



Forum für Ess-Störungen®

Psychotherapeutische Praxis
mit mehrdimensionalem Behandlungskonzept

Dr. Dipl.-Psych. Doris Weipert
und Kollegen

**Zweite wissenschaftliche Evaluationsstudie
im Rahmen der Versorgungsforschung
zum Thema
Vergleich der Wirksamkeit des multimodalen
Behandlungskonzeptes „Integrierte Versorgung“ zur
psychotherapeutischen Regelbehandlung von Essstörungen im
*Forum für Ess-Störungen***

Autorinnen:

Dr. Dipl.-Psych. Doris Weipert

M.Sc. Psychologin Lina Große

Dr. Dipl. Psych. Sybilla Blasczyk-Schiep

Wiesbaden, März 2018

Inhalt

Zusammenfassung.....	3
Einleitung.....	4
Methode.....	5
Messinstrumente.....	6
Eating Disorder Inventory 2.....	6
Fragebogen zum Essverhalten.....	6
Fragebogen zum Körperbild (FKB-20).....	6
Brief Symptom Inventory von Derogatis.....	6
Erfassung des Therapieerfolgs als Expertenurteil.....	6
Therapieangebote.....	7
Indikative Gruppentherapie (getrennt nach Diagnose und Alter).....	7
Ernährungsberatung.....	7
Körperbewusstseinstraining.....	8
Kunsttherapie (psychologisch begleitete Schulung zum Ausdruck innerer Befindlichkeiten).....	8
Nordic Walking als Bewegungstherapie für Patienten mit Adipositas.....	8
Angehörigen-Gesprächskreise.....	8
Statistische Analyse.....	9
Ergebnisse.....	9
Stichprobencharakteristik.....	9
Anorexia Nervosa.....	10
Bulimie Nervosa.....	10
Binge Eating Disorder.....	10
Therapie.....	12
Einzeltherapie.....	13
Anzahl der Bausteine.....	13
Gesamtkosten.....	13
Prä-Post Vergleiche.....	13
Anorexia Nervosa.....	14
Bulimia Nervosa.....	14
Binge-Eating-Disorder.....	15
Body-Mass-Index.....	17
BSI und EDI-2.....	17
FEV.....	18
FKB.....	199
Therapieerfolg.....	20
Diskussion.....	21

Zusammenfassung

In der vorliegenden naturalistischen Studie findet eine erneute Überprüfung der Wirksamkeit eines kompakten Behandlungspakets (Integrierte Versorgung, IGV) im Vergleich zur vertragspsychotherapeutischen Regeversorgung von Patienten mit einer Essstörung statt. Eine erste Evaluationsstudie dazu erfolgte 2012 von Dr. Tanja Legenbauer. Diese wurde dem Landesverband der BKKs in Hessen vorgelegt.

In dieser Studie wurden Daten aus der ersten Evaluationsstudie von Legenbauer (2012, N = 172) aus dem Rekrutierungszeitraum von 2005-2011 sowie Daten aus dem Zeitraum von 2011-2017 (N = 160) genutzt. Teilnehmer der Studie sind ausschließlich Patienten, die eine Behandlung im Forum für Essstörungen in Wiesbaden in Anspruch genommen haben. Die Patienten, welche in die aktuell vorliegende Studie miteingeschlossen wurden (N = 332), sind entweder der Experimentalgruppe (EG, Integrierte Versorgung, N = 186) oder der Kontrollgruppe (KG, Regelversorgung, N = 146) zugeteilt worden. Da in der Untersuchung von Legenbauer (2012) aufgrund der geringen Stichprobengröße nur Trends zu erkennen waren, wurde die Anzahl der Probanden mit denen aus dem Zeitraum von 2011-2017 kumuliert, um eine erneute Überprüfung der Wirksamkeit mit einer größeren Stichprobe durchführen zu können.

Untersucht wurde neben der Veränderung der essstörungsspezifischen Symptomatik und der allgemeinen Symptombelastung zudem das Inanspruchnahmeverhalten der zusätzlichen Therapiebausteine während der Behandlung, das Auftreten von stationären Klinikaufenthalten sowie die entstandenen Kosten für die jeweilige untersuchte Gruppe. Die Integrierte Versorgung beinhaltete neben der Psychotherapie mit der Ausrichtung Verhaltenstherapie auch eine Gruppenpsychotherapie, eine Ernährungsberatung, ein Körperbewusstseinstraining, eine Bewegungstherapie (Nordic-Walking), eine Kunsttherapie sowie ein Angehörigen-Gesprächskreis.

Die Untersuchung der Patienten fand zu Beginn der Therapie (Prä-Messung, M1), direkt nach Beendigung der Therapie (Post-Messung, M2) sowie 12 Monate nach Therapieende statt (M3) statt. Alle Patienten erhielten zu diesen Messzeitpunkten ein Fragebogenpaket, welches spezifische Essstörungssymptome erfasst: Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), Fragebogen zum Essverhalten (FEV) und Fragebogen zum Körperbild (FKB): Zusätzlich wurde die allgemeine Psychopathologie mit dem Brief Symptom Inventory (BSI) erfasst.

Die aktuellen Ergebnisse zeigen, dass die Patienten der EG mit den zusätzlichen Therapiebausteinen besser von der Behandlung profitierten als Patienten der Kontrollgruppe, welche ausschließlich Psychotherapie in Anspruch nahmen. Dies zeigt sich in der Auswertung der Selbstbeurteilungstests (EDI-2, BSI, FKB, FEV). Kongruent zu den Ergebnissen der Studie von Legenbauer (2012) profitierten vor allem Patienten, die an einer Bulimie erkrankt sind. Es ergab sich ein Interaktionseffekt zwischen der Skala Schlankheitsstreben, der Gruppenzugehörigkeit (EG vs. KG) sowie der Diagnose (AN, BN, BED): Patientinnen mit BN die der EG zugehören, zeigen signifikant höhere Verbesserung im Schlankheitsstreben über die Messzeitpunkte hinweg, als Patienten mit einer BN der KG und Patientinnen der anderen Gruppen. Patienten mit einer BN, die an der IGV teilnahmen hatten somit nach Beendigung der Therapie als auch 12 Monate später ein deutlich geringeres Streben dünner zu sein sowie weniger Angst vor einem Gewichtsanstieg als Patienten mit einer BN der KG, die ausschließlich Psychotherapie in Anspruch nahmen und Patientinnen der übrigen Gruppen. Weiterhin ergab sich ein Interaktionseffekt zwischen der Skala Bulimie, der Gruppenzugehörigkeit (EG vs. KG) sowie der Diagnose (AN, BN, BED): Die Gruppen (EG und KG) unterscheiden sich demnach hinsichtlich einer Veränderung in der Anzahl von Heißhungeranfällen sowie der gedanklichen Beschäftigung mit diesen über die Zeit hinweg. Diese Ergebnisse bestätigen die signifikante Verbesserung des bulimischen Verhaltens in der EG, im Vergleich zur KG, bei Patienten mit BN und BED im Vergleich zur Patienten mit einer AN, und übrige Patienten der KG.

Es zeigte sich auch ein Interaktionseffekt zwischen der BMI, der Gruppenzugehörigkeit (EG vs. KG) sowie der Diagnose (AN, BN, BED): Die Ergebnisse unserer Studie bestätigen, dass Patienten mit einer AN und zugehörig zur EG eine signifikant höhere Gewichtszunahme verzeichneten (+1.2kg) als die Patienten mit AN der KG (+0.5kg; siehe Tabelle 4). Ähnliches zeigte sich für Patienten, die an einer BED erkrankt sind: Diejenigen, die an der Integrierten Versorgung (EG) teilnahmen, reduzierten ihr Gewicht (-2.7kg) signifikant mehr, als die Patienten, die ausschließlich Psychotherapie (KG; - 0.6kg) in Anspruch nahmen (siehe Tab. 6).

Die Einschätzung des Therapieerfolgs durch den jeweilig behandelnden Therapeuten, das Expertenurteil in der 2. Studie (2018) zeigt, wie in der früheren Studie von Legenbauer (2012) eine größere Verbesserung der Essstörungssymptomatik in der EG im Vergleich zur KG.

Einleitung

Essstörungen haben in den letzten Jahren immer mehr an Aufmerksamkeit und Bedeutsamkeit erlangt. Häufig erkranken vor allem junge Frauen, wobei die Prävalenzraten für Deutschland im Vergleich zu anderen Störungsbildern eher gering sind und bei 20 % (Binge Eating Disorder, BED im Zusammenhang mit Adipositas), 1% (Anorexia Nervosa, AN) und 5% (Bulimia Nervosa, BN) je nach Art der Essstörung liegen. Insbesondere die hohe Gefahr einer Chronifizierung bei allen Essstörungen sowie die insgesamt noch ausbaufähigen Therapieangebote und -erfolge haben zu einer Intensivierung der Forschungsbemühungen geführt. Im Langzeitverlauf zeigt sich, dass circa ein Drittel der Betroffenen chronisch erkranken. Die Mortalitätsraten liegen beispielsweise bei der AN bei 10%, bei anderen Diagnosen sind diese Daten nicht so klar. Bisherige Therapiestudien beziehen sich vor allem auf im Forschungskontext durchgeführte randomisiert-kontrollierte Studien mit guten Effekten auf die Essstörungspathologie. Es zeigt sich, dass die Therapierfolge sowohl bei AN, BN als auch BED durchaus optimierbar sind. Oftmals werden die im Forschungssetting durchgeführten Therapien mit selektierten Stichproben mit zum Teil sehr gut geschulten Therapeuten durchgeführt. Dies kann zu einer mangelnden Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die Routinepraxis führen. Zudem konzentriert sich die Behandlung oftmals ausschließlich auf den Einsatz der Psychotherapie. Das Angebot einer kompakten, integrierten Versorgung von Essstörungen als ambulante Behandlung gibt es in Deutschland nur in wenigen Regionen mit unterschiedlichen Verträgen und unterschiedlichen Leistungsspektren. Obwohl in den S 3-Leitlinien zur Behandlung von Essstörungen (Herpertz et al, 2011) die deutliche Empfehlung einer multimodalen Behandlung auch im ambulanten Setting (in der Klinik steht sie den Patienten auch zur Verfügung) genannt wird, sind die Kostenträger diesbezüglich sehr zurückhaltend in Bezug auf innovative Versorgungsverträge.

Zusätzlich erschwert sind diese Untersuchungen, weil Essstörungen häufig auch mit anderen Störungen auftreten (Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Depression, somatische Komorbiditäten), wodurch die Therapieeffekte schwer zu bewerten sind aufgrund der Komplexität der Symptomatik.

Das Forum für Ess-Störungen in Wiesbaden ist eine auf Essstörungen spezialisierte psychotherapeutische Praxis und bietet seit ihrer Gründung im Jahr 1985 ein mehrdimensionales Behandlungskonzept an, das seit 2005 vom Landesverband der BKKs in Hessen als Integrierte Versorgung (IGV) anerkannt wurde. Dies beinhaltet ein breitgefächertes und maßgeschneidertes Therapieangebot für Betroffene, die an einer Essstörung leiden und geht über die herkömmliche psychotherapeutische Behandlung hinaus. In der Zeit von 2012-2017 hat auch die Barmer ihren Versicherten eine derartige Behandlung zur Verfügung gestellt. Patienten der BKKs und der Barmer machten in diesem Zeitraum etwa 45% der Patienten, die sich in dieser Praxis angemeldet haben, aus.

2017 wurde der IGV Vertrag mit der Barmer gekündigt, der Vertrag mit dem BKK-Landesvertrag Süd wurde erneuert und an die veränderte Gesetzeslage angepasst. Die Honorare wurden verbessert.

Weitere Informationen zu der Praxis und dem Behandlungskonzept ist auf der Homepage zu finden:

www.forum-ess-stoerungen.de

Dort sind auch weitere wissenschaftliche Auswertungen zu diesem Behandlungskonzept zu finden. Der Qualitätsbericht von 2016 gibt Auskunft über die Statistik der Patientenversorgung und ist unter dem Button „Aktuelles“ zu finden.

Um die Wirksamkeit der IGV-Behandlung zu überprüfen, wurde bereits im Jahr 2012 (Legenbauer, T.) eine Stichprobe von insgesamt N = 172 Patienten des Forums für Ess-Störungen untersucht. Die Rekrutierung der Teilnehmer und Sammlung der Daten fand von 2005-2011 statt. Dabei fand ein Vergleich der Patienten, welche das kompakte Behandlungsangebot in Anspruch nahmen (IGV-Gruppe, n = 84) und der Patienten, welche ausschließlich Psychotherapie (n = 88) erhielten, statt. Die Untersuchung ließ einen Trend dahingehend erkennen, dass sowohl in der essstörungsspezifischen Symptomatik als auch in der allgemeinen Symptombelastung eine Verbesserung beider Gruppen erkennbar war. Hinsichtlich der Selbsteinschätzung anhand der Fragebögen zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Die Fragebögen werden als objektive Datensammlung betrachtet, basieren jedoch auch auf der subjektiven Einschätzung der Patienten. Wie sehr bilden die Fragebögen auch die spezielle Symptomatik der Betroffenen ab? Das jeweilige Störungsbild innerhalb einer Diagnose in der gesamten Stichprobe ist oft deutlich unterschiedlich.

Die Experteneinschätzung durch die behandelnde Therapeutin ließ hingegen den deutlichen Schluss zu, dass Patienten der IGV-Gruppe eine deutlichere Verbesserung in der Symptombelastung nach Beendigung der Behandlung aufwiesen als Patienten, die ausschließlich Psychotherapie in Anspruch nahmen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße war im Vergleich der Auswertung von Fragebögen ausschließlich ein Trend zu erkennen.

In der vorliegenden Studie soll anhand einer größeren Stichprobe erneut untersucht werden, inwiefern Patienten, die eine IGV-Behandlung erhielten, sich von denen unterscheiden, die nur eine Psychotherapie in Anspruch nahmen. Dabei ist zu erwähnen, dass beide Gruppen eine essstörungsspezifische Psychotherapie erhalten haben, die durch die wissenschaftliche Forschung evidenzbasiert ist (Herpertz et al. 2011)

Die Stichprobe der Studie von Legenbauer (2012) von N = 172 wurde bereichert durch N = 160 Patienten des Forums für Ess-Störungen, welche in dem Zeitraum von 2011-2017 rekrutiert wurden. Insgesamt werden in der vorliegenden Studie N = 332 Personen untersucht. Eine genaue Beschreibung der Stichprobe erfolgt im weiteren Verlauf.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Überprüfung der Wirksamkeit eines kompakten Behandlungsangebots (IGV) in einer auf Essstörungen spezialisierten ambulanten Praxis im Vergleich zu einer Routinebehandlung. Dabei soll sowohl der kurz- als auch längerfristige Therapierfolg bei den Störungsbildern AN, BN und BED als auch der additive Effekt gruppentherapeutischer Module und auf Essstörungen spezialisierter Therapiemodule im Vergleich zur alleinigen Psychotherapie überprüft werden.

Methode

Die vorliegende Versorgungsstudie ist eine nicht-randomisierte Studie mit einem Parallelgruppendesign. Teilnehmer mit der Zugehörigkeit zur BKK oder Barmer wurden in ein multimodales Behandlungskonzept (Integrierte Versorgung) aufgenommen und nahmen im Verlauf der Behandlung neben der Psychotherapie weitere therapeutische Angebote, wie Ernährungsberatung, ein Körperbewusstseinstraining, Angehörigenarbeit – sowie Bewegungs-, Gruppen- und Kunsttherapie in Anspruch. Es wurden sowohl die Prä-Postwerte der Patienten, die an der Integrierten Versorgung teilnahmen, als auch die der Kontrollgruppe, die die gleichen Messinstrumente zum Prä- und Postzeitpunkt ausfüllen und neben der Einzeltherapie maximal an einem weiteren Behandlungsbaustein teilnahmen, untersucht. Eine Randomisierung der Stichprobe konnte nicht erfolgen, da den Patienten eine Teilnahme an zusätzlichen Therapiebausteinen nicht untersagt werden konnte. Die einzusetzende Fragebogenbatterie erfasste dabei neben der allgemeinen Essstörungssymptomatik als spezifisches Maß

den Umgang mit und die Einstellung zu dem Körper, da dies vor allem in den zusätzlich angebotenen Gruppen bearbeitet wurde. Weiterhin wurde die allgemeine Symptombelastung als die Therapiedauer, stationäre Aufenthalte sowie soziodemografische Daten erfasst. In der 2. Rekrutierungsphase (2011-2017) wurde zudem der Schweregrad der Essstörung als weiteres Kriterium mitaufgenommen.

Messinstrumente

Eating Disorder Inventory 2

Das Eating Disorder Inventory (EDI-2) gilt international seit vielen Jahren als Standardverfahren zur mehrdimensionalen Beschreibung der spezifischen Psychopathologie von Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa sowie anderen psychogenen Essstörungen. Das EDI-2 kann im Rahmen der Eingangsdiagnostik vor Beginn einer Psychotherapie für die differenzierte Therapieplanung oder im weiteren Verlauf zur Veränderungsmessung eingesetzt werden. Von den 11 Skalen des EDI-2 wurden in der vorliegenden Studie folgende Dimensionen erfasst: *Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper*. Die genannten Variablen wurden ausgewählt, da diese die höchste essstörungsspezifische Bedeutsamkeit aufweisen.

Fragebogen zum Essverhalten

Der Fragebogen zum Essverhalten (FEV) misst auf drei Subskalen bedeutsame Dimensionen des menschlichen Essverhaltens: (1) Kognitive Kontrolle des Essverhaltens, (2) Störbarkeit des Essverhaltens und (2) Erlebte Hungergefühle. Die kognitive Kontrolle des Essverhaltens bzw. das gezügelte Essen hat sich in den letzten Jahren als entscheidender Faktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen herausgestellt, darüber hinaus erscheint die zweite Dimension „Störbarkeit des Essverhaltens“ durch emotionale oder situative Auslöser von Bedeutung. In der vorliegenden Studie werden aus den eben genannten Gründen ausschließlich die „Störbarkeit des Essverhaltens“ sowie die „Kognitive Kontrolle des Essverhaltens“ analysiert.

Fragebogen zum Körperbild (FKB-20)

Der Fragebogen eignet sich zur Diagnose von klinisch relevanten Körperbildstörungen, welche über 20 Items auf zwei unabhängigen Dimensionen erfasst werden. Mit der Skala „Ablehnende Körperbewertung (AKB)“ wird einerseits die äußere Körpererscheinung beurteilt, das Wohlbefinden im eigenen Körper wertend beschrieben. Die Skala „Vitale Körperdynamik (VKD)“ thematisiert den bewegungsbezogenen Aspekt des Körperbildes. Sie beschreibt, inwiefern die eigene Kraft, Fitness und Gesundheit empfunden wird.

Brief Symptom Inventory von Derogatis

Das Brief Symptom Inventory (BSI) ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 53, welche Aussagen zur Symptombelastung abfragen. Diese werden neun Skalen zugeordnet und in drei globalen Kennwerten zusammengefasst. In der vorliegenden Studie werden die Skala zur Depressivität sowie der Gesamtbeschwerdeindex eingesetzt, da eine depressive Symptomatik mit als häufigste komorbide Störung bei Essstörungen vertreten ist.

Erfassung des Therapieerfolgs als Expertenurteil

Am Ende der Behandlung wurde ein Rating des Therapieerfolgs durch die Therapeutinnen auf einer Skala von 1-10 in Anlehnung an Touyz et al. (2008) durchgeführt. Dabei wurden folgende Kategorien festgelegt:

- 9-10: komplett symptomfrei hinsichtlich der Essstörungssymptomatik
- 7-8: nur noch geringfügige Essstörungssymptomatik, nicht krankheitswertige Rückfälle (keine Diagnose mehr),
- 5-6: deutliche Verbesserung der Essstörungssymptomatik (<50%), dennoch diagnoserelevante Kriterien vorhanden,

- 3-4: mittlere Verbesserung der Essstörungssymptomatik (30-40%), Symptomatik erfüllt weiterhin Diagnosekriterien
- 1-2: nur geringfügige Verbesserung der Essstörungssymptomatik
- 0: keinerlei Veränderung in der Symptomatik

Therapieangebote

Zusätzlich zur Psychotherapie können im Forum für Essstörungen weitere Therapiebausteine innerhalb des mehrdimensionalen Behandlungskonzeptes in Anspruch genommen werden. Diese werden seit Gründung der Praxis im Jahr 1985 angeboten und haben sich in diesem Zeitraum weiterentwickelt.

Der entsprechende Behandlungsplan wird mit den Patienten zu Beginn der Behandlung besprochen. Der entsprechende Zeitplan für die einzelnen Therapiebausteine wird mit dem Start der gruppenorientierten Module (GT, KBT, KT) koordiniert. In jedem Halbjahr starten diese Therapiebausteine neu. Die Zuweisung zu den jeweiligen Therapiebausteinen erfolgt durch die Bezugstherapeuten und bedarf mitunter zusätzlicher Motivationsarbeit. Manche Patienten sind häufig schüchtern und ängstlich, sie sind dann jedoch besonders zufrieden mit den Veränderungen, die sie durch diesen Therapiebaustein erzielen konnten. Neben den BKK- und Barmer-Versicherten haben sich bei dieser Studie auch Patienten an den Therapiebausteinen im Selbstzahlermodus befunden.

Im Folgenden werden die einzelnen Bausteine der Integrierten Versorgung dargestellt. Eine detailreichere Darstellung der einzelnen Bausteine findet sich auf der Homepage des Forums für Essstörungen unter www.forum-ess-stoerungen.de.

Indikative Gruppentherapie (getrennt nach Diagnose und Alter)

Der Austausch mit den anderen Betroffenen erhöht die Sensibilität für eigene Konflikte. Insbesondere richtet sich das Angebot an Patienten mit Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen (Einsamkeit, soziale Ängste). Da sie aufgrund der Essstörung sozial isoliert sind, können sie erstmals wieder Kontakte knüpfen und soziale Kompetenzen einüben (z. B. eigene Bedürfnisse vertreten, Kritik üben und erhalten, Konflikte austragen). Die Patienten haben die Möglichkeit, die in der Einzeltherapie besprochenen Verhaltensänderungen in der Gruppe direkt und konkret umzusetzen. Dies erleichtert ihnen den Transfer auf die gewohnte Umgebung und stellt damit auch eine wesentliche Rückfallprophylaxe dar.

In der Gruppe werden folgende Themen behandelt: Selbstwert, Identität, Bedürfnisse und Empfindungen, Körperwahrnehmungen, kognitive Muster, emotionale Konflikte, Bewältigungsmuster u. a. Die Gruppentherapie basiert primär auf der Verhaltenstherapie, die mit kreativen und imaginativen Elementen ergänzt wird. Die Gruppen finden zwei Mal jährlich über eine Dauer von 15 Sitzungen à 100 Minuten statt.

Ernährungsberatung

Hier handelt es sich eine individuelle Beratung. Inhaltlich orientieren sich die Empfehlungen an den Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), wobei die individuelle Situation (Nahrungspräferenzen) und die Neigungen der Patientinnen (Vegetarismus, Einschränkungen durch Nahrungsmittelallergien, Verdauungsstörungen u.a.) weitgehend berücksichtigt wurden. Zu Beginn der Therapieeinheit erfolgten Informationen über physiologische Vorgänge im Zusammenhang mit der Nahrungszufuhr. Die Patienten wurden motiviert, Lebensmittel nicht nur nach ihrem Energiegehalt (Kaloriengehalt) auszuwählen, sondern auch deren Nährstoffgehalt (Proteine, Vitamine, Mineralstoffe) zu berücksichtigen. Die Ernährungsberatung fand als wöchentliche Einzelberatung von 30 Minuten statt. Im Verlauf der Behandlung wurden die Termine in größeren Zeitabständen vereinbart. Es fanden 5-10 Termine statt. Zusätzlich gibt es pro Halbjahr drei Patientenschulungen zu den Themen „Ernährung“, „Portionsgrößen und „Verdauung“

Körperbewusstseinstaining

Das 90-minütige Körperbewusstseinstaining fand in Gruppen von 5-6 Frauen statt. Es erstreckt sich über 10 wöchentliche Termine. Ziel dieses Therapiebausteins ist die Sensibilisierung für die Funktionalität des eigenen Körpers. Hier geht es um die Umorientierung von der Außenwirkung zu den inneren Befindlichkeiten und Bedürfnissen. Die Patienten lernen eine bessere Spannungsregulation anstatt ihre innere Anspannung über die Essstörung zu regulieren. Die Teilnehmer hatten im Anschluss an die Übungen die Möglichkeit, sich über ihre Erfahrungen und Gefühle unter Anleitung der Therapeutin auszutauschen.

Die Körperbildarbeit wird dann auch in der Einzelarbeit weitergeführt durch Spiegelexpositionen und Videokonfrontationstraining.

Kunsttherapie (psychologisch begleitete Schulung zum Ausdruck innerer Befindlichkeiten)

Dieses Angebot wurde als dreistündige Einheit an 4 Samstagen (10-13 Uhr) in einer kleinen Gruppe von 5 Patienten angeboten. Über den künstlerischen Ausdruck sollten sich die Teilnehmerinnen mit ihrer inneren Realität auseinandersetzen. Der bildnerische Zugang sollte einen leichteren Zugang zu Gefühlen und inneren Motiven ermöglichen und über das Finden kreativer Lösungen zur Entwicklung neuer Strategien der Problembewältigung beitragen. Es wurde mit den Medien der Malerei, der Plastik und des Rituals gearbeitet.

Nordic Walking als Bewegungstherapie für Patienten mit Adipositas

Ziel der Bewegungstherapie war es, den Patientinnen über die Technik des achtsamen Gehens, einen Zugang zu ihren eigenen körperlichen Empfindungen, Bedürfnissen und Grenzen zu verschaffen, ihren Körper und dessen Reaktionen besser kennenzulernen und langfristig eine realistischere Selbstwahrnehmung und –einschätzung zu erlangen. Außerdem sollte der positive Effekt der aeroben Aktivität auf die psychische Verfassung der Patientinnen genutzt werden, um depressiven Verstimmungen entgegenzuwirken, die eine häufige Begleiterscheinung von Essstörungen sind. Zudem führt das Nordic Walking zu einer Stärkung der intrapersonalen Konzepte des Selbstwertes, der Selbstwirksamkeit und der Selbstverantwortung.

Die Gruppe setzt sich aus 5 Teilnehmer zusammen, die im Alter und in der Art der Essstörung homogen sein kann, aber nicht muss. Die 10 Laufeinheiten fanden einmal wöchentlich statt und dauerten 60 Minuten. Nach einer gemeinsamen Aufwärmphase (z.B. durch Dehnübungen) liefen die Teilnehmer eine Wendepunktstrecke. Dauer und Tempo der Laufeinheit richteten sich nach dem aktuellen Trainingszustand, der gesundheitlichen Verfassung der Teilnehmer und deren subjektiven Einschätzung ihrer eigenen Leistungsfähigkeit sowie nach den individuell angestrebten Zielen der Einzelnen.

Angehörigen-Gesprächskreise

Die Angehörigen-Gesprächskreise dienten der Informationsvermittlung sowie der Optimierung des unterstützenden Verhaltens seitens der Eltern oder Partner. Den Angehörigen wurde vermittelt, dass die Essstörung "lediglich" ein Symptom für weitaus komplexere Konflikte darstellt. Deshalb wurde auf die Bagatellisierungstendenzen mancher Angehöriger genauso eingegangen wie auf die häufig berichteten massiven Schuldgefühle und Selbstbezeichnungen. Im Gespräch mit den Angehörigen wurde deren Hilflosigkeit, ihre offene oder latente Aggression thematisiert und/oder relativiert. Besonders wichtig war die Verschiebung der Aufmerksamkeit weg von der ausschließlichen Orientierung der Angehörigen auf das Symptomverhalten hin zu familiären, interaktiven und kommunikativen Gesichtspunkten sowie auf die Problematik der Ablösung und Individuation in Verbindung mit Eigenverantwortung und

Loslassen-Können. Die Verbesserung der interpersonellen Kompetenzen des sozialen Umfeldes der Betroffenen war zentrales Thema. Es fanden zehn Mal Sitzungen à 100 Minuten statt.

Statistische Analyse

Um einen Überblick über die Zusammensetzung der Stichprobe zu erhalten, wurden zunächst die Häufigkeiten und deskriptiven statistischen Kennwerte demografischer Daten ermittelt. Im zweiten Schritt wurde untersucht, ob und inwiefern sich die Experimentalgruppe von der Kontrollgruppe hinsichtlich soziodemografischer sowie krankheitsrelevanter Daten unterschied. Dies wurde anhand von T-Tests für unabhängige Stichproben errechnet. Zudem wurden aufgrund der unterschiedlich ausgeprägten Symptomatik Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen (AN, BN, BED) mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit Post-Hoc Tests untersucht. Weiterhin wurden Veränderungen im Therapieverlauf von Behandlungsbeginn zum Behandlungsende zwischen den Gruppen (unter Berücksichtigung der Diagnosen) anhand mehrerer Varianzanalysen mit Messwiederholung für die unterschiedlichen Outcomevariablen (bsp. Veränderung der Fragebogenwerte des EDI für Essstörungssymptomatik, BMI etc.) berechnet.

Ergebnisse

Stichprobencharakteristik

Die Stichprobe der vorliegenden Studie ($N = 332$) setzt sich aus den Daten der Studie von Dr. Legenbauer (2012) aus dem Rekrutierungszeitraum von 2005-2011 sowie aktuellen Daten aus dem Zeitraum von 2011-2017 zusammen. Eine erneute Untersuchung der Wirksamkeit eines kompakten Behandlungspakets (Integrierte Versorgung, IGV) im Vergleich zur vertragspsychotherapeutischen Regelversorgung von Patienten mit einer Essstörung sollte mit der Vergrößerung der Stichprobe, die nun über insgesamt 12 Jahre (2005-2017) rekrutiert wurde, erfolgen.

Zur näheren Anschauung der Stichprobenzusammensetzung der vorherigen Untersuchung wird auf die Studie aus dem Jahr 2012 (Legenbauer, T.) verwiesen. Die aktuellen Daten dieser Studie sowie die kumulierte Gesamtstichprobe werden im Folgenden beschrieben

In dieser Studie wurden weitere Daten aus den Jahren 2011 bis 2017 gesammelt. Insgesamt wurden 361 Patienten mit der Diagnose einer Essstörung in dieser Studie zusätzlich aufgenommen.

Von dieser Gesamtzahl der 361 Patienten konnten anschließend 160 Patienten in diese Studie miteingeschlossen werden. In die Experimentalgruppe (EG) wurden 102 Patienten und in die Kontrollgruppe (KG) wurden 58 Patienten zugeordnet. Die übrigen Studienteilnehmerinnen ($n = 201$) hatten nur zum ersten Messzeitpunkt ($n = 105$) die Fragebögen ausgefüllt oder nur teilweise die Fragebögen ausgefüllt ($n = 96$), so dass diese als Drop-outs galten.

Nach Addition beider Stichproben (Datensammlung aus 2005 bis 2017) konnten der Experimentalgruppe $N = 186$ und der Kontrollgruppe $N = 146$ Patienten zugeordnet werden. Hinsichtlich der Verteilung der Hauptdiagnosen in der Gesamtstichprobe ergab sich Folgendes: $n = 112$ Patienten litten an einer Anorexia, die Diagnose Bulimia nervosa erhielten $n = 78$. An einer Binge Eating Disorder waren $n = 142$ Patienten erkrankt. Eine detaillierte Beschreibung der Gesamtstichprobe findet sich in Tabelle 1.

Anzumerken ist weiterhin, dass in dieser Untersuchung ausschließlich weibliche Patienten miteinbezogen wurden, um die Vergleichbarkeit besser gewähren zu können. Der Anteil der männlichen Patienten (ca. 7 %) wurde daher ausgeschlossen. Zur Gewährleistung der leichteren Lesbarkeit wird in der gesamten Studie dennoch das Wort „Patienten“ genutzt. Hierbei sind jedoch immer Patientinnen gemeint.

Tabelle 1. Beschreibung der Gesamtstichprobe

Gesamtstichprobe (n = 332)					
Experimentalgruppe, N = 186			Kontrollgruppe, N = 146		
Anorexia nervosa	n = 58		Anorexia nervosa	n = 54	
Bulimia nervosa	n = 43		Bulimia nervosa	n = 35	
Binge Eating Disorder	n = 85		Binge Eating Disorder	n = 57	

Anmerkungen. Gesamtstichprobe bestehend aus Studie 1 (Legenbauer, 2012) und Studie 2 (2018)

Um eventuell bestehende Unterschiede zwischen der EG und der KG zu Beginn der Untersuchung festzustellen, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Da sich die Patienten aufgrund ihrer unterschiedlichen Diagnosen und dem damit verbundenen Störungsbild rein symptomatisch unterscheiden, ist eine Untersuchung der Unterschiede in der Ausprägung psychopathologischer Kennwerte und weiterer krankheitsrelevanter sowie demografischer Daten in Abhängigkeit der jeweiligen Diagnose unabdingbar. Aus diesem Grund werden die Ergebnisse im Folgenden für jedes Störungsbild einzeln dargestellt.

Anorexia Nervosa

Die Untersuchung ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit einer AN der EG und KG hinsichtlich der untersuchten Merkmale. Die Patienten weisen somit sowohl in der Psychopathologie als auch in den Variablen BMI, Schwere der Erkrankung, Krankheitsdauer, Klinikaufenthalte, Alter ähnliche Werte auf.

Bulimie Nervosa

Ähnliche Ergebnisse wies die Untersuchung der Patienten mit einer BN auf. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der EG und KG hinsichtlich der untersuchten Variablen.

Binge Eating Disorder

Die Ergebnisse zeigten, dass sich Patienten mit einer BED in ihrem Alter zum Messzeitpunkt 1 zwischen der EG und der KG unterschieden ($t(139) = -1.9, p < .05$). Die Patienten der EG waren um fast vier Jahre älter. Zudem unterschieden sich die Gruppen in der Unzufriedenheit ihres Körpers. Patienten der KG waren insgesamt zufriedener mit ihrem Körper, als Patienten der EG ($t(139) = -2.3, p < .05$).

In den Tabellen 2 und 3 ist eine Übersicht der beiden Stichproben hinsichtlich soziodemografischer sowie psychopathologischer Merkmale dargestellt.

Tabelle 2. Angaben zu Alter, Erkrankungsdauer sowie psychischer Belastung im Selbstbericht, getrennt nach Behandlungsgruppen und Diagnosen

	EG			KG		
	AN (n = 58)	BN (n = 43)	BED (n = 85)	AN (n = 54)	BN (n = 35)	BED (n = 57)
Alter (in Jahren)	25.7 (8.5)	25.8 (6.9)	39.2 (11.3)	25.5 (9.0)	29.9 (11.4)	35.3 (12.2)
Erkrankungsdauer (in Jahren)	6.7 (7.6)	8.2 (7.6)	19.8 (11.7)	7.3 (8.2)	11.7 (11.1)	16.7 (15.0)

BMI (M1; kg/m²)		19.4 (8.9)	22.7 (5.8)	39.7 (9.9)	19.7 (7.8)	23.5 (7.0)	36.4 (12.3)
Schweregrad d. Erkrankung		2.3 (.8)	2.5 (.8)	2.3 (.8)	2.1 (.8)	2.3 (.8)	2.4 (.8)
Anzahl d. Klinikaufenthalte	vorher	17	8	11	8	6	15
	während	9	3	3	5	2	6
	nachher	1	0	1	1	1	1
	insgesamt	27	11	15	14	9	22
Inanspruchnahme							
	Bausteine	2.6 (1.6)	2.7 (1.5)	3.3 (1.6)	.6 (1.0)	.3 (.8)	.4 (.8)
	Psychotherapie-sitzungen	32.2 (15.3)	34.9 (19.9)	35.6 (16.7)	31.5 (15.5)	31.6 (13.0)	31.7 (16.8)
BSI							
	Depressivität	3.6 (3.8)	6.9 (5.9)	4.6 (5.2)	5.9 (6.5)	6.7 (6.6)	4.3 (5.0)
	Gesamt-Beschwerde-index (GSI)	1.1 (.5)	1.1 (.4)	.9 (.5)	1.3 (.8)	1.0 (.6)	1.0 (.6)
EDI							
	Schlankheitsstreben	29.9 (9.6)	35.0 (6.1)	29.0 (7.3)	31.0 (10.1)	34.0 (7.5)	28.9 (7.6)
	Körperliche Unzufriedenheit	33.5 (10.7)	42.6 (8.5)	45.5 (8.2)	35.7 (10.4)	41.6 (10.4)	41.8 (10.1)
	Bulimie	17.1 (9.1)	26.7 (6.6)	23.4 (7.6)	17.1 (8.6)	27.2 (6.8)	22.5 (7.6)
FEV							
	Kognitive Kontrolle	14.5 (5.6)	14.8 (5.2)	8.0 (4.5)	15.1 (6.0)	12.9 (5.9)	8.2 (5.2)
	Störbarkeit des Essverhaltens	6.3 (4.0)	10.7 (3.8)	11.9 (3.5)	5.6 (3.7)	11.5 (3.6)	11.7 (3.8)
FKB							
	Vitale Körperdynamik	26.6 (6.6)	27.3 (6.1)	25.8 (6.3)	25.3 (8.1)	29.1 (6.5)	26.5 (10.4)
	Ablehnende Körperbewertung	35.7 (6.7)	37.6 (8.1)	39.9 (7.5)	36.0 (9.6)	37.8 (9.3)	38.3 (9.1)

Anmerkungen. Die Tabelle enthält die Angabe von Mittelwerten und in Klammern die Standardabweichung; EG = Experimentalgruppe; KG = Kontrollgruppe; AN = Anorexia nervosa; BN = Bulimia nervosa; BED = Binge Eating Disorder; BSI = Brief Symptom Inventory; EDI = Eating

Disorder Inventory 2; FKB = Fragebogen zum Körperbild. Fett markierte Werte weisen auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen hin.

Bezüglich der Klinikaufenthalte (vor, während oder nach der ambulanten Behandlung) sind es 53 Fälle von 102 (52%) in der EG und 45 Fälle von 58 (78%) in der KG. In beiden haben Klinikaufenthalte gehäuft vorher stattgefunden, d.h. die ambulante Therapie ist eine Nachsorge nach der stationären Versorgung.

Tabelle 3: Verteilung der soziodemografischen Merkmale getrennt nach Behandlungsgruppen

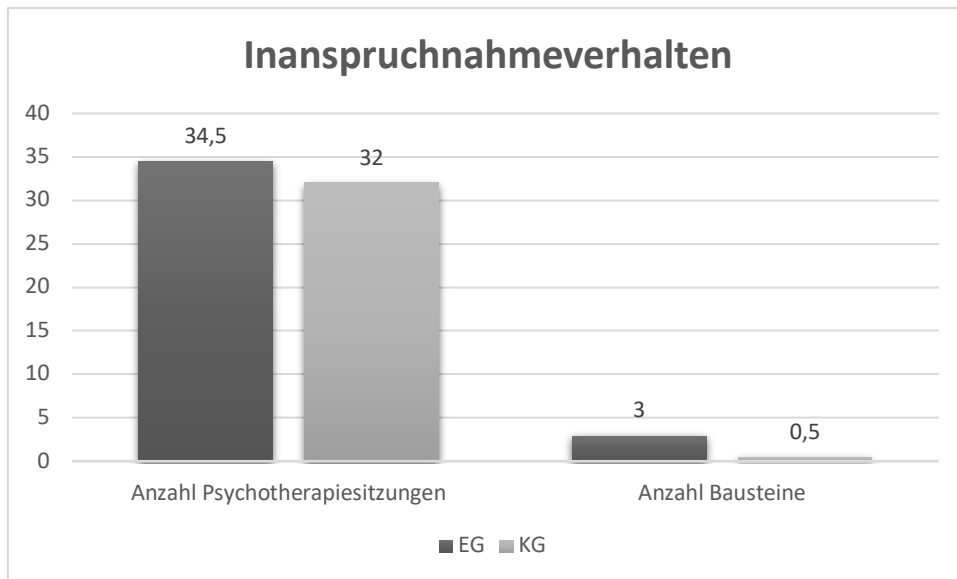
	EG (N = 186)	KG (N = 146)
Familienstand (n_{EG} = 176; n_{KG} = 128)		
ledig	105 (59.7%)	79 (54.1%)
verheiratet	46 (24.7%)	22 (15.1%)
geschieden	7 (3.8%)	9 (6.2%)
getrennt	22 (11.8%)	18 (12.3%)
Schulabschluss (n_{EG} = 171; n_{KG} = 130)		
Schüler/Azubi	10 (5.4%)	11 (7.5%)
Hauptschule	15 (8.1%)	11 (7.5%)
Realschule	44 (23.7%)	34 (7.5%)
Abitur	59 (31.7%)	51 (34.9%)
Hochschule	43 (23.15)	23 (15.8%)
Berufstätigkeit (n_{EG} = 175; n_{KG} = 128)		
berufstätig	109 (58.6%)	67 (45.9%)
arbeitslos	8 (4.3%)	9 (6.2%)
Ausbildung/Lehre	43 (23.1%)	31 (21.2%)
Schüler	7 (3.8%)	10 (6.8%)
Studium	5 (2.7%)	9 (6.2%)
Rentner	3 (1.6%)	2 (1.4%)

Anmerkungen. Darstellung der Verteilung der soziodemografischen Merkmale. N_{EG} = Anzahl Patienten in der Experimentalgruppe, die Angaben gemacht haben; N_{KG} = Anzahl der Patienten in der Kontrollgruppe, die Angaben gemacht haben. Die Differenz zur Gesamtanzahl der Patienten in der Experimental- und Kontrollgruppe haben keine Angaben gemacht.

Therapie

Im Folgenden werden die Inanspruchnahme in den Bereichen Einzeltherapie und Behandlungsbausteine sowie mögliche Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen beiden Behandlungsgruppen untersucht. Zunächst findet sich in Grafik 1 eine Übersicht der Verteilung getrennt nach den Behandlungsgruppen. Im Anschluss werden für die jeweiligen Settings getrennt die Ergebnisse der durchgeführten Analyse dargestellt.

Grafik 1. Übersicht über das Therapieinanspruchnahmeverhalten der Patientinnen in beiden Behandlungsgruppen



Anmerkungen. Die Zahlen stellen Mittelwertsangaben (gerundet) ohne Standardabweichung dar; EG = Experimentalgruppe; KG = Kontrollgruppe.

Einzeltherapie

Die Teilnehmer der EG ($N = 186$) hatten insgesamt durchschnittlich 34.5 ($SD = 17.1$) Einzelsitzungen. Die Teilnehmer der KG ($N = 146$) erhielten im Mittel 32 ($SD = 15.3$) Sitzungen.

Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant in der Anzahl der Gesamtstunden Einzeltherapie ($t(325) = 1.51, p = .13$).

Anzahl der Bausteine

Die Patienten der EG belegten im Durchschnitt 3 Bausteine ($SD = 1.6$), die der KG belegten im Mittel 0.5 ($SD = .8$) Bausteine. Die EG belegte damit wie erwartet signifikant mehr Bausteine als die KG ($t(285) = 18.13, p = .00$).

Gesamtkosten

Eine Untersuchung der Gesamtkosten ergab, dass sich beide Gruppen signifikant voneinander unterschieden ($p < .000$). Die durchschnittlichen Kosten für die Patienten in der EG belaufen sich auf insgesamt € 3242,71 ($SD = € 1344,11$). Die Gesamtkosten in der KG machten insgesamt € 2574,45 ($SD = € 1176,48$). Die Differenz von € 668,26 entspricht der etwas höheren Anzahl der PT-Sitzungen (+2,5 in der EG) sowie der Teilnahme an den Bausteinen.

Prä-Post Vergleiche

Zunächst wurde untersucht, ob sich die beiden Behandlungsgruppen in ihrer Ausprägung der Symptome (essstörungsspezifisch und allgemeine Belastung) über die Therapie und den Zeitraum hinweg verbessert haben. Es zeigte sich, dass sich insgesamt beide Gruppen signifikant über den Behandlungszeitraum in allen Variablen verbessert haben. Eine nähere Betrachtung der Daten soll im Folgenden zeigen, ob und inwiefern, sich die EG und KG im Verlauf über die drei Messzeitpunkte hinweg in ihren Ausprägungen verschiedener Variablen (BMI, BSI, EDI, FEV, FKB) voneinander unterscheiden.

Im Folgenden werden in den Tabellen 4, 5 und 6 die Kennwerte bedeutsamer Variablen für die Messzeitpunkte 1, 2 und 3 jeweils für die Diagnosen AN, BN und BED separat dargestellt, um im Anschluss signifikante Unterschiede zu erläutern.

Anorexia Nervosa

Tabelle 4. Mittelwerte und Standardabweichung der AN-Gruppe zu M1, M2, M3 getrennt nach Behandlungs- und Diagnosegruppe

	EG (N = 58)			KG (N = 54)		
	M1	M2	M3	M1	M2	M3
BSI (M, SD)						
Depressivität	3.6 (3.8)	2.4 (4.2)	1.8 (3.3)	5.9 (6.5)	3.8 (5.4)	2.4 (4.0)
Gesamtbeschwerdeindex	1.1 (3.0)	0.7 (.6)	0.7 (0.6)	1.3 (0.8)	0.8 (.7)	0.6 (0.7)
EDI (M, SD)						
Schlankheitsstreben	30.0 (9.6)	22.3 (9.6)	19.4 (9.0)	31.0 (10.1)	20.2 (6.3)	17.2 (6.3)
Bulimie	17.1 (9.1)	14.2 (7.3)	12.5 (4.4)	17.1 (8.6)	13.1 (5.8)	12.2 (6.5)
Körperliche Unzufriedenheit	33.5 (10.7)	23.1 (9.7)	20.7 (12.1)	35.7 (10.4)	21.7 (15.3)	17.7 (13.4)
FKB (M, SD)						
Vitale Körperdynamik	26.3 (6.6)	26.1 (15.3)	33.7 (6.7)	25.3 (8.1)	27.8 (13.2)	30.6 (11.2)
Ablehnende Körperbewertung	35.7 (6.7)	25.1 (9.7)	26.7 (7.7)	36.0 (9.6)	26.7 (12.2)	23.7 (11.8)
FEV (M, SD)						
Störbarkeit des Essverhaltens	6.3 (3.9)	3.8 (3.3)	3.2 (3.6)	5.6 (3.7)	4.5 (3.7)	5.4 (3.8)
Kognitive Kontrolle	14.5 (5.6)	7.9 (6.9)	6.0 (7.1)	15.1 (5.9)	7.9 (5.9)	8.6 (5.6)
BMI (M, SD)						
In kg/m ²	19.1 (8.9)	20.2 (8.1)	-	19.7 (7.8)	20.2	-

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; M1 = Messzeitpunkt ; M2 = Messzeitpunkt 2; M3 = Messzeitpunkt 3; kg = Kilogramm; m² = Meter; BSI = Brief-Symptom-Inventory; EDI = Eating-Disorder-Inventory; FKB = Fragebogen zum Körperbild; FEV = Fragebogen zum Essverhalten; BMI = Body-Mass-Index.

Bulimia Nervosa

Tabelle 5. Mittelwerte und Standardabweichung der BN-Gruppe zu M1, M2, M3 getrennt nach Behandlungs- und Diagnosegruppe

	EG (N = 43)			KG (N = 35)		
	M1	M2	M3	M1	M2	M3
BSI (M, SD)						
Depressivität	6.9 (5.9)	2.4 (3.5)	2.7 (4.1)	6.7 (6.6)	4.0 (5.3)	4.1 (5.9)

Gesamtbeschwerdeindex	1.1 (.42)	0.6 (.4)	0.5 (0.4)	1.0 (.6)	0.7 (.6)	0.72 (0.6)
EDI (<i>M, SD</i>)						
Schlankheitsstreben	35.0 (6.1)	23.0 (8.3)	21.4 (9.0)	34.0 (7.5)	25.2 (8.8)	23.7 (8.0)
Bulimie	26.7 (6.6)	16.7 (6.4)	18.3 (11.1)	27.2 (6.8)	22.1 (13.7)	18.3 (12.6)
Körperliche Unzufriedenheit	42.6 (8.5)	26.7 (13.8)	21.2 (12.7)	41.6 (10.4)	26.0 (16.6)	23.9 (16.4)
FKB (<i>M, SD</i>)						
Vitale Körperdynamik	27.3 (6.1)	29.0 (11.3)	31.9 (8.3)	29.1 (6.5)	28.7 (11.5)	29.3 (10.7)
Ablehnende Körperbewertung	37.6 (8.1)	26.3 (9.9)	24.1 (9.8)	37.8 (9.3)	28.0 (11.4)	27.6 (9.2)
FEV (<i>M, SD</i>)						
Störbarkeit des Essverhaltens	10.7 (3.8)	6.2 (4.5)	6.8 (4.5)	11.5 (3.6)	7.8 (4.5)	7.4 (4.7)
Kognitive Kontrolle	14.8 (5.2)	9.6 (4.5)	8.5 (6.0)	12.9 (5.1)	10.6 (5.8)	11.7 (6.6)
BMI (<i>M, SD</i>)						
In kg/m ²	22.7 (5.8)	23.0	-	23.5 (7.0)	23.9 (8.7)	-

Anmerkungen. *M* = Mittelwert; *SD* = Standardabweichung; M1 = Messzeitpunkt 1; M2 = Messzeitpunkt 2; M3 = Messzeitpunkt 3; kg = Kilogramm; m² = Meter; BSI = Brief-Symptom-Inventory; EDI = Eating-Disorder-Inventory; FKB = Fragebogen zum Körperbild; FEV = Fragebogen zum Essverhalten; BMI = Body-Mass-Index.

Binge-Eating-Disorder

Tabelle 6. Mittelwerte und Standardabweichung der BED-Gruppe zu M1, M2, M3 getrennt nach Behandlungs- und Diagnosegruppe

	EG (<i>N</i> = 85)			KG (<i>N</i> = 57)		
	M1	M2	M3	M1	M2	M3
BSI (<i>M, SD</i>)						
Depressivität	4.5 (5.2)	1.7 (2.3)	2.4 (4.2)	4.3 (5.0)	2.1 (2.7)	1.4 (2.0)
Gesamtbeschwerdeindex	0.9 (0.5)	0.7 (0.6)	0.3 (0.6)	1.0 (0.6)	0.7 (0.6)	0.6 (0.6)
EDI (<i>M, SD</i>)						
Schlankheitsstreben	28.9 (7.2)	24.0 (8.0)	22.6 (6.5)	28.9 (7.6)	24.3 (6.3)	20.6 (10.9)
Bulimie	23.4 (7.6)	17.6 (7.1)	16.2 (5.5)	22.5 (7.6)	17.5 (7.1)	15.8 (7.0)
Körperliche Unzufriedenheit	45.5 (8.2)	30.8 (14.8)	29.2 (13.6)	41.8 (10.1)	34.0 (15.8)	30.4 (16.3)

FKB (<i>M, SD</i>)						
Vitale Körperdynamik	25.8 (6.3)	25.4 (13.2)	29.7 (6.8)	26.5 (10.4)	23.4 (15.8)	30.9 (8.4)
Ablehnende Körperbewertung	39.9 (7.5)	28.3 (11.9)	30.0 (9.4)	38.3 (9.1)	26.3 (12.8)	28.0 (11.0)
FEV (<i>M, SD</i>)						
Störbarkeit des Essverhaltens	11.9 (3.5)	5.8 (5.1)	6.6 (4.8)	11.7 (3.8)	6.6 (5.1)	6.4 (2.3)
Kognitive Kontrolle	8.0 (4.6)	6.7 (6.0)	7.2 (5.8)	8.2 (5.2)	8.2 (6.6)	7.9 (6.2)
BMI (<i>M, SD</i>)						
In kg/m ²	39.9 (9.9)	37.2 (8.5)	-	36.4 (12.3)	35.8 (10.9)	-

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; M1 = Messzeitpunkt 1; M2 = Messzeitpunkt 2; M3 = Messzeitpunkt 3; kg = Kilogramm; m² = Meter; BSI = Brief-Symptom-Inventory; EDI = Eating-Disorder-Inventory; FKB = Fragebogen zum Körperbild; FEV = Fragebogen zum Essverhalten; BMI = Body-Mass-Index.

In der folgenden Tabelle 7 werden die statistischen Kennwerte der durchgeführten Varianzanalysen mit Messwiederholung dargestellt.

Tabelle 7. Darstellung der statistischen Kennwerte der ANOVAs mit Messwiederholung zum Zusammenhang von Behandlungsverlauf, Gruppenzugehörigkeit sowie Diagnosegruppe zu allen drei Messzeitpunkten

	Haupteffekt (<i>p</i>)	Interaktionseffekt (<i>p</i>)	Interaktionseffekt (<i>p</i>)	Interaktionseffekt (<i>p</i>)
	Verlauf	Verlauf x Gruppe	Verlauf x Diagnose	Verlauf x Gruppe x Diagnose
BMI (<i>M, SD</i>)				
In kg/m ²	.93	.50	<.01	.05
BSI (<i>M, SD</i>)				
Depressivität	<.05	.82	.30	.44
Gesamtbeschwerdeindex (GSI)	<.001	.27	.84	.24
EDI (<i>M, SD</i>)				
Schlankheitsstreben	<.001	.54	.05	.05
Bulimie	<.001	.74	.22	.03
Körperliche Unzufriedenheit	<.001	.75	.97	.53
FEV (<i>M, SD</i>)				
Kognitive Kontrolle	<.001	.002	<.01	.58
Störbarkeit des Essverhaltens	.86	.67	.95	.72

FKB (<i>M, SD</i>)				
Vitale Körperdynamik	.29	.20	.92	.97
Ablehnende Körperbewertung	<.000	.49	.45	.73

Anmerkungen. p = p-Wert, steht für das Signifikanzniveau, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung (werden nicht angezeigt), fett markierte Werte stellen signifikante Ergebnisse dar.

Body-Mass-Index

Eine ANOVA mit Messwiederholung zeigte, dass sich die beiden Gruppen (EG, KG) in der Veränderung ihres BMIs über die Zeit nicht signifikant voneinander unterschieden, $F(1) = .008$, $p = .93$. Es ergab sich hingegen ein Interaktionseffekt zwischen dem BMI und der Diagnose, $F(2) = 5.57$, $p < .05$: Die jeweilige Essstörungsdiagnose hat also einen Einfluss darauf, inwiefern sich der BMI der jeweiligen Gruppe (EG vs. KG) im Verlauf über die drei Messzeitpunkte hinweg verändert. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Patienten, die an einer BED leiden, einen weitaus höheren BMI aufweisen, als Patienten mit einer AN oder BN (s. Tabelle 2). Bei weiterer Exploration der einzelnen Diagnosen zeigte sich, dass Patienten mit einer AN und zugehörig zur EG (+1.2 BMI, ca. +3,6 kg) eine weitaus höhere Gewichtszunahme verzeichneten als die Patienten des gleichen Krankheitsbildes der KG (+0.5 BMI; s. Tabelle 4). Ähnliches zeigte sich für Patienten, die an einer BED erkrankt sind: Diejenigen, die an der Integrierten Versorgung (EG) teilnahmen, reduzierten ihr Gewicht (-2.7 BMI, ca. -8,1 kg) weitaus mehr, als die Patienten, die ausschließlich Psychotherapie (KG; - 0.6 BMI) in Anspruch nahmen (s. Tabelle 6). Dies entspricht auch der bisherigen Forschung, dass mit Psychotherapie allein keine signifikante Gewichtsveränderung bei Adipositas zu erreichen ist.

BSI

Depressivität

Die Untersuchung (ANOVA mit Messwiederholung) ergab, dass sich die EG und die KG signifikant in der Veränderung der Ausprägung depressiver Symptome über den Verlauf hinweg unterschieden, $F(2) = 3.16$, $p < .05$. Eine nähere Betrachtung der Diagnosen zeigte, dass sich vor allem Patienten mit BN in der EG deutlich mehr verbesserten als Patienten mit BN in der KG (s. Tabelle 5).

Gesamtbeschwerdeindex

Eine ANOVA mit Messwiederholung zeigte, dass sich die EG und die KG signifikant in der Veränderung der Ausprägung der allgemeinen Gesamtbelastung über den Verlauf hinweg unterschieden, $F(2) = 30.46$, $p < .001$. Unter Einbezug der Diagnosen zeigte sich, dass vor allem Patienten mit BN und BED, welche der EG zugehörig waren, eine stärkere Verbesserung in ihrer allgemeinen Gesamtbelastung aufwiesen, als Patienten mit gleichem Krankheitsbild der KG (Mittelwerte, s. Tabelle 4, 5, 6). Kongruent zu den Ergebnissen bezüglich der Depressivität zeigte sich ebenfalls in der Untersuchung der Gesamtbelastung eine weitere Verbesserung in der EG zum 3. Messzeitpunkt. Patienten der KG wiesen eine Verschlechterung oder eine Stagnation der Symptomatik auf.

EDI

Schlankheitsstreben

Die Ergebnisse ergaben einen signifikanten Gruppenunterschied (EG vs. KG) hinsichtlich einer Verbesserung des Schlankheitsstrebens über die Zeit hinweg, $F(2) = 14.9$, $p < .001$. Zudem zeigte sich ein Interaktionseffekt zwischen dem Schlankheitsstreben und der Diagnose, $F(4) = 2.4$, $p = .05$. Eine nähere Betrachtung des Einflusses der Diagnose zeigte, dass Patienten mit einer BN und zugehörig zur EG ein deutlich höhere Verbesserung im Schlankheitsstreben über die Messzeitpunkte hinweg berichteten, als Patienten mit einer BN der KG. Patienten mit einer BN, die an der IGV teilnahmen hatten somit nach Beendigung der Therapie als auch 12 Monate später ein deutlich geringeres Streben

dünnere zu sein sowie weniger Angst vor einem Gewichtsanstieg als Patienten mit einer BN, die ausschließlich Psychotherapie in Anspruch nahmen. Patienten mit einer AN oder BED wiesen keine Unterschiede in der Veränderung des Schlankheitsstrebens über die Zeit hinweg auf (Mittelwerte, s. Tabelle 4, 5, 6).

Bulimie

Die Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zeigten einen Haupteffekt für die Skala Bulimie, $F(2) = 14.2, p < .001$. Die Gruppen (EG und KG) unterscheiden sich demnach hinsichtlich einer Veränderung in der Anzahl von Heißhungeranfällen sowie der gedanklichen Beschäftigung mit diesen über die Zeit hinweg. Weiterhin ergab sich ein Interaktionseffekt zwischen der Skala Bulimie, der Gruppenzugehörigkeit (EG vs. KG) sowie der Diagnose (AN, BN, BED): Dieser lässt darauf schließen, dass die größere Verbesserung des bulimischen Verhaltens in der EG, im Vergleich zur KG, darauf zurückzuführen ist, dass Patienten mit einer BN und BED aufgrund ihres Krankheitsbildes einen weitaus größeren Effekt auf das bulimische Verhalten berichten als Patienten mit einer AN, da diese nur selten Heißhungeranfälle zeigen. Die Interpretation des Haupteffekts ist somit nur eingeschränkt möglich: Ausschließlich Patienten, die an einer BN oder BED leiden, zeigen einen höheren Profit des Therapieangebots in der EG, als Patienten mit gleichem Krankheitsbild der KG (Mittelwerte, s. Tabelle 4, 5, 6).

Körperliche Unzufriedenheit

Eine ANOVA mit Messwiederholung ergab einen Haupteffekt für die Variable Körperliche Unzufriedenheit, $F(2) = 15.25, p < .001$: Die Gruppen EG und KG unterschieden sich demnach signifikant in der Veränderung der körperlichen Unzufriedenheit über die Zeit hinweg. Eine nähere Betrachtung der einzelnen Diagnosen ergab, dass Patienten aller Diagnosegruppen in der EG eine deutlich stärkere Verringerung der körperlichen Unzufriedenheit über die Messzeitpunkte hinweg, berichteten als Patienten aller Diagnosegruppen in der KG. Dies lässt darauf schließen, dass Patienten, die an der IGV teilnahmen, deutlich mehr profitierten, als Patienten, die ausschließlich Psychotherapie in Anspruch nahmen (Mittelwerte, s. Tabelle 4, 5, 6).

FEV

Kognitive Kontrolle

Die Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zeigten, dass sich die Gruppen (EG vs. KG) signifikant in der Veränderung (über die Zeit hinweg) ihrer empfundenen kognitiven Kontrolle über das Essverhalten voneinander unterschieden, $F(2) = 20.38, p < .001$. Zudem ergaben sich Interaktionseffekte für die kognitive Kontrolle und die Gruppenzugehörigkeit ($F(6) = 3.86, p < .05$) sowie für die kognitive Kontrolle und die Diagnose ($F(4) = 5.62, p < .000$). Diese Interaktionseffekte lassen sich darauf zurückführen, dass sich die Patienten unterschiedlicher Diagnosen schon zum Messzeitpunkt 1 deutlich und signifikant voneinander unterschieden haben. Patienten mit einer BED weisen im Vergleich zu den anderen beiden Diagnosegruppen eine deutlich geringere, subjektiv eingeschätzte kognitive Kontrolle des Essverhaltens auf. Dies ist durch das fehlende kompensatorische Verhalten bei Patienten mit einer BED zu erklären. Es zeigt sich, dass Patienten, die an einer AN oder BN leiden und der EG zugehörig sind, über den Verlauf hinweg eine deutlich geringere kognitive Kontrolle des Essverhaltens berichten, als zu Beginn der Therapie und im Vergleich mit Patienten des gleichen Krankheitsbildes in der KG. Dies lässt sich dahingehend interpretieren, dass Patienten, die an der IGV teilnahmen zum Ende der Therapie sowie 12 Monate nach Beendigung weitaus weniger kompensatorische Maßnahmen (restriktives Essverhalten, Binge-Purging-Verhalten) durchführten, als Patienten, die ausschließlich Psychotherapie in Anspruch nahmen. Dieses Resultat spricht für eine Verbesserung der essstörungsspezifischen Symptomatik. Patienten mit einer BED beider Gruppen weisen hingegen keine bis sehr geringe Veränderungen in der subjektiv eingeschätzten kognitiven Kontrolle ihres Essverhaltens auf. Dies könnte dahingehend zu interpretieren sein, dass diese Patientengruppe auch nach der Therapie

die eigene Nahrungsaufnahme aus subjektiver Sicht als wenig kontrollierbar einschätzt (Mittelwerte, s. Tabelle 4, 5, 6).

Störbarkeit des Essverhaltens

Eine ANOVA mit Messwiederholung ergab, dass keinen Haupteffekt für die Störbarkeit des Essverhaltens, ($F(2) = .15, p = .86$). Patienten der EG und KG unterscheiden sich somit nicht in der Veränderung der Störbarkeit des Essverhaltens über die Zeit hinweg (Mittelwerte, s. Tabelle 4, 5, 6).

FKB

Ablehnende Körperbewertung

Die Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung zeigten, dass sich die Gruppen (EG vs. KG) in der Veränderung der ablehnenden Körperbewertung über die Messzeitpunkte hinweg unterscheiden ($F(2) = 16.3, p < .000$). Eine nähere Betrachtung der Ergebnisse ergab, dass ausschließlich Patienten mit einer BN durch die Teilnahme an der IGV einen besseren Effekt hinsichtlich der Bewertung des eigenen Körpers berichteten. Die Veränderungen der anderen Störungsbilder (AN und BED) waren über die Zeit hinweg in der EG und KG gleichbleibend (Mittelwerte, s. Tabelle 4, 5, 6).

Vitale Körperdynamik

Eine ANOVA mit Messwiederholung ergab keinen signifikanten Haupteffekt für die Variable. Es bestanden somit keine Gruppenunterschiede hinsichtlich der Veränderung der Vitalen Körperdynamik über die Messzeitpunkte hinweg. Eine nähere Betrachtung der Follow-Up Werte ergab jedoch, dass 12 Monate nach Beendigung der Therapie die Werte weiter anstiegen: Die Patienten fühlten sich also auch nach Beendigung der Therapie insgesamt fitter, aktiver und gesünder (Mittelwerte, s. Tabelle 4, 5, 6).

Therapieerfolg

In der Studie von Legenbauer (2012) ergab sich für die Patienten der EG im Mittel ein durchschnittlich höherer Therapieerfolg, als für Patienten der KG. Kongruent zu diesen Ergebnissen wurde auch in der 2. Studie der Therapieerfolg der Patienten der EG objektiv höher eingeschätzt ($M = 7.0, SD = 2.0$) als für Patienten der KG ($M = 5.0, SD = 3.0$). Das bedeutet, dass die Patientengruppe, die zusätzlich Therapiebausteine in Anspruch nahmen (EG) nur noch eine geringfügige Essstörungssymptomatik bestand, keine krankheitswertigen Rückfälle verzeichnet wurden und somit die Kriterien für eine Diagnose nicht mehr erfüllten. Die Patientengruppe, die ausschließlich Psychotherapie in Anspruch nahmen, erzielten eine deutliche Verbesserung der Essstörungssymptomatik ($< 50\%$), erfüllten jedoch noch diagnoserelevante Kriterien.

Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte an einer Stichprobe von insgesamt $N = 332$ Patienten inwiefern die Inanspruchnahme eines multimodalen Behandlungskonzepts Vorteile in Bezug auf die (langfristige) Verringerung der Essstörungssymptomatik sowie komorbiden Symptomatik im Vergleich zur Regelbehandlung von Patienten mit Essstörungen aufweist.

Die Prä-Post-Vergleiche zeigten, dass die Patienten der EG in fast allen untersuchten Bereichen mehr von der Therapie profitierten als die Patienten der KG. So zeigte sich, dass Patienten mit einer AN eine stärkere Gewichtssteigerung und Patienten mit einer BED eine höhere Gewichtsreduzierung aufwiesen als Patienten des gleichen Krankheitsbildes der KG. Die Gewichtssteigerung bzw. -reduzierung stellt

ein wesentliches Maß für einen Therapieerfolg dar. Weiterhin ergab die Untersuchung, dass Patienten der EG nach Beendigung der Therapie und auch nach 12 Monaten noch eine deutlichere Verringerung von depressiven Symptomen berichteten als Patienten der KG. Dies hat eine hohe Bedeutsamkeit für einen Therapieerfolg, da Essstörungen sehr häufig komorbid mit einer depressiven Symptomatik einhergehen (30 – 80%). Zusätzlich zeigten die Ergebnisse, dass die allgemeine psychopathologische Belastung (BSI- Gesamtscoreindex) nach Beendigung der Therapie eine höhere Verringerung in der EG zu verzeichnen war als in der KG. Dies zeigte sich auch in den Langzeiteffekten bei Patienten mit einer BN oder BED (M3) in der EG: Die Werte blieben stabil oder verbesserten sich sogar. Weiterhin verringerten sich das Streben nach Schlankheit sowie die körperliche Unzufriedenheit/ablehnende Körperbewertung in der EG stärker als in der KG. Bei Patienten mit einer BED und einer BN der EG zeigte sich zudem, dass auf der Skala Bulimie des EDI-2 Patienten der EG mit BN und BED weitaus geringere Werte über die Messzeitpunkte hinweg erzielten, als die der KG. Dieses Resultat lässt darauf schließen, dass kompensatorische Maßnahmen in Form (Erbrechen, Einnahme von Laxantien und Diuretika), welche bei häufiger Nutzung/Ausführung zu schwerwiegenden körperlichen Folgeerkrankungen mit sich bringen, weniger häufig angewandt wurden als bei Patienten in der KG. Eine weitere Exploration der Ergebnisse in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose zeigte, dass vor allem Patienten, die an einer Bulimie erkrankt sind, am meisten von der zusätzlichen Inanspruchnahme der Therapiebausteine profitierten. Kongruent zu den Ergebnissen der Selbsteinschätzung zeigte sich ebenfalls in der Einschätzung des Therapieerfolgs durch die behandelnde Therapeutin (Expertenurteil) eine deutliche Verbesserung der Essstörungssymptomatik der EG im Vergleich zur KG.

Ein Vergleich der Inanspruchnahme ergab, dass sich die Patientengruppe hinsichtlich der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Einzelsitzungen nicht signifikant voneinander unterscheiden. Deskriptiv zeigt sich, dass Patienten der EG im Mittel 2.5 Therapiestunden mehr in Anspruch nahmen. Weiterhin, wie erwartet, nahmen die Patienten der EG im Durchschnitt 2.5 Bausteine mehr in Anspruch. Dieses Inanspruchnahmeverhalten zeigt sich in dem Vergleich der Kosten für beide Gruppen: Patienten der EG zahlten im Mittel 668,26€ mehr als die Patienten der KG. Diese Differenz entspricht der etwas höheren Anzahl der PT-Sitzungen (+2,5 in der EG) sowie der Teilnahme an den Bausteinen. Die Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche zeigen hingegen, dass die Patienten der EG eine weitaus geringere Essstörungssymptomatik sowie allgemeine psychopathologische Symptomatik nach Inanspruchnahme des multimodalen Behandlungskonzepts aufweisen, als die der KG. Dies lässt vermuten, dass eine weitere Behandlung der Essstörung nach Beendigung der Therapie im Forum für Ess-Störungen weniger wahrscheinlich ist für Patienten, die zusätzlich zur Psychotherapie noch weitere Bausteine in Anspruch nahmen (EG), als für Patienten, die ausschließlich Psychotherapie in Anspruch nahmen (KG). Dies könnte zu einer Vermeidung von weiteren Kosten für Anschlussbehandlungen sowie zu einer Vermeidung/ Verringerung von einer Arbeitsunfähigkeit führen. Zusätzlich ist die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall bei einer ganzheitlichen Vorgehensweise niedriger, die Patienten haben mehr Übungsfelder während der Behandlung kennengelernt und so auch unterschiedliche Ressourcen aufbauen können.

Weiterhin ist anzumerken, dass es sich bei der vorliegenden Studie nicht um eine randomisierte Studie handelt. Die Patienten konnten somit nicht zufällig den Gruppen zugeordnet werden. Hier geht es um eine naturalistische Versorgungsforschung. Die Therapeutinnen wussten aufgrund der Krankenkassenzugehörigkeit des Patienten auch deren Gruppenzugehörigkeit.

Abschließend ist festzustellen, dass die Patientengruppe, die das multimodale Behandlungskonzept in Anspruch nahmen, deutlich mehr profitierten, als Patienten, die ausschließlich Psychotherapie in Anspruch nahmen. Dies zeigte sich sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung durch die behandelnden Therapeutinnen. Die Ergebnisse sprechen somit für eine multimodale Behandlung von Essstörungen. Diese Empfehlung wird ebenfalls in den S3 Leitlinien zur Behandlung von Essstörungen (Herpertz et al., 2011) ausgesprochen.

Literatur:

Herpertz, S. et al: S3-Leitlinie – Diagnostik und Behandlung von Essstörungen, Springer Verlag, 2011