vs. adult 113 Tage). Auch sie fanden eine positive Korrelation zwischen Verweildauer und BMI-Anstieg. Morris wies außerdem darauf

hin, dass v.a. die Gewichtszunahme und nicht der absolute BMI zur Entlassung entscheidend sind. Kaechele (64) fand bei der Dichotomisierung der Verweildauern seiner Patienten (AN 11,1 Wochen; BN 11,4 Wochen) zum Katamnesezeitpunkt keinen signifikanten Unterschied im durchschnittlichen Body-Mass-Index zwischen Patienten mit kurzer oder langer stationärer Therapiedauer. Eine gleiche Erkenntnis lässt sich auch aus der vorliegenden Studie ziehen. Der Body-Mass-Index zum Katamnesezeitpunkt stand in keinem positiven Zusammenhang mit einer längeren Verweildauer in den Heiligenfeld Kliniken (Korrelationskoeffizient nach Pearson .252, $p=.086$). Laut Kaechele (64) profitieren vor allem Patienten mit einem chronischen Verlauf ihrer Essstörung von einer längeren Therapiedauer, während bei Patienten ohne Chronifizierung eher eine kürzere Therapiedauer angestrebt werden sollte. Eine vollständige Symptomremission ist für ältere bzw. chronische Patienten mit einer Anorexia oder Bulimia nervosa vermutlich ein zu hoch gestecktes Ziel. In der dargestellten Studie wurde die Dauer des Krankheitsverlaufes nicht mit evaluiert.

Tbl. 11: Übersicht verschiedener Katamnese Studien mit Verweil-, Follow-up Dauer und Body-Mass-Index zu den verschiedenen Zeitpunkten der Beobachtung

					Body-Mass-Index in kg/m ²					
	Verweildauer in Wochen		Follow-up Dauer in Jahren		Aufnahme		Entlassung		Follow-up	
Studie	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Vorliegende Studie	8,0	3,0	2,8	1,5	16,0	1,2	16,3	1,3	17,7	2,1
Steinhausen (1993) *	13,9	9,8	4,8	0,9	14,1	2,3	17,6	1,3	19,4	2,5
Fichter & Quadflieg **	16,9	7,0	6,0	-	14,3	1,7	15,5	1,7	17,9	2,8
Herpertz-Dahlmann ***	22,8	15,2	7,0	-	14,3	1,4	-	-	20,5	2,5
Deter & Herzog ****	12,0	-	11,8	-	13,3	2,6	-	-	19,6	3,3
Steinhausen (2009)*****										
Berlin West	21,0	19,3	6,1	1,0	13,6	1,5	17,3	1,2	19,2	2,6
Berlin Ost	29,7	34,3	9,8	3,3	14,3	1,7	17,7	1,3	20,2	2,0
Bucharest	11,9	12,7	7,3	1,9	14,4	1,3	15,1	2,1	18,6	3,0
Sofia	14,6	10,9	5,5	1,8	13,3	1,8	15,1	2,4	19,3	1,9
Zürich	20,5	34,1	10,8	2,7	13,6	1,0	16,8	1,8	18,9	2,3

SD= Standardabweichung

MW= Mittelwert

* Steinhausen 1993 (66),

** Fichter & Quadflieg 1999 (55),

*** Herpertz-Dahlmann 2001 (71),

**** Deter & Herzog (80),

***** Steinhausen 2009 (53)

4.2.2. Gesundheits- und Lebenszufriedenheit

Essstörungen wie die Anorexia nervosa und die Bulimia nervosa gehen nicht nur mit körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen einher, auch psychosoziale Probleme und Einschränkungen sind wesentlicher Bestandteil der Erkrankung. Fundamentale Therapieelemente bei Essstörungen in den Heiligenfeld Kliniken sind deshalb auch das (Wieder)erlernen sozialer Kompetenzen und das Erkennen eigener Ressourcen, damit diese genutzt und weiter gestärkt werden können. Hieraus soll sich schließlich die Zufriedenheit mit dem Selbst und dem sozialen Umfeld entwickeln. Aus diesem Grund interessierte in der vorliegenden Arbeit nicht nur die Gewichtsentwicklung im poststationären Verlauf, sondern auch die aktuelle Zufrieden der anorektischen und bulimischen Patienten. Bei der Beurteilung ihrer Gesundheit beschrieben fast 70% der ehemaligen Patientinnen und Patienten ihren aktuellen Zustand zwischen „sehr gut“, „gut“ und „befriedigend“ (genaue Verteilung siehe auch Tabelle 12). Bei einer Umfrage des statistischen Bundesamts (81) beschrieben rund 95% der befragten Frauen in der Altersgruppe von 25-50 Jahren ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“, „gut“ oder „mittelmäßig“.

Die Bewertung der eigenen Gesundheit hing dabei aber auch vom Körpergewicht ab. Probanden mit einem niedrigeren Körpergewicht zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung waren dabei signifikant unzufriedener als die Patienten mit einem höheren Gewicht. Ein gleiches Ergebnis zeigte sich bei der Beurteilung der Lebenszufriedenheit. Auch hier tendierten Probanden mit niedrigerem Gewicht zu einer schlechteren Bewertung ihrer Lebenszufriedenheit. Insgesamt waren unter den 34 Katamneseteilnehmern 65% die ihre aktuelle Lebenszufriedenheit als „sehr gut“, „gut“ oder „befriedigend“ charakterisierten (genaue Verteilung siehe auch Tabelle 12). Unter den von Halvorsen et al (82) untersuchten anorektischen Patienten gaben nur 48% an, zufrieden zu sein, während in der zum Vergleich herangezogene Bevölkerungsstichprobe die Lebenszufriedenheit von 83% als „zufrieden“ beschrieben wurde. In einer Übersichtsarbeit von Herzog und Keller (77) Ende der 80er Jahre, wurde die Spanne einer guten bzw. zufriedenstellenden psychosozialen Funktion zwischen 22-73% angegeben. Dieses Ergebnis verdeutlicht mutmaßlich auch die Schwierigkeit die „Lebenszufriedenheit“ zu beurteilen, da diese neben dem Körpergewicht von zahlreichen weiteren Faktoren abhängt und beeinflusst wird.

Tbl. 12: Prozentuale Angaben zur Gesundheits- und Lebenszufriedenheit zum Katamnesezeitpunkt

	Häufigkeit in Prozent %					
Aktuelle Situation	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht	sehr schlecht
Gesundheits-zufriedenheit	3	27	38	15	9	9
Lebens-zufriedenheit	3	18	44	15	9	12

4.2.3. Drop-out Analyse

Beide Gruppen, Verweigerer und Katamnese Teilnehmer, wurden hinsichtlich der erhobenen Daten während des stationären Settings verglichen. Hierbei ergab sich weder für den Body-Mass-Index zum Therapiebeginn, noch für den zur Entlassung ein signifikanter Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen. Auch im Alter und der Dauer der stationären Therapie ergab sich kein bedeutsamer Unterschied (siehe auch Tabelle 2). Zu gleichen Ergebnissen kam auch Herpertz-Dahlmann (71) der bei einer Drop-out Quote von 12% keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Verweigerern fand. Auch Kaechele (64) fand in seiner Drop-out Analyse (Drop-out Quote 35%) nur geringe Gruppenunterschiede.

Beim Vergleich der Stanine-Wert für die arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster zeigte sich jedoch ein signifikanter Gruppenunterschied in der Dimension der Lebenszufriedenheit. Die Gruppe der Verweigerer zeigte einen geringeren Skalenwert für die Lebenszufriedenheit gegenüber den Katamnese Teilnehmern.

4.2.4. Komorbidität

Depressionen und Angststörungen treten häufig bei Essstörungen wie der Anorexia nervosa auf. Auch die Bulimia nervosa ist häufig mit depressiven Störungen assoziiert (65). Diese Erkenntnisse konnte in der vorliegenden Studie bestätigt werden. Hierzu wurden zum Beginn der Therapie in den Heiligenfeld Kliniken die psychischen Begleiterkrankungen entsprechend der ICD-10 Kriterien erhoben. Zusätzlich wurde bei der Komorbidität zwischen der Diagnose einer Anorexia nervosa bzw. atypischen Anorexia nervosa und einer Bulimia nervosa unterschieden. Zwischen den Krankheitsbildern gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit einer Depression, Posttraumatischen Belastungsstörung, Angst-oder Zwangsstörung. Auch in der Anzahl der psychischen Nebendiagnosen ergab sich kein Unterschied.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme hatten fast 80% der anorektischen und 57% der bulimischen Patientinnen und Patienten in den Heiligenfeld Kliniken zusätzlich eine Depression kodiert. In der Studie von Schlegl et al (72) wiesen 64% der Patienten Episoden oder wiederkehrende Phasen einer Depression auf. Bei Morris (54) waren 68% der Patienten zum Therapiebeginn komorbid. Im Vergleich dazu lag laut der DGES1-MH¹ der Anteil der weiblichen Bevölkerung mit einer unipolaren Depression bei 11% (83). Unsere gezeigten Ergebnisse legen nahe, dass essgestörte Patienten eine deutlich höhere Prävalenz für weitere psychische Erkrankungen haben als die Allgemeinbevölkerung und damit zusätzlich erhebliche Beeinträchtigungen in ihrer psychosozialen Funktion. Dabei bleibt es zu diskutieren, ob depressive Störungen als reine Folge der Essstörung zu sehen sind. Franklin (84) inszenierte hierzu in den 40er Jahren ein Experiment (Minnesota Starvation Experiment) an 36 Männern, in welchem er die seelischen und körperlichen Folgen der Mangelernährung untersuchte. In der Phase des Hungerns berichteten die Probanden neben einem zunehmenden Interessensverlust, auch von anhaltenden depressiven Phasen, welche durch ihre körperliche und seelische Unfähigkeit verstärkt wurde. Außerdem wurde ein zunehmender sozialer Rückzug beschrieben. In der anschließenden Phase der Rehabilitation wurden die Depressionen stärker, der Appetit nahm ab und

¹ Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland - Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit (Mental Health)

die Versuchsteilnehmer hatten zunächst große Mühe wieder an Gewicht zuzunehmen. Den Männern gelang es nur schwer, die Verhaltens- und Einstellungsmuster aus der Phase des Hungerns zu verlassen. In der vorliegenden Studie war der Anteil an Patienten mit psychischen Begleiterkrankungen höher als in anderen Studien, die sich mit essgestörten Patienten beschäftigten. Dies könnte u.a. eine weitere Erklärung für die geringere Gewichtszunahme unserer Patienten während des stationären Settings im Vergleich zu anderen Kliniken sein.

Holtkamp (57) gab konsequent zu bedenken, dass Depressionen, Angst- und Zwangssymptomatik auch nach Genesung der Anorexie über Jahre bestehen bleiben. Die Symptomatik ist zum Teil über Jahre stabil. Im Vergleich mit einer Gruppe von Probanden ohne einer psychischen Erkrankung oder Essstörung in der Anamnese, hatten ehemalige anorektische Patienten [definiert mit einem BMI > 20,3 kg/m² (SD 2,3)] signifikant häufiger Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen. Dies steht im Kontext zu den Ergebnissen von Herpertz-Dahlmann (71). Die von ihm untersuchten Probanden mit AN unterschieden sich zur Kontrollgruppe hinsichtlich der Lebenszeitdiagnose einer psychischen Diagnose (92% vs. 51%), langzeiterholte Patienten differenzierten sich diesbezüglich aber nicht mehr. In der dargestellten Studie wurde das Vorliegen einer psychischen Begleiterkrankung zum Katamnesezeitpunkt nicht mit erhoben.

Weiterführend soll auf die Häufigkeit der Persönlichkeitsstörungen in der Studienpopulation eingegangen werden. 24 (25%) der Heiligenfeld Patienten hatten neben ihrer Essstörung eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Darunter waren 19 mit einer Anorexie und fünf mit einer Bulimie. Es ergab sich aber keine signifikante Häufung für eine Persönlichkeitsstörung unter den anorektischen Patienten [$\chi^2(1)=1.003$, $p=.316$]. Am häufigsten war unter den Persönlichkeitsstörungen die emotional instabile Persönlichkeit mit 10% der Patienten. Einer ängstlich/ vermeidende Persönlichkeit wurde bei 5% aller Patienten diagnostiziert, eine abhängige/ asthenische Persönlichkeit bei 3% und 6% aller Patienten hatten eine kombinierte oder andere Persönlichkeitsstörung.

Zusammenfassend ließ sich für die psychische Komorbidität kein Unterschied zwischen anorektischen und bulimischen Patienten feststellen, wohl aber gegenüber der gesunden Allgemeinbevölkerung. Ob Patienten mit einer ausgeheilten Essstörung auch langfristig häufiger psychische Probleme haben, wird kontrovers diskutiert.

4.2.5. Beurteilung der Mustertypen

Arbeit und berufliche Erwerbsfähigkeit werden als stabilisierende Faktoren beschrieben und stellen einen wesentlichen Grund für eine möglichst lange Teilnahme - auch eines seelisch kranken Menschen - am Arbeitsleben dar. Chronische Konflikte im Arbeits- (und Privat-) leben, soziale Enttäuschungen oder auch „nur“ die Vorstellung von Verlust oder Versagen können aber dauerhafte Stressoren darstellen und für die Aufrechterhaltung einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung (mit)verantwortlich sein (85). Stress beeinflusst darüber hinaus auch die Koordination von Gewohnheiten und das zielgerichtete instrumentelle Lernen bei Menschen. Der individuelle Umgang mit Stress soll durch die Veränderung, insbesondere der gesundheitsgefährdenden Verhaltens- und Erlebensmuster erreicht werden und stellt demzufolge ein wichtiges Therapieziel dar.

Für die Evaluation der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster wurde in der dargestellten Arbeit der AVE-M-Bogen herangezogen. Zum Therapiebeginn in den Heiligenfeld Kliniken konnten bei 73 Probanden ein Mustertyp ermittelt werden. Davon entfielen 3% auf das Muster G, 6% auf das Muster S, 23% auf das Risikomuster A und 69% auf das Risikomuster B. Auch bei Heitzmann & Schaarschmidt (61) war der Anteil an gesundheitsschädigenden Verhaltensmustern unter den psychisch/ psychosomatisch erkrankten Probanden mit fast 90% am höchsten (genaue Musterverteilung: 5% Muster G, 8% Muster S, 34% Muster A und 53% Muster B). Sie konnten damit die Vermutung bestätigen, dass unter den evaluierten Rehabilitationspatienten aus den Bereichen der Psychosomatik, Onkologie, Orthopädie und Herz-Kreislaufkrankungen, die psychosomatischen Patienten den höchsten Risikoanteil aufwiesen. Frese (62), der das Instrument zur

psychometrischen Untersuchung seiner essgestörten Patienten (43,3% mit AN, 40% mit BN, mehr als 70% hatten zusätzlich eine depressive Störung kodiert) einsetzte, berichtete bei über 79% von einem Risikomuster B. Auch in der präsentierten Studie zeigte sich unter den essgestörten Patienten ein deutlich höherer Risikoanteil im Vergleich zu einer von Schaarschmidt und Fischer (41) erhobenen berufsübergreifenden Vergleichsstichprobe von 1430 Frauen in Deutschland mit einem Anteil an gesundheitsschädigenden Mustern von 50% (genaue Musterverteilung: 22% Muster G, 27% Muster S, 26% Risikomuster A und 24% Risikomuster B).

Im folgenden Abschnitt wird sich auf die Katamnesestichprobe bezogen. Bei Aufnahme in die Klinik wiesen 86% der Katamneseteilnehmer ein gesundheitsschädigendes Verhalten auf. Dabei zeigten 52% (n=15) der Teilnehmer Risikomuster A und 35% (n=10) das Risikomuster B. Risikomuster A ist das Muster mit der stärksten Ausprägung in der Skala für „Bedeutsamkeit der Arbeit“, „Verausgabungsbereitschaft“ und „Perfektionsstreben“, bei gleichzeitig bestehender sehr geringen Fähigkeit zur Distanzierung. Die Betroffenen weisen ein hohes Arbeitsengagement auf mit eingeschränkter Widerstandskraft. Auch in den Skalen „Lebenszufriedenheit“, „soziale Unterstützung“ und „Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit“ ergeben sich niedrigere Werte (40) (41). Diese Ergebnisse spiegelten sich in den entsprechenden Stanine-Werten der Katamneseteilnehmer mit dem Risikomuster A wieder. Für die Bedeutsamkeit der Arbeit ergab sich im Durchschnitt ein Stanine-Wert von 6,9 (SD 1,6), für die Verausgabungsbereitschaft von 7,8 (SD 1,4), im Perfektionsstreben 6,7 (SD 2,1) und die Distanzierungsfähigkeit von 3,0 (SD 1,2).

Das Risikomuster B zeichnet sich v.a. durch die höchste Resignationstendenz, geringste Fähigkeit zur Problembewältigung und Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit unter den vier Mustertypen aus. Daneben bestehen ein gering ausgeprägtes Arbeitsengagement und eine verminderte Fähigkeit sich zu distanzieren. Betroffene zeigen außerdem ein geringes Maß an Zufriedenheit und Wohlbefinden (41). Für die Katamnesegruppe mit dem genannten Risikoprofil ergaben sich folgende Stanine-Werte: „Resignationstendenz“ 7,5 (SD 1,2), „offensive Problembewältigung“ 2,3 (SD 1,4), „Innere Ruhe/ Ausgeglichenheit“ 3,0 (SD 1,2) und „Lebenszufriedenheit“ 2,3 (SD 1,4).

Bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung konnte der Anteil an Probanden mit einem gesundheitsfördernden Verhaltensmuster (Muster G oder S) signifikant gesteigert werden ($p=.004$), von initial 14% auf 48%. Demgegenüber steht eine signifikante Abnahme der Risikomuster A und B von 86% auf 52%. Diese erzielten Ergebnisse zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung entsprechen annähernd der oben aufgeführten Musterverteilung in der weiblichen Allgemeinbevölkerung in Deutschland.

Abschließend zu diesem Kapitel sollen die Lebensumstände der Mustertypen beleuchtet werden. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Gesundheit zeigte sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Mustertypen ($p=.000$, Mann-Whitney). Dabei gaben die Probanden mit einem Risikoprofil (Risikomuster A und B) schlechtere Werte an. Sie beurteilten ihre Gesundheitszufriedenheit auf einer 6-stufigen Skala (siehe 3.2. Gewichtsentwicklung und aktuelle Lebensumstände) im Schnitt mit „ausreichend“ bzw. 3,9 (SD 1,2), während die Teilnehmer mit dem Muster G oder S diese im Durchschnitt mit 2,5 (SD 0,8), also zwischen gut und befriedigend einstufen. Bei der Beurteilung nach psychischen Problemen aufgrund von Alltagsbelastungen ergab sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Mustern ($p=.057$, Mann-Whitney).

Dieser Befund ist kontrovers zu den Erkenntnissen von Grundmann (60). Er fand erkennbar geringere Werte bei der Beurteilung der psychischen Gesundheit unter den Probanden mit einem Risikomuster A oder B und schlussfolgerte daraus, dass sich die Muster G und S psychisch gesünder fühlen. Allerdings wurde zur Beurteilung der psychischen Gesundheit von Grundmann der SF-12 Fragebogen² herangezogen, weshalb der Vergleich mit der Erhebung psychischer Gesundheit in unserer Studie begrenzt ist.

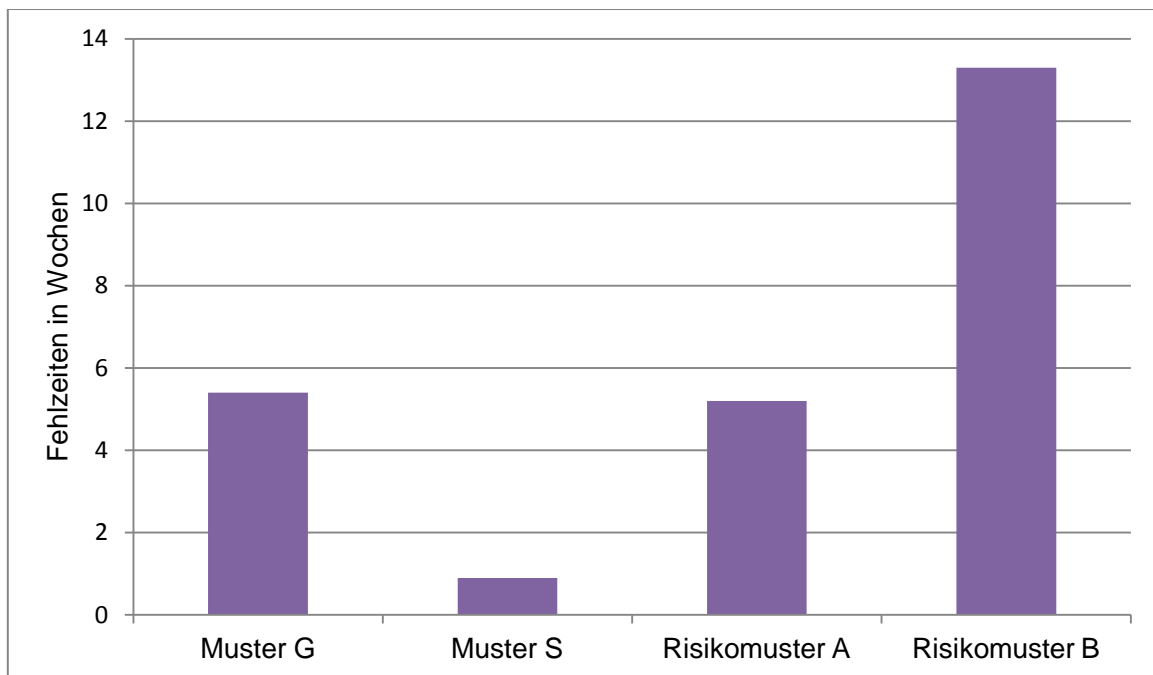
Bei den aktuellen Lebensumständen interessierte man sich außerdem für die Fehlzeiten in den vergangenen zwölf Monaten. Die Abbildung 22 zeigt graphisch die Fehlzeiten in Abhängigkeit des Musterprofils. Für das Muster G lag die Fehlzeit im Mittel bei 5,4 Wochen (SD 9,9), Muster S wies 0,9 Wochen (SD 1,0) auf und bei Vertretern der Risikomuster A und B lagen die Ausfalltage bei 5,2 (SD 5,5) und 13,3 (SD 23,4) Wochen. Durchschnittlich lag die Fehlzeit bei 6,7 Wochen. Fast 40% der Katamneseteilnehmer hatte dabei keinen Fehltag im vergangenen Jahr. Die

² Ökonomisierte Kurzform des SF-36 (Short Form) Fragebogen zur Beurteilung der Lebensqualität

durchschnittliche Fehlzeit pro Jahr in der Gesamtbevölkerung lag für das Jahr 2014 laut den Angaben des Statistischen Bundesamts bei 9,5 Tagen (19), wonach rund 35% der ehemaligen essgestörten Patientinnen und Patienten über diesem Durchschnitt lagen. Angerer et al (17) zitierten in ihren Ausführungen die Ergebnisse des BKK Bundesverbandes (2012), wonach die Anzahl der durchschnittlichen AU-Tage infolge psychischer Störungen bei 36,9 Tagen pro Fall liegen. Ähnliche Zahlen berichtet auch der Gesundheitsreport 2016 mit 35,5 AU-Tage pro Fall bei psychischen Erkrankungen (20). Orientiert an diesen Werten, lagen noch rund 18% der ehemaligen Heiligenfeld Patientinnen und Patienten über diesem Durchschnitt. Drei Probanden waren dagegen bereits seit über einem Jahr nicht arbeitsfähig. Ob dies der Essstörung zu schulden ist oder einen anderen Hintergrund hat, wurde nicht expliziert erfragt. Alle drei wiesen dabei aber das Risikomuster B auf.

Auch Schaarschmidt und Fischer (40) verglichen in ihrer Arbeit an Lehrerinnen und Lehrern (n=169) die Anzahl der Ausfalltage in Abhängigkeit der vier AVEM-Typen und stellten dabei einen besonders hohen Anteil an Muster S fest. Zudem fiel ihnen eine deutliche Diskrepanz zwischen den beiden Risikoprofilen auf, wonach Muster B einen höheren Anteil aufwies. In der vorliegenden Arbeit schien die Fehlzeitenanzahl unter dem Muster B zwar auch deutlich größer gegenüber dem Muster A, dafür ließ sich jedoch kein signifikanter Wert ermitteln ($p=.245$, Mann-Whitney). Bemerkenswert ist zudem unser Ergebnis für das Muster S, dessen Ausfallzeit den geringsten Wert aufwies. Eine mögliche Erklärung für die zum Teil widersprüchlichen Resultate der präsentierten Arbeit mit denen von Schaarschmidt, könnte zum einen die kleine Stichprobengröße, zum andern aber auch die von uns untersuchte Studienpopulation sein. Das Muster S dient laut Schaarschmidt und Fischer (41) auch dem Schutz vor Überforderung u.a. vor emotionaler Belastung. Möglicherweise ist Überforderung ein Gefühl das anorektische und bulimische Patienten nicht im gleichen Maße zulassen bzw. wahrnehmen wie die gesunde Population. Der meist langjährige Leidensweg Betroffener kann diesbezüglich bereits ein Indiz sein, dass essgestörte Patienten sich erst spät eingestehen, dass sie der Ausweg aus der Erkrankung ohne fremde Hilfe überfordert.

Abb. 22: Fehlzeiten in Wochen für die vier Mustertypen



4.2.6. Zusammenhang Arbeitsengagement und Gewichtsveränderung

In der vorliegenden Arbeit wurde außerdem der Zusammenhang zwischen dem Arbeitsengagement und der Veränderung im Gewicht bzw. Body-Mass-Index untersucht. Das Arbeitsengagement wurde dabei aus den fünf oben genannten Skalen ermittelt (siehe 3.4.2. Arbeitsengagement). Bei der Betrachtung der Gesamtstichprobe zum Therapiebeginn lagen Daten von 72 Patientinnen und Patienten zu dieser Kategorie vor. Dabei ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Arbeitsengagement zur Aufnahme und der Gewichtsentwicklung bis zur Entlassung aus dem stationären Setting der Heiligenfeld Klinik. Auch bei der Prüfung einer Korrelation zum Nachuntersuchungszeitpunkt ließ sich diesbezüglich kein Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen zeigen.

Zum Follow-up wiesen die Teilnehmer mit einem gesundheitsschädigenden Muster einen durchschnittlichen Body-Mass-Index von 17,3 kg/m² (SD 2,1) auf, die mit

einem gesundheitsfördernden Musterprofil einen von 18,1 kg/m² (SD 2,1). Dieser Unterschied erwies sich jedoch als nicht signifikant ($p=.250$, t-Test).

Unseren Ergebnissen zufolge hat das Maß für das Arbeitsengagement keinen Einfluss auf die Gewichtsentwicklung. Macht man die körperliche Gesundheit der Heiligenfeld Patienten isoliert an deren Gewicht oder Body-Mass-Index fest, können die Schlussfolgerungen von Heitzmann et al (61), wonach sich die Muster in ihrer physischen Gesundheit deutlich unterscheiden, nicht bestätigt werden.

Hinsichtlich einer besseren oder schlechteren Gewichtsentwicklung konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den anorektischen und bulimischen Patienten mit „gesundem“ oder „riskantem“ Verhaltens- und Erlebensmuster gefunden werden.

4.2.7. Veränderung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster

4.2.7.1. Ehrgeiz und Perfektionsstreben

Einleitend in dieser Arbeit wurde bereits darauf hingewiesen, dass essgestörte Patienten in der Literatur häufig durch einen hohen Ehrgeiz und als „perfektionistisch“ beschrieben werden (33) (35). Ziel unserer Studie war es deshalb zusätzlich, die Heiligenfeld Patienten mit dem AVEM-Instrument hinsichtlich des beruflichen Ehrgeizes und ihrem Perfektionsstreben zu evaluieren. Für die Dimension „Beruflicher Ehrgeiz“ ergab sich für unsere Katamneseteilnehmer ein Stanine-Wert zum Therapiebeginn von 4,7 mit einer Standardabweichung von 2,2. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ging das Streben nach beruflicher Anerkennung, welches durch die genannte Skala präsentiert wird, weiter zurück und es ergab sich ein Stanine-Mittelwert von 4,5. Bei der Betrachtung der Dimension für das Perfektionsstreben ergab sich mit 5,5 zum Aufnahmezeitpunkt ein etwas höherer Wert gegenüber der Norm. Zum Follow-up lag dieser bei 4,9. Der Rückgang von Aufnahme- zum Nacherhebungszeitpunkt war dabei für beide Dimensionen signifikant. Studien die sich mit Perfektionismus bei essgestörten Patienten (insbesondere bei der Anorexia nervosa) beschäftigten, verwendeten dabei andere

Messinstrumente für dessen Erfassung. Bastiani et al (86) verwendeten u.a. die Frost – MPS (multidimensionale perfectionism scale) und die Hewitt-MPS (multidimensionale perfectionism scale) und verglichen damit eine Gruppe anorektischer Patienten mit einer Vergleichsstichprobe ohne Essstörung oder psychischen Diagnose. In der Frost-MPS (87) konnte dabei ein signifikanter Gruppenunterschied für die Subskalen „*Concern over Mistakes*“, „*Personal Standards*“, „*Parental Criticism*“, „*Doubts about Action*“ und „*Organization*“ nachgewiesen werden. Auch mit der Hewitt-MPS (88) konnte er für die Subskalen „*Self-Oriented Perfectionism*“ und „*Socially Prescribed Perfectionism*“ erhöhte Werte gegenüber der Kontrollgruppe finden. Er schlussfolgerte, dass seine anorektischen Patienten den Perfektionismus als selbst auferlegt empfinden und dieser auch nach einer Gewichtsnormalisierung weiter besteht. Zu ähnliche Ergebnisse wie Bastiani kamen auch Srinivasagam (33) und Halmi (35) beim Einsatz der Frost-MPS. Der AVEM-Bogen prüft mit seiner Dimension „Perfektionismus“ v.a. den Anspruch den die Patienten an sich stellen, beispielsweise mit den Items „*Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein*“, „*Bei meiner Arbeit habe ich den Anspruch...*“ oder „*Was immer ich tue, es muss perfekt sein*“. Zum Therapiebeginn lag der Stanine-Mittelwert für das Perfektionsstreben wie oben gezeigt nur minimal über der Norm. Anhand dieser einheitlichen Erkenntnisse anderer Studien über Perfektionismus bei Essstörungen wurde in der vorliegenden Arbeit ein deutlich höheres Maß an Ehrgeiz und Perfektionsstreben erwartet als letztendlich in der Auswertung der entsprechenden AVEM-Dimension gezeigt werden konnte. Frese (62), der den AVEM-Bogen ebenfalls bei Patienten mit Anorexie oder Bulimie verwendete, bestätigt unsere Ergebnisse. Auch in seiner Studie lag der Wert für das Perfektionsstreben bzw. Arbeitsengagement bereits zum Therapiebeginn im Normbereich. Er führte als mögliche Erklärung den chronischen Krankheitsverlauf an, der zu einem Wechsel des durch Perfektionismus gekennzeichneten Muster A in das Muster B geführt haben könnte. Außerdem führte er die Komorbidität als ursächlichen Grund an. In deren Folge kann eine depressive Störung bevorzugt zu einer Hemmung führen und weniger zum Streben nach Ehrgeiz und Perfektion. Als eine andere mögliche Ursache dieser unerwarteten Ergebnisse muss erneut auf die verhältnismäßig kleine Stichprobe unserer Studie verwiesen werden, welche für die evaluierten Skalen bei 27 Probanden lag.

Darüber hinaus sollten die von Lloyd et al (37) angebrachten Bedenken nicht ungeachtet bleiben. Instrumente wie der von uns eingesetzte AVEM-Bogen dienen der Selbstbeurteilung in den verschiedenen Bereichen. Eine zuverlässige Selbsteinschätzung setzt dabei aber auch einen gewissen Grad an Einsicht und Akzeptanz für die Krankheit voraus. Wie bereits an anderer Stelle hingewiesen wurden, wird Perfektionsstreben von essgestörten Patienten oft unterschätzt. Das trügerische dieser Erkrankung ist vor allem die Ambivalenz der Betroffenen, die eine Verhaltenseinsicht erschwert (6). Möglicherweise wird ein abnorm hoher Selbstanspruch nicht als solcher erkannt und kann demnach auch nicht als ein solcher erfasst werden.

Ein weiteres überraschendes Ergebnis der dargestellten Untersuchung war der signifikant positive Zusammenhang des Perfektionsstrebens und den Fehlzeiten der vergangenen zwölf Monaten, wonach Katamneseteilnehmer mit einem hohen Skalenwert für Perfektionismus auch mehr Fehlzeiten aufwiesen. Mutmaßlich könnte dieser Zusammenhang darin begründet liegen, dass die Angst vor Unvollkommenheit im Beruf durch körperliche oder seelische Beeinträchtigung häufiger Anlass für eine Krankschreibung ist. Hewitt & Flett (34) betonten in diesem Zusammenhang, dass sowohl bei Patienten mit anorektischer als auch mit bulimischer Tendenz ein starkes Bedürfnis besteht, nach außen das Bild von Perfektion zu präsentieren und die eigene Unvollkommenheit verborgen bleibt.

Bei Vergleich der Diagnosen zeigten die bulimischen Patienten der Heiligenfeld Klinik tendenziell höhere Werte für beide Dimensionen, sowohl zum Aufnahme- als auch zum Katamnesezeitpunkt. Dieser Unterschied lag aber nicht im signifikanten Bereich.

4.2.7.2. Verausgabungsbereitschaft

Hinsichtlich der Bereitschaft sich für die Arbeit einzusetzen, zeigten die Heiligenfeld Patienten im Durchschnitt einen Stanine-Wert von 6,0 (SD 2,2) und lagen damit erkennbar oberhalb der Norm. Dies scheint ein weiteres wesentliches Merkmal essgestörter Patienten zu sein. Eigene Grenzen, Krankheits- und Erschöpfungssymptome werden nicht wahrgenommen. Vielmehr gehen die

Betroffenen über ihre Leistungsgrenzen und bis zur völligen Erschöpfung. Hintergrund sind fehlende oder nicht gelernte Körper- und Gesundheitsfürsorge sowie destruktive Absichten und nicht zuletzt auch der hohe eigene Leistungsanspruch (89). Vermeintlich durch die therapeutischen Maßnahmen konnte der initial hohe Stanine-Wert der Heiligenfeld Patienten signifikant reduziert werden. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt ergab sich ein Stanine-Wert von 5,0 und lag damit genau in der Norm. Ein gleiches Ergebnis spiegelt sich auch im Rückgang des Risikomusters A wieder, welches insbesondere durch die übermäßige Verausgabungsbereitschaft gekennzeichnet ist. Diese Veränderung zeigt möglicherweise, dass es den Betroffenen gelungen ist, eigene Bedürfnisse und Grenzen besser wahrzunehmen und zuzulassen. Galuska wies in seiner Arbeit darauf hin, dass [Zitat] *„ein zentriertes und harmonisches Körpererleben in unserer Kultur im allgemeinen eher vernachlässigt ist und darüber hinaus die therapeutischen Effekte körpertherapeutischer Arbeit besonders hoch sind“* (26). Aus diesem Grund setzten die Heiligenfeld Kliniken auf ein vielfältiges Therapiespektrum. Insbesondere die in Heiligenfeld angewandten Therapiemaßnahmen wie „Achtsamkeits-Training“ oder Meditation könnten für diese positiven Veränderungen in der Verausgabungsbereitschaft der Patienten verantwortlich gemacht werden.

4.2.7.3. Resignationstendenz & Widerstandskraft

Bei der Bewertung der Resignationstendenz zeigten die Katamneseteilnehmer deutlich höhere Stanine-Werte. Zum Beginn der stationären Therapie ließ sich ein Mittelwert von 6,6 ermitteln. Bis zum Follow-up konnte dieser auf 6,4 reduziert werden, lag damit aber weiterhin über dem Durchschnitt der berufsübergreifenden Eichstichprobe. Bei der Erhebung der Widerstandsfähigkeit zeigten die Probanden der Heiligenfeld Klinik zum Beginn des stationären Settings einen leicht erniedrigten Mittelwert (Stanine-Mittelwert 4,4), der bis zum Nachuntersuchungszeitpunkt vermutlich auch durch die therapeutischen Maßnahmen in Heiligenfeld auf 5,0 angehoben werden konnten.

Eine mögliche Interpretation für die hohe Resignationstendenz unter den essgestörten Patienten kann durch ein Gefühl von Hilflosigkeit und Selbstzweifel bedingt sein, insbesondere wenn idealistische, abnorm hoch gesetzte bzw. wirklichkeitsfremde Ziele nicht erreicht werden. Wie bereits an anderer Stelle aufgeführt, besteht bei anorektischen und bulimischen Patienten ein stark ausgeprägtes dichotomes Denken, welches nur aus „Alles“ oder „Nichts“ besteht (6). Demnach ist davon auszugehen, dass dem Nichterreichen von gesetzten Zielen Entmutigung, Sinnlosigkeit und Resignation folgen. Steins et al (90) diskutierten in ihrer Arbeit über den vermeidend-ambivalenten Bindungsstil bei Anorexie und Bulimie die eingeschränkte Entwicklung des autonomen Selbst und der Persönlichkeit in der Phase des Heranwachsens, in dessen Folge die Wahrscheinlichkeit für Frustrationserleben in sozialen Beziehungen steigt. Daneben kann aber auch die Komorbiditäten, allem voran depressive Störungen mit ursächlich sein, welche mit Hoffnungslosigkeit, Pessimismus und Mutlosigkeit einhergehen und letztendliche zu Unzufriedenheit und Resignation führen (91) (92).

Das Therapiekonzept der Klinik für Psychosomatische Medizin in Bad Dürkheim (53) scheint vergleichbar mit dem der Heiligenfeld Kliniken (Anorexie-/ Bulimie-Basisgruppe, Essprotokollgruppe, Erstellen strukturierter Esspläne/ Gewichtszunahmeprogramm, Körpererfahrungsgruppe usw.). Auch sie konnten einen Rückgang in der Dimension für die Resignationstendenz zeigen. Dies bestätigt das Therapiekonzept der Heiligenfeldklinik bei der umfassenden Behandlung essgestörter Patienten. Linden (63) der bei seinen Patienten (61% mit neurotischen-/somatoformen Störungen, 29% mit affektiven Störungen, 10% mit Persönlichkeitsstörungen) einen Stanine-Mittelwert für die Widerstandskraft von 4,5 (SD 0,8) ermittelte, wies darauf hin, dass die Schwere einer Erkrankung nicht nur durch die Symptome charakterisiert wird, sondern auch von dem Ausmaß der Konsequenzen die sich aus der Erkrankung ergeben. Er beschreibt Konsequenzen als Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Teilnahme. Bei dem Vergleich mit unseren Ergebnissen bezüglich der Widerstandskraft muss darauf hingewiesen werden, dass Linden bei der Ermittlung der Widerstandskraft die Skala „Distanzierungsfähigkeit“, anders als von Schaarschmidt und Fischer (41) vorgeschlagen, außer Acht lässt.

Abgeleitet von diesen Ergebnissen sollte demnach über weitere therapeutische Interventionen nachgedacht werden, die sich spezifischer mit der Bewältigung von beruflichen Belastungen auseinandersetzen. Koch und Geissner (93) untersuchten in diesem Zusammenhang die Überlegenheit des Therapieeffekts eines strukturierten berufsbezogenen Gruppentherapieprogramms gegenüber einer reinen psychosomatischen Standardtherapie. Ihre Studienpopulation setzte sich dabei vor allem aus Patienten mit depressiven Erkrankungen (32%), Angststörungen (18%), Essstörungen (16%) und somatoformen Störungen (8%) zusammen. Als Messinstrument setzten sie u.a. die AVEM Subkategorien „berufliche Widerstandsfähigkeit“ und „Arbeitsengagement“ ein. Zwischen den Gruppen (mit und ohne „berufsbezogenen Spezialtherapie“) konnte kein besserer Verlauf hinsichtlich berufsbezogener Belastungs- und Bewältigungsstrategien erreicht werden. Dies verdeutlicht nochmals die Schwierigkeit leistungsbezogene Verhaltens- und Erlebensveränderungen gerade bei psychisch oder psychosomatisch erkrankten Menschen wie der Anorexia- oder Bulimia nervosa zu erreichen. Darüber hinaus kritisieren die Autoren vor allem den Mangel an Studien, die sich mit der berufsbezogenen Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen beschäftigen.

4.2.7.4. Lebenszufriedenheit und soziale Unterstützung

Bereits im oberen Teil dieser Arbeit wurde auf die Lebenszufriedenheit der anorektischen und bulimischen Patienten eingegangen. Dies soll nun vor dem Hintergrund des AVEM-Bogens erfolgen. Für die genannte Dimension zeigte sich der niedrigste Stanine-Werte aller untersuchten Dimensionen. Bei Aufnahme betrug dieser im Mittel 3,0 (SD 1,7) und zum Katamnesezeitpunkt 3,6 (SD 1,7) und lag damit zu beiden Erhebungszeitpunkten deutlich unterhalb der Norm.

Dieses unverkennbare Ergebnis bei der Beurteilung der Lebenszufriedenheit unserer Patienten ist dabei kongruent zu denen von Rapaport (92) oder Heitzmann und Schaarschmidt (61). Heitzmann und Schaarschmidt fanden die (signifikant) geringste Lebenszufriedenheit in der psychosomatisch erkrankten Studienpopulation. Halvorsen (82) verglich in diesem Kontext den Anteil an anorektischen Patienten

knapp neun Jahre nach der stationären Therapie mit dem in der Bevölkerung. Nur 48% der Patienten gaben dabei an mit ihrem Leben „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ zu sein, während es in der Bevölkerung rund 83% waren. Erwartungsgemäß stellte er außerdem fest, dass Patienten mit einer oder mehr psychischen Begleitdiagnosen unzufriedener waren. Darüber hinaus machte er aber darauf aufmerksam, dass es nicht allein die psychischen Probleme sind, die zur geringen Lebenszufriedenheit führen. Mutmaßlich könnten laut Halvorsen auch bestimmte Persönlichkeitseigenschaften bei Patienten mit Anorexie ihren Beitrag dazu leisten.

Bereits in einer vorangegangenen Schilderung dieser Arbeit wurde darauf hingewiesen, dass die Lebenszufriedenheit höchstwahrscheinlich von vielen Faktoren mit geprägt und beeinflusst wird. So tragen sicherlich auch Beruf und soziales Umfeld zur Lebenszufriedenheit bei. In der letzten Dimension des AVEM-Fragebogens wurde hierfür nach dem Erleben von sozialer Unterstützung gefragt.

„Soziale Unterstützung“ wird in der Literatur sehr unterschiedlich definiert. Für die vorliegenden Studie erschien die Definition von Sarason et al (94) geeignet, dass zusammenzufassen und in Worten zu beschreiben, was in unseren Augen die sechs Items der AVEM Skala „Erleben sozialer Unterstützung“ messen. In der Arbeit von Sarason wird soziale Unterstützung als eine intrapsychische Überzeugung verstanden, über das Vorhandensein von Menschen, die für einen da sind und das Gefühl vermitteln, sich auf sie verlassen zu können.

In der von uns untersuchten Studienpopulation war die Normabweichung in dieser Dimension weniger stark ausgeprägt als für die Skala „Lebenszufriedenheit“. Die Stanine-Mittelwerte lagen bei 4,8 (Aufnahme) und 4,9 (Katamnese). Möglicherweise drückt diese Dimension in gewisser Weise auch ein Gefühl soziale Unsicherheit aus, beispielsweise in den Items „Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung“ oder „Von meinem Partner/ Partnerin wünschte ich mir manchmal mehr Rücksichtnahme“. Schlegl et al (72) dokumentierten in ihrer Arbeit „soziale Unsicherheit“ als einen negativen Prädiktor für das Outcome. Sie vermuteten, dass diese zu einer geringeren therapeutischen Allianz führt und damit das Therapieergebnis verschlechtert werden könnte. Auch in der Heidelberg-Mannheim Studie von Deter und Herzog (80) zeigten die Probanden ohne soziale Probleme eine bessere Erholungswahrscheinlichkeit. Dies bestärkt die Familien- und

Sozialtherapie als wesentliches Therapieelement in den Heiligenfeld Kliniken. Die Patienten sollen dabei die „Familie“ als eine wichtige Ressource ihres Lebens kennenlernen und das Gefühl von Sicherheit im und durch das soziale Umfeld entwickeln.

Eine Stärkung des Gefühls von sozialer Unterstützung ist aus vielfältigen Gründen wichtig. Bereits Sarason (94) wies 1983 in seinen Untersuchungen darauf hin, dass ein Gefühl von sozialer Unterstützung in der Kindheit maßgeblich für die persönliche Entwicklung ist, aber auch Verhaltensmuster im Erwachsenenalter dadurch mitgeprägt werden. Darüber hinaus führte er negative Auswirkungen von mangelnder sozialer Unterstützung auf. Entsprechend seiner Erkenntnisse sind Menschen mit dem Erleben von wenig sozialer Unterstützung eher unglücklich, pessimistisch und neigen zur Introversion. Zudem zeigten sich in dieser Gruppe gehäuft Depressionen und Ängste. Demnach könnte man davon ausgehen, dass ein Gefühl von unzureichender sozialer Unterstützung die Krankheitspathologie stützt, beispielsweise durch verstärkten Rückzug aus dem sozialen Umfeld oder fehlendem Optimismus für eine positive Veränderung. Die Bedeutung von sozialer Unterstützung für die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen wird auch von Gassner-Steiner und Freidl (95) betont. Weiterhin zeigte Sarason (94) eine negative Korrelation zwischen sozialer Unterstützung und dem Gefühl von Kontrolle über negative Ereignisse. Demnach haben Probanden mit einem geringen Erleben von Rückhalt durch das Umfeld, eher das Gefühl negativen Vorkommnissen „machtlos“ gegenüber zu stehen. Das Gefühl keine Kontrolle über das eigene Leben zu haben und die Essstörung als potenziell einzige Ausnahme dieses „Kontrollverlustes“ zu erleben, wird von vielen essgestörten Patientinnen und Patienten geschildert und ist wesentlicher Bestandteil der Pathogenese von Anorexie und Bulimie (78). Demgegenüber konnte Sarason außerdem eine positive Korrelation von Selbstachtung und sozialer Unterstützung verdeutlichen. Vor diesem Hintergrund könnte durch die Stärkung des Erlebens von sozialer Unterstützung auch eine Verbesserung des geschwächten Selbstwertgefühls der anorektischen und bulimischen Patienten erreicht werden, welches in Übereinstimmung mit der einschlägigen Literatur als ein Kernsymptom der Essstörung zu sehen ist (34) (68) (78).

4.2.8. Gegenüberstellung Anorexie und Bulimie

Abschließend in dieser Arbeit soll noch die Gegenüberstellung der Diagnosen (atypische) Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erfolgen. Erwartungsgemäß wiesen die bulimischen Patienten zu allen Erhebungszeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, Katamnese) einen signifikant höheren Body-Mass-Index auf (siehe Tabelle 4). Die von Russel et al (96) untersuchten bulimischen Patienten wiesen ebenfalls ein höheres Gewicht gegenüber den anorektischen auf, wenn auch noch unterhalb der Norm. Dies ist insofern nachvollziehbar, da die Diagnosekriterien der Bulimia nervosa Untergewicht nicht zwangsläufig mit einschließen und diese Patienten nicht primär durch einen erniedrigten Body-Mass-Index charakterisiert sind (30) (68). Auch hinsichtlich der Komorbiditäten konnte in der untersuchten Studienpopulation weder für eine Depression, Angst-, Zwangs-, Persönlichkeitsstörung oder Posttraumatische Belastungsstörung ein Gruppenunterschied gezeigt werden (siehe Tabelle 5).

Darüber hinaus wurden die Lebenszufriedenheit, Gesundheitszufriedenheit und Angaben zur psychischen Belastung zwischen den beiden Diagnosen miteinander verglichen, ohne einen signifikanten Unterschied zu finden. Bei der Beurteilung der psychischen Belastung lagen die Durchschnittswerte der anorektischen Katamneseteilnehmer bei 2,9 (SD 1,6) und die der bulimischen bei 3,0 (SD 1,7), was verbal ausgedrückt einem „trifft manchmal zu“ entspricht. Für die Gesundheitszufriedenheit ergaben sich Mittelwerte von 3,2 (Anorexie) und 3,4 (Bulimie), mit einer jeweiligen Standardabweichung von 1,3. In Worten formuliert entsprechen diese Werte einem „befriedigend“. Dieses Resultat weicht von unserer Vermutung ab, dass bulimische Patienten durch die Pathologie ihrer Erkrankung einen stärkeren Leidensdruck aufweisen. Zudem zeigen anorektische Patienten eine höhere Verleugnungstendenz im Bezug auf den Leidensdruck (97). Die Ergebnisse liegen dabei im „Mittelfeld“, da sowohl ein „befriedigend“ als auch „trifft manchmal zu“ als „neutral“ zwischen den Extremen einzustufen ist. Neben Gewicht bzw. Body-Mass-Index und aktuellen Lebensumständen wurden auch die Dimensionen des AVEM Instruments auf einen möglichen Gruppenunterschied untersucht. Die von uns in diesem Zusammenhang evaluierten Skalen [„beruflicher Ehrgeiz“, „Perfektionsstreben“, „Verausgabungsbereitschaft“, „Resignationstendenz“,

„Widerstandskraft“ (als zusammengesetzter Bereich), „Lebenszufriedenheit“, „Erleben sozialer Unterstützung“] ergaben in keiner einen signifikanten Unterschied. Anhand der mangelnden Unterschiede zwischen der Diagnose Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, können wir uns weitestgehend der von van der Ham et al (74) bestätigten Hypothese anschließen, dass Anorexie und Bulimie unterschiedliche Manifestationen der gleichen Erkrankung sind.

5. Schlussfolgerungen

Essstörungen bleiben auch nach jahrzehntelanger Forschung über diese Krankheitsbilder eine Herausforderung. Trotz vielfältiger Therapieoptionen und umfangreichen Wissen über Ätiologie, Pathogenese und Verlauf ist das Outcome verhältnismäßig schlecht und die Mortalitätsrate hoch. Steinhausen (10) wies in seiner Übersichtsarbeit mit 119 Studien an 5500 Patienten darauf hin, dass es keinen eindeutigen Beweise für eine Verbesserung des Outcome bei Essstörung in den letzten 50 Jahren gibt.

Auf die Kriterien wie Alter, Verweildauer, Follow-up Zeitraum und nicht zuletzt auch die verschiedenen Untersuchungsinstrumente die einen Vergleich von Studien schwierig gestalten, wurde ausführend hingewiesen. Grenzen waren der vorliegenden Arbeit auch durch die relativ kleine Stichprobengröße gesetzt, die eine Verallgemeinerung unserer Ergebnisse nur bedingt zulassen. Zudem musste man sich auf die subjektiven Angaben unserer Teilnehmer verlassen und auch die Tatsache, dass vor allem sehr motivierte Probanden an Katamnesestudien teilnehmen, sollte in diesem Zusammenhang nochmals erwähnt werden. Desweiteren wurde bei der Befragung nach den Fehlzeiten nicht explizit nach dem Erkrankungsgrund gefragt, so dass auch Fehlzeiten die ggf. durch „Volksleiden“ wie Rückschmerzen, Grippe etc. zustande kamen eingeschlossen wurden. Demnach ist es ungewiss, ob der hohe Fehlzeitenanteil der katamnestizierten Probanden der Essstörung zu schulden ist. Auch konnten mögliche Komorbiditäten zum Nachuntersuchungszeitpunkt nicht mit erhoben werden. Nachträglich soll auch darauf hingewiesen werden, dass 32% mindestens einen weiteren stationären Therapieaufenthalt und 82% sich einer ambulanten Therapie unterzogen haben. Folglich sind die Therapieeffekte vermutlich nicht ausschließlich den Heiligenfeld Kliniken zu schulden.

Neben all der „Kritik“ soll nun der Fokus auf die Stärken der vorliegenden Arbeit gelenkt werden. Die Heiligenfeld Kliniken konnten durch ihr spezielles Therapiekonzept im mittel- und langfristigen Gewichtsverlauf ihrer essgestörten Patientinnen und Patienten mit anderen Kliniken durchaus gut mithalten, trotz des hohen Anteils an psychischen Begleitdiagnosen, dem deutlich höheren

Durchschnittsalter und obwohl die Verweildauer im Durchschnitt deutlich kürzer war als in anderen Kliniken.

Ebenso ergaben sich bei der Beurteilung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster eindeutige Hinweise für positive Veränderungen unter den Heiligenfeld Patienten. Hierfür wurde in der vorliegenden Arbeit ein Längsschnittsdesign gewählt, welches – im Unterschied zu vielen anderen Studien die den AVEM-Bogen im Querschnittsdesign einsetzen - eine Beurteilung der Muster im Verlauf ermöglichte. Insofern war uns die Evaluation, der mutmaßlich durch die Therapie bedingten positiven Effekte, möglich. Zum einen konnte der Anteil von gesundheitsschädigenden Verhaltens- und Erlebensmustern signifikant reduziert werden und entsprach zum Nachuntersuchungszeitpunkt der Musterverteilung in der Allgemeinbevölkerung. Dies spiegelte sich auch in den signifikanten Veränderungen der einzelnen Dimensionen wieder. Es konnte ein erkennbarer Rückgang von Ehrgeiz, Perfektionsstreben und Verausgabungsbereitschaft erzielt werden. Außerdem ist es durch die Therapie gelungen die Widerstandskraft der Katamneseteilnehmer zu verbessern. Für diese Ziele wurden die von Schaarschmidt und Fischer (41) vorgeschlagenen Interventionen für die Veränderung, insbesondere der Risikomuster zum Teil bereits im Therapiekonzept der Heiligenfeld Kliniken umgesetzt, beispielsweise durch Entspannungsverfahren (wie Meditation), Bewegungstherapie, Körpertherapie usw. Um diese Ergebnisse weiter zu verbessern und auszubauen, könnte darüber hinaus verstärkt über Stressbewältigungstraining, Veränderung der Arbeitsorganisation und des Zeitmanagements, spezielle Kommunikations- und Konfliktbewältigungsprogramme etc. im Rahmen der therapeutischen Maßnahmen nachgedacht werden. Die Notwendigkeit der Veränderung von negativen arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensweisen soll auch insbesondere deshalb betont werden, weil Arbeit eben nicht nur eine finanzielle Ressource darstellt, sondern aus psychologischer Sicht auch die Möglichkeit der Autonomie und Einflussmöglichkeit der Patienten ermöglichen. Hierdurch kann wiederum die Persönlichkeits- und Gesundheitsentwicklung beeinflusst werden (98).

Bei den durchgeführten Gruppenvergleichen Katamneseteilnehmer und Verweigerer bzw. der Gegenüberstellung von (atypischer) Anorexia nervosa und Bulimia nervosa konnten für die untersuchten Merkmale keine signifikanten Divergenzen gefunden

werden. Mit Ausnahme des erwartungsgemäß höheren Body-Mass-Index unter den bulimischen Probanden.

Künftige Studien sollten sich spezifisch mit den berufsbezogenen Verhaltensänderungen bei anorektischen und bulimischen Patienten beschäftigen und sich in diesem Kontext auch verstärkt auf die durch die Therapie bedingten Effekte fokussieren. Ein Anstoß in diese Richtung wurde bereits durch Koch und Geissner (93) oder Manteuffel (99) gemacht. Auch Frese (62) wies bereits darauf hin, dass essgestörte Patienten bezüglich arbeitsbezogener Ziele ein sehr motiviertes Klientel darstellen und sich Ernährungsmanagement und das Training arbeitsbezogener Kompetenzen gut vereinbaren lassen.

Letztendlich profitieren aus finanzieller Sicht sowohl die Volkswirtschaft, als auch die Kranken- und Rentenversicherungen von einer Veränderung im Krankheitsverlauf. Am wichtigsten aber - und dass sollte an dieser Stellen nochmal ausdrücklich betont werden - sind die Betroffenen, welche durch das ganzheitliche Therapiekonzept den Weg in ein „normales“ Leben zurückfinden sollen, welches nicht mehr ausschließlich durch das Körpergewicht, Figur und Essen bzw. Nichtessen bestimmt wird. Ziel der Therapie sollte deshalb neben der Normalisierung des Körpergewichtes vor allem die Einstellungsänderung sein, dass anorektische und bulimischen Patienten sich selbst Akzeptieren und Wertschätzen lernen und die Ressourcen in ihrem Umfeld erkennen und annehmen können.

6. Zusammenfassung

In die vorliegende Studie wurden 96 Patienten und Patientinnen einbezogen, die sich zwischen dem 01.02.2010 bis 01.03.2015 zur stationären Behandlung einer (atypischen) Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa (entsprechend den International Classification of Diseases, ICD – 10) in den Heiligenfeld Kliniken Bad Kissingen befanden. Ziel war es die Gewichtsentwicklung, die aktuellen Lebensumstände sowie die Veränderung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensweisen zum Katamnesezeitpunkt zu evaluieren. Im Durchschnitt lag das Alter bei Aufnahme bei 36,8 Jahren (SD 13,2), die Verweildauer bei 56,4 Tagen (SD 20,7) und der Nachuntersuchungszeitraum bei 2,8 Jahren (SD 1,5). In der Katamnese Stichprobe lagen die Mittelwerte bei Aufnahme für das Alter bei 34,9 Jahren (SD 13,0) und die Verweildauer bei 57,7 Tagen (SD 19,0). Mindestens eine weitere psychische Nebendiagnose war bei 92% der Heiligenfeld Patienten dokumentiert. Die Katamnese Daten wurden auf postalischem Wege (18%) und per Telefoninterview (82%) erhoben. An der Katamnesebefragung nahmen 34 Probanden teil, daraus ergab sich eine Drop-out Quote von fast 67%. Der Body-Mass-Index konnte über den Verlauf von Aufnahme 15,9 kg/m² (SD 1,1), Entlassung 16,2 kg/m² (SD 1,2) und Katamnese 17,7 kg/m² (SD 2,1) signifikant gesteigert werden. Bei der Auswertung der arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensweisen mit dem AVEM-Instrument von Schaarschmidt und Fischer (41) konnte von Therapiebeginn bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ein signifikanter Rückgang der gesundheitsschädigenden Risikomuster A und B gezeigt werden. Auch in den Dimensionen Ehrgeiz, Perfektionsstreben, Verausgabungsbereitschaft und Widerstandsfähigkeit konnte mutmaßlich durch die Therapie eine bedeutsame Veränderung erreicht werden. Ein Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Arbeitsengagement konnte nicht nachgewiesen werden. Ebenso wurde kein Unterschied zwischen den Diagnosen (atypische) Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, insbesondere was die Komorbidität betrifft, gefunden. Lediglich hinsichtlich des Body-Mass-Index unterschieden sich die anorektischen und bulimischen Probanden der Stichprobe.

Abschließend lässt sich also sagen, dass durch die Therapie in den Heiligenfeld Kliniken nicht nur eine stabile Gewichtszunahme erreicht werden konnte, sondern auch wesentliche Aspekte der Essstörungspathologie, wie beispielsweise übertriebener Ehrgeiz und Perfektionismus positiv und nachhaltig beeinflusst werden konnten. Denn derartige Veränderungen im Verhalten und Erleben sind, wie bereits Morris et al (54) betonten, wesentlich um eine langfristige Gewichtszunahme aufrecht zu erhalten.

7. Anhang

7. 1. Anschreiben



Heiligenfeld

Bad Kissingen

Heiligenfeld GmbH - Altenbergweg 6 - 97688 Bad Kissingen

Postanschrift:
Postfach 12 60
97662 Bad Kissingen
Hausanschrift:
Altenbergweg 6
97688 Bad Kissingen

Telefon 0971 84-4165
Fax 0971 84-4025
gabi.friede@heiligenfeld.de
www.heiligenfeld.de

23.07.2015

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen einer Studie der Universitätsklinik Regensburg soll in Kooperation mit den Heiligenfeld Kliniken das dortige Therapiekonzept untersucht werden. Ziel ist es, den Erfolg der angewandten Methoden mit anderen Therapieansätzen zu vergleichen um diesen ggf. zu optimieren.

Hierfür sind wir auf die Unterstützung ehemaliger Patientinnen/ ehemaliger Patienten angewiesen und bitten um IHRE Mitarbeit. Aus diesem Grund senden wir Ihnen die beigefügten Fragebögen zu, mit dem Anliegen diese auszufüllen. Damit Ihnen hierbei keine Kosten entstehen ist ein frankierter Rücksendeumschlag beigefügt.

Sämtliche Ihrer Angaben werden selbstverständlich absolut **a n o n y m** erfasst und verarbeitet. Dies erkennen Sie an dem Zahlencode Ihrer Fragebögen. Nach der Rücksendung erfolgt **keine** Zuordnung von Code und Kontaktdaten.

Für die Beurteilung des Therapieerfolges soll in der Studie u.a. die Entwicklung des Körpergewichts herangezogen werden. Hierzu benötigen wir die Angabe Ihres aktuellen Körpergewichts. Aufgrund der Vorgaben zur Datenerhebung, muss die Gewichtermittlung durch eine Ärztin/einen Arzt (z.B. Hausarzt, Gynäkologen) erfolgen. Auch hier werden die Angaben durch Zahlencode anonymisiert. Hierfür ist ein entsprechender Vordruck mit den Kontaktdaten (Faxnummer) für den erhebenden Arzt beigefügt. Die Übermittlung des Gewichts muss per Fax **durch den Arzt** erfolgen, nach Möglichkeit in den nächsten 6-8 Wochen.

Wir bitten Sie die ausgefüllten Fragebögen in den nächsten 6-8 Wochen zurückzuschicken (auch wenn Sie nicht bereit sind, an der Gewichtserhebung teilzunehmen).

Für die bestmögliche Aussagekraft der Studie wären
sowohl die ausgefüllten Fragebögen als auch die Gewichtangabe wichtig!!!

**Für Ihre Teilnahme und Mitarbeit möchten wir uns bereits im Vorfeld
ganz herzlich bedanken und wünschen Ihnen weiterhin
alles Gute für die Zukunft.**

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Thomas Loew



Heiligenfeld GmbH
Geschäftsführer: Dr. Joachim Galuska, Ralf Heimbach, Michael Lang • Sitz Bad Kissingen
Registergericht Schweinfurt HRB 2271 • Gerichtsstand: Amtsgericht Bad Kissingen/Landgericht Schweinfurt

Sehr geehrte(r) Kollegin(e),

Ihre Patientin/Ihr Patient hat sich zur Teilnahme an einer Studie der Universitätsklinik Regensburg in Kooperation mit den Heiligenfeld Kliniken bereiterklärt, die das Therapiekonzept der Heiligenfeld Kliniken evaluiert.

Hierzu soll das aktuelle Körpergewicht durch den behandelten Arzt erhoben und übermittelt werden. Um die Anonymität der Patientendaten sicherzustellen, trägt das Formular einen Zahlencode.

Aktuelles Körpergewicht in kg: _____

KONTAKT:

Birgit Winzek
Heiligenfeld GmbH
Haus Villa
Altenbergweg 6
97688 Bad Kissingen

Fax [+49 971 84-4025](tel:+49971844025)

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Thomas Loew

7.2. AVEM-Bogen

Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

no_avem_04_1_000000

© U. Schwarzschild u. A. Fischer

Wir bitten Sie, einige Ihrer üblichen Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten zu beschreiben, wobei vor allem auf Ihr Arbeitsleben Bezug genommen wird. Dazu finden Sie im Folgenden eine Reihe von Aussagen. Lesen Sie jeden dieser Sätze gründlich durch und entscheiden Sie, in welchem Maße er auf Sie persönlich zutrifft. - Bitte ein Kreuz pro Zeile

Nein, trifft überhaupt nicht zu
Nein, trifft überwiegend nicht zu
Trifft teils zu, teils nicht zu
Ja, trifft überwiegend zu
Ja, trifft völlig zu

	↓	↓	↓	↓	↓
1. Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich möchte beruflich weiter kommen als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wenn es sein muß, arbeite ich bis zur Erschöpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Meine Arbeit soll stets ohne Fehl und Tadel sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Zum Feierabend ist die Arbeit für mich vergessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mit meinem bisherigen Leben kann ich zufrieden sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mein Partner/ meine Partnerin (bzw. Person, zu der die engste persönliche Bindung besteht) zeigt Verständnis für meine Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Die Arbeit ist mein Ein und Alles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Berufliche Karriere bedeutet mir wenig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Bei der Arbeit kenne ich keine Schonung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich kontrolliere lieber noch dreimal nach, als dass ich fehlerhafte Arbeitsergebnisse abliefern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Auch in der Freizeit beschäftigen mich viele Arbeitsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Misserfolge kann ich nur schwer verkraften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Wenn mir etwas nicht gelingt, sage ich mir: Jetzt erst recht!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich bin ein ruheloser Mensch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. In meiner bisherigen Berufslaufbahn habe ich mehr Erfolge als Enttäuschungen erlebt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Meine Familie interessiert sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte Kästchen beim Ankreuzen
genau treffen: maschinelle Auswertung!

	Nein, trifft überhaupt nicht zu	Nein, trifft überwiegend nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Ja, trifft überwiegend zu	Ja, trifft völlig zu
23. Ich könnte auch ohne meine Arbeit ganz glücklich sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Was meine berufliche Entwicklung angeht, so halte ich mich für ziemlich ehrgeizig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ich arbeite wohl mehr als ich sollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Bei meiner Arbeit habe ich den Ehrgeiz, keinerlei Fehler zu machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Berufliche Fehlschläge können mich leicht entmutigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Misserfolge werfen mich nicht um, sondern veranlassen mich zu noch stärkerer Anstrengung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ich glaube, dass ich ziemlich hektisch bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Wirkliche berufliche Erfolge sind mir bisher versagt geblieben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ich habe allen Grund, meine Zukunft optimistisch zu sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Von meinem Partner/ meiner Partnerin (bzw. Person, zu der die engste persönliche Bindung besteht) wünsche ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Ich brauche die Arbeit wie die Luft zum Atmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Ich strebe nach höheren beruflichen Zielen als die meisten anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Ich neige dazu, über meine Kräfte hinaus zu arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Was immer ich tue, es muss perfekt sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Feierabend ist Feierabend, da verschwende ich keinen Gedanken mehr an die Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Wenn ich in der Arbeit erfolglos bin, deprimiert mich das sehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Ich bin mir sicher, dass ich auch die künftigen Anforderungen des Lebens gut bewältigen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Ich glaube, ich bin ein ruhender Pol in meinem Umfeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. In meiner beruflichen Entwicklung ist mir bisher fast alles gelungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Ich kann mich über mein Leben in keiner Weise beklagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Bei meiner Familie finde ich jede Unterstützung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte Kästchen beim Ankreuzen
genau treffen: maschinelle Auswertung!

	Nein, trifft überhaupt nicht zu	Nein, trifft überwiegend nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Ja, trifft überwiegend zu	Ja, trifft völlig zu
45. Ich wüsste nicht, wie ich ohne Arbeit leben sollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Für meine berufliche Zukunft habe ich mir viel vorgenommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Mein Tagesablauf ist durch chronischen Zeitmangel bestimmt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Für mich ist die Arbeit erst dann getan, wenn ich rundum mit dem Ergebnis zufrieden bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Arbeitsprobleme beschäftigen mich eigentlich den ganzen Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Ich verliere leicht den Mut, wenn ich trotz Anstrengung keinen Erfolg habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Ein Misserfolg kann bei mir neue Kräfte wecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Ich kann mich in fast allen Situationen ruhig und bedächtig verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Mein bisheriges Leben ist durch beruflichen Erfolg gekennzeichnet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Von manchen Seiten des Lebens bin ich ziemlich enttäuscht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Manchmal wünschte ich mir mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Es gibt Wichtigeres im Leben als die Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Beruflicher Erfolg ist für mich ein wichtiges Lebensziel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. In der Arbeit verausgabe ich mich stark	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Es widerstrebt mir, wenn ich eine Arbeit abschließen muss, obwohl sie noch verbessert werden könnte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Meine Gedanken kreisen fast nur um die Arbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Wenn ich irgendwo versagt habe, kann mich das ziemlich mutlos machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Wenn mir etwas nicht gelingt, bleibe ich hartnäckig und strenge mich um so mehr an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Hektik und Aufregung um mich herum lassen mich kalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Meine beruflichen Leistungen können sich sehen lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Es dürfte nur wenige glücklichere Menschen geben als ich es bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte tragen sie hier 2 stellig Ihr Geburtsjahr ein

--	--

7.3. Fragebogen

Verschlüsselungscode

1. Bitte geben Sie an:

1.1. Aktuelles Gewicht

1.2. Wunschgewicht

1.3. Höchstes Gewicht seit Entlassung

1.4. Niedrigstes Gewicht seit Entlassung

2. Wie würden Sie auf einer Skala von 1 bis 6 Ihren momentan Gesundheitszustand beschreiben?

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

3. Würden Sie sich heute in Bezug auf Ihre Essstörung bezeichnen als (im Vgl. zum Klinikaufenthalt bei uns)

1(= geheilt) 2 (=sehr gebessert) 3 (=etwas gebessert) 4(=unverändert) 5 (=etwas verschlechtert) 6(=sehr verschlechtert)

4. Momentan sind Sie mit Ihrem Gewicht:

1 (=sehr zufrieden) 2 (=zufrieden) 3 (=unzufrieden) 4 (=sehr unzufrieden)

5. Fürchten Sie sich davor zuzunehmen?

1 (= keine Angst vor dem Zunehmen) 2 (= gelegentlich Angst zuzunehmen)

3 (= ständig in Sorge zuzunehmen) 4 (= der Gedanke daran zuzunehmen, löst bei mir Panik aus)

6. Möchten Sie jetzt abnehmen?

1 (=ja) 2 (=nein)

7. Schenken Sie Ihrer Figur größere Beachtung?

1 (=immer) 2 (=oft) 3 (=gelegentlich) 4 (=selten) 5 (=nie)

8. Wie finden Sie Ihren Körper?

Viel zu dünn	1	2	3	4	5	viel zu dick
Anziehend	1	2	3	4	5	abstoßend
Weiblich	1	2	3	4	5	unweiblich (bei Frauen)

9. Nehmen Sie Ihre Mahlzeiten regelmäßig ein?

	Immer	oft	gelegentlich	selten	nie
Frühstück					
Mittagessen					
Abendessen					

10. Wie oft haben Sie die betreffenden Maßnahmen in den letzten 3 Monaten zur Gewichtskontrolle angewandt?

	gar nicht	<1x Wo	1xWo	2-3xWo	täglich	mehrmals tgl.
Absichtl.Erbrechen						
Abführmittel						
Ganztägiges Fasten						
Sport						
Diät/ niedr. kalorische Nahrung						

11. Haben Sie seit Entlassung daran gedacht oder geplant, sich das Leben zu nehmen?

1 (=ja) 2 (=nein)

12. Angaben zur Beziehungssituation. Sie haben:

1 (=eine stabile Beziehung) 2 (=Beziehung mit Spannung) 3 (=weniger als 6 Monate keinen Partner) 4(=mehr als 6 Monate keinen Partner) 5 (=noch nie eine Partnerschaft)

13. Die Beziehung ist:

1 (=sehr zufriedenstellend) 2 (=zufriedenstellend) 3 (=neutral) 4 (=nicht zufriedenstellend)

14. In einer Partnerschaft halte ich sexuellen Kontakt für:

1 (=sehr wichtig) 2 (=wichtig) 3 (=unwichtig) 4 (=überflüssig)

15. Ich verbringe meine Freizeit:

1 (=überwiegend alleine) 2 (=überwiegend mit Familie) 3 (= sowohl alleine, als auch mit Freunden/ Bekannten) 4 (= überwiegend mit Freunden/ Bekannten)

16. Meine Beziehung zu meiner Familie ist:

1 (=sehr zufriedenstellend) 2 (=zufriedenstellend) 3 (=neutral) 4 (=nicht zufriedenstellend)

17. Wenn ich über meine Selbstständigkeit nachdenke bezüglich meiner Familie ...

1 (=... gibt es keine Aussicht unabhängig zu werden)

2 (=... gibt es einige überwindbare Schwierigkeiten unabhängig zu werden)

3 (=... bin ich unabhängig von der Familie)

18. Hatten Sie nach der Entlassung aus Heiligenfeld weiter Klinikaufenthalte wegen Ihrer Essstörung?

1 (=ja) 2 (=nein)

19. Hatten Sie nach der stat. Therapie in Heiligenfeld eine amb. Therapie?

1 (= ja) 2 (= nein)

WENN JA Wie haben Sie den Kontakt zu Ihrer ambulanten Therapie gefunden?

1 (= alleine) 2(= mit Hilfe von Heiligenfeld) 3 (= mit Hilfe meines Hausarztes) 4 (= mit Hilfe von Beratungsstellen)

WENN NEIN Woran ist es gescheitert?

1 (= es lag an mir, ich wollte nicht mehr) 2 (= es lag am Therapeuten) 3 (= es lag an Therapeut und mir) 4 (= zu lange Wartezeiten)

20. Meinen Sie, dass Sie derzeit eine Behandlung dringend nötig haben?

1 (= ja ich selbst bin der Meinung) 2 (= ja mein Umfeld ist der Meinung) 3 (= nein)

21. Was hat Ihrer Meinung nach zur Genesung beigetragen?

gar nicht etwas stark sehr stark

Heiligenfeld

Beruf/ Studium/ Schule

Familie

Eigener Wille/ Einsicht

amb. Maßnahmen

mehr Wohlbefinden durch erhöhtes KG

22. Falls sich Ihre Erkrankung nicht gebessert/ verschlechtert hat, welchen Einfluss auf die neg. Entwicklung haben folgende Aspekte?

gar nicht etwas stark sehr stark

Heiligenfeld

Beruf/ Studium/ Schule

Familie

fehlender Wille/ Einsicht

mangelnde amb. Maßnahmen

das zu niedrige KG

23. Wie würden Sie auf einer Skala von 1 bis 6 Ihre momentane Lebenszufriedenheit beschreiben?

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

24. Was sind Sie von

Beruf? _____

25. Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagbelastungen

Trifft nicht zu 1 2 3 4 5 6 trifft extrem zu

26. Aktueller Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

27. Haushalt. In wessen Haushalt leben Sie?

☐ eigener Haushalt ☐ im Haushalt der Eltern ☐ Wohngemeinschaft ☐ sonstiger Haushalt

Wie viele Personen leben in diesem Haushalt? _____

Wie viele davon sind <18 Jahre? _____

28. Anzahl Psychotherapiestunden. Wie viele Psychotherapiestunden bei prof. Psychotherapeuten haben Sie in Ihrem Leben bisher insgesamt gehabt?

☐ keine ☐ bis 5 Std. ☐ 6-25 Std. ☐ 26-160 Std. ☐ 161-300 Std. ☐ mehr als 300 Std.

29. Krankheitstage der letzten 12 Monate. Wie viele Tage ungefähr waren Sie in den vergangenen 12 Monaten krankgeschrieben? _____

30. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung (Essstörung) beeinträchtigt?

Gar nicht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich

31. Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung

Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?

- ☐ Monatsblutung ist unverändert (normal)?
- ☐ überhaupt keine Monatsblutung ?
- ☐ unregelmäßige Monatsblutung?
- ☐ Monatsblutung bei Hormontherapie?

32. Empfehlen Sie die Heiligenfeld Kliniken für die Therapie einer Essstörung weiter?

1 (= ja) 2 (=nein)

33. Das Ergebnis meiner Therapie in Heiligenfeld ist:

☐ sehr gut ☐ gut ☐ zufriedenstellend ☐ ausreichend ☐ schlecht ☐ keine Beurteilung mgl.

34. Wenn ich an den Klinikaufenthalt in Heiligenfeld zurückdenke, hat mir besonders gut gefallen:

35. Wenn ich an den Klinikaufenthalt in Heiligenfeld zurückdenke, habe ich negative Gefühle bei:

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme

7.4. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	AU-Tage und Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Störungen.....	10
Abb. 2:	Prävalenz psychischer Störungen.....	12
Abb. 3:	Anzahl der Nebendiagnosen in Abhängigkeit der Hauptdiagnose.....	24
Abb. 4:	Form der Persönlichkeitsstörung entsprechend der Diagnose AN oder BN.....	25
Abb. 5:	Anteil der verschiedenen Berufsgruppen in der Katamnesestichprobe	27
Abb. 6:	Übersicht über die Teilnahme der Patientinnen und Patienten.....	31
Abb. 7:	Darstellung der vier Mustertypen arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster.....	35
Abb. 8:	Boxplots über die Verteilung der Aufnahme- und Entlassgewichte in der Gruppe der Katamneseteilnehmer und Verweigerer.....	41
Abb. 9:	Gewichtsentwicklung in der Katamnesestichprobe.....	44
Abb. 10:	Korrelation von Aufenthaltsdauer und BMI-Veränderung.....	46
Abb. 11:	Zusammenhang zwischen momentaner Gesundheitszufriedenheit und dem Körpergewicht.....	48
Abb. 12:	Korrelation Katamnesegewicht und momentane Lebenszufriedenheit	49
Abb. 13:	Mustertypen zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.....	53
Abb. 14:	Arbeitsengagement zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.....	58
Abb. 15:	Darstellung des Arbeitsengagements zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	59
Abb. 16a:	Stanine-Werte für die Verausgabungsbereitschaft zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt	66
Abb. 16b:	Rohwerte für die Verausgabungsbereitschaft zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.....	66

Abb. 17a:	Stanine-Werte für die Resignationstendenz zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.....	68
Abb. 17b:	Rohwerte für die Resignationstendenz zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt	68
Abb. 18:	Stanine-Werte für die Widerstandskraft zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt	70
Abb. 19:	Darstellung der Widerstandskraft zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	71
Abb. 20a:	Stanine-Werte für die Lebenszufriedenheit zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.....	73
Abb. 20b:	Rohwerte für die Lebenszufriedenheit zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.....	73
Abb. 21a:	Stanine-Werte für das Erleben sozialer Unterstützung zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.....	76
Abb. 21b:	Rohwerte für das Erleben sozialer Unterstützung zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt	76
Abb. 22:	Fehlzeiten in Wochen für die vier Mustertypen	97

7.5. Tabellenverzeichnis

Tbl. 1:	Die 5 Stufen der Musterausprägung.....	36
Tbl. 2:	Gegenüberstellung Katamnesezeitprobe und Verweigerer.....	40
Tbl. 3:	AVEM-Skalen (Stanine-Werte) bei Aufnahme.....	42
Tbl. 4:	Body-Mass-Index zu allen drei Erhebungszeitpunkten in Abhängigkeit der Diagnose Anorexia – oder Bulimia nervosa.....	45
Tbl. 5:	Gegenüberstellung der Komorbidität (Depression, Angst-, Zwangs-, Persönlichkeitsstörung, PTBS) bei AN und BN.....	52
Tbl. 6:	Mittelwert der Stanine-Werte und deren Standardabweichung zum Therapiebeginn für alle 11 Dimensionen.....	55
Tbl. 7:	Prozentuale Darstellung der Stanine-Werte in der Studienpopulation zum Therapiebeginn.....	56
Tbl. 8:	Stanine-Werte für die Dimensionen „Beruflicher Ehrgeiz“ & „Perfektionsstreben“ zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.....	62
Tbl. 9:	Stanine-Werte für Beruflichen Ehrgeiz und Perfektionsstreben zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt in Abhängigkeit der Diagnose Anorexie oder Bulimie.....	63
Tbl. 10:	Prozentuale Angaben der Stanine-Werte für die Dimension „Verausgabebereitschaft“ bei Aufnahme und zum Nachuntersuchungszeitpunkt	65
Tbl. 11:	Übersicht verschiedener Katamnesezeitstudien mit Verweil-, Follow-up Dauer und Body-Mass-Index zu den verschiedenen Zeitpunkten der Beobachtung.....	88
Tbl. 12:	Prozentuale Angaben zur Gesundheits- und Lebenszufriedenheit zum Katamnesezeitpunkt.....	90

7.6. Erklärung des Eides statt

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich diese Arbeit selbstständig und ohne die unzulässige Hilfe Dritter verfasst habe. Sie stellt auch in Teilen keine Kopie anderer Arbeiten dar und die benutzten Hilfsmittel sowie die Literatur sind vollständig angegeben.

Regensburg, Oktober 2019

Hofmann Nadine

8. Literaturverzeichnis

1. Arcelus J. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(7):724–31.
2. Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *The International journal of eating disorders* 2016; 49(4):391–401.
3. Birmingham CL, Treasure J. Medical management of eating disorders. 2. ed., reprint. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. (Cambridge medicine).
4. de Zwaan M, Schüssler P. Diagnostik und Therapie der Anorexia und Bulimia nervosa. *J Ernährungsmed* 2000; 1(2):16–9.
5. Waldman A, Loomes R, Mountford VA, Tchanturia K. Attitudinal and perceptual factors in body image distortion: an exploratory study in patients with anorexia nervosa. *Journal of eating disorders* 2013; 1(17):1–9.
6. Fichter MM. Magersucht und Bulimie: Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde. Basel: Karger; 2008.
7. Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter H, Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet* 2000; 355(9205):721–2.
8. Steinhausen H. Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2009; 18(1):225–42.
9. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term Outcome of Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(1):63.
10. Steinhausen H. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *AJP* 2002; 159(8):1284–93.
11. Schweiger U. Psychische Komorbidität und Persönlichkeitsstörungen. In: Herpertz S, Zwaan M, Zipfel S, editors. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. 2., überarb. Aufl. 2015. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015. p. 157–64 .
12. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry* 2005; 62(6):593–602.
13. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, JR, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry* 2007; 61(3):348–58.
14. Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland [cited 2016 Feb 26]. Available from: URL:<http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf#PAGE=388>.

15. Jacobi F, Hofler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L et al. Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2014; 85(1):77–87.
16. RKI - Bundes-Gesundheitssurvey 1998 [cited 2016 Mar 1]. Available from: URL:http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/bgs98/bgs98_node.html.
17. Genz A, Jacobi F. Grundlagen: Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Arbeit: Psychische Erkrankungen. In: Angerer P, editor. *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatischer Medizin*. Heidelberg, München, Landsberg: ecomed Medizin; 2014. p. 29–248 (Thema Jahrestagung DGAUM; vol. 2013).
18. Bühring P. DAK-Gesundheitsreport 2013: Burn-out kein Massenphänomen. *Deutsches Ärzteblatt* März 2013; (3):106.
19. Statistisches Bundesamt. Qualität der Arbeit - Krankenstand ; 2016 [cited 2016 Apr 5]. Available from: URL:https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/QualitaetArbeit/Dimension2/2_3_Krankenstand.html.
20. Marschall J, Hildebrandt HS, Noltinger H. Gesundheitsreport 2016: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten; Schwerpunkt: Gender und Gesundheit. Berlin: IGES Institut GmbH; März 2016 [cited 2016 May 24]. Available from: URL:https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2016_-_Warum_Frauen_und_Maenner_anders_krank_sind-1782660.pdf.
21. WIdO Wissenschaftliches Institut der AOK. Wenn der Beruf krank macht. Berlin; 2015 [cited 2016 Mar 28]. Available from: URL:http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_praevention/wido_pra_pm_krankenstand1_0315.pdf.
22. Liersch A. Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme: Ergebnisse einer Zusatzerhebung im Rahmen des Mikrozensus 2013. In: Statistisches Bundesamt W, editor; 2014. p. 561–74 .
23. Schröder L, Urban H, Müller N. Qualitative Tarifpolitik - Arbeitsgestaltung - Qualifizierung; 2015 [cited 2015 Oct 3]. Available from: URL:http://www.gute-arbeit-praxis.de/gute-arbeit-praxis/material/gutearbeit2015/jahrbuch_gute_arbeit_2015_anhang.html.
24. Jacobi F, Klose M, Wittchen H. Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2004; 47(8):736–44.
25. Heiligenfeld GmbH. Unternehmen Heiligenfeld [cited 2015 Aug 22]. Available from: URL:<http://www.heiligenfeld.de>.

26. Galuska J. Ganzheitliche stationäre Psychotherapie. Integrative Therapie 1994; 1-2.
27. Lang C. Ganzheitliches psychosomatisches Behandlungskonzept für Menschen mit Essstörungen; 2014 [cited 2015 Aug 22]. Available from: URL:<http://www.heiligenfeld.de>.
28. Zundel E, Loomans P, editors. Im Energiekreis des Lebendigen: Klinische Körpertherapie [Körpertherapie im Spektrum des Bewußtseins (S. 88-109)]. Freiburg: Herdel; 1995.
29. Paulitsch K. Praxis der ICD-10-Diagnostik: Ein Leitfaden für PsychotherapeutInnen und PsychologInnen. Wien: Facultas Verl.; 2004.
30. Dilling H-, Cooper JE, editors. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 7., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM (German Modification) 2014. Bern: Huber; 2014.
31. Dilling H, editor. Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber; 2009.
32. Halmi KA, Bellace D, Berthod S, Ghosh S, Berrettini W, Brandt HA et al. An examination of early childhood perfectionism across anorexia nervosa subtypes. The International journal of eating disorders 2012; 45(6):800–7.
33. Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicov KH, Greeno C, Weltzin TE, Rao R. Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995; 152:1630–4.
34. Hewitt PL, Flett GL, Edinger E. Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. International Journal of Eating Disorders 1995; 18:317–26.
35. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M et al. Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. AJP 2000; 157(11):1799–805.
36. Goodwin H, Arcelus J, Geach N, Meyer C. Perfectionism and Eating Psychopathology Among Dancers: The Role of High Standards and Self-criticism. Eur. Eat. Disorders Rev. 2014; 22(5):346–51.
37. Lloyd S, Yiend J, Schmidt U, Tchanturia K. Perfectionism in anorexia nervosa: novel performance based evidence. PloS one 2014; 9(10):1–7.
38. Huber MF. Ein-Jahres-Katamnese von Anorexia nervosa Patientinnen nach spezialisierter stationärer Behandlung; Medizinische Dissertation: Medizinische Fakultät der Universität Ulm; 2007.

39. Popp KA. Einjahreskatamnese der Anorexia nervosa nach stationärer Behandlung in der Klinik Lüneburger Heide Bad Bevensen; Medizinische Dissertation: Medizinischen Fakultät der Universität Ulm; 2010.
40. Schaarschmidt U, Fischer WA. AVEM - an instrument for diagnosing different types of work- and health-related behaviour and experience. Zeitschrift für Different. und Diagnost. Psychologie 1997; 18:151–63.
41. Schaarschmidt U, Fischer WA. AVEM Manual: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage 2008. Frankfurt am Main: Pearson; 2010.
42. Friedman M, Rosenman RH. Type A behavior and your heart. New York: Knopf; 1974.
43. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. 1. ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
44. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84(2):191–215.
45. Fahrenberg J, Hampel R, Selg H. Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1. Göttingen: Hogrefe; 1989.
46. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory (MBI) Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
47. Hänsgen K. Berliner Verfahren zur Neurosendiagnostik-Selbstbeurteilung, BVND-SB: Einschätzung des Beschwerdeerlebens und neuroserevanter Persönlichkeitsmerkmale bei Erwachsenen. Berlin: Psychodiagnost. Zentrum; 1985.
48. Janke W, Erdmann G, Kallus W. Streß Verarbeitungs-Fragebogen SVF. Göttingen: Hogrefe; 1985.
49. Henss R. Type nouns and the five factor model of personality description. European Journal of Personality 1998:57–71.
50. Voltmer E, Spahn C, Westermann J. Psychosoziale Belastungen werden zu wenig thematisiert. Deutsches Ärzteblatt 2009 Feb 20; 106(8)(8):A365-A366.
51. Fichter MM. Magersucht und Bulimia: Empirische Untersuchungen zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf. Berlin: Springer; 1985. (Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie; vol 37).
52. Schlegl S, Diedrich A, Neumayr C, Fumi M, Naab S, Voderholzer U. Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: Clinical Significance and Predictors of Treatment Outcome. Eur. Eat. Disorders Rev. 2016; 24(3):214–22.
53. Steinhausen H, Grigoriu-Serbanescu M, Boyadjieva S, Neumärker K, Metzke CW. The relevance of body weight in the medium-term to long-term course of

adolescent anorexia nervosa. Findings from a multisite study. *Int. J. Eat. Disord.* 2009; 42(1):19–25.

54. Morris J, Simpson AV, Voy SJ. Length of Stay of Inpatients with Eating Disorders. *Clin. Psychol. Psychother.* 2015; 22(1):45–53.

55. Fichter MM, Quadflieg N. Six-Year course and outcome of anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 26(4):359–85.

56. Herpertz-Dahlmann B, Wewetzer C, Hennighausen K, Remschmidt H. Outcome, psychosocial functioning, and prognostic factors in adolescent anorexia nervosa as determined by prospective follow-up assessment. *J Youth Adolescence* 1996; 25(4):455–71.

57. Holtkamp K, Müller B, Heussen N, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B. Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *Europ.Child & Adolescent Psych* 2005; 14(2):106–10.

58. Gander F, Proyer RT, Ruch W, Wyss T. The good character at work: An initial study on the contribution of character strengths in identifying healthy and unhealthy work-related behavior and experience patterns. *Int Arch Occup Environ Health* 2012; 85(8):895–904.

59. Rath HM, Steimann M, Ullrich A, Rotsch M, Zurborn K, Koch U et al. Psychometric properties of the Occupational Stress and Coping Inventory (AVEM) in a cancer population. *Acta Oncologica* 2015; 54(2):232–42.

60. Grundmann J, Sude K, Löwe B, Wingenfeld K. Arbeitsbezogene Stressbelastung und psychische Gesundheit: Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung. *Psychother Psych Med* 2013; 63(03/04):145–9.

61. Heitzmann B, Schaarschmidt U, Kieschke U. Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens bei Rehapatienten - die Leistungsmöglichkeiten des Verfahren AVEM im Bereich medizinischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2005; 70:269–80.

62. Frese, C., Benoit, D., Bischoff, C., Deibler, P. Evaluation eines störungsspezifischen Behandlungsprogramms für Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa in einer psychosomatischen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherungsbund, editor. 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Gesundheitssystem im Wandel - Perspektiven der Rehabilitation. Berlin; 2016. p. 309–11 .

63. Linden M, Baron S, Muschalla B. Relationship between Work-Related Attitudes, Performance and Capacities according to the ICF in Patients with Mental Disorders. *Psychopathology* 2010; 43(4):262–7.

64. Kaechele H. Outcome of psychodynamic therapy of eating disorders: Therapie amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: data from a multicenter study. *Psychtherapy research* 2001; 11:239–57.

65. Falkai P, editor. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Boston, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm, Florenz, Helsinki: Hogrefe; 2015.
66. Steinhausen H, Seidel R. Outcome in adolescent eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1993; 14(4):487–96.
67. Schulz M, Damkröger A, Voltmer E, Löwe B, Driessen M, Ward M. Work-related behaviour and experience pattern in nurses: Impact on physical and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011; 18(5):411–7.
68. S3-Leitlinien der ESS: Diagnostik und Therapie der Essstörungen; 2010 [cited 2016 Apr 27]. Available from: URL:<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html>.
69. Saß H. Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie; 2003.
70. Morgan HG, Russell GFM. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol. Med.* 1975; 5(04):355–71.
71. Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S, Heussen N, Hebebrand J, Remschmidt H. Prospective 10-year Follow-up in Adolescent Anorexia Nervosa-Course, Outcome, Psychiatric Comorbidity, and Psychosocial Adaptation. *J Child Psychol & Psychiat* 2001; 42(5):603–12.
72. Schlegl S, Quadflieg N, Löwe B, Cuntz U, Voderholzer U. Specialized inpatient treatment of adult anorexia nervosa: Effectiveness and clinical significance of changes. *BMC Psychiatry* 2014; 14(1):1–12.
73. Huas C, Godart N, Foulon C, Pham-Scottez A, Divac S, Fedorowicz V et al. Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: Data from a large French sample. *Psychiatry Research* 2011; 185(3):421–6.
74. Ham T, Strien DC, Engeland H. A four-year prospective follow-up study of 49 eating-disordered adolescents: Differences in course of illness. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(3):229–35.
75. Fainburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders* 1994; 16:363–70.
76. Löwe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Rath HM, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol. Med.* 2001; 31(5):881–90.
77. Herzog DB, Keller MB, Lavari PW. Outcome in anorexia and bulimia nervosa: A review of the literature. *The journal of nervous and mental disease* 1988; 176:131–43.

78. Zeeck A, Cuntz U, Hartmann A, Hagenah U. Anorexia nervosa. In: Herpertz S, editor. S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2011. p. 44–158 .
79. Pauli D. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und andere Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Übersicht und Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung. Swiss Archives of Neurology and Psychiatry 2013; (164(2)):59–69.
80. Deter H, Herzog W. Anorexia nervosa in a long-term prospective: Results of the Heidelberg-Mannheim Study. Psychosomatic Medicine 1994; 56:20–7.
81. Statistisches Bundesamt. Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nach Altersgruppen und Geschlecht: Statistisches Bundesamt Wiesbaden; 2015 [cited 2016 May 11]. Available from: URL:<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/GesundheitszustandRelevantesVerhalten/Tabellen/GesundheitszustandSelbsteinschaetzung.html>.
82. Halvorsen I, Andersen A, Heyerdahl S. Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment. European Child & Adolescent Psychiatry 2004; 13(5):295–306.
83. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). International journal of methods in psychiatric research 2014; 23(3):304–19.
84. Franklin JC, Schiele BC, Brozek J, Keys A. Observations on human behavior in experimental semistarvation and rehabilitation. J. Clin. Psychol. 1948; 4(1):28–45.
85. Gündel H. Grundlagen: Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Arbeit: Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. In: Angerer P, editor. Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatischer Medizin. Heidelberg, München, Landsberg: ecomed Medizin; 2014. p. 29–248 (Thema Jahrestagung DGAUM; vol. 2013).
86. Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. Perfectionism in anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders 1995; 17:147–52.
87. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. Cogn Ther Res 1990; 14(5):449–68.
88. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. Journal of Personality and Social Psychology 1991; 60:456–70.
89. Wunderer E, Müller E. Körperbild und Körperfürsorge. In: Wunderer E, Schnebel A, editors. Interdisziplinäre Essstörungstherapie: Psychotherapie, medizinische

Behandlung, sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie. 1. Aufl. Weinheim: Beltz; 2008. p. 200–12 .

90. Steins G, Albrecht M, Stolzenburg H. Bindung und Essstörungen: Die Bedeutung interner Arbeitsmodelle von Bindung für ein Verständnis von Anorexie und Bulimie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2002; 31(4):266–71.

91. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clinical psychology review* 2010; 30(7):879–89.

92. Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *The American journal of psychiatry* 2005; 162(6):1171–8.

93. Koch S, Geissner E, Hillert A. Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2007; 55(2):97–109.

94. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 44(1):127–39.

95. Gassner-Steiner P, Freidl W. Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung (S. 69-76). In: Frischenschlager O, editor. *Lehrbuch der psychosozialen Medizin: Grundlagen der medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und medizinischen Soziologie*. Wien: Springer; 1995. p. 69–76 .

96. Russell G. Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 1979; 9(03):429.

97. Csef H. Magersucht und Bulimia nervosa. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 1999; 147(4):396–406.

98. Glaser J, Seubert C. Grundlagen: Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Arbeit: Arbeitshandeln, Arbeitsbelastung, Arbeitsorganisation. In: Angerer P, editor. *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und psychosomatischer Medizin*. Heidelberg, München, Landsberg: ecomed Medizin; 2014. p. 29–248 (Thema Jahrestagung DGAUM; vol. 2013).

99. Manteuffel von L. Berufsorientierte Therapie wird zielgerichteter. *Deutsches Ärzteblatt* 2009; 106(48):A2414-A2415.