

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

**Evaluation des Therapieeffektes und dessen Nachhaltigkeit  
bei Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa nach  
stationärer Therapie in den Heiligenfeld Kliniken**

Inaugural – Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Ramona Heidi Hofmann

2019



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

**Evaluation des Therapieeffektes und dessen Nachhaltigkeit  
bei Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa nach  
stationärer Therapie in den Heiligenfeld Kliniken**

Inaugural – Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Ramona Heidi 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
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>8</b>
1.1 Heiligenfeld Kliniken .....	9
1.2 Epidemiologie .....	10
1.3 Diagnosekriterien .....	12
1.3.1 Diagnosekriterien AN nach DSM V .....	12
1.3.2 Diagnosekriterien AN nach ICD 10 .....	13
1.3.3 Diagnosekriterien Bulimie nach DSM V .....	14
1.3.4 Diagnosekriterien Bulimie nach ICD 10.....	14
1.3.5 Atypische/ Nicht näher bezeichnete Essstörungen .....	15
1.4 Therapie .....	15
1.4.1 Leitlinien zur stationären Therapie von Essstörungen.....	15
1.4.2 Stationäre Essstörungstherapie in den Heiligenfeld Kliniken .....	17
1.5 Psychiatrische Komorbiditäten .....	21
1.6 Fragestellung der Arbeit .....	23
<b>2. Stichprobe und Methodik.....</b>	<b>24</b>
2.1 Studienpopulation.....	24
2.2 Beschreibung der Stichprobe .....	25
2.2.1 Alter und Geschlecht.....	25
2.2.2 Stationäre Behandlung.....	25
2.2.3 Bildung und Beruf.....	27
2.2.4 Soziale Daten.....	28
2.2.5 Komorbiditäten .....	29
2.3 Methodik.....	31
2.3.1 Ablauf der Nachuntersuchung.....	31
2.3.2 Untersuchungsinstrumente .....	32

2.3.3 Herkunft der katamnестischen Daten .....	34
2.3.4 Statistische Analyse .....	36
<b>3. Ergebnisse .....</b>	<b>37</b>
3.1 Dropout-Analyse: Vergleich Teilnehmer- mit Verweigerergruppe .....	37
3.2 Gewichtsentwicklung .....	40
3.3 Krankheitssymptomatik zum Katamnesezeitpunkt .....	44
3.3.1 Gewichtsreduzierende Maßnahmen .....	44
3.3.2 Essverhalten .....	46
3.3.3 Menstruation .....	47
3.3.4 Lebenszufriedenheit und psychische Befindlichkeit .....	48
3.3.4.1 Zufriedenheit mit Körper und Figur .....	50
3.3.4.2 Depressivität und Suizidalität .....	56
3.3.5 Behandlung im Katamnesezeitraum .....	60
3.3.6 Beurteilung des Sozialverhaltens .....	63
3.3.6.1 Partnerschaft .....	63
3.3.6.2 familiäre Beziehungen .....	64
3.3.6.3 außerfamiliäre Kontakte .....	65
3.4 Beurteilung der stationären Behandlung und des Heilungserfolges .....	67
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>72</b>
4.1 Diskussion der Stichprobe und der Methodik .....	72
4.1.1 Stichprobe .....	73
4.1.2 Diagnosekriterien .....	74
4.1.3 Katamneseintervall .....	75
4.1.4 Dropout-Quote .....	76
4.1.5 Untersuchungsinstrumente und -methode .....	78
4.2 Interpretation der Ergebnisse .....	81
4.2.1 Therapieerfolg der Heiligenfeld Kliniken .....	81
4.2.1.1 Gewichtsentwicklung .....	82
4.2.1.2 Entwicklung der ISR-Werte im stationären Verlauf .....	85
4.2.1.3 Global Outcome und Heilungserfolg .....	86
4.2.2 Poststationärer Verlauf .....	91

4.2.2.1 Essstörungsspezifische Verhaltenspathologie .....	91
4.2.2.2 Psychische Befindlichkeiten und Körperbild.....	93
4.2.2.3 Behandlung im Katamnesezeitraum .....	99
4.2.2.4 Psychosoziale Adaptation .....	101
4.3 Retrospektive Einstellung zur Therapie in den Heiligenfeld Kliniken .....	104
<b>5. Schlussfolgerungen .....</b>	<b>106</b>
<b>6. Zusammenfassung .....</b>	<b>108</b>
<b>7. Anhang .....</b>	<b>110</b>
7.1 Anschreiben .....	110
7.2 Katamnesefragebogen .....	112
7.3 Abbildungsverzeichnis.....	112
7.4 Tabellenverzeichnis.....	121
7.5 Erklärung an Eides statt .....	123
<b>8. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>124</b>

## **Abkürzungsverzeichnis**

Abb. = Abbildung

AN = Anorexia nervosa

AAN = Atypische Anorexia nervosa

AdF = Anzahl der Fälle

AdN = Anzahl der Nennungen

ANOVA = Analysis of Variance

APA = American Psychiatric Association

AVEM = Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster

AWMF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

AWMF - Leitlinie Essstörungen = Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zur Diagnose und Behandlung von Essstörungen

BN = Bulimia nervosa

BMI = Body-Mass -Index [Körpergewicht in kg/(Körpergröße in m<sup>2</sup>)]

CLI = Kumulative Lebenszeitinzidenz

d.h. = das heißt

DGPM = Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

DSM 5 = fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDI = Eating Disorder Inventory

EDNOS = Essstörung nicht näher bezeichnet

entf. = entfällt

exkl. = exklusive

g = Gramm

HF = Heiligenfeld Kliniken

ICD-10 = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; die Ziffer 10 bezeichnet deren 10. Revision

incl. = inklusive

ISR = ICD-10-Symptom-Rating

kg = Kilogramm

KS-Test = Kolomogorov-Smirnov-Anpassungstest

KVT = Kognitive Verhaltenstherapie

MW = Mittelwert

n = Anzahl der Patienten/ innen

n.s. = nicht signifikant

OPD = Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

p = Signifikanzwert

r = Korrelation

SD = Standardabweichung

SPSS = Statistical Package for the Social Sciences

SMR = standardized mortality ratio

Tbl. = Tabelle

U-Test = Mann-Whitney Rangsummentest

vs. = versus

WHO = World Health Organization

# 1. Einleitung

Die Anorexia nervosa (AN) und die Bulimia nervosa (BN) sind nach wie vor ernstzunehmende psychische Erkrankungsentitäten mit einer standardisierten Mortalitätsrate (SMR), die über der der Normalbevölkerung liegt (1). Für die SMR setzt man die in der Untersuchungsgruppe beobachtete Mortalität mit der zu erwartenden Mortalität, bemessen an altersentsprechenden Daten der Gesamtbevölkerung, ins Verhältnis. In einer Übersichtsarbeit mit 119 Outcome - Studien zur AN konnte Steinhausen 2002 (2) zeigen, dass die AN, trotz der Bemühungen die Therapie zu optimieren, weiterhin mit einer Mortalitätsrate von 5,0% eine ungünstige Prognose hat. Von einer Mortalitätsrate für die BN von 0,32% (SD 0,6) berichtete selbiger Autor in einem Review mit 79 Studien zum Outcome der BN, von denen 76 Studien (mit insgesamt 4309 Patienten) Daten zur Mortalität lieferten (3). Auf der Grundlage einer Datenbankrecherche diskutierten Smink van Hoeken et al. 2012 (4) in einem Review die Literatur zur Epidemiologie von Essstörungen. Auch sie konnten zeigen, dass Essstörungen und insbesondere die AN mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko einhergehen.

Es gibt Studien die davon ausgehen, dass unter den psychischen Erkrankungen die Essstörungen, neben den Substanzabhängigkeiten, mit dem höchsten Risiko eines vorzeitigen Todes einhergehen (5). Daneben gibt es noch eine Vielzahl anderer Arbeiten die die erhöhte Mortalitätsrate bei Essstörungen thematisieren (6)(7). Auch Patienten mit der Diagnose „Essstörung, nicht näher bezeichnet“ (EDNOS), welche manchmal als „mildere“ Form der Essstörungen eingestuft wird, haben ein erhöhtes Mortalitätsrisiko, ähnlich dem der AN (8). Dabei lässt der Trend der letzten Jahre feststellen, dass es zu einer Verschiebung des Erkrankungsbeginns in Richtung jüngerer Altersgruppen gekommen ist, diese Entwicklung konnten Favaro et al. 2009 (9) in einer großen Studie mit über 2400 anorektischen und bulimischen Patienten zeigen. Über auslösende und aufrechterhaltende Faktoren einer Essstörung besteht hinreichend Literatur, auf die an dieser Stelle verwiesen sein soll. Summarisch lässt sich sagen, dass es sich um eine multifaktorielle Genese handelt (10)(11).

Eine Reihe von durchgeführten Studien zum Langzeitverlauf der Anorexie zeigten, dass neben der Mortalität auch der Heilungserfolg (General Outcome), die

Psychopathologie und das Auftreten weiterer Essstörungen (wie BN und EDNOS) bedeutende Langzeitparameter darstellen (12)(13)(14)(15).

## **1.1 Heiligenfeld Kliniken**

Bei den Heiligenfeld Kliniken handelt es sich um eine Klinikette, die seit über 25 Jahren besteht und inzwischen sechs Häuser umfasst. Im Mittelpunkt des Unternehmens steht die Behandlung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen. Die im folgenden Abschnitt dargestellten Informationen wurden ausschließlich der Homepage der Heiligenfeld Kliniken (16) sowie den dort als Download verfügbaren Internetdokumenten (17)(18)(19) entnommen.

Wesentlicher und wichtiger Bestandteil des Klinikkonzeptes ist die „Therapeutische Gemeinschaft“, als ein elementarer Pfeiler für eine heilsame Atmosphäre und als ein System der gegenseitigen Unterstützung. Menschlicher, respektvoller, wertschätzender, achtsamer und herzlicher Umgang miteinander gelten als humanistische Werte, die den Heilungsprozess fördern.

Eigens für die Behandlung der psychischen und psychosomatischen Krankheitsentitäten wurden spezielle klinikinterne Behandlungspfade entwickelt, die sich an den aktuellen Leitlinien orientieren. Der Behandlungspfad, der sich aus der Diagnosestellung nach ICD-10 ergibt, wird in ein Gesamtbehandlungskonzept integriert und erlaubt eine individualisierte Therapie unter Berücksichtigung der persönlichen Lebenssituation und Erfahrungen.

Spezielle Behandlungsgruppen für beispielsweise therapeutische und soziale Berufsgruppen, für Patienten mit religiösen, existenziellen oder spirituelle Krisen sowie reine Frauengruppen (z.B. bei weiblichen Identitätsstörungen, nach sexuellem Missbrauch oder nach Abort) sind kennzeichnend für die Individualität der Heiligenfeld Kliniken. Daneben gibt es psychoedukative Gruppen, sog. themenzentrierten bzw. störungsspezifische Gruppen, in denen besondere Problembereiche wie etwa Essstörungen, Trauma-Erfahrungen oder Psychose-Erfahrung bearbeitet werden.

Der Therapieplan der psychosomatischen Patienten umfasst zwischen 20 und 30 Wochenstunden und wird durch einen Bezugsarzt und –psychologen durchgeführt und begleitet. Schwerpunkte der Psychotherapie liegen in der Einzel- und Gruppentherapie. Daneben gibt es unter anderem das Angebot der Körper- und Kreativtherapie, Achtsamkeitsübungen, Meditationen (Meditationsformen in Stille oder mit Einsatz von Stimme, Hören, Visualisierung) und Alltagstraining. In einer Vielzahl der Gruppen spielt die „therapeutische Gemeinschaft“ eine zentrale Rolle, insbesondere dort, wo es um soziales Lernen geht.

## **1.2 Epidemiologie**

Epidemiologischen Daten zu Essstörungen werden zum Teil sehr unterschiedlich angegeben. Genaue Angaben zu Inzidenz und Prävalenz variieren stellenweise stark. Kausal für diese Problematik ist möglicherweise der Widerwille, mit dem essgestörte Patienten über ihren Zustand sprechen. 2002 schreiben Polivy et al. (11), in einer Auseinandersetzung mit den Ursachen von Essstörungen, von einer Zunahme der AN in der westlichen Gesellschaft und führt Prävalenzschätzungen der AN zwischen 3-10% in der Altersgruppe der 15- bis 29-jährigen an. Auch Fichter berichtet 2005 von einem Anstieg der Häufigkeit für die AN in den westlichen Industrieländern und gibt die Punktprävalenz im Hauptrisikalter von 15-35 Jahren mit 0,6% an. Die Punktprävalenz für die BN, in identischem Hauptrisikalter, wird mit einem Wert zwischen 1-3% beziffert (20). Weitere Autoren geben in den darauffolgenden Jahren die Lebenszeitprävalenz junger Frauen für die Entwicklung einer Essstörung bei über 10% an (21)(22).

Die Angaben zur Prävalenz der Essstörungen unterscheiden sich zum Teil auch infolge der unterschiedlichen zugrunde gelegten Diagnosekriterien für eine Essstörung. So schätzen Stice et al. 2013 (23) in einer über 8 Jahre laufenden prospektiven Studie mit 496 eingeschlossenen adoleszenten Frauen, die nach den Kriterien des DSM-V diagnostiziert wurden, die Prävalenzrate für AN bei 0,8%, für BN bei 2,6% und für die atypische AN bei 2,8%. Die Lebenszeitprävalenz für eine Essstörung liegt in seiner Studienpopulation bei 13,1%. Damit liegen die Prävalenzschätzungen der nach DSM-V diagnostizierten Essstörungen etwas höher

als die Prävalenz der nach DSM-IV diagnostizierten Fälle in einer früheren Studie (24).

In punkto Inzidenz konnte Smink van Hoeken (4) in einer Übersichtsarbeit von 2012 berichten, dass sich die Gesamtinzidenzrate für die AN in den vergangenen Jahrzehnten stabil zeigte, sich aber ein Anstieg in der Gruppe der 15- bis 19-jährigen abbildete. Dem gegenüber scheint die BN seit den 90er Jahren tendenziell rückläufig zu sein. Zahlen die Stice et al. 2013 (23) in ihrer Follow-up-Studie zu Inzidenzrate nennen, liegen für die AN bei 104 pro 100.000 pro Jahr, für die BN bei 289 pro 100.000 pro Jahr und für die atypische AN bei 366 pro 100.000 pro Jahr in der Altersgruppe der 20-jährigen. Neueste Daten liefern Nagl et al. 2016 (25) in ihrer großen prospektiv-longitudinalen Bevölkerungsstudie mit 3021 Personen beider Geschlechtsgruppen. Für die Gruppe, die ausnahmslos alle vom DSM-IV formulierte Kriterien einer AN oder BN („*Threshold*“ AN und BN) erfüllt, berichten Nagl et al. von einer altersspezifische kumulative Lebenszeitinzidenz (CLI) bis zum Alter von 33 Jahren bei Frauen 3,2% für die AN und 2,2% für die BN. In der männlichen Studienpopulation liegt die CLS mit 0,2% für die AN und 0,08% für die BN vergleichsweise niedriger. Während die Kurve für die altersspezifische kumulative Lebenszeitinzidenz für AN und BN bei den Frauen ein Plateau zwischen dem 21 und 22 Lebensjahr erreicht, wurde dies bei den Männern im Alter von 20 Jahren erreicht.

## 1.3 Diagnosekriterien

### 1.3.1 Diagnosekriterien AN nach DSM V (26)

A. Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, welche unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt. *Signifikant niedriges Gewicht* ist definiert als ein Gewicht, das unterhalb des Minimums des normalen Gewichts oder, bei Kindern und Jugendlichen, unterhalb des minimal zu erwartenden Gewichts liegt.

B. Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz des signifikant niedrigen Körpergewichts.

C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichts.

*Bestimme, ob:*

(F50.01) Restriktiver Typ: Während der letzten 3 Monate hat die Person keine wiederkehrenden Essanfälle gehabt oder kein „Purging“-Verhalten (d.h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt. Dieser Subtyp beschreibt Erscheinungsformen, bei denen der Gewichtsverlust in erster Linie durch Diäten, Fasten und/ oder übermäßige körperliche Bewegung erreicht wird.

(F50.02) Binge-Eating/ Purging-Typ: Während der letzten 3 Monate hat die Person wiederkehrende „Essanfälle“ gehabt oder „Purging“-Verhalten (d.h. selbstherbeigeführtes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

### 1.3.2 Diagnosekriterien AN nach ICD - 10 (27)

Für eine eindeutige Diagnose müssen alle im Folgenden aufgeführten Bedingungen zutreffen:

1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 Prozent unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Quetelet-Index<sup>1</sup> von 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
  - a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen; sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:
  - b. selbst induziertes Erbrechen;
  - c. selbst induziertes Abführen;
  - d. übertriebene körperliche Aktivitäten;
  - e. Gebrauch von Appetitzüglern und/ oder Diuretika.
3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. (Eine Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption). Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.
5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe bei Mädchen; bei Jungen bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

---

<sup>1</sup> QUETELET-Index:  $W/H^2 = \text{kg/m}^2$  = Body Mass Index – BMI ab dem 16. Lebensjahr (W= Körpergewicht in Kilogramm, H= Körpergröße in Metern)

### 1.3.3 Diagnosekriterien Bulimie nach DSM V (26)

A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Ein Essanfall ist durch die folgenden beiden Merkmale gekennzeichnet:

1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
2. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).

B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Medikamenten, Fasten oder übermäßige körperliche Bewegung.

C. Die Essanfälle und die unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf.

D. Figur und Körpergewicht haben übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.

### 1.3.4 Diagnosekriterien Bulimie nach ICD - 10 (27)

1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; der Patient erliegt Essattacken (*Esstaume*), bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.

2. Der Patient versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung

kommen.

3. Eine der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten besteht in der krankhaften Furcht davor, dick zu werden; der Patient setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein, oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.

### **1.3.5 Atypische/ Nicht näher bezeichnete Essstörungen**

Ein nicht unwesentlicher Anteil essgestörter Patienten kann den vorgenannten Diagnosekategorien nicht zugeordnet werden. So beispielsweise Frauen, die mit Ausnahme der Amenorrhoe alle Kriterien einer Anorexia nervosa erfüllen. Bei Vorliegen einer solchen Symptomkonstellation muss nach der ICD-10 (27) die Diagnose einer „Atypischen Essstörung“ gestellt werden, nach DSM-IV (28) die Diagnose einer „Nicht näher bezeichneten Essstörung“ (29).

## **1.4 Therapie**

### **1.4.1 Leitlinien zur stationären Therapie von Essstörungen**

Die S3-Leitlinien Diagnostik und Therapie der Essstörungen der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) und des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) (30) implizieren evidenz- und konsensusbasierte Empfehlungen für die Optimierung der Versorgung essgestörter Patienten (31).

Wesentliche Therapiekomponenten im stationären Setting bei anorektischen Patienten sind regelmäßige Einzel- und Gruppenpsychotherapiegespräche, störungsspezifische Ernährungstherapie, spezifische Therapietechniken wie z.B. Körpertherapie, Kreativtherapie, bei Bedarf sozialtherapeutische Maßnahmen,

regelmäßiges körperliches Monitoring und ein auf die körperliche Situation abgestimmtes strukturiertes Bewegungsangebot. Zentraler Bestandteil dieser mehrdimensionalen Therapie ist die Gewichtsrestitution sowie eine Normalisierung des Essverhaltens, um die Voraussetzungen für eine Psychotherapie zu schaffen (32)(33). Hierbei empfehlen die Leitlinien im Rahmen einer stationären Therapie eine wöchentliche Gewichtszunahme von 500 g bis maximal 1000 g. Insbesondere zu Beginn der Behandlung sollte der Schwerpunkt auf der Symptomverbesserung des gestörten Essverhaltens liegen. Für eine gewisse Kontinuität in der Gewichtsrestitution können klare Vereinbarungen im Sinne von „Verträgen“ zwischen Patient und Behandlungsteam hilfreich sein (32)(33). Die allgemeine Überwachung und Kontrolle unter anderem von Essensmenge und -zusammensetzung spielen speziell bei der Anorexiebehandlung eine große Rolle, weshalb die stationäre Therapie als Behandlungsoption der AN einen höheren Stellenwert hat, als dies bei den anderen Essstörungen der Fall ist (34).

Ein integratives Behandlungskonzept aus körper-, erlebnis- und gestaltungsorientierter Psychotherapie soll insbesondere den anorektischen Patienten helfen einen Zugang zu intrapsychischen und interpersonellen Konflikten zu erlangen. Eine weitere Methode in der Behandlung magersüchtiger Patienten ist die konzentrierte Bewegungstherapie, die zu einem positiveren Körperbild und –erleben beitragen soll (32).

Weiter empfehlen die Leitlinien (30) die Patienten noch vor der Entlassung ausreichend auf die ambulante Situation vorzubereiten.

Für die Behandlung bulimischer Patienten sollte, sofern keine Indikationskriterien für eine stationäre Therapie gegeben sind, primär eine ambulante Therapie präferiert werden. Dabei sollten die Betroffenen nach Möglichkeit früh einer solchen Therapie zugeführt werden, um einer Chronifizierung vorzubeugen. Therapieform der ersten Wahl stellt dabei die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) dar, verglichen mit anderen Therapieverfahren ist hier die Evidenz am höchsten (30)(34). Begleitend kann mit Antidepressiva gearbeitet werden, hier hat sich ein positiver Effekt auf die Essstörungssymptomatik gezeigt (30).

### **1.4.2 Stationäre Essstörungstherapie in den Heiligenfeld Kliniken**

Wie im Punkt 1.1 Heiligenfeld Kliniken basieren die Inhalte des nachstehenden Abschnittes auf Informationen, die der Homepage (16) und dort verfügbaren Downloads, wie beispielsweise den klinikinternen Leitlinien, entnommen wurden (18) (19). Zudem wurden weitere Informationen zum Therapiekonzept der Heiligenfeld Kliniken durch persönliche Gespräche mit Mitgliedern des therapeutischen Teams gewonnen.

Die „Behandlung“ beginnt bereits prästationär mit der Generierung einer Arbeitsdiagnose und der Prüfung der Indikation für eine stationäre Therapie bzw. der Kontraindikationen, die gegen eine stationäre Essstörungsbehandlung in den Heiligenfeld Kliniken sprechen.

Voraussetzung für die stationäre Therapie einer Essstörung in den Heiligenfeld Kliniken ist unter anderem neben der Therapiemotivation ein BMI von mindestens 14 kg/ m<sup>2</sup>. In Ausnahmefällen ist bei guter Strukturierung des Patienten eine Aufnahme auch bei niedrigerem BMI möglich. Die Forderung eines Mindestgewichtes und normwertigen Elektrolyten ist insbesondere bei anorektischen Patienten für eine grundsätzliche Therapiefähigkeit entscheidend. Zudem ist für den Behandlungserfolg eine Krankheitseinsicht sowie Kooperationsbereitschaft mit dem Behandlungsteam erforderlich.

Die Gestaltung der Behandlung orientiert sich an den klinischen Leitlinien und eigens entwickelten Behandlungspfaden, die aus der Diagnosestellung nach ICD-10 resultieren. Auch für die Therapie der Essstörungen gibt es in den Heiligenfeld Kliniken einen spezifischen Behandlungspfad der in die Gesamtbehandlungsstruktur integriert wird. In der Zusammenschau entsteht ein Behandlungsplan der nicht zuletzt auch die persönliche Situation und individuelle Erfahrung mit einbezieht.

Die Diagnosestellung in der Klinik erfolgt nach dem Handbuch der internationalen Klassifikation psychischer Erkrankungen (ICD-10-Forschungskriterien). Das Krankheitsspektrum auf dem Feld der Essstörungen, die in den Heiligenfeld Kliniken behandelt werden, umfasst die Beschwerdebilder der Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) und Adipositas.

Richtungsweisend für die Behandlungsorganisation ist hier unter anderem die Diagnose des Strukturniveaus in der OPD<sup>2</sup> (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik). Hieraus ergibt sich der Anteil strukturbildender Therapiemaßnahmen.

Prinzipielles Behandlungsziel der stationären Therapie ist es den Leidensdruck herauszuarbeiten. Die Festlegung der Therapieziele erfolgt in Zusammenarbeit von therapeutischem Team und Patienten. Ziel ist es, neben der Stabilisierung des Körpergewichts, eine Reduktion des essgestörten und selbstschädigenden Verhaltens zu erlangen. Daneben geht es um die Modifikation dysfunktionaler Schemata, Einsicht in das Suchtverhalten, Schaffung einer vertrauensvollen therapeutischen Basis und die Entwicklung einer Beziehungsfähigkeit.

Obligat in der Therapie von anorektischen und bulimischen Patienten sind die wöchentliche Gruppenpsychotherapie, sog. Kerngruppen und die störungsspezifische Gruppe für Essgestörte. Je nach Präsentation des Patienten besteht die Möglichkeit die Behandlung um spezielle Therapieelemente zu erweitern. Der Behandlungsablauf der essstörungsspezifischen Gruppe läuft nach einem 2-Phasenmodell ab, dabei stehen die klinikinternen Behandlungsleitlinien im Einklang mit den aktuellen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

In der individuell lang dauernden Phase I sitzen die Patienten am sog. Esslerntisch, wobei die Verhaltenstherapie im Vordergrund steht. Zuvor wird ein Essvertrag abgeschlossen und in einem verpflichtenden Gespräch mit der Ernährungsberatung werden Ziele bezüglich Gewicht und Sport vereinbart. In der Phase I wird eine Gewichtskurve geführt, die die Patienten über beide Phasen hinweg begleitet. Für eine weitere Unterstützung gibt es zudem ein Patensystem, welches ebenfalls über alle Phasen begleitend fortgeführt wird. Wesentlich in dieser ersten Phase ist die Essstrukturgruppe die folgende Inhalte hat: Zielmonitoring, Esslerntagebuch, Essbegleitung und Gewichtskontrolle. Im Esslerntagebuch werden Emotionen, die die essgestörten Patientinnen mit Hunger und Sättigung empfinden, dokumentiert. Ein Beisein am Esslerntisch ist in Phase I für alle Patienten verbindlich. Der

---

<sup>2</sup> OPD = Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Achse IV erfasst das Strukturniveau, d.h. grundsätzliche Fähigkeiten des psychischen Funktionierens

Esslerntisch ist ein therapeutisches Setting, das eine Parallelität zum Familientisch repräsentieren soll und bei dem es um die Wahrnehmung innerer Reaktionen geht.

Übliche Behandlungsmaßnahmen, die sich auch in der Phase II finden, sind neben Bewegungstherapie für AN- und BN-Patientinnen, strukturgebende Bewegung, Progressive Muskelentspannung, beaufsichtigtes Ergometer - Training, als auch Aqua- und Nordic-Walking u.v.m. Ein Wechsel in die sich anschließende Phase II erfolgt erst dann, wenn Strukturen und Inhalte der Verhaltenstherapie beherrscht werden. Die Entscheidung wird vom verantwortlichen Verhaltenstherapeuten getroffen.

In der tiefenpsychologisch orientierten Phase II geht es um eine zunehmende Selbstbestimmung der Nahrungsaufnahme, auch hier findet sich eine Begleitung durch Essstruktur- und Bezugstherapeuten. Daneben geht es in dieser Phase um die Bearbeitung von Konfliktthemen, eine soziale Reintegration und die ambulante Überleitung. Familien- und paartherapeutische Sitzungen finden ebenfalls Raum in dieser Phase.

Zentraler Inhalt von Phase II ist zudem der gegenseitige Austausch über Esslerntagebuch, Gewichtskurve und das Essgeschehen an sich. Auch finden regelmäßige Gewichtskontrollen statt, zudem besteht die Möglichkeit des eigenständigen Einkaufens und gemeinsamen Kochens. Über beide Phasen hinweg gibt es ein vielfältiges Therapieangebot, beginnend bei Bewegungs- und Atemtherapie, über Kunsttherapie bis hin zu Aggressionsgruppen. Ein Charakteristikum der Heiligenfeld Kliniken ist das Angebot verschiedener Meditationstechniken für die Möglichkeit der Besinnung und der geistigen sowie religiösen Auseinandersetzung.

Weiterer fester Bestandteil in der Essgestörtenarbeit ist die Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie. Hierfür gibt es sogenannte Angehörigentage, die eigens dafür gedacht sind das Thema Essstörung zu erörtern.

Zudem erhalten Patienten, die aufgrund einer Essstörung stationär in den Heiligenfeld Kliniken behandelt werden, das Angebot der Teilnahme in einer Spezialgruppe für Essstörungen. Hier wird in Kleingruppen die Problematik der Essstörung, aufrechterhaltende Pathomechanismen, Handlungsalternativen und

Bewältigungsstrategien thematisiert. Ferner geht es um den Erfahrungsaustausch und das soziale Miteinander.

Zu den spezifischen Therapien, welche je nach Beschwerdebild in der Therapie der Essstörungen ergänzend Anwendung finden, gehören funktionell wirksame und physikalische Therapien, strukturbildende Methoden sowie die Förderung lebenspraktischer Kompetenzen (z.B. Projektarbeit).

In den Heiligenfeld Kliniken gibt es zudem ein eigens entwickeltes Komplikations- und Rückfallmanagement. Für diverse Komplikationen, wie etwa selbstverletzendes Verhalten, regressive Dekompensation, Suizidalität oder drohender Therapieabbruch, bestehen separate „Zusatzpfade“, um die der Behandlungspfad „Essstörung“ erweitert werden kann. Auch beim Rückfallmanagement handelt es sich um eine klinikinterne Leitlinie zum Ablauf des Patienten- und Therapeutenverhaltens bei Rückfall in Erbrechen, Hungern oder Fressanfälle. Hier geht die Klinik den umgekehrten Weg der „positiven Sanktionierung“. Ist es zu einem der oben genannten Rückfälle gekommen, ist es Aufgabe des Patienten dies positiv zu sanktionieren, d.h. er/ sie muss sich selbst etwas Gutes tun, eine angenehme Handlung vollziehen, was essgestörten Patienten erfahrungsgemäß schwer fällt. Darüber hinaus muss ein schriftlicher Rückfallbericht mit Nennung der positiven Sanktion verfasst werden und es erfolgt eine Thematisierung in der Essstrukturgruppe.

Der Behandlungsabschluss beinhaltet neben einer Evaluation auch eine sozialmedizinische Beurteilung, Selbst- sowie Fremdbeurteilung der vereinbarten Ziele, Vermittlung weiterführender Maßnahmen (wie berufliche Rehabilitation, betreutes Wohnen) und die Vereinbarung eines Nachsorgetermins.

Für die Sicherung des Therapieerfolges existiert in den Heiligenfeld Kliniken ein spezielles Nachsorgekonzept. Hierfür wird die poststationäre Begleitung schon während des Klinikaufenthaltes thematisiert, um diese möglichst zielführend organisieren und einleiten zu können. Die Hauptintension der Transfergruppen, sog. „Entlassungsvorbereitungsgruppen“, besteht darin, den Weg in den privaten und beruflichen Rhythmus zu planen und zu organisieren. Mögliche Schwierigkeiten und Probleme im Kontext der Entlassung werden thematisiert und evaluiert. Zusammenfassend geht es hier um psychotherapeutische-, sozialtherapeutische-

und milieutherapeutische Maßnahmen. In einem persönlichen Abschlussgespräch erfolgt eine abschließende diagnostische Evaluation und die Vereinbarung eines obligaten Nachsorgetermins. Auch für die poststationäre Phase existiert ein vielfältiges Unterstützungsangebot. Dies umfasst die Vermittlung von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen, wöchentliche Telefonsprechzeiten mit Sozialarbeitern sowie alltagsunterstützende Wochenendseminare.

Daneben findet halbjährlich ein Nachsorgetreffen statt, welches von den Essgestörtentherapeuten begleitet wird.

In der Vergangenheit konnten in der Essstörungstherapie der Heiligenfeld Kliniken signifikante Erfolge im ISR (ICD-10-Symptom-Rating) erzielt werden. Diese Verbesserungen auf emotionaler-, somatischer- und sozialkommunikativer Ebene blieben auch über den Nachuntersuchungszeitraum stabil.

## **1.5 Psychiatrische Komorbiditäten**

Die diagnostische Herausforderung eine Essstörung zu identifizieren, ist mit der alleinigen Diagnosestellung der definierten Essstörungsentität nicht genommen. Eine Vielzahl der essgestörten Patienten zeigen komorbid weitere psychiatrische Störungsbilder (35). Zu den häufigsten psychiatrischen Komorbiditäten gehören affektive Störungen, Angst – und Zwangsstörungen, Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit und diverse Persönlichkeitsstörungen (12)(36). Wenngleich alle Essstörungen mit einer erhöhten Komorbidität für seelische Erkrankungen einhergehen, so finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass die höchste Belastung unter bulimischen Patienten zu finden ist. Hudson et al. 2007 (22) berichten von einer Komorbiditätsrate für weitere psychiatrischer Störungsbilder für Bulimikerinnen von 94,5%, während es bei Magersüchtigen vergleichsweise nur 56,2% waren.

Depressive Störungen finden sich bei Essgestörten häufig, mehr als die Hälfte der magersüchtigen und bulimischen Patienten zeigen wenigstens einmal depressive Episoden (37). In der Übersichtsuntersuchung von Hudson et al. 2007 (22) lag die Lebenszeitprävalenz für die Major Depression bei 39,1% (AN) und 50,1% (BN).

Ebenso weist ein hoher Anteil an Essstörungspatienten Zwangs- und/ oder Angststörungen auf. Unter den Angststörungen ist es vor allem die soziale Angststörung die sich gehäuft findet. In der von Kaye et al. 2004 (38) untersuchten Stichprobe wurde 63,5% (Lebenszeit) eine Angststörung diagnostiziert, darunter am häufigste vertreten war die Zwangsstörung mit annähernd 40%, gefolgt von der sozialen Phobie mit 20%. Vorsicht bei der Diagnosestellung einer sozialen Angststörung oder Zwangsstörung ist dann geboten, wenn es zu Überschneidungen zwischen den Merkmalen der AN und den Kriterien der genannten Störungsbildern kommt (26). So sollte beispielsweise die Diagnose einer sozialen Angststörung nicht vergeben werden, wenn sich die sozialen Ängste ausschließlich auf das Essverhalten beschränken. Gleiches bei den Zwangsstörungen, die Diagnose sollte nur dann gestellt werden, wenn die Person auch nicht nahrungsbezogene Zwangshandlungen zeigt. In Verbindung mit Essstörungen komorbid auftretende Persönlichkeitsstörungen kann bei einer Vielzahl an Patienten nachgewiesen werden. Die Ergebnisse der Metanalyse von Rosenvinge et al. 2000 (39) konnten belegen, dass Persönlichkeitsstörungen bei Essgestörten deutlich häufiger nachweisbar waren als in herangezogenen Vergleichsgruppen (58% versus 28%). Ein erhöhtes Suchtpotential unter essgestörten Patienten kann ebenfalls gezeigt werden. Milos et al. 2003 (40) berichten in ihrer Stichprobe von 22% der anorektischen und 26% der bulimischen Patientinnen, denen zusätzlich die Diagnose einer Suchterkrankung gestellt wurde. Etwas höher mit 36,1% (Lebenszeit) lagen die Zahlen von Fichter & Quadflieg 2004 (37) in ihrer Studie an Bulimikerinnen.

## 1.6 Fragestellung der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine katamnestische Nachuntersuchung von Patienten, die aufgrund einer Essstörungsentität - Anorexia nervosa, Atypische Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa - in den Heiligenfeld Kliniken behandelt wurden. Das Ziel der durchgeführten Untersuchung besteht unter anderem darin, den klinischen Zustand von ehemals stationär behandelten essgestörten Patientinnen und Patienten zu überprüfen, um damit den Therapieeffekt und dessen Nachhaltigkeit nach einer Behandlung in den Heiligenfeld Kliniken zu evaluieren. Da es nach wie vor nur wenige Therapievergleichsstudien bei Essstörungen gibt, soll das in den Heiligenfeld Kliniken angewandte Konzept und spezielle Therapieangebot in der Essstörungstherapie nachuntersucht werden. Für eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse, im Sinne einer Therapievergleichsstudie, wurden Fragen aus Fragebögen verwendet, die bereits in anderen Arbeiten herangezogen wurden.

Hieraus ergeben sich folgende Hauptfragestellungen der vorliegenden Katamnese studie:

- 1) Welche Ergebnisse wurden in den Heiligenfeld Kliniken durch die stationäre Therapie erreicht?
- 2) Wie entwickelte sich der klinische Krankheitsverlauf der Essstörung nach Entlassung aus den Heiligenfeld Kliniken? Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen anorektischen ( $\text{BMI} < 17,5 \text{ kg/ m}^2$ ) und nicht anorektischen Probanden?
- 3) Worin sehen ehemalige Patienten der Heiligenfeld Kliniken rückwirkend Faktoren für den Heilungserfolg?

## **2. Stichprobe und Methodik**

Da es sich bei unserer Studienpopulation fast ausschließlich um Frauen handelt, wurde entschieden, durchgehend die weibliche Personenbezeichnung zu verwenden.

### **2.1 Studienpopulation**

In die durchgeführte Untersuchung wurden 96 ehemalige Patientinnen eingeschlossen, die im Zeitraum von 01.02.2010 - 01.03.2015 stationär aufgenommen und in einer der Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen (Bayern) behandelt wurden. Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Studie waren, dass entweder als Haupt- oder Nebendiagnose eine Essstörung nach ICD-10 [Anorexia nervosa (F 50.0), Atypische Anorexia nervosa (F 50.1), Bulimia nervosa (F 50.2)] diagnostiziert wurde und der Behandlungspfad „Essstörung“ kodiert war. Die durchschnittliche Verweildauer der gesamten Studienpopulation ( $n = 96$ ) betrug 56,4 Tage (SD 20,7) und lag zwischen 19 und 98 Tagen. Die Verweildauer der Katamnesestichprobe ( $n = 34$ ) lag im Mittel bei 57,7 Tagen (SD 19,0).

## **2.2 Beschreibung der Stichprobe**

### **2.2.1 Alter und Geschlecht**

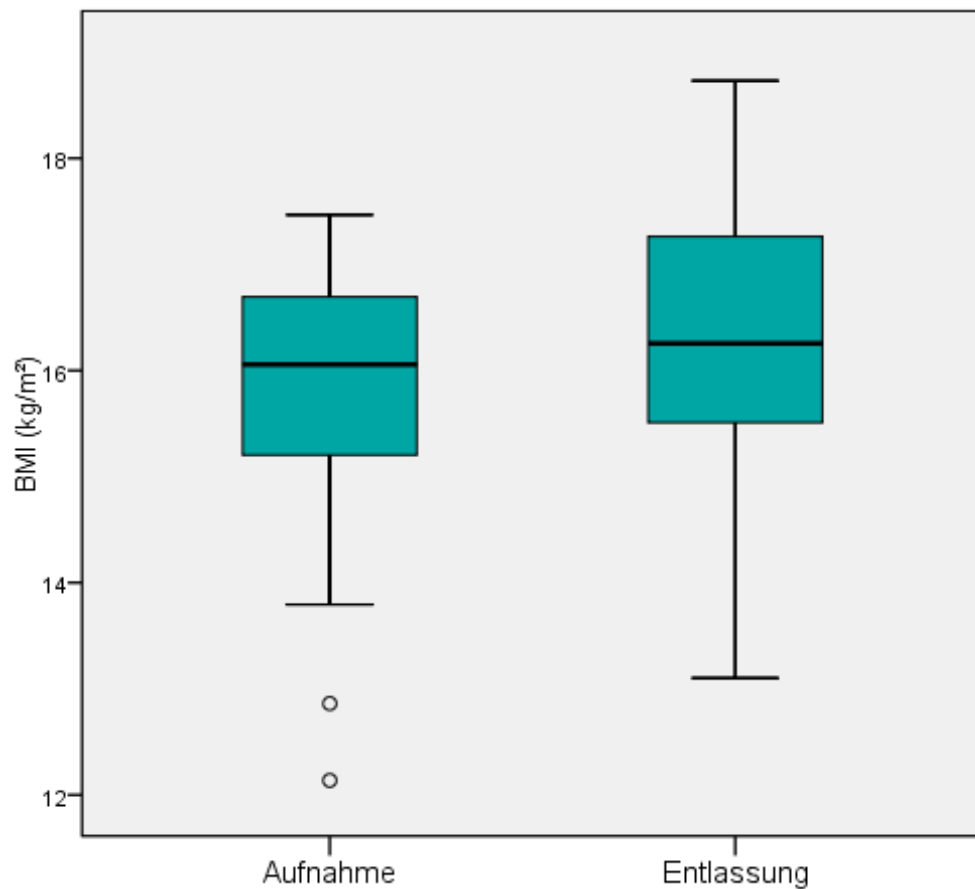
Das mittlere Alter zum Zeitpunkt der stationären Therapie lag bei 36,8 Jahre (SD 13,2) und bewegte sich zwischen 18 und 61 Jahren. Unter den 96 eingeschlossenen Patientinnen und Patienten waren 93 (97%) weiblich und drei (3%) männlich. Zum Follow-up-Zeitpunkt betrug das durchschnittliche Alter der Teilnehmerinnen (n=34) 37,7 Jahre (SD 13,4) und schwankte zwischen 20 und 63,5 Jahren.

### **2.2.2 Stationäre Behandlung**

Die Diagnosen in unserer Studienpopulation waren wie folgt verteilt: 48 (50%) Patientinnen hatte die Diagnose einer Anorexia nervosa (F 50.0) kodiert, 34 (35%) wurde die Diagnose einer Atypischen Anorexia nervosa (F 50.1) und 14 (15%) einer Bulimia nervosa (F 50.2) gestellt.

Der durchschnittliche BMI bei Aufnahme (n = 96) betrug 15,9 kg/ m<sup>2</sup> (SD 1,1) und differierte zwischen 12,1 und 17,5 kg/ m<sup>2</sup>, bei einem mittleren Aufnahmegewicht von 44,2 kg (SD 4,4) mit einer Spannbreite von 30,5 bis 55,0 kg. Zum Entlasszeitpunkt (n = 96) lag der durchschnittliche BMI bei 16,2 kg/ m<sup>2</sup> (SD 1,2), schwankte zwischen 13,1 und 18,7 kg/ m<sup>2</sup>. Das Entlassgewicht variierte zwischen 31,8 und 54,0 kg und betrug im Mittel 45,1 kg (SD 4,4).

**Abb. 1:** Vergleich des Body-Mass-Index der 96 Patientinnen zum Zeitpunkt Aufnahme und der Entlassung

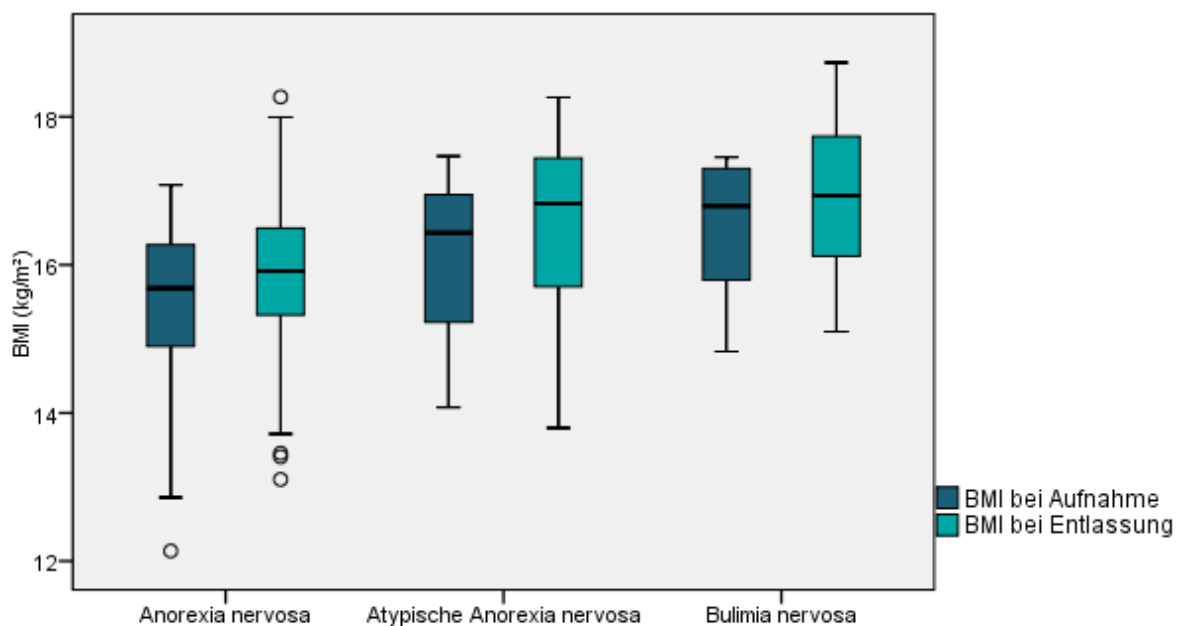


BMI = Body-Mass-Index [ $\text{Körpergewicht in kg} / (\text{Körpergröße in m})^2$ ]

Ausreißer (°): Werte, die mehr als 1,5 Box-Längen vom 25%-Perzentil entfernt sind

Die beiden Box Plots (Abbildung 1) zeigen die Lage der Werte für den BMI und deren Streuung im Definitionsbereich. Der Median bei Aufnahme und Entlassung unterscheidet sich geringfügig mit minimal höherem Wert zum Entlasszeitpunkt. Auch scheint der Interquartilsabstand bei Entlassung etwas größer zu sein. Deutlich erkennbar ist, dass die Schwankungsbreite der Whisker bei Entlassung größer ist, als dies bei Aufnahme der Fall war. D.h., bei Entlassung zeigt sich eine größere Streuung der BMI-Werte außerhalb der 25%- und 75%-Quartile. Bei Aufnahme finden sich zwei Ausreißer in die gleiche Richtung nach unten.

**Abb. 2:** Entwicklung der BMI-Werte bei Aufnahme, Entlassung innerhalb der Hauptdiagnosegruppen (AN, AAN, BN) (n = 96)



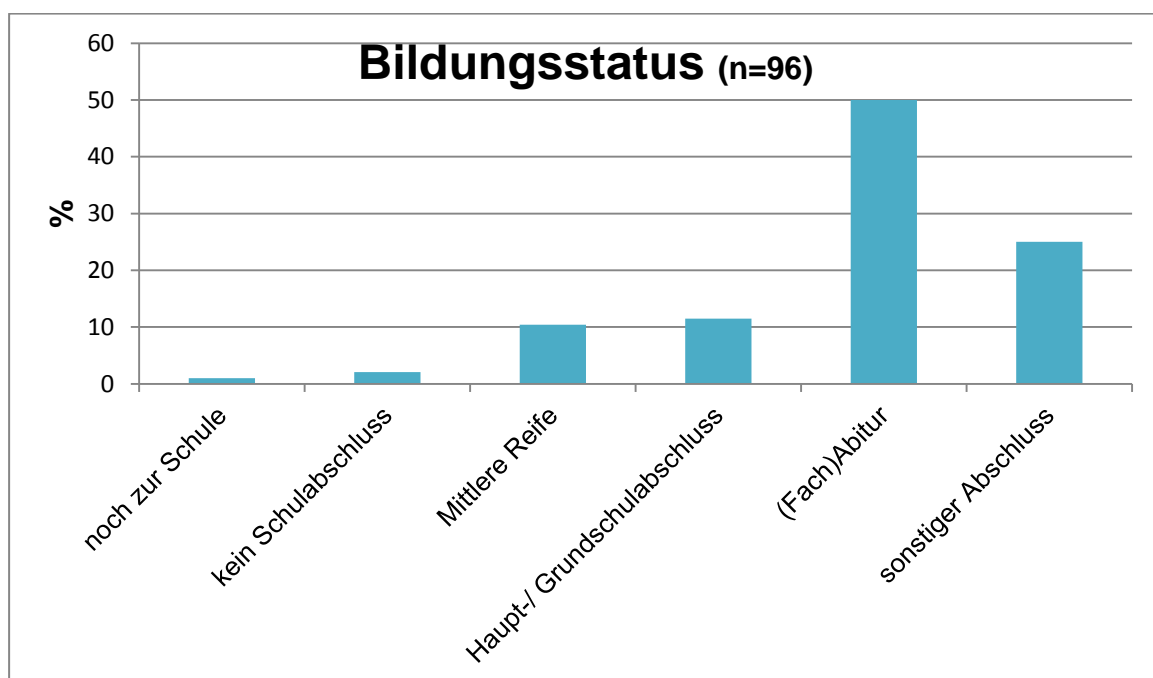
Auch hier zeigt sich ein ähnliches Verhalten des Median, bei allen drei Krankheitsentitäten liegt dieser zum Entlasszeitpunkt über dem des Aufnahmezeitpunktes. Eine ausgeprägte Streuung der mittleren BMI-Werte zeigt sich zu beiden Zeitpunkten bei der AN und zum Entlasszeitpunkt bei der AAN. Innerhalb der einzelnen Krankheitsentitäten findet sich kaum eine Varianz im Interquartilsabstand. Ausreißer zu beiden Richtungen stellen sich zum Entlasszeitpunkt bei der AN dar, auch findet sich bei der AN ein nach unten gerichteter Ausreißer bei Aufnahme.

### 2.2.3 Bildung und Beruf

Den Aufnahmedaten konnte entnommen werden, dass zum Zeitpunkt der stationären Therapie eine (1%) Probandin zur Schule ging, elf (12%) Haupt-/ Volks- oder Grundschulabschluss, zehn (10%) die Mittlere Reife und 48 (50%) Fach- oder Allgemeines Abitur hatten. 24 (25%) wurden unter „sonstiger Schulabschluss“ zusammengefasst, weitere zwei (2%) konnten keinen Schulabschluss nachweisen. Zum Zeitpunkt der stationären Therapie waren 15 (16%) ohne abgeschlossene

Berufsausbildung, die übrigen 81 (84%) Patientinnen hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung bzw. befanden sich in der Lehre oder im Studium. Die Verteilung sah wie folgt aus: Studium 14 (15%), Ausbildung/ Lehre 18 (19%), die Universität oder Fachhochschule hatten 27 (28%) bereits abgeschlossen, drei (3%) trugen die Bezeichnung „Meister“, weitere 19 (20%) wurden unter „sonstiger Berufsabschluss“ zusammengefasst und 15 (16%) waren ohne beruflichen Abschluss.

**Abb. 3:** Bildungsstatus der Patientinnen der Heiligenfeld Kliniken



## 2.2.4 Soziale Daten

Zum Aufnahmezeitpunkt befanden sich 18 (19%) in einer Ehe oder einem eheähnlichen Verhältnis. 64 (67%) gaben an ledig zu sein, sieben (7%) lebten in Trennung und weitere sechs (6%) waren geschieden, eine (1%) Teilnehmerin gab an verwitwet zu sein. Bei 13 (14%) waren Kinder vorhanden.

### **2.2.5 Komorbiditäten**

In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Arbeiten, die sich mit den psychiatrischen Komorbiditäten bei Essstörungen beschäftigen (38)(36)(22)(40). Die Aufnahmedaten unserer Studienpopulation bestätigen die Erkenntnis, dass Essstörungen, ungeachtet ob anorektischer oder bulimischer Genese, in der Mehrzahl der Fälle mit weiteren psychiatrischen Störungsbildern assoziiert sind. Die Daten zu psychiatrischen Nebendiagnosen konnten wir aus den Aufnahmedaten entnehmen. 89 (93%) Patientinnen hatten mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose, 27 (28%) zwei und fünf (5%) mehr als zwei Nebendiagnosen. Zu den häufigsten nach ICD-10 kodierten Diagnosen gehörten hierbei Depressionen (F 32, F 33) mit 73 (76%), Angststörungen (F 41) mit neun (9%), Zwangsstörungen (F 42) und Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) mit jeweils zehn (10%) Patientinnen, sowie verschiedene Formen von Persönlichkeitsstörungen (F 60) mit 24 (25%) Probandinnen.

**Tbl. 1:** Verteilung der psychiatrischen Komorbiditäten bei verschiedenen Formen der Essstörungen

ICD-10 Schlüssel	Psychiatrische Diagnose	n		%
F3	depressive Episode	AN+AAN	65	68
		BN	8	8
F4	Angststörung	AN+AAN	8	8
		BN	1	1
	Zwangsstörung	AN+AAN	10	10
		BN	0	
	Posttraumatische Belastungsstörung	AN+AAN	8	8
		BN	2	2
F6	Persönlichkeitsstörung	AN+AAN	19	20
		BN	5	5

n = Anzahl der Patientinnen

% = Prozentwert

AN = Anorexia nervosa, AAN = Atypische Anorexia nervosa, BN = Bulimia nervosa

F3 = Affektive Störungen

F4 = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

## **2.3 Methodik**

### **2.3.1 Ablauf der Nachuntersuchung**

Unter Berücksichtigung unserer Einschlusskriterien (siehe 2.1 Studienpopulation) kamen wir auf eine Ausgangsstichprobe von 96 Patientinnen, die wir für die geplante katamnestische Nachuntersuchung für geeignet hielten. Von diesen initial 96 Patienten (93 weiblich, drei männlich) konnten zuletzt von 34 Patienten Daten für eine statistische Analyse erhoben werden. Zu diesem Zweck wurden im Juli 2015 Fragebögen vom Universitätsklinikum Regensburg an die Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen gesandt. Dem Fragebogen wurden ein frankierter Rücksendeumschlag und ein von uns aufgesetztes Anschreiben beigelegt, in dem die geplante Studie erläutert wurde (siehe 7.1 Anhang). Weiter wurde versichert, dass es sich bei der Untersuchung um eine wissenschaftliche Intention handelt und die Anonymität sichergestellt sei. Diesbezüglich wurden die Adressaten auf einen Zahlencode auf dem Fragebogen hingewiesen, der nach der Rücksendung keine Zuordnung zu den Kontaktdaten erlauben würde. Des Weiteren erhielten die Patienten, für eine objektive Datenerhebung des aktuellen Körpergewichts, ein Formular, welches für die Gewichtsdocumentation durch eine offizielle Stelle (wie z.B. Hausarzt, Gynäkologe, Apotheker) vorgesehen war. In den Heiligenfeld Kliniken wurden die Umschläge mit den zuletzt bekannten Adressen aus den Patientenakten versehen und versendet.

Bei geringem Rücklauf der postalisch zugesandten Fragebögen bemühten wir uns im März 2016 mittels telefonisch durchgeführter Interviews weitere Katamnesedaten von Patientinnen, deren Fragebögen bis dato unbeantwortet blieben, zu gewinnen. Die aktuellen telefonischen Kontaktdaten ermittelten wir aus den archivierten Patientenakten sowie aus Online-Telefonbüchern. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Telefonate nicht vom Universitätsklinikum Regensburg, sondern von Bad Kissingen aus, geführt. Informationen bzw. Daten durch Familienangehörige oder Lebenspartner im Sinne einer Fremdanamnese wurden nicht erhoben.

### 2.3.2 Untersuchungsinstrumente

Der von uns eingesetzte Katamnesefragebogen (siehe 7.2 Anhang) wurde in ähnlicher Form bereits in anderen Essstörungsstudien zur Datenerhebung herangezogen (41)(42). Dabei wurden einige Fragen von uns dahingehend modifiziert, dass die Abfrage der Zufriedenheit und die Beurteilung speziell des Therapiekonzeptes in den Heiligenfeld Kliniken möglich war. Es resultierte ein Fragebogen mit 35 Items, die sich in nachstehend angeführte Kategorien gliederten.

- momentane Lebenssituation und Lebenszufriedenheit
- aktuelle Symptomatik der Essstörung (Gewicht, Menstruation, Nahrungsaufnahme, Sorge um Figur und Gewicht)
- derzeitiges Sozial- und Kontaktverhalten (Partnerschaft, Freizeitgestaltung)
- psychotherapeutische Weiterbehandlung (ambulante und/ oder stationäre Behandlung(en) aufgrund der Essstörung)
- retrospektive Beurteilung der Therapie in den Heiligenfeld Kliniken

Ergänzend erhielten die Patientinnen einen AVEM-Fragebogen, ein zur Selbsteinschätzung des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters persönlichkeitsdiagnostisches Tool. Dieser Fragebogen ist jedoch Gegenstand einer anderen Arbeit und soll hier nicht weiter ausgeführt werden.

Das in einem zweiten Schritt vorgenommene Telefoninterview wurde mit den Patientinnen durchgeführt, von denen wir keine Rückmeldung auf unsere postalisch zugesandten Fragebögen erhielten. Hierfür reduzierten wir, um die Teilnahmebereitschaft zu optimieren, den Fragebogen auf 28 Items. Um die Objektivität zu verbessern und den Interpretationsspielraum zu minimieren, wurden die Fragen am Telefon so formuliert, dass sie originär dem Wortlaut der schriftlichen Fragebögen entsprachen. Zu Beginn des Telefoninterviews wurden, ähnlich wie in unserem Anschreiben, Sinn und Zweck unserer geplanten Studie erklärt und die anonyme Verarbeitung der Daten garantiert. Die Patientinnen wurden darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig sei und Fragen, die nicht kommentiert werden möchten, ausgelassen werden können und die Möglichkeit die Studie jederzeit abbrechen zu können, wurde aufgezeigt. Auch über den Zeitaufwand von 25-30 Minuten, der mit der Teilnahme am Interview verbunden war, wurden die

Patientinnen informiert. Um die Compliance zu steigern wurden bei Bedarf auch Termine für einen späteren Gesprächszeitpunkt vereinbart.

Als weiteres Messinstrument zogen wir, für den Vergleich zwischen „Teilnehmer-“ mit „Verweigerergruppe“ in unserer Dropout-Analyse, den „ICD-10-Symptom-Rating“-Fragebogen<sup>3</sup> (ISR) heran. Bei diesem Instrument handelt es sich um ein diagnostisches Tool für die Erfassung psychischer Störungen. In Anlehnung an den in der ICD-10 (27) enthaltenen und für die Erfassung psychischer Störungen als essentiell erachteten Symptome, besteht der ISR aus 29 Items, die sich wiederum in sechs Subskalen aufteilen (Depression, Angst, Zwang, Somatoform, Essstörung, Zusatzskala mit Screeningfunktion für einzelne Syndrome). Ziel des ISR soll sein, psychische Symptome und den Schweregrad der möglicherweise assoziierten psychischen Störung zu eruieren, um eine umfassende Evaluation dieser zu begünstigen (43).

Als ein Instrument zur Selbstbeurteilung gibt das ISR auf einer Likert-Skala folgende Antwortmöglichkeiten vor: 0 = trifft nicht zu, 1 = trifft kaum zu, 2 = trifft ziemlich zu, 3 = trifft deutlich zu und 4 = trifft extrem zu. Für die Berechnung des jeweiligen Skalenwertes wird ein Summenscore, aus allen zu einer (Sub)Skala gehörenden Item-Werte, gebildet. Der Mittelwert der Skalenitems ergibt sich aus der Division des Summenscores durch die Anzahl der dazugehörigen Items. Für die Beurteilung der Beeinträchtigung durch die Gesamtheit der Symptome besteht die Möglichkeit einen Gesamtscore zu bilden. Der Interpretation der Ergebnisse aus den einzelnen Syndromskalen sowie der Gesamtskala liegen skalenspezifische Cut-Off-Wert zugrunde.

Für unsere Dropout-Analyse interessiert uns ausschließlich die (Sub)Skala „Essstörung“ die wiederum aus 3 Items besteht. Folgende Fragen stehen hinter der „Essstörungsskala“:

---

<sup>3</sup> ISR = ICD-10-Symptom-Rating, ein vom Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) in Kooperation mit der Abteilung für Psychosomatik am Universitätsklinikum Regensburg entwickeltes Testinstrument

1. Frage (Frage 15 im Originalfragebogen): Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.
2. Frage (Frage 16 im Originalfragebogen): Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen und ich habe ständig Angst Gewicht zuzunehmen.
3. Frage (Frage 17 im Originalfragebogen): Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.

Der ISR-Fragebogen wurde zu den Zeitpunkten der Aufnahme und Entlassung erhoben. Für den Vergleich unserer „Teilnehmer-“ mit der „Verweigerergruppe“ lagen uns die Mittelwerte des Skalenitems „Essstörung“ bei Aufnahme und Entlassung vor. Zuletzt seien die skalenspezifischen Cut-Offs für die Essstörungsskala gezeigt:

**Tbl. 2:** Skalenspezifische Cut-Offs für die Skala „Essstörung“ (44)

Skala	Verdacht auf	geringe Symptombelastung	mittlere Symptombelastung	schwere Symptombelastung
Essstörung	ab 0,33	ab 0,67	ab 1,5	ab 2,75

### 2.3.3 Herkunft der katamnestischen Daten

Aus den Krankenakten der Patientinnen konnten wir unter anderem medizinische Daten wie Körpergewicht (Aufnahme, Entlassung), Körpergröße, Haupt- und für uns relevante psychiatrische Nebendiagnosen entnehmen. Auch konnten hierdurch Daten gewonnen werden, die eine generelle Beschreibung unserer Studienpopulation (siehe 2.2 Beschreibung der Katamnesestichprobe) zuließen. Zuletzt stammte auch ein Großteil der telefonischen Kontaktdaten aus den archivierten Patientenakten.

Unsere Ausgangsstichprobe basierte auf 96 Patientinnen, von denen 22 (23%) eine Kontaktaufnahme für Umfragen jeglicher Art bereits im Vorfeld ablehnten. In diesen Fällen erfolgte weder eine postalische noch telefonische Kontaktierung. Die

verbliebenen 74 (77%) Patientinnen erhielten unseren Katamnesefragebogen als Postsendung. Hier erhielten wir von sechs (6%) Patientinnen die Fragebögen ausgefüllt zurück. Der beigefügte Bogen für die Gewichtsermittlung wurde von lediglich zwei Patientinnen durch einen Arzt bzw. Apotheker ausgefüllt, weshalb wir uns bei unseren Ergebnissen auf die von den Patientinnen gemachten Gewichtsangaben bezogen. Von den übrigen 68 (71%) Patientinnen konnten wir 53 (55%) Patientinnen erreichen, weitere drei (3%) Patientinnen befanden sich derzeit erneut in stationärer Behandlung und wurden von der Erhebung der Katamnesedaten ausgeschlossen. Zwölf (13%) Patientinnen konnten wir auch nach mehrfachem Versuch der telefonischen Kontaktaufnahme nicht erreichen. Unter den 53 Patientinnen die wir telefonisch erreichen konnten, lehnten 25 (26%) die telefonische Teilnahme ab, von den übrigen 28 (29%) Patientinnen konnten wir Katamnesedaten erheben. Insgesamt kamen wir so zu Katamnesedaten von 34 Patientinnen unserer ursprünglichen 96 Personen umfassenden Ausgangsstichprobe.

Die Katamnesedauer berechnete sich aus zwei Katamnesezeitpunkten, dem Datum der Postzusendung der Fragebögen im Juli 2015 und dem Datum der Durchführung der Telefoninterviews im März 2016. Hieraus ergibt sich eine mittlere Katamnesedauer von 33,9 Monaten (SD 17,8) diese lag zwischen zehn und 73 Monaten.

**Tbl. 3:** Herkunft der Katamnesedaten der Patientinnen mit AN, AAN und BN

Ausgangsstichprobe 96					
im Vorfeld abgelehnt 22	Erhebungsstichprobe 74				
	nicht erreicht 12	in einer Klinik 3	Fragebogen zurück 6	Telefoninterview 28	telefonisch abgelehnt 25
	Katamnesedaten 34				

### **2.3.4 Statistische Analyse**

Für die statistische Datenanalyse verwendeten wir das Programm IBM SPSS Statistics 23 (Statistical Package for the Social Sciences), für die graphische Darstellung der gewonnenen Ergebnisse wurde das Programm Microsoft Office Excel 2010 eingesetzt. Für die Charakterisierung der Studienpopulation berechneten wir mittels deskriptive Statistik: Mittelwert, Median, Standardabweichung, Minimum sowie Maximum und erstellten Häufigkeitstabellen. Bei Gruppenvergleichen prüften wir zunächst auf Normalverteilung mittels Kolomogorov-Smirnov-Anpassungstest (KS-Test) und auf Varianzgleichheit mit dem Levene-Test. War die Normalverteilungsannahme verletzt, verwendeten wir für verbundene Stichproben den Wilcoxon-Test und bei nicht verbundenen Stichproben den Mann-Whitney Rangsummentest (U-Test). Bei bestätigter Normalverteilungsannahme untersuchten wir mittels t-Test Gruppenunterschiede bei intervallskalierten Variablen. Mögliche positive oder negative Zusammenhänge berechneten wir bei ordinal skalierten Variablen mit nicht parametrischen Korrelationen (Spearman-Rho). Bei nominalskalierten Variablen wurden Kreuztabellen angefertigt und der Chi-Quadrat-Test (nach Pearson) durchgeführt. Für den Vergleich von mehr als zwei Gruppen verwendeten wir bei unverbundenen normalverteilten Stichproben, nach vorangegangener Korrektur nach Bonferroni, eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA, ANalysis Of VAriance). Das Signifikanzniveau wurde bei 0,05 festgelegt. Da es sich um eine Stichprobengröße von  $< 100$  Probanden handelt, wurden Prozentangaben auf ganze Zahlen gerundet.

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Dropout-Analyse: Vergleich Teilnehmer- mit Verweigerergruppe

Von den 96 Patientinnen der Heiligenfeld Kliniken, die sich im Zeitraum von 2010 - 2015 aufgrund einer diagnostizierten Anorexia nervosa (F 50.0, F 50.1) oder Bulimia nervosa (F 50.2) in stationärer Behandlung befanden, konnten von 34 (36%) Katamnesedaten evaluiert werden („Teilnehmergruppe“). Die „Verweigerergruppe“ setzt sich zusammen aus zwölf (13%) Patientinnen von denen keine suffizienten Kontaktdaten vorhanden waren, 68 (71%) Patientinnen die keine Reaktion auf die postalisch zugesandten Fragebögen zeigten, weitere 25 (26%) die eine Teilnahme telefonisch ablehnten und drei (3%) Patientinnen die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Klinik befanden. Von den 34 Patientinnen die teilnahmen hatten 14 (41%) eine AN, 13 (38%) eine AAN und weitere sieben (21%) eine BN. In der „Verweigerergruppe“ sah die Verteilung folgendermaßen aus: 34 (55%) hatten ein AN, 21 (34%) eine AAN und sieben (11%) eine BN.

Aufgrund der nicht unerheblichen Anzahl an Nichtteilnehmern und einem damit verbundenen Fehlen von Patientendaten, muss möglicherweise davon ausgegangen werden, dass die Repräsentativität der Ergebnisse stark eingeschränkt ist.

Im hier folgenden Ersten Abschnitt der Arbeit geht es um eine Gegenüberstellung der „Teilnehmer“ (n = 34) und „Verweigerer“ (n = 62) in demographischen Merkmalen, Komorbiditäten und Werte im ISR-Fragebogen (Skala „Essstörungen“).

Hinsichtlich der klinischen Daten konnten folgende Unterschiede zwischen beiden Gruppen („Teilnehmer“ vs. „Verweigerer“) gefunden werden:

**Tbl. 4:** Demographische Merkmale zwischen „Teilnehmer“ und „Verweigerer“

	Teilnehmergruppe			Verweigerergruppe			<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>n</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	
Alter bei Aufnahme	34	34,9	13,0	62	37,9	13,2	.397 <sup>a</sup>
Aufenthaltsdauer (d)	34	57,7	19,0	62	55,8	21,6	.591 <sup>a</sup>
BMI bei Aufnahme	34	16,1	1,2	62	15,8	1,0	.299 <sup>b</sup>
BMI bei Entlassung	34	16,3	1,2	62	16,2	1,2	.851 <sup>b</sup>
Anzahl Nebendiagnosen	34	1,2	0,6	62	1,4	0,7	.267 <sup>a</sup>

n = Anzahl der Patientinnen

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

d = Tage

BMI= Body-Mass-Index

p = Signifikanzwert (<sup>a</sup> = Mann-Whitney, <sup>b</sup> = t-Test)

Anschließend an die im vorausgegangenen Abschnitt dargestellte Gegenüberstellung anhand der Anzahl psychiatrischer Nebendiagnosen geht es nun um den Vergleich der zu Therapiebeginn diagnostizierten psychiatrischen Komorbiditäten in beiden Gruppen. Uns interessierte, ob es in den Gruppen einen signifikanten Unterschied in den psychiatrischen Nebendiagnosen gab.

**Tbl. 5:** Psychiatrische Nebendiagnosen zwischen „Teilnehmer“ und „Verweigerer“

	Teilnehmer (n =34)		Verweigerer (n = 62)		p
	AdF	%	AdF	%	
Depression	25	74	48	77	.669
Angststörung	4	12	5	8	.552
Zwangsstörung	2	6	8	13	.281
PTBS	3	9	7	11	.705
Persönlichkeitsstörung	7	21	17	27	.460

n = Anzahl der Patientinnen

AdF = Anzahl der Fälle

% = Prozentwert

PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

p = Signifikanzwert (nach Chi<sup>2</sup>)

Bei keiner, der zum Zeitpunkt der Aufnahme diagnostizierten psychiatrischen Nebendiagnosen, konnte zwischen beiden Gruppen Katamnese vs. Dropout ein signifikanter Unterschied gezeigt werden. (Depression:  $\chi^2(1) = 0.182$ ,  $p = .669$ , Angststörung:  $\chi^2(1) = 0.345$ ,  $p = .552$ , Zwangsstörung:  $\chi^2(1) = 1.160$ ,  $p = .281$ , PTBS:  $\chi^2(1) = 0.143$ ,  $p = .705$ , Persönlichkeitsstörung:  $\chi^2(1) = 0.546$ ,  $p = .460$ ).

Als weiteres Differenzierungskriterium für unsere Teilnehmer- und Verweigerergruppe zogen wir die Skala „Essstörung“ aus dem ISR-Fragebogen heran. Hier lagen uns zum Zeitpunkt T1 (= Aufnahme) Werte von 82 Patientinnen und zum Zeitpunkt T2 (= Entlassung) von 63 Patientinnen vor. Um für die Dropout-Analyse die gesamte Studienpopulation ( $n = 96$ ) heranziehen zu können, ergänzten wir die fehlenden Werte des ISR-Fragebogens mit Erfahrungswerten ( $n = 110$ ) aus den Jahren 2009 bis 2011, sowie Hochrechnungen aus dem 1.Halbjahr 2012. Für den Aufnahmezeitpunkt lag der Erfahrungswert im Mittel bei 1,53 und für den Entlassungszeitpunkt im Schnitt bei 0,94. Mit diesen Durchschnittswerten ergänzten wir die fehlenden Werte zu beiden Zeitpunkten T1 und T2.

**Tbl. 6:** Aufnahme- und Entlass-ISR-Werte in der Gesamtstichprobe und der „Teilnehmer-“ sowie „Verweigerergruppe“

	n	ISR - T1		ISR - T2		p
		MW	SD	MW	SD	
Gesamtstichprobe	96	1,8	1,4	1,1	0,9	.000
Teilnehmer	34	1,8	1,5	1,2	1,1	.000
Verweigerer	62	1,8	1,4	1,0	0,7	.027

n = Anzahl der Patientinnen

ISR = ICD-10- Symptom-Rating

T1 = Messzeitpunkt bei Aufnahme

T2 = Messzeitpunkt bei Entlassung

MW = Mittelwert

SD = Standardabweichung

p = Signifikanzwert (Wilcoxon-Test)

In der Dropout-Analyse (Vergleich Teilnehmer vs. Verweigerer) ergab sich im Rangsummentest (Mann-Whitney) weder für den Messzeitpunkt T1 ( $p = .862$ ), noch für den Messzeitpunkt T2 ( $p = .956$ ) ein signifikanter Unterschied in den ISR-Werten.

### 3.2 Gewichtsentwicklung

Für die Beantwortung der Frage, welche Erfolge während der stationären Therapie in den Heiligenfeld Kliniken erreicht wurden, betrachteten wir zunächst die Entwicklung der durchschnittlichen BMI-Werte in der Gesamtstichprobe zum Aufnahme- und Entlasszeitpunkt.

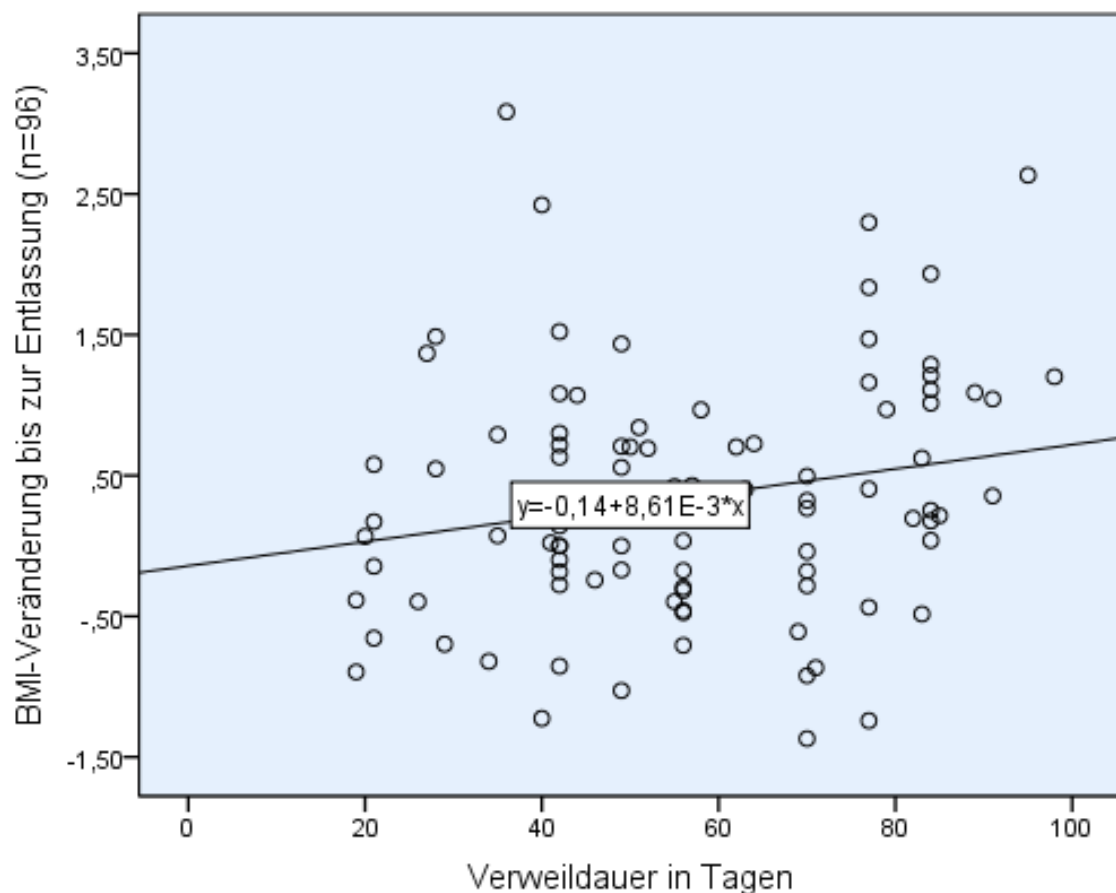
In der Gesamtstichprobe lag der mittlere Aufnahme - BMI bei  $15,9 \text{ kg/ m}^2$  (SD 1,1) und der mittlere Entlass - BMI bei  $16,2 \text{ kg/ m}^2$  (SD 1,2) (siehe auch 2.2.2 Stationäre Behandlung). Hieraus ergab sich für die gesamte Studienpopulation ( $n = 96$ ) ein signifikanter Unterschied zwischen BMI bei Aufnahme und Entlassung ( $p = .000$ ).

In der Zeit des Aufenthaltes in den Heiligenfeld Kliniken konnte für die gesamte Stichprobe ( $n = 96$ ) eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 930 Gramm (SD 2,4) erzielt werden. Dies entspricht bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 56,4 d einer wöchentlichen Gewichtszunahme von im Mittel etwa 115 Gramm. Unter den nach ICD-10 klassifizierten Patientinnen ( $n = 82$ ) mit einer Anorexia nervosa und

Atypischen Anorexia nervosa konnte während der stationären Therapie bei elf (12%) Patientinnen ein BMI oberhalb der anorektischen Grenze ( $\text{BMI} > 17,5 \text{ kg/m}^2$ ) erzielt werden. Dagegen waren es bei den bulimischen Patientinnen ( $n = 14$ ) sechs (6%), die einen solchen BMI erzielen konnten. In der gesamten Stichprobe wurde von einer Patientin zum Zeitpunkt der Entlassung das Normalgewicht ( $\text{BMI} \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ ) erreicht.

Anhand dieses Ergebnisses interessierte uns, ob es einen Zusammenhang zwischen den Variablen „Verweildauer“ und „BMI-Veränderung bis zur Entlassung“ gibt. Für eine angestellte Korrelationsanalyse verwendeten wir als ein nicht parametrisches Testverfahren den Rangkorrelationskoeffizienten (Spearman-Rho).

**Abb. 4:** Zusammenhang zwischen Verweildauer und Zunahme des BMI bis zur Entlassung

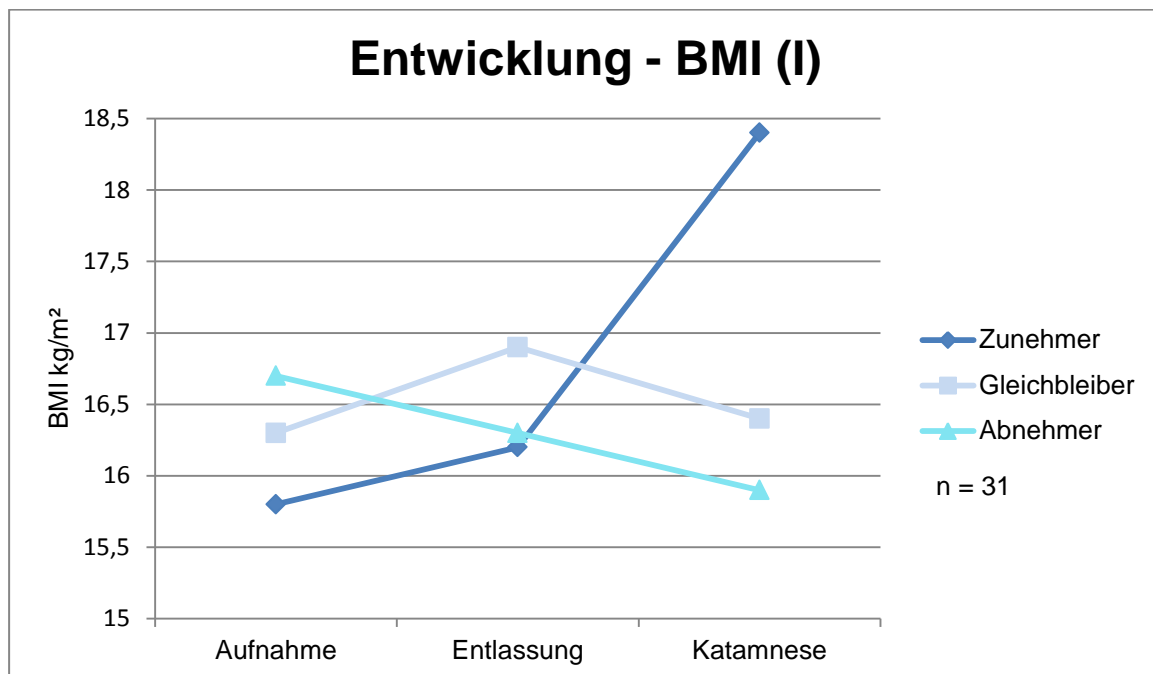


Der Korrelationskoeffizient (Spearman-Rho) beschreibt einen signifikanten Aufwärtstrend mit einem Wert von  $\rho = 0,211$  ( $p < .05$ ). Mit unserer Stichprobe konnte

demnach ein positiver Zusammenhang von Verweildauer und Zunahme des BMI bis zur Entlassung nachgewiesen werden.

Während wir uns bisher ausschließlich die gesamte Studienpopulation ( $n = 96$ ) betrachteten, geht es im Folgenden isoliert um die Teilnehmerinnen an der Katamnese. Hier konnten wir BMI-Werte von 31 Patientinnen erheben, drei Follow-up-Teilnehmerinnen waren nicht bereit ihr aktuelles Gewicht anzugeben.

**Abb. 5:** BMI-Werte der Katamnese Stichprobe bei Aufnahme, Entlassung und Katamnese



Die „Gleichbleiber“ wurden dadurch definiert, dass sich am Gewicht zwischen Aufnahme und Katamnese nur eine Varianz von  $\pm 0,5$  kg zeigte. Demnach war die Verteilung in die drei Gruppen wie folgt: 22 (71%) „Zunehmer“, sieben (23%) „Abnehmer“, zwei (3%) „Gleichbleiber“.

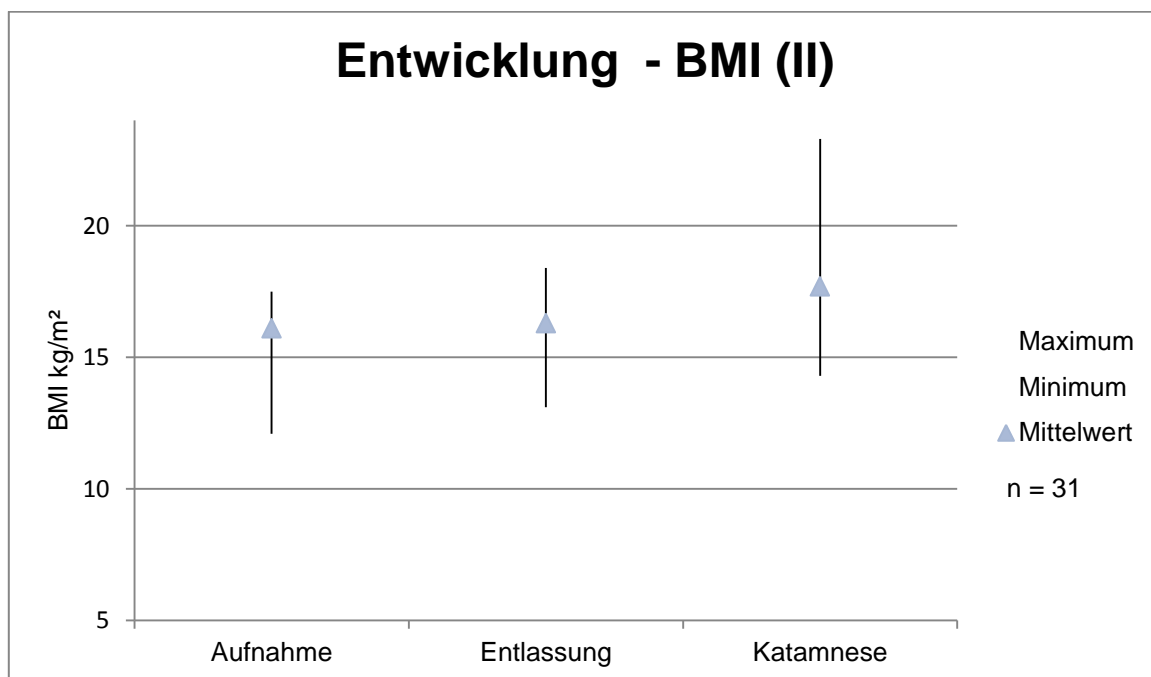
Der mittlere BMI für die Katamnese Stichprobe war zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung signifikant größer als zum Zeitpunkt der Entlassung ( $p = .001$ ). Dieses Ergebnis zeigt, dass sich die Gewichtssituation der Patientinnen, die an der Katamnese teilgenommen hatten, nach Entlassung aus der stationären Behandlung

weiter stabilisierte und zum Zeitpunkt der Katamnese mit einem durchschnittlichen BMI von 17,7 kg/ m<sup>2</sup> beinahe im Bereich des Normalgewichts (BMI 18,50-24,99 kg/ m<sup>2</sup>) lag.

Am Katamnesegewicht konnten wir sehen, dass zum Zeitpunkt unserer Nachuntersuchung 14 Patientinnen eine BMI  $\geq$  17,5 kg/ m<sup>2</sup> hatten, 17 Patientinnen lagen mit ihrem BMI weiter unterhalb dieser Grenze. Die durchschnittliche Gewichtszunahme im Follow-up-Zeitraum betrug 4 kg (SD 6,1).

Über den gesamten Verlauf (Aufnahme – Entlassung - Katamnese) zeigte sich ein kontinuierlicher Anstieg der mittleren BMI-Werte in unserer Follow-up-Stichprobe (n = 31). Der mittlere BMI zum Aufnahmezeitpunkt lag bei 16,0 kg/ m<sup>2</sup> (SD 1,2), zur Entlassung bei 16,3 kg/ m<sup>2</sup> (SD 1,3) und zur Katamnese bei 17,7 kg/ m<sup>2</sup> (SD 2,2).

**Abb. 6:** BMI in der Katamnese Stichprobe von Aufnahme bis Katamnese



### **3.3 Krankheitssymptomatik zum Katamnesezeitpunkt**

Im Folgenden Abschnitt soll die für eine Essstörung spezifische Symptomatik in unserer Katamnese-Stichprobe evaluiert und in diesem Zusammenhang die zweite Fragestellung beantwortet werden.

Für das Gewicht bzw. die Gewichtsentwicklung, als wesentliches Diagnosekriterium einer Essstörung, soll an dieser Stelle auf den Punkt 3.2 Gewichtsentwicklung verwiesen werden.

#### **3.3.1 Gewichtsreduzierende Maßnahmen**

Bei der AN unterscheidet man zwischen dem restriktiven Typus, bei dem das Untergewicht ausschließlich durch eine stark eingeschränkte Nahrungsaufnahme bedingt ist und dem Purging Typus (auch bulimischer Typ genannt), bei dem aktiv gewichtsreduzierenden Maßnahmen wie etwa selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- und Diuretikamissbrauch praktiziert werden (26). Zur Hauptsymptomatik der BN gehören, ähnlich wie beim Purging Typus der AN, Essanfälle mit nachfolgendem selbst herbeigeführtem Erbrechen und anderen gewichtsreduzierenden Handlungen. Ergo interessierte uns im nachfolgenden Abschnitt die von den Katamneseteilnehmern angewandten Maßnahmen zur Gewichtsreduktion in den zurückliegenden drei Monaten.

**Tbl. 7:** Art und Häufigkeit gewichtsreduzierender Maßnahmen in der Katamnesestichprobe (n = 34)

Häufigkeit/ Maßnahme	gar nicht		<1x/ Woche		1x/ Woche		2-3x/ Woche		täglich		mehrmals täglich	
	AdN	%	AdN	%	AdN	%	AdN	%	AdN	%	AdN	%
absichtl. Erbrechen	26	77	2	6	1	3	2	6	1	3	2	6
Einnahme Abführmittel	31	91	3	9	--	--	--	--	--	--	--	--
ganztägiges Fasten	31	91	2	6	1	3	--	--	entf.	entf.	entf.	entf.
Hyperaktivität (Sport)	17	50	1	3	5	15	8	24	2	6	1	3
Diät/ niedrig kalor. Nahrung	19	56	2	6	3	9	2	6	7	21	1	3

AdN = Anzahl der Nennungen

% = Prozentwert

entf. = entfällt

Mit 50% wurde, als die am häufigsten angewandte Maßnahme zur gezielten Gewichtsreduktion, der Sport (Hyperaktivität) genannt. Als zweithäufigste Maßnahme der Gewichtsregulation wurde von 44% der Patientinnen das Halten von Diät/ bzw. der Konsum niedrig kalorischer Nahrung angegeben. Weiterhin konnte in unserer Stichprobe gezeigt werden, dass relativ häufig, nämlich von 24% der Patientinnen, selbstinduziertes Erbrechen zur Gewichtskontrolle herangezogen wurde. Darunter waren immerhin 9% die angaben, dies täglich oder mehrmals täglich zu praktizieren.

### 3.3.2 Essverhalten

Ziel in der Essstörungstherapie ist mitunter die Normalisierung des Essverhaltens. Dies beinhaltet nicht nur die Menge und Zusammenstellung der Mahlzeiten, sondern auch die Regelmäßigkeit der Nahrungsaufnahme. Die nachstehende Tabelle bzw. Graphik fassen zusammen, wie regelmäßig die Mahlzeiten in unserer Stichprobe eingenommen wurden.

**Tbl. 8:** Regelmäßigkeit der Mahlzeiteinnahme

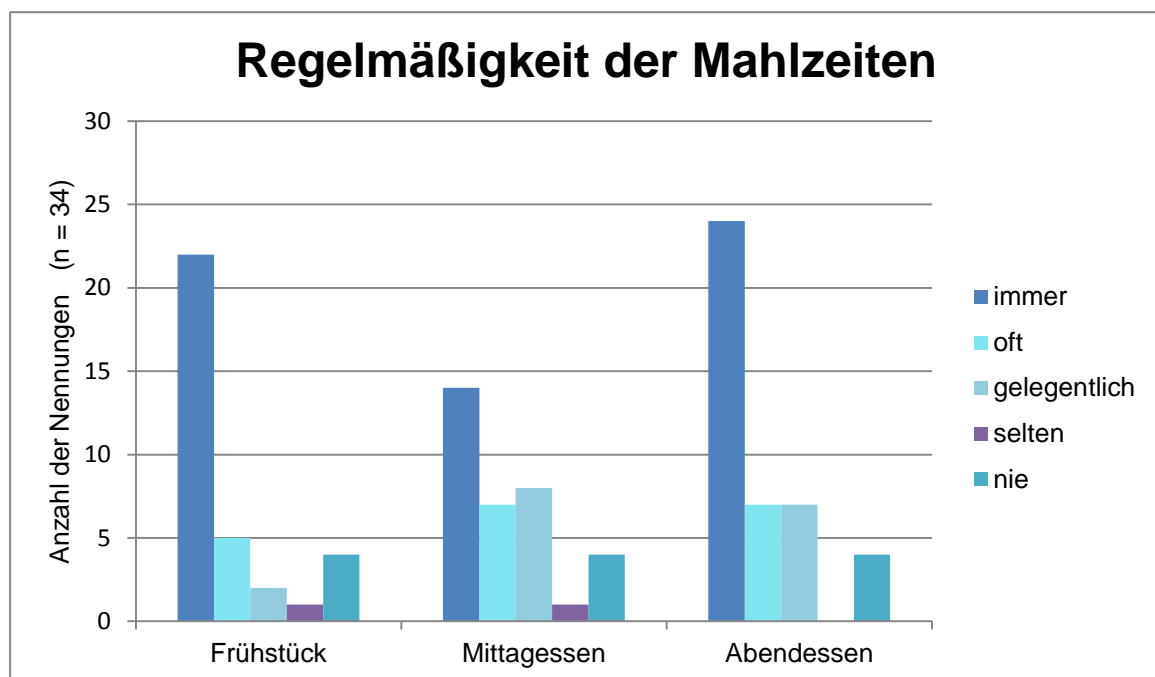
Häufigkeit/ Mahlzeit	n	immer		oft		gelegentlich		selten		nie	
		AdN	%	AdN	%	AdN	%	AdN	%	AdN	%
Frühstück	34	22	65	5	15	2	6	1	3	4	12
Mittagessen	34	14	41	7	21	8	24	1	3	4	12
Abendessen	34	24	71	3	9	7	21	--	--	--	--

n = Anzahl der Patientinnen

AdN = Anzahl der Nennungen

% = Prozentwert

**Abb. 7:** Graphische Darstellung des Essverhaltens

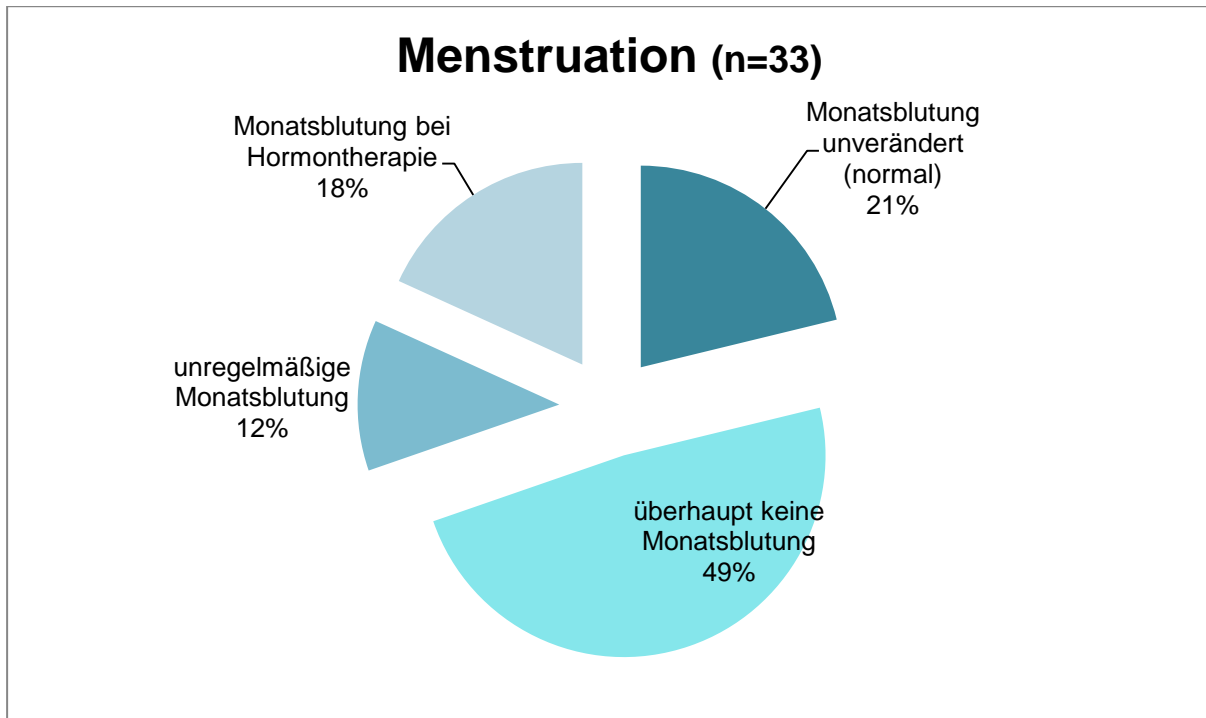


### 3.3.3 Menstruation

Dass eine normale zyklische Menstruation durch das Körpergewicht bzw. durch Störungen des Körpergewichts, wie es beispielsweise bei Essstörungen der Fall ist, beeinflusst wird, ist in der Literatur hinreichend beschrieben (45)(46). Lange Zeit zählte das Ausbleiben der Regelblutung zu den diagnostischen Kriterien der AN (28). In der Vergangenheit jedoch hielt man die Amenorrhoe aus vielerlei Gründen als Diagnosemerkmal der AN für umstritten (47). Inzwischen verzichtet man darauf, eine regelmäßige Menstruation für die Diagnosestellung heranzuziehen (34).

Dennoch ist die Amenorrhoe ein wichtiger Marker für eine physiologische Störung und kann nützlich sein, um die Schwere der Erkrankung abzuschätzen (47). Auch wir befragten die Patientinnen nach der Regelmäßigkeit ihrer Monatsblutung. Es konnten Daten von 33 Patientinnen erhoben werden.

**Abb. 8:** Menstruationsverhalten der Nachuntersuchungsgruppe



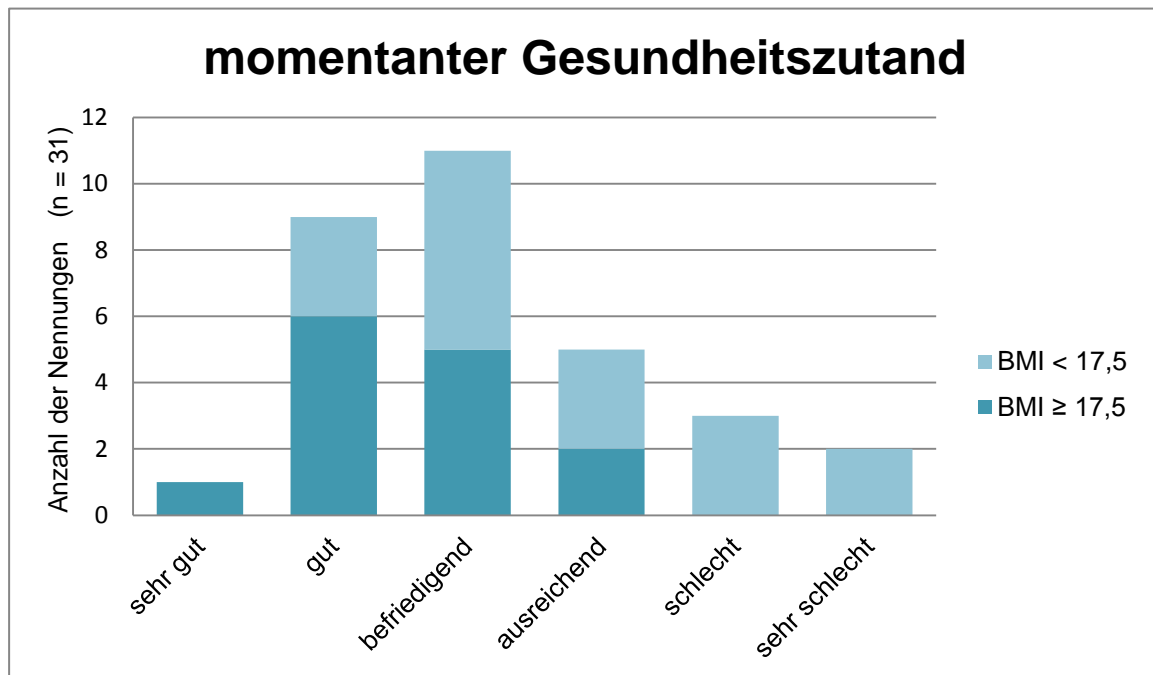
Zu beachten ist, dass in unserer Fragestellung nicht differenziert danach gefragt wurde, ob sich die Patientinnen gegebenenfalls bereits im Klimakterium befinden. Demnach finden sich im türkisfarbene Anteil („überhaupt keine Monatsblutung“) auch Patientinnen die schon in der Menopause waren. Bei genauer Analyse des Alters fanden sich in dieser Gruppe acht Patientinnen, die bereits jenseits des 50. Lebensjahres waren.

### **3.3.4 Lebenszufriedenheit und psychische Befindlichkeit**

Ziel unseres Fragebogens war es, neben den Verhaltensweisen und körperlichen Symptomen zum Follow-up-Zeitpunkt, auch die „nicht-körperlichen“ bzw. psychischen Symptome zu evaluieren. Um in diesem Zusammenhang die momentane Lebenszufriedenheit zu ermitteln, befragten wir die Patientinnen zum aktuellen Gesundheitszustand, zur Zufriedenheit mit ihrem Gewicht und zum Verhältnis zu ihrem Körper.

Bei der Frage nach dem momentanen Gesundheitszustand baten wir die Katamneseteilnehmerinnen sich auf einer, ähnlich dem Schulnotensystem, ordinal skalierten Skala von 1 (=sehr gut) bis 6 (=sehr schlecht) einzugruppieren. Hier ergab sich ein Mittelwert von 3,26 (SD 1,3) für die gesamte Katamnesestichprobe, was als mittlerer Zustand, gegebenenfalls mit minimaler Tendenz zum negativen Pol, zu interpretieren ist.

**Abb. 9:** Angaben zum momentanen Gesundheitszustand in Abhängigkeit des Katamnese-BMI



Beide BMI Gruppen unterschieden sich signifikant in den Angaben bezüglich der Zufriedenheit mit dem momentanen Gesundheitszustand  $p = .015$ . Die Patientinnen mit einem BMI  $\geq 17,5 \text{ kg/m}^2$  hatten einen niedrigeren Mittleren Rang mit 11,8 als die Patientinnen mit einem BMI  $< 17,5 \text{ kg/m}^2$ , hier lag der Mittlere Rang bei 19,5. Auch der Mittelwertvergleich zwischen beiden Gruppen zeigte, dass der Mittelwert in der Gruppe mit höherem Body-Mass-Index (BMI  $\geq 17,5 \text{ kg/m}^2$ ) niedriger war (MW 2,6), sprich eine größere Zufriedenheit angegeben wurde, als dies in der Gruppe mit BMI  $< 17,5 \text{ kg/m}^2$  der Fall war (MW 3,7), entsprechend einer geringeren Zufriedenheit.

### 3.3.4.1 Zufriedenheit mit Körper und Figur

Eine zentrale Rolle bei den Krankheitsentitäten der Essstörungen spielt die verzerrte Wahrnehmung des Körperbildes (48)(49). Die AN ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass sich die Patientinnen trotz starken Untergewichts als „zu dick“ empfinden (26). Auf unsere Frage, wie die Zufriedenheit mit dem aktuellen Gewicht sei, erhielten wir folgende Antworten:

**Tbl. 9:** Zufriedenheit mit dem aktuellen Gewicht

Antwortmöglichkeit	AdN	%
sehr zufrieden	6	18
zufrieden	15	44
unzufrieden	10	29
sehr unzufrieden	3	9

AdN = Anzahl der Nennungen

% = Prozentwert

Dies ergab einen Median von 2,0. Rund ein Drittel (38%) der Patientinnen war zum Zeitpunkt der Katamnese nicht zufrieden mit dem aktuellen Gewicht.

Unter den 34 befragten Patientinnen, von denen bei 31 der BMI zum Katamnesezeitpunkt berechnet werden konnte, hatten 14 Patientinnen einen BMI oberhalb der anorektischen Grenze ( $\text{BMI} \geq 17,5 \text{ kg/m}^2$ ) von diesen wiederum gaben elf Patientinnen an aktuell mit ihrem Gewicht zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. In der Gruppe der untergewichtigen Patientinnen ( $\text{BMI} < 17,5 \text{ kg/m}^2$ ) waren es hingegen acht Patientinnen, die zufrieden oder sehr zufrieden mit dem aktuellen Gewicht waren.

**Tbl. 10 + 11:** Gegenüberstellung der Gewichtszufriedenheit zwischen den beiden Gruppen („BMI  $\geq 17,5$ “ und „BMI  $< 17,5$ “)

Antwort	AdN bei <b>BMI <math>\geq 17,5</math></b> (n=14)	%
sehr zufrieden	4	29
zufrieden	7	50
unzufrieden	3	21
sehr unzufrieden	--	--

Antwort	AdN bei <b>BMI <math>&lt; 17,5</math></b> (n=17)	%
sehr zufrieden	1	6
zufrieden	7	41
unzufrieden	7	41
sehr unzufrieden	2	12

AdN = Anzahl der Nennungen    n= Anzahl der Patientinnen    % = Prozentwert

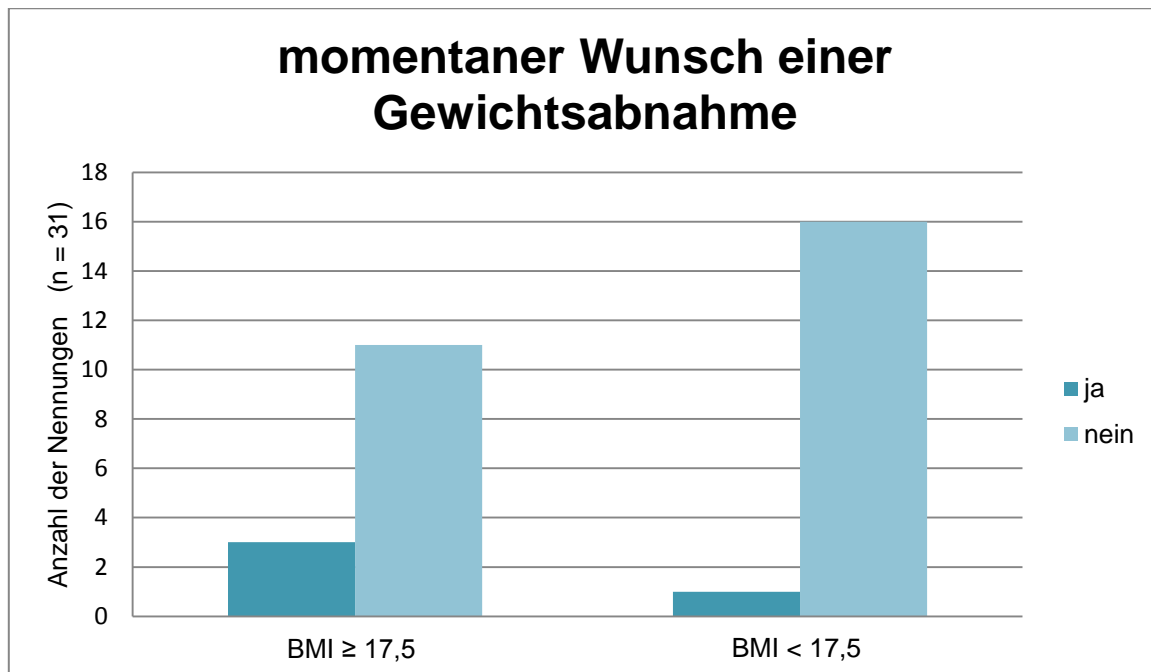
Vergleicht man beide Gruppen prozentual miteinander, so zeigte unsere Gegenüberstellung, dass in der Gruppen der „Normalgewichtigen“ mehr als zwei Drittel (79%) mit ihrem Gewicht zufrieden oder sehr zufrieden waren, wohingegen es in der Gruppe der untergewichtigen Patientinnen nur gut die Hälfte war (47%).

Dafür waren in der Gruppe „BMI  $< 17,5$ “ deutlich mehr Patientinnen unzufrieden oder sehr unzufrieden (53%) mit ihrem aktuellen Gewicht als in der Gruppe mit einem BMI  $\geq 17,5$  kg/ m<sup>2</sup>. In dieser Gruppe fand sich keine Patientin, die sehr unzufrieden mit ihrem Gewicht war.

Eine Korrelationsanalyse zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen Katamnese-BMI und Gewichtszufriedenheit. Je niedriger der BMI zum Follow-up-Zeitpunkt war, umso unzufriedener gaben die Patientinnen an zu sein ( $\rho = - .413$ ,  $p = .021$ ).

Obschon in unserer Katamnese Stichprobe rund ein Drittel unzufrieden mit ihrem Gewicht war, bejahten nur fünf (15%) unsere Frage nach dem Wunsch einer Gewichtsabnahme. Die übrigen 29 (85%) gaben an, aktuell nicht den Wunsch zu haben an Gewicht zu verlieren. Betrachtet man sich die Verteilung in den Gruppen „BMI  $\geq 17,5$ “ und „BMI  $< 17,5$ “ kommt man zu folgendem Ergebnis:

**Abb. 10:** BMI-abhängige Gegenüberstellung der Frage nach dem aktuellen Wunsch einer Gewichtsabnahme



Wie oben gezeigt (siehe Tabelle 11), waren 53% der Patientinnen in der Gruppe „BMI  $< 17,5$ “ unzufrieden mit ihrem Gewicht. Aus unserer Abbildung 10 lässt sich demnach mutmaßen, dass die Mehrheit der untergewichtigen Patientinnen nicht unzufrieden war, weil sie ihr Gewicht für zu hoch hielten, sondern für zu niedrig.

Hier gaben 16 (94%) der Patientinnen an, derzeit nicht an Gewicht abnehmen zu wollen. Lediglich eine Patientin mit einem BMI  $< 17,5$  kg/ m<sup>2</sup> äußerte den Wunsch einer Gewichtsabnahme. Und auch in der Gruppe der Patientinnen mit einem BMI  $\geq 17,5$  kg/ m<sup>2</sup> verneinten 79% die Frage nach dem Wunsch einer Gewichtsabnahme.

Um weitere Informationen zu „nicht-körperlichen“ Symptomen zu erhalten, ermittelten wir das aktuelle Wunschgewicht der Patientinnen. Uns interessierte wie stark sich die Wunschvorstellungen der Patientinnen von einem gesunden Körpergewicht unterschieden. Bei der Frage nach einem Wunschgewicht erhielten wir Auskunft von 31 Patientinnen. In dieser Gruppe befand sich eine Patientin deren Wunschgewicht 16 kg unter dem jetzigen Gewicht lag. Aufgrund dieses Extremwertes („Ausreißer“) schlossen wir diese Patientin aus der nachfolgenden Analyse aus. In der verbliebenen Katamnesestichprobe (n = 30) lag das Wunschgewicht im Mittel bei

51,9 kg (SD 5,8) und bewegte sich zwischen 40,6 kg und 63,0 kg. Diese Werte entsprechen im Schnitt einem „Wunsch-BMI“ von 18,5 kg/ m<sup>2</sup> (SD 1,5), also einem Wert der dem Normalgewicht (BMI 18,50-24,99 kg/ m<sup>2</sup>) entspricht. Ausgehend vom Katamnesegewicht kalkultierten wir durchschnittlich einen Betrag von 2,8 kg (SD 3,8), den die Patientinnen durchschnittlich angegeben hatten an Gewicht zunehmen zu wollen. Dies bestätigt unsere Erkenntnis aus Abbildung 10, dass die Patientinnen mehrheitlich nicht den Wunsch haben aktuell abnehmen zu wollen.

Zumal nach ICD-10 die Körperschemastörung ein wichtiges Kriterium der Essstörungen ist, fragten wir unserer Probandinnen danach wie sie ihren Körper sehen. Ad hoc wurden die Teilnehmerinnen gebeten, sich auf eine ordinal skalierten Skala von 1 (=viel zu dünn) bis 5 (=viel zu dick) zu rubrizieren.

**Tbl. 12:** Antworten auf die Frage: „Wie finden Sie Ihren Körper?“

Antwortmöglichkeit	AdN	%
1 (viel zu dünn)	7	21
2	9	27
3	15	44
4	2	6
5 (viel zu dick)	1	3

AdN = Anzahl der Nennungen

% = Prozentwert

In der Tabelle ist ablesbar, dass sich rund die Hälfte der Patientinnen (47%) als zu dünn oder viel zu dünn sah. Was bei einem durchschnittlichen BMI in unserer Katamnesestichprobe von 17,7 kg/ m<sup>2</sup> durchaus einer realistischen Selbstwahrnehmung entspricht. 15 (44%) gaben an zufrieden zu sein. Dennoch gab es drei Patientinnen die zu einem negativen Körperbild neigten und sich als zu dick oder viel zu dick wahrnahmen, wenngleich in unserer Stichprobe keine Patientin bei einem BMI in der Nähe des Übergewichtes (BMI >25 kg/ m<sup>2</sup>) lag. Betrachtet man sich

die zugehörigen BMI-Werte zu unserem Tabellenergebnis, so fällt auf, dass zwölf der insgesamt 16 Patientinnen, die ihren Körper als zu dünn oder viel zu dünn empfanden, in die Gruppe „BMI <17,5“ gehörten. Zwei der drei Patientinnen die eher zum negativen Körperbild neigten, stammten hingegen aus der Gruppe „BMI  $\geq$  17,5“. Die Patientin, die angab sich als „viel zu dick“ zu empfinden, gehörte zu den drei Patientinnen die für die Katamnese keine Gewichtsangabe machen wollte, demzufolge fehlt uns hier der Katamnese-BMI.

In Anlehnung an die bestehenden Katamnese Studien fragten auch wir unserer Patientinnen welche Beachtung sie ihrer Figur schenken würden.

**Tbl. 13:** Beachtung der Figur

Antwortmöglichkeit	AdN	%
immer	4	12
oft	15	44
gelegentlich	9	27
selten	3	9
nie	3	9

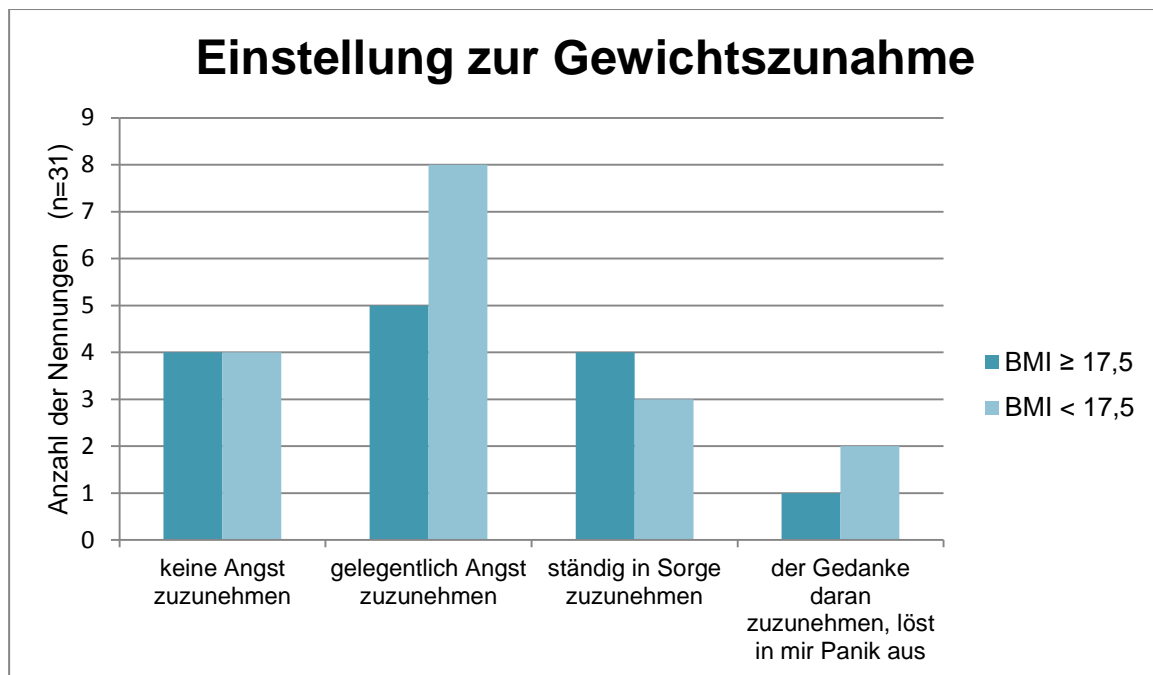
AdN = Anzahl der Nennungen

% = Prozentwert

Im nächsten Schritt führten wir eine Korrelationsanalyse von oben abgefragter „Beachtung der Figur“ und BMI zum Katamnesezeitpunkt durch. Unsere Vermutung, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen beiden Variablen geben könnte, konnte in der angestellten Korrelationsanalyse nicht bestätigt werden ( $p = -.258$ ,  $p = .162$ ). In der Gruppe „BMI  $\geq$  17,5“ waren es 64%, in der Gruppe „BMI < 17,5“ 53%, die aussagten ihrer Figur immer oder oft Beachtung zu schenken.

Darüber hinaus fragten wir die Patientinnen, ob sie sich vor einer Gewichtszunahme fürchten würden und konnten folgende Daten erheben.

**Abb. 11:** Angst vor der Zunahme des Körpergewichts in Abhängigkeit des BMI



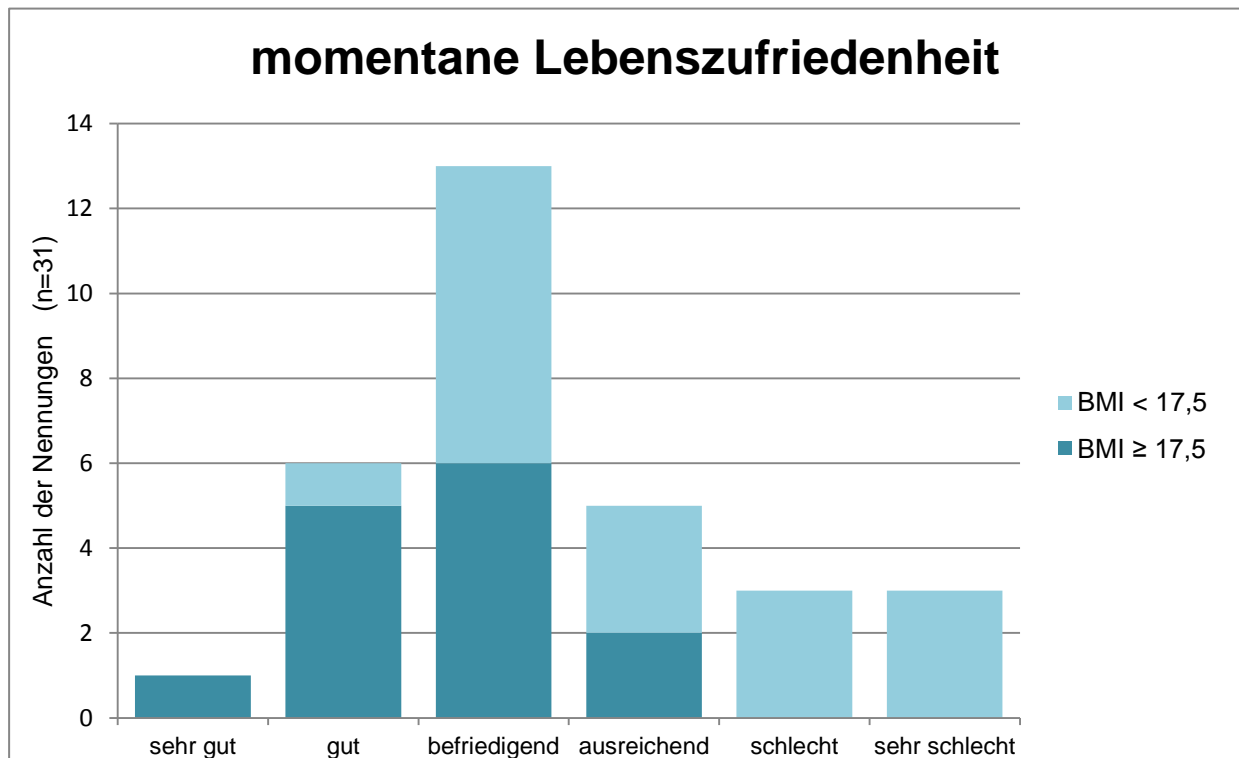
Von den von uns befragten 34 Patientinnen gaben zehn (29%) an, keine Angst vor einer Gewichtszunahme zu haben. 13 (38%) hätten gelegentlich Angst vor einer Gewichtszunahme, sieben (21%) sind diesbezüglich ständig in Sorge und bei weiteren vier (12%) löst der Gedanke daran Panik aus. In der Abbildung 11 fällt auf, dass unter den untergewichtigen Patientinnen (BMI < 17,5 kg/ m<sup>2</sup>) die Mehrzahl der Fälle Angst vor einer Gewichtszunahme hat. Lediglich vier der untergewichtigen Patientinnen, von denen ein BMI zum Katamnesezeitpunkt berechnet werden konnte, gaben an, keine Angst vor einer Zunahme des Körpergewichts zu haben. Auffallend war zudem, dass sich zwei der drei Patientinnen, die panische Angst vor einer Gewichtszunahme äußerten, in der Gruppe der Untergewichtigen (BMI < 17,5 kg/ m<sup>2</sup>) fanden. In diesen beiden Fällen ist vermutlich davon auszugehen, dass noch eine starke Krankheitspathologie besteht.

### **3.3.4.2 Depressivität und Suizidalität**

Bulimische und anorektische Essstörungen sind nachweislich mit einer höheren Vulnerabilität für weitere psychiatrische Komorbiditäten assoziiert (siehe auch 2.2.5 Komorbiditäten). Zu den häufigsten komorbiden Störungen zählen die affektiven Störungen. Auch in unserer Stichprobe war zum Aufnahmezeitpunkt bei 67% der Patientinnen eine depressive Episode nach F 32, F 33 diagnostiziert worden. Daneben ist auch die Suizidalität ein nicht unwesentliches Thema im Kontext der Essstörungen (50). In Langzeitstudien konnte gezeigt werden, dass Essstörungen mit einer höheren Suizidrate einhergehen (51). Manche Studien gehen davon aus, dass die Suizidalität bei Essstörungen, verglichen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, höher sei (52). Wiederum andere Studien geben sogar Hinweis darauf, dass der Suizid die häufigste Todesursache bei AN und BN ist (53).

Auch uns interessierte die derzeitige Stimmung beziehungsweise Lebenszufriedenheit unserer Katamnesestichprobe. Wir baten die Patientinnen sich auf einer 6-stufigen Skala, reichend von 1 (=sehr gut) bis 6 (=sehr schlecht), einzugruppieren. Unser Umfrageergebnis brachten wir wieder in Zusammenhang mit dem BMI zum Katamnesezeitpunkt und kamen auf nachstehendes Ergebnis:

**Abb. 12:** Lebenszufriedenheit, verteilt auf die beiden Gruppen „BMI  $\geq 17,5$ “ und „BMI  $< 17,5$ “



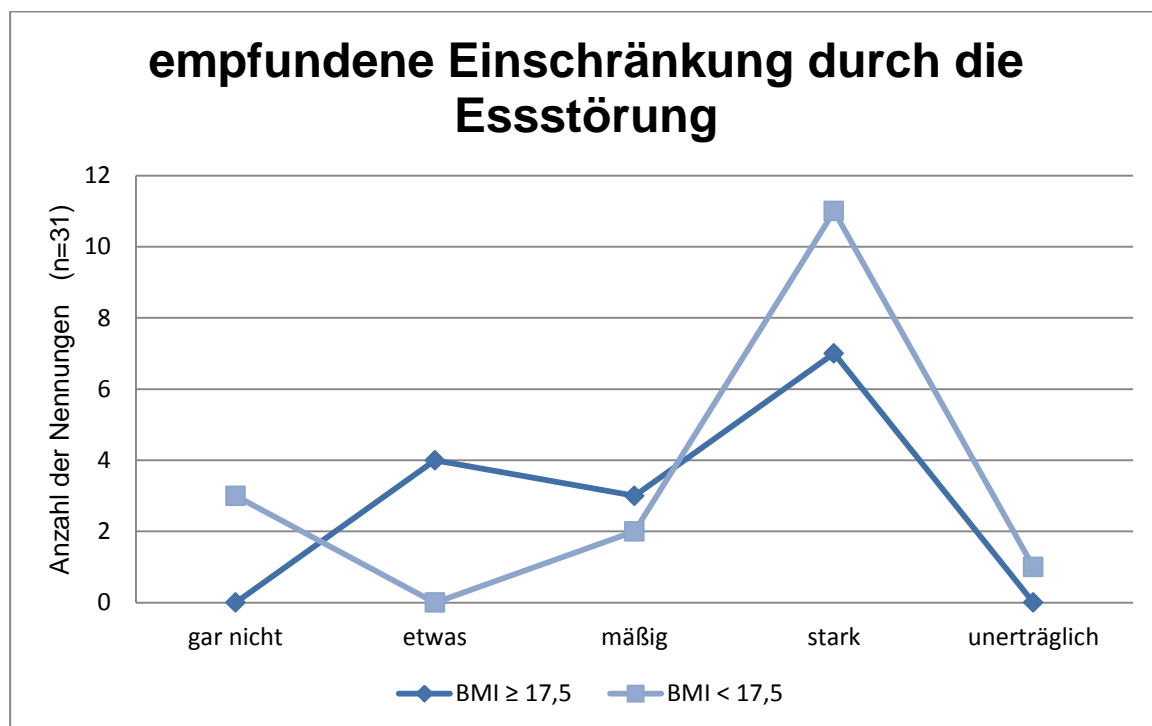
Betrachtet man die gesamte Katamnese Stichprobe, so gaben die Patientinnen bei der Frage nach der Lebenszufriedenheit mehrheitlich (65%) „sehr gut“ bis „befriedigend“ an. Die übrigen 35% tendierten zum negativen Pol („ausreichend“ bis „sehr schlecht“). Vergleicht man die Antworten in den Gruppen „BMI  $\geq 17,5$ “ und „BMI  $< 17,5$ “ so fällt auf, dass die Extreme „schlecht/ sehr schlecht“ nur in der Gruppe der Untergewichtigen genannt wurden, während das andere Extrem „sehr gut“ nur in der Gruppe „BMI  $\geq 17,5$ “ genannt wurde. Dies ergibt in der Summe für das Katamnese Kollektiv einen Mittelwert von 3,4. Im Vergleich der beiden BMI-Gruppen zeigte sich wieder ein niedrigerer Mittelwert (MW 2,6), sprich eine höhere Lebenszufriedenheit, in der Gruppe „BMI  $\geq 17,5$ “ und eine höherer Mittelwert (MW 4,0), sprich eine geringere Lebenszufriedenheit, in der anderen Gruppe.

Mit dem Mann-Whitney-Rangsummentest (U-Test) konnten wir einen hochsignifikanten Unterschied ( $p = .003$ ) zwischen beiden Gruppen nachweisen. Die durchgeführte Korrelationsanalyse bestätigte uns weiter, dass ein niedriger

Katamnese-BMI mit einer geringeren Lebenszufriedenheit einhergeht ( $p = .504$ ,  $p = .004$ ).

Um einen orientierenden Eindruck hinsichtlich des aktuellen Leidensdrucks zu bekommen, befragten wir die Patientinnen nach der subjektiv empfundenen Einschränkung aufgrund der Essstörung. Hierfür baten wir die Katamnese Teilnehmerinnen sich auf einer Skala von 0 (=gar nicht) bis 10 (=unerträglich) einzuordnen. In der nachstehenden graphischen Darstellung der Antworten bildeten wir Kategorien für die Beschreibung der empfundenen Beeinträchtigung: 0 (=gar nicht), 1+2+3 (=etwas), 4+5+6 (=mäßig), 7+8+9 (=stark) und 10 (=unerträglich).

**Abb. 13:** Subjektiv empfundene Einschränkung durch die Essstörung



Das Ausmaß der essstörungsbedingten, subjektiv empfundenen Einschränkung unterschied sich in beiden BMI-Gruppen nicht signifikant ( $p = .362$ , Mann-Whitney). Auch in einer durchgeführten Korrelationsanalyse (nach Spearman-Rho) konnten

kein signifikanter Zusammenhang zwischen BMI bei Katamnese und empfundener Einschränkung nachgewiesen werden ( $p = -.218$ ,  $p = .119$ ).

In Verbindung mit der subjektiv empfundenen Einschränkung interessierte uns weiter, ob es einen Zusammenhang mit der aktuellen Lebenszufriedenheit gibt. Unsere Vermutung, dass eine stark wahrgenommene Einschränkung mit einer reduzierten Lebenszufriedenheit einhergeht, konnte in einer Korrelationsanalyse nicht signifikant nachgewiesen werden ( $p = .185$ ,  $p = .159$ ).

Im Zusammenhang mit der Evaluation der psychischen Krankheitssymptomatik zum Follow-up-Zeitpunkt fragten wir die Probandinnen nach Suizidgedanken/-handlungen seit Entlassung aus den Heiligenfeld Kliniken. Dies wurde von 25 (74%) der 34 befragten Patientinnen verneint. Neun (27%) Patientinnen gaben an, sich seit Entlassung mindestens einmal mit dem Thema beschäftigt zu haben. Auch hier befand sich die Mehrheit der Probandinnen, die die Frage nach Suizidgedanken/-handlungen bejahte, in der Gruppe der untergewichtigen Follow-up-Teilnehmerinnen.

**Tbl. 14:** Suizidgedanken-/ handlungen

Suizidgedanken/ - handlungen	AdN bei <b>BMI <math>\geq 17,5</math></b> (n=14)	%	AdN bei <b>BMI <math>&lt; 17,5</math></b> (n=17)	%
ja	1	7	7	41
nein	13	93	10	59

AdN = Anzahl der Nennungen

n = Anzahl der Patientinnen

% = Prozentwert

Die Ergebnisse zeigten, dass sich der Anteil derjenigen Patientinnen, die suizidal waren, zwischen den beiden BMI-Gruppen signifikant unterschied ( $\chi^2(1) = 4.644$ ,  $p = .031$ ).

Zuletzt fragten wir, in Bezug auf die psychische Situation, wie stark die Patientinnen einen Zusammenhang zwischen schweren Alltagsbelastungen und psychischen Problemen sehen. Analog zur vorangegangenen Frage baten wir die Patientinnen

sich auf einer 6-stufigen Skala, von 1 (=trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (=trifft extrem zu), einzuordnen.

**Abb. 14:** Einschätzung der Patientinnen hinsichtlich psychischer Probleme durch Alltagsbelastungen



16 Patientinnen (47%) gaben an, dass die Aussage: „Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen“ überhaupt nicht/ oder überwiegend nicht zutreffe, bei fünf (15%) würde dies manchmal der Fall sein, bei weiteren vier (12%) oft und bei neun (26%) treffe die Aussage überwiegend/ oder extrem zu.

### 3.3.5 Behandlung im Katamnesezeitraum

Inhalt der Fragestellung dieser Arbeit war es zudem zu evaluieren, wie sich der klinische Krankheitsverlauf der Essstörung poststationär entwickelte. Von allen 34 Patientinnen, die sich bereiterklärt hatten an unserer Katamnese teilzunehmen, erhielten wir Informationen über weitere Behandlungen in Zusammenhang mit der Essstörung.

Zunächst fragten wir, ob es nach der Entlassung aus den Heiligenfeld Kliniken weitere Klinikaufenthalte aufgrund der Essstörung gab. Diese Frage wurde von elf (32%) der Patientinnen bejaht, während 23 (68%) verneinten. Drei weitere Patientinnen befanden sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in stationärer Behandlung und wurden von der Datenerhebung ausgeschlossen.

Wichtig in der Behandlung von Essstörungen ist eine gewisse Kontinuität im therapeutischen Prozess (30). Für eine weitere Stabilisierung der psychischen und physischen Situation ist die ambulante Fortsetzung der Therapie in der Regel obligat.

Entsprechend interessierte uns, ob die Patientinnen nach ihrer stationären Behandlung die Therapie ambulant fortführten und wie der Kontakt zustande gekommen war.

28 (82%) Patientinnen nahmen laut eigenen Angaben eine ambulante Behandlung wahr. Die übrigen sechs (18%) Patientinnen hingegen verneinten und hätten poststationäre keine ambulante Therapie in Anspruch genommen. In diesen Fällen fragten wir nach den genauen Gründen, warum es zu keiner ambulanten Fortsetzung gekommen sei. Unter den verschiedenen Antworten, die wir als möglichen Grund zur Auswahl stellten (siehe Anhang 7.2 Katamnesefragebogen), nannten jedoch alle sechs Patientinnen die gleiche Ursache: „es lag an mir, ich wollte nicht mehr“. Betrachtet man sich den zugehörigen Katamnese-BMI zu den sechs Patientinnen so ist die Verteilung in die Gruppen BMI  $\geq$  /  $<$  17,5 kg/ m<sup>2</sup> hälftig.

Die Patientinnen (n = 28), die angegeben hatten poststationär eine ambulante Therapie gehabt zu haben, befragten wir danach, wie der Kontakt gefunden wurde.

**Tbl. 15:** Kontakt zur ambulanten Therapie

Antwortmöglichkeit	AdN	%
alleine	24	86
mit Hilfe von HF	2	7
durch den Hausarzt	2	7
durch Beratungsstellen	--	entf.

AdN = Anzahl der Nennungen

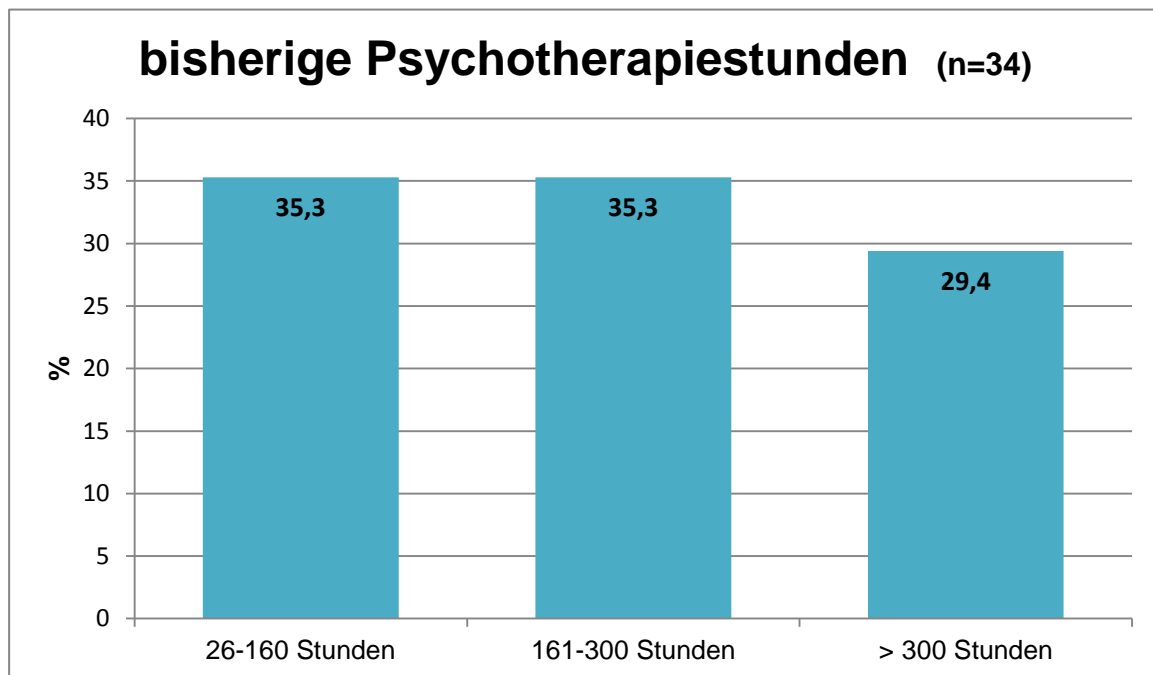
entf. = entfällt

% = Prozentwert

HF = Heiligenfeld Kliniken

Weiter fragten wir die Follow-up-Teilnehmerinnen nach der Anzahl der in ihrem Leben bisher gehabt Psychotherapiestunden bei professionellen Psychotherapeuten.

**Abb. 15:** Bisherige Psychotherapiestunden



Zuletzt wollten wir, im Zusammenhang mit der Behandlung im Katamnesezeitraum, von den Patientinnen wissen, ob sie der Meinung wären, dass sie derzeit eine Behandlung nötig hätten. Fiel die Antwort positiv aus, fragten wir weiter, ob sie selbst der Meinung wären oder ob dies die Ansicht des Umfeldes wäre. Die Angaben der 34 Patientinnen sahen wie folgt aus: die Hälfte (17 Patientinnen) gab zu, dass sie selbst der Meinung wäre derzeit eine Behandlung nötig zu haben. Unter den übrigen 50% befanden sich zwei, deren Umfeld eine aktuelle Behandlungsindikation sah und 15 Patientinnen, die die Antwort verneinten und eine Therapie derzeit nicht für indiziert hielten.

Es gibt allgemein keine Gruppenunterschiede in der ANOVA. Zwischen allen drei „Behandlungsbedarfsgruppen“ gibt es hinsichtlich des BMI keinen signifikanten Unterschied ( $F(2, 28) = 0.035$ ;  $p = .966$ ).

### **3.3.6 Beurteilung des Sozialverhaltens**

Essstörungen gehen, wie andere Formen der Suchterkrankungen, häufig mit einem sozialen Rückzug einher (26). Soziale Interaktionen jeglicher Art sind bei magersüchtigen und bulimischen Patienten nachweislich deutlich eingeschränkt (54). Demnach ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie von Essstörungen unter anderem die Entwicklung einer sozialen Beziehungsfähigkeit mit dem Ziel der sozialen Reintegration. Auch in den Heiligenfeld Kliniken stellen das soziale Miteinander und die Gemeinschaft zentrale Therapieelemente dar.

Informationen über Partnerschaft, familiären Beziehungen und Kontaktverhalten bzw. Freizeitgestaltung konnten wir von allen 34 Follow-up-Teilnehmerinnen erheben.

#### **3.3.6.1 Partnerschaft**

Zunächst evaluierten wir in welcher Beziehungssituation sich die Patientinnen zum Nachuntersuchungszeitpunkt befanden. Dabei gaben 13 (38%) Patientinnen an, aktuell in einer stabilen Beziehung zu leben, drei (9%) befanden sich zum Katamnesezeitpunkt in einer Beziehung mit Spannungen, fünf (15%) hatten seit weniger als sechs Monate keinen Partner und weitere zwölf (35%) lebten seit über einem halben Jahr in keiner festen Partnerbeziehung. Lediglich eine Patientin gab an, noch nie eine Beziehung gehabt zu haben. Die 13 Patientinnen, die angegeben hatten sich in einer stabilen Beziehung zu befinden, wurden weiter zur Zufriedenheit hinsichtlich der Beziehung befragt. Neun (69%) waren zufrieden oder sehr zufrieden, vier (31%) sahen die momentane Beziehung neutral.

Auf die Frage bezüglich der Wichtigkeit sexueller Kontakte, die sich im postalisch zugestellten Fragebogen fand, wurde bei den telefonisch durchgeführten Interviews, aus Gründen einer möglichen Scham, verzichtet.

### 3.3.6.2 familiäre Beziehungen

Patienten mit Essstörungen haben häufig Schwierigkeiten mit dem Autonomiestreben. Oft lassen sich in den betroffenen Familien „pathologische“ Strukturen nachweisen, die die Entwicklung einer Unabhängigkeit der Patienten behindern (55). Zur aktuellen innerfamiliären Beziehungssituation gaben uns 34 Patientinnen Auskunft.

**Tbl. 16:** Zufriedenheit mit der aktuellen familiären Beziehung

Antwortmöglichkeit	AdN	%
sehr zufriedenstellend	6	18
zufriedenstellend	17	50
neutral	6	18
nicht zufriedenstellend	5	15

AdN = Anzahl der Nennungen

% = Prozentwert

Interessant war für uns die Frage, was die Patientinnen über ihre Selbstständigkeit gegenüber ihrer Familie dachten. Hier gaben drei (9%) an, dass es keine Aussicht auf Unabhängigkeit gäbe, zehn (29%) glaubten an überwindbare Schwierigkeiten und die deutliche Mehrheit mit 21 (62%) sah sich unabhängig von der Familie. Erstaunlicherweise gaben zwei der drei Patientinnen, die keine Aussicht auf Unabhängigkeit sahen, in der vorangegangenen Frage an „zufrieden“ mit der Beziehung zur Familie zu sein.

### 3.3.6.3 außerfamiliäre Kontakte

Für eine orientierende Evaluation des Kontaktverhaltens befragten wie die Probandinnen nach der Gestaltung ihrer Freizeit. Folgende Angaben konnten erhoben werden:

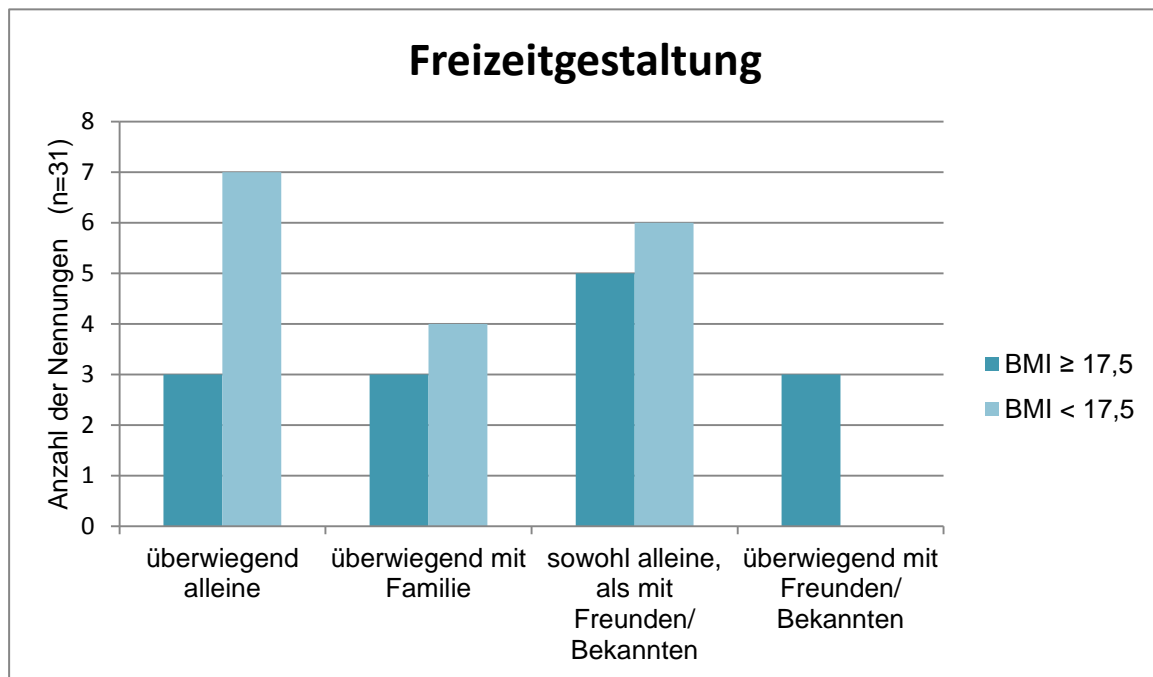
**Tbl. 17:** Freizeitgestaltung

Antwortmöglichkeit	AdN	%
überwiegend alleine	11	32
überwiegend mit Familie	7	21
sowohl allein, als mit Freunden/ Bekannten	13	38
überwiegend mit Freunden/ Bekannten	3	9

AdN = Anzahl der Nennungen

% = Prozentwert

**Abb. 16:** BMI-abhängige Gegenüberstellung der Freizeitgestaltung



Aus der Graphik ist ablesbar, dass die Patientinnen unserer Stichprobe mit einem anorektischen BMI (BMI < 17,5 kg/ m<sup>2</sup>) ihre Freizeit deutlich häufiger alleine verbringen als Patientinnen mit einem BMI über der anorektischen Grenze. Auch fanden sich in der Gruppe der Patientinnen, die angegeben hatte ihre Freizeit überwiegend mit Freunden zu verbringen, keine deren BMI unter 17,5 kg/ m<sup>2</sup> lag. Anhand der Illustration vermuteten wir einen Zusammenhang zwischen dem Gewicht bzw. BMI und der Art der Freizeitgestaltung.

Die Ergebnisse des Chi<sup>2</sup>-Tests konnten unsere Mutmaßung, dass es Unterschiede in der Freizeitgestaltung in Abhängigkeit vom BMI gibt, nicht bestätigen. Es konnte kein signifikanten Unterschied zwischen beiden BMI-Gruppen nachgewiesen werden ( $X^2(3) = 4.586$ ,  $p = .205$ ).

### 3.4 Beurteilung der stationären Behandlung und des Heilungserfolges

„Worin sehen ehemalige Patienten der Heiligenfeld Kliniken rückwirkend Faktoren für den Heilungserfolg?“, die Beantwortung der dritten und letzten Fragestellung dieser Arbeit soll uns im Nachstehenden beschäftigen.

In diesem Zusammenhang fragten wir unserer Probandinnen nach dem subjektiven Empfinden ihres Krankheitsverlaufs und baten sie, sich „heute“ im Vergleich zum Klinikaufenthalt zu reflektieren.

**Tbl. 18:** Übersicht der Antworten auf die Frage, wie sich die Patientinnen hinsichtlich ihrer Essstörung, im Vergleich zum Klinikaufenthalt, sehen

Antwortmöglichkeit	AdN	%
geheilt	1	3
sehr gebessert	11	32
etwas gebessert	15	44
unverändert	5	15
etwas verschlechtert	1	3
sehr verschlechtert	1	3

AdN = Anzahl der Nennungen

% = Prozentwert

Wir vermuteten, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der seit der Entlassung verstrichenen Zeit und der Lebenszufriedenheit mit der subjektiven Verbesserung des Krankheitsverlaufs geben könnte. Hierfür wurde eine Korrelation nach Spearman zwischen diesen Variablen berechnet.

Anhand der Ergebnisse kann der vermutete Zusammenhang zwischen verstrichener Zeit und empfundener Verbesserung des Krankheitsverlaufs nicht bestätigt werden ( $p = -.002$ ,  $p = .495$ ). Der Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und subjektiver Verbesserung konnte jedoch in der erwarteten Richtung bestätigt werden ( $p = .389$ ,  $p = .000$ ).

Weiter fragten wir die ehemaligen Heiligenfeld - Patientinnen wie zufrieden sie mit dem Ergebnis ihrer Therapie in den Heiligenfeld Kliniken gewesen seien. Auch hier durften die Teilnehmerinnen zwischen gegebenen Antwortmöglichkeiten auswählen, zusätzlich bestand bei dieser Frage jedoch die Möglichkeit „keine Beurteilung möglich“ zu optieren.

**Tbl. 19:** Ergebniszufriedenheit mit der Therapie in den Heiligenfeld Kliniken.  
Betrachtet im Zusammenhang mit den Hauptdiagnosen

Diagnose/ Antwortmöglichkeit	AN + AAN (n = 27)		BN (n = 7)	
	AdN	%	AdN	%
sehr gut	4	15	1	14
gut	6	22	1	14
zufriedenstellend	7	26	2	29
ausreichend	2	7	--	entf.
schlecht	4	15	1	14
keine Beurteilung mgl.	4	15	2	29

AN = Anorexia nervosa

AAN = Atypische Anorexia nervosa

BN = Bulimia nervosa

n = Anzahl der Patientinnen

AdN = Anzahl der Nennungen

% = Prozentwert

entf. = entfällt

**Tbl. 20:** Ergebniszufriedenheit mit der Therapie in den Heiligenfeld Kliniken.  
Betrachtet im Zusammenhang mit dem BMI zum Katamnesezeitpunkt

Antwortmöglichkeit	<b>BMI <math>\geq 17,5</math></b> (n = 14)		<b>BMI <math>&lt; 17,5</math></b> (n= 17)	
	<b>AdN</b>	<b>%</b>	<b>AdN</b>	<b>%</b>
sehr gut	4	29	1	6
gut	4	29	2	12
befriedigend	3	21	6	35
ausreichend	1	7	1	6
schlecht	--	entf.	4	24
keine Beurteilung mgl.	2	14	3	18

n = Anzahl der Patientinnen

AdN = Anzahl der Nennungen

% = Prozentwert

entf. = entfällt

Aus Tabelle 19 kann abgelesen werden, dass unabhängig vom Krankheitsbild in beiden Gruppen („AN+AAN“ und „BN“) über die Hälfte der Patientinnen tendenziell zufrieden mit dem Therapieergebnis war. In der anorektischen Gruppe waren es 63%, die das Ergebnis als sehr gut bis zufriedenstellend empfanden, in der bulimischen Gruppe waren es 57%. Mit einem angestellten Mann-Whitney-Test konnten wir keinen signifikanten Unterschied in der Ergebniszufriedenheit zwischen Anorexie und Bulimie nachweisen ( $p = .575$ ).

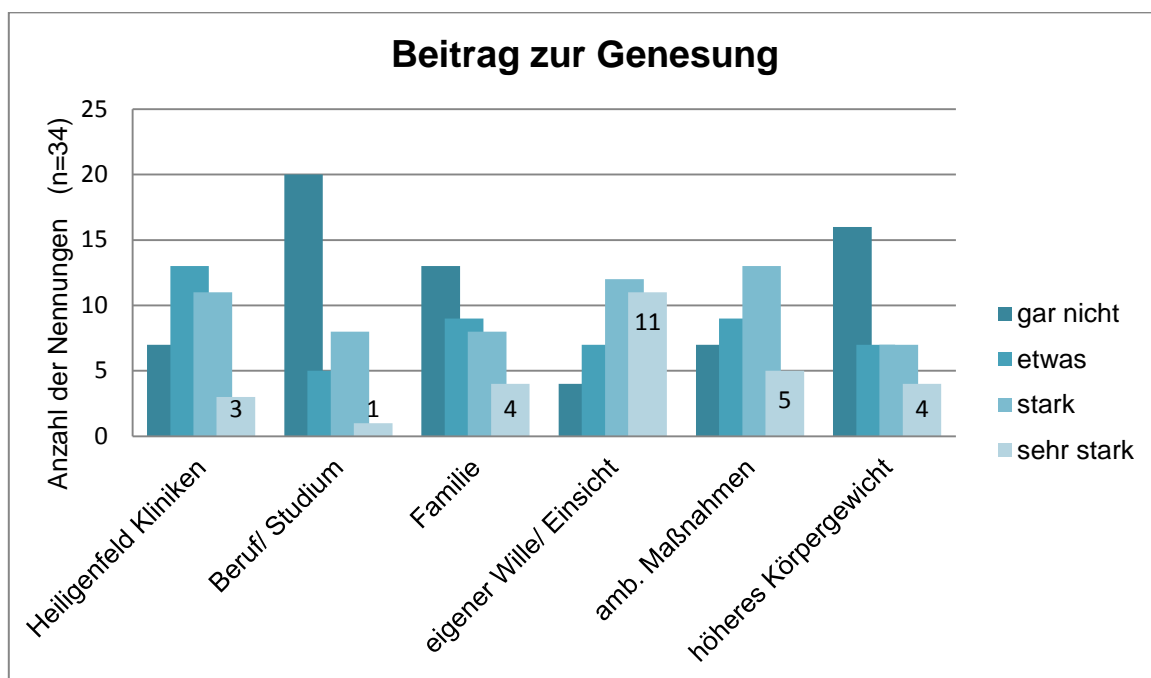
Vergleicht man nun die Ergebniszufriedenheit in Abhängigkeit des Katamnese-BMI (siehe Tabelle 20) waren in der Gruppe „BMI  $\geq 17,5$ “ 79% tendenziell zufrieden, während es in der Gruppe „BMI  $< 17,5$ “ nur 53% waren. Aber auch hier konnten wir mit einem durchgeführten Mann-Whitney-Test keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden „BMI-Gruppen“ dokumentieren ( $p = .052$ ).

Überdies interessierte uns ein möglicher positiver Zusammenhang zwischen der Ergebniszufriedenheit und der Verweildauer.

In der durchgeführten Korrelationsanalyse konnte jedoch kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden ( $\rho = -.234$ ,  $p = .102$ ).

Der Fragebogen sah zudem vor, zu ermitteln welchen Beitrag zur Genesung einzelne (vorgegebene) Faktoren lieferten. Folgende Antworten wurden gegeben:

**Abb. 17:** Antwortverteilung auf die Frage, welchen Anteil die einzelnen Faktoren an der Genesung hatten



Ersichtlich ist, dass der eigene Wille/ Einsicht sowie ambulante Maßnahmen den größten Beitrag zur Genesung lieferten. Als stark oder sehr stark zur Genesung beitragend, wurde von 23 (68%) der Faktor „eigener Wille/Einsicht“ und von 18 (53%) der Faktor „ambulante Maßnahmen“ genannt. Während „Beruf/ Studium“ die Kategorie war, welche von 20 (59%) der befragten Patientinnen als gar nicht zur Genesung beitragend kategorisiert wurde.

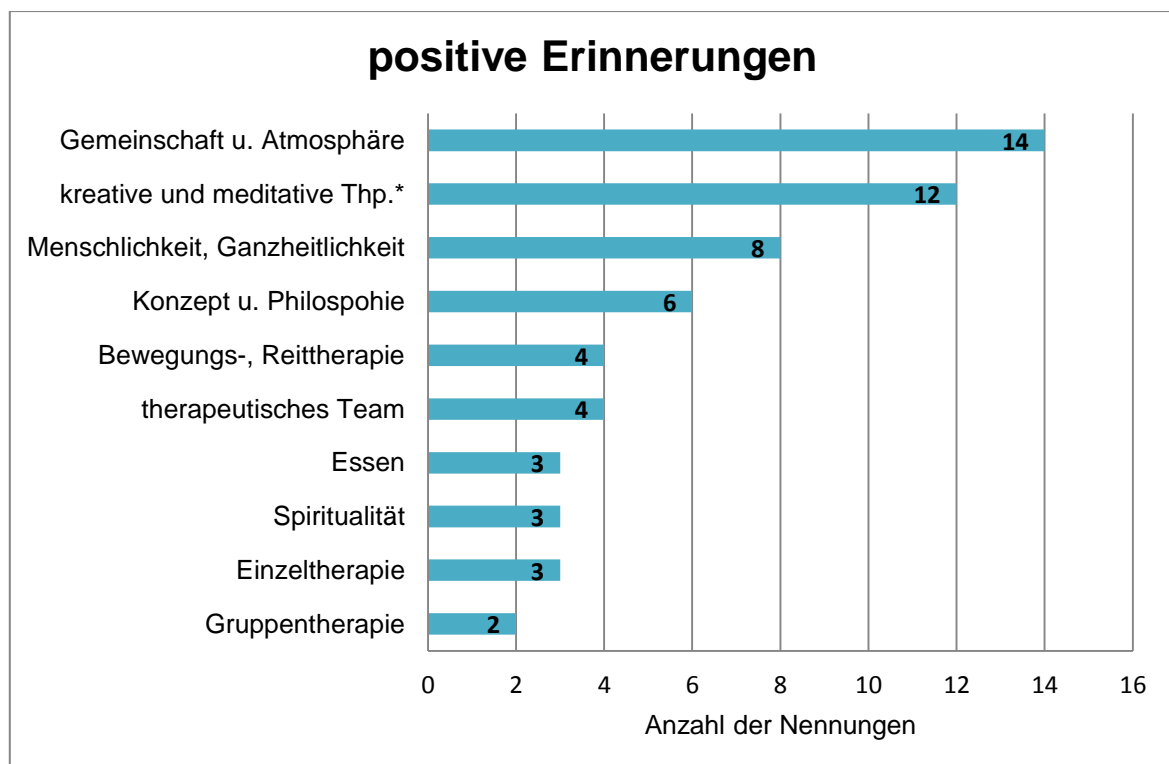
Die Heiligenfeld Kliniken wurden von 14 (41%) als stark oder sehr stark genesungsbeitragend charakterisiert.

Folgend fragten wir die Patientinnen, ob sie die Heiligenfeld Kliniken für die Therapie einer Essstörung weiterempfehlen würden.

24 (71%) gaben an, die Klinik für eine Essstörungstherapie weiterzuempfehlen, zehn (29%) verneinten die Weiterempfehlung.

Zuletzt baten wir die Katamneseteilnehmerinnen in eigenen Worten zu formulieren was ihnen, hinsichtlich der Therapie in den Heiligenfeld Kliniken, in besonders guter Erinnerung geblieben ist. Da viele dieser Angaben mehrfach genannt wurden, wurden im Zuge der Auswertung Kategorien gebildet.

**Abb. 18:** Zusammenstellung der positiven Erinnerungen an die Heiligenfeld Kliniken



\* = Kunst-, Mal-, Rhythmus-, Musiktherapie, Heilkraft der Stimme

Unter den 34 befragten Patientinnen waren fünf, die zu dieser Frage keine Angabe machen wollten. Den übrigen 29 wurde keine Limitation bezüglich der Anzahl der Nennungen gesetzt, Mehrfachnennungen waren möglich.

## 4. Diskussion

In der vorliegenden Katamnese studie wurden Patientinnen, die sich für die Behandlung ihrer Essstörung einer stationären Therapie in den Heiligenfeld Kliniken unterzogen, nachuntersucht. Intension dieser Arbeit war es, den erzielten Therapieerfolg der Heiligenfeld Kliniken herauszuarbeiten und den poststationären Krankheitsverlauf, anhand bestehender Krankheitssymptome zum Follow-up-Zeitpunkt und weiterer stationärer Therapien im Katamnesezeitraum, zu evaluieren. Darüber hinaus ging es um die Beurteilung der stationären Therapie durch die ehemaligen Patientinnen selbst.

### 4.1 Diskussion der Stichprobe und der Methodik

Prognose und langfristiger Verlauf von Essstörungen insbesondere der AN sind bereits Gegenstand zahlreicher Nachuntersuchungen (56). Eine Limitation der Vergleichbarkeit ist nicht zuletzt durch methodische Unterschiede in den Katamnesen bedingt. In einer Übersichtsarbeit beschreibt Hsu 1980 (57) Faktoren, von welchen die Ergebnisse solcher Verlaufsuntersuchungen beeinflusst werden. Diese sind neben der Stichprobenauswahl, beispielsweise anhand anerkannter Diagnosekriterien, auch von der Art der Datenerhebung sowie von einer möglicherweise insuffizienten (z.B. nur eindimensionale) Betrachtung des Outcomes beeinflusst. Auch Fichter 1985 (58) thematisierte die, aufgrund methodischer Probleme, erschwerte Vergleichbarkeit der Katamneseliteratur zur Anorexia nervosa. Um dieser Problematik zu begegnen, konzipierte Hsu 1987 (59) Kriterien die für eine bessere Vergleichbarkeit von Katamnese studien bei AN berücksichtigt werden sollten. Die von Hsu formulierten Kriterien lauten wie folgt: 1. explizite diagnostische Kriterien, 2. mehr als 25 Probanden pro Studie, 3. Katamneseintervall von mindestens 4 Jahren nach Krankheitsbeginn, 4. Dropout-Quote kleiner 20%, 5. persönliches Interview mit mindestens 50% der Probanden, 6. mehrdimensionale Ergebnisanalyse. Einige Jahre später greifen Deter et al. 1994 (60) die Problematik erneut auf und weisen im Einleitungsteil der Heidelberg-Mannheim Studie darauf hin, dass Langzeitverlaufsstudien für die AN schon vor Jahren aufgrund eines Mangels

an vergleichbaren Untersuchungsmethoden und ihres meist retrospektiven Designs in die Kritik geraten sind.

In dieser Arbeit konnten die von Hsu „geforderten“ methodischen Empfehlungen nur teilweise umgesetzt werden. Unserer Ergebnisbetrachtung vorangestellt ist deshalb eine Evaluation der Stichprobe, der Diagnosekriterien, der Ausfallrate und der Methodik. Etwaige Diskrepanzen zu anderen Studienergebnissen könnten später hierin begründet liegen.

#### **4.1.1 Stichprobe**

Was im hier folgenden Ersten Abschnitt der Diskussion betrachtet werden soll, ist die Stichprobengröße zum Follow-up-Zeitpunkt, das Alter und Geschlecht unserer Katamnesestichprobe im Kontext zur Literatur.

Unsere initiale Studienpopulation umfasste 96 Patienten (93 Frauen, drei Männer), von denen wir letztendlich 34 Probanden für die Teilnahme an unserer Katamnese gewinnen konnten. Die Stichprobengrößen von 34 gehört damit nicht zu den Größten, dennoch finden sich in der Katamneseliteratur zahlreiche Untersuchungen mit ähnlicher Stichprobengröße. Zumal muss berücksichtigt werden, dass es sich bei den Heiligenfeld Kliniken um keine Spezialklinik für die Behandlung essgestörter Patienten handelt und für die Essstörungstherapie führende Kliniken, wie etwa die Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee, Untersuchungen mit größeren Studienpopulationen durchführen können (61)(62). Weitere groß angelegte, zum Teil auch finanziell unterstützte Nachuntersuchung mit mehreren hundert Probanden, wurden von Steinhausen mit 241 Probanden (63) und 212 Probanden (64), Kächele et al. 2001 (65) mit 733 Follow-up-Teilnehmern oder Fichter & Quadflieg 1999 (66) mit knapp hundert Teilnehmern durchgeführt. Ebenso finden sich in der Literatur Studien mit Stichprobengrößen von 75 Probanden (60) und weitaus kleinere mit 41 Probanden Finzer & Haffner et al. 1998 (67) oder 39 Probanden bei Herpertz - Dahlmann et al. 2001 (12). In seiner Untersuchung von 119 Studien zum Verlauf der AN berichtet Steinhausen 2002 (2) von einer mittleren Stichprobengröße von 47 Probanden (SD 38,8). Mit 34 Follow-up-Teilnehmern liegt unsere Studie demnach an

der Untergrenze, erfüllt aber dennoch das von Hsu 1987 geforderte Kriterium der Mindestteilnehmerzahl von 25.

Da auch das Alter Einfluss auf verschiedenen Faktoren nimmt (68), soll dieses Merkmal bei der Diskussion der Stichprobe nicht unberücksichtigt bleiben. Das Durchschnittsalter unserer Katamnese Stichprobe lag zum Follow-up bei 37,7 Jahren (SD 13,4) und damit oberhalb des üblichen Durchschnitts der meisten Katamnese die sich vielfach mit adoleszenten Patienten auseinandersetzten. Finzer & Haffner et al. 1998 (67) berichten ein Katamnesealter von 21 Jahren, Steinhausen et al. 2003 (63) von 21,8 Jahren, ein etwas höheres Katamnesealter wird von Herpertz – Dahlmann et al. 2001 (12) mit 27,1 Jahren und Deter et al. 1994 (60) mit 32,5 Jahren berichtet. Bei Casper et al. 1996 (69), die in ihrer Untersuchung einen Vergleich von adolescent- und adult-erkrankten Anorektikerinnen anstellen, lag das Durchschnittsalter zum Follow-up in der „*adult onset*“- Gruppe bei 32 Jahren.

Ein weiteres Stichprobenmerkmal in dem sich die Studien zum Teil unterscheiden, auf das wir an dieser Stelle aber nur kurz hinweisen möchten, ist das eingeschlossene Geschlecht. Während unsere Katamnese, wenn auch nur in geringer Zahl, männliche Patienten enthält, gibt es Studien, die männliche Patienten gezielt ausschließen (60)(69).

#### **4.1.2 Diagnosekriterien**

Für den Vergleich mit den Ergebnissen anderer Studien ist es wichtig, sich die Definition deren „Fälle“ im Sinne einer Krankheitsklassifikation anzusehen. Die in der Literatur am häufigsten zugrunde gelegten und allgemein anerkannten Kriterien für die Diagnosestellung einer Essstörung sind das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingeführte ICD-10 (27) und das von der American Psychiatric Association (APA) eingeführte DSM-IV (28). Da sich die Kriterien beider Klassifikationssysteme nicht wesentlich unterscheiden, ist ein Vergleich von Patienten, denen nach einem der beiden Systeme eine Essstörung diagnostiziert wurde, möglich. In unserer Ausgangsstichprobe wurde allen 96 Patientinnen eine Anorexia nervosa, Atypische Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa nach ICD-10 gestellt. Da es sich bei den Heiligenfeld Kliniken um keine

Spezialeinrichtung ausschließlich für Essstörungen handelt und wir sicherstellen wollten, dass sich die Patienten aufgrund der Essstörung in Therapie befanden, legten wir als zusätzliches Kriterium für den Einschluss in die Studie die Kodierung des Behandlungspfad „Essstörung“ fest. Die Tatsache, dass unsere Katamnese alle drei Essstörungsentitäten - nämlich AN, AAN und BN – enthält, könnte mit einer Einschränkung der Vergleichbarkeit mit anderen Nachuntersuchungen assoziiert sein, da viele Katamnesen ausschließlich den Verlauf von anorektischen Patienten nachuntersuchen.

#### **4.1.3 Katamneseintervall**

Kontrovers diskutiert wird die Länge des „idealen“ Katamneseintervalls. Manche Autoren gehen davon aus, dass bei zu kurzem Intervall keine Aussage zum langfristigen Krankheitsverlauf getroffen werden kann, zumal die ersten Monate und Jahre nach der Entlassung aus dem stationären Setting häufig durch Rückfälle gekennzeichnet sind (58). Auch Hsu 1987 (59) stellt die Brauchbarkeit der Ergebnisse von Studien mit zu kurzem Katamneseintervall in Frage. Zudem konnten Untersuchungen zeigen, dass das Körpergewicht unmittelbar nach der Beendigung der stationären Therapie nicht mit dem Ergebnis des Langzeitverlaufs korreliert (70). Deter et al. 1994 (60) zeigen in einer Nachuntersuchung über 11,8 Jahre eine stetig ansteigende Heilungsrate die sich erst gegen Ende des Follow-ups stabilisierte. Weitere Autoren geben Hinweis darauf, dass mit zunehmender Länge des Follow-up-Zeitraums eine steigende Remissionsrate beobachtet werden kann (66). Interessante Erkenntnisse diskutieren Van der Ham et al. 1994 (71), die in ihrer prospektiv angelegten Studie, in der sie AN und BN miteinander vergleichen und zu dem Schluss kommen, dass für die Untersuchung des Krankheitsverlaufs bei bulimischen Patienten eine Follow-up von vier Jahren ausreichend erscheint, während dies bei anorektischen Patienten nicht der Fall war. In Abhängigkeit davon, welche Erkenntnisse aus der Katamnese gezogen werden sollen, gibt es aber auch Autoren, die wegen der besseren Beurteilbarkeit des Therapieerfolges zu einem kürzeren Katamneseintervall plädieren, da die Bewertung andernfalls durch nachfolgende Therapien beeinflusst werden könnte (42). Die Katamnesedauer der vorliegenden Studie liegt bei 2,8 Jahren. Vergleichbare oder zum Teil kürzere Katamneseintervalle

beschreiben Kächele et al. 2001 (65) mit 2,5 Jahren, Huber 2007 (41) mit 1,5 Jahren, Popp 2010 (42) mit nur 10,9 Monaten und auch Steinhausen 2002 (2) berichtet in seiner Übersichtsarbeit von 20 Nachuntersuchungen, die eine Follow-up-Zeitraum von < 4 Jahre hatten. Wenn es auch Studien mit ungleich längerem Follow-up gibt [z.B. Wentz et al. 2001 (72) mit zehn Jahren] hielten wir ein Katamneseintervall von 2,8 Jahren schon aufgrund der besseren Erinnerbarkeit an die Heiligenfeld Klinik für angemessen. Ob wir auch in diesem Fall die von Hsu geforderten vier Jahre nach Erkrankungsbeginn einhalten konnten, können wir nicht mit letzter Sicherheit sagen, da uns keine Angaben zur Krankheitsdauer seit Auftritt vorlagen. Mit einer mittleren Katamnesedauer von 2,8 Jahren kann die vorliegende Studie nur eine Aussage zum kurz- bis mittelfristigen Krankheitsverlauf machen.

#### **4.1.4 Dropout-Quote**

In Hinblick auf die späteren Konklusionen ist eine hohe Ausfallquote, von der in vielen Katamnesen berichtet wird, ein nicht zu unterschätzender Einflussfaktor auf die Ergebnisse. Auch die von uns angestellte Nachuntersuchung bildet hier keine Ausnahme. Von unserer initial 96 Patientinnen umfassenden Ausgangsstichprobe konnten wir letztlich von 34 Patientinnen Katamnesedaten gewinnen, was einer Dropout-Quote von über 60% entspricht. Dies ist ein erneuter Beleg dafür, dass essgestörte Patienten kein leicht zu erreichendes Patientenkontingent darstellen. Huas et al. 2011 (73) konnten an einer Studie mit über 600 anorektischen Patientinnen zeigen, dass schon während der stationären Therapie die Dropout-Rate bei 53,3% liegt. Bei katamnestischen Nachuntersuchungen kommt erschwerend hinzu, dass infolge insuffizienter Kontaktdaten viele ehemalige Patienten nicht erreichbar sind, so konnten auch wir zwölf (13%) potenzielle Probanden weder postalisch noch telefonisch erreichen. Zudem lässt sich mutmaßen, dass viele Patienten keine erneute Konfrontation mit der Krankheit möchten und eine Teilnahme aus diesem oder ähnlichen Gründen ablehnen. Einige Autoren geben Hinweis darauf, dass insbesondere die Patienten mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf eine Teilnahme an derartigen Nachuntersuchungen ablehnen, was letztlich mit einer Verzerrung der Resultate assoziiert ist. So berichtet Fichter 1985 (58), dass insbesondere Probanden, die einer Teilnahme zunächst ambivalent gegenüberstanden und für

deren Mitwirken es einiger Motivation bedurfte, durch eine ausgeprägte Symptomatik ausgezeichnet waren. Quintessenz dieser Erkenntnis wäre demnach eine positive Selektion, die zu vermeintlich besseren Ergebnissen führen würde, weil überwiegend die Patienten nachuntersucht werden, die einen günstigeren Verlauf zeigen. Gleichwohl gibt es aber auch Untersuchungen, in denen insbesondere Patientinnen mit schwerem Verlauf der Anorexia nervosa tendenziell eher dazu bereit waren an der Katamnese teilzunehmen (41). Aufgrund dieser doch widersprüchlichen Auswirkungen eines hohen Dropouts stellten wir, wie viele in der Literatur zu findende Vergleichsstudien, eine Dropout-Analyse an, in der wir beide Gruppen „Verweigerer“ und „Teilnehmer“ einander gegenüberstellten. Um die Richtung eines möglichen Einflusses auf unsere Ergebnisse zu eruieren, verglichen wir in unserer Dropout-Analyse die Gruppen hinsichtlich demographischer Daten, Komorbiditäten sowie ISR-Werte, die uns von Aufnahme und Entlassung vorlagen. Auch wenn der erste Eindruck vermuten ließ, dass die Verweigerergruppe bei Aufnahme im Durchschnitt etwas älter war (Teilnehmer MW 34,8 Jahre vs. Verweigerer MW 37,9 Jahre), so konnte im statistischen Vergleich kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden. Ebenso konnten wir weder für die anderen klinischen Patientendaten (wie beispielsweise Verweildauer, BMI bei Aufnahme und Entlassung), noch für Art und Anzahl der psychiatrischen Nebendiagnosen einen statistisch signifikanten Unterschied nachweisen. Auch in den essbezogenen psychopathologischen Daten (ISR-Werte der Skala „Essstörung“) war weder zum Aufnahmezeitpunkt noch bei Entlassung ein signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern nachweisbar. Da sich die Patientinnen, die für unsere Nachuntersuchung zur Verfügung standen ( $n = 34$ ), in keinem der von uns herangezogenen Vergleichspunkten signifikant von der Gruppe unterschieden, die eine Teilnahme aus diversen Gründen ablehnte ( $n = 62$ ), können wir zusammenfassend davon ausgehen, dass wir weder von einer positiven noch negativen Selektion unserer Ergebnisse ausgehen müssen. Wie auch von Popp 2010 (42) berichtet, erhielten wir von einzelnen telefonischen Verweigerern die Auskunft, dass diese mit dem Thema abgeschlossen hätten und aus diesem Grund kein Interesse an der Teilnahme an unserem Interview besteht. Ob wir aus diesem Feedback schließen können, dass diese Personen die Essstörung überwunden haben oder ob für sie die Heiligenfeld Kliniken kein Thema mehr wären, bleibt offen. Wir können aber auch wie Popp mutmaßen, dass zumindest bei dem ein oder

anderen „Verweigerer“ ein positiver Krankheitsverlauf vorlag und einer erneuten Konfrontation aus dem Weg gegangen werden wollte. Auch in einigen anderen Studien mit zum Teil hohen Ausfallraten konnten keine oder nur geringe Unterschiede in der Dropout-Analyse detektiert werden (74)(65)(12). Dennoch liegt unsere Dropout-Quote abweichend höher als die der meisten anderen Katamnesen, Steinhausen und Seidel 1993 (75) berichten von 16,7% und Kächele et al. 2001 (65) von 37,4%. Von weitaus geringeren Raten schreiben Fichter & Quadflieg 1999 (66) mit etwa 5% zum 2-Jahres- Follow-up und etwa 8% zum 6-Jahres- Follow-up. Steinhausen 2002 (2) berichtet in seiner Studie von einer Dropout-Quote aus 105 Studien die im Mittel bei 12,3% (SD 14,7; Rang= 0-77) lag. Jedoch konnte er in einer Analyse des Dropout-Effektes keine eindeutigen Hinweise dafür finden, dass eine hohe Dropout-Quote zu einem besseren Ergebnis führt. Unsere Ausfallquote erfüllt mit 64,6% nicht die von Hsu 1987 (59) geforderte Kondition von weniger als 20% Dropouts. Diese Quote muss aber auch in Anbetracht der Tatsache gesehen werden, dass ausschließlich reliable Daten der Patienten selbst verwendet wurden.

#### **4.1.5 Untersuchungsinstrumente und -methode**

Für Deutung und Auslegung unserer Ergebnisse ist das methodische Vorgehen von enorm wichtiger Bedeutung, zumal ein Vergleich mit anderen Arbeiten der Katamneseliteratur angestellt werden soll. Aus unserer Ausgangsstichprobe von 96 Patientinnen konnten wir sechs (6%) und 28 (29%) ehemalige Patientinnen mit unserem Katamnesefragebogen entweder auf dem Postweg oder mittels eines telefonischen Interviews erreichen und zur Teilnahme animieren. Beide Messmethoden sind in der Literatur umstritten. Zwar verwendeten wir einen Fragebogen, der im Hinblick auf den späteren Vergleich mit anderen Katamnesen, schon in gleicher oder ähnlicher Weise für Nachuntersuchungen essgestörter Patienten herangezogen wurde, dennoch bleiben Kritikpunkte offen, die im nachfolgenden Abschnitt erörtert werden sollen. Eine opportune Beschreibung des momentanen Gesundheitszustandes und eine objektive Selbstevaluation ist bei Essgestörten, gerade bei Anorexia nervosa Patientinnen, die auch den Großteil unserer Stichprobe auszeichnen, wegen der häufig symptomatischen Krankheitsverleugnung problematisch. Um genau dieser Problematik zu begegnen

forderte schon Hsu 1987 (59) eine persönliche Evaluation der Probanden bei mindestens 50% der Teilnehmer. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wäre es nötig gewesen einen Teil der Probanden für ein persönliches Gespräch nach Bad Kissingen einzuladen. Diese Option stand jedoch aus finanziellen Gründen nicht zur Debatte, zudem mussten wir davon ausgehen, dass nur wenig Patienten die Unannehmlichkeiten, die mit einem solchen persönlichen Termin assoziiert gewesen wären, auf sich genommen hätten. In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Arbeiten die sich damit befassen, wie sich entsprechende Interview-Modalitäten auf die Angaben der Patienten auswirken. Es gibt Autoren die die Meinung vertreten, dass die persönliche Exploration der Probanden katamnestischer Studien die Methode der ersten Wahl sei. Selbiger ist der Auffassung, dass indirekte Verfahren der Befunderhebung wie etwa Telefoninterview oder postalische Zusendung von Fragebögen wegen des Negierens der Erkrankung keine geeigneten Instrumente seien (58). Jedoch konnten weder Fichter et al. 1997 (76) noch Fichter & Quadflieg 1999 (66) zu keinem der von ihnen nachuntersuchten Follow-up-Zeitpunkten (nach zwei und sechs Jahren) zwischen *“face-to-face“* und Telefoninterview einen Unterschied in den Angaben zum Körpergewicht oder anderen wichtigen Outcome-Parametern zeigen. Vom zu untersuchenden Inhalt machten es Rohde et al. 1997 (77) abhängig, die in ihrem angestellten Vergleich zwischen direkter versus indirekter Interviewführung herausfanden, dass das Telefoninterview zwar ein alternatives Vorgehen sein kann, aber bei bestimmter Thematik (wie etwa Angaben zu Suchtverhalten oder Anpassungsstörung) die Angaben zwischen beiden Interview-Modalitäten differieren. Sie konnten in ihrem Vergleich zeigen, dass eine Untersuchung hinsichtlich depressiver Symptomatik oder Angststörungen, die auch wir in unserem Interview erfragten, via Telefoninterview möglich ist. Zu einem ähnlichen Schluss kamen Fairburn et al. 1994 (78), die in ihrer Studie die Angaben zu klinisch relevanten Daten (Körpergröße, -gewicht) und essstörungsspezifische Verhaltensweisen zwischen beiden Messinstrumenten (Interview vs. Selbstbeurteilungsfragebogen) einander gegenüberstellt. In diesem Vergleich konnten sie zeigen, dass sich die Angaben zum Gewicht nicht unterschieden, jedoch bestand für beide Messinstrumente eine Diskrepanz zur direkten Messung. Zusammenfassend konnten Fairburn et al. zeigen, dass der Selbstbeurteilungsfragebogen anstelle eines Interviews eingesetzt werden kann, sofern es für das zu untersuchende Merkmal eine klare Definition gibt. Bei

komplexen und krankheitsdefinierenden Merkmalen (z.B. Figursorgen) fiel die Übereinstimmung deutlich geringer aus. Auch Steinhausen und Seidel 1993 (79) geben zu beachten, dass beide Messinstrumente (Selbstevaluation vs. Expertenevaluation) verschiedene Aspekte der Essstörung messen und infolge dessen beide Informationsquellen für den Vergleich in Outcome-Studien herangezogen werden können. Diese Erkenntnisse liefern uns Anhalt dafür, dass unser methodisches Vorgehen vertretbar ist. Zudem haben die indirekten Verfahren der katamnestischen Befunderhebung, im Vergleich zum persönlich (direkten) geführten Interview, den Vorteil der erhaltenen Anonymität. Weiterhin könnten Angaben in geringerem Ausmaß durch Schamgefühl oder wie Huber 2007 (41) spekuliert, im Sinne der „sozialen Erwünschtheit“, verfälscht werden. Viele sich in der Katamneseliteratur findende Studien verwendeten das EDI-2<sup>4</sup> (Eating Disorder Inventory-2), um weitere essstörungsrelevante Pathologien zu evaluieren und eine objektive Vergleichsgrundlage zu bestehenden Katamnese zu bilden (65)(66)(80). Da das EDI-2, als ein Instrument zur Verlaufsbeurteilung von Essstörungen, in den Heiligenfeld Kliniken nicht zum „Standard – Fragebogenrepertoire“ gehört und eine einmalige Erhebung der EDI-Werte wenig sinnvoll wäre, verzichteten wir auf dessen Anwendung.

Ob letztlich alle 62 Patienten, die für unsere Katamnese nicht zur Verfügung standen, sich der Teilnahme gewollt entzogen haben, lässt sich nicht mit letzter Sicherheit sagen. Offen bleibt zudem, ob möglicherweise der Umfang der zugesandten Fragebögen für manche Patientin eine demotivierende Wirkung hatte. Auch wenn drei von sechs der Patientinnen, die unseren Fragebogen beantworteten (postalisch), relativ viel Freitext und Bemerkungen hinzufügten, ist nicht sicher auszuschließen, ob es hier nicht einen potentiellen Zusammenhang mit unserer doch hohen Dropout-Quote gibt. Nachteil der von uns gewählten Form der Datenerhebung ist sicherlich die Schwierigkeit, die Patienten nach einem Follow-up-Zeitraum von bis zu sechs Jahren zu erreichen. Abgesehen davon, dass ein Teil möglicherweise verzogen ist oder das Elternhaus verlassen hat, lagen uns von vielen Patientinnen lediglich Handynummern vor, deren Aktualität in der heutigen Zeit sehr kurzlebig sein kann.

---

<sup>4</sup> EDI-2 (Eating Disorder Inventory, aktuelle Version von Garner 1991) Untersuchungsinstrument, für die Erfassung von Symptomen die häufig bei Störungsbildern wie der AN oder BN gezeigt werden.

Mit diesen Vermutungen möchten wir an dieser Stelle auch schon auf den letzten Aspekt in der Diskussion unserer Methode überleiten.

Ein weiterer wichtiger und vielfach diskutierter Punkt im methodischen Vorgehen bei Katamnesen ist das Studiendesign. Bei der vorliegenden Studie entschied man sich für ein retrospektives Studiendesign. Vorteil prospektiver Follow-up-Studien ist, dass sie eine Selektion langfristig genesener Patienten erlauben, die dann mit altersgematchten Kontrollen verglichen werden können. Fichter & Quadflieg 1999 (66) entschieden sich für ein prospektives Design mit der Begründung den Effekt des „*long-term-recall*“ zu minimieren. Auch Friedman 1993 (81), der unsere Sicht auf die Vergangenheit - sprich unsere Erinnerung - als einen konstruktiven Prozess beschreibt, beschäftigt sich mit der möglichen Verzerrung durch eine retrospektive Datenerhebung.

## **4.2 Interpretation der Ergebnisse**

### **4.2.1 Therapieerfolg der Heiligenfeld Kliniken**

Die Probanden der vorliegenden Studie hatten eine mittlere Verweildauer von 57,7 Tagen (SD 19,0) bei einem Median von 56 Tagen. Dieser Wert unterscheidet sich deutlich von dem der meisten anderen Studien. Fichter & Quadflieg 1999 (66) berichten eine mittlere Verweildauer von 118,6 Tagen, 3 Monate berichten Deter et al. 1994 (60) in der Heidelberg Mannheim Studie und Huber 2007 (41) in der Seepark Klinik, 3,5 Monaten werden von Steinhausen 1993 (75) angegeben. Von einer annähernd ähnlichen Aufenthaltsdauer berichten Halvorsen et al. 2004 (13) mit 62 Tagen. Die Dauer der stationären Therapie in den Heiligenfeld Kliniken unterscheidet sich demnach deutlich von der der meisten anderen Kliniken. Ob dies auf das Behandlungskonzept der Heiligenfeld Kliniken zurückzuführen ist, bleibt zu spekulieren. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses muss jedoch berücksichtigt werden, dass hier das Alter der Patienten einen Einflussfaktor auf die Verweildauer darstellt. Unsere Katamnesestichprobe hatte zum Zeitpunkt der Aufnahme ein Durchschnittsalter von 34,9 Jahren. Morris et al. 2015 (82), die in ihrer Untersuchung Hinweis darauf geben, dass die Verweildauer bei adoleszenten Essgestörten signifikant länger war als bei adulten [141,4 Tage (SD 125,7) versus 113,4 Tage (SD

107,4)] könnte demnach eine Erklärung dafür liefern, warum unsere Verweildauer niedriger lag als die der meisten anderen Kliniken. Schlegl et al. konnten in ihren Untersuchungen 2014 (61) und 2016 (62) jedoch zeigen, dass die adulten Anorektikerinnen tendenziell längere Verweildauern zeigten [91,8 Tage (SD 44,3) versus 81,9 Tage (SD 32,0)], was wiederum dafür spricht, dass unsere Patienten, die nach Schlegl eigentlich längere Verweildauern haben müssten, vergleichsweise früh einen stabilen Zustand, der eine Entlassung erlaubt, erreicht hatten. Dieses Erkenntnis unterstützt unsere Vermutung, dass dies auf das Behandlungskonzept der Heiligenfeld Kliniken zurückzuführen sein könnte. Dies lässt sich jedoch nur mit eingeschränkter Sicherheit behaupten, da uns keine Angaben zur Art der Entlassung (regulär, irregulär) vorlagen.

#### **4.2.1.1 Gewichtsentwicklung**

Die wöchentliche Gewichtszunahme lag für die Gesamtstichprobe durchschnittlich bei 115 Gramm und damit deutlich unterhalb der erzielten Gewichtszunahme anderer Kliniken. Huber 2007 (41) berichtet von einer wöchentlichen Gewichtszunahme von 540 Gramm und liegt damit über dem Durchschnitt der meisten deutschen Kliniken. Dennoch konnten wir in unserer Stichprobe über den Behandlungszeitraum einen kontinuierlichen Gewichtsanstieg verzeichnen mit signifikant höheren BMI-Werten bei Entlassung. Der von diversen Autoren beschriebene Effekt der Verweildauer auf die BMI-Veränderung konnte auch von uns bestätigt werden (61)(82). In unserer Erhebungsstichprobe konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Länge der stationären Behandlung und der Zunahme des BMI bis zur Entlassung verzeichnet werden (siehe Abbildung 4). Bei der Interpretation dieser Entwicklung gilt zu beachten, dass in den Heiligenfeld Kliniken bei Rückfällen und restriktivem Essverhalten keine negativen Sanktionen folgen, ebenso wenig gehören Zwangsmaßnahmen zum Konzept der Heiligenfeld Kliniken. Der positive Zusammenhang zwischen Verweildauer und BMI-Zunahme hatte sich zum Follow-up-Zeitpunkt jedoch wieder relativiert und es konnte nicht weiter nachgewiesen werden, dass Patientinnen mit längerer Aufenthaltsdauer auch im Katamneseintervall eine höhere BMI-Veränderung zeigten.

Wie groß die Gewichtszunahme im stationären Setting idealer Weise sein soll ist noch nicht abschließend geklärt, hier schwanken die Empfehlungen zwischen 500 - 1000 Gramm/ Woche. In der Literatur finden sich Angaben, denen zufolge für Erwachsene im stationären Kontext eine weitgehende Gewichtsrestitution (BMI 18-20 kg/ m<sup>2</sup>) anzustreben ist (34). Dennoch macht die alleinige Gewichtszunahme noch keine gute Essstörungstherapie, eine spezialisierte stationäre Therapie sollte aus mehreren Therapiekomponenten bestehen (30). Die Relevanz der Gewichtszunahme erklärt sich jedoch nicht zuletzt auch darin, dass die starvationsbedingten körperlichen Folgen die Zugänglichkeit einer Psychotherapie unmöglich machen und aus diesem Grund zunächst einmal physische und mentale Voraussetzungen geschaffen werden müssen (32)(33). Ein abschließendes Zitat hierzu stammt von Schors und Huber, die in ihrem Beitrag „Psychoanalytisch denken, verhaltenstherapeutisch handeln?“ an dieser Stelle passenderweise schlussfolgern: [ZITAT] *„Die Verbesserung des Ernährungszustandes ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer Psychotherapie. Die Normalisierung der Ernährung ist nicht alles, aber ohne diese ist alles nichts“* (83). Autoren die sich mit der prognostischen Bedeutung einer akzeptablen Gewichtszunahme im stationären Setting auseinandersetzen konnten zeigen, dass diese einen Einfluss auf das Langzeit-Outcome hat (84). Da unsere Studie mit einem Katamneseintervall von 2,8 Jahren zu kurz ist um Prognosefaktoren herauszuarbeiten, können wir diese Erkenntnisse weder bestätigen noch widerlegen.

Zwar konnten während der stationären Therapie lediglich 14 (41% der Katamneseestichprobe) Patientinnen einen BMI oberhalb der anorektischen Grenze von  $\geq 17,5$  kg/ m<sup>2</sup> erreichen, jedoch zeigen unsere Katamnesedaten im Follow-up-Zeitraum eine weitere Stabilisierung der Gewichtssituation. Die BMI-Werte bei Katamnese lagen nochmal signifikant höher als bei Entlassung.

Vor dem Hintergrund der diskutierten Gewichtszunahme im stationären Setting lässt sich zusammenfassend festhalten, dass, da die Heiligenfeld Kliniken als Aufnahmekriterium einen Mindest-BMI von 14 kg/ m<sup>2</sup> fordern und sich die Patienten demzufolge nicht im vital bedrohlichen Bereich befinden dürften, die Gewichtszunahme nicht alleiniges primäres Ziel der Behandlung sein sollte und die vergleichsweise geringere Gewichtszunahme durchaus vertretbar ist.

**Tbl. 21:** Vergleich vorliegender Studie mit weiteren (katamnestischen) Studien hinsichtlich des BMI-Verlaufs. Bei den Studien von Goddard et al. und Schlegl et al. handelt es sich um keine Katamnesen.

	BMI - Aufnahme		BMI - Entlassung		BMI - Katamnese	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
<b>vorliegende Studie</b>	16,0	1,2	16,3	1,2	17,7	2,1
<b>Steinhausen (1993)</b>	14,1	2,3	17,6	1,3	19,4	2,5
<b>Fichter &amp; Quadflieg (1999)</b>	14,3	1,7	15,5	1,7	17,1	3,4
<b>Tagay et al. (2009)</b>	14,9	1,4	17,4	1,6	18,1	2,6
<b>Goddard et al.</b>						
Adolescent	15,0	1,6	18,5	1,3	--	--
Adult	14,0	1,7	17,3	2,1	--	--
<b>Schlegl et al.</b>						
(2016) Adolescent	14,8	1,2	17,3	1,4	--	--
(2014) Adult	14,6	1,7	17,8	1,9	--	--

MW = Mittelwert

BMI = Body Mass Index (kg/ m<sup>2</sup>)

Fichter & Quadflieg 1999 (66)

Goddard et al. 2013 (68)

SD = Standardabweichung

Steinhausen 1993 (75)

Tagay et al. 2009 (74)

Schlegl et al. 2014 und 2016 (61)(62)

Sowohl Goddard et al. 2013 (68) als auch Schlegl et al. (2014 und 2016) (61)(62), die sich in ihren Untersuchungen die Mühe machten, dass Outcome adoleszenter und adulter anorektischer Patienten zu vergleichen, konnten zeigen, dass adoleszente Patientinnen tendenziell besser auf die stationäre Therapie ansprechen,

als erwachsene Patientinnen. Goddard berichtet von einer doppelt so großen BMI-Veränderung unter den adoleszenten Patienten, auch die wöchentliche Gewichtszunahme lag über der der adulten Patientinnen. Diese Erkenntnisse sollten in der Interpretation unserer überwiegend erwachsenen Patientinnen Berücksichtigung finden.

Was auffällt ist, dass die Standardabweichung (SD) bei den gegenübergestellten Studien, einschließlich der vorliegenden Studie, im Katamneseintervall ansteigt. Diese Entwicklung impliziert, dass es trotz des ansteigenden Mittelwerts für den BMI nicht allen Patienten gelungen ist, ihr Gewicht im poststationären Verlauf weiter zu stabilisieren.

#### **4.2.1.2 Entwicklung der ISR-Werte im stationären Verlauf**

Ein weiterer bereits zu einem früheren Zeitpunkt untersuchter Erfolg der stationären Essstörungstherapie in den Heiligenfeld Kliniken ist die signifikante Verbesserung der ISR-Werte bei Entlassung (siehe Tabelle 6) (18). Die in der Selbstbewertung evaluierten essbezogenen psychopathologischen Daten lagen zum Zeitpunkt der Aufnahme mit einem Mittelwert von 1,82 (SD 1,42) im Bereich des Cut-Off-Wertes „mittlere Symptombelastung“ (ab 1,5 - 2,74). Die Summe aus den drei Items der Skala „Essstörung“ weist bei Entlassung eine deutlich geringere Symptomschwere auf, als bei Aufnahme und liegt mit einem Mittelwert von 1,09 (SD 0,87) im Bereich „geringe Symptombelastung“ (ab 0,67-1,49). An der Reduktion der Standardabweichung (SD) und der gleichzeitigen Abnahme der Mittelwerte lässt sich die Wirksamkeit der Therapie erkennen.

#### 4.2.1.3 Global Outcome und Heilungserfolg

Um den Heilungserfolg unserer an Anorexia nervosa erkrankten Patientinnen aus der Katamnesestichprobe (n = 27) zu evaluieren und mit anderen Studien vergleichbar zu machen, zogen wir die von Morgan & Russell 1975 (85) etablierten Kriterien (Global Outcome Score, GOS) heran. Auf der Grundlage dieser Kriterien, die als Erfolgsmerkmale das aktuelle Körpergewicht und das Vorliegen einer zyklischen Menstruation heranziehen, wird das Outcome in gut („*Good Outcome*“), mittel („*Intermediate Outcome*“) und schlecht („*Poor Outcome*“) eingeteilt. Ein gutes Outcome definiert sich durch einen BMI > 17,5 kg/ m<sup>2</sup> und eine regelmäßige Menstruation, ein mittleres Outcome ist durch einen BMI < 17,5 kg/ m<sup>2</sup> und/ oder Zyklusschwankungen gekennzeichnet, von einem schlechten Outcome sprechen Morgan & Russell bei einem BMI < 17,5 kg/ m<sup>2</sup> mit vorliegender Amenorrhoe. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sollen in nachstehender Tabelle mit anderen Nachuntersuchungen verglichen werden.

**Tbl. 22:** Klassifikation des globalen Outcome (nach Morgan & Russell, 1975) zum Follow-up

Studie	KD	n	Outcome		
			Good	Intermediate	Poor <sup>1</sup>
vorliegende Studie	2,8	19	21%	53%	26%
Fichter&Quadflieg (1999)	2,0	101	13%	20%	67%
	6,0	93	27%	25%	48%
Gillberg et al. (1994)	4,9	51	41%	35%	24%
Ham et al. (1994)	1,0	23	13%	52%	35%
	2,5	24	25%	46%	29%
	4,0	25	36%	52%	12%
Casper et al. (1996)	8,0	35*	69%	14%	17%
		24**	71%	21%	8%
		14***	43%	21%	36%
Huber (2007)	1,4	89	28%	72%	

KD = Katamnesedauer in Jahren, n = Anzahl der Patienten,

<sup>1</sup> beinhaltet auch verstorbene Patienten

Fichter & Quadflieg 1999 (66), Gillberg et al. 1994 (86), Ham et al. 1994 (71), Casper et al. 1996 (69) (\* „*Early Adolescent Onset*“, mittleres Alter bei Follow-up 22 Jahre, \*\* „*Late Adolescent Onset*“, mittleres Alter bei Follow-up 26 Jahre, \*\*\* „*Adult Onset*“, mittleres Alter bei Follow-up 32 Jahre), Huber 2007 (41)

Unsere Stichprobengröße von 19 ergibt sich aus den Patientinnen, denen bei Aufnahme die Diagnose einer AN oder AAN gestellt wurde, die für unsere

Katamnese zur Verfügung standen ( $n = 27$ ) und die bereit waren uns Angaben zum aktuellen Gewicht zu machen ( $n = 26$ ). Darunter befand sich wiederum ein männlicher Patient, den wir, bei einem BMI  $< 17,5 \text{ kg/ m}^2$  aber sonst fehlender Essstörungssymptomatik (kein absichtliches Erbrechen, kein restriktives Essverhalten, regelmäßiger Mahlzeiteinnahme) und von uns anhand der Fragebogenbeantwortung als psychosozial stabil eingeschätzt, zum mittleren Outcome kategorisierten. Da wir in unserem Katamnesefragebogen nicht explizit erfragten, ob die Probandinnen bereits in der Menopause sind, schlossen wir weitere sieben Patientinnen aus, die sich zum Katamnesezeitpunkt jenseits des 50. Lebensjahres befanden.

Weiter gilt bei der Interpretation obenstehender Tabelle zu beachten, dass fünf Frauen eine Hormonbehandlung angaben. Um zu vermeiden, dass unsere ohnehin schon sehr kleine Stichprobe durch den Ausschluss von hormonbehandelten Patientinnen weiter reduziert wird, klassifizierten wir eine dieser Patientinnen, bei einem BMI von  $22,2 \text{ kg/ m}^2$  als „gut“, die vier anderen mit einem BMI  $15,4\text{-}17,2 \text{ kg/ m}^2$  als „mittel“. Aus den meisten anderen Studien geht nicht hervor, wie mit Patientinnen, die unter dem Einfluss einer Hormontherapie stehen, verfahren wurde. Popp 2010 (42) konnte jedoch zeigen, dass es annähernd zu einer Halbierung der Rate von Patientinnen mit gutem Heilungserfolg kommt, würde man die hormonbehandelten Frauen ausschließen (15% ohne Hormon versus 26% mit Hormon). Hsu 1987 (59) kam in seinem Vergleich von sechs Studien, die die von ihm geforderten Kriterien erfüllten, auf folgende Mittelwerte für das Outcome nach Morgen & Russell (1975): „Good“ 44%, „Intermediate“ 28% und „Poor“ 24%, durchschnittlich waren jeweils weitere 2% zum Follow-up verstorben oder nicht ermittelbar. Die beiden letztgenannten Subkategorien „Death“ und „Untraced“ nahmen wir in unserem Vergleich nicht auf bzw. wenn Todesfälle angegeben waren, wurden diese zum schlechten Outcome gezählt. Unter Berücksichtigung der, aufgrund der verhältnismäßig kleinen Stichprobe, eingeschränkten Vergleichbarkeit entsprechen unsere Ergebnisse annähernd denen von Huber 2007 (41) und Ham et al. 1994 (71) zum 2.Follow-up. Bemerkenswert ist zudem, dass die Heiligenfeld Kliniken nach einem Katamneseintervall von 2,8 Jahren in etwa die gleichen Erfolge verzeichnen wie Fichter & Quadflieg 1999 (66) nach einem Intervall von sechs Jahren. Der vorhandene Unterschied im guten Heilungserfolg (21% vorliegende

Studie versus 27% bei Fichter & Quadflieg) relativiert sich durch den höheren Anteil an schlechtem Outcome in Fichters Untersuchung (26% in unserer Studie versus 48%). Wie der Tabelle 22 zu entnehmen ist, korreliert eine längere Follow-up-Dauer mit einem besseren Heilungserfolg. In der Untersuchung von Ham et al. 1994 (71) zeigt sich fast eine Verdreifachung im guten Outcome zwischen dem 1. und 3. Follow-up- Zeitpunkt (13% versus 36%) und dem gegenüber ein deutlicher Rückgang der Patienten mit schlechtem Outcome (35% versus 12%). Gleiches bestätigen die Ergebnisse der beiden Messzeitpunkte von Fichter & Quadflieg 1999 (66). Anhand dieser Erkenntnisse können wir mit Recht mutmaßen, dass sich die Ergebnisse der Heiligenfeld Kliniken bei längerem Follow-up weiter zum Positiven hin entwickeln würden.

Auffallend war die Rate der Patientinnen (drei von acht), die trotz eines BMI-Wertes im normalgewichtigen Bereich eine Amenorrhoe hatten. In der Literatur finden sich Angaben, denen zufolge das Gewicht beim Wiedereinsetzen der Menstruation etwa 2 kg über dem Ausgangsgewicht lag (87). Wir können also nicht sicher sagen, ob diese Patientinnen noch nicht über ihrem Ausgangsgewicht lagen oder ob möglicherweise andere gynäkologische Ursachen vorlagen, auf die die Amenorrhoe zurückzuführen ist. Ist jedoch letzteres der Fall, wovon zumindest im Einzelfall ausgegangen werden kann, können diese Patientinnen ebenfalls einem guten Heilungserfolg zugeordnet werden.

Wie bereits in einem früheren Abschnitt dieser Arbeit erwähnt, ist es inzwischen umstritten, die Amenorrhoe als Diagnosekriterium einer Anorexia nervosa heranzuziehen (47)(88).

Eine alternative Möglichkeit den Heilungserfolg zu evaluieren, ohne dabei zwangsweise das Menstruationsverhalten zu berücksichtigen, ist es, die Kombination aus BMI und Angst vor einer Gewichtszunahme zu betrachten. Anhand dieser beiden Kriterien wurde in vorangegangenen Studien die Magersuchtsymptomatik zum Katamnesezeitpunkt untersucht, was uns wiederum einen Vergleich mit den Ergebnissen anderer ermöglicht. Von einer Remission wird ausgegangen, wenn der BMI größer 17,5 kg/ m<sup>2</sup> ist und keine Angst vor einer Gewichtszunahme besteht. Ein BMI größer 17,5 kg/ m<sup>2</sup> bei gleichzeitiger Furcht vor einer Zunahme des Körpergewichts oder ein BMI kleiner/ gleich 17,5 kg/ m<sup>2</sup> ohne Angst definieren eine

Verbesserung der Erkrankung und ein BMI kleiner/ gleich 17,5 kg/ m<sup>2</sup> mit Angst vor Gewichtszunahme präzisieren das Vollbild der AN.

**Tbl. 23:** Vergleich vorliegender Studie mit anderen Katamnesen hinsichtlich des Heilungserfolges

Studie	KD	n	Heilungserfolg		
			gut	mittel	schlecht
vorliegende Studie	2,8	26	23%	54%	23%
Fichter&Quadflieg (1999)	6,0	101	35%	38%	27%
Kächele et al. (2001)	2,5	355	22%	53%	25%
Popp (2010)	0,9	67	44%	46%	10%

KD = Katamnesedauer in Jahre

n = Anzahl an Patienten

Fichter & Quadflieg 1999 (66)

Kächele et al. 2001 (65)

Popp 2010 (42)

Im Vergleich der vorliegenden Studie mit der von Kächele et al. 2001 (65) konnten nahezu identische Ergebnisse erzielt werden. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass die Patienten von Kächele, in dessen Katamnese 43 Fachkliniken eingeschlossen waren, deutlich jünger waren als die Patientinnen der vorliegenden Studie (24,8 versus 39,0 Jahre). Wenngleich der Prozentsatz der Patienten, die sich in Remission befanden, bei Fichter & Quadflieg 1999 (66) etwas höher liegt, was unter Berücksichtigung des längeren Follow-up Zeitraumes zu interpretieren ist, liegt in unserer Katamnesestichprobe der Anteil der Patientinnen mit schlechtem Heilungserfolg niedriger. Das ungleich bessere Ergebnis der Seeparkklinik (Popp 2010 (42)), welches innerhalb eines deutlich kürzeren Katamneseintervalls erreicht wurde, kann mutmaßlich darin begründet liegen, dass die Verweildauer der Patientinnen der Seeparkklinik beinahe doppelt so hoch liegt wie die unsrige (105

versus 57,7 Tage) und die Patienten demzufolge schon bei Entlassung höhere BMI-Werte zeigen (17,7 versus 16,3 kg/ m<sup>2</sup>). Zudem kommt vermutlich auch hier das höhere Lebensalter unserer Probanden zum Tragen.

Als reliablen Indikator für das Weiterbestehen der Essstörung diskutieren auch Finzer und Haffner et al. 1998 (67) in ihrer Katamnese die bei Follow-up noch bestehende „Angst vor Gewichtszunahme“.

#### **4.2.2 Poststationärer Verlauf**

##### **4.2.2.1 Essstörungsspezifische Verhaltenspathologie**

Neben der besser objektivierbaren Gewichtsentwicklung interessierte uns auch, welche Erfolge die Heiligenfeld Kliniken hinsichtlich der Reduktion essstörungsspezifischer Verhaltenspathologien realisieren konnten. Da die Fragen zum Essverhalten und gewichtsreduzierenden Maßnahmen in vielen Studien unterschiedlich detailliert abgefragt werden und diverse Untersuchungsinstrumente zugrunde gelegt werden, ist ein Vergleich nur partiell möglich. Zudem kommt die im Punkt 4.1.5 Untersuchungsinstrumente erörterte Problematik hinzu, dass in Abhängigkeit der Interpretation krankheitsdefinierende Merkmal unterschiedlich ausgelegt werden können (z.B. wann ist ein Essanfall ein Essanfall?).

Die in der folgenden Tabelle genannten Maßnahmen „absichtliches Erbrechen“ und „Laxantienabusus“ gehören zu einem Spektrum an zielorientierten Verhaltensweisen, die mit der Intension angewandt werden, aufgenommene Kalorien wieder loszuwerden. Diese Verhaltensweisen, die in der Folge zur Diarrhoe oder Erbrechen führen, werden in der Fachsprache als „Purging Verhalten“ zusammengefasst (89). Andere Vergleichsstudien evaluierten zudem das Vorkommen von „Essanfällen“, also Ereignisse bei denen es zu einer unkontrollierten Aufnahme großer Nahrungsmengen kommt. In ihrem Beitrag in den „S3-Leitlinien Diagnostik und Behandlung von Essstörungen“ beschreiben Schweiger et al. genau die von uns schon angesprochene Problematik der variablen Interpretation. Während von einem „objektiven Essanfall“ dann gesprochen wird, wenn die aufgenommene Nahrungsmenge tatsächlich den Energiegehalt einer normalen Mahlzeit übersteigt

(wobei es keine einheitlich definierte Kalorienmenge gibt), kann eine ungewollte oder ungeplante Nahrungsaufnahme, ohne dass diese mengenmäßig über das normale Maß hinausgeht, subjektiv als Essanfall empfunden werden (89). Essanfälle wurden in unserem Katamnesefragebogen nicht erhoben.

**Tbl. 24:** Vergleich vorliegender Studie mit anderen Katamnesen hinsichtlich gewichtsreduzierender Maßnahmen zum Follow-up

Studie	Erbrechen	Laxantien abusus	Essanfälle	niedr.kalor. Nahrung/Diät
vorliegende Studie	23,5%	9%	--	44%
Steinhausen (1993)	12%	6%	--	--
Huber (2007)	31%	10%	37%	53,5%
Popp (2010)	~16%	~10%	24%	~44%

Steinhausen 1993 (75)	Huber 2007 (41)	Popp 2010 (42)
-----------------------	-----------------	----------------

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, stellen die niedrig kalorische Nahrung bzw. das Halten von Diät die am häufigsten angegebene Methode zur Gewichtsreduktion dar. Dieses Ergebnis ist insofern nicht überraschend, weil sich viele essgestörte Patienten über den Krankheitsverlauf hinweg zu wahren „Hungerkünstlern“ entwickeln, bei denen ein restriktives Essverhalten eine typische Verhaltensweise darstellt (89).

Da es sich vielfach und mutmaßlich auch in unserer Stichprobe um langjährige Krankheitsverläufe handelt, bei denen dieses Verhalten über Jahre hinweg praktiziert wurde, ist davon auszugehen, dass nach einem Katamneseintervall von 2,8 Jahren noch kein vollständig normales Essverhalten bzw. eine unbeschwerte Einstellung zu Kalorien und Fettgehalt gezeigt wird. Andere Autoren konnten sogar zeigen, dass ein normales Verhältnis zu Essen und Figur auch nach zehn Jahren nur schwer zu

erreichen war (72). Da wir mutmaßlich davon ausgehen, dass es sich bei den Heiligenfeld Patienten um ein spezielles Patientenkontinuum handelt, welches unter anderem eine gewisse Offenheit für Spiritualität mitbringt, soll an dieser Stelle noch die Empfehlung von Schweiger et al. genannt sein, die bei der Interpretation von Angaben zu restriktiven Essverhalten zu bedenken geben, dass diese auch durch asketische Ideale motiviert sein kann (89). Ebenfalls relativ häufig genannt wurde „absichtliches Erbrechen“, was dahingehend nachvollziehbar ist, dass es eine schnelle Methode ist zugeführte Kalorien zügig loszuwerden. Diese Beobachtung wurde auch von Huber 2007 (41) gemacht, der mit weiteren Studien verglich. Rückschlüsse auf den Anteil der anorektischen Patientinnen vom bulimischen Typus, wie sie von letztgenanntem Autoren gezogen wurden, sind in unserer Stichprobe zum einen nicht möglich, weil „Essanfälle“ in unserm Fragebogen nicht evaluiert wurden, zum anderen enthält unsere Stichprobe ohnehin bulimische Patientinnen. In einer prospektiven Follow-up-Studie konnten Wentz et al. 2001 (72) zeigen, dass ein großer Teil der anorektischen Patienten im Verlauf der Erkrankung bulimische Episoden zeigte oder sogar in das Vollbild einer BN überging, bei Fichter & Quadflieg 1999 (66) waren es nach sechs Jahren rund 17%, bei denen es zum Diagnosewandel kam. Ob es auch in unserem Kollektiv Patientinnen gab, denen zum Follow-up eine andere Diagnose gestellt werden würde, könne wir nicht sagen. Für eine bessere Evaluation des Verlaufs der AN wäre es demnach sinnvoll in einer Folgestudie „Essanfälle“ mit zu erheben, um bulimische Episoden zu erfassen.

#### **4.2.2.2 Psychische Befindlichkeiten und Körperbild**

Bei der Auswertung der Katamnesefragebögen konnten in der Gegenüberstellung der beiden Gruppen „BMI  $\geq 17,5$ “ und „BMI  $< 17,5$ “ einige signifikante Unterschiede gefunden werden, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Im Rahmen der Evaluation der Lebenszufriedenheit und psychischen Befindlichkeit (siehe auch Punkt 3.3.4) konnten wir an unserem Kollektiv zeigen, dass die Patientinnen in der Gruppe mit einem BMI  $\geq 17,5$  kg/ m<sup>2</sup> eine größere Zufriedenheit mit ihrem momentanen Gesundheitszustand angegeben hatten und sich auch im Mittelwertvergleich „glücklicher“ hinsichtlich des Gesundheitszustandes zeigten.

Dieses Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, dass es in der Therapie gelungen ist den Patientinnen den Leidensdruck und die negativen Konsequenzen, welche mit dem Untergewicht und ihrer Erkrankung assoziiert sind, bewusst zu machen. Emmerling & Cuntz 2008 (90) nennen im Kontext der Veränderungsmotivation als weiteres Ziel im stationären Setting, dass Bewusstmachen der positiven Auswirkungen einer Gewichtsnormalisierung. Schon Fichter 1985 (58) konnte in seinen Untersuchungen zu gewichtsabhängigen somatischen Befunden an 84 magersüchtigen Patienten zusammenfassend diskutieren, dass eine Vielzahl an somatischen Befunden nahezu ausschließlich auf das Untergewicht zurückzuführen sind. Psychische Veränderungen infolge von Hungern untersuchte selbiger Autor in einem „Fastenexperiment“ an fünf gesunden Probandinnen. Hier konnte er zeigen, dass es in der Phase des Fastens zu einer Zunahme an Depressions- und Angstsymptomatik sowie zu einer Verschlechterung der Befindlichkeit kam. In der nachfolgenden Phase der Gewichtszunahme zeigten sich jedoch alle drei erfassten „Parameter“ wieder in Besserung begriffen. Es lässt sich also zum einen mutmaßen, dass sich unsere Patientinnen (mit einem BMI  $\geq 17,5$  kg/ m<sup>2</sup>) die von Fichter beschriebene Verbesserung eingestehen, was uns eine bessere Selbstwahrnehmung vermuten lässt. Zum anderen, dass unsere Patientinnen, die zum Follow-up noch im anorektischen BMI – Bereich liegen, die durch die Essstörung bedingten körperlichen wie psychischen Einschränkungen verstärkt wahrnehmen, was möglicherweise auf eine gewisse Krankheitseinsicht zurückzuführen ist.

Eine gewisse Bestätigung der eben angestellten Vermutung hinsichtlich einer entwickelten Krankheitseinsicht liefert die nächststehend erläuterte Beobachtung. Einen ebenfalls signifikanten Zusammenhang konnten wir zwischen Katamnese – BMI und der angegebenen Zufriedenheit mit dem Gewicht nachweisen. Demnach waren die Patientinnen unserer Stichprobe mit einem BMI  $< 17,5$  kg/ m<sup>2</sup> signifikant unzufriedener mit ihrem aktuellen Gewicht.

Gehen wir davon aus, dass unsere Patientinnen nicht unzufrieden waren, weil sie ihr Gewicht für zu hoch, sondern für zu niedrig hielten, was uns auch in unserer Frage nach dem aktuellen Wunsch einer Gewichtsabnahme bestätigt wurde (94% gab an derzeit nicht abnehmen zu wollen), so steht dieses Ergebnis im direkten Widerspruch zu der von Fichter 1985 gemachten Beschreibung zur Symptomatik der Magersucht,

der zufolge ein wesentlicher Teil der Symptome [ZITAT] „...*seine dynamische Wurzel in dem Bestreben der Patienten, an Gewicht abzunehmen bzw. das Gewicht unter einer bestimmten Grenze zu halten...*“ (58) hat. Aber erlaubt uns dies schon die Spekulation, dass es in unserem Kollektiv zu einem Rückgang der für die Magersucht spezifischen Essstörungssymptomatik gekommen ist? Um hier keine voreiligen Schlussfolgerungen zu ziehen, betrachten wir uns im Folgenden die Angaben zum Wunschgewicht und die Beantwortung der Frage zum „Körperschema“ (siehe Tabelle 12). In Punkto Wunschgewicht können wir anhand der Angaben unserer Probanden durchaus sehr positive Ergebnisse verzeichnen, die annähernd einer vertretbaren und vor allem „gesunden“ Einstellung entsprechen. Mit einem Mittelwert für den BMI von 18,5 kg/ m<sup>2</sup> für die gesamte Katamnese-Stichprobe liegen die Patientinnen, wenn auch an der Untergrenze, im Bereich des Normalgewichtes. Ein weiteres Indiz dafür, dass sich die Patientinnen auf der kognitiven Ebene ihrer Essstörungspathologie verbessert haben. Weiter erkundigten wir uns bei unseren Probandinnen danach, wie zufrieden sie mit ihrem Körper seien. Eine, trotz bestehenden Untergewichts, stark ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme bzw. die Angst „zu dick“ zu sein, als Charakteristikum der AN, wird auch in den neuesten für die Diagnostik der Essstörung zugrunde gelegten Diagnosekriterien (DSM-V) herangezogen (26). In unserem Kollektiv gaben lediglich drei Patientinnen an, sich „zu dick“ oder „viel zu dick“ zu empfinden, während sich rund die Hälfte der Patientinnen (47%) als „zu dünn“ oder „viel zu dünn“ einschätzte, was bei einem BMI von im Mittel 17,7 kg/ m<sup>2</sup> einer realistischen Selbstwahrnehmung entspricht. Es wiesen damit weit mehr als die Hälfte der Probandinnen, nämlich 91% (44% fand sich weder zu dünn noch zu dick und war demnach zufrieden), nicht länger das oben genannte Diagnosekriterium auf. Im Vergleich mit anderen Katamnesen fand sich in unserem Kollektiv, anders als in der Katamnese der Seepark Klinik (41), keine Patientin, die trotz starken Untergewichts (BMI < 17,5 kg/ m<sup>2</sup>) den Eindruck äußerte sich für „zu dick“ zu halten. Dennoch muss man, wie von Schweiger et al. 2011 in „S3-Leitlinien zu Diagnostik und Behandlung von Essstörungen“ zu recht angemerkt, berücksichtigen, dass die Angaben essgestörter Patienten zu nahrungsbezogenen Fragestellungen (z.B. Angst zu dick zu sein etc.) immer im Kontext mit normativen altersbezogenen Einstellungen und vor dem kulturellen Hintergrund zu sehen sind. Selbige Autoren weisen auch darauf hin, dass die Selbsteinschätzung als „zu dick“ auch von gesunden Frauen gezeigt wird und nur dann als pathologisch einzustufen

ist, wenn es in der Konsequenz zu persistierendem dysfunktionalen Verhalten kommt, welches sich aufgrund eines stark reduzierten Selbstwertgefühls oder fehlender Distanz zu diesen Gedanken entwickelt (89). Vergleichen wir unser Ergebnis, in der Frage zur Zufriedenheit mit dem Gewicht, mit dem Ergebnis der Klinik Lüneburger Heide (42), so lagen wir, mit 62% der Patientinnen die angegeben hatten zufrieden oder sehr zufrieden zu sein, höher als die herangezogene Vergleichsstudie bei der sich die Verteilung zufrieden versus unzufrieden annähernd hälftig zeigte. Bei dieser Interpretation muss jedoch auf die deutlich kürzere Katamnesedauer der Studie von Popp hingewiesen werden. Sehen wir in der Angabe, mindestens zufrieden mit dem Gewicht zu sein, einen ersten Schritt dahingehen, dass die Patientinnen gelernt haben sich anzunehmen, so können wir uns den von Karpowicz et al. 2009 (80) gemachten Vermutungen anschließen. Sie konnten in ihren Untersuchungen zur Entwicklung des Selbstwertgefühls anorektischer Patienten unter multidimensionaler Therapie eine Zunahme des Selbstwertgefühls bei steigendem BMI zeigen und diskutierten dies als Ausdruck für den Zusammenhang zwischen einem hohen Selbstwertgefühl und der Gesundheit.

Angaben zur Lebenszufriedenheit erhielten wir von allen unseren 34 Patientinnen, die für unsere Katamnese zur Verfügung standen. Im Gruppenvergleich konnten wir mittels Korrelationsanalyse einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem BMI bei Katamnese und der angegebenen Lebenszufriedenheit nachweisen. Auch hier zeigten die Patientinnen, die der Gruppe „BMI < 17,5“ angehörten, eine geringere Lebenszufriedenheit. Wenn auch die Mehrheit der Patientinnen (65% der gesamten Katamnesezeitprobe) die Lebenszufriedenheit bei „sehr gut“ oder „gut“ angab, so zeigte sich im Vergleich der Gruppen, dass die Antwort „sehr gut“ ausschließlich von der Gruppe „BMI ≥ 17,5“ genannt wurde, während die Angaben „schlecht“ und „sehr schlecht“ nur in der Gruppe „BMI < 17,5“ genannt wurden.

Halvorsen et al. 2004 (13), die in ihrer Untersuchung an 51 anorektischen Patientinnen die HUNT-Studie<sup>5</sup> für die Evaluation der Lebenszufriedenheit heranzogen, konnten zum Follow-up, verglichen mit der Normalbevölkerung, eine deutlich geringere Lebenszufriedenheit nachweisen. Auch wenn in ihrer

---

<sup>5</sup> HUNT-Studie: The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) is a collaboration between Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology Verdal, Norwegian Institute of Public Health, and Nord-Trøndelag County Council, 1997

Untersuchung Patienten mit einer oder mehr psychiatrischen Nebendiagnose signifikant weniger zufrieden mit ihrem Leben waren, so konnten Halvorsen et al. die vergleichsweise reduzierte Lebenszufriedenheit gegenüber der Normalbevölkerung nicht alleine durch das Vorliegen psychischer Probleme erklären, da auch in der Gruppe der Patienten ohne weitere psychiatrische Nebendiagnosen die Lebenszufriedenheit geringer war. Als möglichen Grund diskutierten sie Persönlichkeitsmerkmale, die sich häufig bei Magersüchtigen finden. Was außer Frage steht ist die Tatsache, dass Essstörungen, unabhängig von bulimischer oder anorektischer Genese, die empfundene Lebensqualität beeinflussen. Einen nachweislichen Zusammenhang zwischen der Essstörungssymptomatik zum Follow-up und der empfundenen Lebenszufriedenheit diskutierten gleiche Autoren Halvorsen und Heyderdahl 2006 (91). Ebenso zeigten Patientinnen, die nach subjektivem Empfinden ihre Essstörung überwunden hatten, in der Untersuchung von Tagay et al. 2009 (74) eine deutlich höhere Lebenszufriedenheit. Demnach lässt sich also vermuten, dass unsere Patientinnen und insbesondere diejenigen mit einem BMI  $\geq 17,5 \text{ kg/m}^2$ , die mehrheitlich angegeben hatten mit ihrem Leben zufrieden zu sein, in einer Verbesserung ihrer Erkrankung begriffen sind. Keine Fortsetzung der bis hierher gezeigten signifikanten Ergebnisse aus unserm Gruppenvergleich findet sich bei den Angaben zur erlebten Einschränkung durch die Essstörung. Hier konnten wir, in Anbetracht der bisherigen Erkenntnisse, für uns überraschend, keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden BMI-Gruppen nachweisen. Das Ausmaß der subjektiv empfundenen „Behinderung“ durch die Erkrankung unterschied sich nicht in Abhängigkeit des Körpergewichtes. Auch einen vermuteten Zusammenhang mit der Variable „Lebenszufriedenheit“ konnten wir nicht zeigen. Wir sehen hierin zwei mögliche Varianten der Interpretation dieses Befundes. Zum einen kann vermutet werden, dass auch die Patientinnen, die noch keinen BMI außerhalb des anorektischen Bereiches (BMI  $\geq 17,5 \text{ kg/m}^2$ ) erzielt haben, psychisch und physisch so stabil sind und sich deshalb kaum durch die Erkrankung eingeschränkt sehen. Als weitere Ursache dieses Ergebnisses kann spekuliert werden, dass es sich in einigen Fällen um langjährige Krankheitsverläufe handelt, bei denen die Betroffenen eine durch die Chronifizierung bedingte Einschränkung ihres Alltags gar nicht wahrnehmen. Mit letzter Sicherheit können wir jedoch nicht sagen, auf was der nicht nachweisbare Zusammenhang der beiden Variablen zurückzuführen ist, zumal wir auch keine Ausgangsangaben zu dieser Frage haben, an denen wir die Tendenz

der Veränderung detektieren könnten. Prinzipiell wäre ja auch eine Verschlechterung der Angaben denkbar, d.h. eine stärker empfundene Einschränkung zum Follow-up als zum Aufnahmezeitpunkt, weil den Patientinnen erst durch die Therapie die Dezimierung ihrer Lebensqualität bewusst wurde. Aber aufgrund fehlender Vergleichsangaben bleibt dies reine Spekulation, könnte jedoch einen Anknüpfungspunkt für mögliche nachfolgende Untersuchungen darstellen.

In Verbindung mit der Bewertung der psychischen Situation zum Follow-up erfragten wir auch Suizidgedanken sowie stattgehabte Suizidversuche. Essstörungen sind nachweislich mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert (51)(52)(50). So berichten Crow et al. 2009 (8) in einer Untersuchung an 1885 Essgestörten von einer Standardmortalitätsrate (SMR) für Suizid für die AN 4.7, die BN 6.5 und EDNOS 3.9. Die Ermittlung der Mortalitätsrate bzw. der Suizidrate in unserem Kollektiv war aus dem Grund nicht möglich, weil wir zu 34 Patientinnen keinerlei persönlichen Kontakt herstellen konnten bzw. durften (22 untersagten eine Kontaktierung noch während der stationären Therapie, zwölf weitere konnten nicht erreicht werden). Aber auch in anderen Studien sind die Angaben zur Todesursache, insbesondere durch Suizid, zum Teil nur inkonstant. Deter et al. 1994 (60) berichten von zwei Suiziden in ihrer Stichprobe, Zipfel et al. 2000 (84) von 14 Todesfällen (16,7%), davon zwei durch Suizid, bei Kächele et al. 2001 (65) waren sechs von zehn Todesfällen auf Suizid zurückzuführen, bei Fichter & Quadflieg 1999 (66) war keiner der fünf berichteten Todesfällen durch Selbsttötung bedingt. Weniger präzise sind die Angaben von Steinhausen und Boyadjieva et al. 2003 (63), die sieben Todesfällen (2,9%) „inclusive Suizid“ verzeichnen. Um die Suizidalität unseres Kollektivs orientierend einschätzen zu können, fragte wir die Katamneseteilnehmerinnen nach bisherigen Suizidgedanken und vollzogenen Suizidhandlungen. Auch hier zeigten sich die Patientinnen, die der BMI-Gruppe  $< 17,5 \text{ kg/m}^2$  angehörten, signifikant häufiger suizidal. In der Stichprobe ( $n = 34$ ) von der uns hierzu Angaben vorlagen waren es immerhin 26,5%, die angegeben hatten sich mit diesem Thema auseinandergesetzt zu haben. In der Stichprobe von Halvorsen et al. 2004 (13) waren es 53%, die angegeben hatten schon einmal Suizidgedanken gehabt zu haben, 14% bekannten sich zu einem oder mehreren Suizidversuchen. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich unsere Frage auf den Zeitraum

nach der Entlassung aus den Heiligenfeld Kliniken bezog, während Halvorsen den zeitlichen Rahmen nicht limitierte.

#### **4.2.2.3 Behandlung im Katamnesezeitraum**

Weiter interessierte uns, welche (psychologischen) Behandlungen unser Kollektiv im Zeitraum zwischen Entlassung und Katamnese in Anspruch nahmen. Die stationäre Behandlung alleine ist für die Therapie einer Essstörung nicht ausreichend, es bedarf einer Fortführung im Sinne einer teilstationären oder ambulanten Therapie (92). Der Krankheitsverlauf sowohl für die AN als auch für die BN kann sehr unterschiedlich sein und erstreckt sich meist über mehrere Jahre. Herzog et al. 1997 (93) diskutierten in ihrer Studie zum Langzeitverlauf der AN eine durchschnittliche Zeitspanne von sechs Jahren, die es bedarf, bis es nach einer ersten stationären Behandlung zu einer Remission kommt. Ähnliche Zahlen berichten Strober et al. 1997 (15), die in ihrer Langzeitstudie an Magersüchtigen ein Zeitintervall bis zur vollständigen Genesung (kein Nachweis von Kriterien der AN oder BN) von 79,1 Monaten diskutierten. In einer prospektiven Studie von Fichter & Quadflieg 2004 (37) wurden bulimische Patientinnen zwei, sechs und zwölf Jahre nach stationärer Behandlung nachuntersucht. Die DSM-IV Kriterien für die Diagnose einer Essstörung waren bei 53% nach zwei Jahren, bei 66,7% nach sechs Jahren und bei 66% nach zwölf Jahren nicht mehr erfüllt. Ohne Details zu Chronifizierungsraten oder andere Komplikationen dieser beiden Erkrankungsentitäten kennen zu müssen, ist allein anhand dieser Zahlen nachvollziehbar, dass eine stationäre Therapie von im Schnitt wenigen Wochen bis Monaten nicht ausreichen kann, um eine Essstörung nachhaltig erfolgreich zu behandeln. Zudem erfordert die krankenhausbedingte Herausnahme aus der Alltagssituation mit oft langdauernder Behandlung in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen, eine gut organisierte poststationäre ambulante Versorgung (92). Vor diesem Hintergrund, den Therapieerfolg nachhaltig zu sichern, wurde in den Heiligenfeld Kliniken ein spezielles Nachsorgekonzept etabliert (siehe Punkt 1.4.2). Die Patientinnen werden dabei unterstützt die erzielten Veränderungen in den Alltag zu transferieren. Demnach ist es nicht verwunderlich, dass bei unserer Frage nach einer weiterführenden ambulanten Nachbehandlung 82% der Patientinnen angegeben hatten, eine solche in Anspruch genommen zu haben. Bei

Fichter & Quadflieg 1999 (66) waren es knapp um die 70%, die eine ambulante Therapie im Katamneseintervall bestätigten, in der Multi-Center-Studie von Kächele et al. 2001 (65) lediglich um die 60%. Die in vorliegender Studie vergleichsweise hohe Rate an ambulanter Nachsorge sollte jedoch nicht als negativ interpretiert werden. Gerade weil es oft schwierig ist Betroffene in Therapie zu halten und Essstörungen zu Rückfällen und Chronifizierung neigen, kann die Bereitschaft zur ambulanten Psychotherapie sogar als wichtiger Therapieerfolg gesehen werden. Die Akzeptanz weiterführender Therapiemaßnahmen zeugt von einer gewissen Veränderungsmotivation und führt langfristig zu einer Verbesserung der Prognose. Ebenfalls evaluiert wurden stationäre Nachbehandlungen. Hier gaben elf (32%) Patientinnen an, einen weiteren Klinikaufenthalt aufgrund der Essstörung gehabt zu haben, drei Patientinnen waren zum Nachuntersuchungszeitpunkt erneut in stationärer Therapie und zwei Probandinnen gaben im Gespräch an, aktuell auf einen Therapieplatz zu warten. Die stationäre Nachbehandlungsquote der vorliegenden Untersuchung entspricht damit annähernd der von Fichter & Quadflieg 1999 (66) mit 66,3% stationär Nachbehandelter zum 6-Jahres Follow-up und Fichter & Quadflieg 1997 (76) mit 38,9% zum 2-Jahres Follow-up und 68,4% zum 6-Jahres Follow-up. Auch in der Untersuchung von Morgen & Russell 1975 (85) war im Katamnesezeitraum von vier Jahren bei annähernd der Hälfte der Patienten eine Wiederaufnahme notwendig.

Ein bemerkenswert großer Anteil der Patientinnen (86%) gab an, den Kontakt zur ambulanten Therapie „alleine“ gefunden zu haben. Lediglich zwei Patientinnen nannten die Heiligenfeld Kliniken als „Vermittler“. Diesen Befund erklären wir uns dadurch, dass sich vermutlich die Mehrheit der Patientinnen schon vor der Therapie in den Heiligenfeld Kliniken in einer zufriedenstellenden ambulanten Behandlung befand, in die nach der Entlassung zurückgekehrt wurde.

#### 4.2.2.4 Psychosoziale Adaptation

Bevor wir die Diskussion mit der Evaluation der Therapie der Heiligenfeld Kliniken abschließen möchten, interessierten uns noch die sozialen Beziehungen und Sozialkontakte unserer Patientinnen zum Nachuntersuchungszeitpunkt. Essstörungen gehen nicht selten mit einer sozialen Isolation einher. Auch im langfristigen Verlauf und nach Remission der Essstörung finden sich nachweislich vielfach merkbare Probleme in der sozialen Integration und in zwischenmenschlichen Beziehungen (72). Unseren Fragenkomplex zu „Sexualität und Partnerschaft“ reduzierten wir, wie in Punkt 3.3.6.1 erläutert, im telefonischen Interview auf Fragen, die sich ausschließlich auf Art und Zufriedenheit in der Partnerbeziehung bezogen. In vorangegangenen Untersuchungen war das Thema Sexualität vielfach evaluiert und diskutiert worden. Halvorsen et al. 2004 (13) konnten in ihrer retrospektiven Studie zur Untersuchung des Outcomes nach systematischer Therapie zeigen, dass Patientinnen, die zum Nachuntersuchungszeitpunkt noch eine bestehende Essstörung hatten, vergleichsweise häufiger Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Thematik Sexualität hatten. Auch in der Heidelberg-Mannheim Studie (60) evaluierten Deter et al. 1994 im Rahmen des „*Psychosexual Functioning*“ umfänglich das Thema Sexualität und wiesen darauf hin, dass lediglich 36% eine positive Einstellung (keine Ängste, kein Desinteresse) hierzu angaben. Die Autoren dieser Untersuchung konnten zudem zeigen, dass mit einem besseren Outcome nach den Morgan und Russel Kriterien auch häufiger regelmäßige sexuelle Kontakte angegeben wurden. In der prospektiven Studie von Gillberg et al. 1994 (86), die für ihre Untersuchung auch eine Vergleichsgruppe der Bevölkerung heranzogen, waren sexuell zufriedenstellende Beziehungen in der AN-Gruppe deutlich seltener als in der Vergleichsgruppe. In der vorliegenden Studie befanden sich bei Katamnese 47% in einer Beziehung, darunter 9% mit Spannungen. Ähnliche Ergebnisse berichten Fichter & Quadflieg 1999 (66), hier waren 48,2% zum 2-Jahres Follow-up und 55,2% zum 6-Jahres Follow-up in einer stabilen Beziehung. Diese Entwicklung wird auch von Deter et al. 1994 (60) berichtet, die größere Verbesserungen im Bereich der sozialen Beziehungen nach einer Follow-up-Dauer von über zehn Jahren diskutieren. In ihrer Studie waren es dennoch 23%, die zum Follow-up nach 11,8 Jahren ein problematisches Sozialverhalten zeigten. Herpertz-Dahlmann et al. 2001 (12)

referieren von nur 38,4%, die nach zehn Jahren Katamnesedauer in einer stabilen Beziehung lebten, wenngleich insgesamt 69% ihres Kollektives zu diesem Zeitpunkt als genesen galten. Mit 47%, die sich nach nur 2,8 Jahren Katamnesedauer in einer Beziehung befanden, verzeichnen die Heiligenfeld Kliniken auch hinsichtlich sozialer Adaptation im Sinne einer „Bindungsfähigkeit“ sehr gute Ergebnisse. Dies ist möglicherweise auf die Unternehmensphilosophie zurückzuführen, die die Gemeinschaft, den gegenseitigen Respekt und die Rücksichtnahme sowie den achtsamen Umgang miteinander und die insgesamt humanistische Denke als Basis für den Behandlungserfolg sehen. Als prognostischen ungünstig in Zusammenhang mit Familie und sozialen Faktoren identifizierten verschiedene Autoren eine gestörte Beziehung zu den Eltern (70)(85). Dieser nachweislich schlechte Prognosefaktor, den auch die vorliegende Studie indirekt durch die Frage nach der Zufriedenheit mit der familiären Beziehung evaluierte, war bei annähernd 70%, die ihre Beziehung als zufrieden angegeben hatten, demnach kaum gegeben. Spekulativ könnten wir also von einer tendenziell günstigen Prognose für die Heiligenfeld Patientinnen ausgehen, aber es bleibt natürlich zu beachten, dass die Zufriedenheit mit der familiären Beziehung neben der Essstörung auch durch weitere Faktoren beeinflusst wird. So konnten Halvorsen et al. 2004 (13) zeigen, dass Patienten die neben der Essstörung weitere psychiatrische Nebendiagnosen aufwiesen häufiger eine nichtzufriedenstellende Beziehung zur Familie angaben. In wie weit dieser Faktor auch die Angaben unserer Patientinnen beeinflusst kann nicht ermittelt werden, da uns keine Angaben zu psychiatrischen Nebendiagnosen zum Nachuntersuchungszeitpunkt vorlagen. Dieses hohe Maß an Zufriedenheit in Zusammenhang mit der familiären Situation kann möglicherweise auch auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass sich die Patientinnen mehrheitlich (62%) unabhängig von ihrer Ursprungsfamilie sahen. Paradoxerweise gaben jedoch zwei von drei Patientinnen an, die zuvor versicherten zufrieden mit der familiären Beziehung zu sein, keine Aussicht auf Unabhängigkeit zu sehen. Erklären ließe sich dieser Befund vermeintlich dadurch, dass viele Essgestörte und insbesondere Magersüchtige Probleme darin haben, sich aus der elterlichen Beziehung zu lösen und eine Angst vor dem Erwachsenwerden und der Verantwortungsübernahme besteht (94)(55). In der Katamnese von Casper et al. 1996 (69), die in ihrer Untersuchung das Erkrankungsalters (Adoleszent versus Adult Onset) für einen Gruppenvergleich heranzogen, waren es in der Gruppe „Adult Onset“ (mittleres Alter

32 Jahre) mit 80% mehr, die angegeben hatten unabhängig von der Familie zu sein, als in der Gruppe der Adoleszenten (Early and late Adolescent Onset, mittleres Alter 22 und 26 Jahre), hier waren es 70%. Bei der Frage nach außerfamiliären Kontakten lag die Verteilung der Angaben etwa hälftig. 53% unserer Probandinnen gaben an, ihre Freizeit überwiegend alleine oder mit der Familie zu verbringen, der Rest gab an, die Freizeit zumindest teils oder überwiegend mit Freunden zu verbringen. Dieser auch in unserem Kollektiv relativ hohe Anteil an Patientinnen, die scheinbar keine außerfamiliären Kontakte pflegen, bestätigt die schon eingangs in diesem Abschnitt angesprochenen sozialen Verhaltensstörungen essgestörter Patienten (60)(54). Bei Finzer und Haffner et al. 1998 (67) zeigten ein Viertel Einschränkungen in der Freizeitaktivität und ein Drittel ein vermindertes Ausmaß an sozialen Aktivitäten, zumindest einen sozialen Kontakt außerhalb der Familie konnten Halvorsen et al. 2004 (13) in ihrem Patientenkollektiv verzeichnen. Weitere Autoren konnten Probleme in der Herstellung sozialer Kontakte unter Essgestörten nachweisen mit deutlich selteneren außerfamiliären Gruppenaktivitäten (86). Diese Liste ließe sich beliebig lange fortsetzen und würde annähernd ähnliche Ergebnisse liefern. Festzuhalten gilt, dass die Heiligenfeld Kliniken auch mit 50% der Patientinnen, die bei Katamnese ein offensichtlich auffälliges Sozialverhalten angaben, hier nicht schlechter abschneiden. Was unsere Untersuchung jedoch zeigen konnte war, dass die Art der Freizeitgestaltung zumindest in unserer Stichprobe nicht mit dem Gewicht bei Follow-up in Verbindung steht. Auch wenn dies die Abbildung 16 zunächst vermuten ließ, konnte kein Zusammenhang zwischen BMI und Freizeitgestaltung nachgewiesen werden.

### 4.3 Retrospektive Einstellung zur Therapie in den Heiligenfeld Kliniken

Eine wichtige Intension der vorliegenden Katamnese war es, die ehemaligen Patientinnen der Heiligenfeld Kliniken, die dortige Behandlung evaluieren zu lassen. Anhand der Beantwortung der Frage, wie die Patientinnen ihren Krankheitsverlauf von Klinikaufenthalt bis zum Katamnesezeitpunkt sehen, können wir summa summarum von einer positiven Bewertung des Therapieerfolges ausgehen. Beinahe 80% der befragten Patientinnen gaben an, dass sich ihr Zustand gebessert oder sehr gebessert habe, eine Patientin sah sich sogar als geheilt. Da wir mit 2,8 Jahren ein relativ kurzes Katamneseintervall wählten, kann davon ausgegangen werden, dass dieser Erfolg größtenteils auf die stationäre Therapie zurückzuführen war und nur wenig durch weitere Klinikaufenthalte beeinflusst wurden (lediglich 32% hatten eine stationäre Nachbehandlung), wobei der Beitrag der ambulanten Maßnahmen zu berücksichtigen bleibt. Unsere oben angestellte Vermutung einer tendenziell positiven Bewertung kann auch durch die Frage nach der Ergebniszufriedenheit bestätigt werden. Insgesamt bewerteten 63% der anorektischen und 57% der bulimischen Patientinnen das Ergebnis ihrer Therapie als „sehr gut“, „gut“ oder „zufriedenstellend“. Im Vergleich der beiden Gruppen „BMI  $\geq 17,5$ “ und „BMI  $< 17,5$ “ waren es 79% und 53% die mindestens angegeben hatten zufrieden zu sein. An Faktoren die aus Patientensicht den größten Beitrag zur Genesung lieferten, wurden mehrheitlich der eigene Wille bzw. die Einsicht und ambulanten Maßnahmen genannt. Beide Faktoren sind elementar für einen langfristigen Erfolg. Eine ambivalente Einstellung zur Verhaltensänderung, eine mangelnde Behandlungsmotivation oder gar fehlende Krankheitseinsicht machen eine dauerhaft erfolgreiche Therapie nahezu unmöglich. Demnach macht es absolut Sinn, dass der eigene Wille und die Einsicht allem Anschein nach den größten Anteil zur Genesung beitragen. Ebenso der Stellenwert der ambulanten Maßnahmen, die helfen generierte Veränderungen in den Alltag zu transferieren und stationär erreichte Erfolge langfristig zu stabilisieren. Kontinuität im therapeutischen Setting ist, insbesondere bei so stark durch Rückfälle gekennzeichneten Störungsbildern wie es die Essstörungen sind, unabdingbar. Ohne diese wird die beste stationäre Therapie nicht von langfristigem Erfolg zeugen. In der Studie von Strober et al. 1997 (15) kam es bei 29,5% nach Entlassung zu einem Rückfall, ehe es zur klinischen

Verbesserung kam, dabei zeigte sich das höchste Rückfallrisiko in den ersten zwölf Monaten poststationär. 27 von 34 Patientinnen gaben an, dass die Heiligenfeld Kliniken ebenfalls einen Beitrag zur Genesung lieferten, was uns wiederum in der Annahme einer relativ großen Zufriedenheit bestätigt. Zuletzt baten wir die Patientinnen, uns, die für sie wichtigen positiven Erinnerungen an den Klinikaufenthalt, zu nennen. Hier wurden von einer Vielzahl der Probandinnen die „Gemeinschaft und Atmosphäre“ sowie kreative und meditative Therapiebausteine genannt. Es zeigte sich also, dass sich das Klinikkonzept der „Therapeutischen Gemeinschaft“ und die damit verbundenen Atmosphäre in den Heiligenfeld Kliniken bei vielen unserer nachuntersuchten Patientinnen großer Beliebtheit freute und in jedem Fall auch weiter im Zentrum der Therapie stehen sollte. Interessant war zudem die häufige Nennung der meditativen Therapie, die die Heiligenfeld Kliniken im Vergleich zu anderen Kliniken durchaus zu etwas Besonderem machen. In weiteren Studien zur subjektiven Evaluation von stationären Therapiekomponenten finden sich zum Teil ähnliche Ergebnisse wie in vorliegender Studie. Die Studie von Konzag et al. 2005 (95) konnte zeigen, dass auch hier die Interaktion unter den Patienten als sehr hilfreich eingeschätzt wurde, bei Zeeck et al. 2009 (96) erhielt die psychodynamisch orientierte Einzeltherapie die höchste Bewertung, der Kontakt zu anderen Patienten wurde jedoch ebenfalls als hilfreich angesehen.

Die im Zusammenhang mit der retrospektiven Therapieevaluation erhaltenen Daten sprechen für ein insgesamt sehr positives Feedback, die Mehrheit der Patientinnen war mit dem Ergebnis ihrer Therapie zufrieden und über 70% würden die Heiligenfeld Kliniken weiterempfehlen.

## 5. Schlussfolgerungen

Betrachtet man sich die Befunde der vorliegenden Studie in der Gesamtschau, so konnte gezeigt werden, dass das Therapiekonzept der Heiligenfeld Kliniken für die Behandlung von Essstörungen zu guten Resultaten führte. Sowohl auf somatischer, als auch auf psychischer und psychosozialer Ebene konnten positive Ergebnisse erzielt werden. Das erreichte Entlassgewicht konnte im Katamnesintervall von einem Großteil der Patientinnen gehalten und von vielen weiter stabilisiert werden. Dies spricht dafür, dass das Behandlungskonzept der Heiligenfelder, wenn es sich hier auch um keine Spezialeinrichtung für die Behandlung essgestörter Patienten handelt, in dieser Form weiter fortgeführt werden sollte. Da das Klinikkonzept und die Philosophie unter den „Top 4“-platzierten positiven Erinnerungen liegen, ist davon auszugehen, dass die Änderung des Behandlungskonzeptes zu keinen sehr viel größeren Therapieerfolgen führen würde. Jedoch gibt es auch in unserem Kollektiv Patientinnen die keine oder nur geringe Verbesserungen erzielten, hier gilt es die Therapiestrategie möglicherweise zu modifizieren. Eventuell könnte in diesen Fällen eine weitere Intensivierung des meditativen Therapieangebotes den Erfolg steigern. Für die Patientinnen, denen es gelungen ist Verbesserungen zu erzielen, bleibt die Herausforderung diese zu halten und weiter auszubauen.

Um eine bessere Aussage zum Langzeitverlauf der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa treffen zu können, wäre eine weitere Befragung nach einem Intervall von acht oder zehn Jahren zu überlegen. Wünschenswert und sinnvoll wäre zudem eine erneute Untersuchung mit einer größeren Stichprobe, gegebenenfalls mit längerem Katamneseintervall. Interessanter Gegenstand für weitere Forschung wäre eventuell auch die Frage, worin die Patientinnen genau Einschränkungen durch die Erkrankung sehen, da es offensichtlich, wie in unserer Studie gezeigt, weder einen Zusammenhang mit einem niedrigen Gewicht noch mit der Lebenszufriedenheit gibt. Für eine weitere Optimierung der Therapieevaluation sollten sich zukünftige Studien auch um die Untersuchung von Faktoren bemühen, an denen Patientinnen einen positiven Krankheitsverlauf festmachen.

Die vorliegende Studie weist damit einige Limitationen auf, die in Folgeuntersuchungen reduziert werden sollten. Die prognostische Aussage unserer

Untersuchung muss dahingehend eingeschränkt werden, dass die Daten auf einer sehr kleinen Fallzahl basieren und demzufolge nur limitiert repräsentativ sind. Zudem ist der retrospektive Charakter vorliegender Studie damit verbunden, dass eine beträchtliche Menge an Daten nicht verfügbar war (z.B. ISR-Werte bei Aufnahme und Entlassung), weil diese nicht immer routinemäßig erhoben wurden. Bei dem von uns gewählten Studiendesign muss außerdem eine Verzerrung im Sinne eines „Recall Bias“ berücksichtigt und da die Teilnahme freiwillig war, an eine Stichprobenverzerrung („Sampling Bias“ oder „Selection Bias“) gedacht werden. Als die Aussagekraft dezimierend muss weiter auch die große Streubreite des Katamneseintervalls (zehn Monate bis 2,8 Jahre) und des Katamnesealters (20 Jahre bis 63,7 Jahre) angemerkt sein. Zu den Stärken gezeigter Studie gehören in jedem Fall die Untersuchung des Outcomes auf multidimensionaler Ebene (somatisch, psychisch, psychosozial) und der für die Therapieevaluation sinnvoll gewählte kurze Katamnesezeitraum. Die oftmals unzureichende Trennung der in dieser Studie enthaltenen Krankheitsbilder Anorexia nervosa und Bulimia nervosa mag der ein oder andere vielleicht als nachteilig sehen. Wir sehen dies jedoch als großen Vorteil vorliegender Studie, weil hierdurch die Heterogenität der Fälle, die letztlich auch den klinischen Alltag prägt, repräsentiert wird. Wie Schors und Huber (83) richtig bemerken: [ZITAT] *„Die Grenzen zwischen Anorexie und Bulimie sind fließend und deshalb schwer zu ziehen, weil sowohl viele Patientinnen mit Bulimie eine anorektische Phase in ihrer Entwicklung hatten, wie auch einige Patientinnen die Symptome beider Erkrankungen gleichzeitig zeigen.“*

## 6. Zusammenfassung

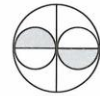
Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) bleiben trotz intensiver Forschung auch im 21. Jahrhundert Erkrankungen die sich durch hohe Chronifizierungsraten und oftmals unbefriedigende Therapieerfolge auszeichnen. Gegenstand vieler Katamnese an essgestörten Patienten ist die Evaluation bestehender Behandlungskonzepte.

Auch die vorliegende Studie an 96 essgestörten Patientinnen und Patienten intendierte den Behandlungserfolg der Heiligenfeld Kliniken in Bad Kissingen zu evaluieren. Hierfür wurden Patienten herangezogen, die sich im Zeitraum vom 01.02.2010 - 01.03.2015 stationär in oben genannter Klinik befanden und nach dem dort angewandten multimodalen Therapiekonzept, bestehend aus verhaltenstherapeutisch-, tiefenpsychologisch- und familientherapeutisch orientiertem Ansatz, behandelt wurden. Einschlusskriterien für die Aufnahme in unsere Studie war die Diagnosestellung einer Anorexia nervosa (50%), Atypischen Anorexia nervosa (35%) oder Bulimia nervosa (16%) nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision) und die Kodierung des Behandlungspfad „Essstörung“. Von 34 der initial 96 Patientinnen der Erhebungsstichprobe konnten mittels postalisch zugesandtem Fragebogen oder per Telefoninterview Katamnesedaten erhoben werden. Um eine Selektion günstiger Verläufe ausschließen zu können, wurde eine Dropout-Analyse durchgeführt. In dieser fanden sich weder hinsichtlich demographischer Merkmale, Komorbiditäten noch in den essbezogenen psychopathologischen Daten (ISR-Werte) signifikante Unterschiede zwischen „Teilnehmern“ und „Verweigerern“. Das Alter bei Katamnese lag im Mittel bei 37,7 Jahren (SD 13,4). Zum Zeitpunkt der Aufnahme lag der BMI bei 15,9 kg/ m<sup>2</sup> (SD 1,1), einem Gewicht von 44,2 kg entsprechend und konnte innerhalb einer mittleren Verweildauer von 56,4 Tagen (SD 20,7) auf einen Entlass-BMI von 16,2 kg/ m<sup>2</sup> (SD 1,2), einem Gewicht von 45,1 kg entsprechend, angehoben werden. In der durchschnittlichen Katamnesedauer von 2,8 Jahre (SD 1,5) konnte der BMI weiter stabilisiert werden und betrug bei Follow-up 17,7 kg/ m<sup>2</sup> (SD 2,2), was dem Gewicht von 49,8 kg entspricht. Insgesamt ist es damit über 70% der Katamneseestichprobe gelungen seit Aufnahme an Gewicht zuzunehmen. Nach den

Kriterien von Morgan & Russel zeigten 21% ein gutes, 53% ein mittleres und 26% ein schlechtes Outcome. Kategorisierte man den Heilungserfolg unter Zuhilfenahme der Variablen „BMI“ und „Angst vor Gewichtszunahme“, so waren 23% der Patientinnen in Remission, 54% zeigten eine Verbesserung ihrer Erkrankung und 23% ließen auf einen schlechten Heilungserfolg schließen. Neben den „somatischen Erfolgen“ (signifikante Veränderung der BMI-Werte) konnten auch positive Ergebnisse auf der kognitiven Ebene der Essstörungspathologie erreicht werden. So können wir anhand der signifikant höheren Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitszustand unter den Patientinnen mit einem BMI  $\geq 17,5$  kg/ m<sup>2</sup> mutmaßen, dass es in der Therapie gelungen war die körperlichen Folgen des Hungerns und deren negativen Auswirkungen herauszuarbeiten und bewusstzumachen. Eine regressive Krankheitssymptomatik ließe sich auch aus der signifikant höheren Unzufriedenheit mit dem Gewicht in der Gruppe „BMI < 17,5“ ableiten. Zum Katamnesezeitpunkt fand sich rund die Hälfte unseres Kollektivs zu „dünn“ oder „viel zu dünn“ und über 94% verneinten die direkte Frage nach dem Wunsch einer Gewichtsabnahme. In der Zusammenschau dieser Befunde kann in der Mehrzahl der Fälle von einer „gesunden“ Einstellung zum Gewicht ausgegangen werden. Sieht man die retrospektive Evaluation der Therapie in der Gesamtschau, so kann im Durchschnitt ein positives Fazit gezogen werden. Wenngleich der eigene Wille, die Einsicht und ambulanten Maßnahmen den grundlegenden Beitrag zur Genesung lieferten, so wurden von einer Vielzahl der Patientinnen auch die Heiligenfeld Kliniken als zur Genesung betragener Faktor angesehen. Als besonders angenehme Erinnerungen stellten sich dabei die Gemeinschaft und die Atmosphäre heraus, was in Teilen die Ergebnisse anderer Untersuchungen repliziert. Die deutliche Mehrheit der Patientinnen gab an, zufrieden mit dem Ergebnis ihrer Therapie zu sein und würde die Heiligenfeld Kliniken weiterempfehlen. Insgesamt betrachtet dokumentieren die gezeigten Ergebnisse, dass das Behandlungskonzept der Heiligenfeld Kliniken gute Erfolge in der Essstörungstherapie verzeichnet und in dieser Form weitergeführt werden sollte.

## 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 • Gerichtstand: 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 Katamnesefragebogen

(ergänzt durch Angaben der prozentualen Verteilung der Patientenbefragung)

**Anmerkung:** \*\* Frage war nur im postalisch zugestellten Fragebogen enthalten

### 1. Bitte geben Sie an:

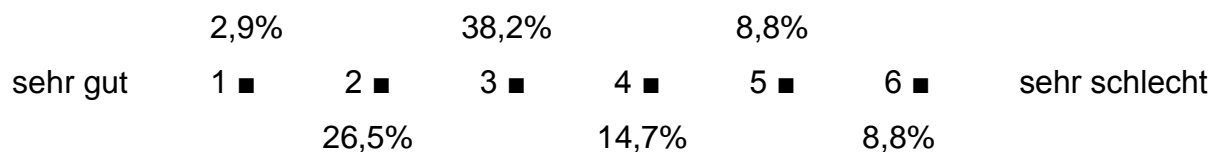
1.1 Aktuelles Gewicht Mittelwert: 49,8 kg  $\pm$  7,2 n=31

1.2 Wunschgewicht Mittelwert: 51,9 kg  $\pm$  5,8 n=30

1.3 höchstes Gewicht seit Entlassung\*\* Mittelwert: 51,5 kg  $\pm$  6,2 n=6

1.4 niedrigstes Gewicht seit Entlassung\*\* Mittelwert: 44,9 kg  $\pm$  6,9 n=6

### 2. Wie würden Sie auf einer Skala von 1 bis 6 Ihren momentanen Gesundheitszustand beschreiben? (n = 34)



### 3. Wie würden Sie sich heute in Bezug auf Ihre Essstörung bezeichnen als (im Vgl. zum Klinikaufenthalt)? (n = 34)

1 ■	geheilt	2,9%
2 ■	sehr gebessert	32,4%
3 ■	etwas gebessert	44,1%
4 ■	unverändert	14,7%
5 ■	etwas verschlechtert	2,9%
6 ■	sehr verschlechtert	2,9%

### 4. Momentan sind Sie mit Ihrem Gewicht: (n = 34)

1 ■	sehr zufrieden	17,6%
2 ■	zufrieden	44,1%
3 ■	unzufrieden	29,4%
4 ■	sehr unzufrieden	8,8%

**5. Fürchten Sie sich davor zuzunehmen? (n = 34)**

1 ■	keine Angst vor dem Zunehmen	29,4%
2 ■	gelegentlich Angst zuzunehmen	38,2%
3 ■	ständig in Sorge zuzunehmen	20,6%
4 ■	der Gedanke daran zuzunehmen, löst bei mir Panik aus	11,8%

**6. Möchten Sie jetzt abnehmen? (n = 34)**

1 ■	ja	14,7%
2 ■	nein	85,3%

**7. Schenken Sie Ihrer Figur größere Beachtung? (n = 34)**

1 ■	immer	11,8%
2 ■	oft	44,1%
3 ■	gelegentlich	26,5%
4 ■	selten	8,8%
5 ■	nie	8,8%

**8. Wie finden Sie Ihren Körper?**

8.1 viel zu dünn	1 ■	2 ■	3 ■	4 ■	5 ■ viel zu dick
(n = 34)	20,6%	26,5%	44,1%	5,9%	2,9%

8.2 anziehend**	1 ■	2 ■	3 ■	4 ■	5 ■ abstoßend
(n = 6)	--	--	50%	33,3%	16,7%

8.3 weiblich**	1 ■	2 ■	3 ■	4 ■	5 ■ unweiblich
(n = 6)	--	--	33,3%	50%	16,7%

**9. Nehmen Sie Ihre Mahlzeiten regelmäßig ein? (n = 34)**

	immer	oft	gelegentlich	selten	nie
Frühstück	64,7%	14,7%	5,9%	2,9%	11,8%
Mittagessen	41,2%	20,6%	23,5%	2,9%	11,8%
Abendessen	70,6%	8,8%	20,6%	--	--

**10. Wie oft haben Sie die betreffenden Maßnahmen in den letzten 3 Monaten zur Gewichtskontrolle angewandt? (n = 34)**

	gar nicht	< 1x/Wo	1x/Wo	2-3x/Wo	tgl.	mehrmals tgl.
absichtl. Erbrechen	76,5%	5,9%	2,9%	5,9%	2,9%	5,9%
Abführmittel	91,2%	8,8%	--	--	--	--
ganztägig Fasten	91,2%	5,9%	2,9%	--	entf.	entf.
Sport (Hyperaktivität)	50%	2,9%	14,7%	23,5%	5,9%	2,9%
Diät/ niedr. kalor. Nahrung	55,9%	5,9%	8,8%	5,9%	20,6%	2,9%

**11. Haben Sie seit Entlassung daran gedacht oder geplant sich das Leben zu nehmen? (n = 34)**

- 1 ■ ja 26,5%
- 2 ■ nein 73,5%

**12. Angaben zur Beziehungssituation. Sie haben: (n = 34)**

- 1 ■ eine stabile Beziehung 38,2%
- 2 ■ Beziehung mit Spannungen 8,8%
- 3 ■ < als 6 Monate keinen Partner 14,7%
- 4 ■ > als 6 Monate keinen Partner 35,3%
- 5 ■ noch nie eine Partnerschaft 2,9%

**13. Die Beziehung ist:** (n = 13)

1 ■	sehr zufriedenstellend	38,4%
2 ■	zufriedenstellend	30,8%
3 ■	neutral	30,8%
4 ■	nicht zufriedenstellend	--

**14. In einer Partnerschaft halten ich sexuellen Kontakt für\*\*:** (n = 6)

1 ■	sehr wichtig	16,7%
2 ■	wichtig	83,3%
3 ■	unwichtig	--
4 ■	überflüssig	--

**15. Ich verbringe meine Freizeit:** (n = 34)

1 ■	überwiegend alleine	32,4%
2 ■	überwiegend mit der Familie	20,6%
3 ■	sowohl alleine, als auch mit Freunden/ Bekannten	38,2%
4 ■	überwiegend mit Freunden/ Bekannten	8,8%

**16. Meine Beziehung zu meiner Familie ist:** (n = 34)

1 ■	sehr zufriedenstellend	17,6%
2 ■	zufriedenstellend	50%
3 ■	neutral	17,6%
4 ■	nicht zufriedenstellend	14,7%

**17. Wenn ich über meine Selbstständigkeit nachdenke bezüglich meiner Familie...** (n = 34)

1 ■	...gibt es keine Aussicht unabhängig zu werden	8,8%
2 ■	...gibt es einige überwindbare Schwierigkeiten	29,4%
3 ■	...ich bin unabhängig von der Familie	61,8%

**18. Hatten Sie nach der Entlassung aus den Heiligenfeld Kliniken weitere Klinikaufenthalte wegen Ihrer Essstörung?** (n = 34)

1 ■	ja	32,4%
2 ■	nein	67,6%

**19. Hatten Sie nach der stationären Therapie in Heiligenfeld eine ambulante Therapie? (n = 34)**

- 1 ■ ja 82,4%
- 2 ■ nein 17,6%

**19.1 WENN JA: Wie haben Sie den Kontakt zur amb. Therapie gefunden? (n = 28)**

- 1 ■ alleine 85,8%
- 2 ■ mit Hilfe von Heiligenfeld 7,1%
- 3 ■ mit Hilfe meines Hausarztes --
- 4 ■ mit Hilfe von Beratungsstellen 7,1%

**19.2 WENN NEIN: Woran ist es gescheitert? (n = 6)**

- 1 ■ es lag an mir, ich wollte nicht mehr 100%
- 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? (n=34)**

- 1 ■ ja, ich selber bin der Meinung 50%
- 2 ■ ja, mein Umfeld ist der Meinung 5,9%
- 3 ■ nein 44,1%

**21. Was hat Ihrer Meinung nach zur Genesung beigetragen? (n = 34)**

	gar nicht	etwas	stark	sehr stark
Heiligenfeld	20,6%	38,2%	32,4%	8,8%
Beruf/ Studium/ Schule	58,8%	14,7%	23,5%	2,9%
Familie	38,2%	26,5%	23,5%	11,8%
Eigener Wille/ Einsicht	11,8%	20,6%	35,3%	32,4%
amb. Maßnahmen	20,6%	26,5%	38,2%	14,7%
mehr Wohlbefinden durch höheres KG	47,1%	20,6%	20,6%	11,8%

**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 (n = 5)	80%	20%	--	--
Beruf/ Studium/ Schule (n = 5)	80%	20%	--	--
Familie (n = 5)	40%	40%	--	20%
Eigener Wille/ Einsicht (n = 5)	40%	60%	--	--
amb. Maßnahmen (n = 5)	40%	60%	--	--
mehr Wohlbefinden (n = 4) durch höheres KG	25%	75%	--	--

**23. Wie würden Sie auf einer Skala von 1 bis 6 Ihre momentane Lebenszufriedenheit beschreiben? (n = 34)**

sehr gut	1 ■	2 ■	3 ■	4 ■	5 ■	6 ■ sehr schlecht
	2,9%	17,6%	44,1%	14,7%	8,8%	11,8%

**24. Was sind Sie von Beruf?\*\***

\_\_\_\_~Freitext~\_\_\_\_\_

**25. Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen:**

(n=34)

trifft nicht zu	1 ■	2 ■	3 ■	4 ■	5 ■	6 ■	trifft extrem zu
	26,5%	20,6%	14,7%	11,8%	23,5%	2,9%	

**26. Aktueller Familienstand\*\*:** (n = 6)

■ ledig 66,7%      ■ verheiratet --      ■ geschieden 33,3%      ■ verwitwet --

**27. Haushalt. In wessen Haushalt leben Sie?\*\*** (n = 6)

■ eigener Haushalt 100%      ■ im Haushalt der Eltern --  
 ■ Wohngemeinschaft --      ■ sonstiger Haushalt --

27.1 Wieviel Personen leben in diesem Haushalt?\*\* \_\_1\_\_

27.2 Wieviel davon sind < 18 Jahre?\*\* \_\_0\_\_

**28. Anzahl Psychotherapiestunden. Wie viele Psychotherapiestunden bei prof. Psychotherapeuten haben Sie in Ihrem Leben bisher insgesamt gehabt? (n=34)**

■ keine	--	■ bis 5 Stunden	--
■ 6-25 Stunden	--	■ 26-160 Stunden	35,3%
■ 161-300 Stunden	35,3%	■ mehr als 300 Stunden	29,4%

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

*Mittelwert: 6,7 Wochen  $\pm$  15,0 (n = 34)*

**30. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung (Essstörung) eingeschränkt? (n = 34)**

	11,8%	--		5,9%	--		14,7%	5,9%				
gar nicht	0 ■	1 ■	2 ■	3 ■	4 ■	5 ■	6 ■	7 ■	8 ■	9 ■	10 ■	unerträglich
		2,9%		8,8%		8,8%		32,4%		8,8%		

**31. Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung**

**Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben? (n = 33)**

■ Monatsblutung ist unverändert (normal)	21%
■ überhaupt keine Monatsblutung	49%
■ unregelmäßige Monatsblutung	12%
■ Monatsblutung bei Hormontherapie	18%

**32. Empfehlen Sie die Heiligenfeld Kliniken für die Therapie einer Essstörung weiter? (n = 34)**

■ ja	70,6%
■ nein	29,4%

**33. Das Ergebnis meiner Therapie in Heiligenfeld ist: (n = 34)**

■	sehr gut	14,7%
■	gut	20,6%
■	zufriedenstellend	26,5%
■	ausreichend	5,9%
■	schlecht	14,7%
■	keine Beurteilung möglich	17,6%

**34. Wenn ich an den Klinikaufenthalt in Heiligenfeld zurückdenke, hat mir besonders gut gefallen (Mehrfachnennung möglich): (n = 34)**

\_\_\_\_\_~Freitext~\_\_\_\_\_

**35. Wenn ich an den Klinikaufenthalt in Heiligenfeld zurückdenke, habe ich negative Gefühle bei (Mehrfachnennung möglich)\*\*: (n = 6)**

\_\_\_\_\_~Freitext~\_\_\_\_\_

***Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme***

## 7.3 Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Vergleich des Body-Mass-Index der 96 Patientinnen zum Zeitpunkt Aufnahme und der Entlassung.....	26
<b>Abbildung 2:</b> Entwicklung der BMI-Werte bei Aufnahme, Entlassung innerhalb der Hauptdiagnosegruppen (AN, AAN, BN).....	27
<b>Abbildung 3:</b> Bildungsstand der Patientinnen der Heiligenfeld Kliniken.....	28
<b>Abbildung 4:</b> Zusammenhang zwischen Verweildauer und Zunahme des BMI bis zur Entlassung.....	41
<b>Abbildung 5:</b> BMI-Werte der Katamnese Stichprobe bei Aufnahme, Entlassung und Katamnese.....	42
<b>Abbildung 6:</b> BMI in der Katamnese Stichprobe von Aufnahme bis Entlassung.....	43
<b>Abbildung 7:</b> Graphische Darstellung des Essverhaltens.....	46
<b>Abbildung 8:</b> Menstruationsverhalten der Nachuntersuchungsgruppe .....	47
<b>Abbildung 9:</b> Angaben zum momentanen Gesundheitszustand in Abhängigkeit des Katamnese-BMI.....	49
<b>Abbildung 10:</b> BMI-abhängige Gegenüberstellung der Frage nach dem aktuellen Wunsch einer Gewichtsabnahme.....	52
<b>Abbildung 11:</b> Angst vor der Zunahme des Körpergewichts in Abhängigkeit des BMI.....	55
<b>Abbildung 12:</b> Lebenszufriedenheit, verteilt auf die beiden Gruppen „BMI $\geq 17,5$ “ und „BMI $< 17,5$ “.....	57
<b>Abbildung 13:</b> Subjektiv empfundene Einschränkung durch die Essstörung.....	58
<b>Abbildung 14:</b> Einschätzung der Patientinnen hinsichtlich psychischer Probleme durch Alltagsbelastungen.....	60
<b>Abbildung 15:</b> Bisherige Psychotherapiestunden.....	62
<b>Abbildung 16:</b> BMI-abhängige Gegenüberstellung der Freizeitgestaltung.....	66
<b>Abbildung 17:</b> Antwortverteilung auf die Frage, welchen Anteil die einzelnen Faktoren an der Genesung hatten.....	70
<b>Abbildung 18:</b> Zusammenstellung der positiven Erinnerungen an die Heiligenfeld Kliniken.....	71

## 7.4 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Verteilung der psychischen Komorbiditäten bei verschiedenen Formen der Essstörungen.....	30
<b>Tabelle 2:</b> Skalenspezifische Cut-Offs für die Skala „Essstörung“ .....	34
<b>Tabelle 3:</b> Herkunft der Katamnesedaten der Patientinnen mit AN, AAN und BN.....	35
<b>Tabelle 4:</b> Demographische Merkmale zwischen „Teilnehmer“ und „Verweigerer“...38	
<b>Tabelle 5:</b> Psychiatrische Nebendiagnosen zwischen „Teilnehmer“ und „Verweigerer“ .....	39
<b>Tabelle 6:</b> Aufnahme- und Entlass-ISR-Werte in der Gesamtstichprobe und der „Teilnehmer-“ sowie „Verweigerergruppe“.....	40
<b>Tabelle 7:</b> Art und Häufigkeit gewichtsreduzierender Maßnahmen in der Katamnesestichprobe .....	45
<b>Tabelle 8:</b> Regelmäßigkeit der Mahlzeiteinnahme.....	46
<b>Tabelle 9:</b> Zufriedenheit mit dem aktuellen Gewicht.....	50
<b>Tabelle 10 + 11:</b> Gegenüberstellung der Gewichtszufriedenheit zwischen den beiden Gruppen („BMI $\geq 17,5$ “ und „BMI $< 17,5$ “).....	51
<b>Tabelle 12:</b> Antworten auf die Frage: „Wie finden Sie Ihren Körper?“ .....	53
<b>Tabelle 13:</b> Beachtung der Figur.....	54
<b>Tabelle 14:</b> Suizidgedanken/ -handlungen.....	59
<b>Tabelle 15:</b> Kontakt zur ambulanten Therapie.....	63
<b>Tabelle 16:</b> Zufriedenheit mit der aktuellen familiären Beziehung.....	64
<b>Tabelle 17:</b> Freizeitgestaltung.....	65
<b>Tabelle 18:</b> Übersicht der Antworten auf die Frage, wie sich die Patientinnen hinsichtlich ihrer Essstörung, im Vergleich zum Klinikaufenthalt, sehen.....	67
<b>Tabelle 19:</b> Ergebniszufriedenheit mit der Therapie in den Heiligenfeld Kliniken. Betrachtet im Zusammenhang mit den Hauptdiagnosen.....	68
<b>Tabelle 20:</b> Ergebniszufriedenheit mit der Therapie in den Heiligenfeld Kliniken. Betrachtet im Zusammenhang mit dem BMI zum Katamnesezeitpunkt.....	69

<b>Tabelle 21:</b> Vergleich vorliegender Studie mit weiteten (katamnestischen) Studien hinsichtlich des BMI-Verlaufs.....	84
<b>Tabelle 22:</b> Klassifikation des globalen Outcome (nach Morgan & Russell, 1975) zum Follow-up.....	87
<b>Tabelle 23:</b> Vergleich vorliegender Studie mit anderen Katamnesen hinsichtlich des Heilungserfolges.....	90
<b>Tabelle 24:</b> Vergleich vorliegender Studie mit anderen Katamnesen hinsichtlich gewichtsreduzierender Maßnahmen zum Follow-up.....	92

## **7.5 Erklärung an 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 Ramona*

## 8. Literaturverzeichnis

### Literature Cited

1. Arcelus J. Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(7):724–31.
2. Steinhausen H. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *AJP* 2002; 159(8):1284–93.
3. Steinhausen H, Weber S. The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One-Quarter Century of Research. *AJP* 2009; 166(12):1331–41.
4. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14(4):406–14.
5. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry* 1998; 173(1):11–53.
6. Herzog DB, Greenwood DN, Dorer DJ, Flores AT, Ekeblad ER, Richards A et al. Mortality in eating disorders: A descriptive study. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 28(1):20–6.
7. Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, Krishna M, Davis MC, Keel PK et al. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry* 2013; 170(8):917–25.
8. Crow SJ, Peterson, CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009; 166(12):1342–6.
9. Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time Trends in Age at Onset of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *J. Clin. Psychiatry* 2009; 70(12):1715–21.
10. Collier DA, Treasure JL. The aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 185(5):363–5.
11. Polivy J, Hermann, Peter C. Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology* 2002; 53:187–213.
12. Herpertz-Dahlmann B, Müller 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.

13. 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.
14. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsater H, Gillberg C, Rastam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British Journal of Psychiatry* 2009; 194(2):168–74.
15. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22(4):339–60.
16. Heiligenfeld GmbH. Unternehmen Heiligenfeld. Available from: URL:<http://www.heiligenfeld.de> [cited 2015 Aug 22].
17. Galuska J, Heimbach R, Pietzko A. Wissensbilanz | Unternehmen Heiligenfeld: 2. Folgebilanz; 2012 [cited 2015 Aug 22]. Available from: URL:<http://www.heiligenfeld.de/Unternehmen-Heiligenfeld/wissensbilanz-unternehmen.html>.
18. Lang C. Ganzheitliches psychosomatisches Behandlungskonzept für Menschen mit Essstörungen; 2014 [cited 2015 Aug 22]. Available from: URL:[www.heiligenfeld.de](http://www.heiligenfeld.de).
19. Wahler U. Klinikinterne Leitlinie Essstörung PatientInnen-Version Version ESV 11.1 BWI [cited 2015 Aug 22]. Available from: URL:[www.heiligenfeld.de/Indikationen-spezielle-Angebote](http://www.heiligenfeld.de/Indikationen-spezielle-Angebote).
20. Fichter MM. Anorektische und bulimische Essstörungen. *Der Nervenarzt* 2005; 76(9):1141–52.
21. Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG. Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Aust NZ J Psychiatry* 2006; 40(2):121–8.
22. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007; 61(3):348–58.
23. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology* 2013; 122(2):445–57.
24. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of abnormal psychology* 2009; 118(3):587–97.

25. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;1–16.
26. Falkai P, Wittchen H. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. Göttingen: Hogrefe; 2015.
27. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E, Remschmidt H. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Aufl., unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015. Bern: Hogrefe; 2015.
28. Saß H. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision ; DSM-IV-TR ; übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe; 2003.
29. Jäger B, Zwaan Md. Atypische oder nicht näher bezeichnete Essstörungen. In: Herpertz S, editor. S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2011. p. 223–8 .
30. Fischer MM. S3-Leitlinie: Diagnostik Therapie Essstörungen; 2010 [cited 2015 Aug 23]. Available from: URL:<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-026.html>.
31. Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, Wietersheim J von, Cuntz U, Zeeck A. Clinical practice guideline:: The diagnosis and treatment of eating disorders. *Deutsches Ärzteblatt international* 2011; 108(40):678–85.
32. Senf W. Stationäre Psychotherapie bei Magersucht als Behandlungsepisode im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans. *Psychotherapie im Dialog* 2004; 5(1):40–51.
33. Nikendei C, Herzog W. Psychodynamische Therapiekonzepte bei der Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa: Psychodynamic therapeutic concepts in the treatment of anorexia and bulimia nervosa. *Psychotherapie* 2005; 10(1):116–28.
34. Zwaan M de, Herpertz-Dahlmann B. Essstörungen (ICD-10 F50). In: Voderholzer U, Hohagen F, Adli M, editors. Therapie psychischer Erkrankungen: State of the Art 2015. 10. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer; 2015. p. 296–306 .
35. Wunderer E, Schnebel A. Essstörungen erkennen. In: Wunderer E, Schnebel A, Baumer V, editors. Interdisziplinäre Essstörungstherapie: Psychotherapie, medizinische Behandlung, sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie. 1. Aufl. Weinheim: Beltz; 2008. p. 20–42 .

36. Root TL, Pinheiro AP, Thornton L, Strober M, Fernandez-Aranda F, Brandt H et al. Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders* 2010; 43(1):14–21.
37. Fichter MM, Quadflieg N. Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa. *Psychol. Med.* 2004; 34(08):1395–406.
38. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *AJP* 2004; 161(12):2215–21.
39. Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders:: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2000; 5(2):52–61.
40. Milos GF, Spindler AM, Buddeberg C, Cramer A. Axes I and II Comorbidity and Treatment Experiences in Eating Disorder Subjects. *Psychother Psychosom* 2003; 72(5):276–85.
41. Huber MF. Ein - Jahres - Katamnese von Anorexia nervosa Patientinnen nach spezialisierter stationärer Behandlung; Medizinische Dissertation. Universität Ulm; 2007.
42. Popp KA. Einjahreskatamnese der Anorexia nervosa nach stationärer Behandlung in der Klinik Lüneburger Heide Bad Bevensen; Medizinische Dissertation. Universität Ulm; 2010.
43. Tritt K, Heymann F von, Zaudig M, Zacharias I, Söllner W, Loew T. Entwicklung des Fragebogens »ICD-10-Symptom-Rating« (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2008; 54(4):409–18.
44. Tritt K, Heymann Fv, Zaudig M, Söllner W, Klapp B, Loew T, Bühner M. Der Fragebogen ICD-10-Symptom-Rating (ISR) Kurzdarstellung der Normierung; 2010. Available from: URL:<http://www.iqp-online.de/index.php?page=download>.
45. Perkins RB, Hall JE, Martin KA. Aetiology, previous menstrual function and patterns of neuro-endocrine disturbance as prognostic indicators in hypothalamic amenorrhoea. *Human Reproduction* 2001; 16(10):2198–205.
46. Copeland PM, Sacks NR, Herzog DB. Longitudinal follow-up of amenorrhea in eating disorders. *Psychosomatic Medicine* 1995; 57(2):121–6.
47. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *The International journal of eating disorders* 2009; 42(7):581–9.
48. Tuschen-Caffier B. Körperbildstörungen. In: Herpertz S, Zwaan M, Zipfel S, editors. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. p. 141–9 .

49. Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22(2):107–26.
50. Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eating behaviors* 2006; 7(4):384–94.
51. Pisetsky EM, Thornton LM, Lichtenstein P, Pedersen NL, Bulik CM. Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of abnormal psychology* 2013; 122(4):1042–56.
52. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 1997; 170(3):205–28.
53. Patton GC. Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine* 1988; 18(4):947–51.
54. Böhle, A, von Wietersheim, J, Wilke, E, Feiereis, H. Die soziale Integration von Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 1991 [cited 2016 May 20]; 37(3):282–91. Available from: URL:<http://www.jstor.org/stable/23996614>.
55. Reich G. Familientherapie der Essstörungen. In: Herpertz S, Zwaan M, Zipfel S, editors. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. p. 255–62 .
56. Steinhausen H, Rauss-Mason C, Seidel R. Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychol. Med.* 1991; 21(2):447–54.
57. Hsu LKG. Outcome of Anorexia Nervosa: A Review of the Literatur (1954 to 1978). *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37(9):1041–64.
58. 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).
59. Hsu L. Outcome and treatment effects. In: Beaumont PJ, Burrows J, Casper RC, editors. *Handbook of eating disorders: Part 1: anorexia and bulimia nervosa*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V. (Biomedical Division); 1987. p. 371–7 .
60. Deter HC, Herzog W. Anorexia nervosa in a long-term perspective: Results of the Heidelberg-Mannheim Study. *Psychosomatic Medicine* 1994; 56(1):20–7.
61. 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.

62. 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.
63. Steinhausen H, Boyadjieva S, Griogoroiu-Serbanescu M, Neumärker K. The outcome of adolescent eating disorder: Findings from an international collaborative study. *European Child&Adolescent Psychiatry* 2003; 12(Suppl 1):91–8.
64. 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.
65. Kaechele H, Kordy H, Richard M. Outcome of psychodynamic therapy of eating disorders: Therapy Amount and Outcome of Inpatient Psychodynamic Treatment of Eating Disorders in Germany: Data From a Multicenter Study. *Psychotherapy research* 2001; 11(3):239–57.
66. Fichter MM, Quadflieg N. Six-Year course and outcome of anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 26(4):359–85.
67. Finzer P, Haffner J, Müller-Küppers M. Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 1998; 47(5):302–13.
68. Goddard E, Hibbs R, Raenker S, Salerno L, Arcelus J, Boughton N et al. A multi-centre cohort study of short term outcomes of hospital treatment for anorexia nervosa in the UK. *BMC psychiatry* 2013; 13(1):287.
69. Casper RC, Jabine LN. An eight-year follow-up: Outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence* 1996; 25(4):499–517.
70. Hsu, L.K.G C, A.H H, Britta. Outcome of Anorexia Nervosa. *The Lancet* 1979; 313(8107):61–5.
71. 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.
72. Wentz E, Gillberg IC, Gillberg C, Rastam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioning scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001; 42(5):613–22.
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. Tagay S, Zick C, Schlegl S, Düllmann S, Mewes R, Senf W. Was impliziert die subjektiv empfundene Überwindung der eigenen Essstörung bei Anorexia nervosa? Eine Katamnese. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 2009; 10(4):42–8.
75. Steinhausen H, Seidel R. Outcome in adolescent eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 1993; 14(4):487–96.
76. Fichter MM, Quadflieg N. Six-year course of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 1997; 22(4):361–84.
77. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comparability of Telephone and Face-to-Face Interviews in Assessing Axis I and II Disorders. *AJP* 1997; 154(11):1593–8.
78. Fairburn CG, Bergin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders* 1994; 16(4):363–70.
79. Steinhausen H, Seidel R. Correspondence between the clinical assessment of eating-disordered patients and findings derived from questionnaires at follow-up. *Int. J. Eat. Disord.* 1993; 14(3):367–74.
80. Karpowicz E, Skärsäter I, Nevonen L. Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing* 2009; 18(5):318–25.
81. Friedman WJ. Memory for the Time of Past Events. *Psychological Bulletin* 1993; 113(1):44–66.
82. Morris J, Simpson AV, Voy SJ. Length of Stay of Inpatients with Eating Disorders. *Clin. Psychol. Psychother.* 2015; 22(1):45–53.
83. Schors R, Huber D. Psychoanalytisch denken, verhaltenstherapeutisch handeln? Zur symptomorientierten stationären Therapie der Anorexie und Bulimie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H, editors. *Essstörungen- Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2004. p. 60–81 .
84. 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.
85. 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(4):355–71.
86. Gillberg IC, Rastam M, Gillberg C. Anorexia Nervosa Outcome: Six-Year Controlled Longitudinal Study of 51 Cases Including a Population Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1994; 33(5):729–39.

87. Golden NH. Resumption of Menses in Anorexia Nervosa. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151(1):16–21.
88. Sharan P, Sundar AS. Eating disorders in women. Indian journal of psychiatry 2015; 57(Suppl 2):286–95.
89. Ulrich Schweiger, Harriet Salbach-Andrae, Ulrich Hagenah, Brunna Tuschen-Caffier, Schweiger U, Salbach-Andrae H, Hagenah U, Tuschen-Caffier B. Diagnostik von Essstörungen. In: Herpertz S, editor. S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2011. p. 17–36 .
90. Emmerling C, Cuntz U. Stationäre Angebote bei Essstörungen: Multimodale Strategien für ein erfolgreiche Therapie. Neurotransmitter 2009; (7-8):42–6.
91. Halvorsen I, Heyerdahl S. Girls with anorexia nervosa as young adults: personality, self-esteem, and life satisfaction. The International journal of eating disorders 2006; 39(4):285–93.
92. Zeeck A, Cuntz U, Hartmann A, Hagenah U, Friederich H, Gross G et al. Anorexia nervosa. In: Herpertz S, editor. S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2011. p. 47–144 .
93. Herzog W, Schellberg D, Deter H. First recovery in anorexia nervosa patients in the long-term course: A discrete-time survival analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1997; 65(1):169–77.
94. Fichter MM. Magersucht und Bulimie: Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde; 4 Tabellen. Basel: Karger; 2008.
95. Konzag T, Klose S, Bandemer-Greulich U. Stationäre körperbezogene Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. Psychotherapeut 2005; 51:35–42.
96. Zeeck A, Maier J, Hartmann A, Wetzler-Burmeister E, Wirsching M, Herzog T. Stationäre und tagesklinische Behandlung der Anorexia nervosa: Bewertung von Therapiekomponenten aus Patientensicht. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2009; 59(5):194–203.