

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
der Universität Würzburg

Direktor: Univ. - Professor Dr. med. Marcel Romanos

„Katamnestische Untersuchung der
Behandlungszufriedenheit kindlicher Patientinnen und
Patienten mit Anorexia nervosa nach stationärem
Klinikaufenthalt“

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
vorgelegt von
Eva-Maria Schiffczyk
aus Wendelstein
Würzburg, Oktober 2016

Referent: Univ.-Professor Dr. med. Marcel Romanos

Korreferent: Univ.-Professor Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller

Dekan: Professor Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 08.12.2017

Die Promovendin ist Ärztin

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis:

1	Einleitung – Anorexia nervosa	1
1.1	Einführung	1
1.2	Definition und Klassifikation der Anorexia nervosa	3
1.3	Besonderheiten der kindlichen Anorexia nervosa	5
1.3.1	Epidemiologie der kindlichen AN	5
1.3.2	Ätiologie und Genese der kindlichen AN.....	6
1.3.3	Symptomatik der kindlichen AN	8
1.3.4	Diagnose und Differentialdiagnose der kindlichen AN.....	12
1.3.5	Therapie der kindlichen AN.....	13
1.3.6	Verlauf und Prognose der kindlichen AN	16
2	Forschungsstand.....	18
2.1	Wissenschaftlicher Forschungsstand zur Behandlungszufriedenheit	18
2.2	Methodischer Forschungsstand zur Behandlungszufriedenheit	28
2.3	Zusammenfassung	30
2.4	Fragestellung und Hypothesen	33
3	Material und Methoden.....	35
3.1	Definition der Stichprobe.....	35
3.2	Patientenrekrutierung/-aufklärung.....	36
3.3	Studiendurchführung	37
3.4	Genetische Untersuchung	37
3.5	Verwendete Instrumente.....	38
3.5.1	Postalisch versandte Selbstbeurteilungsfragebögen.....	38
3.5.2	Klinisches Interview	39
3.5.3	Erfassung der Behandlungszufriedenheit mittels Katamnesefragebogen	42
3.6	Statistische Analyse des Datensatzes zur Behandlungszufriedenheit	43
4	Ergebnisse	46
4.1	Ausgangsstichprobe	46
4.2	Katamnese Stichprobe	46

4.3	Drop-outs.....	46
4.4	Art der Interviewdurchführung.....	46
4.5	Basisdaten der Katamnesepatienten/-innen (N=52).....	47
4.6	Vergleichbarkeit der Katamneseestichproben der drei Universitätskliniken	49
4.7	Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit.....	50
4.7.1	Frage: „Wie zufrieden warst du mit der Behandlung?“	50
4.7.1.1	Frage: „Am meisten zufrieden war ich mit...?“.....	51
4.7.1.2	Frage: „Unzufrieden war ich mit ...?“	53
4.7.1.3	Potentielle Einflussfaktoren auf die Behandlungszufriedenheit.....	54
4.7.1.4	Gruppenvergleich un-/zufriedener bzw. sehr/gar nicht zufriedener Patienten/-innen	55
4.7.2	Frage: „Hat unsere Behandlung dir geholfen?“	58
4.7.2.1	Frage: „Am meisten davon hat mir geholfen...?“	59
4.7.2.2	Frage: „Nicht geholfen hat...?“	61
4.7.2.3	Potentielle Einflussfaktoren auf die Bewertung der Behandlung als hilfreich	62
4.7.2.4	Gruppenvergleich der Patienten, die die Behandlung als allgemein hilfreich/schädlich bzw. sehr hilfreich/sehr schädlich empfanden	64
4.7.3	Frage: „Müsste an der Behandlung etwas geändert werden?“	65
4.7.3.1	Gruppenvergleich zwischen un-/zufriedenen Probanden/- innen bzw. Probanden/-innen, die die Behandlung als (nicht) hilfreich eingeschätzt haben bezüglich ihrer Veränderungswünsche im Rahmen der Behandlung	67
4.7.4	Frage: „Wie fandest du die Menge der Behandlung?“	68
4.7.4.1	Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf die Bewertung der Behandlungsmenge	69
4.7.4.2	Gruppenvergleich un-/zufriedener Patienten/-innen und von Patienten/-innen, die die Behandlung als (nicht) hilfreich empfanden bzgl. der Beurteilung der Behandlungsmenge	70
5	Diskussion.....	72
5.1	Behandlungszufriedenheit	72
5.1.1	Behandlungszufriedenheit ehemals kindlicher AN-Patienten im Vergleich mit Ergebnissen bisheriger Behandlungszufriedenheitsstudien	72

5.1.2	Zufriedenheit erzeugende Behandlungselemente	78
5.1.3	Unzufriedenheit erzeugende Behandlungselemente:.....	82
5.1.4	Zusammenhang zwischen Patientenvariablen und Behandlungszufriedenheit	86
5.2	Hilfe durch die Behandlung	91
5.2.1	Retrospektiv empfundene Hilfe durch die Behandlung ehemals kindlicher AN-Patienten im Vergleich mit Ergebnissen bisheriger wissenschaftlicher Studien.....	91
5.2.2	Hilfreiche Behandlungselemente	94
5.2.3	Nicht hilfreiche Behandlungselemente	98
5.2.4	Zusammenhang zwischen Patientenvariablen und der subjektiv (nicht) erlebten Hilfe durch die Behandlung	100
5.3	Veränderungswünsche bezüglich der Therapie	102
5.4	Beurteilung der Behandlungsmenge	107
5.5	Aussagekraft und Gültigkeit der Ergebnisse	109
6	Ausblick.....	111
7	Zusammenfassung	112
8	Literaturverzeichnis	117
9	Kontaktdaten und Klinikleitung der an der Studie teilnehmenden Universitätskliniken:.....	136

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1:	Diagnosekriterien der AN nach ICD-10 und DSM-V	4
Tabelle 2:	Studien zur Behandlungszufriedenheit/-bewertung kindlicher und jugendlicher Patienten bzw. der Eltern (indirekt) mit Essstörungsdiagnose/AN.....	21
Tabelle 3:	Basisdaten der nachuntersuchten Patienten/-innen	47
Tabelle 4:	Diagnosen im Katamnesezeitraum (ICD-Klassifikation)	48
Tabelle 5:	Städtevergleich bzgl. „Alter bei Aufnahme/zum Katamnese-zeitpunkt“, „BMI bei Aufnahme/Entlassung“, „stationärer Behandlungsdauer“	49
Tabelle 6:	Städtevergleich bzgl. „Art der Entlassung“, „stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“, „Vorhandensein einer Essstörung bei Katamnese“	50
Tabelle 7:	Behandlungszufriedenheit ehemaliger Patienten/-innen im Städtevergleich	51
Tabelle 8:	Behandlungselemente, mit denen die Patienten am meisten zufrieden waren (bezogen auf N= 52).....	52
Tabelle 9:	Behandlungselemente, mit denen die Patienten unzufrieden waren (bezogen auf N=52)	53
Tabelle 10:	Korrelation der Behandlungszufriedenheit (nach Spearman)	55
Tabelle 11:	Vergleich un-/zufriedener bzw. sehr/gar nicht zufriedener Patienten/-innen bzgl. „Alter bei Aufnahme/zum Katamnesezeitpunkt“, „BMI bei Aufnahme/Entlassung“, „stationärer Behandlungsdauer“	56
Tabelle 12:	Vergleich unzufriedener und zufriedener Patienten/-innen bzgl. „Art der Entlassung“, „stationärer Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“, „Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt“.....	57
Tabelle 13:	Städtevergleich bzgl. Patientenzufriedenheit.....	57
Tabelle 14:	Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und der empfundenen Hilfe der Behandlung	58
Tabelle 15:	Hilfe durch die Behandlung im Städtevergleich	59
Tabelle 16:	Behandlungselemente, die als am meisten hilfreich eingestuft wurden (bezogen auf N=52)	60
Tabelle 17:	Behandlungselemente, die als nicht hilfreich eingestuft wurden	61
Tabelle 18:	Korrelation der Hilfe der Behandlung (nach Spearman)	63

Tabelle 19:	Vergleich der drei Behandlungsorte bzgl. der empfundenen Hilfe	63
Tabelle 20:	Vergleich von Patienten/-innen, die die Behandlung als allgemein hilfreich/schädlich bzw. sehr hilfreich/sehr schädlich empfunden haben bzgl. „Alter bei Aufnahme/zum Katamnesezeitpunkt“, „BMI bei Aufnahme/Entlassung“, „stationärer Behandlungsdauer“	64
Tabelle 21:	Vergleich von Patienten/-innen, die die Behandlung als hilfreich/nicht hilfreich empfunden haben bzgl. „Art der Entlassung (mit/gegen ärztlichen Rat)“, „stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“, „Vorhandensein einer Essstörung bei Katamnese“	65
Tabelle 22:	Zusammenhang zwischen der empfundenen Hilfe der Behandlung und der Zufriedenheit der Patienten/-innen	65
Tabelle 23:	Qualitative Veränderungswünsche.....	67
Tabelle 24:	Vergleich Un-/zufriedener bzw. von Patienten, die die Behandlung als hilfreich/schädlich empfunden haben bzgl. des „Vorhandenseins von Veränderungswünschen“	68
Tabelle 25:	Bewertung der Behandlungsmenge im Städtevergleich	68
Tabelle 26:	Korrelation der gewünschten Behandlungsmenge mit den genannten Vergleichsvariablen	70
Tabelle 27:	Gruppenvergleich un-/zufriedener Probanden/-innen und von Patienten/-innen, die die Behandlung als (nicht) hilfreich empfanden bzgl. der Beurteilung der Behandlungsmenge (zu wenig/ genau richtig/ zu viel).....	71

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1:	Behandlungszufriedenheit im Städtevergleich.....	51
Abbildung 2:	Hilfe durch die Behandlung im Städtevergleich	59
Abbildung 3:	Veränderungswunsch bzgl. Behandlung	66

1 Einleitung – Anorexia nervosa

1.1 Einführung

Die Anorexia nervosa (AN, zu Deutsch: Magersucht) stellt eines der schwerwiegendsten Krankheitsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch selbstinduzierten Gewichtsverlust, eine verzerrte Wahrnehmung der eigenen Figur (Köperschemastörung) sowie dem Gefühl der Betroffenen, zu dick zu sein, bzw. starker Angst vor einer Gewichtszunahme (Gewichtsphobie). Vor allem bei Erkrankung vor der Pubertät kann es zu Entwicklungsverzögerungen kommen (Herpertz et al. 2008). Die Prävalenz der adoleszenten Form, in der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen liegt bei bis zu 1 % (Herpertz et al. 2008), wobei deren Ansteigen über die letzten 50 Jahre in einigen Studien beschrieben wird (Lucas et al. 1999), (Madden et al. 2009). Das Alter des Ersterkrankungsbeginns scheint allerdings im Gegenzug zu sinken (Bryant-Waugh 2000), (Madden et al. 2009). Es wird davon ausgegangen, dass ca. 5% aller Ersterkrankungen bereits im Kindesalter, d.h. vor Vollendung des 14. Lebensjahres auftreten (Herpertz et al. 2008). Bis heute liegen allerdings nur wenige Daten über Inzidenz, genaues Erkrankungsalter, Diagnosekriterien, Schwere, Verlauf und Prognose dieser frühen, kindlichen Erkrankungsform vor (Bryant-Waugh 2000), (Peebles et al. 2006), (Madden et al. 2009). Jedoch bedarf es gerade Informationen über die Entstehung, den Verlauf und die Prognose der kindlichen AN, um eine angemessene Behandlung für diese Patientengruppe planen und koordinieren zu können (Nicholls et al. 2011).

Zur Optimierung der stationären oder ambulanten Therapie von Patienten kann insbesondere die Einschätzung der Behandlung durch die Betroffenen selbst einen wichtigen Beitrag leisten. Daher ist es sehr zu begrüßen, dass Studien zur Behandlungszufriedenheit zunehmend in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses rücken.

Die Behandlungszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung ist allerdings bisher in nur wenigen wissenschaftlichen Arbeiten untersucht worden (Loff et al. 1987), (Young et al. 1995), (Brannan et al. 1996), (Shapiro et al. 1997), (Godley et al.

1998), (Garland et al. 1999), (Garland et al. 2000), (Kaplan et al. 2001), (Zander et al. 2001), (Martin et al. 2003), (Garland et al. 2003), (Bredel et al. 2004), (Barber et al. 2006), (Keller et al. 2006), (Garland et al. 2007), (Cropp et al. 2008), (Finsterer 2008). Die Zufriedenheit mit der Therapie von kindlichen und jugendlichen Patienten mit Essstörungen, im Speziellen der AN, war ebenfalls selten Thema wissenschaftlicher Forschung (Brinch et al. 1988), (Kopec-Schrader et al. 1993), (Krautter and Lock 2004), (Colton and Pistrang 2004), (Zucker et al. 2006), (Paulson-Karlsson et al. 2006), (Offord et al. 2006), (Halvorsen and Heyerdahl 2007), (Tierney 2008), (Roots et al. 2009), (Rojo et al. 2009), (Schneider et al. 2010), (Gowers et al. 2010), (Couturier et al. 2010), (Pretorius et al. 2012).

Die vorliegende „Katamnestische Untersuchung der Behandlungszufriedenheit kindlicher Patientinnen und Patienten mit AN nach stationärem Klinikaufenthalt“ soll daher einen Beitrag dazu leisten, die geringe Datenlage zur AN im Kindesalter allgemein und zur Behandlungszufriedenheit dieser Patientengruppe im Speziellen zu erweitern und hierdurch zukünftige Behandlungskonzepte für Patienten mit kindlicher AN zu optimieren.

Die Untersuchungen zur vorliegenden Arbeit erfolgten im Rahmen einer im Methodenteil (siehe Kap. 3) beschriebenen, multizentrischen Katamnesestudie zum „Heilungserfolg der kindlichen Magersucht“. In der Kooperationsstudie unter Beteiligung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der Universitätskliniken Aachen, Würzburg und Berlin wurden retrospektiv Informationen über die Symptomatik der kindlichen Form der Magersucht, ihren Verlauf, bestehende Komorbiditäten, prognostische Faktoren für den Heilungserfolg und die Ansichten der Patienten bezüglich verschiedener Behandlungsfaktoren erhoben.

Das Hauptaugenmerk dieser Dissertation liegt auf der Analyse der retrospektiven Aussagen der kindlichen Patienten zur Behandlungszufriedenheit sowie zur subjektiv empfundenen Hilfe der stationären Therapie.

Dabei stehen die Meinung der ehemaligen kindlichen AN-Patienten zu Art und Menge der Behandlungsbausteine und deren Veränderungswünsche bezüglich der Therapie im Zentrum dieser Dissertation.

Es erfolgt zunächst eine Beschreibung des Krankheitsbildes „Anorexia nervosa“ unter besonderer Berücksichtigung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes zur kindlichen Verlaufsform. Anschließend wird eine kurze Übersicht zum aktuellen Forschungsstand bezüglich Studien zur Behandlungszufriedenheit gegeben. Danach folgt die Erläuterung des Studiendesigns sowie die Darstellung und Diskussion der Studienergebnisse.

1.2 Definition und Klassifikation der Anorexia nervosa

1873 wurde zum ersten Mal ein Krankheitsbild mit dem Namen „Anorexia hysterica“ von dem französischen Psychiater Ernest-Charles Lasègue und dem Engländer William Gull beschrieben. „Anorexia“ (griechisch) bedeutet wörtlich übersetzt Appetitverlust/-verminderung. Die AN ist charakterisiert durch eine verzerrte Körperwahrnehmung und die starke Angst davor Gewicht zuzunehmen, woraus ein atypisches Essverhalten der Betroffenen resultiert (Herpertz et al. 2008).

Die Diagnosekriterien der Anorexia nervosa wurden von der World Health Organization (WHO) in der „International Classification of Diseases“ (ICD-10) zusammengefasst. Für den angloamerikanischen Raum existiert das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) der „American Psychiatric Association“ als Klassifikationssystem (Herpertz et al. 2008).

Um die Diagnose „Anorexia nervosa“ zu stellen, müssen alle, in der Tabelle 1 nach ICD-10 (F 50.0) oder DSM-V (307.1) aufgeführten Kriterien erfüllt sein.

Tabelle 1: Diagnosekriterien der AN nach ICD-10 und DSM-V

ICD-10 (F 50.0)	DSM-V (307.1)
<p>-Körpergewicht mindestens 15 % unter dem zu erwartenden Gewicht oder Body-Mass-Index (BMI=Gewicht/Größe²) von ≤ 17.5 kg/m²</p> <p>Bei präpuberalen Patienten kann eine Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.</p>	<p>-anhaltende Begrenzung der Energiezufuhr, die zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt (im Zusammenhang mit dem, was für Alter, Geschlecht, die Entwicklung und die physische Gesundheit minimal zu erwarten wäre).</p>
<p>Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vermeidung hochkalorischer Speisen, sowie eine/mehrere der folgenden Verhaltensweisen: -selbstinduziertes Erbrechen -selbstinduziertes Abführen -übertriebene körperliche Aktivität -Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika 	<p>-ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden oder anhaltendes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz bestehenden Untergewichts</p>
<p>-Körperschemastörung in Form von massiver Angst, zu dick zu werden, als tiefverwurzelte, überwertige Idee und Festlegung einer sehr niedrigen persönlichen Gewichtsschwelle</p>	<p>-Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur/des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts/der Figur auf die Selbstbewertung, oder anhaltend fehlende Einsicht bzgl. des Schweregrades des gegenwärtig geringen Körpergewichts</p>
<p>-endokrine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, mit Amenorrhoe bei Mädchen/Frauen und Libido- und Potenzverlust bei männlichen Individuen</p> <p>Erhöhte GH- und Cortisolspiegel, sowie Veränderungen des Schilddrüsenhormonstoffwechsels und Störungen der Insulinsekretion können vorliegen.</p>	
<p>-Entwicklungsverzögerung/-hemmung bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät</p>	

(Herpertz et al. 2008), (American Psychiatric Association 2013)

Außer der klassischen Form der AN wird im ICD-10 noch eine atypische Form (ICD-10: F 50.1) definiert. Diese liegt dann vor, wenn Kernkriterien der AN, wie beispielsweise Amenorrhoe oder ein starker Gewichtsverlust fehlen, jedoch ansonsten ein typisches klinisches Bild besteht (Dilling et al. 2008).

Die Erkrankung kann darüber hinaus in unterschiedliche Subtypen untergliedert werden. Man unterscheidet nach DSM-V und ICD-10 einen restriktiven Verlaufstyp (ICD-10: F 50.00; DSM-V: 307.1), bei welchem die

Gewichtsabnahme allein durch Nahrungsverzicht, ohne gegensteuernde Maßnahmen erreicht wird, von einem „Binge-eating-/Purging-Typ“ der Erkrankung (Binge: Gelage; Purging: Durchspülen) (ICD-10: F 50.01; DSM-V: 307.1). Bei letzterer Unterform wird die Gewichtsabnahme aktiv durch gegensteuernde Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Diuretika- und Laxantienabusus oder Einnahme von Appetitzüglern herbeigeführt (Jacobi et al. 2000).

1.3 Besonderheiten der kindlichen Anorexia nervosa

1.3.1 Epidemiologie der kindlichen AN

Von der Krankheit AN sind vorwiegend jugendliche Mädchen, aber auch männliche Jugendliche, sowie Kinder und Erwachsene beiden Geschlechts betroffen. In der Altersgruppe der 14- bis 18-Jährigen weist die Erkrankung eine Punktprävalenz von 0,3-1% auf (Herpertz et al. 2008), wobei die Magersucht in bestimmten Risikopopulationen mit deutlich höherer Prävalenzrate als in der Normalbevölkerung auftritt - beispielsweise bei Menschen, welche bedingt durch Hobby oder Beruf in besonderer Form auf ihr Körpergewicht und ihre Figur achten müssen (u. a. Leistungssportler/-innen, Models und Tänzer/-innen) (Remschmidt 2008).

Bei jugendlichen Patienten findet sich auch die höchste Inzidenzrate mit 50-70 Betroffenen pro 100.000 Personen der Altersgruppe (Herpertz et al. 2008). Die Häufigkeitsgipfel der Erkrankung stellen das 14. und 18. Lebensjahr dar (Möller et al. 2005). Das Geschlechterverhältnis im Haupterkrankungsalter liegt bei ca. 1:10 (m:w) (Remschmidt 2008). Allgemein ist das Erkrankungsalter für AN in den letzten Jahrzehnten deutlich gesunken (Lucas et al. 1991), (Bryant-Waugh 2000), (van Son et al. 2006), (Madden et al. 2009), (Nicholls et al. 2011).

Schon seit den 1950er Jahren wurde ein Anstieg der AN im Kindesalter beobachtet, deren Erkrankungsbeginn vor Vollendung des 14. Lebensjahrs liegt (Herpertz et al. 2008). Das Vorkommen von Essstörungen im Kindesalter allgemein wurde in den 1980er sowie Anfang der 1990er Jahre vermehrt registriert und dokumentiert (Irwin 1981), (Jacobs and Isaacs 1986), (Fosson et

al. 1987), (Higgs et al. 1989), (Di Nicola et al. 1989), (Gowers et al. 1991), (Lask and Bryant-Waugh 1993), (Lask et al. 1997), wobei die AN im Kindesalter am häufigsten auftrat (Lask et al. 1997). Auch 2009 stellt Halmi in einer Studie zur AN im Kindes- und Jugendalter fest, dass AN in der Kindheit ein zunehmendes Problem sei, Risikofaktoren für diese Erkrankungsentität, allerdings aufgrund begrenzter Fallzahlen nur schwer abzuschätzen seien (Halmi 2009).

Epidemiologisch wird davon ausgegangen, dass die kindliche AN eine geringere Prävalenz als die typische Erkrankungsform im Jugendalter hat (Bryant-Waugh and Lask 1994), (Kotler and Walsh 2000).

Die Inzidenz der Anorexia nervosa bei 10-14-Jährigen lag in einigen Studien bei 4,2 - 26,3 pro 100.000 Mädchen und 3,3 - 3,7 pro 100.000 Jungen (Nielsen 1990), (Lucas et al. 1991), (Joergensen 1992), (Lucas et al. 1999), (Madden et al. 2009), (Nicholls et al. 2011). Zwei weitere wissenschaftliche Arbeiten dokumentierten Inzidenzraten von 2,6 pro 100.000 Kindern (Canadian Paediatric Society 2005), (Nicholls et al. 2011).

In einigen wissenschaftlichen Untersuchungen wurde ein Verhältnis von Jungen zu Mädchen von 1:4 festgehalten (Jacobs and Isaacs 1986), (Fosson et al. 1987), (Higgs et al. 1989), (Nielsen 1990), (Lucas et al. 1991), (Joergensen 1992), (Lask et al. 1997), (Lucas et al. 1999), (Madden et al. 2009), (Nicholls et al. 2011), was im Vergleich zur adoleszenten Form eine deutlich höhere Rate an männlichen Betroffenen bedeutet (Lask et al. 1997).

Obwohl die AN im Kindesalter relativ selten auftritt, wurde sie in verschiedenen Ländern und Kulturen und vor unterschiedlichem sozioökonomischen Hintergrund beschrieben (Lask and Bryant-Waugh 1993), (Bryant-Waugh and Lask 1994), (Lask et al. 1997), (Kotler and Walsh 2000). Dies deutet darauf hin, dass sowohl genetische Komponenten, als auch soziokulturelle Einflüsse entscheidende Auswirkungen auf die Genese der Erkrankung haben.

1.3.2 Ätiologie und Genese der kindlichen AN

Die Ursachen für die Entstehung des Krankheitsbildes AN sind vielfältig, wobei unterschiedliche Einflussfaktoren diskutiert werden.

Genetische Aspekte spielen bei der Krankheitsentstehung eine große Rolle. In Zwillingsstudien mit ein- und zweieiigen Zwillingen, zeigten sich bei eineiigen Zwillingen Konkordanzraten von bis zu 50%, bei zweieiigen Zwillingen von 10%. Es wurde darüber hinaus festgestellt, dass Verwandte 1. Grades eines, an Magersucht erkrankten Menschen, eine achtmal höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit im Vergleich zur Normalbevölkerung haben (Möller et al. 2005).

Bezüglich der Rolle biologischer Ursachen bei der Krankheitsentstehung existieren unterschiedliche Theorien. Hormone und Neurotransmitter, die Hunger und Sättigung im Körper beeinflussen (z. B. Leptin, Serotonin), werden ebenso in die Überlegungen miteinbezogen, wie Funktionsstörungen zentraler Regulationszentren, beispielsweise des Hypothalamus (Möller et al. 2005). Das serotonerge System scheint eine entscheidende Rolle im Rahmen der Ätiopathogenese der AN zu spielen, wobei von einer genetisch bedingten Vulnerabilität dieses Neurotransmittersystems der Betroffenen ausgegangen wird. Diese scheint durch Umweltfaktoren, wie perinatale Risikofaktoren oder Traumatisierungen (z. B. Missbrauch), intensiviert werden zu können (Holtkamp et al. 2006).

Auch soziokulturelle Einflussfaktoren scheinen an der Genese der AN beteiligt zu sein. Eine hohe Prävalenz der Magersucht in westlichen Ländern, im Vergleich zu häufig niedrigeren Zahlen in Ländern anderer Kultur, ist vermutlich u. a. auf ein sehr ausgeprägtes Schlankheitsideal zurückzuführen (Holtkamp et al. 2006).

Ebenso scheinen familiäre Faktoren und die Persönlichkeitsstruktur der Erkrankten im Rahmen der Ätiopathogenese bedeutend zu sein (Holtkamp et al. 2006). So weisen AN-Patienten, v. a. mit vorwiegend restriktiver Symptomatik, zum Teil typische Persönlichkeitsmerkmale wie Beharrlichkeit, Perfektionismus, Rigidität, Introvertiertheit und ein starkes Harmoniebedürfnis auf. Auch bezüglich dieser Eigenschaften vermutet man einen Zusammenhang mit dem serotonergen System (Herpertz-Dahlmann 2003), (Holtkamp et al. 2006). In der Eltern-Kind-Interaktion können möglicherweise mangelnde Autonomie, Perfektionismus, ein ausgeprägtes Harmoniebedürfnis und soziale Ängstlichkeit auf Seiten des

Kindes oder der Eltern beim jeweiligen Gegenüber im Umkehrschluss behütende und einengende Tendenzen fördern. Ein Zusammenhang zwischen der Erkrankungsschwere und der familiären Interaktion wurde allerdings nicht hergestellt (Holtkamp et al. 2006).

Aus lerntheoretischer Sicht werden die Kontrolle des Gewichts und die gezielte Gewichtsabnahme als Problemlösestrategien aufgefasst. Tiefenpsychologisch wird davon ausgegangen, dass durch Abwehr innerer Konflikte (z. B. Angst) die körperliche Symptomatik kompensatorisch auftritt (Möller et al. 2005).

Im Rahmen ätiologischer Forschung zu Essstörungen im Kindesalter haben einige Untersuchungen ergeben, dass die individuelle Familiengeschichte (beispielsweise psychische Erkrankungen in der Familie) sowie das Auftreten von frühkindlichen Fütterstörungen als besondere Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung vor Pubertätsbeginn gelten könnten (Nicholls and Vine 2009), (Nicholls et al. 2011). Zudem wurde in einer italienischen Studie, bedingt durch eine schwerere essbezogene Psychopathologie bei früherem Krankheitsbeginn, die Hypothese aufgestellt, dass psychologische Merkmale und Persönlichkeitszüge Vulnerabilitätsfaktoren sein könnten, welche beeinflusst durch Faktoren wie Medien, Schule, familiäres Umfeld, zu einer frühen Form der AN führen könnten (Abbate-Daga et al. 2007). In einer Studie aus dem Jahr 2008 stellten Raney und Kollegen die Hypothese auf, dass die Entwicklung einer AN mit Überängstlichkeit in der Kindheit assoziiert sein könnte, wobei bei 39 % der befragten AN-Patientinnen (N=600) diese Diagnose vorlag und sich bei 94 % von diesen darauffolgend eine AN entwickelte (Raney et al. 2008), (Halmi 2009).

1.3.3 Symptomatik der kindlichen AN

Die AN verläuft in der Regel zunächst schleichend und entwickelt sich bis zur Ausprägung ihres Vollbildes über einen längeren Zeitraum. Erste psychopathologische Krankheitssymptome treten häufig in Form der Beschäftigung mit der Zusammensetzung verschiedener Nahrungsmittel und deren Kaloriengehalt auf. Dies führt zumeist nach kurzer Zeit zu einer Vermeidung bestimmter Lebensmittel, welche als zu fett- oder zuckerhaltig empfunden werden, einer sukzessiven Einschränkung des Speiseplans auf nur

wenige „gesunde Lebensmittel“ und einer starken Reduktion der Nahrungsmenge mit Auslassen ganzer Mahlzeiten. Die wenigen stattfindenden Mahlzeiten erfolgen nach festen Schemata und werden häufig zelebriert (Herpertz et al. 2008).

Ein weiteres Anorexie-typisches Symptom ist die Vorstellung der Patienten trotz Normal- oder Untergewicht zu dick zu sein, wobei bestimmte Körperpartien wie z. B. Oberschenkel oder Bauch besonders in den Vordergrund des Denkens rücken (Körperschemastörung) (Möller et al. 2005). Diese verzerrte Körperwahrnehmung wird durch eine extreme Angst vor Gewichtszunahme ergänzt (Gewichtsphobie) (Herpertz et al. 2008). Gesteigerte körperliche Aktivität mit dem Ziel der Gewichtskontrolle und -reduktion liegt ebenfalls bei den meisten Betroffenen vor (Herpertz et al. 2008).

Im Verlauf der Erkrankung kommt es häufig zu einer zunehmenden Interessenseinschränkung und sozialen Isolation durch permanente Fokussierung auf das Thema „Essen und Gewicht“. Es besteht oft eine gesteigerte Leistungsorientierung bezüglich der Schule und eine Vernachlässigung früherer Hobbies (Holtkamp et al. 2006).

Zahlreiche Studien mit kindlichen AN-Patienten bekräftigen bezüglich der Anorexie-typischen Symptomatik, dass die Kernkriterien der Erkrankung im Kindesalter, größtenteils mit denen im Jugend-/Erwachsenenalter übereinstimmen (Warren 1968), (Irwin 1984), (Fosson et al. 1987), (Atkins and Silber 1993), (Matsumoto et al. 2001), (Cooper et al. 2002), (Madden et al. 2009). Eine wissenschaftliche Arbeit unterstrich, dass bei der kindlichen Form der AN abnormes Essverhalten und Gewichtsverlust bei weitem die am meisten verbreiteten Symptome seien (Lask et al. 1997). Essstörungsspezifische Psychopathologie (gemessen mit EDE- „Eating Disorder Examination“) wurde in einer prospektiven englischen Studie in einem geringeren Maße von Kindern (< 13 Jahre), als von jugendlichen (13-17 Jahre) Patienten mit einer Essstörung (50 % AN) berichtet (Walker et al. 2014). Allerdings gibt es Hinweise, dass die Erkrankungsschwere und Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen bei präpubertären Individuen größer zu sein scheinen, als bei

Erkrankungsbeginn in der Adoleszenz (Kotler and Walsh 2000). Beispielsweise tritt die frühe Erkrankungsform der AN häufig zusammen mit affektiven Störungen in Form von Depression oder Angsterkrankungen auf (Lask and Bryant-Waugh 1992). Die beschriebenen hohen Komorbiditätsraten bei Kindern mit AN bekräftigen den Bedarf an spezialisierter und psychiatrischer Behandlung (Madden et al. 2009).

Weitere Forschung konnte gewisse symptomatische Unterschiede zwischen AN-Patienten verschiedener Altersklassen herausstellen:

In einer japanischen Vergleichsstudie mit AN-Patienten unterschiedlicher Altersgruppen wiesen signifikant weniger kindliche Patienten ein extrem niedriges Gewicht im Vergleich zu jugendlichen/erwachsenen Erkrankten auf (Matsumoto et al. 2001). Hierbei sei jedoch zu berücksichtigen, dass Kinder allgemein einen geringeren Körperfettanteil haben, als junge Frauen, weshalb sie auch bei geringerem Gewichtsverlust schneller kachektisch werden können (Irwin 1981), (Matsumoto et al. 2001). Deshalb müsse besonders darauf geachtet werden, dass diese Patienten frühzeitig hospitalisiert werden, auch wenn noch kein ausgeprägter Gewichtsverlust besteht (Matsumoto et al. 2001).

Die gewichtsphobische Komponente der Magersucht, welche für das Jugend-/Erwachsenenalter typisch ist, lässt sich bei Patienten mit kindlicher AN nicht immer eruieren. Kinder berichten häufig, dass sie sich wie „fremdgesteuert“ und „von einer unbekanntem Kraft gelenkt“ fühlen, welche ihnen vorgibt, ihre Nahrungszufuhr zu reduzieren (Herpertz et al. 2008).

Weitere Vergleichsstudien mit unterschiedlichen AN-Altersgruppen stellten zudem fest, dass selbst induziertes Erbrechen und „Purgingverhalten“ (z. B. Laxantienabusus) deutlich weniger häufig bei kindlichen AN-Patienten auftraten, als bei älteren Erkrankten (Fosson et al. 1987), (Walford and Mc Cune 1991), (Matsumoto et al. 2001), (Peebles et al. 2006), (Walker et al. 2014). Hierbei ist der höhere Laxantienabusus bei Jugendlichen/Erwachsenen möglicherweise dem besseren Wissen bezüglich der Substanzen und der leichteren Zugänglichkeit geschuldet (Matsumoto et al. 2001).

Eine italienische Studie, in welcher 250 kindliche, jugendliche und erwachsene AN-Patienten miteinander verglichen wurden, zeigte, dass Patienten mit

früherem Erkrankungsbeginn allgemein eine schwerere essbezogene Psychopathologie und eine empfindlichere, stärker beeinträchtigte Persönlichkeit (z. B. stärkerer Perfektionismus, stärkere „Borderline-artige“ Symptomatik) zeigten (Abbate-Daga et al. 2007).

Andere Autoren hingegen fanden keine Unterschiede in der klinischen Symptomatik zwischen kindlichen AN-Patienten und AN-Patienten mit späterem Erkrankungsbeginn (Inagaki et al. 2002), (Kipman et al. 2002), (Abbate-Daga et al. 2007).

In einer britischen Studie wurden als körperliche Symptome von Kindern mit AN Dehydratation, Bradykardie, kardiale Arrhythmien, QT-Zeit-Verlängerung, Hypotension, Hypothermie, Lanugobehaarung, Akrozyanose, periphere Minderdurchblutung, allgemeiner Entwicklungsrückstand (Fehlen der Ausprägung sekundärer Geschlechtsmerkmale, vermindertes Knochenalter, verminderte Körperlänge) und polyzystische Ovarien bei ca. 20% der Kinder aufgeführt (Lask et al. 1997).

In weiteren wissenschaftlichen Arbeiten zur kindlichen AN war der Großteil der Patienten von Leberzellverfettung (Mather et al. 1996), einer beträchtlichen Schrumpfung der Ovarien und Rückgang der Uterusgröße/-form/-morphologie betroffen (Lai et al. 1994), (Lask et al. 1997). Dauert die Erkrankung längere Zeit an, können Blutbildveränderungen und Osteoporose auftreten (Bachrach et al. 1990), (Bachrach et al. 1991), (Golden 1992), (Lask et al. 1997).

Wie erwachsene Patienten weisen auch Kinder im Krankheitsverlauf in CT-Studien eine signifikante Erweiterung der Sulci und Ventrikel und eine kortikale Atrophie auf (Pseudoatrophia cerebri) (Datlof et al. 1986), (Kreig et al. 1989), (Lask et al. 1997).

Manche Autoren gehen davon aus, dass gewöhnlich alle genannten Veränderungen und Krankheitssymptome nach adäquater Gewichtszunahme reversibel sind (Lask et al. 1997). In einer 2002 veröffentlichten Studie hatten allerdings 16 ehemalige kindliche AN-Patientinnen bei Untersuchung 1 Jahr nach Einsetzen der Menarche nicht ihr genetisches Wachstumspotential erreicht, trotz beschleunigten Wachstums nach Wiederaufnahme des Essens (Lantzouni et al. 2002). Auch weitere Studien führen an, dass Wachstumsstörungen mit

verminderter endgültiger Größe eine der häufigsten Langzeitkomplikationen bei Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen zu sein scheinen (Lask and Bryant-Waugh 2000), (Pinzon and Beimers 2005). Eine Studie aus dem Jahr 2011 unterstreicht, dass eine persistierende Essstörung in der Kindheit und Jugend Auswirkungen auf die weitere somatische und mentale Entwicklung, u. a. in Form von Kleinwuchs, Einschränkungen der Reproduktivität, Osteoporose sowie einer erhöhten Mortalität haben könne (Herpertz-Dahlmann et al. 2011).

1.3.4 Diagnose und Differentialdiagnose der kindlichen AN

Für die Diagnose AN müssen die unter 1.2 aufgeführten Hauptdiagnosekriterien nach ICD-10 oder DSM-V erfüllt sein.

Neben der Detektion des Untergewichts, sind diagnostisch eine ausführliche körperlich-neurologische Untersuchung und eine klinische Laboruntersuchung indiziert. Eine Elektrokardiographie (EKG) dient dem Ausschluss weiterer möglicher körperlicher Komplikationen (z. B. Perikarderguss) (Möller et al. 2005).

Vor Diagnosestellung ist es zudem wichtig organische Ursachen des Untergewichts, wie Tumorerkrankungen, endokrinologische Erkrankungen (z. B. Hyperthyreose, Diabetes), infektiöse Erkrankungen (z. B. Parasitosen, Pilzinfektionen) oder gastrointestinale Erkrankungen (z. B. M. Crohn, Colitis ulcerosa) auszuschließen (Herpertz et al. 2008).

Differentialdiagnostisch ist weiterhin auszuschließen, dass die anorektische Symptomatik kein Symptom einer anderen psychiatrischen Erkrankung ist. Besonders häufig findet sich abnormes Essverhalten bei Zwangserkrankungen, affektiven Störungen und schizophrenen Psychosen. Die zumeist hierbei fehlende Körperschemastörung erleichtert die Abgrenzung (Möller et al. 2005).

Bei der Diagnostik der AN im Kindesalter müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Gewichtszunahme und Größenwachstum können zu Beginn und während der Pubertät stark variieren, sodass sich eine, im Kindesalter oder früher Jugend entwickelnde AN, möglicherweise durch eine fehlende Gewichtszunahme, anstatt eines Gewichtsverlustes bemerkbar macht (Kotler and Walsh 2000). Unter anderem hierdurch ergeben sich Probleme für

eine frühe Diagnose der Erkrankung mittels DSM-Klassifikation aufgrund des hier geforderten Gewichtskriteriums (Kotler and Walsh 2000). Die überarbeitete Version DSM-V, welche im Mai 2013 erschienen ist, sieht zwar einige Änderungen vor, jedoch ist hiervon das Gewichtskriterium nicht betroffen.

Um den unterschiedlichen Gegebenheiten des Kindes-/Jugend- und Erwachsenenalters Rechnung zu tragen und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der BMI stark alters- und geschlechtsabhängig ist, legte die Deutsche Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) die 10. Altersperzentile für die AN im Kindes-/Jugendalter als Gewichtsschwellenwert zur Diagnosestellung fest (Herpertz et al. 2008).

Mittlerweile wurden auch einige Diagnostikinstrumente für kindliche Patienten entwickelt, beispielsweise eine Diagnosecheckliste für Kinder mit Essstörungen (Lask and Bryant-Waugh 1993), das „Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care-Child and Adolescent Version“ (DSM-PC) (American Academy of Pediatrics 1996), (Kotler and Walsh 2000), eine Adaptation der „Eating Disorder Examination“ (EDE) für 8-14-Jährige (Bryant-Waugh et al. 1996), oder die Symptomcheckliste „Great Ormond Street Criteria“ (GOS) für die Diagnose der AN bei unter 16-Jährigen (Nicholls et al. 2000), (Abbate-Daga et al. 2007).

Allgemein sollte die umfassende Diagnose einer Essstörung im Kindesalter klinische Interviews mit Kind und Eltern und die Bearbeitung von Essstörungsfragebögen miteinbeziehen (Kotler and Walsh 2000).

1.3.5 Therapie der kindlichen AN

Die AN ist eine schwerwiegende und potentiell lebensbedrohliche Erkrankung, die einer professionellen und am besten multimodalen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bedarf (Möller et al. 2005). Das Behandlungssetting richtet sich nach dem Schweregrad der Symptomatik. Indikationen für eine stationäre Unterbringung sind kritisches Untergewicht mit deutlichen körperlichen Auswirkungen, komplette Verweigerung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, akute Suizidalität, problematische familiäre Interaktionen,

soziale Isolation des Erkrankten, schwere psychiatrische Komorbidität und zunehmender Gewichtsverlust trotz ambulanter Therapie (Holtkamp et al. 2006).

Im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts der AN steht zu Beginn die körperliche Regeneration und Ernährungstherapie im Vordergrund, wobei eine Gewichtszunahme/-normalisierung das oberste Behandlungsziel darstellt. Als Richtlinie für das Zielgewicht wird die 25. Altersperzentile oder das Gewicht, bei welchem die Menstruation bei postmenarchalen Patientinnen wieder einsetzt, definiert (Herpertz et al. 2008). Aufgrund der häufig bestehenden Kachexie und der damit verbundenen Abnahme der gastrointestinalen Motilität, sowie der Nahrungsverweigerung, ist in manchen Fällen vorübergehend eine Unterstützung der Nahrungsaufnahme mittels nasogastraler Sonde notwendig (Renschmidt 2008). Im Rahmen der Ernährungstherapie wird ein Essensplan erstellt, in welchem 5-6 Mahlzeiten/Tag unter bewusstem Verzicht auf kalorienreduzierte Speisen festgelegt werden. Mittels eines Stufenschemas („Gewichtstreppe“) können verschiedene Gewichtsstufen, im Sinne einer operanten Konditionierung mit unterschiedlichen positiven Verstärkern, verknüpft werden. Die geplante Gewichtszunahme sollte 500-1000 g/Woche nicht überschreiten, um hormonelle Gegenregulationen zu vermeiden und dem Betroffenen genügend Zeit einzuräumen, sich an die Gewichtssteigerung zu gewöhnen. Begleitende Ernährungsberatung und Psychoedukation stellt den Erkrankten Informationen über gesunde und ausgewogene Ernährung und ihr Krankheitsbild zur Verfügung (Herpertz et al. 2008).

In der psychotherapeutischen Behandlung stehen vor allem kognitive Therapieansätze im Vordergrund, welche als Ziel die Umstrukturierung des Denkens der Betroffenen haben. Krankheitssymptome wie Gewichtspubie, Körperschemastörung und der erlebte Kontrollverlust der Patienten bei Nahrungsaufnahme sollen schrittweise beseitigt werden (Möller et al. 2005). Hierbei können Einzelpsychotherapiesitzungen und Gruppentherapien miteinander verknüpft werden (Holtkamp et al. 2006). Tiefenpsychologisch orientierte Therapieansätze kommen zum Einsatz, wenn bestehende Konflikte,

beispielsweise Geschwisterrivalität oder sexueller Missbrauch, zur Entwicklung des Krankheitsbildes geführt haben (Remschmidt 2008).

Die Therapie von kindlichen AN-Patienten sollte allgemein auf einem ganzheitlichen Therapievorgehen (Einbeziehung körperlicher, psychischer, entwicklungspezifischer Aspekte, der Familie, der Schule, von Medien/ Peergroup) basieren, wobei der Entwicklung einer therapeutischen Allianz zwischen Kind, Eltern und therapeutischem Team eine Schlüsselrolle zukommt (Lask et al. 1997). Familientherapie und Elterstraining sind ebenfalls von großer Bedeutung, da familiäre Dysfunktion zu einer Aufrechterhaltung der Essstörung führen kann (Lask et al. 1997). Auch Einzeltherapie, einhergehend mit kognitiver Therapie, stellt einen wichtigen Therapiebestandteil dar (Lask and Bryant-Waugh 1993), (Lask et al. 1997).

Eine Studie aus dem Jahr 2010 führt an, dass „family-based treatment“ (FBT) (Lock and le Grange 2005), (Eisler 2005), (Lock et al. 2006), (Eisler et al. 2007), (Findlay et al. 2010) die effektivste Behandlungsmethode für Kinder und Jugendliche mit AN zu sein scheint. Hierbei verbleiben die Patienten - soweit es deren Gesundheitszustand zulässt - in ihrer gewohnten Umgebung und nehmen ambulante Termine wahr, wobei den Eltern des Kindes die Verantwortung für die Gewichtsnormalisierung und Genesung übertragen wird. Vorteile, die sich hieraus ergeben, sind, dass die Fähigkeiten der Familie, ihrem Kind zu helfen gefördert werden. Darüber hinaus behält das Kind seine Umgebungsstrukturen bei (Familie, Freunde, Aktivitäten) (Findlay et al. 2010).

Eine Miteinbeziehung der Schule des Kindes in das Behandlungsgeschehen ist sehr sinnvoll, da Schularbeiten häufig vom Kind als letztes im Rahmen der Erkrankung aufgegeben werden. Die Angst davor beispielsweise eine Klasse wiederholen zu müssen, kann die Symptomatik des Kindes möglicherweise aggravieren (Lask et al. 1997).

Der medikamentösen Therapie kommt bei der kindlichen AN, ähnlich wie bei den anderen Alterskategorien, eine untergeordnete Rolle zu (Lask et al. 1997), da die Kernkriterien der Erkrankung bezüglich der verfügbaren psychotropen Medikation refraktär sind (Kaye et al. 1991), (Kaye et al. 1997), (Rossi et al. 2007). Im Rahmen einer multidisziplinären Therapie scheint adjuvante

Psychopharmakotherapie bei Kindern allerdings hilfreich bezüglich der Komorbiditäten und der Essstörungssymptomatik zu sein (Rossi et al. 2007).

So werden Antidepressiva vor allem zur Therapie komorbider Depression oder komorbider Zwangssymptome (z. B. Fluoxetin, Clomipramin) verabreicht (Lask et al. 1997), (Rossi et al. 2007). Antipsychotika können bei Angst und Denkstörungen eingesetzt werden (Rossi et al. 2007). In einer Studie mit kindlichen AN-Patienten zeigten alle Kinder, die eine Psychopharmakotherapie erhielten, Verbesserungen bezüglich ihres Essverhaltens, und eine assoziierte Gewichtszunahme (Rossi et al. 2007).

Bei medizinisch schwer beeinträchtigten Patienten muss die medikamentöse Therapie allerdings mit besonderer Vorsicht erfolgen, da häufiger Komplikationen (z. B. Hypothermie, Hypotension, EKG-Veränderungen), welche durch den Hungerzustand mitbedingt werden, auftreten können (Rossi et al. 2007).

1.3.6 Verlauf und Prognose der kindlichen AN

Allgemein liegt die Mortalität der AN im internationalen Vergleich bei 0,5-1 % pro Erkrankungsjahr (Herpertz et al. 2008). Hiermit weist die Magersucht die höchste Mortalitätsrate unter den psychischen Erkrankungen auf (Herpertz et al. 2008), (Treasure et al. 2010), (Paulson-Karlsson and Nevenon 2012).

Bezüglich Verlauf und Prognose der kindlichen AN, wirkten sich in einer Studie soziale und familiäre Beziehungen, sowie die mentale Verfassung der Betroffenen am meisten auf das spätere Outcome aus. Die initiale Symptomschwere und Dauer der stationären Behandlung schienen Prädiktoren für eine schlechte Prognose zu sein (Saccomani et al. 1998). In einer Studie aus dem Jahr 1988 mit 48 kindlichen AN-Patienten waren negative prognostische Faktoren u. a. ein Erkrankungsbeginn vor dem 11. Lebensjahr, komorbide Depression während der Erkrankung und Schwierigkeiten im Familienleben (Bryant-Waugh et al. 1988).

Die Prognose der AN im Kindesalter scheint zudem schlechter zu sein, als die der adoleszenten Form (Wentz et al. 2009), (Herpertz-Dahlmann et al. 2011). Nur 2/3 der Patienten genesen dauerhaft von der Erkrankung (Lask and Bryant-Waugh 1993), (Lask et al. 1997). Eine geringe Anzahl an Betroffenen des

verbleibenden Drittels sei von einer fortdauernden schweren Essstörung betroffen (Lask et al. 1997). Eine dauerhafte Genesung scheint stark von einem ganzheitlichen Therapievorgehen, der Kooperation im therapeutischen Team (Arzt-Eltern-Patient) und der Möglichkeit des Kindes, negative Gefühle auszudrücken, beeinflusst zu werden (Lask et al. 1997).

Zusammenfassend wird deutlich, dass die AN im Kindesalter nicht leicht zu therapieren ist und sie bei einem geringen Anteil der Patienten in eine schwere fortdauernde Erkrankung überzugehen scheint. Um die Prognose dieser Erkrankungsentität allgemein zu verbessern, müssen dringend die Voraussetzungen für eine frühe Diagnose und Intervention optimiert werden (Katzman et al. 2000), (Nicholls et al. 2011).

2 Forschungsstand

2.1 Wissenschaftlicher Forschungsstand zur Behandlungszufriedenheit

Die Behandlungszufriedenheit wurde von Lebow und Kollegen 1983 als der Umfang definiert, in dem die bereitgestellte Therapie, die Bedürfnisse und Wünsche von Patienten befriedigt (Lebow 1983). Sie entspricht einem dynamischem Konstrukt, das bezüglich der Behandlungsmotivation von Patienten von großer Bedeutung zu sein scheint (Keller et al. 2006).

In den 1980er Jahren etablierte sich die Messung der Behandlungszufriedenheit als Methode der Wahl, um die Meinung von Patienten über ihre Behandlung in Erfahrung zu bringen. Dies basierte auf der Erkenntnis, dass Patienten eine essentielle Quelle für Daten darüber sind, wie Behandlung funktioniert, und der Notwendigkeit, ihre Sichtweisen in die Planung und Evaluierung der Therapie miteinzubeziehen (Donabedian 1980), (Hudson 1990), (Avis et al. 1995).

Heute stellen die Rückmeldung von Patienten bezüglich der Behandlung und die Erfassung der Patientenzufriedenheit grundlegende Bestandteile der Qualitätssicherung dar. Zunehmend werden die Ansichten der Klienten auch als wichtige Komponente in der Therapieplanung und Weiterentwicklung klinischer Behandlungsrichtlinien in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung angesehen (Hannöver et al. 2000), (Swain-Campbell et al. 2001). Die Erwartungen und Anschauungen der Patienten beeinflussen nämlich sowohl die therapeutische Beziehung, als auch das Behandlungsergebnis (Hoencamp 1999), (Swain-Campbell et al. 2001). So scheint Zufriedenheit mit der Therapie direkten Einfluss auf deren Effektivität zu haben. Es gibt Hinweise darauf, dass zufriedene Patienten einer Behandlung stringenter folgen, diese besser einhalten und größeren Gebrauch von Therapieangeboten machen können (Larsen and Rootman 1976), (Fitzpatrick 1990), (Avis et al. 1995), (Doran and Smith 2004), (Rojo et al. 2009).

Informationen über Einflussfaktoren auf die Behandlungszufriedenheit können den Anbietern der Gesundheitsversorgung dabei helfen, eine patientenzentrierte Versorgung bereitzustellen (Barber et al. 2006).

Da sich gerade Patienten mit AN häufig ambivalent bezüglich der Aufnahme einer Therapie in einer Klinik fühlen und sie zudem hohe Therapieabbruchraten aufweisen (Vitousek et al. 1998), (Wallier et al. 2009), (Gulliksen et al. 2012), ist es insbesondere bei Ihnen wichtig ein systematisches Wissen darüber zu erlangen, was im Rahmen der Behandlung Zufriedenheit und Unzufriedenheit erzeugt. Dieses Wissen kann es ermöglichen, Therapieformen bereitzustellen, welche bestmöglich an die Bedürfnisse dieser Patientengruppe adaptiert sind (Gulliksen et al. 2012).

Aktuell existieren nur wenige Studien, die sich mit der Behandlungszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befassen (Loff et al. 1987), (Young et al. 1995), (Brannan et al. 1996), (Shapiro et al. 1997), (Godley et al. 1998), (Garland et al. 1999), (Garland et al. 2000), (Kaplan et al. 2001), (Zander et al. 2001), (Martin et al. 2003), (Garland et al. 2003), (Bredel et al. 2004), (Barber et al. 2006), (Keller et al. 2006), (Garland et al. 2007), (Cropp et al. 2008), (Finsterer 2008). Im Großteil der angeführten Studien äußerten die Patienten/Eltern (wenn integriert) ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der Therapie, wobei im Rahmen einer behandlungsbegleitenden Befragung von Keller und Kollegen 2006 sehr unterschiedliche, zum Teil eher niedrige Werte der Globalzufriedenheit verzeichnet wurden, welche im Behandlungsverlauf für die einzelnen Patienten stabil blieben. Zufriedenheit bei den Patienten wurde in dieser Studie am häufigsten durch den Kontakt zu Mitpatienten und durch das Gefühl vom Behandler ernst genommen zu werden, erzeugt (Keller et al. 2006).

Auch Studien zur Behandlungszufriedenheit eines Kollektivs aus erwachsenen Patienten mit Essstörungen oder speziell der AN sind nur in begrenztem Umfang vorhanden (Yager et al. 1989), (Newton et al. 1993), (Rosenvinge and Klusmeier 2000), (Button and Warren 2001), (Clinton 2001), (Swain-Campbell et al. 2001), (Doran and Smith 2004), (Clinton et al. 2004), (de la Rie et al. 2006), (Whitney et al. 2008), (Zeeck et al. 2009), (Escobar-Koch et al. 2010), (Collin et al. 2010), (Gulliksen et al. 2012), (Lose et al. 2014), (Fogarty and Ramjan 2016). In den meisten Studien, die eine Aussage zur Globalzufriedenheit trafen, äußerte sich

der Großteil der Patienten als zufrieden mit der Therapie (Rosenvinge and Klusmeier 2000), (Swain-Campbell et al. 2001), (Doran and Smith 2004), (Clinton et al. 2004), (Whitney et al. 2008), (Zeeck et al. 2009), (Collin et al. 2010), (Lose et al. 2014), (Fogarty and Ramjan 2016). In einigen wissenschaftlichen Arbeiten fiel allerdings die Behandlungsbewertung durch die Patienten negativer aus. So bewerteten in einer retrospektiven strukturierten Studie von Yager und Kollegen aus dem Jahr 1989 641 erwachsene Patientinnen mit Essstörungsdiagnose unterschiedliche Behandlungsformen als wenig hilfreich, wobei die individuelle Psychotherapie als am hilfreichsten eingestuft wurde (Yager et al. 1989). 2001 bezeichnete nur ein Drittel von 36 erwachsenen Patienten mit AN, die zuvor ambulant oder stationär essstörungsspezifisch behandelt wurden, im Rahmen eines halbstrukturierten Interviews die Behandlung als allgemein hilfreich. Ein weiteres Drittel brachte gemischte Gefühle zum Ausdruck und 19,5 % empfanden die Behandlung als allgemein nicht hilfreich (Button and Warren 2001). Als nicht hilfreiche Behandlungsaspekte wurden häufig das Gefühl nicht individuell genug behandelt zu werden und eine zu starke Fokussierung auf das Gewicht während der Behandlung genannt (Button and Warren 2001).

Ein Mangel an wissenschaftlichen Arbeiten besteht auch im Bereich der Erforschung der subjektiv erlebten allgemeinen Behandlungszufriedenheit von kindlichen und jugendlichen Patienten mit Essstörungen, im Speziellen der AN (Offord et al. 2006), (Schneider et al. 2010). Im Jahr 2007 sollen laut Halvorsen und Heyerdahl nur fünf Studien vorhanden gewesen sein, die sich direkt oder indirekt (Elternstudie) mit der Behandlungszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen, die an Magersucht erkrankt waren, auseinandergesetzt hatten (Brinch et al. 1988), (Kopeck-Schrader et al. 1993), (Krautter and Lock 2004), (Zucker et al. 2006), (Paulson-Karlsson et al. 2006), (Halvorsen and Heyerdahl 2007). Nach eigener Recherche liegen einige weitere wissenschaftliche Arbeiten vor, welche sich direkt oder indirekt (Elternstudie) als Hauptfragestellung oder Teilaspekt der Gesamtstudie mit der allgemeinen subjektiv erlebten Behandlungszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen mit einer Essstörungsdiagnose oder AN befassen.

Eine detaillierte Aufstellung der Studien zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2: Studien zur Behandlungszufriedenheit/-bewertung kindlicher und jugendlicher Patienten bzw. der Eltern (indirekt) mit Essstörungsdiagnose/AN

Autoren	Erscheinungsjahr	Journal	Titel	Fragestellung/ Ziel der Studie	Studienkollektiv	Methodik	Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit/-bewertung
Jaite et al.	-noch nicht publizierte Ergebnisse einer Studie der Berliner Charité		„Subjektive Therapiebeurteilung ambulanter Psychotherapie bei Jugendlichen mit Anorexia und Bulimia nervosa“	Subjektive Wahrnehmung einer vorausgegangenen ambulanten, essstörungsspezifischen Behandlung an der Berliner Charité durch Patienten, Eltern und Therapeuten	-70 kindliche/jugendliche Patientinnen mit Essstörung (71,4 % AN), Eltern, Therapeuten -12-20 Jahre (mittleres Alter bei Aufnahme \pm SD: 17 \pm 1,7)	-retrospektiv, strukturiert -„Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ (FBB) (Mattejat and Remschmidt 1998)	-hoher Grad an Behandlungszufriedenheit bei Patientinnen, Eltern und Therapeuten (FBB-P: 2,89, FBB-E: 2,9, FBB-T: 2,36 von 4 Punkten)
Pretorius et al.	2012	European Eating Disorders Review	„Evaluation of a Cognitive Remediation Therapy Group for Adolescents with Anorexia Nervosa: Pilot Study“	Evaluation der CRT nach tagesklinischer Behandlung am Maudsley Hospital in London	-24 kindliche/jugendliche AN-Patienten (23 weiblich, 1 männlicher Patient) -12–17 Jahre (mittleres Alter \pm SD: 15.6 \pm 1.4)	-retrospektiv (Behandlungsende), qualitativ -„Satisfactin Questionnaire“ (für Studie entwickelt)	-die Kinder/Jugendlichen bewerteten die Behandlung im Allgemeinen positiv -> die meisten Teilnehmer äußerten Akzeptanz und erfahrene Hilfe bzgl. der Behandlung
Couturier et al.	2010	Eating Disorders	„Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: A Dissemination Study“	Untersuchung der Effektivität und Adhärenz sowie Akzeptanz des Family-based Treatment bei kindlichen/jugendlichen AN-Patienten nach ambulanter Behandlung in Ontario, Kanada	-14 kindliche/jugendliche AN-Patientinnen, Eltern -12-17 Jahre (mittleres Alter \pm SD: 14 \pm 1,5)	-retrospektiv (Behandlungsende), strukturiert, -„Outcome Effective-ness Scale“ (Krautter and Lock 2004)	-Kinder/Jugendliche und Eltern äußerten Akzeptanz bzgl. der Behandlung, wobei die Eltern größere Akzeptanz als die Jugendlichen äußerten (Eltern: im Durchschnitt 4,29, Patienten: im Durchschnitt 3,69 v. 5 Punkten)
Gowers et al.	2010	Health Technology Assessment	„A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability – the TOuCAN trial“	Behandlungsbewertung kindlicher/jugendlicher AN-Patienten nach ambulanter oder stationärer essstörungsspezifischer Behandlung an 35 Kliniken in England	-167 jugendliche AN-Patienten, Eltern -12-18 Jahre	-retrospektiv, qualitativ -„Satisfaction Questionnaire“ (für Studie entwickelt)	-gutes Zufriedenheitslevel der Patienten mit doppelt so viel positiven, wie negativen Kommentaren, wobei Eltern deutlich zufriedener waren als ihre Kinder (5 mal so viele positive wie negative Aussagen)

Autoren	Erscheinungsjahr	Journal	Titel	Fragestellung/ Ziel der Studie	Studienkollektiv	Methodik	Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit/-bewertung
Schneider et al.	2010	Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	„Subjektive Therapiebeurteilung jugendlicher Patientinnen mit Essstörungen und deren Übereinstimmung mit Eltern- und Therapeutenbeurteilungen“	Übereinstimmung der Behandlungsbeurteilung einer stationär „Dialektisch Behavioralen Therapie“ an der Berliner Charité von kindlichen/jugendlichen Patientinnen mit Essstörung mit der Bewertung durch die Eltern und Therapeuten	-41 Patientinnen mit Essstörung (80,5 % AN), Eltern, Psychotherapeuten -12-18 Jahre (mittleres Alter \pm SD: 16.3 \pm 1.26)	-retrospektiv (Behandlungsende), strukturiert -„Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ (FBB) (Mattejat and Remschmidt 1998)	-insgesamt gute Beurteilung der stationären DBT durch Patientinnen, Eltern, Therapeuten ->Behandlungszufriedenheit, wobei die Eltern im Durchschnitt zufriedener waren als die Patienten (FBB-P=2.86, FBB-E=3.22, FBB-T=2,6; max. 4 Punkte)
Rojo et al.	2009	Actas Espanolas de Psiquiatria	„Hospitalization due to eating behavior disorders. Patient and family satisfaction“	Behandlungszufriedenheit der Patienten und ihrer Eltern nach stationärer essstörungsspezifischer Behandlung im Universitätsklinikum von Valencia, Spanien	171 Patienten (92,4 % weiblich, 7,6 % männlich) und deren Eltern (manche > 20 J., manche < 20 J.; keine genauen Altersangaben)	-retrospektiv (nach Entlassung), halbstrukturiert -„Satisfaction Questionnaire“ (für Studie entwickelt)	-hoher Grad an allgemeiner Zufriedenheit in geschlossenen Fragen ->66,9 % der Patienten zufrieden ->93,8 % der Eltern zufrieden -Inhalt der offenen Fragen durchaus kritisch ->möglicherweise neigen unzufriedene Patienten dazu dies eher in offenen Fragen auszudrücken
Roots et al.	2009	European Eating Disorders Review	„User Satisfaction with Services in a Randomised Controlled Trial of Adolescent Anorexia Nervosa“	Zufriedenheit jugendlicher AN-Patienten und ihrer Eltern mit stationärer und ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung in England	-215 jugendliche (keine Alters-, Geschlechtsdifferenzierung) AN-Patienten und ihre Eltern	-retrospektiv (1 Jahr nach Behandlung), halbstrukturiert -„Satisfaction Questionnaire“ (für Studie entwickelt)	-hoher Grad an Zufriedenheit wurde berichtet, wobei die Eltern zufriedener waren als die Patienten -62-82 % Zufriedenheit bei Eltern (verschiedene Behandlungsformen) -53-64 % Zufriedenheit bei Patienten (verschiedene Behandlungsformen) -allerdings kaum mehr positive, als negative Kommentare in qualitativen Aussagen
Tierney	2008	Journal of the American Psychiatric Nurses Association	„The Individual Within a Condition: A Qualitative Study of Young People's Reflections on Being Treated for Anorexia Nervosa“	Erfragung der Sicht kindlicher/jugendlicher AN-Patienten auf die vorausgegangene ambulante oder stationäre Behandlung in England	-10 kindliche/jugendliche AN-Patienten (1 männlicher Patient) zwischen 11-18 Jahren (mittleres Alter \pm SD: 17 \pm 1,8)	-retrospektiv (\leq 3 Jahre nach Behandlungsende), qualitativ	-alle außer einem Patienten gaben an, dass Ihnen die Behandlung in gewisser Form geholfen hätte

Autoren	Erscheinungsjahr	Journal	Titel	Fragestellung/ Ziel der Studie	Studienkollektiv	Methodik	Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit/-bewertung
Halvorsen and Heyerdahl	2007	International Journal of Eating Disorders	„Treatment Perception in Adolescent Onset Anorexia Nervosa: Retrospective Views of Patients and Parents“	Beziehung zwischen der retrospektiven Behandlungswahrnehmung und dem Outcome bzw. Patientencharakteristika jugendlicher AN-Patientinnen und ihrer Eltern nach ambulanter oder stationärer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Buskerud Hospital, Norwegen	-46 Patientinnen mit AN im Jugendalter (< 18 Jahre), 33 Mütter, 26 Väter	-retrospektiv (im Durchschnitt: 8,8 Jahre nach Behandlung), strukturiert -norwegische Version v. „Treatment Satisfaction Questionnaire“ (Lago et al. 1998)	-Eltern berichteten insgesamt eine positive Therapiewahrnehmung (Wahrnehmung des Therapeuten wurde erfragt) ->Aussagen der ehemaligen Patientinnen waren signifikant negativer, als die der Eltern -Großteil der Patientinnen empfand Behandlung dennoch als hilfreich (41 % sehr hilfreich, 52 % ziemlich hilfreich)
Offord et al.	2006	European Eating Disorders Review	„Adolescent Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Study Exploring Young Adults“	Erfragung hilfreicher und nicht hilfreicher Behandlungsfaktoren und der Einstellung zu unterschiedlichen Behandlungselementen im Rahmen kinder- und jugendpsychiatrischer stationärer Behandlung	-7 junge Erwachsene (16-23 Jahre) mit AN	-retrospektiv, halbstrukturiert -2-5 Jahre nach Entlassung aus stationärer Therapie	-keine Aussage zur Globalzufriedenheit -Gefühl durch die Aufnahme isoliert zu sein/weniger Zugang zu Unterstützung von außen zu haben -> als nicht hilfreich erlebt -als „Magersüchtiger“ angesehen zu werden/nicht als Individuum wertgeschätzt zu werden ->als extrem hinderlich empfunden -gemeinsame Therapiegestaltung und gewisses Maß an Kontrolle ->als hilfreich erlebt -positive Beziehungen in Altersgruppe ->wichtig, nur selten als nicht hilfreich bewertet -Kontakt zu anderen AN-Patienten ->ambivalent erlebt: -positiv: Identifikation -negativ: Vergleich/Wetteifern
Paulson-Karlsson et al.	2006	Journal of Family Therapy	„Anorexia nervosa: treatment satisfaction“	Zufriedenheit kindlicher/jugendlicher AN-Patienten und ihrer Eltern mit „family-based treatment“ nach ambulanter Behandlung im Queen Silvia Children’s Hospital, Göteborg, Schweden	-32 AN-Patientinnen zwischen 13-18 Jahren (mittleres Alter: 15 Jahre), 41 Eltern	-retrospektiv, halbstrukturiert -„Treatment Satisfaction Scale“ (TSS) (für Studie entwickelt)	-73 % der Patientinnen und 83 % der Eltern sahen ihre vor der Behandlung bestehenden Erwartungen als erfüllt an ->Behandlungszufriedenheit wird gefolgert

Autoren	Erscheinungsjahr	Journal	Titel	Fragestellung/ Ziel der Studie	Studienkollektiv	Methodik	Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit/-bewertung
Zucker et al.	2006	Eating and Weight Disorders	„A group parent training program: A novel approach for eating disorders management“	Akzeptanz von Elterntraining in der Gruppe (wöchentlich) als alternativer Ansatz im Rahmen ambulanter Behandlung von Essstörungen im Jugendalter am Universitätsklinikum von Minnesota, USA	- Eltern von 16 Jugendlichen mit Essstörung (56 % AN), (mittleres Alter \pm SD: 16 \pm 2,8)	-prospektiv, strukturiert -„Consumer Satisfaction/Treatment Survey“ (CSTE) (für Studie entwickelt)	-Eltern schätzten die Behandlungsform als positiv ein ->hohe Rate an Akzeptanz und Glauben an Effektivität der Methode
Colton and Pistrang	2004	European Eating Disorders Review	„Adolescents' Experiences of Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa“	Behandlungserfahrungen kindlicher/jugendlicher AN-Patientinnen in zwei essstörungsspezifischen Behandlungseinheiten in England	19 AN-Patientinnen zwischen 12-17 Jahren (mittleres Alter: 15,4; 2 Patientinnen < 14 Jahre)	prospektiv, halbstrukturiert	-positive und negative Sichtweisen bzgl. Behandlung kamen zum Ausdruck -manche fanden sie hilfreich, manche nicht -die Aussagen der meisten Probanden brachten Konflikte und Spannungen im Rahmen der Behandlung zum Ausdruck
Krautter and Lock	2004	Journal of Family Therapy	„Is manualized family-based treatment for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment“	Bewertung von „family-based treatment“ durch kindliche/jugendliche AN-Patienten und deren Eltern, die im Stanford Hospital (USA) ambulant behandelt wurden	-34 kindliche/jugendliche AN-Patienten (32 weiblich., 2 männlich) zwischen 12-18 Jahren (mittleres Alter: 14,6) und 66 Eltern	-retrospektiv (Behandlungsende), halbstrukturiert	-hohe Akzeptanz der Behandlung durch Eltern und Patienten ->78 % der Teilnehmer (34 Mütter, 24 Väter, 19 Jugendliche) positiv zu Therapieform eingestellt (aus qualitativen Aussagen abgeleitet)
Kopec-Schrader et al.	1993	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	„Parental evaluation of treatment outcome and satisfaction with an inpatient program for eating disorders.“	Evaluierung der vorausgegangenen stationären Behandlung in Sydney durch die Eltern kindlicher/jugendlicher Patientinnen mit Essstörungsdiagnose	-46 Eltern von kindlichen/jugendlichen Patientinnen zwischen 11-18 Jahren (mittleres Alter \pm SD: 15,4 \pm 1,4) mit Essstörungen (nicht weiter differenziert)	-retrospektiv (6 Monate nach Aufnahme), halbstrukturiert	-die meisten Eltern waren zufrieden mit der Behandlung (78 %) -allerdings äußerten 63 % Kritik und 65 % Verbesserungsvorschläge
Brinch et al.	1988	Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift	„Patients evaluation of their former treatment for anorexia nervosa (AN)“	Einstellung zur vorausgegangenen stationären oder ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in Kopenhagen (Dänemark)	-53 AN-Patienten (46 weiblich, 7 männlich) -mittleres Alter bei Aufnahme: 15,2 Jahre	-retrospektiv (4-22 Jahre nach Aufnahme; Mittelwert: 12,5 Jahre), qualitativ	-nur 11 Probanden äußerten positive Einstellung zur Behandlung (21 %) -20 hatten gemischte Gefühle/oder waren neutral eingestellt (38 %) -22 negative Einstellung (41 %)

Die meisten der angeführten Studien weisen auf eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung hin, allerdings fällt in den Studien, welche Eltern und Kinder/Jugendliche integrierten auf, dass die Eltern ein noch höheres Maß an Behandlungszufriedenheit äußerten, als die Patienten selbst.

Bezüglich der unterschiedlichen Bewertungen der Behandlung durch Eltern und Kinder folgern die Autoren einer allgemein kinder- und jugendpsychiatrischen Studie aus dem Jahr 2004, dass die Behandlungszufriedenheit von Eltern und Kindern/Jugendlichen möglicherweise durch unterschiedliche Faktoren bedingt werde. Die Autoren vermuten diesbezüglich, dass die Zufriedenheit der Patienten stärker durch „Erlebensmaße“ (z. B. gute therapeutische Beziehung, gutes Verhältnis zu Betreuern) und die der Eltern stärker durch „Erfolgsmaße“ (Verbesserung der Symptomatik) bedingt werde (Bredel et al. 2004). Die 2007 veröffentlichte Studie von Halvorsen und Heyerdahl sieht die geringere Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung auf negativen Therapieerfahrungen begründet (Brinch et al. 1988), (Offord et al. 2006), (Halvorsen and Heyerdahl 2007).

Anhand der Studien von Halvorsen und Heyerdahl, Rojo und Kollegen, Roots und Kollegen, Coltan und Pistrang, Kopec-Schrader und Kollegen und Brinch und Kollegen (s. Tabelle 2) wird deutlich, dass gerade im Rahmen qualitativer Aussagen die Patienten (bei Kopec-Schrader und Kollegen die Eltern) die Behandlung durchaus kritisch bewerteten und Konflikte und Spannungen im Rahmen der Therapie zum Ausdruck brachten.

So fiel in der qualitativen Follow-up-Studie von Brinch und Kollegen aus dem Jahr 1988 mit 53 ehemaligen AN-Patienten/-innen - möglicherweise bei einem Durchschnittsalter bei Erstvorstellung von 15,2 Jahren auch kindliche AN-Patienten integriert - die retrospektive Therapiebeurteilung der Patienten Großteils negativ aus. Die Kinder und Jugendlichen fühlten sich häufig unter Druck gesetzt und beobachtet, Restriktionen im Rahmen der Behandlung führten zu Wut und Ambivalenz (Brinch et al. 1988). 1993 kritisierten auch die Eltern kindlicher/jugendlicher Patienten mit Essstörungsdiagnose (11-18 Jahre; mittleres Alter \pm SD: 15,4 \pm 1,4) den Therapiestil, wenn dieser als zu autoritär

empfundener wurde. Eine geringe Einbeziehung in die Behandlung wurde ebenfalls als unzufriedenstellend bewertet (Kopec-Schrader et al. 1993). Rojo und Kollegen führten 2009 an, dass Kernkriterien der AN, wie extremes Dünnssein und Kontrolle für die Patienten von essentieller Bedeutung sind, weshalb die subjektive Therapiebeurteilung in Bezug auf die Behandlung dieser Aspekte negativ ausfallen könne (Rojo et al. 2009).

In der retrospektiven Befragung 19 ehemals kindlicher/jugendlicher AN-Patientinnen (12-17 Jahre; mittleres Alter: 15,4 Jahre; 2 Patientinnen < 14 Jahre) mittels halbstrukturierter Interviews brachten die Teilnehmer sowohl positive, als auch negative Sichtweisen bezüglich der abgelaufenen Behandlung zum Ausdruck. Dies schien durch die von Patienten berichtete Ambivalenz bezüglich der Genesung von der Erkrankung bedingt zu sein, wobei die Patienten als Schlüssel zu einer erfolgreichen Therapie, den Wunsch gesund werden zu wollen, formulierten (Colton and Pistrang 2004). In der Follow up-Studie von Halvorsen und Heyerdahl aus dem Jahr 2007 zur Therapiebeurteilung durch 46 jugendliche AN-Patientinnen (< 18 Jahre), wurde der Wunsch gesund zu werden ebenfalls von den Patienten als hilfreichster Faktor im Rahmen der Therapie angesehen (Halvorsen and Heyerdahl 2007).

Bezüglich Behandlungselementen, die Zufriedenheit bei den Patienten generierten, führte eine als hochwertig empfundene therapeutische Beziehung in zwei der genannten Studien zu großer Zufriedenheit bei den jugendlichen Patienten mit Essstörungsdiagnose/AN und wurde von ihnen als sehr hilfreich eingestuft (Roots et al. 2009), (Rojo et al. 2009). Große Zufriedenheit äußerten die Patienten in der Studie von Rojo und Kollegen auch bezüglich der Betreuung durch das Pflegepersonal (Rojo et al. 2009). In der wissenschaftlichen Arbeit von Paulson-Karlsson und Kollegen, wurde die Einzeltherapie von der Mehrzahl der kindlichen/jugendlichen AN-Patientinnen als große Hilfe empfunden (Paulson-Karlsson et al. 2006).

Eine weitere Studie zur retrospektiven Sicht ehemals jugendlicher (wahrscheinlich auch ehemals kindlicher) AN-Patienten bezüglich der abgelaufenen Behandlung befragte die Patienten bezüglich hilfreicher/nicht

hilfreicher Behandlungselemente - wobei manche als hilfreich (Beziehung zu Mitpatienten), andere als nicht hilfreich (sich isoliert fühlen, zu wenig Individualität im Rahmen der Behandlung), empfunden wurden (Offord et al. 2006).

Gemäß eigener Recherche, existiert bis heute keine Behandlungszufriedenheitsstudie, welche der Vorliegenden vergleichbar wäre, und in welcher ausschließlich ehemalige Patienten mit AN im Kindesalter bezüglich ihrer Behandlungszufriedenheit retrospektiv befragt wurden. In bisherigen Studien zur Behandlungszufriedenheit von Essstörungs-/AN-Patienten wurden Kinder und Jugendliche als gemischtes Patientenkollektiv betrachtet. Bezüglich dieser fehlenden Diskriminierung kritisiert eine Studie zu Essstörungen im Kindes- und Jugendalter die Tendenz in der Literatur Kinder und Jugendliche in Studien nicht zu differenzieren, was dazu führen kann, dass wichtige Unterschiede zwischen den Patientengruppen nicht herausgestellt werden (Walker et al. 2014).

Ein Grund für die bisher niedrige Studienzahl mit Kindern und Jugendlichen mag die Annahme gewesen sein, dass die jungen Patienten von Grund auf eine negative Haltung gegenüber der Behandlung haben, weil sie diese als Bestrafung empfinden und nicht dazu fähig sein könnten, ihren Langzeitnutzen zu erkennen (Young et al. 1995), (Martin et al. 2003). Dies mag darin begründet sein, dass sich Kinder im Vergleich zu erwachsenen Patienten nicht von sich aus in Behandlung begeben oder die Schwere ihrer Symptomatik, die zur Therapie führt, erkennen (Rolle der Eltern) (Young et al. 1995). In den letzten Jahren wurde jedoch zunehmend betont, dass die Befragung von Kindern und Jugendlichen in differenzierter Form möglich (Friese and Nissen 1983), (Kammerer and Göbel 1985), (Bredel et al. 2004) und als eigenständiges Evaluationskriterium von hohem Wert sei (Mattejat and Remschmidt 1993), (Lenz 1998), (Helmer-Meier 1999), (Bredel et al. 2004).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine begrenzte Anzahl an spezifischen Studien mit Kindern/Jugendlichen mit Essstörungsdiagnose/AN vorhanden ist, die zum Großteil ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der Behandlung bei den Patienten verzeichneten. Allerdings existieren durchaus

Therapiebausteine, die von den Patienten kritisch bewertet und als unzufriedenstellend empfunden werden. Der eigene Genesungswille der Patienten und soziale Kontakte im Rahmen der Therapie (bspw. therapeutische Beziehung, Verhältnis zum Pflegepersonal, Kontakt zu Mitpatienten) scheinen entscheidend für die Therapiemotivation und Behandlungsbeurteilung/-zufriedenheit kindlicher/jugendlicher AN-Patienten zu sein.

2.2 Methodischer Forschungsstand zur Behandlungszufriedenheit

Ein Mangel an standardisierter, änderungssensitiver Methodik und theoretischer Fundierung stellt eine allgemeine Schwierigkeit in der Messung der Behandlungszufriedenheit dar (Leimkühler and Müller 1996), (Hannöver et al. 2000). Deshalb wird empfohlen die Patientenzufriedenheit mit standardisierten Fragebögen und Interviews, die auf ihre psychometrischen Eigenschaften getestet wurden, zu messen (Ruggeri 1994), (Crawford and Kessel 1999). Einige Fragebögen sind bereits verfügbar, die kurz und einfach zu handhaben sind (Wilkin et al. 1993), (Crawford and Kessel 1999), beispielsweise der Client Satisfaction Questionnaire (Crawford and Kessel 1999) und dessen deutsche Version, ZUF (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit) (Schmidt et al. 1989), (Hannöver et al. 2000). Shapiro und Kollegen entwickelten und testeten 1997 den Youth Client Satisfaction Questionnaire (YCSQ), einen Fragebogen welcher mittels geschlossener Fragen (14 Items) die Behandlungszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen erfasst, auf seine psychometrischen Eigenschaften und bewerteten diesen als ein reliables, valides Instrument zur Behandlungszufriedenheitsmessung bei Kindern und Jugendlichen (Shapiro et al. 1997). Auch Mattejat und Remschmidt entwickelten für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich den „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ (FBB) durch welchen die Beurteilung der Behandlung und die Behandlungszufriedenheit mittels geschlossener Fragen erfasst werden können (3 Versionen: Patienten-, Eltern-, Therapeutenversion) (Mattejat and Remschmidt 1998). Zudem entwickelten Keller und Kollegen im deutschsprachigen Raum strukturierte Fragebögen zur Einschätzung der stationären Therapie in einer Kinder-, Jugendlichen- und Eltern-Version (BesT-K,-BesT-J, BesT-E), welche die Autoren als gute Instrumente zur differenzierten

Beschreibung unterschiedlicher Aspekte der Behandlungszufriedenheit einschätzten (Keller et al.).

Bezüglich der Behandlungszufriedenheitsmessung in unterschiedlichen Studien führen Schneider und Kollegen 2010 an, dass diese methodologisch sehr unterschiedlich erhoben werde, was die Ergebnisse der Studien schwer vergleichbar macht (Schneider et al. 2010). Ein anderes Problem in der Zufriedenheitsmessung besteht darin, dass die meisten Behandlungszufriedenheitsstudien lediglich eine geringe Teilnehmerzahl aufweisen (Seligman 1995), (Rosenvinge and Klusmeier 2000), (Swain-Campbell et al. 2001), (Halvorsen and Heyerdahl 2007). Weitere methodische Probleme in der Erfassung der Patientenzufriedenheit basieren auf unterschiedlichen weiteren Teilaspekten.

Einige Autoren meinen, dass die größte Gefahr für die Validität der Zufriedenheitsdaten, die positive Antworttendenz der Studienteilnehmer/-innen darstellt. Diese werde durch eine mangelhafte Repräsentativität der Stichproben, die Art der Fragenformulierung, die Beeinflussung im Rahmen der Erhebungssituation und die Wahl des Erhebungszeitpunktes erzeugt (Watson S. J. 1996), (Moller-Leimkuhler and Dunkel 2003). Die Repräsentativität der Stichproben sei deswegen eingeschränkt, da man davon ausgeht, dass unzufriedene Patienten dazu neigen, an retrospektiven Befragungen nicht teilzunehmen und zudem die Teilnehmerzahl im Rahmen der Erhebungen häufig gering ist (Moller-Leimkuhler and Dunkel 2003). Um diesem Problem bezüglich der Stichprobenszusammensetzung vorzubeugen, schlagen die Autoren einer Studie aus dem Jahr 1995 vor, die Behandlungszufriedenheit der Patienten standardisiert zu Behandlungsbeginn, am Behandlungsende und zu einem Nachuntersuchungszeitpunkt zu erheben (Young et al. 1995). Im Hinblick auf die Fragenformulierung ist anzuführen, dass in 26 Studien über Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Versorgung, die ausschließlich geschlossene Fragen verwendeten, der Grad der Zufriedenheit zwischen 70-90% lag (Lebow 1982), (Crawford and Kessel 1999). Aufgrund dieser hohen Zufriedenheitswerte wurde der Gebrauch stark strukturierter Fragebögen

kritisiert, da rein geschlossene Fragen die Aspekte der Behandlung, zu denen der Patient seine Meinung äußern kann, begrenzen und dadurch die Möglichkeit einschränken kritische Sichtweisen zu äußern (Locker and Dunt 1978), (Crawford and Kessel 1999). Durch Untersuchungen, die Fragebögen mit geschlossenen Fragen und Interviews mit offenen Fragen kombinierten, wurde festgestellt, dass das quantitative Maß der Behandlungszufriedenheit, das durch den Fragebogen ermittelt wurde, zum Teil über Unzufriedenheit der Patienten (Ausdruck in qualitativen Beschreibungen im Interview) hinwegtäuschte (Avis et al. 1994), (Avis, Bond et al. 1995), (Rojo et al. 2009).

Eine wichtige Rolle bezüglich der positiven Antworttendenz spielt außerdem die Wahl des Erhebungszeitpunktes. In retrospektiven Befragungen sind positive Antworttendenzen weniger stark ausgeprägt, als bei Erhebungen während des Klinikaufenthaltes (Moller-Leimkuhler and Dunkel 2003). Ein weiterer erwiesener Faktor, der die Probanden hemmen könnte, kritische Sichtweisen auf die Behandlung zum Ausdruck zu bringen, ist die Einbeziehung von medizinischem Fachpersonal in den Studienablauf. So stellte sich heraus, dass Patienten ein geringeres Maß an Zufriedenheit berichteten, wenn die Fragebögen von anderen Personen anstelle des Gesundheitspersonals ausgeteilt wurden (Polowczyk et al. 1993), (Crawford and Kessel 1999).

Die geschilderte Problematik bezüglich psychometrisch valider Erhebungsinstrumente zur Abbildung der Behandlungszufriedenheit, der Stichprobenszusammensetzung und der Beeinflussung der Ergebnisse, beispielsweise durch soziale Erwünschtheit, sehen Young und Kollegen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in gleicher Form wie im erwachsenen psychiatrischen Bereich gegeben (Young et al. 1995).

2.3 Zusammenfassung

Wie unter Punkt 2.1 beschrieben, existieren aktuell nur wenige Studien, die sich mit der Behandlungszufriedenheit von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten allgemein (Loff et al. 1987), (Young et al. 1995), (Brannan et al. 1996), (Shapiro et al. 1997), (Godley et al. 1998), (Garland et al. 1999), (Garland et al. 2000), (Kaplan et al. 2001), (Zander et al. 2001), (Martin et al. 2003), (Garland et

al. 2003), (Bredel et al. 2004), (Barber et al. 2006), (Keller et al. 2006), (Garland et al. 2007), (Cropp et al. 2008), (Finsterer 2008) oder einem Kollektiv aus erwachsenen Patienten mit Essstörungen/AN auseinandersetzen (Yager et al. 1989), (Newton et al. 1993), (Rosenvinge and Klusmeier 2000), (Button and Warren 2001), (Clinton 2001), (Swain-Campbell et al. 2001), (Doran and Smith 2004), (Clinton et al. 2004), (de la Rie et al. 2006), (Whitney et al. 2008), (Zeeck et al. 2009), (Escobar-Koch et al. 2010), (Collin et al. 2010), (Gulliksen et al. 2012), (Lose et al. 2014), (Fogarty and Ramjan 2016). In den meisten der angeführten Studien äußerte der Großteil der Patienten Zufriedenheit mit der Therapie.

Ein geringer Fokus der wissenschaftlichen Forschung lag bis heute ebenfalls auf der Erhebung der allgemeinen Behandlungszufriedenheit von kindlichen/jugendlichen Patienten mit Essstörungen, im Speziellen der AN (Offord et al. 2006), (Schneider et al. 2010). Laut einer Studie von Halvorsen und Heyerdahl seien im Jahr 2007 nur fünf Studien vorhanden gewesen, die sich direkt oder indirekt (Elternstudie) mit der Behandlungszufriedenheit von Kindern/Jugendlichen, die an Magersucht erkrankt waren, auseinandergesetzt hatten (Brinch et al. 1988), (Kopeck-Schrader et al. 1993), (Krautter and Lock 2004), (Zucker et al. 2006), (Paulson-Karlsson et al. 2006), (Halvorsen and Heyerdahl 2007). Nach eigener Recherche existieren weitere wissenschaftliche Studien, welche sich direkt oder indirekt (Elternstudie) als Hauptfragestellung oder Teilaspekt der Gesamtstudie mit der allgemeinen subjektiv erlebten Behandlungszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen mit einer Essstörungsdiagnose oder AN befassen (Colton and Pistrang 2004), (Offord et al. 2006), (Tierney 2008), (Roots et al. 2009), (Rojo et al. 2009), (Schneider et al. 2010), (Gowers et al. 2010), (Couturier et al. 2010), (Pretorius et al. 2012).

Im Großteil der genannten Studien ergaben sich hohe Zufriedenheitsraten der kindlichen/jugendlichen Essstörungen-/AN-Patienten mit der Therapie, wobei in einigen Studien im Rahmen qualitativer Aussagen Kritik an der Behandlung geübt wurde. Diese bezog sich vor allem auf Restriktionen im Rahmen der Therapie und kann vermutlich durch die häufig bestehende Ambivalenz dieser

Patientengruppe bezüglich der Genesung von der Erkrankung erklärt werden. Die Veränderungsmotivation der Patienten im Rahmen der Behandlung und der Wunsch nach Genesung scheinen entscheidend für Behandlungsverlauf und -zufriedenheit zu sein. Eine essentielle Rolle im Rahmen der Therapie scheinen zudem soziale Kontakte für die Patienten zu spielen (therapeutische Beziehung, Verhältnis zum Pflegepersonal, Kontakt zu Mitpatienten) (s. Punkt 2.1).

Auf die genannten Studien wird bezüglich relevanter Teilaspekte und bei Vorliegen vergleichbarer Fragestellungen im Diskussionsteil näher eingegangen. Gemäß eigener Recherche, existiert bis heute keine Behandlungszufriedenheitsstudie, die sich explizit kindlichen AN-Patienten als Studienkollektiv widmet.

Zudem wird unter Punkt 2.2 deutlich, dass neben der Durchführung von Behandlungszufriedenheitsstudien für diese besondere Patientengruppe auch die Notwendigkeit darin besteht, valide psychometrische Methoden zu entwickeln, um die Behandlungszufriedenheit von Patienten im Allgemeinen und Patienten mit Essstörungen im Speziellen quantitativ und qualitativ zu ermitteln. Ebenfalls bedarf es systematischer Forschung, die beschreibt, wie man die gewonnenen Informationen am Besten in das Klinikmanagement und die Versorgungsplanung einbeziehen kann (Newton 2001). Um die Ergebnisse von Behandlungszufriedenheitsstudien besser vergleichbar zu machen, ist es unter anderem notwendig standardisierte und änderungssensitive psychometrische Fragebogenverfahren zu entwickeln und diese mit qualitativen Elementen, beispielsweise Interviews, zu kombinieren (Bredel et al. 2004). Diesbezüglich führen Schneider und Kollegen 2010 an, dass die Behandlungszufriedenheit methodologisch sehr unterschiedlich erhoben werde, was die Ergebnisse unterschiedlicher Studien schwer vergleichbar macht (Schneider et al. 2010).

Im Rahmen der Ergebnisinterpretation von Behandlungszufriedenheitsstudien ist es wichtig zu bedenken, dass die Zufriedenheit mehr durch subjektive, als durch objektive Faktoren beeinflusst wird, und inwieweit unter diesem Gesichtspunkt objektive Qualitätsmerkmale beurteilt werden können (Moller-Leimkuhler and Dunkel 2003).

2.4 Fragestellung und Hypothesen

Die zentrale Fragestellung der „Katamnestischen Untersuchung der Behandlungszufriedenheit kindlicher Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa nach stationärem Klinikaufenthalt“ ist, ob und wie viele der ehemaligen Patienten die Behandlung als zufriedenstellend/unzufriedenstellend bzw. hilfreich/schädlich empfunden haben. Darüber hinaus soll untersucht werden, welche Elemente/Bausteine der stationären Therapie Zufriedenheit/Unzufriedenheit erzeugt haben bzw. zur Einschätzung subjektiv empfundener Hilfestellung oder erlebten Schadens durch die Therapie bei den zum Behandlungszeitpunkt kindlichen Patienten geführt haben.

Eine weitere wichtige Fragestellung der Studie liegt in der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Behandlungszufriedenheit bzw. Hilfe durch die Behandlung und verschiedenen patienten- und therapiebezogenen Parametern. Hierzu wurden folgende Vergleichsvariablen ausgewählt:

- Alter der Patienten bei Aufnahme/zum Katamnesezeitpunkt
- Body-Mass-Index bei Aufnahme/Entlassung
- stationäre Behandlungsdauer
- Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt
- stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum
- Art der Entlassung (mit/gegen ärztlichen Rat)
- Klinikstandort

Dabei soll ebenfalls untersucht werden, ob sich verschiedene Patientengruppen, beispielsweise zufriedene/unzufriedene und Patienten, die die Behandlung als hilfreich/schädlich bewerteten, bezüglich dieser Faktoren unterscheiden.

Außerdem wurden die Meinungen der ehemaligen kindlichen AN-Patienten bezüglich Art und Menge der Behandlungsbausteine und deren Veränderungswünsche bezüglich der stationären Therapie erfasst. Auch in

diesem Kontext werden Unterschiede zwischen verschiedenen Patientengruppen (zufrieden/unzufrieden; hilfreich/schädlich) und Zusammenhänge mit den o. g. ausgewählten Variablen analysiert.

Hieraus leiten sich die Hauptfragestellungen für die Arbeit ab, ob ehemalige kindliche AN-Patienten/-innen die stationäre Behandlung als zufriedenstellend und hilfreich empfinden und, ob Zufriedenheit bzw. empfundene Hilfe mit den genannten Vergleichsvariablen korrelieren.

Hypothese 1: „Die Mehrzahl der ehemaligen Patienten/-innen mit kindlicher AN empfinden die stationäre Therapie als zufriedenstellend.“

Hypothese 2: „Die Behandlungszufriedenheit ist abhängig vom Alter der Patienten/-innen (bei Aufnahme bzw. zum Katamnesezeitpunkt) und dem BMI bei Aufnahme bzw. Entlassung.“

Hypothese 3: „Die Mehrzahl der ehemaligen Patienten/-innen mit kindlicher AN empfinden die stationäre Therapie retrospektiv als hilfreich.“

Hypothese 4: „Die subjektiv empfundene Hilfe durch die Behandlung ist abhängig vom Alter der Patienten/-innen (bei Aufnahme bzw. zum Katamnesezeitpunkt) und dem BMI bei Aufnahme bzw. Entlassung.“

3 Material und Methoden

Die Untersuchungen zur vorliegenden Arbeit erfolgten im Rahmen einer Kooperationsstudie der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (federführend), des Universitätsklinikums Würzburg und der Universitätsmedizin Berlin Charité (Anschrift und Klinikleitung s. Punkt 9).

Eine Genehmigung der katamnestischen Studie „Heilungserfolg der kindlichen Magersucht“ durch die lokale Ethikkommission Würzburg erfolgte im Rahmen einer Sitzung am 15.03.2010.

Im Rahmen der gesamten Katamnesestudie wurden retrospektiv Informationen über die Symptomatik der kindlichen Form der Magersucht, ihren Verlauf, bestehende Komorbiditäten, prognostische Faktoren für den Heilungserfolg und die Ansichten der Patienten bezüglich verschiedener Behandlungsfaktoren erfragt. Zudem erfolgte eine Blutentnahme bei den Patienten zur Erforschung endokriner und genetischer Parameter bei kindlicher AN.

Im Rahmen dieser Dissertation werden allein die Teilaspekte zur Behandlungszufriedenheit, Hilfe der stationären Therapie, Art und Menge der Behandlungsbausteine und Veränderungswünsche der kindlichen AN-Patienten bezüglich der Therapie analysiert.

Die Ergebnisse der Gesamtstudie werden von Vertretern der kooperierenden Institutionen gemeinsam publiziert, das entsprechende Manuskript ist eingereicht und befindet sich derzeit im Reviewprozeß.

3.1 Definition der Stichprobe

Zur Definition der Patientenstichprobe der Katamnesestudie zum „Heilungserfolg der kindlichen Magersucht“ wurden folgende Einschlusskriterien festgelegt.

Als potentielle Studienteilnehmer/-innen wurden ehemalige kinder- und jugendpsychiatrische Patienten/-innen definiert, die sich im Kindesalter aufgrund einer Magersucht in einem der o. g. Zentren in stationärer Behandlung befunden hatten und deren Entlassung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung mindestens vier Jahre zurück lag. Voraussetzung für die Studienteilnahme war ein Alter ≤ 13

Jahre der Patienten/-innen bei stationärer Klinikaufnahme sowie das Vorliegen der Diagnose einer „Anorexia nervosa“ (ICD-10: 50.0) oder einer „atypischen Anorexia nervosa“ (ICD-10: 50.1). Als weiteres Einschlusskriterium war ein BMI der AN-Patienten zum Aufnahmezeitpunkt \leq der 10. Altersperzentile definiert worden.

Die endgültige Einbeziehung in die Studie setzte ein schriftliches Einverständnis der Patienten/-innen, beziehungsweise bei Minderjährigen auch der Sorgeberechtigten, voraus.

3.2 Patientenrekrutierung/-aufklärung

Durch systematische Sichtung archivierter Patientendaten an den drei beteiligten Universitätskliniken wurden jeweils alle ehemaligen Patienten/-innen, welche die oben beschriebenen Einschlusskriterien der Katamnesestudie erfüllten, ermittelt.

Die potentiellen Studienteilnehmer/-innen wurden mit Hilfe eines einheitlichen Anschreibens über das Studienvorhaben, dessen Inhalt und die geplante Durchführung informiert. Das Schreiben beinhaltete eine kurze Erklärung zum Studienablauf und wies die ehemaligen Klinikpatienten/-innen auf die Bedeutsamkeit ihrer Teilnahme, in Hinblick auf die Verbesserung bestehender und Entwicklung neuer Behandlungskonzepte, hin. Neben einer persönlichen Studienteilnahme in einer der Kliniken wurde auch auf die Möglichkeit eines Telefoninterviews oder bei entsprechendem Wunsch einer Untersuchungsmöglichkeit im häuslichen Rahmen verwiesen.

Zusätzlich zu der schriftlichen Anfrage erfolgte ca. eine Woche nach Versand der Briefe eine telefonische Kontaktaufnahme, in welcher die Patienten/-innen nach ihrem Interesse, an der Katamnesestudie teilzunehmen, gefragt wurden. Hierbei bestand für die Probanden/-innen die Möglichkeit, Rückfragen zu stellen und genauere Erläuterungen zum Studiendesign zu erhalten. Zudem fand eine Aufklärung über eine geplante Blutentnahme im Rahmen der Katamnesestudie zur Erforschung endokriner und genetischer Parameter bei kindlicher AN statt.

Mit Patienten/-innen, die ihr Interesse bezüglich der Studienteilnahme bekundeten, wurde in diesem Rahmen ein Interviewtermin vereinbart. Im Anschluss erhielten diese zunächst postalisch einen Aufklärungsbogen für die Katamnesestudie und separat eine Aufklärung in Bezug auf die im Rahmen der Nachuntersuchung zusätzlich geplante Blutentnahme. Beiden Aufklärungsbögen waren Einwilligungserklärungen beigelegt. Im Falle von minderjährigen Probanden/-innen fanden angepasste Versionen für Eltern und Kinder Verwendung. Die Aufklärungsbögen beinhalteten Informationen zum aktuellen wissenschaftlichen Stand des Krankheitsbildes „Anorexia nervosa“ und informierten die Teilnehmer zudem über die Studienziele, den Ablauf der Untersuchung, die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Datenverarbeitung und -archivierung, den Daten- und Versicherungsschutz im Rahmen der Studie.

Vor dem klinischen Interview bzw. Telefoninterview zu bearbeitende Selbstbeurteilungs- und Screeningfragebögen wurden gemeinsam mit den Aufklärungen versandt.

3.3 Studiendurchführung

Die katamnestische Nachuntersuchung setzte sich aus der Bearbeitung von Selbstbeurteilungsfragebögen und einem nach Möglichkeit persönlichen klinischen Interview zusammen. Das halbstrukturierte Interview beinhaltete unabhängig vom Setting (Klinik/Telefon) die identischen Bestandteile. Für das klinische Setting/Telefoninterview war laut Prüfplan ein Zeitraum von ca. 4 Stunden inklusive Pausen eingeplant. Die Katamnesestudie wurde in allen drei Universitätskliniken von medizinischem Fachpersonal in Form von Ärzten, Psychologen und Doktoranden durchgeführt. Als Aufwandsentschädigung für die Studienteilnahme erhielten die Probanden einen einmaligen Betrag von 100 Euro in bar ausgezahlt.

3.4 Genetische Untersuchung

Bei Einverständnis der ehemaligen Patienten/-innen, wurde neben dem klinischen Interview eine Blutentnahme im Umfang von jeweils 4 EDTA-Röhrchen (9 ml) vorgenommen. Diese wurden zur Untersuchung genetischer und endokriner Parameter an das Universitätsklinikum Aachen weitergeleitet.

Methode und Ergebnisse dieser zusätzlichen Untersuchungen sind nicht Gegenstand dieser Arbeit.

3.5 Verwendete Instrumente

3.5.1 Postalisch versandte Selbstbeurteilungsfragebögen

Insgesamt wurden den ehemaligen Patienten/-innen mit kindlicher AN sechs Selbstbeurteilungsfragebögen und zwei Screeningfragebögen vor Durchführung des klinischen Interviews zugesandt, welche in bearbeiteter Form von den Patienten zum Interviewtermin mitgebracht wurden:

1. „Eating Disorder Inventory-2“ (EDI-2):

Das „Eating Disorder Inventory- 2“ (EDI- 2) ist ein Standardverfahren, welches darauf abzielt, die essstörungsspezifische Psychopathologie von Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa sowie anderen Essstörungen zu erfassen. Die 11 verschiedenen Skalen des EDI-2 umfassen folgende Dimensionen: Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, Misstrauen, Interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation und soziale Unsicherheit (Paul and Thiel 2005).

2. „Beck Depressionsinventar“ (BDI-II):

Das „Beck Depressionsinventar“ (BDI-II) stellt ein Manual zur Beurteilung des Vorliegens und der Schwere einer Depression dar und setzt sich aus 21 Fragen mit 4-7 Antwortmöglichkeiten zusammen, welche auf das Befinden der Probanden innerhalb der letzten 2 Wochen abzielen (Beck et al. 2006).

3. „Short Form Health Survey“ (SF 36):

Ein weiteres diagnostisches Instrument, das „Short Form Health Survey“ (SF 36), das der Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dient, erfragt mittels 36 verschiedener Items das physische und psychische Befinden der Probanden/-innen innerhalb der letzten 4 Wochen (2-6 Antwortalternativen pro Item) (Morfeld et al. 2011).

4. Symptom-Checkliste „SCL-90-R“:

Die Symptom-Checkliste „SCL-90-R“ umfasst 90 verschiedene Items (5-stufige Antwortskalen). Die Fragen beziehen sich auf körperliche und psychische Beeinträchtigungen innerhalb der letzten sieben Tage (Glöckner-Rist and Stieglitz 2011).

5. „Davis-Empathie-Fragebogen“:

Mit dem aus 28 Fragen bestehenden „Davis-Empathie-Fragebogen“ (5 Antwortalternativen pro Frage) sollen Gefühle und Kognitionen der Patienten /-innen in unterschiedlichen Lebenssituationen und bezüglich anderer Menschen erfasst werden (Krauth 2010).

6. „Temperament and Character Inventar“ (TCI) bzw. „Junior Temperament and Character Inventar“ (JTCI 3-6 R):

Im „Temperament and Character Inventar“ (TCI) zielen 240 Items (Antwortmöglichkeiten: Ja/Nein) darauf ab die Ausprägung unterschiedlicher Persönlichkeitsmerkmale und deren Beziehung zueinander bezüglich Temperament und Charakter des Bearbeitenden abzubilden (Washington University School of Medicine 2009-2012). Das „Junior Temperament and Character Inventar“ (JTCI 3-6 R) bestehend aus 86 Items (je 5 Antwortalternativen), ist die entsprechende Fragebogenversion für minderjährige Studienteilnehmer. Das Inventar ist zur Bearbeitung durch Eltern konzipiert (Goth and Schmeck 2009).

7. Screeningfragebögen:

Zwei Screeningfragebögen zu den strukturierten klinischen Interviews „SKID-I-II“, bestehend aus 12 bzw. 117 Fragen dienen der Eingrenzung relevanter Störbilder vor Durchführung des ausführlichen Manuals (siehe 3.5.2).

3.5.2 Klinisches Interview

Der Hauptteil der katamnestischen Nachuntersuchung bestand aus einem halbstrukturierten, persönlichen oder telefonischen Interview, bestehend aus den folgenden sieben psychometrischen Instrumenten:

1. Katamnesefragebogen zur Studie „Heilungserfolg der kindlichen Magersucht“:

Der speziell für diese Nachuntersuchung erstellte allgemeine Katamnesefragebogen enthält dreizehn Unterpunkte (aktuelle Körpermaße, Erhebungsort des aktuellen Gewichts/Setting des Interviews, Gewichtsverlauf innerhalb der letzten sechs Monate/Gewichtsverlauf nach Entlassung/Menstruation, aktuelle Diagnosen als Übertrag der Auswertung des SKID-I/-II, Behandlungsverlauf, potentielle Rückfälle/Wiederaufnahmen, sonstige Erkrankungen, Medikation, aktuelle Lebenssituation, Behandlungszufriedenheit, Frequenz der Gewichtskontrolle, Beschäftigung mit essstörungsspezifischen Internetseiten, Verlauf der Essstörungssymptomatik), die bereits am Anfang des klinischen Interviews eine grobe Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes und Krankheitsverlaufs der ehemaligen Patienten/-innen ermöglichen.

2. „Morgan Russel Outcome Assessment Schedule“:

Das „Morgan Russel Outcome Assessment Schedule“ verschafft dem Untersucher mittels 15 verschiedener Fragen einen Überblick über den Ernährungszustand, die Menstruation, die psychosexuelle Entwicklung und den psychosozialen Status des Studienteilnehmers/der Studienteilnehmerin innerhalb der letzten sechs Monate. Der Durchschnitt der fünf Dimensionen wird als durchschnittliches Outcome gewertet (Antwortskala: 1-12; 12=normale Funktionsfähigkeit) (Doba et al. 2013).

3. „Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale“ (Y-BOCS):

Die „Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale“ (Y-BOCS) zielt auf die Detektion von bestehenden oder in der Vergangenheit vorhandenen Zwangsgedanken/-handlungen der Probanden/-innen ab. In diesem Inventar wird der Ausprägungsgrad (4 Abstufungen) von Denk- und Handlungszwängen getrennt erfragt und im Hinblick auf Zeitaufwand, Beeinträchtigung im Alltag, empfundenen Leidensdruck, eingesetzten Widerstand und Grad der Kontrolle über die Symptomatik festgehalten (Hand and Büttner-Westphal 1991).

4. „Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for Experts“ (SIAB-EX):

Das „Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for Experts“ (SIAB-EX) ist ein ausführliches strukturiertes Interview zur Erfassung des gesamten Essstörungsspektrums (AN, BN, nicht näher bezeichnete Essstörung, Binge-Eating-Disorder nach ICD-10 und DSM-IV). Alle Fragen (N=87) des Interviews beziehen sich auf zwei Zeitspannen (letzte 3 Monate vor Untersuchung, Pubertät bis 3 Monate vor Untersuchung) (Fichter and Quadflieg 1999).

5. „Reading mind in the eyes test“:

Der „Reading mind in the eyes test“ ist ein Testverfahren, welches 36 Bilder mit Gesichtsausschnitten (Augenpartien) umfasst. Die Bilder sind jeweils mit vier Adjektiven flankiert. Die Aufgabe des Bearbeitenden war es, das Adjektiv dem jeweiligen Bild zuzuordnen, welches am besten beschreibt, was die abgebildete Person gerade fühlt oder denkt (Schulte 2005).

6. „Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-I“ (SKID-I):

Das SKID-I ist ein reliables Verfahren, welches der Diagnostik psychischer Störungen auf Achse-I des DSM-IV dient (Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch Psychotrope Substanzen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen) (Wittchen et al. 1997). Die Patienten/-innen erhielten bereits postalisch einen zwölf Fragen umfassenden Screening-Fragebogen für SKID-I, welcher eine zügigere Bearbeitung des umfangreichen Manuals im Interview ermöglichte. So können Themenbereiche, die hier mit „Nein“ gekennzeichnet wurden, bei der Interviewdurchführung übersprungen werden. Zur Einführung in „SKID-I“ ist ein kurzer Explorationsleitfaden Bestandteil des Manuals, welcher 29 frei zu beantwortende Fragen enthält, die vorab einen kurzen Überblick über frühere und aktuelle Probleme/Schwierigkeiten des Probanden geben sollen.

7. „Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV-II“ (SKID-II):

Der „SKID-II“-Fragebogen ist ein Instrument zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (Achse-II-Störungen nach DSM-IV: Selbstunsichere, Dependente, Zwanghafte, Negativistische, Depressive,

Paranoide, Schizotypische, Schizoide, Histrionische, Narzisstische, Borderline und Antisoziale Persönlichkeitsstörung). Auch dieses Interviewheft beginnt zur Einführung mit einem Explorationsleitfaden aus neun offenen Fragen. Das Hauptinterview umfasst 131 Fragen, wobei 117 hiervon bereits, durch den im Voraus versandten Screening-Fragebogen, bearbeitet werden können. Nur Screeningfragen, die mit „Ja“ beantwortet wurden, werden im Interview erneut aufgegriffen. Bei der Beantwortung der Fragen ist der Proband/die Probandin dazu angehalten, sich auf den Zustand in den letzten fünf bis zehn Jahren zu beziehen (Wittchen et al. 1997).

3.5.3 Erfassung der Behandlungszufriedenheit mittels Katamnesefragebogen

Die Behandlungszufriedenheit der Patienten/-innen bezüglich des stationären Klinikaufenthaltes im Kindesalter, welche das Kernthema dieser Arbeit darstellt, wurde mit Hilfe des Katamnesefragebogens zu Beginn des halbstrukturierten Interviews erfragt. Zur Detektion der Zufriedenheit dienten verschiedene Interviewfragen.

Bei der ersten Frage, „Hat unsere Behandlung Dir geholfen?“, konnten die Probanden/-innen zwischen sechs verschiedenen Antwortmöglichkeiten (hat sehr geholfen, hat eher geholfen, hat weder geholfen noch geschadet, hat eher geschadet, hat sehr geschadet, keine Angabe) wählen.

Die zweite Fragestellung, „Wie zufrieden warst Du mit der Behandlung?“, ließ den Probanden/-innen ebenfalls sechs verschiedene Alternativen der Rückmeldung (sehr zufrieden, zufrieden, mittel, weniger zufrieden, gar nicht zufrieden, keine Angabe) zur Auswahl.

Anschließend hatten die ehemaligen Patienten/-innen im Rahmen der Frage, „Was hat am meisten geholfen?“, aus 21 vorgegebenen Items die Gesichtspunkte auszusuchen, welche ihnen als „am meisten hilfreich“ und als „nicht hilfreich“ im Rahmen der zurückliegenden Behandlung erschienen. Zu den 21 vorgegebenen Therapieelementen, die zur Auswahl standen, zählten die Gewichtszunahme, Essensplan und Kontrolle des Essens, Sonde, Gewichtsstufenpläne, Kontrolle der Bewegung, äußerer Druck und Kontrolle

allgemein, Informationen über die Erkrankung (Psychoedukation), Üben des Essens (Kochgruppe, auswärts essen, Modellessen, Familienessen), Ernährungsberatung, therapeutische Einzelgespräche, Gruppentherapie, Familiengespräche, zeitweise Trennung von der Familie durch stationären Aufenthalt, tagesklinisches Setting (falls erfolgt), Wochenendbeurlaubungen und schrittweise Erprobung im Alltag, externer Schulversuch, Medikamente, Kontakt zu den Mitpatienten, Kontakt zu den Betreuern, ambulante Nachbetreuung und sonstige Faktoren. Bei beiden Einstufungen („Am meisten geholfen hat mir“ und „Nicht geholfen hat“) konnten drei Behandlungselemente (1., 2., 3.) genannt werden.

Ebenso sollten die Probanden/-innen aus den 21 vorgegebenen Punkten, jeweils die drei auswählen, mit denen sie am meisten zufrieden bzw. unzufrieden waren („Am meisten zufrieden war ich mit“, „Unzufrieden war ich mit“).

Bei der Frage „Müsste an der Behandlung etwas geändert werden?“ (Ja, Nein, keine Angabe), waren die Patienten/-innen bei Zustimmung dazu aufgefordert, frei zu formulieren, was gegebenenfalls verändert werden sollte.

Als letzter Punkt im Rahmen der Behandlungszufriedenheitserhebung, wurden die Patienten/-innen bezüglich der Behandlungsmenge befragt („Wie fandest Du die Menge der Behandlung?“; Antwortalternativen: zu viel, zu wenig, genau richtig, keine Angabe).

3.6 Statistische Analyse des Datensatzes zur Behandlungszufriedenheit

Der in der Katamnese studie erhobene Datensatz zur Behandlungszufriedenheit wurde mit Hilfe der Statistiksoftware „SPSS Statistics“ ausgewertet. Im Rahmen der Datenanalyse wurden nichtparametrische Korrelationsberechnungen nach Spearman, je nach Skalenniveau Berechnungen der Mittelwerte mittels T-Test oder u-Test, Chi-Quadrat-Tests nach Pearson sowie eine binär logistische Regressionsanalyse durchgeführt.

Korrelationsberechnungen wurden für die Fragestellungen vorgenommen, ob verschiedene Variablen (Alter, BMI, stationäre Behandlungsdauer, Essstörung zum Katamnesezeitpunkt, stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum,

Art der Entlassung (mit oder gegen ärztlichen Rat), Klinikstandort) in Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit/Hilfe der Therapie und der Beurteilung der Behandlungsmenge stehen. Ein möglicher Zusammenhang der Behandlungszufriedenheit mit oben genannten Variablen wurde zudem unter Anwendung einer binär logistischen Regressionsanalyse überprüft.

Mit Hilfe von T- und u-Tests erfolgte der Vergleich verschiedener Patientengruppen (Klinik: Aachen, Würzburg, Berlin; zufriedene/unzufriedene Patienten/-innen; Probanden/-innen, die die Behandlung als hilfreich/schädlich empfanden) bezüglich ihrer Mittelwerte der intervallskalierten Variablen Alter, BMI und stationäre Behandlungsdauer. Mit diesen Berechnungen sollte herausgefunden werden, ob sich die gebildeten Gruppierungen bezüglich der ausgewählten Faktoren signifikant unterscheiden.

U-Tests kamen zudem zur Anwendung, um zu überprüfen, ob ein Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und der wahrgenommenen Hilfe durch die Therapie besteht. Außerdem wurden die Katamnesestichproben der drei Kliniken auf Unterschiede bezüglich der Behandlungszufriedenheit und der subjektiv empfundenen Hilfe durch die Therapie untersucht.

Mittels Kreuztabellen (Chi-Quadrat-Test nach Pearson) wurde analysiert, ob ein Zusammenhang zwischen den Aspekten „Vorliegen einer Essstörung bei Katamnese“, „stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“ und „Art der Entlassung (mit/gegen ärztlichen Rat)“ und der wahrgenommenen Hilfe durch die Therapie und der Behandlungszufriedenheit besteht. Darüber hinaus wurden Teilstichproben von Patienten/-innen aus den verschiedenen Kliniken bezüglich dieser drei Aspekte auf Verschiedenheiten untersucht. Mögliche Zusammenhänge zwischen der Behandlungszufriedenheit/Hilfe der Behandlung und der Behandlungsmenge/gewünschten Veränderung der Behandlung (Zufriedene/Unzufriedene-Behandlungsmenge; Zufriedene/Unzufriedene-Veränderung der Behandlung; „Geholfene/Geschadete“-Behandlungsmenge; „Geholfene/Geschadete“-Veränderung der Behandlung) wurden ebenfalls erfasst.

Die statistischen Zusammenhänge wurden unter zur Hilfenahme des Signifikanzniveaus beschrieben:

„Das Signifikanzniveau (auch Alphaniveau, geschrieben als α) gibt an, wie hoch das Risiko ist, das man bereit ist einzugehen, eine falsche Entscheidung zu treffen. Für die meisten Tests wird ein α -Wert von 0,05 bzw. 0,01 verwendet. Wenn für einen Test der gefundene p-Wert kleiner ist als Alpha ($p < \alpha$), sagt man, das Testergebnis sei statistisch signifikant. Bei einem α -Wert von $\alpha=0,01$ sagt man, das Testergebnis sei statistisch hochsignifikant. Signifikanz macht eine Aussage darüber, wie wahrscheinlich es ist, dass die Ergebnisse allein durch Zufall zustande gekommen sein können.“ (MatheGuru)

4 Ergebnisse

4.1 Ausgangsstichprobe

Nach dem Screening in den Krankenarchiven konnten 68 ehemalige Patienten/-innen der Kliniken Würzburg, Aachen und Berlin als Ausgangsstichprobe identifiziert werden. Von den 65 weiblichen und drei männlichen potentiellen Studienteilnehmern/-innen hatten sich 28 in Würzburg, 19 in Aachen und 21 in Berlin zwischen Juni 1999 und Juli 2006 in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung aufgrund des Krankheitsbildes einer typischen oder atypischen Anorexia nervosa im Kindesalter befunden.

4.2 Katamnesestichprobe

52 (76,5 %) der insgesamt 68 ehemaligen Patienten/-innen konnten für die Teilnahme an der retrospektiven Studie rekrutiert werden. In Würzburg waren es 19 (67,9 % der Würzburger Ausgangsstichprobe von N=28), in Aachen 17 (89,5 % der Aachener Ausgangsstichprobe von N=19) und in Berlin 16 (76,2 % der Berliner Ausgangsstichprobe von N=21) Studienteilnehmer/-innen. 49 (94 %) der 52 Teilnehmer waren weiblich, drei Teilnehmer (6% von N=52), je ein Teilnehmer pro Zentrum, waren männlichen Geschlechts.

4.3 Drop-outs

16 potentielle Probanden/-innen (23,5 % der Ausgangsstichprobe von N=68) nahmen nicht an der Nachuntersuchung teil. Sieben von ihnen (Würzburg: 3, Berlin: 2, Aachen: 2, entsprechend 10,3 % der Ausgangsstichprobe) verweigerten die Studienteilnahme. Acht ehemalige Patienten/-innen (Würzburg: 6, Berlin: 2) waren unbekannt verzogen und auch nach entsprechenden Recherchen weder postalisch noch telefonisch erreichbar (11,8 % der Ausgangsstichprobe). Eine ehemalige Patientin des Berliner Universitätsklinikums war zum Katamnesezeitpunkt verstorben (1,5 % der Ausgangsstichprobe).

4.4 Art der Interviewdurchführung

In Würzburg erschienen 15 von N=19 (79 %), in Aachen 16 von N=17 (94 %) und in Berlin 12 von N=16 (75 %) der ehemaligen Patienten/-innen persönlich zur

Studienteilnahme in der Klinik. Telefonisch wurden in Würzburg vier weitere und in Aachen ein weiterer ehemaliger Patient befragt. In einem Fall wurde in Berlin ein Telefoninterview mit der Mutter einer ehemaligen Patientin geführt. Von drei weiteren Berliner Patienten/-innen wurden ausschließlich die postalisch versandten Fragebögen bearbeitet.

4.5 Basisdaten der Katamnesepatienten/-innen (N=52)

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme betrug der Altersdurchschnitt der ehemaligen Klinikpatienten/-innen 12,5 Jahre (Rangweite: 10,7-13,9; Standardabweichung: 0,98; Median: 12,75). Zum Zeitpunkt der Durchführung der Katamnese studie wurde ein mittleres Alter von 19,8 Jahren (Rangweite: 16-23; Standardabweichung: 1,94; Median: 19,5) ermittelt, wobei 47 (90,4 %) der insgesamt 52 Patienten/-innen bereits das 18. Lebensjahr vollendet hatten, demnach fünf (9,6 %) Patienten/-innen (aus Würzburg 3, aus Aachen und Berlin je 1) minderjährig waren. Die Nachuntersuchung fand im Durchschnitt 7,3 Jahre (Rangweite: 4,3-11,4 Jahre; Standardabweichung: 8,71; Median: 7,1) nach stationärer Aufnahme statt.

Tabelle 3: Basisdaten der nachuntersuchten Patienten/-innen

Basisdaten der nachuntersuchten Patienten/innen	
<u>Klinikstandort, Anzahl N (%)</u>	
Würzburg	19 (36,5)
Aachen	17 (32,7)
Berlin	16 (30,8)
<u>Geschlechterverteilung, Anzahl N (%)</u>	
Weiblich	49 (94)
Männlich	3 (6)
<u>Alter</u>	
Mittleres Alter bei stationärer Aufnahme	
Jahre ± SD	12,5 ± 0,98
Rangweite/Median	10,7-13,9/12,75
Mittleres Alter bei Nachuntersuchung	
Jahre ± SD	19,8 ± 1,94
Rangweite/Median	16-23/19,5
<u>BMI Mittelwert ± SD (kg/m²)</u>	
bei Aufnahme	13,62 ± 1,31
bei Entlassung	16,13 ± 1,01

Basisdaten der nachuntersuchten Patienten/innen	
<u>Mittlere Dauer stationärer Aufenthalt ± SD (Tage)</u>	89 ± 52,61
<u>Art der Entlassung, Anzahl N (%)</u>	
regulär	46 (88,5)
gegen ärztlichen Rat	6 (11,5)
<u>AN Subtyp, Anzahl N (%)</u>	
restriktiv	47 (90,4)
binge-eating/purging	5 (9,6)
<u>stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum, Anzahl N (%)</u>	
Ja	24 (46,2)
Nein	28 (53,8)
<u>Vorliegen einer Essstörung bei Katamnese, Anzahl N (%)</u>	
Ja	23 (44,2)
Nein	24 (46,2)
Keine Angabe	5 (9,6)

Tabelle 4: Diagnosen im Katamnesezeitraum (ICD-Klassifikation)

<u>Diagnosen (ICD-Klassifikation)*, **, ***</u>	„lifetime“ N (%)	Katamnesezeitpunkt N (%)
Anorexia nervosa (F 50.0/1)	41 (78,8)	3 (5,8)
Bulimia nervosa (F 50.2)	8 (15,4)	2 (3,8)
Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS) (F 50.9)	7 (13,5)	18 (34,6)
Major Depression (F 32/33)	29 (55,8)	6 (11,5)
Dysthymie (F 34.1)	1 (1,9)	0 (0)
Soziale Phobie (F 40.1)	6 (11,5)	2 (3,8)
Spezifische Phobie (F 40.2)	0 (0)	1 (1,9)
Substanzinduzierte Angst (F 1X.8)****	1 (1,9)	0 (0)
Zwangsstörung (F 42)	7 (13,5)	3 (5,8)
Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1)	1 (1,9)	0 (0)
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit (F 10.1/2)	0 (0)	3 (5,8)
Cannabissmissbrauch/-abhängigkeit (F12.1/2)	0 (0)	1 (1,9)
Missbrauch/-abhängigkeit bzgl. anderer psychotroper Substanzen (F 19.1/2)	1 (1,9)	1 (1,9)

*von 51 Patienten SKID I-Diagnosen vorliegend

**mehrere Diagnosen pro Patient möglich

***die mittels SKID-I erhobenen DSM IV-Diagnosen wurden zum besseren Verständnis, in das in Deutschland gebräuchliche ICD-Klassifikationssystem übertragen

****Substanz nicht bekannt

4.6 Vergleichbarkeit der Katamnesestichproben der drei Universitätskliniken

Bei Untersuchung der drei Klinikstichproben auf Mittelwertunterschiede (T-Test) bezüglich des Aufnahme-/Katamnesealters, des Aufnahme-/Entlass-BMI und der stationären Behandlungsdauer der Studienteilnehmer/-innen, ergaben sich nur zwischen Würzburg und Berlin signifikante Unterschiede im Alter der Studienteilnehmer/-innen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (Signifikanz (2-seitig): $p=0,029$). Die Teilnehmer/-innen in Würzburg waren signifikant jünger (Mittelwert \pm SD: $19,2 \pm 1,70$, Median: 19) als in Berlin (Mittelwert \pm SD: $20,7 \pm 1,95$, Median: 20,5).

Hinsichtlich der Variablen „Alter bei Aufnahme“, „BMI bei Aufnahme/Entlassung“ und „stationäre Behandlungsdauer“ wiesen die Probanden/-innen aus den verschiedenen Kliniken keine signifikanten Unterschiede auf.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 5.

Tabelle 5: Städtevergleich bzgl. „Alter bei Aufnahme/zum Katamnesezeitpunkt“, „BMI bei Aufnahme/Entlassung“, „stationärer Behandlungsdauer“

T- Test bei unabhängigen Test bei unabhängigen Stichproben T-Test für die Mittelwertgleichheit		Aachen-Berlin Sig. (2-seitig)	Aachen-Würzburg Sig. (2-seitig)	Würzburg-Berlin Sig. (2-seitig)
Alter A*	Varianzen sind gleich	,770	,251	,380
Alter U*	Varianzen sind gleich	,103	,543	,029
BMI A*	Varianzen sind gleich		,139	
	Varianzen sind nicht gleich	,695		,159
BMI E*	Varianzen sind gleich	,350	,680	,492
Dauer*	Varianzen sind gleich		,052	,868
	Varianzen sind nicht gleich	,221		

*Alter A=Alter bei Aufnahme, Alter U=Alter zum Katamnesezeitpunkt, BMI A=BMI bei Aufnahme, BMI E= BMI bei Entlassung, Dauer=stationäre Behandlungsdauer

Bezüglich der Variablen „Art der Entlassung (mit oder gegen ärztlichen Rat)“, „stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“, „Vorhandensein einer Essstörung bei Katamnese“ wiesen die Patienten/-innen der drei Behandlungsorte keine signifikanten Unterschiede auf (Chi-Quadrat-Test nach Pearson).

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 6.

Tabelle 6: Städtevergleich bzgl. „Art der Entlassung“, „stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“, „Vorhandensein einer Essstörung bei Katamnese“

Chi-Quadrat-Tests nach Pearson		Art der Entlassung	Stationäre Wiederaufnahme	Essstörung bei Katamnese
Klinik	Chi-Quadrat	1,549	,809	5,284
	df	2	2	2
	Sig.	,461	,667	,071

4.7 Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheit

4.7.1 Frage: „Wie zufrieden warst du mit der Behandlung?“

Im Rahmen der katamnestischen Nachuntersuchung äußerten sich 51 der 52 Studienteilnehmer/-innen zur Frage nach der allgemeinen Behandlungszufriedenheit. Ein/e Patient/-in hatte entweder die Auskunft verweigert oder es fehlten bei Datenauswertung die entsprechenden Angaben ohne näher benannten Grund. Etwas weniger als die Hälfte der Katamnesepatienten/-innen (N=24, 46,2 % von N=52) waren mit der Behandlung allgemein zufrieden bis sehr zufrieden. Fünf (9,6 % von N=52) Probanden/-innen stufte ihre Zufriedenheit als mittel ein. Zahlreiche ehemalige Patienten/-innen (N=22, 42,3 % von N=52) gaben an, mit der Behandlung weniger bis gar nicht zufrieden gewesen zu sein.

Hypothese 1 – die Mehrzahl der Patienten/-innen mit kindlicher AN empfinden die stationäre Therapie als zufriedenstellend - kann somit als belegt angesehen werden, da mehr als die Hälfte der ehemaligen Patienten/-innen sich mit der Behandlung zufrieden (sehr zufrieden/zufrieden/mittel zufrieden) zeigte.

Im Städtevergleich waren, bezogen auf die jeweilige Katamnese Stichprobe in Aachen die meisten Probanden/-innen (N=11 von 17, 64,7 %) mit der Therapie zufrieden bis sehr zufrieden, gefolgt von Würzburg (N=9 von 19, 47,4 %) und Berlin (N=4 von 16, 25 %). In Würzburg äußerten gegenüber den anderen Behandlungsorten prozentual am meisten ehemalige Patienten/-

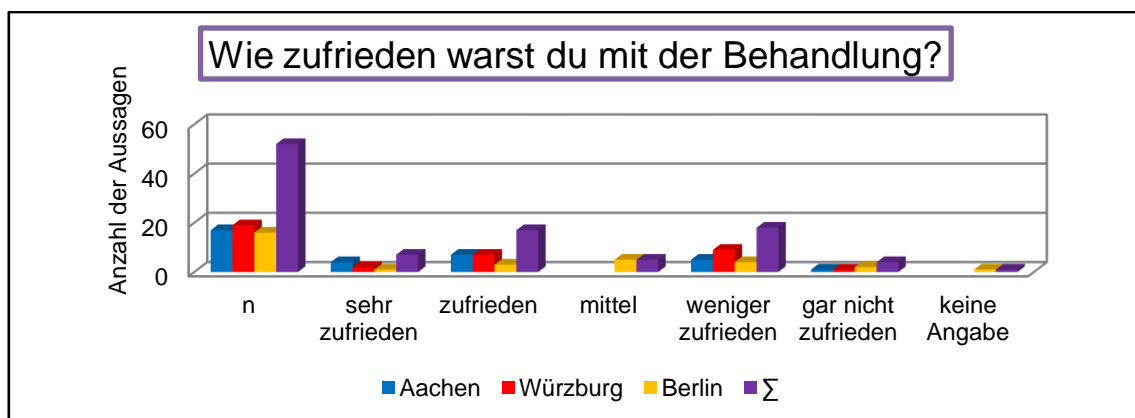
innen Unzufriedenheit (Würzburg: N=10 von 19, 52,6 %; Aachen: N=6 von 17, 35,3 %; Berlin: N=6 von 16, 37,5 %) (Aussage: weniger/gar nicht zufrieden).

Zu den Ergebnissen der Gesamtstichprobe siehe Tabelle 7/Abbildung 1.

Tabelle 7: Behandlungszufriedenheit ehemaliger Patienten/-innen im Städtevergleich

Klinikstandort	Untersuchte Patienten	sehr zufrieden	zufrieden	mittel	weniger zufrieden	gar nicht zufrieden	keine Angabe
Aachen	17	4	7		5	1	
Würzburg	19	2	7		9	1	
Berlin	16	1	3	5	4	2	1
Σ (%)	52 (100)	7 (13,5)	17 (32,7)	5 (9,6)	18 (34,6)	4 (7,7)	1 (1,9)

Abbildung 1: Behandlungszufriedenheit im Städtevergleich



4.7.1.1 Frage: „Am meisten zufrieden war ich mit...?“

Die Fragestellung, womit die Probanden/-innen während der Behandlung am meisten zufrieden gewesen seien, wurde von insgesamt 44 (84,6 % von 52) Teilnehmern/-innen zumindest für Rang 1 (Rang 2, 3 weniger Aussagen) beantwortet. Die restlichen acht (15,4 %) der 52 Katamnesepatienten/-innen hatten entweder die Auskunft verweigert oder es fehlten bei Datenauswertung die entsprechenden Angaben ohne näher bezeichneten Grund. Aus den 21 vorgegebenen Möglichkeiten konnten, wie unter Punkt 3.5.3 beschrieben, drei Behandlungselemente ausgewählt werden (1., 2., 3.), mit denen die Patienten/-innen während der Behandlung am meisten zufrieden waren. Hierbei waren die Antwortmöglichkeiten für jede Nennung (1., 2., 3.)

identisch. Im Folgenden wird schwerpunktmäßig auf die kumulative Häufigkeit der genannten Behandlungselemente, also die Summe der Zufriedenheitsnennungen (1.+ 2.+ 3.) eingegangen.

Zu den Ergebnissen der Gesamtstichprobe siehe Tabelle 8.

Tabelle 8: Behandlungselemente, mit denen die Patienten am meisten zufrieden waren (bezogen auf N= 52)

Behandlungselemente, mit denen die Patienten am meisten zufrieden waren (3 Nennungen möglich)	1. N (%)	2. N (%)	3. N (%)	Kumulative Häufigkeit 1.-3. N (%)
Kontakt zu den Mitpatienten	10 (22,7)	2 (5,6)	4 (16)	16 (15,2)
therapeutische Einzelgespräche	9 (20,5)	4 (11,1)	2 (8)	15 (14,3)
Kontakt zu den Betreuern	2 (4,5)	7 (19,4)	2 (8)	11 (10,5)
Gruppentherapie	4 (9)	4 (11,1)	3 (12)	11 (10,5)
Wochenendbeurlaubungen, schrittweise Erprobung im Alltag	2 (4,5)	7 (19,4)	0 (0)	9 (8,6)
Essensplan und Kontrolle des Essens	4 (9)	1 (2,8)	2 (8)	7 (6,7)
Gewichtszunahme	3 (6,8)	2 (5,6)	1 (4)	6 (5,7)
Üben des Essens (Kochgruppe, auswärts essen, Modellessen, Familienessen)	1 (2,3)	0 (0)	3 (12)	4 (3,8)
ambulante Nachbetreuung	2 (4,5)	1 (2,8)	1 (4)	4 (3,8)
zeitweise Trennung von der Familie durch stationären Aufenthalt	1 (2,3)	2 (5,6)	0 (0)	3 (2,9)
Informationen über die Erkrankung (Psychoedukation)	0 (0)	0 (0)	3 (12)	3 (2,9)
Externer Schulversuch	0 (0)	2 (5,6)	1 (4)	3 (2,9)
Medikamente	1 (2,3)	0 (0)	1 (4)	2 (1,9)
Sonde	0 (0)	1 (2,8)	1 (4)	2 (1,9)
Äußerer Druck und Kontrolle allgemein	0 (0)	1 (2,8)	1 (4)	2 (1,9)
Kontrolle der Bewegung	0 (0)	1 (2,8)	0 (0)	1 (1)
Familiengespräche	0 (0)	1 (2,8)	0 (0)	1 (1)
Gewichtsstufenpläne	1 (2,3)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Sonstiges	4 (9)	0 (0)	0 (0)	4 (3,8)
Gesamtzahl der Nennungen (%)	44 (100)	36 (100)	25 (100)	105 (100)

4.7.1.2 Frage: "Unzufrieden war ich mit ...?"

Bei der Frage nach Behandlungselementen, mit denen die Patienten/-innen unzufrieden waren, konnten Aussagen von insgesamt 43 (82,7 % von 52) Patienten/-innen zumindest für Rang 1 (auf Rang 2, 3 weniger Aussagen) dokumentiert werden. Die restlichen neun (17,3%) der 52 Probanden/-innen hatten entweder die Auskunft verweigert oder es fehlten bei Datenauswertung die entsprechenden Angaben ohne näher bezeichneten Grund. Auch hier konnten drei Nennungen getätigt werden (1., 2., 3.). Im Folgenden wird schwerpunktmäßig auf die kumulative Häufigkeit (1.+ 2.+ 3.) der als unzufriedenstellend bewerteten Behandlungselemente eingegangen.

Zu den Ergebnissen der Gesamtstichprobe siehe Tabelle 9.

Tabelle 9: Behandlungselemente, mit denen die Patienten unzufrieden waren (bezogen auf N=52)

Behandlungselemente, mit denen die Patienten unzufrieden waren (3 Nennungen möglich)	1. N (%)	2. N (%)	3. N (%)	Kumulative Häufigkeit 1.-3. N (%)
therapeutische Einzelgespräche	4 (9,3)	4 (12,9)	3 (13,6)	11 (11,5)
Kontrolle der Bewegung	6 (14)	2 (6,5)	1 (4,5)	9 (9,4)
äußerer Druck und Kontrolle allgemein	3 (7)	3 (9,7)	3 (13,6)	9 (9,4)
Sonde	4 (9,3)	3 (9,7)	2 (9,1)	9 (9,4)
Üben des Essens (Kochgruppe, auswärts essen, Modellessen, Familienessen)	4 (9,3)	3 (9,7)	1 (4,5)	8 (8,3)
Gruppentherapie	2 (4,7)	1 (3,2)	3 (13,6)	6 (6,3)
ambulante Nachbetreuung	3 (7)	1 (3,2)	2 (9,1)	6 (6,3)
Kontakt zu den Betreuern	3 (7)	1 (3,2)	1 (4,5)	5 (5,2)
Gewichtsstufenpläne	2 (4,7)	2 (6,5)	1 (4,5)	5 (5,2)
Familiengespräche	2 (4,7)	2 (6,5)	0 (0)	4 (4,2)
externer Schulversuch	2 (4,7)	1 (3,2)	1 (4,5)	4 (4,2)
Essensplan und Kontrolle des Essens	0 (0)	2 (6,5)	2 (9,1)	4 (4,2)
zeitweise Trennung von der Familie durch stationären Aufenthalt	1 (2,3)	2 (6,5)	0 (0)	3 (3,1)
Medikamente	1 (2,3)	1 (3,2)	0 (0)	2 (2,1)

Behandlungselemente, mit denen die Patienten unzufrieden waren (3 Nennungen möglich)	1. N (%)	2. N (%)	3. N (%)	Kumulative Häufigkeit 1.-3. N (%)
tagesklinisches Setting (falls erfolgt)	2 (4,7)	0 (0)	0 (0)	2 (2,1)
Gewichtszunahme	1 (2,3)	0 (0)	1 (4,5)	2 (2,1)
Wochenendbeurlaubungen, schrittweise Erprobung im Alltag	1 (2,3)	1 (3,2)	0 (0)	2 (2,1)
Kontakt zu den Mitpatienten	1 (2,3)	1 (3,2)	0 (0)	2 (2,1)
Informationen über die Erkrankung (Psychoedukation)	0 (0)	1 (3,2)	1 (4,5)	2 (2,1)
Sonstiges	1 (2,3)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Gesamtzahl der Nennungen (%)	43 (100)	31 (100)	22 (100)	96 (100)

4.7.1.3 Potentielle Einflussfaktoren auf die Behandlungszufriedenheit

Um das Gesamtkonstrukt der Behandlungszufriedenheit besser verstehen und interpretieren zu können, wurde der Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und möglichen einflussnehmenden Variablen untersucht:

- demographische Komponenten: das Alter der Patienten bei Klinikaufnahme und zum Katamnesezeitpunkt
- krankheitsbeschreibende Messgrößen: der BMI bei Klinikaufnahme/-entlassung, stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum sowie der aktuelle Gesundheitszustand der Patienten, gemessen an der Tatsache, ob zum Zeitpunkt der Durchführung der Nachuntersuchung weiterhin eine Essstörung vorlag oder nicht.
- weitere Vergleichskriterien: Klinikstandort (Aachen, Würzburg, Berlin), stationäre Behandlungsdauer sowie Art der Entlassung (mit oder gegen ärztlichen Rat)

Die nichtparametrischen Korrelationsberechnungen (Spearman) ergaben keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den oben genannten Variablen und der von den Patienten geäußerten Behandlungszufriedenheit.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 10.

Tabelle 10: Korrelation der Behandlungszufriedenheit (nach Spearman)

Vergleichsvariablen		Alter A*	Alter U*	BMI A*	BMI E*	Dauer*	Art E*	WA*	ES*	Klinik*
Zufriedenheit	Korrelationskoeffizient	-,050	-,188	,049	-,149	,144	-,115	,010	,000	,216
	Sig. (2-seitig)	,727	,186	,731	,296	,315	,424	,946	1,000	,129

*Alter A=Alter bei Aufnahme, Alter U=Alter zum Katamnesezeitpunkt, BMI A=BMI bei Aufnahme, BMI E= BMI bei Entlassung, Dauer=stationäre Behandlungsdauer, Art E=Art der Entlassung, WA=stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum, ES=Vorliegen einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt, Klinik=Klinikstandort

Zusätzlich wurde ein möglicher Zusammenhang der angeführten Variablen mit der Behandlungszufriedenheit unter Anwendung der binär logistischen Regressionsanalyse geprüft.

Die Regressionsanalyse wurde für alle Variablen gemeinsam, für die Einzelvariablen sowie für untereinander signifikant korrelierte Variablen (BMI A, BMI E, Alter A, Alter U) durchgeführt.

Auch im Rahmen dieses statistischen Verfahrens ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Behandlungszufriedenheit und den Patientencharakteristika.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse kann Hypothese 2 - die Behandlungszufriedenheit ist abhängig vom Alter der Patienten/-innen (bei Aufnahme bzw. zum Katamnesezeitpunkt) und dem BMI bei Aufnahme bzw. Entlassung - als widerlegt angesehen werden, da keine der Vergleichsvariablen mit der Behandlungszufriedenheit korrelierte.

4.7.1.4 Gruppenvergleich un-/zufriedener bzw. sehr/gar nicht zufriedener Patienten/-innen

Beim Vergleich zwischen Probanden/-innen, die mit der stationären Behandlung retrospektiv insgesamt zufrieden bzw. unzufrieden waren, bezüglich des Alters (bei Aufnahme und Katamnese), des BMI (bei Aufnahme und Entlassung) und der stationären Behandlungsdauer ergaben sich für beide

Gruppenkonstellationen im Mittelwertsvergleich der Variablen (T-Test) keine signifikanten Unterschiede. Hierfür wurden sowohl zufriedene (sehr zufrieden + zufrieden) und unzufriedene (weniger zufrieden + gar nicht zufrieden), als auch sehr zufriedene und gar nicht zufriedene Patienten/-innen miteinander verglichen.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 11.

Tabelle 11: Vergleich un-/zufriedener bzw. sehr/gar nicht zufriedener Patienten/-innen bzgl. „Alter bei Aufnahme/zum Katamnesezeitpunkt“, „BMI bei Aufnahme/Entlassung“, „stationärer Behandlungsdauer“

Test bei unabhängigen Stichproben T-Test für die Mittelwertgleichheit		Vergleich un-/zufriedener Patienten/-innen Sig. (2-seitig)	Vergleich sehr/gar nicht zufriedener Patienten/-innen Sig. (2-seitig)
Alter A*	Varianzen sind gleich	,482	,357
Alter U*	Varianzen sind gleich	,159	,555
BMI A*	Varianzen sind gleich	,812	,052
BMI E*	Varianzen sind gleich	,262	,818
Dauer*	Varianzen sind gleich	,328	,093

*Alter A=Alter bei Aufnahme, Alter U=Alter zum Katamnesezeitpunkt, BMI A=BMI bei Aufnahme, BMI E= BMI bei Entlassung, Dauer=stationäre Behandlungsdauer

Bei Prüfung, ob zufriedene (zufriedene bzw. sehr zufriedene) und unzufriedene (weniger bzw. gar nicht zufriedene) Patienten/-innen bezüglich der Patientencharakteristika „Art der Entlassung (mit oder gegen ärztlichen Rat)“, „stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“ und „Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt“ signifikante Unterschiede aufweisen (Chi-Quadrat-Test nach Pearson), ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Verschiedenheiten.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 12.

Tabelle 12: Vergleich unzufriedener (weniger bzw. gar nicht zufriedener) und zufriedener (zufriedener bzw. sehr zufriedener) Patienten/-innen bzgl. „Art der Entlassung“, „stationärer Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“, „Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt“

Chi-Quadrat-Test nach Pearson		Art der Entlassung	Stationäre Wiederaufnahme	Essstörung zum Katamnesezeitpunkt
Un- /zufriedenheit	Chi-Quadrat	1,741	,080	,024
	df	1	1	1
	Sig.	,187	,777	,876

Im Vergleich der drei Behandlungsorte (u-Test) zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Alterationen bezüglich der Patientenzufriedenheit.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 13.

Tabelle 13: Städtevergleich bzgl. Patientenzufriedenheit

Mann-Whitney-Test (u-Test)

Zufriedenheit	Würzburg/ Aachen	Würzburg/ Berlin	Aachen/ Berlin
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,264	,690	,129
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,300	,706	,142

Ein höchst signifikanter Zusammenhang bestand allerdings zwischen der Zufriedenheit der Patienten/-innen und der empfundenen Hilfe der Behandlung ((Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]: $p=0,000$); (u-Test)). Dies bedeutet, dass Patienten/-innen, die retrospektiv die Behandlung als zufriedenstellend (sehr zufriedenstellend bzw. zufriedenstellend) empfanden, diese auch als hilfreich (sehr hilfreich bzw. eher hilfreich) einstufen.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 14.

Tabelle 14: Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und der empfundenen Hilfe der Behandlung

Mann-Whitney-Test (u-Test)	Zufriedenheit (zufrieden bzw. sehr zufrieden) / Hilfe Gruppe (sehr hilfreich bzw. eher hilfreich gegen eher schädlich bzw. sehr schädlich)
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,000

4.7.2 Frage: „Hat unsere Behandlung dir geholfen?“

Bei dieser Fragestellung gaben 51 der 52 Studienteilnehmer/-innen eine Auskunft. Ein/e Patient/-in hatte entweder die Auskunft verweigert oder es fehlten bei Datenauswertung die entsprechenden Angaben ohne näher bezeichneten Grund. Insgesamt 65,4 % der Probanden/-innen (von N=52) beurteilten die Therapie, in einer der drei Kliniken, als hilfreich (hat sehr/hat eher geholfen), wohingegen lediglich 13,4 % der Befragten (von N=52) die Behandlung als schädlich (hat eher/sehr geschadet) einstufen. 19,2 % der 52 Katamnesepatienten/-innen empfanden den Klinikaufenthalt rückblickend als weder hilfreich, noch schädlich.

Hypothese 3 - die Mehrzahl der ehemaligen Patienten/-innen mit kindlicher AN empfinden die stationäre Therapie retrospektiv als hilfreich - kann somit als belegt angesehen werden, da beinahe zwei Drittel der ehemaligen Patienten/-innen die Behandlung als hilfreich bewerteten.

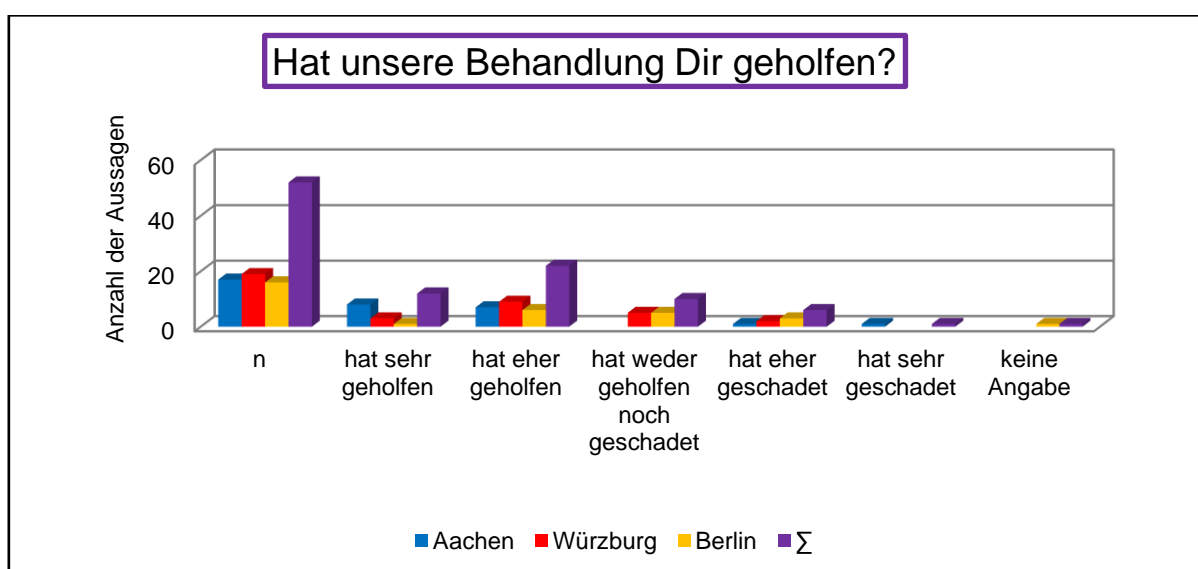
In Aachen bewerteten 88,2 % (von N=17), in Würzburg 63,2 % (von N=19) und in Berlin 43,8 % (von N=16) der Patienten/-innen die stationäre Therapie als hilfreich. Dahingegen wurde der Klinikaufenthalt von 11,8 % der Aachener, 10,5 % der Würzburger und 18,8 % der Berliner Patienten/-innen als schädlich (hat eher/sehr geschadet) empfunden. Als weder hilfreich, noch schädlich, stufen 26,3 % (von N=19) der Würzburger und 31,3 % (von N=16) der Berliner Patienten/-innen die Behandlung ein.

Zu den Ergebnissen der Gesamtstichprobe siehe Tabelle 15/Abbildung 2.

Tabelle 15: Hilfe durch die Behandlung im Städtevergleich

Klinik-standort	Untersuchte Patienten	hat sehr geholfen	hat eher geholfen	hat weder geholfen, noch geschadet	hat eher geschadet	hat sehr geschadet	keine Angabe
Aachen	17	8	7		1	1	
Würzburg	19	3	9	5	2		
Berlin	16	1	6	5	3		1
Σ (%)	52 (100)	12 (23,1)	22 (42,3)	10 (19,2)	6 (11,5)	1 (1,9)	1 (1,9)

Abbildung 2: Hilfe durch die Behandlung im Städtevergleich



4.7.2.1 Frage: „Am meisten davon hat mir geholfen...?“

Zu den hilfreichsten Therapiebestandteilen äußerten sich insgesamt 48 (92,3 % von N=52) Probanden/-innen zumindest auf Rang 1 (auf Rang 2, 3 weniger Aussagen). Die verbleibenden vier (7,7 % von N=52) Patienten/-innen hatten entweder die Auskunft verweigert oder es fehlten zum Zeitpunkt der Datenauswertung die entsprechenden Angaben ohne näher bezeichneten Grund. Auch hier standen die gleichen Behandlungsinhalte zur Auswahl, wie bereits bei der Frage zur Zufriedenheit, die sich für die Nennungen (1.-3.) nicht unterschieden. Im Folgenden wird schwerpunktmäßig auf die kumulative Häufigkeit der als am meisten hilfreich empfundenen Behandlungselemente (1.+ 2.+ 3.) eingegangen.

Zu den Ergebnissen der Gesamtstichprobe siehe Tabelle 16.

Tabelle 16: Behandlungselemente, die als am meisten hilfreich eingestuft wurden (bezogen auf N=52)

Behandlungselemente, die als am meisten hilfreich eingestuft wurden (3 Nennungen möglich)	1. N (%)	2. N (%)	3. N (%)	Kumulative Häufigkeit 1.-3. N (%)
Therapeutische Einzelgespräche	7 (14,6)	3 (7,1)	7 (19,4)	17 (13,5)
Essensplan und Kontrolle des Essens	5 (10,4)	7 (16,7)	4 (11,1)	16 (12,7)
Kontakt zu den Mitpatienten	6 (12,5)	3 (7,1)	4 (11,1)	13 (10,3)
Gewichtszunahme	7 (14,6)	4 (9,5)	1 (2,8)	12 (9,5)
zeitweise Trennung von der Familie durch stationären Aufenthalt	5 (10,4)	5 (11,9)	1 (2,8)	11 (8,7)
Wochenendbeurlaubungen, schrittweise Erprobung im Alltag	2 (4,2)	3 (7,1)	4 (11,1)	9 (7,1)
Gewichtsstufenpläne	1 (2,1)	5 (11,9)	2 (5,6)	8 (6,3)
äußerer Druck und Kontrolle allgemein	3 (6,3)	1 (2,4)	2 (5,6)	6 (4,8)
Üben des Essens (Kochgruppe, auswärts essen, Modellessen, Familienessen)	2 (4,2)	3 (7,1)	1 (2,8)	6 (4,8)
Gruppentherapie	0 (0)	3 (7,1)	3 (8,3)	6 (4,8)
Kontakt zu den Betreuern	1 (2,1)	3 (7,1)	1 (2,8)	5 (4)
Sonde	2 (4,2)	2 (4,8)	0 (0)	4 (3,2)
Informationen über die Erkrankung (Psychoedukation)	1 (2,1)	0 (0)	3 (8,3)	4 (3,2)
ambulante Nachbetreuung	1 (2,1)	0 (0)	1 (2,8)	2 (1,6)
Medikamente	2 (4,2)	0 (0)	0 (0)	2 (1,6)
tagesklinisches Setting (falls erfolgt)	0 (0)	0 (0)	1 (2,8)	1 (0,8)
Sonstiges	3 (6,3)	0 (0)	1 (2,8)	4 (3,2)
Gesamtzahl der Nennungen (%)	48 (100)	42 (100)	36 (100)	126 (100)

4.7.2.2 Frage: „Nicht geholfen hat...?“

Die Frage, was im Rahmen der Behandlung nicht hilfreich war, wurde von 41 (78,8%) der 52 Studienteilnehmern/-innen zumindest auf Rang 1 (auf Rang 2, 3 weniger Aussagen) beantwortet. 11 (21,2 % von N=52) Studienteilnehmer/-innen hatten entweder die Auskunft verweigert oder es fehlten zum Zeitpunkt der Datenauswertung die entsprechenden Angaben ohne näher bezeichneten Grund. Auch hier standen für die unterschiedlichen Nennungen (1.-3.) die gleichen Therapiebestandteile zur Auswahl. Schwerpunktmäßig wird wieder auf die kumulativen Häufigkeiten der als nicht hilfreich bewerteten Behandlungselemente (1.+ 2.+ 3.) eingegangen.

Zu den Ergebnissen der Gesamtstichprobe siehe Tabelle 17.

Tabelle 17: Behandlungselemente, die als nicht hilfreich eingestuft wurden

Behandlungselemente, die als nicht hilfreich eingestuft wurden (3 Nennungen möglich)	1. N (%)	2. N (%)	3. N (%)	Kumulative Häufigkeit 1.-3. N (%)
therapeutische Einzelgespräche	2 (4,9)	5 (13,9)	3 (12,5)	10 (9,9)
Sonde	7 (17,1)	1 (2,8)	1 (4,2)	9 (8,9)
äußerer Druck und Kontrolle allgemein	3 (7,3)	1 (2,8)	4 (16,7)	8 (7,9)
zeitweise Trennung von der Familie durch stationären Aufenthalt	3 (7,3)	3 (8,3)	2 (8,3)	8 (7,9)
Medikamente	2 (4,9)	4 (11,1)	2 (8,3)	8 (7,9)
Üben des Essens (Kochgruppe, auswärts essen, Modellessen, Familienessen)	4 (9,8)	3 (8,3)	0 (0)	7 (6,9)
Kontrolle der Bewegung	4 (9,8)	2 (5,6)	1 (4,2)	7 (6,9)
ambulante Nachbetreuung	1 (2,4)	4 (11,1)	2 (8,3)	7 (6,9)
Gewichtsstufenpläne	2 (4,9)	2 (5,6)	2 (8,3)	6 (5,9)
externer Schulversuch	2 (4,9)	3 (8,3)	1 (4,2)	6 (5,9)
Gruppentherapie	1 (2,4)	2 (5,6)	2 (8,3)	5 (5)
Familiengespräche	1 (2,4)	3 (8,3)	1 (4,2)	5 (5)
Kontakt zu den Mitpatienten	2 (4,9)	1 (2,8)	1 (4,2)	4 (4)
tagesklinisches Setting (falls erfolgt)	1 (2,4)	1 (2,8)	1 (4,2)	3 (3)

Behandlungselemente, die als nicht hilfreich eingestuft wurden (3 Nennungen möglich)	1. N (%)	2. N (%)	3. N (%)	Kumulative Häufigkeit 1.-3. N (%)
Informationen über die Erkrankung (Psychoedukation)	2 (4,9)	0 (0)	1 (4,2)	3 (3)
Kontakt zu den Betreuern	2 (4,9)	0 (0)	0 (0)	2 (2)
Essensplan und Kontrolle des Essens	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Wochenendbeurlaubungen, schrittweise Erprobung im Alltag	0 (0)	1 (2,8)	0 (0)	1 (1)
Sonstiges	1 (2,4)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Gesamtzahl der Nennungen (%)	41 (100)	36 (100)	24 (100)	101 (100)

4.7.2.3 Potentielle Einflussfaktoren auf die Bewertung der Behandlung als hilfreich

Im Rahmen statistischer nichtparametrischer Korrelationen der erfahrenen Hilfe durch die Behandlung mit den ausgewählten Patientencharakteristika (Alter bei Aufnahme/zum Katamnesezeitpunkt, BMI bei Aufnahme/Entlassung, stationäre Behandlungsdauer, Klinikstandort, Art der Entlassung (mit oder gegen ärztlichen Rat), stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum, Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt), ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Entlass-BMI der ehemaligen AN-Patienten/-innen und der durch die Behandlung empfundenen Hilfe (Signifikanz (2-seitig): $p=0,043$; $r= -0,284$). So bewerteten Patienten/-innen mit höherem Entlass-BMI die Behandlung als hilfreicher im Vergleich zu denen mit niedrigeren Werten.

Zudem korrelierte der Klinikstandort sehr signifikant mit der subjektiv wahrgenommenen Hilfe durch die Therapie (Signifikanz (2-seitig): $p=0,004$; $r= 0,4$).

Weitere signifikante Zusammenhänge zwischen den oben genannten Variablen und der von den Patienten empfundenen Hilfe konnten durch die nichtparametrischen Korrelationsberechnungen (Spearman) nicht herausgestellt werden.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 18.

Tabelle 18: Korrelation der Hilfe der Behandlung (nach Spearman)

Vergleichsvariablen		Alter A*	Alter U*	BMI A*	BMI E*	Dauer*	Art E*	WA*	ES*	Klinik*
Hilfe	Korrelationskoeffizient	-,102	-,062	-,002	-,284*	,002	-,074	-,051	-,063	,400**
	Sig. (2-seitig)	,474	,665	,988	,043	,987	,605	,724	,673	,004

*Alter A=Alter bei Aufnahme, Alter U=Alter zum Katamnesezeitpunkt, BMI A=BMI bei Aufnahme, BMI E= BMI bei Entlassung, Dauer=stationäre Behandlungsdauer, Art E=Art der Entlassung, WA=stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum, ES=Vorliegen einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt, Klinik=Klinikstandort

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

**.. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Im Vergleich der drei Universitätskliniken zeigte sich ein sehr signifikanter Unterschied zwischen Aachen und Berlin bezüglich der empfundenen Hilfe im Rahmen der Therapie ((Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]: $p=0,010$); (u-Test)). In Aachen bewerteten 88,2 %, in Berlin nur 43,8 % der ehemaligen Patienten/-innen, die stationäre Therapie als hilfreich.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 19.

Tabelle 19: Vergleich der drei Behandlungsorte bzgl. der empfundenen Hilfe

Mann-Whitney-Test (u-Test)

Hilfe	Würzburg/Aachen	Würzburg/Berlin	Aachen/Berlin
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,043	,261	,008
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,057	,302	,010

Hypothese 4 - die subjektiv empfundene Hilfe durch die Behandlung ist abhängig vom Alter der Patienten/-innen (bei Aufnahme bzw. zum Katamnesezeitpunkt) und dem BMI bei Aufnahme bzw. Entlassung - kann somit teilweise als verifiziert angesehen werden, da ein Zusammenhang zwischen der Bewertung der Behandlung als hilfreich und dem „BMI bei Entlassung“ hergestellt werden konnte.

Zudem zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Klinikstandort/Behandlungsort und der subjektiv wahrgenommenen Hilfe durch die Therapie. Im Vergleich der drei Universitätskliniken bestand ein sehr signifikanter Unterschied zwischen Aachen und Berlin bezüglich der empfundenen Hilfe im Rahmen der Therapie.

4.7.2.4 Gruppenvergleich der Patienten, die die Behandlung als allgemein hilfreich/schädlich bzw. sehr hilfreich/sehr schädlich empfanden

Beim Vergleich der Mittelwerte (T-Test) der Faktoren „Alter bei Aufnahme/zum Katamnesezeitpunkt“, „BMI bei Aufnahme/Entlassung“ und „stationäre Behandlungsdauer“ der Vergleichsgruppen aus Studienteilnehmern/-innen, die die Behandlung als hilfreich/schädlich (sehr hilfreich bzw. eher hilfreich/eher schädlich bzw. sehr schädlich) und sehr hilfreich/sehr schädlich empfunden hatten, konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 20.

Tabelle 20: Vergleich von Patienten/-innen, die die Behandlung als allgemein hilfreich/schädlich bzw. sehr hilfreich/sehr schädlich empfunden haben bzgl. „Alter bei Aufnahme/zum Katamnesezeitpunkt“, „BMI bei Aufnahme/Entlassung“, „stationärer Behandlungsdauer“

Test bei unabhängigen Stichproben (T-Test für die Mittelwertgleichheit)		Vergleich Patienten hilfreich-schädlich Sig. (2-seitig)	Vergleich Patienten sehr hilfreich-sehr schädlich Sig. (2-seitig)
Alter A*	Varianzen sind gleich	,586	,921
Alter U*	Varianzen sind gleich	,739	,433
BMI A*	Varianzen sind gleich	,161	,058
BMI E*	Varianzen sind gleich	,261	,923
Dauer*	Varianzen sind gleich		,166
	Varianzen sind nicht gleich	,705	

*Alter A=Alter bei Aufnahme, Alter U=Alter zum Katamnesezeitpunkt, BMI A=BMI bei Aufnahme, BMI E= BMI bei Entlassung, Dauer=stationäre Behandlungsdauer

Für die Variablen „Art der Entlassung (mit oder gegen ärztlichen Rat)“, „stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“ und „Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt“ ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten/-innen, die die Behandlung als hilfreich

(hilfreich bzw. eher hilfreich) oder schädlich (eher schädlich bzw. sehr schädlich) empfunden (Chi-Quadrat-Test nach Pearson).

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 21.

Tabelle 21: Vergleich von Patienten/-innen, die die Behandlung als hilfreich (sehr hilfreich bzw. eher hilfreich)/nicht hilfreich (eher bzw. sehr schädlich) empfunden haben bzgl. „Art der Entlassung (mit/gegen ärztlichen Rat)“, „stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“, „Vorhandensein einer Essstörung bei Katamnese“

Chi-Quadrat-Tests nach Pearson		Art der Entlassung	Stationäre Wiederaufnahme	Essstörung zum Katamnesezeitpunkt
Hilfe/ Schaden	Chi-Quadrat	,913	,806	,082
	df	1	1	1
	Sig.	,339	,369	,774

Ein höchst signifikanter Zusammenhang ergab sich, wie bereits erwähnt, für die Bewertung der Behandlung als hilfreich und die Behandlungszufriedenheit ((Asymptotische Signifikanz (2-seitig): $p=0,000$); (u-Test)). So maßen Patienten/-innen, von denen die Behandlung als hilfreich (sehr hilfreich bzw. eher hilfreich) empfunden wurde, dieser auch ein höheres Maß an Zufriedenheit bei.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 22.

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen der empfundenen Hilfe der Behandlung und der Zufriedenheit der Patienten/-innen

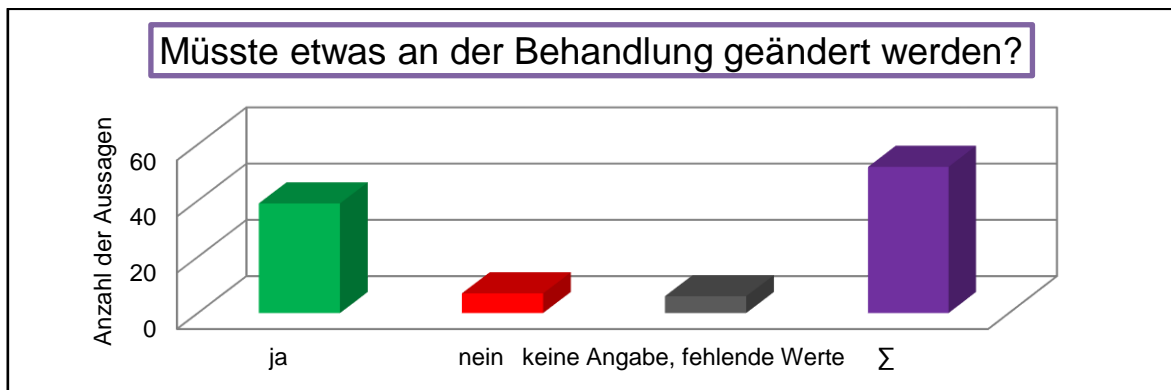
Mann-Whitney-Test (u-Test)	Hilfe (sehr hilfreich bzw. eher hilfreich)/ Zufriedenheit Gruppe (sehr zufrieden bzw. zufrieden gegen weniger zufrieden bzw. gar nicht zufrieden)
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,000
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,000

4.7.3 Frage: „Müsste an der Behandlung etwas geändert werden?“

Diese Frage beantworteten 46 (88,5 %) der 52 Studienteilnehmer/-innen. Die sechs (11,5 % von N=52) verbleibenden Probanden/-innen hatten die Aussage verweigert, oder es fehlten die Daten zum Zeitpunkt der Auswertung

des Datensatzes ohne näher bezeichneten Grund. Eine deutliche Mehrheit von 39 (75 % von N=52) Patienten/-innen sprach sich dafür aus, dass an der Behandlung etwas geändert werden sollte. Nur sieben (13,5 % von N=52) der Befragten äußerten keinen Veränderungswunsch (siehe Graphik 3).

Abbildung 3: Veränderungswunsch bzgl. Behandlung



Bei Zustimmung wurden die Patienten/-innen dazu aufgefordert, Änderungsvorschläge frei zu formulieren. Diese Option, qualitative Aussagen zu tätigen, wurde von insgesamt 28 (53,8 % von N=52) Patienten/-innen genutzt. Es bestand die Möglichkeit von Mehrfachnennungen.

Acht (25 %) der 32 vorliegenden Änderungsvorschläge bezogen sich auf den Wunsch nach individuellerer Therapiegestaltung. Je fünf (15,6 % von N=32) beinhalteten Hinweise auf einen Mehrbedarf an Einzelgesprächen und besserer Rückmeldung (u. a. zum stationären Alltag, zur Therapieplanung, zu Krankheitsfolgen) im Rahmen der Therapie. In vier (12,5 % von N=32) der Aussagen spiegelt sich das Bedürfnis der Patienten/-innen nach einer vermehrten Einbeziehung des familiären Umfelds wider. Je drei (9,4 % von N=32) der Aussagen bezogen sich auf den Wunsch nach mehr Selbstbestimmung/weniger Kontrolle und einer besseren Nachbehandlung. Alle Veränderungswünsche bezüglich der Therapie sind Tabelle 23 zu entnehmen.

Tabelle 23: Qualitative Veränderungswünsche

Veränderungswünsche	Aussagen N * ** ***	%
individuellere Therapiegestaltung	8	25,0 %
mehr Einzelgespräche	5	15,6 %
bessere Rückmeldung (u. a. zum stationären Alltag, zur Therapieplanung, zu Krankheitsfolgen)	5	15,6 %
bessere Einbeziehung des familiären Umfelds	4	12,5 %
mehr Selbstbestimmung und weniger Kontrolle	3	9,4 %
bessere Nachbehandlung	3	9,4 %
(feste) Bezugsperson	2	6,3 %
mehr Gruppentherapie	2	6,3 %
∑	32	100 %

*Einige Angaben wurden verweigert/fehlen

**N= Anzahl der Aussagen, nicht der Patienten

***Mehrfachnennungen waren möglich

4.7.3.1 Gruppenvergleich zwischen un-/zufriedenen Probanden/-innen bzw. Probanden/-innen, die die Behandlung als (nicht) hilfreich eingeschätzt haben bezüglich ihrer Veränderungswünsche im Rahmen der Behandlung

Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson, ergab sich ein signifikanter Unterschied in den Aussagen von zufriedenen (sehr zufrieden bzw. zufrieden) und unzufriedenen Patienten/-innen (weniger zufrieden bzw. gar nicht zufrieden) (Asymptotische Signifikanz (2-seitig): $p=0,045$), wobei sich mehr unzufriedene Studienteilnehmer/-innen für eine Veränderung der Therapie aussprachen als Zufriedene. Der Vergleich der Aussagen zu Veränderungswünschen von Patienten/-innen, welchen die Behandlung subjektiv von Nutzen (sehr geholfen bzw. eher geholfen) war und denen, welche sie als schädlich (eher geschadet bzw. sehr geschadet) einstufen, erbrachte keine signifikanten Ergebnisse.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 24.

Tabelle 24: Vergleich Un-/zufriedener bzw. von Patienten, die die Behandlung als hilfreich/schädlich empfunden haben bzgl. des „Vorhandenseins von Veränderungswünschen“

Chi-Quadrat-Tests nach Pearson		Un-/zufriedenheit (weniger zufrieden bzw. gar nicht zufrieden/sehr zufrieden bzw. zufrieden)	Hilfe/Schaden (sehr geholfen bzw. eher geholfen/eher geschadet bzw. sehr geschadet)
Änderungs-wunsch	Chi-Quadrat	4,020	1,738
	df	1	1
	Sig.	,045*	,187

*. Die Chi-Quadrat-Statistik ist auf dem Niveau ,05 signifikant.

4.7.4 Frage: „Wie fandest du die Menge der Behandlung?“

Der Großteil der 52 Studienteilnehmer/-innen (N=32, 61,5 %) stufte die Behandlungsmenge als genau richtig ein. Neun (17,3 % von N=52) der Befragten empfanden das quantitative Ausmaß der Therapie als zu gering, sechs (11,5 % von N=52) Probanden/-innen beurteilten die Menge der Behandlung als zu viel. Fünf (9,6 % von N=52) Studienteilnehmer/-innen hatten entweder die Auskunft verweigert oder es fehlten zum Zeitpunkt der Datenauswertung die entsprechenden Angaben.

Details zum Städtevergleich der Gesamtstichprobe siehe Tabelle 25.

Tabelle 25: Bewertung der Behandlungsmenge im Städtevergleich

Klinikstandort	Untersuchte Patienten	zu viel	zu wenig	genau richtig	keine Angaben
Aachen	17	1	4	11	1
Würzburg	19	1	2	14	2
Berlin	16	4	3	7	2
∑ (%)	52 (100)	6 (11,5)	9 (17,3)	32 (61,5)	5 (9,6)

4.7.4.1 Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf die Bewertung der Behandlungsmenge

Im Rahmen nichtparametrischer Korrelationsberechnungen bezüglich der Beurteilung eines möglichen Zusammenhangs zwischen der Behandlungsmenge und ausgewählten Kriterien (Alter bei Aufnahme/zum Katamnesezeitpunkt, BMI bei Aufnahme/Entlassung, stationäre Behandlungsdauer, Klinikstandort, stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum, Art der Entlassung (mit oder gegen ärztlichen Rat), Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt), ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen dem „Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt“ und der Beurteilung der Behandlungsmenge (Signifikanz (2-seitig): $p=0,038$; $r=0,313$). So bewerteten Patienten/-innen ($N=7$), bei denen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch eine Essstörung vorlag, das Therapieausmaß häufiger als „zu gering“ im Vergleich zu vollständig genesenen Probanden/-innen ($N=2$). Eine größere Anzahl an mittlerweile gesunden ($N=3$) als an noch kranken Studienteilnehmern/-innen ($N=1$), beurteilte die Behandlungsmenge als mengenmäßig „zu viel“.

Eine ebenfalls signifikante Korrelation lag zwischen dem Body-Mass-Index bei Entlassung und der Beurteilung der Behandlungsmenge vor (Signifikanz (2-seitig): $p=0,006$; $r=0,396$). Hierbei wiesen Probanden/-innen, welche die Therapie als quantitativ zu viel beurteilten, im Durchschnitt einen niedrigeren Entlass-BMI auf, als solche, welche das Therapieausmaß als zu gering einstufen.

Die nichtparametrischen Korrelationsberechnungen (Spearman) ergaben keine weiteren signifikanten Zusammenhänge zwischen den oben genannten Variablen und der Behandlungsmenge.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 26.

Tabelle 26: Korrelation der gewünschten Behandlungsmenge mit den genannten Vergleichsvariablen

Vergleichsvariablen		Alter A*	Alter U*	BMI A*	BMI E*	Dauer*	Art E*	WA*	ES*	Klinik*
Menge	Korrelationskoeffizient	,255	,051	,183	,396**	,145	,066	-,115	,313 [†]	-,178
	Sig. (2-seitig)	,084	,731	,218	,006	,332	,661	,443	,038	,231

*Alter A=Alter bei Aufnahme, Alter U=Alter zum Katamnesezeitpunkt, BMI A=BMI bei Aufnahme, BMI E= BMI bei Entlassung, Dauer=stationäre Behandlungsdauer, Art E=Art der Entlassung, WA=stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum, ES=Vorliegen einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt, Klinik=Klinikstandort

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

† . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

4.7.4.2 Gruppenvergleich un-/zufriedener Patienten/-innen und von Patienten/-innen, die die Behandlung als (nicht) hilfreich empfanden bzgl. der Beurteilung der Behandlungsmenge

Zwischen „zufriedenen (sehr zufriedenen bzw. zufriedenen)“ und „unzufriedenen (weniger bzw. gar nicht zufriedenen)“ Studienteilnehmern/-innen ergab sich im Hinblick auf ihre Bewertung der Menge der erhaltenen Therapie ein signifikanter Unterschied (Asymptotische Signifikanz (2-seitig): $p=0,040$), wobei ausschließlich unzufriedene Patienten/-innen die Behandlung als mengenmäßig zu viel und mehr zufriedene als unzufriedene Probanden/-innen die Behandlungsmenge als quantitativ genau richtig bis zu wenig einstufen.

Im Gruppenvergleich zwischen den Patienten/-innen, die die Behandlung als hilfreich (sehr hilfreich bzw. hilfreich) bzw. schädlich (sehr bzw. eher schädlich) empfunden hatten, ergaben sich ebenfalls signifikante Unterschiede in der Bewertung der Behandlungsmenge (Asymptotische Signifikanz (2-seitig): $p=0,000$). Vorwiegend Patienten/-innen, welche die Therapie als schädlich (sehr bzw. eher schädlich) einstufen, beurteilten die Behandlungsmenge als zu viel. Als quantitativ zu wenig wurde die Menge der Therapie ausschließlich von Probanden/-innen beurteilt, welchen diese hilfreich (sehr hilfreich bzw. hilfreich) erschien.

Zu den detaillierten Ergebnissen siehe Tabelle 27.

Tabelle 27: Gruppenvergleich un-/zufriedener Probanden/-innen und von Patienten/-innen, die die Behandlung als (nicht) hilfreich empfanden bzgl. der Beurteilung der Behandlungsmenge (zu wenig/ genau richtig/ zu viel)

Chi-Quadrat-Tests nach Pearson		Un-/zufriedenheit (sehr zufrieden bzw. zufrieden)/(weniger bzw. gar nicht zufrieden)	Hilfe/Schaden (sehr hilfreich bzw. hilfreich)/(sehr bzw. eher schädlich)
Menge	Chi-Quadrat	6,433	17,524
	df	2	2
	Sig.	,040*	,000*

*. Die Chi-Quadrat-Statistik ist auf dem Niveau ,05 signifikant.

5 Diskussion

In dieser Dissertationsarbeit mit dem Titel „Katamnestiche Untersuchung der Behandlungszufriedenheit kindlicher Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa nach stationärem Klinikaufenthalt“ wurde die Behandlungszufriedenheit der ehemaligen kindlichen AN-Patienten/-innen, die subjektiv empfundene Hilfe durch die Behandlung, die Einstellung zur Behandlungsmenge und der nachträglich bestehende/retrospektive Wunsch nach Veränderung bezüglich der Therapie näher untersucht.

5.1 Behandlungszufriedenheit

5.1.1 Behandlungszufriedenheit ehemals kindlicher AN-Patienten im Vergleich mit Ergebnissen bisheriger Behandlungszufriedenheitsstudien

Hypothese 1 der vorliegenden Arbeit bestand in der Annahme, dass die Mehrzahl der ehemaligen Patienten/-innen mit kindlicher AN die stationäre Therapie als zufriedenstellend empfindet.

Im Rahmen der Studie gaben 55,8 % der Probanden/-innen (N=52) an, mit der Behandlung mindestens mittelmäßig zufrieden bis sehr zufrieden gewesen zu sein. 42,3 % der ehemaligen Patienten/-innen (N=52) zeigten sich weniger bis gar nicht zufrieden, weshalb Hypothese 1 als verifiziert gelten kann, da sich die Mehrheit der ehemaligen Patienten/-innen als zufrieden mit der Therapie äußerte.

Diese Aussagen der nachuntersuchten Patienten/-innen mit ehemals kindlicher AN zur Behandlungszufriedenheit stehen damit tendenziell in Einklang mit Bewertungen, die im Allgemeinen in Studien zur Patientenzufriedenheit wiedergegeben werden (Lebow 1983), (Williams et al. 1998).

Sowohl im Rahmen der psychiatrischen (Gruyters and Priebe 1994), (Hannöver et al. 2000), (Moller-Leimkuhler and Dunkel 2003), als auch der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Loff et al. 1987), (Young et al. 1995), (Brannan et al. 1996), (Shapiro et al. 1997), (Godley et al. 1998), (Garland et al. 1999), (Garland et al. 2000), (Kaplan et al. 2001), (Zander et al. 2001),

(Martin et al. 2003), (Garland et al. 2003), (Bredel et al. 2004), (Barber et al. 2006), (Garland et al. 2007), (Cropp et al. 2008), (Finsterer 2008), konnte in bisherigen wissenschaftlichen Arbeiten ein hoher Grad an Zufriedenheit mit der Therapie dokumentiert werden.

Auch der Großteil der Studien zur Behandlungszufriedenheit von erwachsenen Patienten mit einer Essstörung/AN ergab, dass die Mehrheit der Patienten mit der Behandlung zufrieden war (Rosenvinge and Klusmeier 2000), (Swain-Campbell et al. 2001), (Doran and Smith 2004), (Clinton et al. 2004), (Whitney et al. 2008), (Zeeck et al. 2009), (Collin et al. 2010), (Lose et al. 2014), (Fogarty and Ramjan 2016).

Im Rahmen von Behandlungszufriedenheitsstudien mit einem Kollektiv aus kindlichen/jugendlichen Patienten mit einer Essstörung/AN wurden ebenfalls in der Mehrzahl der Studien hohe Zufriedenheitswerte verzeichnet (Krautter and Lock 2004), (Paulson-Karlsson et al. 2006), (Tierney 2008), (Roots et al. 2009), (Rojo et al. 2009), (Schneider et al. 2010), (Gowers et al. 2010), (Couturier et al. 2010), (Pretorius et al. 2012).

Allerdings äußerten die kindlichen/jugendlichen Patienten mit Essstörungsdiagnose bzw. AN in einigen wissenschaftlichen Arbeiten im Rahmen offener Kommentare Kritik und Unzufriedenheit bezüglich bestimmter Behandlungsbedingungen (Brinch et al. 1988), (Colton and Pistrang 2004), (Halvorsen and Heyerdahl 2007), (Rojo et al. 2009), (Roots et al. 2009). Besonders Restriktionen im Rahmen der Behandlung und empfundener Druck wurden als negativ wahrgenommen, zudem brachten die Patienten das Gefühl von Ambivalenz bezüglich der Genesung von der Erkrankung zum Ausdruck (Brinch et al. 1988), (Colton and Pistrang 2004).

In diesem Kontext werden Patienten und Patientinnen mit Essstörungen als eine besondere Patientengruppe beschrieben, bei der zum Teil hohe Unzufriedenheit bezüglich der Behandlung im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen zu bestehen scheint (Swain-Campbell et al. 2001), (Roots et al. 2009). Der Fokus der Unzufriedenheit scheint hierbei auf bestimmten Behandlungsaspekten zu liegen, die in traditionellen

Behandlungskonzepten als essentiell angesehen werden (z. B. Gewichtszunahme, Überwindung von Binge-/Purging-Verhalten) (Swain-Campbell et al. 2001), (Roots et al. 2009). Dies ist möglicherweise darin begründet, dass Kernkriterien der AN, wie extremes Dünnsein und Kontrolle für die Patienten von essentieller Bedeutung sind, weshalb die subjektive Therapiebeurteilung in Bezug auf die Behandlung dieser Aspekte negativ ausfallen kann (Rojo et al. 2009).

So bezog sich in einer retrospektiven halbstrukturierten Studie von Swain-Campbell und Kollegen mit 120 erwachsenen Patienten mit Essstörungsdiagnose (18% AN) ein Drittel der negativen qualitativen Äußerungen auf restriktive Behandlungselemente (z. B. Gewichtskontrolle, Einstellen gegensteuernder Maßnahmen, empfundener Veränderungsdruck) (Swain-Campbell et al. 2001). Ähnlich bewerteten in einer halbstrukturierten retrospektiven niederländischen Studie erwachsene Patienten mit Essstörungsdiagnose eine spezialisierte Behandlung als nicht hilfreich, wenn deren Fokus zu sehr auf der Essstörungssymptomatik lag oder sie als zu restriktiv empfunden wurde (de la Rie et al. 2006). In einer weiteren retrospektiven halbstrukturierten Studie mit 102 erwachsenen AN-Patienten beurteilten diese restriktive Therapieelemente (z. B. Ruhezeit nach dem Essen) oder Maßnahmen, die eine konkrete Konfrontation mit dem Essverhalten und Gewicht bedeuteten, als unwichtig/kaum hilfreich (Zeeck et al. 2009). Auch in einer prospektiven Studie (halbstrukturiertes Interview) zu Erfahrungen von 21 erwachsenen AN-Patientinnen (Alter: 18-41 Jahre, mittleres Alter: 25,2; SD=7,3) während stationär spezialisierter Behandlung im Priory Hospital Glasgow kritisierten Patienten einen restriktiven Therapiestil, wobei sie eingestehen konnten, dass dieser durchaus hilfreich war, um ihre essstörungsspezifischen Verhaltensweisen einzugrenzen (Smith et al. 2016).

Zudem halten einige Studien eine Kombination aus genereller Unzufriedenheit und Perfektionismus als möglicherweise kennzeichnend für Patienten mit AN (Slade et al. 1991), (Halvorsen and Heyerdahl 2006), (Halvorsen and Heyerdahl 2007). Häufig scheint bei AN-Patienten bereits vor der Behandlung ein

ambivalentes Gefühl bezüglich der Kontaktaufnahme mit einer Gesundheitseinrichtung vorzuliegen (Vitousek et al. 1998), (Gulliksen et al. 2012), was die bei AN-Patienten initial oft fehlende Krankheitseinsicht widerspiegelt. In einer halbstrukturierten retrospektiven Onlinefragebogenerhebung mit 161 erwachsenen AN-Patienten in England und Australien fühlte sich die Mehrheit der Patienten zu Behandlungsbeginn nicht zu einer Veränderung bereit (Fogarty and Ramjan 2016). Auch das Empfinden von Ambivalenz bezüglich Veränderung im Verlauf der Therapie scheint charakteristisch für diese Patientengruppe zu sein und dazu zu führen, dass die Patienten gegen die Behandlung ankämpfen (Tan et al. 2003), (Geller et al. 2003), (Cockell et al. 2003), (Halvorsen and Heyerdahl 2007). Weitere Studien führen an, dass sich AN-Patienten in einem ständigen Konflikt mit sich selbst bezüglich ihres Genesungswillens zu befinden scheinen (Serpell et al. 1999), (Colton and Pistrang 2004). In einer Studie von Colton und Pistrang - die 19 kindliche und jugendliche AN-Patientinnen (Alter während Behandlung: 12-17 Jahre, mittleres Alter: 15,4 Jahre) im Rahmen der stationären Behandlung in zwei auf Essstörungen spezialisierten Behandlungseinheiten mittels halbstrukturierten Interviews befragte - gaben die Patienten an, dass sie nur durch ihre eigene Motivation, ihren eigenen Wunsch und die Bereitschaft zur Genesung, von der bereitgestellten Behandlung profitieren konnten. In einer Follow-up-Studie mit 46 ehemals jugendlichen AN-Patienten (< 18 Jahre), die zwischen 1986 und 1998 an einer norwegischen Klinik sowohl ambulant sowie stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt worden waren, wurde ebenfalls der eigene Wunsch der Patienten gesund zu werden als hilfreichster Faktor im Rahmen der Therapie angesehen (Halvorsen and Heyerdahl 2007).

In einer prospektiven halbstrukturierten Studie mit 40 kindlichen/jugendlichen AN-Patienten (10-18 Jahre; mittleres Alter \pm SD: 15,1 \pm 1,6) des Universitätsklinikums Aachen zur Veränderungsmotivation von AN-Patienten, waren insbesondere jüngere Patienten im Vergleich zu Älteren durch eine geringere Motivation bezüglich der Genesung von der Erkrankung charakterisiert und mussten häufiger zur Aufnahme einer Behandlung gezwungen werden (Hillen et al. 2015).

Rigide Persönlichkeitszüge und Angst vor Kontrollverlust erschweren es AN-Patienten möglicherweise zusätzlich, sich auf eine Therapie einzulassen (Möller et al. 2005).

Darüber hinaus ist die Anzahl der Patienten mit AN, die eine Therapie abbrechen, im Vergleich mit anderen psychiatrisch Erkrankten außergewöhnlich hoch, was ein weiterer Hinweis darauf sein könnte, dass sie mit der Therapie unzufrieden sind (Vandereycken and Pierloot 1983), (Button et al. 1997), (Kahn and Pike 2001), (Zeeck et al. 2005), (Halvorsen and Heyerdahl 2007), (Wallier et al. 2009), (Gulliksen et al. 2012). Als möglichen Grund für vorzeitige Behandlungsabbrüche seitens der Patienten führen Swain-Campbell und Kollegen die unterschiedlichen Erwartungen von Patienten und medizinischem Fachpersonal bezüglich der Therapie an (Swain-Campbell et al. 2001). So werden Gewichtszunahme und die Überwindung von Binge-/Purging-Verhalten von medizinischem Personal als Indikatoren für die Effektivität der Behandlung gesehen, wobei AN-Patienten dies möglicherweise anders empfinden, da sie ihrer krankheitsspezifischen Symptomatik häufig einen hohen Wert beimessen und zu einer Veränderung möglicherweise noch nicht bereit sind (Vitousek et al. 1998), (Serpell et al. 1999), (Swain-Campbell et al. 2001).

Trotz der hohen Zufriedenheitswerte in der Mehrzahl der oben genannten Studien, zeichnete sich in einigen vorhergehenden wissenschaftlichen Arbeiten eine Tendenz von AN-Patienten ab, die Behandlung durchaus kritisch zu bewerten und diese ambivalent wahrzunehmen (Brinch et al. 1988), (Slade et al. 1991), (Swain-Campbell et al. 2001), (Tan et al. 2003), (Geller et al. 2003), (Cockell et al. 2003), (Colton and Pistrang 2004), (de la Rie et al. 2006), (Halvorsen and Heyerdahl 2007), (Zeeck et al. 2009), (Roots et al. 2009), (Rojo et al. 2009), (Smith et al. 2016), was möglicherweise durch bestimmte Persönlichkeitszüge dieser Patientengruppe verstärkt wird (Möller et al. 2005). Dieser Umstand zeigte sich möglicherweise auch in den Ergebnissen der aktuellen katamnestischen Nachuntersuchung anhand der eher moderaten Zufriedenheitsangaben der ehemals kindlichen AN-Patienten (55,8 % der Probanden/-innen (N=52) mittelmäßig zufrieden bis sehr zufrieden) und

anhand der Bewertung von bestimmten Behandlungselementen als zufriedenstellend/hilfreich bzw. unzufriedenstellend/nicht hilfreich (s. Punkt 5.1.2, 5.1.3, 5.2.2, 5.2.3).

Ein explizit quantitativer Vergleich der vorliegenden Behandlungszufriedenheitsdaten (z. B. prozentual) gestaltet sich schwierig, da die Behandlungszufriedenheit in den unterschiedlichen Studien methodologisch sehr unterschiedlich erhoben wurde (Prozentangaben, Likert-Skalen, Ableitung aus qualitativen Aussagen).

Allgemein sollten hohe Zufriedenheitswerte, v. a. in Studien, die ausschließlich geschlossene Fragen verwenden, kritisch bewertet werden, da laut vorhergehender Studien dies zu einer Überschätzung des Grades an Zufriedenheit führen konnte (siehe auch Kapitel 2.2: Methodischer Forschungsstand zur Behandlungszufriedenheit).

Beispielsweise führten Rojo und Kollegen 2009 eine prospektive Studie mit essgestörten jugendlichen Patienten unterschiedlicher Altersklassen am Universitätsklinikum in Valencia durch und stellten fest, dass trotz hoher Zufriedenheitsgrade im Rahmen geschlossener Fragen gemäß Fragebogenverfahren (Bewertung des Krankenhausaufenthaltes von 66,9 % als gut bis exzellent, von 28,8 % als normal), im Rahmen offener Fragen durchaus kritische Kommentare bezüglich der Therapie durch die Patienten geäußert wurden. Diesbezüglich postulierten die Autoren, dass unzufriedene Patienten möglicherweise mehr dazu tendieren, ihre Meinung in offenen Fragen kund zu tun, als Zufriedene. So zeigten sich auch in einer Follow up-Studie zur Behandlungszufriedenheit in England 215 jugendliche AN-Patienten, die zuvor entweder allgemein kinder- und jugendpsychiatrisch oder essstörungsspezifisch ambulant bzw. stationär behandelt wurden, zwar Großteils (65,9 % neutral bis zufrieden) zufrieden mit der Behandlung im Rahmen geschlossener Fragen, gaben im Rahmen qualitativer Aussagen jedoch kaum mehr positive wie negative Kommentare bezüglich der abgelaufenen Therapie ab (Roots et al. 2009).

Einer möglichen Überschätzung des Grades der Zufriedenheit, wirkt das halbstrukturierte Studiendesign in der aktuellen katamnestischen Nachuntersuchung der Behandlungszufriedenheit ehemals kindlicher AN-Patienten entgegen. Dieses ermöglicht eine differenzierte Darstellung der Behandlungszufriedenheit aufgrund der Befragung mittels geschlossener und offener Fragen.

5.1.2 Zufriedenheit erzeugende Behandlungselemente

Die Probanden in der vorliegenden Untersuchung zeigten sich retrospektiv am meisten zufrieden mit dem Kontakt zu ihren Mitpatienten (16 Nennungen, 15,2 % aller Nennungen), mit den therapeutischen Einzelgesprächen (15 Nennungen, 14,3 % aller Nennungen) sowie dem Kontakt zu den Betreuern und der Gruppentherapie (je 11 Nennungen, je 10,5 % aller Nennungen).

Die Kontrolle des Essens/Erstellung eines Essensplans (7 Nennungen, 6,7 % aller Nennungen) und die Gewichtszunahme (6 Nennungen, 5,7 % aller Nennungen) wurden ebenfalls häufig als am meisten zufriedenstellend bewertet.

Die Bedeutung sozialer Komponenten im Rahmen der Therapie von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten allgemein und auch Patienten mit AN ist bereits in früheren wissenschaftlichen Arbeiten dokumentiert worden. In einer retrospektiven Studie bewerteten ehemals jugendliche und wahrscheinlich auch z. T. ehemals kindliche AN-Patienten (alle weiblich, Alter zum Studienzeitpunkt: 16-23, Entlassung aus der stationären Behandlung 2-5 Jahre vor Studienbeginn) die Beziehung zu Gleichgestellten, das Gemeinschaftsgefühl und die Möglichkeit, sich mit anderen zu identifizieren, als sehr positive Behandlungsaspekte (Offord et al. 2006). Zwei weitere behandlungsbegleitende Befragungen von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten verschiedener Diagnosen ergaben ebenfalls besonders hohe Zufriedenheitswerte in Bezug auf das Klima zwischen den Patienten und den Kontakt untereinander (Cropp et al. 2008: 95 Patienten/-innen, 7,4 % mit Essstörung, mittleres Alter \pm SD: 16,33 \pm 2,08, Rangweite: 11-21 Jahre; Keller et al. 2006: 88 Patienten/-innen, 9 mit Essstörung, mittleres Alter \pm SD: 16 \pm 1,0, Rangweite: 14-18,4 Jahre) (Keller et al. 2006), (Cropp et al. 2008).

Auch die in vielen Fällen positive Bewertung der therapeutischen Einzelgespräche in der eigenen Stichprobe stimmt mit Ergebnissen aus vorhergehenden Untersuchungen mit Erwachsenen und kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten, die wegen einer Essstörung/AN behandelt wurden, überein. Die meisten positiven Äußerungen und damit höchsten Zufriedenheitsraten der ehemaligen Patienten entfielen dabei in unterschiedlichen Studien auf die therapeutische Beziehung allgemein und Einzeltherapiesitzungen im Speziellen (Yager et al. 1989), (Cockett 1992), (Newton et al. 1993), (Noordenbos et al. 1998), (Rosenvinge and Klusmeier 2000), (Button and Warren 2001), (Swain-Campbell et al. 2001), (Paulson-Karlsson et al. 2006), (de la Rie et al. 2006), (Halvorsen and Heyerdahl 2007), (Rojo et al. 2009), (Roots et al. 2009), (Lose et al. 2014).

Ähnlich der geäußerten Zufriedenheit unserer Patienten/-innen mit dem Kontakt zu den Betreuern, beurteilten allgemeinspsychiatrische Patienten in einer Stichtagsbefragung der LMU München die Betreuung durch das Pflegepersonal am positivsten im Rahmen der Behandlung, da diese verfügbarer gewesen seien als das ärztliche Personal (Moller-Leimkuhler and Dunkel 2003).

Bei einer Befragung von allgemein kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Einschlusskriterium: Kinder über 4 Jahre) und deren Eltern in England führten diese als positive Behandlungserfahrungen ebenfalls die Beziehung zum Klinikpersonal, dessen Rat, Unterstützung und bereitgestellte Hilfe an (Barber et al. 2006). Auch einige andere kinder- und jugendpsychiatrische Studien, die z. T. möglicherweise kindliche/jugendliche Patienten/-innen mit Essstörungen einbezogen, stellten eine positive Beziehung zwischen dem Verhältnis Patient-Betreuer und der Behandlungszufriedenheit her (Kammerer et al. 1984), (Zander et al. 2001), (Bredel et al. 2004). Im Rahmen einer retrospektiven Fragebogenerhebung nach stationären Klinikaufenthalt mit 120 erwachsenen Patienten/-innen mit Essstörungen, unter denen viele AN-Patienten waren, zeigten sich diese als am zufriedensten mit dem respektvollen Umgang, der ihnen durch das Gesundheitspersonal zu Teil wurde (Swain-Campbell et al. 2001). Große Zufriedenheit äußerte auch die Mehrheit der 171 Patienten

(Alter: < 20 Jahre bzw. > 20 Jahre) mit Essstörungsdiagnose in der retrospektiven halbstrukturierten Studie von Rojo und Kollegen bezüglich der Betreuung durch das Pflegepersonal (Rojo et al. 2009). Acht jugendliche AN-Patientinnen (14-17 Jahre) unterstrichen ebenfalls in einer retrospektiven qualitativen Studie nach stationärer Behandlung in Sydney, dass ihre Beziehung zum Pflegepersonal großen Einfluss auf die Wahrnehmung der Behandlung hatte. Zudem schien eine positive Beziehung Betreuer-Patient die Annehmbarkeit therapeutischer Maßnahmen zur Behebung der essstörungsspezifischen Symptomatik (z. B. Kontrolle des Essens, Gewichtszunahme) zu fördern (Zugai et al. 2013).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass unterschiedliche Patientengruppen den Kontakt zum Pflegepersonal als wichtigen Aspekt im Rahmen der Therapie, der häufig Zufriedenheit generierte, ansehen. Besonders bei sehr jungen Patienten, welche im Verlauf eines stationären Klinikaufenthaltes einen besonders großen Unterstützungs-/Fürsorgebedarf haben (z. B. Spielen, Essen, Körperhygiene etc.), scheint der Kontakt zu den Betreuern als direkte Bezugspersonen auf Station eine besonders wichtige Rolle zu spielen.

Unsere Studienergebnisse untermauern damit den hohen Stellenwert sozialer Komponenten im Rahmen der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie und weisen auf den hohen Zuwendungs- und Unterstützungsbedarf kindlicher Patienten durch soziale Beziehungen (Mitpatienten, Therapeut, Pflegepersonal) während der Behandlung hin.

Aus diesem Grund sollte Unzufriedenheit der Patienten im Bereich der sozialen Beziehungen mit professionellen Betreuungspersonen der höchste Stellenwert im Rahmen der Qualitätssicherung eingeräumt werden (Moller-Leimkuhler and Dunkel 2003).

Wissenschaftliche Psychotherapiestudien unterstreichen zudem die zentrale Rolle der therapeutischen Beziehung als einen der Haupteinflussfaktoren auf das Behandlungsergebnis (Norcross 2002), (Gulliksen et al. 2012). Hierzu sei bezüglich Essstörungen aktuell noch wenig bekannt (Gulliksen et al. 2012). In einer Studie aus dem Jahr 2005 war bei erwachsenen Essstörungspatienten eine gute therapeutische Beziehung mit einem guten Behandlungsergebnis assoziiert

(Zeeck and Hartmann 2005), (Gulliksen et al. 2012). Auch in einer weiteren Studie aus dem Jahr 2013 mit 63 Frauen (20 - 61 Jahre) mit chronischer schwerwiegender AN aus England und Australien war die empfundene Qualität der therapeutischen Beziehung ein positiver Prädiktor für die essstörungsspezifische Symptomatik zum Entlassungszeitpunkt und bei 12-Monats-Follow-up (Stiles-Shields et al. 2013).

Ähnlich der 11 Probanden in der eigenen Studie, beurteilten in bisherigen Untersuchungen Patienten mit Essstörungen neben der individuellen Psychotherapie die Gruppentherapie als positiv (Newton et al. 1993), (Rosenvinge and Klusmeier 2000), (Bell 2003), (Escobar-Koch et al. 2010), eine Therapieform, bei der ebenfalls der soziale Kontakt sowohl zu den Mitpatienten als auch zu den Therapeuten eine entscheidende Rolle spielt.

Entsprechend der positiven Bewertung der Kontrolle des Essens/Erstellung eines Essensplans in der eigenen Untersuchung durch sieben Patienten wurde in einer Follow-up-Studie mit 469 Patienten mit Essstörungen (20% AN) nach Behandlung in einem von 15 Spezialzentren für Essstörungen in Schweden die Behandlungszufriedenheit am stärksten durch Interventionen bedingt, die Unterstützung und vermehrte Kontrolle der Essstörungssymptomatik zum Ziel hatten (Clinton et al. 2004).

Allerdings scheint es dennoch ein besonderes Ergebnis - möglicherweise eine altersbedingte Besonderheit - zu sein, dass sieben (6,7 %) der Nennungen unserer ehemals kindlichen AN-Patienten auf die Kontrolle des Essens/Erstellung eines Essensplans und sechs (5,7 %) der Nennungen auf die Gewichtszunahme als am meisten zufriedenstellend entfielen. Mehrere Studien kommen nämlich zu dem Schluss, dass Patienten mit einer Essstörung/AN in der Regel mit Therapieelementen wie Gewichtszunahme, Beendigung von Essanfällen und gegensteuerndem Verhalten, die auf die Wiederherstellung der physischen Gesundheit abzielen, weniger zufrieden sind (Brinch et al. 1988), (Noordenbos et al. 1998), (Swain-Campbell et al. 2001), (Colton and Pistrang 2004), (de la Rie et al. 2006), (Zeeck et al. 2009), (Smith et al. 2016). Therapien mit dem Ziel der Behebung der AN-typischen Symptomatik,

scheinen laut einiger wissenschaftlicher Arbeiten bei jugendlichen sowie erwachsenen AN-Patienten Ambivalenz und Angst vor Kontrollverlust auszulösen (Tan et al. 2003), (Cockell et al. 2003), (Halvorsen and Heyerdahl 2007). Bei einer retrospektiven Befragung 53 ehemals jugendlicher (möglicherweise auch kindlicher) AN-Patienten (mittleres Alter bei Aufnahme: 15,2 Jahre), die zuvor kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt wurden, verursachten beschränkende, als autoritär empfundene Maßnahmen im Rahmen der Therapie (beispielsweise autoritäres Verhalten des Therapeuten, „zum Essen gezwungen zu werden“, zu starke Fokussierung der Behandler auf das Gewicht) Ärger und Ambivalenz bei den Patienten (Brinch et al. 1988). In diesem Sinne weisen auch die vier Nennungen der Kontrolle des Essens/Erstellung eines Essensplans und die zwei Nennungen der Gewichtszunahme als unzufriedenstellende Behandlungselemente in der eigenen Untersuchung auf eine individuell unterschiedliche, teilweise kritische Bewertung durch die Patienten hin.

5.1.3 Unzufriedenheit erzeugende Behandlungselemente:

Die therapeutischen Einzelgespräche waren das am häufigsten benannte Behandlungselement, mit welchem die Studienteilnehmer/-innen unzufrieden waren (11 Nennungen, 11,5 % aller Nennungen). Im Gegensatz dazu bewertete ein großer Anteil der Katamnesepatienten/-innen (15 Nennungen) die therapeutischen Einzelgespräche als am meisten zufriedenstellend. Zudem beinhalteten über ein Drittel (N=13; 40,6 %) der qualitativen Änderungsvorschläge (N=32) bezüglich der stationären Therapie den Wunsch nach individuellerer Therapiegestaltung und mehr therapeutischen Einzelgesprächen. Es ist daher zu vermuten, dass dieser Gegensatz in den Bewertungen die unterschiedlich erlebte Qualität der psychotherapeutischen Einzelbetreuung widerspiegelt. Die Unzufriedenheit der Patienten/-innen bezüglich der Einzelgespräche scheint dabei v. a. auf einem empfundenen Mangel an Individualität und Zeit für Einzelgespräche begründet.

Zu wenig therapeutische Einzelgespräche wurden von allgemeinpsychiatrischen Patienten in einer Studie der LMU München als wesentlicher Aspekt, der Unzufriedenheit generierte, angeführt (Moller-

Leimkuhler and Dunkel 2003). Auch in älteren Zufriedenheitsstudien basierte Unzufriedenheit der Patienten gleichfalls auf zu wenig Zeit, die der Therapeut für sie aufbrachte (Linn 1975), (Watson and Leathern 1996). Wissenschaftliche Arbeiten, die erwachsene, jugendliche und z. T. kindliche (Offord et al. 2006: 7 Teilnehmer, Alter zum Erhebungszeitpunkt: 16-23 Jahre, Befragung 2-5 Jahre nach Entlassung; Colton and Pistrang 2004: 19 weibliche Teilnehmerinnen, mittleres Alter zum Erhebungszeitpunkt: 15,4 Jahre, Rangweite: 12-17 Jahre; Brinch et al. 1988: mittleres Alter der Patienten bei Erstvorstellung: 15,2 Jahre) AN-Patienten miteinbezogen, kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten die Therapie insbesondere dann als negativ beurteilten, wenn sie sich nicht ausreichend als Individuum wertgeschätzt, sondern als „Magersüchtiger“ behandelt fühlten (Brinch et al. 1988), (Button and Warren 2001), (Colton and Pistrang 2004), (Offord et al. 2006), (Gulliksen et al. 2012).

Die Bewegungskontrolle während der Therapie und äußerer Druck und Kontrolle allgemein wurden ebenfalls häufig als Behandlungsaspekte, die Unzufriedenheit generierten, angeführt (je 9 Nennungen, je 9,4 % aller Nennungen).

Auch das Üben des Essens (Kochgruppe, auswärts essen, Modellessen, Familienessen) wurde von acht (8,3 % aller Nennungen) und Gewichtsstufenpläne von fünf (5,2 % aller Nennungen) der (N=52) Patienten/-innen mit AN im Kindesalter als nicht zufriedenstellend beurteilt.

Diese Bewertung unserer ehemals kindlichen AN-Patienten steht in Einklang mit den bereits unter 5.1.1/5.1.2 diskutierten Studien mit erwachsenen, jugendlichen und kindlichen Patienten mit Essstörungsdiagnose/AN, in welchen die Patienten Unzufriedenheit bezüglich Behandlungselementen mit Fokus auf der Überwindung der essstörungsspezifischen Symptomatik äußerten.

Obwohl sowohl die Kontrolle der Bewegung, äußerer Druck und Kontrolle allgemein, das Üben des Essens sowie Gewichtsstufenpläne als auch die

Kontrolle des Essens/Essensplan und die Gewichtszunahme alle Maßnahmen darstellen, die darauf abzielen die Genesung der Patienten voranzutreiben, wurden diese zum Teil (Bewegungskontrolle/äußerer Druck und Kontrolle allgemein/Üben des Essens/Gewichtsstufenpläne) häufig als Behandlungselemente genannt, mit denen die Patienten/-innen unzufrieden waren, während einige dieser Therapiebestandteile andererseits (Kontrolle des Essens/Essensplan, Gewichtszunahme; s. Punkt 5.1.2) von den ehemals kindlichen AN-Patienten/-innen häufig als zufriedenstellend bewertet wurden.

Bezugnehmend auf diese Diskrepanz schien in der Studie von Colton und Pistrang aus dem Jahr 2004 mit kindlichen und jugendlichen AN-Patienten ein Gleichgewicht zwischen notwendigen Restriktionen und Flexibilität im Rahmen der Therapie der Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung zu sein (Colton and Pistrang 2004).

Ein möglicher Erklärungsansatz dafür, dass einige genesungsfördernde Maßnahmen angenommen und positiv bewertet wurden, während andere ähnliche Therapieelemente häufig als unzufriedenstellend wahrgenommen wurden, ist, dass - wie in anderen Studien mit AN-Patienten vorgeschrieben (s. Punkt 5.1.1) - die Patienten bezüglich Veränderungen im Rahmen der Therapie und ihres Genesungswillens ambivalent waren. So wurde auf der einen Seite Kontrolle im Rahmen der Behandlung von den Patienten abgelehnt, wobei sie möglicherweise andererseits spürten, dass diese notwendig und hilfreich ist.

Auch die Sondierung im Rahmen des stationären Aufenthalts (9 Nennungen, 9,4 % aller Nennungen) wurde häufig als unzufriedenstellendes Behandlungselement genannt. Dies deckt sich mit Berichten von Patienten mit chronifizierter Essstörung über negative Erfahrungen mit der Ernährung über eine nasogastrale Sonde (Noordenbos et al. 1998), (Clinton et al. 2004). So äußerten in einer Online-Fragebogenerhebung, die in den USA und Großbritannien mit erwachsenen, an einer Essstörung erkrankten Personen durchgeführt wurde, die Teilnehmer ebenfalls Bedenken bezüglich zwanghaft zugeführter Nahrung (Escobar-Koch et al. 2010). Allerdings wiesen erwachsene AN-Patientinnen in den USA, von denen die einen während des stationären

Aufenthaltes sondiert wurden und die Anderen nicht, keine Unterschiede bezüglich der Behandlungszufriedenheit auf (Zuercher et al. 2003).

In einer retrospektiven qualitativen Studie mit acht jugendlichen AN-Patientinnen (14-16 Jahre) in Sydney nach stationärem Klinikaufenthalt beurteilten ehemals sondierte Patientinnen die Maßnahme als negativ, begründet auf dem unangenehmen Gefühl das beim Einführen der Sonde entstand (Zugai et al. 2013).

Eine retrospektive englische Studie mit größtenteils an AN erkrankten kindlichen/jugendlichen Probanden/innen (mittleres Alter bei Behandlung: 13 Jahre, Rangweite: 8-15 Jahre), verzeichnete gemischte Reaktionen auf die Ernährung über eine nasogastrale Sonde (Neiderman et al. 2001). In dieser Studie aus dem Jahr 2001 verweigerten die Patienten/-innen häufig initial die Ernährung über eine nasogastrale Sonde, obwohl sie die Maßnahme retrospektiv als Notwendigkeit und hilfreich ansehen konnten.

In der eigenen Katamnesestudie wurde die Ernährung über Nasensonde von mehr Patienten/-innen als nicht hilfreich (9 Nennungen) als hilfreich (4 Nennungen) beurteilt, wobei nicht bekannt ist wie viele Patienten/-innen insgesamt sondiert waren. Dabei weisen die vier Einschätzungen der nasogastralen Sondierung als hilfreiches Behandlungselement auch daraufhin hin, dass die Patienten retrospektiv zumindest teilweise die Notwendigkeit der mitunter lebenswichtigen, jedoch im Akutstadium selbst meist abgelehnten Therapiemaßnahme für sich erkennen. Vor dem Hintergrund der zahlreichen negativen Bewertungen muss die Sondierung als Behandlungselement jedoch sicher in jedem individuellen Fall kritisch hinterfragt und allein besonders schwer erkrankten und andernfalls nicht therapierbaren Patienten vorbehalten werden. Größere Patientenstichproben wären zum Vergleich von sondierten und nicht sondierten Patienten mit kindlicher AN wünschenswert, um die Effektivität und die unterschiedlichen Einschätzungen bezüglich der Therapiemaßnahme besser bewerten zu können.

Bei je sechs der Probanden/-innen generierten die ambulante Nachbetreuung und die Gruppentherapie (je 6,3 % der Gesamtnennungen) Unzufriedenheit.

Fünf ehemalige Patienten/-innen empfanden den Kontakt zu den Betreuern als unzufriedenstellend (5,2 % der Gesamtnennungen).

Die geäußerte Unzufriedenheit mit der ambulanten Nachbetreuung, könnte darauf hindeuten, dass sich die Patienten/-innen nicht intensiv genug im Anschluss an die stationäre Therapie betreut fühlten oder mit dem Übergang vom einen in das andere Behandlungssetting unzufrieden waren. In einer katamnestischen Studie mit ehemals jugendlichen und möglicherweise auch ehemals kindlichen AN-Patienten (insgesamt 7 Patienten/-innen, Alter zum Studienzeitpunkt: 16-23 Jahre, Entlassung aus der stationären Behandlung: 2-5 Jahre vor Studienbeginn) empfanden diese nämlich eine behutsame Planung der Entlassung und eine intensive Fortführung der professionellen Unterstützung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt als hilfreich (Offord et al. 2006).

Im Gegensatz zu den oben angeführten unzufriedenen Beurteilungen bezüglich des Kontaktes zu den Betreuern und der Gruppentherapie äußerten sich auf der Zufriedenheitsskala je 11 Probanden/-innen über diese Therapieelemente als zufrieden. Damit hat auch die Mehrzahl der hier untersuchten Patienten/innen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der oben angeführten Studien (s. Punkt 5.1.2) den sozialen Kontakt zu den Betreuern und in der Gruppentherapie, retrospektiv als positiv bewertet.

5.1.4 Zusammenhang zwischen Patientenvariablen und Behandlungszufriedenheit

In Hypothese 2 der Arbeit wurde angenommen, dass Behandlungszufriedenheit vom Alter der Patienten/-innen (bei Aufnahme bzw. zum Katamnesezeitpunkt) und dem BMI bei Aufnahme bzw. Entlassung abhängig ist. Die Hypothese kann als widerlegt angesehen werden, da sich im Rahmen der Korrelationsberechnungen und der binär logistischen Regressionsanalyse kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Variablen „Alter bei stationärer Aufnahme/Katamnese“, „BMI bei Aufnahme/Entlassung“, „stationäre Behandlungsdauer“, „Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt“, „stationäre Wiederaufnahme im Katamnesezeitraum“, „Art der Entlassung (mit/gegen ärztlichen Rat)“ oder dem „Klinikstandort“ und der Behandlungszufriedenheit der Patienten/-innen ergab. Zufriedene und

unzufriedene Patienten zeigten demnach keine signifikanten Differenzen bezüglich der genannten Faktoren bzw. die genannten Faktoren hatten keinen Einfluss auf die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Patienten. Auch der Vergleich der drei Behandlungsorte (u-Test) erbrachte keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Behandlungszufriedenheit der dort behandelten Patienten.

Ein plausibles Ergebnis dieser Katamnesestudie ist, dass Studienteilnehmer/-innen, die mit der Therapie zufrieden waren, diese auch als hilfreich eingeschätzt haben, im Vergleich zu unzufriedenen Patienten, die die Therapie insgesamt häufiger als nicht hilfreich bewerteten.

Zum Einfluss des Alters auf die Behandlungszufriedenheit zeigten einige Forschungsergebnisse aus der Allgemeinpsychiatrie, dass je älter die Patienten waren, diese auch umso zufriedener waren (Hanson 1989), (Perreault et al. 1996), (Greenwood et al. 1999), (Blenkiron and Hammill 2003), (Barber et al. 2006). Diese positive Alter-Zufriedenheits-Beziehung wurde in einer wissenschaftlichen Arbeit auch für Kinder und Jugendliche, die in einer ambulanten pädiatrischen Versorgungseinheit behandelt wurden, hergestellt (Simonian et al. 1993), (Barber et al. 2006). In drei kinder- und jugendpsychiatrischen Studien nahm die Behandlungszufriedenheit der Kinder/Jugendlichen allerdings mit zunehmendem Alter ab (Stuntzer-Gibson et al. 1995), (Shapiro et al. 1997), (Finsterer 2008). Shapiro und Kollegen stellten in ihrer Studie von 1997 in diesem Kontext fest, dass 11-13-jährige Kinder, ein höheres Maß an allgemeiner Zufriedenheit zum Ausdruck brachten, als 14-17-jährige Jugendliche (Alters-Rangweite in Studie: 11-17 Jahre).

Möglicherweise war in der eigenen Katamnesestudie kein Zusammenhang zwischen dem Patientenalter und der Zufriedenheit herzustellen, da die Alters-Rangweite unserer Patienten zum Behandlungszeitpunkt mit 10,7 bis 13,9 Jahren relativ homogen und damit vergleichbar mit der von Shapiro untersuchten Kindergruppe war.

Zwischen der stationären Behandlungsdauer und der retrospektiven Zufriedenheit konnte in der vorliegenden Studie ebenfalls kein Zusammenhang

hergestellt werden. Bei 45 Patienten mit Essstörungen, die in England entweder stationär oder tagesklinisch behandelt worden waren, hatte die Behandlungsdauer in einer Studie aus dem Jahr 2004 negative Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patienten mit bestimmten Behandlungselementen (v. a. mit der Zeit steigende Unzufriedenheit bezüglich Empathie vermittelnder Komponenten im Rahmen der Therapie) (Doran and Smith 2004). Im Gegensatz hierzu fanden einige Forscher eine positive Beziehung zwischen der Dauer der Behandlung und der Behandlungszufriedenheit bei psychiatrischen (Lebow 1982), (Kalman 1983), (Pekarik 1992), (Gaston and Sabourin 1992) - sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Brannan et al. 1996), (Godley et al. 1998), (Garland et al. 2000).

Aufgrund der unterschiedlichen Studienergebnisse - möglicherweise der unterschiedlichen Stichprobenzusammensetzung und Studiendurchführung geschuldet - ist auch bezüglich eines Zusammenhangs zwischen der Behandlungszufriedenheit und -dauer weitere wissenschaftliche Forschung notwendig, um klarere Schlüsse ziehen und beständigere Zusammenhänge herstellen zu können.

Für die Art der Entlassung (mit/gegen ärztlichen Rat), zeigte sich in der eigenen Studie kein Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit, während sich in der retrospektiven qualitativen Studie von Brinch und Kollegen mit 53 AN-Patienten (mittleres Alter bei Aufnahme: 15,2 Jahre), diejenigen, welche gegen ärztlichen Rat entlassen wurden, doppelt so häufig negativ als positiv zur Behandlung äußerten. Bei Patienten mit regulärer Entlassung war das Verhältnis der Aussagen ausgeglichen (Brinch et al. 1988).

Keinen Einfluss auf die Behandlungszufriedenheit hatte auch die Chronizität der Erkrankung (in unserer Studie durch die Variable „Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt“ repräsentiert), was sich mit den Ergebnissen einer wissenschaftlichen Arbeit mit erwachsenen AN-Patienten (Tasca et al. 2012) und den Ergebnissen der bereits zitierten Follow-up-Studie mit 46 ehemals jugendlichen AN-Patienten an einer norwegischen Klinik

deckt. Auch in dieser Stichprobe konnte keine signifikante Beziehung zwischen dem Vorhandensein von Essstörungssymptomen zum Nachuntersuchungszeitpunkt und der Behandlungszufriedenheit hergestellt werden (Halvorsen and Heyerdahl 2007).

Ebenso hatte in weiteren Studien mit kindlichen/jugendlichen AN-Patienten, die sich in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befunden hatten, die Erkrankung zum Studienzeitpunkt/das Outcome - in Übereinstimmung mit unseren Studienergebnissen (Outcome z. B. durch Entlass-BMI oder Essstörung zum Katamnesezeitpunkt abgebildet) - keine Auswirkung auf die Behandlungsbeurteilung/-zufriedenheit (Brinch et al. 1988), (Paulson-Karlsson et al. 2006), (Halvorsen and Heyerdahl 2007). Auch einige Arbeiten mit allgemeinspsychiatrischen (Pekarik and Guidry 1999) bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten (Lambert et al. 1998), (Kaplan et al. 2001), (Garland et al. 2003) gehen davon aus, dass zwischen dem klinischen Behandlungsergebnis/Outcome und der Behandlungszufriedenheit keine starke Beziehung besteht (Garland et al. 2007). Zwei Studien hypothetisierten diesbezüglich, dass Patientencharakteristika zu Behandlungsbeginn (z. B. Symptomschwere) stärkere Prädiktoren für die Behandlungszufriedenheit, als Veränderungen im Rahmen der Behandlung (z. B. letztlich Outcome) sein könnten (Lambert et al. 1998), (Garland et al. 2000). Andere allgemeinspsychiatrische Studien weisen im Gegenzug darauf hin, dass das Outcome eine wichtige Einflussgröße für die Behandlungszufriedenheit darstellt (Fontana and Rosenheck 2001), (Fontana et al. 2003), (Liao and Sukumar 2005), (Garland et al. 2007). Garland und Kollegen führen 2007 als mögliche Erklärung für diese unterschiedlichen Ergebnisse an, dass bis dahin relativ wenig Forschung zur Behandlungszufriedenheit in der Allgemein-/Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt wurde und keine gut entwickelten einheitlichen theoretischen Modelle zur Untersuchung der Behandlungszufriedenheit existieren.

Durch mehr Studien in diesem Bereich, welche sich einer einheitlichen wissenschaftlichen Methodik und ähnlichen Fragestellungen bedienen, lassen

sich zukünftig möglicherweise auch in diesem Punkt konstantere Zusammenhänge herstellen.

Der BMI der Patienten hatte in der eigenen Studie keinen Einfluss auf die retrospektive Behandlungszufriedenheit. Auch in der o. g. Arbeit von Tasca und Kollegen mit einem Studienkollektiv aus erwachsenen AN-Patienten konnte kein entsprechender Zusammenhang nachgewiesen werden.

Im Gegensatz dazu, stellte bei 41 Patientinnen (mittleres Alter 16,3; Rangweite: 12,7 bis 18,6 Jahre) mit einer Essstörung (davon 80,5 % AN), die an der Charité Berlin behandelt und am Behandlungsende befragt wurden, der Body-Mass-Index zu Behandlungsbeginn von verschiedenen untersuchten Faktoren (Alter zum Studienzeitpunkt, Alter bei Ersterkrankung, Diagnose bei Behandlungsbeginn, Dauer des stationären Aufenthalts), den einzigen statistisch signifikanten Prädiktor für die Beurteilung einer stationär psychotherapeutisch durchgeführten DBT, der im Patienten- und Elternurteil übereinstimmte, dar (Schneider et al. 2010). Der BMI-Verlauf stellte nur für die Beurteilung durch die Eltern einen statistisch signifikanten Prädiktor dar. Als möglichen Grund, warum die BMI-Veränderung über die Zeit weder für Patienten noch Therapeuten einen wesentlichen Prädiktor für die Behandlungsbeurteilung darstellt, vermuten die Autoren, dass gerade die Normalisierung des Gewichts im Rahmen einer stationären Behandlung auch ohne willentliche Kooperation der Patienten erreicht werden kann.

Zieht man den BMI zu Therapiebeginn als Größe heran, mit der die Erkrankungs-/Symptomschwere gemessen werden kann, stellten einige Studien fest, dass die Behandlungszufriedenheit kindlicher, jugendlicher und erwachsener psychiatrischer Patienten verschiedener Diagnosen umso geringer war, je schwerer deren Symptomatik und Beeinträchtigung durch die Erkrankung war (Carscaddon et al. 1990), (Godley et al. 1998), (Garland et al. 2000), (Barber et al. 2006). In zwei anderen Studien mit kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten mit verschiedenen Störungsbildern konnte dieser Zusammenhang allerdings wiederum nicht hergestellt werden (Brannan et al. 1996), (Garland et al. 2007).

Man kann festhalten, dass einige der oben genannten Patientenzufriedenheitsstudien in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung einen Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und den oben dargestellten Faktoren aufzeigen, wohingegen andere Studien in diesem Bereich in Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den genannten Variablen und der Behandlungszufriedenheit herstellen. Mögliche Gründe für diese Diskrepanz sind die große Vielfalt an Methoden bezüglich der Stichprobenszusammensetzung und unterschiedliche Studienfragen, die es erschweren, die Charakteristika mit denen Behandlungszufriedenheit assoziiert ist, zu systematisieren, zu vergleichen und klare Rückschlüsse aus ihnen zu ziehen (Gulliksen et al. 2012) (siehe auch Punkt 2.2.: Methodischer Forschungsstand zur Behandlungszufriedenheit). Bereits 1995 wurde festgestellt, dass keine einheitlichen Erklärungen dafür vorlagen, inwiefern soziodemographische Variablen oder personelle Eigenschaften von Patienten die Behandlungsbeurteilung beeinflussen (Avis et al. 1995). Garland und Kollegen vermuteten in einer retrospektiven strukturierten allgemein kinder- und jugendpsychiatrischen Studie zur Behandlungszufriedenheit aus dem Jahre 1999, dass die Behandlungszufriedenheit der Patienten stärker mit klinik-/ behandlungsbezogenen, als mit soziodemographischen Variablen zusammenhängt (Garland et al. 1999). Auch aktuell besteht nach wie vor Bedarf an systematischer Forschung zu diesem Thema, um in Zukunft klarere Rückschlüsse ziehen und beständigere Zusammenhänge herstellen zu können.

5.2 Hilfe durch die Behandlung

5.2.1 Retrospektiv empfundene Hilfe durch die Behandlung ehemals kindlicher AN-Patienten im Vergleich mit Ergebnissen bisheriger wissenschaftlicher Studien

Hypothese 3 - die Mehrzahl der ehemaligen Patienten/-innen mit kindlicher AN empfinden die stationäre Therapie retrospektiv als hilfreich - kann als belegt angesehen werden, da 65,4 % der Probanden/-innen den stationären Aufenthalt in einer der drei Universitätskliniken als hilfreich (hat sehr/hat eher geholfen) beurteilten. Lediglich 13,4 % der 52 Untersuchten sahen die Behandlung als

schädlich (hat eher/sehr geschadet) an, 19,2 % bewerteten den Klinikaufenthalt rückblickend als weder hilfreich, noch schädlich.

Dieses Ergebnis steht im Konsens mit Erkenntnissen einiger vorhergehender Studien. So ergab eine retrospektive Studie mit erwachsenen AN-Patienten nach stationärem Klinikaufenthalt, dass signifikant mehr Patienten die Behandlung als hilfreich, denn als nicht hilfreich einstufen (Collin et al. 2010). Auch in einer weiteren halbstrukturierten Studie mit 17 erwachsenen Patienten mit Essstörungsdiagnose beurteilten diese zwei unterschiedliche Therapiekonzepte als Großteils hilfreich (Lose et al. 2014). In der bereits mehrfach zitierten Studie von Halvorsen und Heyerdahl ordneten im Rahmen eines strukturierten diagnostischen Interviews die Mehrzahl der jugendlichen Patienten mit AN die vorangegangene stationäre oder ambulante Therapie retrospektiv als hilfreich (41% hilfreich, 52% relativ hilfreich, 7 % nicht hilfreich) ein (Halvorsen and Heyerdahl 2007).

Andererseits empfanden 641 erwachsene Patienten mit Essstörungsdiagnose in einer retrospektiven strukturierten Studie von Yager und Kollegen aus dem Jahr 1989 unterschiedliche Behandlungsformen als wenig hilfreich, wobei die individuelle Psychotherapie als am hilfreichsten eingestuft wurde (Yager et al. 1989). 2001 bezeichnete nur ein Drittel von 36 erwachsenen Patienten mit AN, die zuvor ambulant oder stationär essstörungsspezifisch behandelt wurden, im Rahmen eines halbstrukturierten Interviews die Behandlung als allgemein hilfreich. Ein weiteres Drittel brachte gemischte Gefühle zum Ausdruck und 19,5 % empfanden die Behandlung als nicht hilfreich (Button and Warren 2001). Als nicht hilfreiche Behandlungsaspekte wurden häufig das Gefühl nicht individuell genug behandelt zu werden und eine zu starke Fokussierung auf das Gewicht während der Behandlung genannt (Button and Warren 2001). In einer retrospektiven strukturierten Studie von Newton und Kollegen aus dem Jahr 1993 empfanden ebenfalls nur knapp 50 % der Teilnehmer/-innen mit Essstörungsdiagnose eine stationäre Behandlung retrospektiv als hilfreich, was die Autoren mit der von dieser Patientengruppe häufig erlebten Ambivalenz bezüglich ihrer Genesung von der Erkrankung erklären (Newton et al. 1993)

In diesem Kontext brachten in einer prospektiven Befragung in England mittels halbstrukturierten Interviews 19 kindliche und jugendliche AN-Patientinnen im Rahmen der stationären Behandlung in zwei Essstörungen-Behandlungseinheiten zum Ausdruck, dass sie die stationäre Therapie, als umso hilfreicher empfinden konnten, je mehr sie sich selbst zu einer Veränderung bereit fühlten (Colton and Pistrang 2004). In einer retrospektiven schwedischen Behandlungszufriedenheitsstudie aus dem Jahr 2006 mit 32 AN-Patienten (mittleres Alter: 15 Jahre, Alters-Rangweite: 13-18 Jahre) und deren Eltern, die sowohl Einzel- sowie Familientherapiesitzungen in einem auf Essstörungen spezialisierten Zentrum wahrgenommen hatten, gaben 40 % der befragten kindlichen/jugendlichen AN-Patienten an, zu Behandlungsbeginn keine Hilfe gewollt zu haben. Nur ein Fünftel der Befragten wollte Hilfe bezüglich seiner Essgewohnheiten und weniger als ein Drittel der Patienten wünschte sich, gesund zu werden (Paulson-Karlsson et al. 2006). Aus den Ergebnissen ziehen Paulson-Karlsson den Schluss, dass viele junge Patienten mit Magersucht das Gefühl zu haben scheinen, keiner Behandlung zu bedürfen und dadurch eine geringe Motivation und geringe Erwartungen bezüglich der Therapie aufweisen. Hierfür könnte u. a. das durch den Hungerzustand eingeschränkte Urteilsvermögen der AN-Patienten verantwortlich sein (Dare and Eisler 1997), (Paulson-Karlsson et al. 2006). Häufig würden die Patienten von ihren Eltern zur Aufnahme einer Behandlung gezwungen, und dieser erste Schritt zur Wiederaufnahme des Essens und die beginnende Gewichtszunahme stellten die Voraussetzungen dafür dar, dass Patienten in die Lage versetzt werden, die Notwendigkeit einer Behandlung zu erkennen und zu reflektieren (Paulson-Karlsson et al. 2006).

Möglicherweise konnte auch ein Teil der Patienten der eigenen Stichprobe mit ehemals kindlicher AN erst im Rahmen der katamnestischen Nachuntersuchung die Therapie aufgrund der retrospektiven Befragung als Hilfe einordnen. Leider liegen uns weder Daten der Probanden zur Einschätzung des eigenen Hilfebedarfs zu Behandlungsbeginn noch zur empfundenen Hilfe während oder direkt am Ende des stationären Aufenthalts zum Vergleich vor. Wäre die Evaluation zum damaligen Zeitpunkt vorgenommen worden, hätten sich in der

Kindheit vielleicht ganz andere Ergebnisse in Bezug auf die Einschätzung der Behandlung als hilfreich ergeben.

In diesem Kontext wären entsprechende Studien mit standardisierter Erhebung dieser Parameter zu verschiedenen Untersuchungszeitpunkten (Beginn der Behandlung, Ende der Behandlung, retrospektiv katamnestisch im Verlauf) sehr aufschlussreich und wünschenswert.

5.2.2 Hilfreiche Behandlungselemente

Bei der Untersuchung, welche Behandlungselemente ehemalige Patienten/-innen mit kindlicher AN retrospektiv als hilfreich einschätzen, zeigte sich ähnlich wie bei der Frage nach der Behandlungszufriedenheit die hohe Relevanz sozialer Komponenten im Rahmen der Therapie.

Insgesamt 17 (13,5 % aller Nennungen), damit die meisten der Aussagen der Patienten/-innen (N=52) entfielen auf die therapeutischen Einzelgespräche als hilfreichstes Behandlungselement im Rahmen der stationären Therapie.

Auch in zwei älteren Studien, in welchen Patienten mit Essstörungen unterschiedlicher Altersklassen nach stationärer (Lemberg and May 1991) und ambulanter (Le Grange and Gelman 1998) essstörungsspezifischer Behandlung retrospektiv befragt wurden, wurde die Einzeltherapie von der Mehrheit der Patienten als hilfreich angesehen (Colton and Pistrang 2004). 2009 gaben 80,6 % von 98 Patienten (Alter: 11-35, mittleres Alter: 20,8) (davon 61,2 % AN) mit Essstörungsdiagnose nach ambulanter essstörungsspezifischer Behandlung an durch das ärztliche Personal mit am meisten Unterstützung erfahren zu haben (Marcos and Cantero 2009). Auch 102 erwachsene AN-Patienten beurteilten die Einzeltherapie retrospektiv im Rahmen einer strukturierten Befragung nach stationärer oder tagesklinischer Behandlung in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg als besonders hilfreich (Zeeck et al. 2009). In einer weiteren wissenschaftlichen Arbeit mit jugendlichen AN-Patienten nach stationärem Klinikaufenthalt, bewerteten diese ebenso Einzeltherapiesitzungen im Rahmen der Therapie sehr positiv (Cockett 1992), (Offord et al. 2006).

In einer schwedischen Behandlungszufriedenheitsstudie (halbstrukturiertes Interview) aus dem Jahr 2006 mit 32 kindlichen/jugendlichen AN-Patienten und deren Eltern, die sowohl Einzel- sowie Familientherapiesitzungen in einem auf Essstörungen spezialisierten Zentrum wahrgenommen hatten, wurden Einzeltherapiesitzungen ebenfalls vom Großteil (79 %) der Patienten und der (78 %) Eltern als große Hilfe angesehen (Paulson-Karlsson et al. 2006).

In der eigenen Studie wurde neben den Einzeltherapiesitzungen als weitere soziale Komponente im Rahmen der Therapie der Kontakt zu den Mitpatienten von 13 Patienten/-innen (10,3 % aller Nennungen) als hilfreichster Behandlungsbaustein interpretiert.

Diesbezüglich zeigten sich erwachsene, jugendliche und kindliche AN-Patienten in bisherigen wissenschaftlichen Befragungen ambivalent. Einerseits wurde es von den Erkrankten als hilfreich empfunden, von Mitpatienten Unterstützung und Verständnis zu erfahren. Auch fühlten sich die Patienten durch den Kontakt zu gleichsam Betroffenen, mit denen sie sich identifizieren konnten, weniger isoliert (Brinch et al. 1988), (Colton and Pistrang 2004), (Offord et al. 2006), (Smith et al. 2016). Andererseits wurde die Beziehung zu anderen Patienten mit AN, v. a. bedingt durch den unmittelbaren Vergleich miteinander und den daraus resultierenden „Konkurrenzkampf“, dünner als der Gegenüber zu sein, als kontraproduktiv für die eigene Genesung empfunden. Zudem wurden die Erkrankten zum Teil auf diese Weise Zeuge von destruktivem Verhalten anderer erkrankter Patienten (Brinch et al. 1988), (Colton and Pistrang 2004), (Offord et al. 2006), (Smith et al. 2016). Der Umgang der ehemals kindlichen/jugendlichen AN-Patienten hiermit war in der Studie von Offord und Kollegen 2006 allerdings vom Behandlungsstand abhängig, sodass für Patienten in fortgeschrittenem Therapiestadium der Vergleich mit anderen auf einer niedrigeren Therapiestufe auch hilfreich sein konnte, indem er die Patienten an den eigenen Fortschritt im Rahmen der Therapie erinnerte (Offord et al. 2006).

Insgesamt steht die Bewertung der hier untersuchten Patienten tendenziell in Einklang mit den Ergebnissen bisheriger Studien, in welchen der Kontakt zu ebenfalls Erkrankten als teilweise hilfreich bewertet wurde. In der vorliegenden

Untersuchung wurde nicht explizit gefragt, ob die ehemaligen Patienten den Kontakt zu den Mitpatienten ambivalent wahrnahmen. Allerdings zeigen die zwei Bewertungen des Kontaktes zu den Mitpatienten unserer ehemals kindlichen AN-Patienten/-innen als nicht zufriedenstellend und die vier Einschätzungen als nicht hilfreich, dass einige Probanden diesen Behandlungsbestandteil durchaus kritisch einschätzten.

Neben den sozioemotionalen Therapieelementen, stufte beinahe ein Drittel der Probanden/-innen (16 Nennungen, 12,7 % aller Nennungen) den Essensplan und die Kontrolle des Essens und ebenfalls viele Studienteilnehmer/-innen (12 Nennungen, 9,5 % aller Nennungen) die Gewichtszunahme, Gewichtsstufenpläne (8 Nennungen, 6,3 % aller Nennungen), äußeren Druck und Kontrolle allgemein (6 Nennungen, 4,8 % aller Nennungen) und das Üben des Essens (6 Nennungen, 4,8 % aller Nennungen) als am hilfreichsten im Rahmen der Therapie ein.

Auch in einer retrospektiven englischen Studie (halbstrukturiertes Interview) beschrieben jugendliche und wahrscheinlich z. T. ehemals kindliche AN-Patienten (alle weiblich, Alter zum Studienzeitpunkt: 16-23, Entlassung aus der stationären Behandlung 2-5 Jahre vor Studienbeginn) beispielsweise die gezielte Beaufsichtigung nach dem Essen durch das Gesundheitspersonal als eines der hilfreichsten Therapieelemente (Offord et al. 2006).

Diese Bewertung überrascht insofern, dass Patienten mit einer Essstörung bzw. AN gemäß bisheriger Studien eher dazu tendierten, auf Maßnahmen mit Unzufriedenheit zu reagieren, die mit der Gewichtszunahme und dem Genesungsprozess in Zusammenhang standen (Brinch et al. 1988), (Noordenbos et al. 1998), (Swain-Campbell et al. 2001), (Colton and Pistrang 2004), (de la Rie et al. 2006), (Zeeck et al. 2009), (Smith et al. 2016). In der retrospektiven qualitativen Studie von Brinch und Kollegen berichteten die 52 ehemaligen AN-Patienten (mittleres Alter bei Aufnahme: 15,2 Jahre) zwar Wut und Ambivalenz bezüglich restriktiver Therapieelemente, wobei einige allerdings angeben konnten, dass diese für die Überwindung der Essstörung notwendig waren (Brinch et al. 1988).

Möglicherweise ist die positive Bewertung in der eigenen Studie durch das retrospektive Studiendesign begründet und wäre im Behandlungsverlauf oder zu Behandlungsende eher kritischer ausgefallen (s. auch Punkt 5.2.1).

Wie bereits bei der Zufriedenheit unter Punkt 5.1.3 beschrieben, kommt es bezüglich genesungsfördernder Therapieelemente möglicherweise auf die individuell richtige Dosierung an, ob diese als hilfreich/zufriedenstellend bzw. als nicht hilfreich/unzufriedenstellend bewertet werden, worin die Ambivalenz von AN-Patienten bezüglich der Genesung von der Erkrankung zum Ausdruck kommt.

Auch die zeitweise Trennung vom familiären Umfeld wurde von einigen Patienten/-innen (11 Nennungen, 8,7 % aller Nennungen) als am meisten hilfreich, allerdings acht Mal als nicht hilfreich, bewertet.

Diesbezüglich beurteilten in der bereits näher beschriebenen retrospektiven Befragung in England, ehemals jugendliche (möglicherweise auch kindliche) Patienten mit AN die Behandlung dann als wenig hilfreich, wenn sie sich durch den stationären Aufenthalt von der Außenwelt abgeschnitten und isoliert fühlten (Offord et al. 2006).

Die Wochenendbeurlaubungen wurden in der eigenen Studie von neun Patienten/-innen (7,1 % aller Nennungen) als am meisten hilfreich eingestuft (ebenso viele Nennungen bei der Zufriedenheit), im Gegenzug von nur einem/-r Patienten/-in als nicht hilfreich bewertet.

Auch bezüglich dieser beiden Therapiekomponenten (zeitweise Trennung vom familiären Umfeld/Wochenendbeurlaubungen) kommt es wahrscheinlich auf die richtige Dosierung und Anpassung an die aktuellen Bedürfnisse des Patienten im Therapieverlauf an. Patienten können nach unseren Ergebnissen vom Abstand von zu Hause und zu eventuell bestehenden Belastungsfaktoren profitieren, auf der anderen Seite wird jedoch der Kontakt zur Familie und das häusliche Umfeld - beispielsweise im Rahmen von Belastungserprobungen am Wochenende - als retrospektiv hilfreich erlebt. Vor allem bei kindlichen Patienten/-innen sollte in der Behandlung die Bindung zu den Eltern in besonderer Form berücksichtigt, und

die Eltern ausreichend in die Behandlung miteinbezogen werden. Ob kindliche Patienten allerdings einen höheren Unterstützungsbedarf durch die Eltern/Familie aufweisen, als jugendliche Patienten mit AN, lässt sich aufgrund des niedrigeren Alters nur vermuten, kann allerdings aus den eigenen Ergebnissen aufgrund eines fehlenden Vergleichskollektivs jugendlicher AN-Patienten nicht explizit gefolgert werden.

5.2.3 Nicht hilfreiche Behandlungselemente

Als Behandlungselemente, die retrospektiv als nicht hilfreich eingeschätzt wurden, nannten als größte Patientengruppe zehn der Befragten (N=52) (9,9 % aller Nennungen) die therapeutischen Einzelgespräche.

Diese wurden auch im Rahmen der Zufriedenheitserhebung (s. Punkt 5.1.3) am häufigsten als unzufriedenstellend eingestuft. Im Gegenzug wurden sie allerdings am häufigsten als hilfreichste Therapiebausteine genannt (s. Punkt 5.2.2) und von der zweitgrößten Patientengruppe als am meisten zufriedenstellend bewertet (s. Punkt 5.1.2).

Möglicherweise ist die Einstufung der Einzelgespräche als „nicht hilfreich“ durch insgesamt zehn Patienten/-innen - wie bereits unter Punkt 5.1.3 bei den unzufriedenstellenden Therapieelementen diskutiert - auf einen von den Patienten/-innen empfundenen Mangel an Individualität und Zeit zurückzuführen. Frühere Studien stellten diesen Zusammenhang her, wenn Einzeltherapiesitzungen negativ bewertet wurden (s. Punkt 5.1.3).

Neun Nennungen (8,9 % aller Nennungen) entfielen auf die Sondierung im Rahmen der Therapie als nicht hilfreiches Behandlungselement. Ebenso häufig wurde diese von den Probanden/-innen als unzufriedenstellend eingestuft. Deutlich weniger Patienten/-innen bewerteten die Maßnahme als zufriedenstellend (2 Nennungen) oder hilfreich (4 Nennungen).

Wie im Rahmen der Zufriedenheitserhebung beschrieben, kommt der nasogastralen Sondierung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Schweregrade der Erkrankung in bestimmten Fällen ein wesentlicher Stellenwert zu, wobei diese therapeutische Maßnahme allerdings nicht zuletzt aufgrund der

kritischen Bewertungen durch die Betroffenen selbst zurückhaltend eingesetzt und bezüglich ihrer Indikation im individuellen Fall kritisch hinterfragt werden muss (s. auch Punkt 5.1.3).

Acht Patienten/-innen (7,9 % aller Nennungen) stufen äußeren Druck und Kontrolle allgemein, je sieben Probanden/-innen (6,9 % aller Nennungen) die Bewegungskontrolle und das Üben des Essens (Kochgruppe, auswärts essen, Modellessen, Familienessen) und sechs der Teilnehmer/-innen (5,9 % aller Nennungen) Gewichtsstufenpläne als nicht hilfreich ein.

Die genannten Behandlungsbestandteile wurden auch bei der entsprechenden Frage zur Zufriedenheit von je neun (äußerer Druck und Kontrolle, Bewegungskontrolle) bzw. acht Patienten/-innen (Üben des Essens) sowie weiteren fünf Probanden/-innen (Gewichtsstufenpläne) als unzufriedenstellend bewertet. Im Gegensatz hierzu wurde ein Teil der genannten Maßnahmen (Üben des Essens-hilfreich: 6 Nennungen, zufrieden: 4 Nennungen) sowie andere genesungsfördernde Therapieelemente wie Essensplan und Kontrolle des Essens (hilfreich: 16 Nennungen, zufrieden: 7 Nennungen) und die Gewichtszunahme (hilfreich: 12 Nennungen, zufrieden: 6 Nennungen) von vielen Probanden als am meisten hilfreich bzw. am meisten zufriedenstellend beurteilt. Wie bereits unter Punkt 5.1.3 beschrieben, scheint ein Schlüssel zu einer erfolgreichen Therapie ein Gleichgewicht aus Restriktionen und Flexibilität im Rahmen der Behandlung zu sein, was durch die häufig bestehende Ambivalenz von AN-Patienten gegenüber der Behandlung zu erklären sein könnte.

Auch die medikamentöse Therapie wurde von acht Patienten/-innen (7,9 % aller Nennungen) als nicht hilfreich evaluiert. In einigen vorhergehenden Studien mit Patienten mit Essstörungen wurde die medikamentöse Therapie ebenfalls negativ bewertet (Newton et al. 1993), (Bell 2003), (de la Rie et al. 2006). Allgemein kommt der medikamentösen Therapie der AN eine eher untergeordnete Rolle im Behandlungsprozess zu (Lask et al. 1997), da sich die Kernkriterien der Erkrankung bezüglich der medikamentösen Therapie refraktär zeigen (Kaye et al. 1991), (Kaye et al. 1997), (Rossi et al. 2007),

und viel mehr komorbide Symptome über diese verbessert werden können (Rossi et al. 2007) (s. auch Punkt 1.3.5). Möglicherweise stufen die acht Patienten/-innen die medikamentöse Therapie als nicht hilfreich ein, da sie sich von den Medikamenten mehr Hilfe bezüglich der Behebung ihrer AN-typischen Kernsymptomatik erwartet hätten.

5.2.4 Zusammenhang zwischen Patientenvariablen und der subjektiv (nicht) erlebten Hilfe durch die Behandlung

Hypothese 4 - die subjektiv empfundene Hilfe durch die Behandlung ist abhängig vom Alter der Patienten/-innen (bei Aufnahme bzw. zum Katamnesezeitpunkt) und dem BMI bei Aufnahme bzw. Entlassung - kann als teilweise verifiziert angesehen werden, da ein Zusammenhang zwischen der Bewertung der Behandlung als hilfreich und dem „BMI bei Entlassung“ hergestellt werden konnte.

Ehemals kindliche AN- Patienten/-innen mit höherem Entlass-BMI stufen in unserer Studie die Behandlung als hilfreicher ein, als solche mit niedrigeren Werten. Die letztgenannte Patientengruppe hat im Hinblick auf die Normalisierung des Gewichts von der Behandlung vermutlich weniger profitieren können. Dieses Ergebnis untermauert die geltende Therapieleitlinie, Patienten erst mit Erreichen eines weitgehend normalen Körpergewichts aus der stationären Behandlung zu entlassen (DGPM 2011).

Betrachtet man den Body-Mass-Index bei Klinikentlassung als Messgröße für das unmittelbare Behandlungsergebnis/Outcome im Rahmen der Behandlung, empfanden in unserer Studie Patienten/-innen mit besserem kurzfristigem Behandlungsergebnis (höherem BMI) die Behandlung als retrospektiv hilfreicher, im Vergleich zu denen mit schlechterem.

In diesem Kontext untermauert ein Vergleich des Entlass-BMIs von AN-Patienten am New York Presbyterian Hospital, der aufgrund stetig abnehmender Behandlungsdauer zwischen 1984-1998 von 19-20,5 kg/m² auf 17,5 kg/m² im Durchschnitt abnahm, unser Ergebnis. Hier stieg mit dem abfallenden Entlass-BMI die Wiederaufnahmequote der Patienten um 29 % (von 1 % auf 30 %) im

Zeitverlauf, was darauf hindeutet, dass Patienten mit geringerem BMI zum Entlassungszeitpunkt weniger von der Behandlung profitieren konnten, als solche mit höherem (Halmi 2009).

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der „Chronizität der Erkrankung“ repräsentiert durch die Variable „Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt“ und der retrospektiv wahrgenommenen Hilfe konnte in der aktuellen katamnestischen Nachuntersuchung nicht hergestellt werden.

In den bereits zitierten retrospektiven Studien mit ehemals jugendlichen (möglicherweise auch kindlichen) AN-Patienten ergab sich ebenfalls keine signifikante Beziehung zwischen Outcome (Essstörung bei retrospektiver Befragung) und Behandlungsbeurteilung oder -zufriedenheit (Brinch et al. 1988), (Paulson-Karlsson et al. 2006), (Halvorsen and Heyerdahl 2007).

Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich zwischen dem Klinikstandort/Behandlungsort und der subjektiv wahrgenommenen Hilfe durch die Therapie. Im Vergleich der drei Universitätskliniken bestand ein signifikanter Unterschied zwischen Aachen und Berlin bezüglich der empfundenen Hilfe im Rahmen der Therapie, indem über doppelt so viele Patienten aus Aachen (88,2 %) im Vergleich zu Berlin (43,8 %) die stationäre Behandlung als hilfreich bewerteten.

Möglicherweise kann dieses Ergebnis mit der Spezialisierung der Therapieeinrichtung bezüglich Essstörungen erklärt werden. So wurde in früheren Studien die Behandlung in einer auf Essstörungen spezialisierten Klinik sowohl von jugendlichen AN-Patienten und ihren Eltern (Roots et al. 2009), als auch von erwachsenen und kindlichen/jugendlichen Patienten mit Essstörungen unterschiedlicher Form retrospektiv als hilfreicher eingeschätzt, als in einer nicht spezialisierten Einrichtung (Clinton 2001), (Swain-Campbell et al. 2001), (Clinton et al. 2004), (de la Rie et al. 2006), (Schneider et al. 2010). Positive Erfahrungen der Patienten in Spezialzentren resultierten vor allem aus dem Verständnis und spezifischen Wissen des Fachpersonals bezüglich Essstörungen und ihrer Hintergründe (de la Rie et al. 2006). In diesem Kontext könnte man die

Hypothese aufstellen, dass die Therapie in der Aachener Universitätsklinik, an der Essstörungen einen Forschungs- und Behandlungsschwerpunkt darstellen, in spezialisierterer Form abgelaufen sein könnte im Vergleich zur Therapie an der Berliner Charité.

5.3 Veränderungswünsche bezüglich der Therapie

39 (75 %) ehemalige Patienten/-innen (N=52) bejahten die Frage nach Veränderungsbedarf der Behandlung. Dabei sprachen sich signifikant mehr unzufriedene Patienten/-innen für eine Veränderung der Therapie aus als zufriedene. Diesbezüglich bestätigt unser Studienergebnis die Hypothese, die Rojo und Kollegen 2009 - aufgrund vieler kritischer Kommentare trotz hoher Zufriedenheitsgrade in geschlossenen Fragen in ihrer Studie - aufstellten. Laut den Autoren scheinen nämlich mehr unzufriedene Patienten dazu zu tendieren, ihre Meinungen in offenen Kommentaren zu äußern als zufriedene.

Patienten, welche die Behandlung als hilfreich bzw. schädlich einstufen, unterschieden sich hingegen in dem Vorhandensein von Veränderungswünschen nicht signifikant.

8 (25 %) der qualitativen Änderungsvorschläge (n=32) brachten den Wunsch nach individuellerer Therapiegestaltung zum Ausdruck. Die Bedeutung dieses Aspektes wird auch durch andere Studienergebnisse unterstrichen. In einer retrospektiven halbstrukturierten Onlinefragebogenerhebung mit 161 erwachsenen AN-Patienten in England und Australien, wurde die vorausgegangene Behandlung dann als unzufriedenstellend empfunden, wenn sie als zu strukturiert und wenig individualisiert wahrgenommen wurde (Fogarty and Ramjan 2016). In einer prospektiven Studie (halbstrukturiertes Interview) zu Erfahrungen von 21 erwachsenen AN-Patientinnen (Alter: 18-41 Jahre, mittleres Alter: 25,2; SD=7,3) während stationär spezialisierter Behandlung im Priory Hospital Glasgow, war den Patienten eine individualisierte Behandlung und nicht als weitere „Essstörungsdiagnose“ angesehen zu werden, wichtig (Smith et al. 2016). Auch kindlichen und jugendlichen AN-Patienten war es sehr wichtig, während der Behandlung als eigenständiges Individuum und nicht als „ein Patient mit Magersucht“ behandelt zu werden (Brinch et al. 1988), (Colton

and Pistrang 2004), (Offord et al. 2006), (Tierney 2008). Traf dies nicht zu, generierte dies bei den Patienten negative Therapiererfahrungen (Brinch et al. 1988), (Colton and Pistrang 2004), (Offord et al. 2006), (Tierney 2008), (Gulliksen et al. 2012). Allerdings merken einige Studien an, dass es gerade an Individualität und Ganzheitlichkeit im Rahmen der stationären Therapie von AN-Patienten häufig zu mangeln scheint (Faulkner 1997), (Vandereycken 2003), (Offord et al. 2006).

Indem sich 5 Patienten/-innen (15,6 % der Aussagen) für mehr Einzelgespräche aussprachen, wurde in unserer, wie auch vielen vorausgehenden Studien, die Wichtigkeit einer qualitativ hochwertigen therapeutischen Beziehung und die Bedeutung der Einzeltherapie für Patienten mit Essstörungen/AN verdeutlicht (Yager et al. 1989), (Cockett 1992), (Newton et al. 1993), (Noordenbos et al. 1998), (Rosenvinge and Klusmeier 2000), (Button and Warren 2001), (Swain-Campbell et al. 2001), (Paulson-Karlsson et al. 2006), (de la Rie et al. 2006), (Halvorsen and Heyerdahl 2007), (Rojo et al. 2009), (Roots et al. 2009), (Lose et al. 2014).

In einer weiteren Zufriedenheitsstudie im Rahmen der Gesundheitsversorgung wurde herausgefunden, dass Unzufriedenheit bei Patienten entstehen konnte, wenn der Therapeut zu wenig Zeit für sie aufbrachte (Linn 1975), (Watson and Leathern 1996). Auch das Gefühl, der Therapeut habe nur ein geringes persönliches Interesse ihnen gegenüber, generierte laut eines Reviews der Literatur der vorausgehenden 25 Jahre aus dem Jahre 1978 Unzufriedenheit bei Patienten (Ware et al. 1978), (Watson and Leathern 1996).

Der Wunsch nach besserer Information (u. a. zum stationären Alltag, zur Therapieplanung, zu Krankheitsfolgen) im Rahmen der Therapie, den 5 Probanden/-innen (15,6 % aller Aussagen) zum Ausdruck brachten, wird in der Literatur ebenfalls beschrieben. In einer englischen Studie mit erwachsenen essgestörten Patienten, die zuvor stationär oder tagesklinisch behandelt wurden, äußerten diese Zufriedenheit, wenn ihnen ihre Fragen beantwortet und die Informationen, derer sie bedurften, zur Verfügung gestellt wurden (Doran and Smith 2004). Eine amerikanische Studie zur Behandlungszufriedenheit bei

Kindern und Jugendlichen nach kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung ergab, dass die Probanden am zufriedensten waren, wenn das Fachpersonal sie als aktive Mitglieder in das Behandlungsteam miteinbezog und ihnen das weitere Therapievorgehen erklärte. Am wenigsten zufrieden waren die Patienten im Gegenzug, wenn ihre Ansichten und Bedürfnisse nicht berücksichtigt wurden (Martin et al. 2003). Laut der Studie von Noble und Kollegen aus dem Jahr 2001 (Review aus bestehender Literatur zu Erwartungen von Patienten an die psychiatrische Gesundheitsversorgung) hat ein suffizienter Kenntnisstand über die eigene Therapie sowohl einen positiven Effekt auf den Behandlungsprozess, als auch auf die Behandlungszufriedenheit von Patienten (Noble et al. 2001).

In weiteren 4 (12,5 %) Aussagen äußerten die kindlichen AN-Patienten/-innen das Bedürfnis nach vermehrter Einbeziehung des familiären Umfeldes in das Therapieschehen.

Im Rahmen bisheriger wissenschaftlicher Studien wurde die Integration der Familie in das Therapieschehen unterschiedlich - allerdings Großteils als positiv und wichtig - bewertet.

So wurde die Involvierung der Familie in die Therapie, deren Aufklärung über diese und Unterstützung in einigen Studien mit Patienten mit Essstörungen als wichtig herausgestellt (Pettersen and Rosenvinge 2002), (de la Rie et al. 2006), (Vanderlinden et al. 2007), (Escobar-Koch et al. 2010). In der bereits zitierten norwegischen Studie mit jugendlichen AN-Patienten war beispielsweise die Anzahl der wahrgenommenen Familientherapiesitzungen signifikant positiv mit der Zufriedenheit assoziiert (Halvorsen and Heyerdahl 2007). Einige weitere Studien mit allgemein kinder- und jugendpsychiatrischen, kindlichen/jugendlichen Essstörungen-/AN-Patienten, stellten Elterntherapiesitzungen und Familientherapie als hilfreichste Maßnahmen im Rahmen der Therapie heraus (Loff et al. 1987), (Krautter and Lock 2004), (Offord et al. 2006), (Paulson-Karlsson et al. 2006), (Roots et al. 2009). In anderen Arbeiten mit erwachsenen essgestörten Patienten hingegen wurde die Familientherapie am wenigsten positiv im Vergleich zu Einzel-/Gruppentherapie beurteilt (Newton et al. 1993), (Rosenvinge and Klusmeier 2000), (Bell 2003), (Escobar-Koch et al. 2010).

Möglicherweise lassen sich die unterschiedlichen Ergebnisse durch die unterschiedlichen Patientenkollektive erklären. Wobei es nachvollziehbar wäre, dass Kinder und Jugendliche mehr Wert auf Integration der Familie in das Therapieschehen legen als Erwachsene, da häufig im Kindes-/Jugendalter eine engere Bindung zum familiären Umfeld besteht.

Für mehr Selbstbestimmung/weniger Kontrolle votierten 3 (9,4 %) der qualitativen Änderungsvorschläge der ehemals kindlichen AN-Patienten.

Übereinstimmend wurden starke Kontrolle und zu wenig Mitbestimmung von ehemals jugendlichen (möglicherweise auch kindlichen) AN-Patienten (insgesamt 7 Patienten/-innen, Alter zum Studienzeitpunkt: 16-23 Jahre, Entlassung aus der stationären Behandlung: 2-5 Jahre vor Studienbeginn) in einer englischen Studie als wenig hilfreich empfunden und konnten bei ihnen ein Gefühl von Kraftlosigkeit und bestraft zu werden, auslösen (Offord et al. 2006). In einer prospektiven halbstrukturierten Befragung 20 jugendlicher und erwachsener Patienten mit Essstörungen (17-41 Jahre) während ambulanter Behandlung in einer englischen Klinik, bekräftigten die Teilnehmer in Behandlungsentscheidungen aktiv miteinbezogen werden zu wollen, wobei allerdings ein Gleichgewicht aus Autonomie und Führung im Rahmen der Therapie gegeben sein müsse (Reid et al. 2008). Bei 88 jugendlichen Patienten (14-18,4 Jahre; mittleres Alter \pm SD: 16 ± 1), welche stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt wurden, korrelierte die im Rahmen einer prospektiven Befragung geäußerte Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung mit dem Maß an Mitbestimmung, dass den Patienten in der Therapie eingeräumt wurde (Keller et al. 2006). Einige Studien unterstreichen, dass Behandlungszufriedenheit und Behandlungserfolg von kindlichen und jugendlichen AN-Patienten (Offord et al. 2006), sowie erwachsenen Patienten mit Essstörungsdiagnose mit zunehmender Einbeziehung in die Therapie ansteigen (Bell 2003), (Clinton et al. 2004), (Escobar-Koch et al. 2010).

Da allerdings nur drei kindliche Patienten den Veränderungswunsch ausführten, kann gemutmaßt werden, dass dieser Aspekt eine eher

untergeordnete Rolle bei der Behandlung eines kindlichen Patientenkollektivs im Vergleich zu anderen Patientengruppen spielt.

Für eine bessere Nachbehandlung sprachen sich 3 (9,4 %) Probanden/-innen aus.

Dieser geäußerte Bedarf spiegelt sich möglicherweise im Rahmen unserer katamnestischen Nachuntersuchung auch dadurch wider, dass 7 der Befragten (N=52) die Nachbehandlung als nicht hilfreich und 6 der Probanden/-innen (N=52) als unzufriedenstellend beurteilten, wobei es sich bei dieser Einschätzung um andere als die drei o. g. Patienten handelte.

In einer Studie mit ehemals jugendlichen (möglicherweise auch kindlichen) AN-Patienten in England, empfanden diese es als hilfreich, wenn die Entlassung behutsam geplant wurde und die professionelle Unterstützung im Anschluss intensiv aufrechterhalten wurde (Offord et al. 2006). Möglicherweise waren, für die Patienten, die sich eine Verbesserung der ambulanten Nachbehandlung wünschten, eben diese Aspekte nicht erfüllt.

Darüber hinaus beinhalteten 2 (6,3 %) der Veränderungsvorschläge (n=32) die Forderung nach einer festen Bezugsperson im Rahmen der Behandlung, was die große Bedeutung sozioemotionaler Komponenten im Rahmen der Therapie von Essstörungspatienten allgemein und AN-Patienten im Speziellen erneut unterstreicht (s. auch Punkt 5.1.2, 5.2.2). Zudem kommt einer festen Bezugsperson bei der Behandlung kindlicher Patienten aufgrund des vermehrten Unterstützungs- und Zuwendungsbedarf im Vergleich zu Jugendlichen/Erwachsenen eine ganz spezielle Rolle zu.

Zwei weitere Veränderungsvorschläge beinhalteten den Wunsch nach mehr Gruppentherapie, welche kumulativ von 6 Patienten/-innen (N=52) als am meisten hilfreich und 11 Patienten/-innen (N=52) als am meisten zufriedenstellend bewertet wurde. In bisherigen wissenschaftlichen Arbeiten kam der Gruppentherapie in der Behandlung von Essstörungen ebenfalls eine positive Beurteilung zu (Newton et al. 1993), (Rosenvinge and Klusmeier 2000), (Bell 2003), (Escobar-Koch et al. 2010).

Die Änderungsvorschläge der ehemaligen Patienten/-innen mit kindlicher AN machen erneut deutlich, als wie wichtig die Patienten v. a. sozioemotionale Komponenten und ihre eigene Mitgestaltungsmöglichkeit im Rahmen des Therapieprozesses retrospektiv einschätzen.

5.4 Beurteilung der Behandlungsmenge

Es ergab sich eine signifikante Korrelation zwischen dem Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt und der Beurteilung der Behandlungsmenge. Hierbei bewerteten mehr zum Nachuntersuchungszeitpunkt noch an einer Essstörung leidende Patienten/-innen das Therapieausmaß als zu gering, im Vergleich zu genesenen Probanden/-innen. Im Gegenzug beurteilte eine größere Anzahl an aktuell gesunden, als an kranken Studienteilnehmern/-innen, die Behandlungsmenge als mengenmäßig zu viel.

Zwischen dem Entlass-BMI und der Beurteilung der Behandlungsmenge lag ebenfalls eine sehr signifikante Korrelation vor. Probanden/-innen, welche die Therapie als quantitativ zu viel beurteilten, wiesen im Durchschnitt einen niedrigeren BMI bei Entlassung auf, als solche, welche das Therapieausmaß als zu gering einstufen.

Betrachtet man das Vorhandensein einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt als Maß für den aktuellen Gesundheitszustand/das langfristige Behandlungsergebnis der Patienten und den BMI bei Klinikentlassung als Größe, welche das unmittelbare/kurzfristige Behandlungsergebnis nach der Therapie beschreibt, so stellen beide Variablen Größen dar, die das Behandlungsergebnis/Outcome bezüglich der Behandlung (langfristig bzw. kurzfristig) repräsentieren. Vor diesem Hintergrund ergeben sich im Rahmen der Beurteilung der Behandlungsmenge für die beiden Faktoren gegensätzliche Ergebnisse. So wiesen Patienten/-innen, die die Behandlungsmenge als zu gering einstufen im Durchschnitt einen höheren BMI bei Klinikentlassung (besseres kurzfristiges Behandlungsergebnis) auf, als solche, welche die Behandlungsmenge als zu viel beurteilten. Das bedeutet, dass Patienten/-innen mit kurzfristig besserem Behandlungsergebnis sich in der

Retrospektive quantitativ mehr Behandlung gewünscht hätten, als solche mit schlechterem. Möglicherweise waren die Patienten mit niedrigerem BMI bei Entlassung von Beginn der Behandlung an weniger motiviert zur Therapie, als solche mit höherem Entlass-BMI und konnten dadurch auch weniger von der zur Verfügung gestellten Therapie profitieren resultierend in einem schlechteren kurzfristigen Behandlungsergebnis.

Im Gegenzug wünschten sich häufiger Patienten, die zum Studienzeitpunkt noch an einer Essstörung (schlechteres Langzeit-Outcome) litten, retrospektiv mehr Behandlung, als zum Studienzeitpunkt genesene Probanden/-innen (besseres Langzeit-Outcome). Dieses Ergebnis deutet auf Krankheitseinsicht der noch erkrankten Patienten und retrospektive Wertschätzung der zurückliegenden Therapie hin.

Zufriedene und unzufriedene Studienteilnehmer unterschieden sich im Vergleich ihrer Einstellung zur Menge der erhaltenen Therapie signifikant, wobei ausschließlich unzufriedene Patienten/-innen die Behandlung als zu viel und mehr zufriedene als unzufriedene Probanden/-innen die Therapie als quantitativ genau richtig bis zu wenig einstufen.

Im Gruppenvergleich der Patienten/-innen, die die Behandlung als hilfreich bzw. schädlich empfunden hatten, ergaben sich ebenfalls signifikante Unterschiede in der Bewertung der Behandlungsmenge.

Vorwiegend Patienten/-innen, welche die Therapie als schädlich einstufen, beurteilten die Behandlungsmenge als zu viel. Als quantitativ zu wenig wurde die Menge der Therapie nur von Probanden/-innen beurteilt, denen diese hilfreich erschien.

Es ist wenig überraschend, dass Patienten/-innen, welche die Behandlung als zufriedenstellend/hilfreich beurteilten, gerne eine noch intensivere Therapie wahrgenommen hätten und Patienten/-innen, welchen die Behandlung unzufriedenstellend/schädlich erschien, so wenig wie möglich im Rahmen des Therapieangebots wahrnehmen wollten.

Unseres Wissens nach wurde in bisherigen Studien zur Behandlungszufriedenheit von Patienten mit Essstörungen der Aspekt der Behandlungsmenge nicht untersucht/beschrieben.

5.5 Aussagekraft und Gültigkeit der Ergebnisse

In der vorliegenden Katamnesestudie zur Behandlungszufriedenheit von ehemaligen Patienten und Patientinnen mit AN im Kindesalter wurde versucht, mittels Ein- und Ausschlusskriterien eine möglichst homogene Patientenstichprobe zu generieren (s. Punkt 3.1). Die Nachuntersuchung erfolgte in standardisiertem Setting in der jeweiligen Universitätsklinik, wie unter Punkt 3.3 beschrieben. Die Patienten/-innen wurden an drei unterschiedlichen Standorten behandelt und nachuntersucht. In Anbetracht der niedrigen Prävalenz der kindlichen AN, war es durch das multizentrische Design möglich, ein relativ großes Studienkollektiv (N=52 Patienten/-innen) zu generieren.

Die aktuelle Studie weist folgende Stärken bezüglich der Validität der Ergebnisse zur Behandlungszufriedenheitserhebung auf, welche darauf abzielten, der in vorhergehenden Studien beschriebenen „positiven Antworttendenz“ von Patienten/-innen in Zufriedenheitsstudien und damit einhergehender Verzerrung der Ergebnisse entgegenzuwirken (Watson S. J. 1996), (Moller-Leimkuhler and Dunkel 2003) (s. Punkt 2.2):

Zum einen enthielt der verwendete Katamnesefragebogen zur Studie „Heilungserfolg der kindlichen Magersucht“ sowohl geschlossene, als auch offene Fragen zur Behandlungszufriedenheit (bspw. qualitative Veränderungswünsche), wie es in einigen wissenschaftlichen Arbeiten gefordert wird, um eine realistische Abbildung der Behandlungszufriedenheit zu schaffen (Locker and Dunt 1978), (Avis et al. 1994), (Avis, Bond et al. 1995), (Crawford and Kessel 1999), (Rojo et al. 2009) (s. Punkt 2.2). Darüber hinaus erfolgte unsere Zufriedenheitserhebung mehrere Jahre nach der Entlassung aus der jeweiligen Universitätsklinik und nicht im Verlauf oder am Ende des Klinikaufenthaltes, wodurch ebenfalls der „positiven Antworttendenz“ entgegengewirkt werde (Moller-Leimkuhler and Dunkel 2003) (s. Punkt 2.2).

Allerdings wurde in unserer Studie die Befragung durch medizinisches Fachpersonal (Ärzte, Psychologen, Promotionsstudenten) durchgeführt, wodurch die „positive Antworttendenz“ gefördert zu werden scheint (Polowczyk et al. 1993), (Crawford and Kessel 1999).

Darüber hinaus nahmen 16 Patienten/-innen (23,5 %) der gescreenten Ausgangstichprobe nicht an der Nachuntersuchung teil, wobei sieben von ihnen (10,3 % der Ausgangstichprobe) die Studienteilnahme ausdrücklich ablehnten. Über deren weiteren Krankheitsverlauf und aktuellen Gesundheitszustand ist nichts bekannt. Es kann daher nur spekuliert werden, ob diese Patienten mit der Behandlung zufrieden oder unzufrieden, und daher nicht zu einer Teilnahme bereit waren. In diesem Kontext hypothetisierten Möller-Leimkühler und Dunkel 2003, dass die Repräsentativität der Stichproben in Zufriedenheitsstudien eingeschränkt sei, da unzufriedene Patienten dazu neigen nicht an Befragungen teilzunehmen (s. Punkt 2.2). Zudem waren nur drei männliche Teilnehmer vertreten, was möglicherweise die Repräsentativität der Stichprobe ebenfalls leicht einschränkt. Dies ist allerdings zumindest teilweise durch das Geschlechterverhältnis von 1:4 (männlich:weiblich) bei kindlicher AN erklärbar (s. Punkt 1.3.1).

Beim Vergleich der drei Klinikstichproben bezüglich des Aufnahme-/Katamnesealters, des Aufnahme-/Entlass-BMI und der Behandlungsdauer zur Überprüfung der Validität der Studienergebnisse, ergaben sich zudem für Würzburg und Berlin signifikante Unterschiede im Alter der Studienteilnehmer/-innen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung mit einem signifikant jüngeren/älteren Studienklientel in Würzburg/Berlin, was eine leichte Einschränkung für die Vergleichbarkeit der Stichproben bedeuten könnte.

6 Ausblick

Die kindliche Magersucht ist eine schwere psychiatrische Erkrankung mit einem wahrscheinlich schwereren Krankheitsverlauf im Vergleich zur Erkrankungsform im Jugendalter. Es besteht dringender Bedarf an Früherkennung und Interventionen zur Vermeidung der Chronifizierung der Erkrankung und hoher psychiatrischer Komorbidität im jungen Erwachsenenalter. Aus den Einschätzungen der untersuchten ehemaligen Patienten/-innen ist zu entnehmen, dass zwar eine Mehrheit mit der Behandlung zumindest mittelmäßig zufrieden war und diese retrospektiv als hilfreich bewertete, andererseits noch zahlreiche Behandlungselemente optimiert werden können. Aufgrund der schweren Erkrankung in jungem Lebensalter und des besonderen kindlichen Fürsorgebedarfs, ist eine altersadaptierte besonders Kontakt intensive, spezialisierte und individualisierte Behandlung für Kinder mit AN wünschenswert (s. auch Punkt 5, Bewertungen der Patienten/-innen im Diskussionsteil).

Unsere Nachuntersuchung stellt den ersten Schritt in der Richtung dar, einer in der Behandlungsevaluation bisher noch kaum berücksichtigten Patientengruppe, zunehmend Aufmerksamkeit zu verschaffen. Durch Studien wie die vorliegende, ist es möglich die Bedürfnisse und Wünsche von Patienten mit AN im Kindesalter bezüglich der Behandlung besser zu verstehen und dadurch perspektivisch eine suffizientere Therapie für diese Patienten zu generieren.

Neben der Notwendigkeit weiterer retrospektiver Studien mit kindlichen AN-Patienten zur Behandlungszufriedenheit und Hilfe durch die Therapie mit größeren Fallzahlen, erscheint es auch sinnvoll die individuellen Bedürfnisse der Patienten/-innen (ggf. auch der Eltern) bereits im Verlauf und zum Ende der Behandlung zu erfragen, um eine möglichst individualisierte Therapie, welche die Bedürfnisse der Patienten bestmöglich berücksichtigt und in die Behandlung integriert, bereitstellen zu können.

7 Zusammenfassung

Ziel der aktuellen „Katamnestischen Untersuchung der Behandlungszufriedenheit kindlicher Patientinnen und Patienten mit AN nach stationärem Klinikaufenthalt“ war es, die geringe Datenlage zur AN im Kindesalter allgemein und zur Behandlungszufriedenheit dieser Patientengruppe im Speziellen zu erweitern und durch die gewonnen Erkenntnisse zukünftige Behandlungskonzepte für Patienten mit kindlicher AN zu optimieren.

Erstmals wurde - unseres Wissens nach - ein ausschließlich aus Patienten mit ehemals kindlicher AN bestehendes Patientenkollektiv retrospektiv bezüglich der Behandlungszufriedenheit befragt.

Die zentrale Fragestellung der Studie bestand darin herauszufinden, ob und wie viele Patienten die Behandlung retrospektiv als zufriedenstellend /unzufriedenstellend bzw. hilfreich/schädlich empfunden haben und welche Elemente der stationären Therapie Zufriedenheit/Unzufriedenheit erzeugt haben bzw. zur Einschätzung subjektiver/-n Hilfestellung/Schadens durch die Therapie geführt haben.

Weitere wichtige Fragestellungen der Studie lagen darin herauszufinden, ob ein Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit/Hilfe/Behandlungsmenge und verschiedenen patienten- und therapiebezogenen Parametern besteht.

Die aktuelle Katamnesestudie verdeutlicht, dass ehemalige Patienten mit kindlicher AN ebenso wie kindliche, jugendliche und erwachsene AN-Patienten in vorhergehenden Studien im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen durchaus kritisch bezüglich der medizinischen Behandlung zu sein scheinen, da sich mit 55,8 % der Patienten/-innen, die zumindest mittelmäßig zufrieden waren, eher mäßige Zufriedenheitsraten im Rahmen geschlossener Fragen ergaben (s. Punkt 5.1.1). Am wahrscheinlichsten sind hierfür die auch bei kindlichen AN-Patienten typischen Krankheitscharakteristika (z. B. Ambivalenz bezüglich der Genesung und Behandlung, Angst vor Kontrollverlust) und häufig

bei AN-Patienten beobachteten Persönlichkeitszüge (z. B. Rigidität) verantwortlich (s. Punkt 5.1.1).

Der Großteil der hier untersuchten Patienten/-innen mit AN im Kindesalter (65,4 %) empfand die Therapie retrospektiv als hilfreich, wobei auch hier Parallelen zu retrospektiven Bewertungen kindlicher, jugendlicher und erwachsener AN-Patienten der Behandlung als überwiegend hilfreich bestehen (s. Punkt 5.2.1).

Im Rahmen der Therapie waren für die kindlichen AN-Patienten sozioemotionale Therapiebestandteile wie therapeutische Einzelgespräche, Kontakt zu Mitpatienten und Betreuern von größter Bedeutung. Diese Behandlungselemente generierten am meisten Zufriedenheit und wurden von vielen Patienten/-innen als am hilfreichsten eingestuft. Die Ergebnisse sind hypothesengenerierend dafür, dass kindliche Patienten mit AN einen besonderen Fürsorge-/Unterstützungsbedarf im Rahmen sozialer Beziehungen während der Therapie zu haben scheinen. Allerdings wurde die zentrale Rolle sozioemotionaler Komponenten in der Therapie auch in vielen anderen Behandlungszufriedenheitsstudien mit kindlichen/jugendlichen und erwachsenen AN-Patienten, Patienten mit Essstörungen allgemein, kinder- und jugendpsychiatrischen und allgemeinspsychiatrischen Patienten (s. Punkt 5.1.2) und wissenschaftlichen Arbeiten zur Hilfe durch die Therapie für AN-Patienten unterschiedlicher Altersklassen sowie für weitere Patientengruppen unterstrichen (s. Punkt 5.2.2).

Im Rahmen der therapeutischen Beziehung kam der Wunsch nach engmaschigem Kontakt zum Behandler (mehr Einzelgespräche) zum Ausdruck. Zudem wünschten sich einige Patienten eine individuellere Therapiegestaltung (s. Veränderungswünsche der Patienten, Tabelle 23). Auch in Vergleichsstudien mit kindlichen, jugendlichen AN-Patienten und weiteren Patientengruppen nahm die therapeutische Beziehung eine Schlüsselrolle ein, wobei ebenfalls ausreichend Zeit und Individualismus in der Therapie von den Patienten gefordert wurden (s. Punkt 5.3).

Ein gewisses Maß an Selbstbestimmung, eine feste Bezugsperson, Miteinbeziehung des familiären Umfelds in die Therapie, Gruppentherapie, ausreichend Rückmeldung und eine suffiziente Nachbetreuung waren den kindlichen AN-Patienten ebenfalls wichtig im Rahmen der Behandlung (s. qualitative Aussagen, Tabelle 23).

Behandlungselemente, die eine Überwindung des essstörungsspezifischen Verhaltens und die Genesung von der Erkrankung zum Ziel hatten, wurden teilweise als zufriedenstellend und hilfreich (s. Punkt 5.1.2, 5.2.2), zum Teil jedoch als unzufriedenstellend und nicht hilfreich (s. Punkt 5.1.3, 5.2.3) beurteilt. Die in einigen Studien angeführte kritische Bewertung restriktiver Therapieelemente zur Überwindung der Essstörungssymptomatik und Ambivalenz von AN-Patienten bezüglich ihres Genesungswillens, ihrer Veränderungsmotivation und der Aufnahme und Durchführung einer Behandlung kommt hierdurch auch bei einem Patientenkollektiv von kindlichen AN-Patienten zum Ausdruck (s. Punkt 5.1.1).

In Hinblick auf diese essentiellen Therapiebestandteile zur Behandlung einer AN kommt es wahrscheinlich auf die richtige Dosierung im Rahmen des Therapiekonzeptes an.

Ein nachvollziehbarer Zusammenhang ergab sich, indem die kindlichen AN-Patienten, welche die Behandlung als zufriedenstellend beurteilten, diese auch als hilfreicher wahrnahmen und umgekehrt (s. Punkt 5.1.4).

Die Annahme, dass soziokulturelle Vergleichsvariablen (Alter und BMI) mit der Behandlungszufriedenheit korrelieren, konnte in der eigenen Studie für das kindliche Studienkollektiv nicht belegt werden. Aufgrund von sehr unterschiedlichen bisherigen Studienergebnissen, ist weitere Forschung bezüglich der Beziehung zwischen soziodemographischen Variablen und der Patientenzufriedenheit notwendig, um diesbezüglich klarere Schlüsse ziehen zu können (s. Punkt 5.1.4).

Ein angenommener Zusammenhang zwischen der Hilfe der Therapie und patienten-/therapiebezogenen Variablen konnte allerdings bestätigt werden, da Patienten mit höherem Entlass-BMI die Behandlung retrospektiv als hilfreicher im

Vergleich zu solchen mit niedrigeren Werten empfanden (s. Punkt 5.2.4). Damit wird auch aus retrospektiver Patientensicht die heute geltende Therapieleitlinie bestätigt, die Patienten erst mit Erreichen eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts aus der stationären Behandlung zu entlassen (DGPM 2011).

Zudem ergab die Einstufung der Hilfe durch die Behandlung an den verschiedenen Universitätskliniken signifikante Unterschiede, was vermutlich auf die unterschiedliche Spezialisierung der Einrichtungen bezüglich Essstörungen zurückzuführen ist, da bisherige Studienergebnisse darauf hindeuten, dass die Behandlung in einer auf Essstörungen spezialisierten Klinik von den Patienten als hilfreicher eingeschätzt wurde, als in einer nicht spezialisierten Einrichtung (s. Punkt 5.2.4).

Bezüglich der Beurteilung der Behandlungsmenge zeigten sich in der vorliegenden Katamnesestudie gegensätzliche Ergebnisse in Relation zum langfristigen (Vorliegen einer Essstörung zum Katamnesezeitpunkt) bzw. kurzfristigen Behandlungsergebnis (BMI bei Entlassung) der kindlichen AN-Patienten. So wiesen Patienten/-innen, die die Behandlungsmenge als zu gering einstufen im Durchschnitt einen höheren BMI bei Klinikentlassung (besseres kurzfristiges Behandlungsergebnis) auf, als solche, welche die Behandlungsmenge als zu viel beurteilten. Das bedeutet, dass Patienten/-innen mit kurzfristig besserem Behandlungsergebnis sich in der Retrospektive quantitativ mehr Behandlung gewünscht hätten, als solche mit schlechterem. Jedoch wünschten sich im Gegenzug häufiger Patienten, die zum Studienzeitpunkt noch an einer Essstörung (schlechteres Langzeit-Outcome) litten retrospektiv quantitativ mehr Behandlung, als zum Studienzeitpunkt genesene Probanden/-innen (besseres Langzeit-Outcome) (s. Punkt 5.4). Auf dieser Grundlage lässt sich die Hypothese aufstellen, dass die Patientengruppe mit niedrigerem Entlass-BMI möglicherweise weniger krankheitseinsichtig als die Gruppe mit höherem Entlass-BMI war, wodurch sie sich weniger auf die Therapie einlassen und resultierend in einem schlechteren Behandlungsergebnis auch weniger von ihr profitieren konnte. Es kann außerdem gemutmaßt werden, dass Patienten mit einer noch andauernden

Essstörung zum Katamnesezeitpunkt im Gegenzug mittlerweile ausreichend Krankheitseinsicht aufwiesen und sich deshalb retrospektiv mehr Behandlung gewünscht hätten.

Ein weiteres plausibles Ergebnis der aktuellen Studie ist, dass sich Patienten, die die Behandlung als zufriedenstellend/hilfreich bewerteten, quantitativ mehr Behandlung gewünscht hätten, wobei vorwiegend Patienten, die die Behandlung als unzufriedenstellend/schädlich einstufen, auch die Behandlungsmenge als zu viel beurteilten.

Zusammenfassend wird anhand der eigenen Ergebnisse deutlich, dass es eine besondere Herausforderung darstellt, für Patienten mit AN, eine Therapie zur Verfügung zu stellen, welche deren Akzeptanz und Zufriedenheit findet (Gulliksen et al. 2012). Dementsprechend ist es wichtig, bestehende Therapien weiterzuentwickeln und Behandlungsformen bereitzustellen, die an die Bedürfnisse der Patientengruppe angepasst sind. Hierfür ist ein systematisches Wissen darüber, was Zufriedenheit und Unzufriedenheit bei AN-Patienten generiert, von Nöten (Gulliksen et al. 2012).

Die vorliegende Arbeit ist unseres Wissens nach die erste Studie zur Behandlungszufriedenheit an ausschließlich kindlichen AN-Patienten/-innen als Patientenkollektiv. Daher konnten die Ergebnisse nur mit Studiendaten aus anderen Patientenkollektiven (allgemeinpsychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, Essstörungs-, erwachsene und jugendliche oder z. T. kindliche AN-Patienten) verglichen werden. Weitere Studien mit kindlichen AN-Patienten/-innen sind sinnvoll und wünschenswert, um die hier dargestellten Ergebnisse zu validieren und praktische Schlüsse für eine individualisierte Behandlung, welche die Bedürfnisse der jungen Patienten bestmöglich berücksichtigt, ziehen zu können.

8 Literaturverzeichnis

Abbate-Daga, G., Piero, A., Rigardetto, R., Gandione, M., Gramaglia, C. and Fassino, S. (2007) "Clinical, psychological and personality features related to age of onset of anorexia nervosa." Psychopathology **40**(4): 261-268.

American Academy of Pediatrics (1996) "The Classification of Child and Adolescent Mental Conditions in Primary Care: Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care, Child and Adolescent Version." American Academy of Pediatrics, Chicago.

American Psychiatric Association (2013) "Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition: DSM-5." Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Atkins, D. and Silber, T. (1993) "Clinical spectrum of anorexia nervosa in children." J Dev Behav Pediatr **14**: 211-216.

Avis, M., Bond, M. and Arthur, A. (1994) "Patient satisfaction and the management of outpatient consultation." Unpublished report. University of Nottingham, Nottingham.

Avis, M., Bond, M. and Arthur, A. (1995) "Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction." J Adv Nurs **22**(2): 316-322.

Bachrach, L., Guido, D., Katzman, D., Litt, I. and Marcus, R. (1990) "Decreased bone density in adolescent girls with anorexia nervosa." Paediatrics **86**: 440-447.

Bachrach, L., Guido, D., Katzman, D., Litt, I. and Marcus, R. (1991) "Recovery from osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa." J. Clin. Endocrinol. & Metab. **72**: 602-606.

Barber, A. J., Tischler, V. A. and Healy, E. (2006) "Consumer satisfaction and child behaviour problems in child and adolescent mental health services." J Child Health Care **10**(1): 9-21.

Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., Hautzinger, M., Keller, F. and Kühner, C. (2006) "BDI-II-Beck-Depressionsinventar " Pearson, unter: <http://www.testzentrale.de/programm/beck-depressionsinventar.html> (abgerufen am 07.01.2015).

Bell, L. (2003) "What can we learn from consumer studies and qualitative research in the treatment of eating disorders?" Eat Weight Disord **8**: 181-187.

Blenkiron, P. and Hammill, C. A. (2003) "What determinates patient satisfaction with their mental health care and quality of life?" Postgrad Med J **79**: 337-340.

Brannan, A. M., Sonnichsen, E. and Heflinger, C. A. (1996) "Measuring satisfaction with children`s mental health services: validity and reliability of the satisfaction scales." Evaluation and Program Planning **19**(2): 131-141.

Bredel, S., Brunner, R., Haffner, Johann, Resch and Franz (2004) "Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie." Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie **53**(4): 256-276.

Brinch, M., Isager, T. and Tolstrup, K. (1988) "Patients evaluation of their former treatment AN." Nord Psykiatr Tidsskr **42**: 445-448.

Bryant-Waugh, R. (2000) "Overview of the eating disorders." Lask B, Bryant-Waugh R, editors. Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescents. 2nd ed. Hove, UK: Psychology Press: 27-40.

Bryant-Waugh, R., Cooper, P., Taylor, C. and Lask, B. (1996) "The use of the Eating Disorder Examination with children: a pilot study." International Journal of Eating Disorders **19**: 391-397.

Bryant-Waugh, R., Knibbs, J., Fosson, A., Kaminski, Z. and Lask, B. (1988) "Long term follow up of patients with early onset anorexia nervosa." Department of Psychological Medicine, Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London Archives of Disease in Childhood, Original articles **63**: 5-9.

Bryant-Waugh, R. and Lask, B. (1994) "Annotation: eating disorders in children." Journal of Child and Adolescent Psychotherapy **36**: 191-202.

Button, E., Marshall, P., Shinkwin, R., Black, S. and Palmer, R. (1997) "One hundred referrals to an eating disorders service: Progress and service consumption over a 2–4 year period." Eur Eat Disord Rev **5**: 47-63.

Button, E. and Warren, R. (2001) "Living with anorexia nervosa: The experience of a cohort of sufferers from anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service." Eur Eat Disord Rev **9**: 74-96.

Canadian Paediatric Society (2005) "Canadian Paediatric Surveillance Program. 2005 Results." Canadian Paediatric Society, unter (<http://www.cps.ca/English/surveillance/cpsp/Studies/2005Results.pdf>).

Carscaddon, D. M., George, M. and Wells, G. (1990) "Rural Community Mental Health Satisfaction and Psychiatric Symptoms." Community Mental Health Journal **26**(4): 309-318.

Clinton, D. (2001) "Expectations and experiences of treatment in eating disorders." Eat Disord J Treat Prevent **9**: 361-371.

Clinton, D., Björck, C., Sohlberg, S. and Noring, C. (2004) "Patient satisfaction with treatment in eating disorders: cause for complacency or concern?" European Eating Disorders Review **12**(4): 240-246.

Cockell, S., Geller, J. and Linden, W. (2003) "Decisional balance in anorexia nervosa: Capitalizing on ambivalence." Eur Eat Disord Rev **11**: 75-89.

Cockett, A. (1992) "Logical re-feeding: An adolescent specific approach to the inpatient treatment of severe anorexia nervosa." British Review of Bulimia and Anorexia **6**(22).

Collin, P., Power, K., Karatzias, T., Grierson, D. and Yellowlees, A. (2010) "The effectiveness of, and predictors of response to, inpatient treatment of anorexia nervosa." Eur Eat Disord Rev **18**(6): 464-474.

Colton, A. and Pistrang, N. (2004) "Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa." European Eating Disorders Review **12**(5): 307-316.

Cooper, P. J., Watkins, B., Bryant-Waugh, R. and Lask, B. (2002) "The nosological status of early onset anorexia nervosa." Psychological Medicine **32**(05).

Couturier, J., Isserlin, L. and Lock, J. (2010) "Family-Based Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa: A Dissemination Study." Eat Disord **18**(3): 199-209.

Crawford, M. J. and Kessel, A. S. (1999) "Not Listening To Patients - the Use and Misuse of Patient Satisfaction Studies." International Journal of Social Psychiatry **45**(1): 1-6.

Cropp, C., Streeck-Fischer, A., Jaeger, U., Masuhr, O., Schroder, A. and Leichsenring, F. (2008) "The relationship between the experience and success of inpatient psychotherapy treatment among children and adolescents." Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie **36**(3): 205-213.

Dare, C. and Eisler, I. (1997) "Family therapy for anorexia nervosa." in D. M. Garner and P. Garfinkel (eds) Handbook of Treatment for Eating Disorder, New York: Guilford Press.: 307-324.

Datlof, S., Coleman, P., Forbes, G. and Cripe, R. (1986) "Ventricular dilatation on CT scans of patients with anorexia nervosa." Am. J. Psychiatry **143**: 96-98.

de la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M. and van Furth, E. (2006) "Evaluating the treatment of eating disorders from the patient's perspective." Int J Eat Disord **39**(8): 667-676.

DGPM, D., DÄVT, DGKJP, DGPPN, DGPs, DGVM (2011) "S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen, AWMF-Registernummer 051-026 , Kurzfassung, Version 1.1., 06. Dezember 2011." publiziert bei: AWMF-Register Nr. 051/026 unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026k_S3_Diagnostik_Therapie_Esst%C3%B6rungen_2011-12.pdf (abgerufen am 18.10.2015): 1-38.

Di Nicola, V., Robert, N. and Oak, L. (1989) "Eating and mood disorders in young children." Psychiatr. Clin. North Am. **12**: 873-893.

Dilling, H., Mombour, W. and Schmidt, M. H. (2008) "Internationale Klassifikation psychischer Störungen." Internationale Klassifikation psychischer Störungen.

Doba, K., Pezard, L., Berna, G., Vignau, J. and Nandrino, J.-L. (2013) "Affiliative Behaviour and Conflictual Communication during Brief Family Therapy of Patients with Anorexia Nervosa." DOI: 10.1371/journal.pone.0070389, unter: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0070389> (abgerufen am 08.01.2015).

Donabedian, A. (1980) "Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment." Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan **1**.

Doran, D. and Smith, P. (2004) "Measuring service quality provision within an eating disorders context." International Journal of Health Care Quality Assurance **17**(7): 377-388.

Eisler, I. (2005) "The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa." J Family Therapy **27**: 104-131.

Eisler, I., Simic, M., Russell, G. and Dare, C. (2007) "A randomized controlled trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow-up." J Child Psychol Psychiatry. **48**: 552-560.

Escobar-Koch, T., Banker, J. D., Crow, S., Cullis, J., Ringwood, S., Smith, G., van Furth, E., Westin, K. and Schmidt, U. (2010) "Service users' views of eating disorder services: an international comparison." Int J Eat Disord **43**(6): 549-559.

Faulkner, A. (1997) "Knowing our own minds: A survey of how people in emotional distress take control of their lives." London: The Mental Health Foundation.

Fichter, M. and Quadflieg, N. (1999) "SIAB-Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Eßstörungen nach DSM-IV und ICD-10." Hogrefe, unter: <http://www.testzentrale.de/programm/strukturiertes-inventar-fur-anorektische-und-bulimische-essstorungen-nach-dsm-iv-und-icd-10.html> (abgerufen am 08.01.2015).

Findlay, S., Pinzon, J. and Taddeo, D. a. K., DK. (2010) "Family-based treatment of children and adolescents with anorexia nervosa: Guidelines for the community physician." Paediatr Child Health **15**(1): 31-35.

Finsterer, I. (2008) "Behandlungs- Zufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik: eine Nachbefragung. Dissertation, LMU München: Medizinische Fakultät " Dissertation (Dissertation, LMU München).

Fitzpatrick, R. (1990) "Measuring of patient satisfaction." Measuring the Outcome of Medical Care (Hopkins A & Costain D eds), Royal Colleague of Physicians, London.

Fogarty, S. and Ramjan, L. M. (2016) "Factors impacting treatment and recovery in Anorexia Nervosa: qualitative findings from an online questionnaire." Journal of Eating Disorders **4**(18).

Fontana, A., Ford, J. and Rosenheck, R. (2003) "A multivariate model of patients' satisfaction with treatment for posttraumatic stress disorder." Journal of Traumatic Stress **16**: 93-106.

Fontana, A. and Rosenheck, R. (2001) "A model of patients' satisfaction with treatment for posttraumatic stress disorder." Administration and Policy in Mental Healt: 28-475.

Fosson, A., Knibbs, J., Bryant-Waugh, R. and Lask, B. (1987) "Early onset anorexia nervosa." Arch. Dis. Child. **621**: 114-118.

Friese, H.-J. and Nissen, G. (1983) "Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Urteil von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse einer nachgehenden Befragung." Deutsches Ärzteblatt **80**(Ausgabe B).

Garland, A., Aarons, G., Hawley, K. and Hough, R. (2003) "Relationship of youth satisfaction with services and changes in symptoms and functioning." Psychiatric Services **54**: 1544-1546.

Garland, A., Aarons, G., Saltzman, M. and Kruse, M. (2000) "Correlates of adolescents' satisfaction with mental health services." Mental Health Services Research **2**: 127-139.

Garland, A., Haine, R., Lewczyk Boxmeyer, C. and CASRC, C. a. A. S. R. C., University of California, S. D., Department of Psychiatry, Children's Hospital and Health Center, S. D., CASRC and University of Alabama, D. o. P. (2007) "Determinates of Youth and Parent Satisfaction in Usual Care Psychotherapy." Eval Program Plann **30**(1): 45-54.

Garland, A. F., Saltzman, M. D. and Aarons, G. A. (1999) "Adolescent satisfaction with mental health services: development of a multidimensional scale." Evaluation and Program Planning **23**(2000): 165-175.

Gaston, L. and Sabourin, S. (1992) "Client satisfaction and social desirability in psychotherapy." Evaluation and Program Planning **15**: 227-231.

Geller, J., Brown, K., Zaitsoff, S., Goodrich, S. and Hastings, F. (2003) "Collaborative versus directive interventions in the treatment of eating disorders: Implications for care providers." Prof Psychol Res Pr **34**: 406-413.

Glöckner-Rist, A. and Stieglitz, R.-D. (2011) "TBS-TK Rezension: SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (Deutsche Version)." Psychologische Rundschau, unter: http://www.zpid.de/pub/tests/SCL-90-R_TBS-TK.pdf (abgerufen am 07.01.2015) **63**: 73-75.

Godley, S. H., Fiedler, E. M. and Funk, R. R. (1998) "Consumer satisfaction of parents and their children with child/adolescent mental health services." Chestnut Health Systems. Btominglon, IL, U.S.A., Evaluation and Program Planning **21**: 31-45.

Golden, N. (1992) "Osteopenia in adolescents with anorexia nervosa." Child. Hosp. Q. **4**: 143-148.

Goth, K. and Schmeck, K. (2009) "JTCI - Junior Temperament und Charakter Inventar- Eine Inventarfamilie zur Erfassung der Persönlichkeit vom Kindergarten- bis zum Jugendalter nach Cloningers biopsychosozialem Persönlichkeitsmodell." Hogrefe, unter: <http://www.testzentrale.de/programm/junior-temperament-und-charakter-inventar.html> (abgerufen am 07.01.2015).

Gowers, S., Clark, A., Roberts, C., Byford, S., Barrett, B., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., Smethurst, N., Rowlands, L. and Roots, P. (2010) "A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability – the TOuCAN trial." Health Technology Assessment **14**(15).

Gowers, S., Crisp, A., Joughin, N. and Bhat, A. (1991) "Premenarchal anorexia nervosa." J. Child Psychol. Psychiatry **32**: 515-524.

Greenwood, N., Key, A., Burns, T., Bristow, M. and Sedgwick, P. (1999) "Satisfaction with in-patient psychiatric services. Relationship to patient and treatment factors." The British Journal of Psychiatry **174**(2): 159-163.

Gruyters, T. and Priebe, S. (1994) "Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten–Resultate und Probleme der systematischen Erforschung." Psychiatr Prax **21**: 88-95.

Gulliksen, K. S., Espeset, E. M., Nordbo, R. H., Skarderud, F., Geller, J. and Holte, A. (2012) "Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective." Int J Eat Disord **45**(8): 932-941.

Halmi, K. A. (2009) "Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents." Dialogues Clin Neurosci **11**(1): 100-103.

Halvorsen, I. and Heyerdahl, S. (2006) "Girls with anorexia nervosa as young adults: Personality, self-esteem and life satisfaction." Int J Eat Disord **39**: 285-293.

Halvorsen, I. and Heyerdahl, S. (2007) "Treatment perception in adolescent onset anorexia nervosa: retrospective views of patients and parents." Int J Eat Disord **40**(7): 629-639.

Hand, I. and Büttner-Westphal, H. (1991) "Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)." Psychiatrische Universitäts-Klinik Hamburg, Verhaltenstherapie - Ambulanz unter: http://www.zwaenge.de/experten/artikel_zwangsstoerungen_07.htm (abgerufen am 07.01.2015).

Hannöver, W., Dogs, C. and Kordy, H. (2000) "Patientenzufriedenheit–ein Mass für Behandlungserfolg?" Psychotherapeut **45**: 292-300.

Hanson, L. (1989) "Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care." Neurological Sciences(239): 93-100.

Helmer-Meier, K. (1999) "Lohnt es sich, Kinder zu befragen? Evaluation von Erziehungsberatungsstellen aus der Sicht der betroffenen Kinder." Psycholog. Diplomarbeit, Universität Mannheim.

Herpertz-Dahlmann, B. (2003) "Essstörungen." In: Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M., Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie-Biologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Stuttgart: Schattauer.

Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K. and Seitz, J. (2011) "Anorexia nervosa in childhood and adolescence: course and significance for adulthood." Nervenarzt **82**(9): 1093-1099.

Herpertz, Zwaan, d. and Zipfel (2008) "Handbuch Essstörungen und Adipositas." Handbuch Essstörungen und Adipositas **1. Auflage**.

Higgs, J., Goodye, I. and Birch, R. (1989) "Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder." Arch. Dis. Child. **64**: 346-351.

Hillen, S., Dempfle, A., Seitz, J., Herpertz-Dahlmann, B. and Bühren, K. (2015) "Motivation to change and perceptions of the admission process with respect to outcome in adolescent anorexia nervosa." BMC Psychiatry **15**: 140.

Hoencamp, E. (1999) "'Yes doctor, no doctor': what do patients want from you?" Acta Psychiatrica Scandinavica **100**: 319-320.

Holtkamp, K., Hagenah, U. and Herpertz-Dahlmann, B. (2006) "Anorexia nervosa." Mattejat F (Hrsg.): Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen und ihren Familien. CIP-Medien München (ISBN 3932096436) 563-576.

Hudson, B. (1990) "Free speech, not lip service." Health Service Journal **100 (5206)**: 918-919.

Inagaki, T., Horiguchi, J., Tsubouchi, K., Miyaoka, T., Uegaki, J. and Seno, H. (2002) "Late onset anorexia nervosa: two case reports." Int J Psychiatry Med **32**: 91-95.

Irwin, M. (1981) "Diagnosis of anorexia nervosa in children and the validity of DSM-III." Am J Psychiatry **138**: 1382-1383.

Irwin, M. (1984) "Early onset anorexia nervosa." South Med J **77**: 611-614.

Jacobi, C., Thiel, A. and Paul, T. (2000) "Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa." Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa **2. vollständig überarbeitete Auflage**.

Jacobs, B. and Isaacs, S. (1986) "Pre-pubertal anorexia nervosa." J. Child Psychol. Psychiatry **27**: 237-250.

Joergensen, J. (1992) "The epidemiology of eating disorders in Fyn County, Denmark, 1977–1986." Acta Psychiatr Scand **85**: 30-34.

Kahn, C. and Pike, K. (2001) "In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa." Int J Eat Disord **2001 30**: 237-244.

Kalman, T. P. (1983) "An overview of patient satisfaction with psychiatric treatment." Hospital and Community Psychiatry **34**: 48-53.

Kammerer, E. and Göbel, D. (1985) "Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten." Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. **34**: 123-133.

Kammerer, E., Grüneberg, B. and Göbel, D. (1984) "Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil." Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. **33**: 141-148.

Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J. and Kang, G. (2001) "Consumer Satisfaction at a Child and Adolescent State Psychiatric Hospital." Psychiatric Services **52**(2): 202-206.

Katzman, D., Golden, N., Neumark-Sztainer, D., Yager, J. and Strober, M. (2000) "From prevention to prognosis: clinical research update on adolescent eating disorders." Pediatr Res **47**: 709-712.

Kaye, W., Weltzin, T. and Hsu, G. e. a. (1991) "An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa." J Clin Psychiatry. **52**: 464-471.

Kaye, W., Weltzin, T. and Hsu, G. e. a. (1997) "Relapse Prevention With Fluoxetine in Anorexia Nervosa: A Double-Blind Placebo-controlled Study." Washington, DC: American Psychiatric Association **178**.

Keller, F., Fegert, J. M. and Naumann, A. "Behandlungseinschätzung stationär-psychiatrischer Therapie durch Jugendliche und Eltern: Validität des Best-KJ und Anwendungsbeispiele." Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Klinik Lüneburg.

Keller, F., Peter, S., Fegert, J. M., Naumann, A. and Goldbeck, L. (2006) "Consumer satisfaction trajectories of adolescents during in-patient psychiatric treatment." Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother **34**(5): 367-376.

Kipman, A., Bruins-Slot, L., Boni, C., Hanoun, N., Ades, J. and Blot, P. e. a. (2002) "5-HT 2A gene promoter polymorphism as a modifying rather than a vulnerability factor in anorexia nervosa." Eur Psychiatry **17**: 227-229.

Kopec-Schrader, E., Marden, K., Rey, J., Touyz, S. and P., B. (1993) "Parental evaluation of treatment outcome and satisfaction with an inpatient program for eating disorders." Aust N Z J Psychiatry **27**: 264-269.

Kotler, L. A. and Walsh, B. T. (2000) "Eating disorders in children and adolescents: pharmacological therapies." European Child & Adolescent Psychiatry **9**: 108-116.

Krauth, P. (2010) "Titel der Arbeit: Kardiovaskuläre Reaktivität bei emotionalen Reizen im Zusammenhang mit Empathie." Diplomarbeit-Universität Wien, unter: http://othes.univie.ac.at/9695/1/2010-04-08_0001491.pdf (abgerufen am 07.01.2015).

Krautter, T. and Lock, J. (2004) "Is manualized family-based treatment for adolescent anorexia nervosa acceptable to patients? Patient satisfaction at the end of treatment." Journal of Family Therapy **26**: 66-82.

Kreig, J., Laver, C. and Leinsinger, R. e. a. (1989) "Brain morphology and cerebral blood flow in anorexia nervosa." Biol. Psychiatry **25**: 1041--1048.

Lago, C., Norring, C. and Engström, I. (1998) "Treatment satisfaction questionnaire (in Swedish: Enkät om behandlingstillfredsställelse)." National quality register on eating disorders at special psychiatric units ("RIKSÄT"). Sweden, Örebro: Psychiatric Research Centre, Örebro County Council, Available at www.orebroll.se.

Lai, K., De Bruyn, R., Bryanth-Waugh, R., Lask, B., Hankins, M. and Fosson, A. (1994) "The use of pelvic ultra-sound in early onset anorexia nervosa." Arch. Dis. Child. **71**: 228-231.

Lambert, W., Salzer, M. and and Bickman, L. (1998) "Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health." Journal of Consulting and Clinical Psychology **66**: 270-279.

Lantzouni, E., Frank, G. R., Golden, N. H. and Shenker, R. I. (2002) "Reversibility of growth stunting in early onset anorexia nervosa: a prospective study." Journal of Adolescent Health **31**(2): 162-165.

Larsen, D. and Rootman, I. (1976) "Physician role performance and patient satisfaction." Social Science and Medicine **10**: 29-32.

Lask, B. and Bryant-Waugh, R. (1992) "Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders." J Child Psychol Psychiatry **33**: 281-300.

Lask, B. and Bryant-Waugh, R. (1993) "Childhood Onset Anorexia Nervosa and Relating Eating Disorders." Erlbaum, Hove, UK.

Lask, B. and Bryant-Waugh, R. e. (2000) "Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence." 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Lask, B., Waugh, R. and Gordon, I. (1997) "Childhood-onset Anorexia Nervosa Is a Serious Illness." Annals of the New York Academy of Sciences; Adolescent Nutritional Disorders: Prevention and Treatment **817**: 120-126.

Lebow, J. (1982) "Consumer satisfaction with mental health treatment." Psychological Bulletin **2**(91): 244-259.

Lebow, J. L. (1983) "Research Assessing Consumer Satisfaction with Mental Health Treatment: A Review of Findings." Evaluation and Program Planning **6**: 211-236.

Leimkühler, A. and Müller, U. (1996) "Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache?" Nervenarzt **67**: 765-773.

Lenz, A. (1998) "Erziehungsberatung aus der Sicht der Kinder. Ergebnisse einer qualitativen Studie." In: Dietzfelbinger, M.; Haid-Loh, A. (Hg.): Qualitätsentwicklung – eine Option für Güte. Bd. 2. Untersuchungen aus dem Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung **20**: 48-81.

Liao, Q. and Sukumar, B. (2005) "Relationship among service use, outcomes, and caregiver satisfaction." 17th Annual Conference Proceedings: A System of Care for Children's Mental Health: Expanding the Research Base: 40-43.

Linn, L. S. (1975) "Factors associated with patient evaluation of healthcare." Melbank Memorial Fund Quarterly **53**: 531-548.

Lock, J., Couturier, J. and Agras, W. (2006) "Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **45**: 666–672.

Lock, J. and le Grange, D. (2005) "Family-based treatment of eating disorders." Int J Eat Disord. **37**: 64-67.

Locker, D. and Dunt, D. (1978) "Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care." Social Science and Medicine **12**: 283-292.

Loff, C. D., Trigg, L. J. and Cassels, C. (1987) "An Evaluation of Consumer Satisfaction in a Child Psychiatric Service: Viewpoints of Patients and Parents." Amer. J. Orthopsyciat., Child and Adolescent Psychiatry Section, St. Boniface General Hospital, Winnipeg, Manitoba **57**(1).

Lose, A., Davies, C., Renwick, B., Kenyon, M., Treasure, J. and Schmidt, U. (2014) "Process evaluation of the maudslay model for treatment of adults with anorexia nervosa trial. Part II: Patient experiences of two psychological therapies for treatment of anorexia nervosa." Eur Eat Disord Rev **22**(2): 131-139.

Lucas, A., Crowson, C., O'Fallon, W. and Melton, L. (1999) "The ups and downs of anorexia nervosa." Int J Eat Disord **26**: 397-405.

Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M. and Kurland, L. T. (1991) "50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population based study." Am J Psychiatry **148**: 917-922.

Madden, S., Morris, A., Zurynski, Y. A., Kohn, M. and Elliot, E. J. (2009) "Burden of eating disorders in 5–13-year-old children in Australia." MJA **190**(8).

Marcos, Y. Q. and Cantero, C. T. (2009) "Assesment of Social Support Dimensions in Patients with Eating Disorders." The Spanish Journal of Psychology **12**(1): 226-235.

Martin, J. S., Petr, C. G. and Kapp, S. A. (2003) "Consumer Satisfaction with Children's Mental Health Services." Child and Adolescent Social Work Journal **20**(3): 211-226.

MatheGuru "Signifikanz, Signifikanzniveau." unter: <http://matheguru.com/stochastik/249-signifikanz-signifikanzniveau.html> (abgerufen am 20.01.2015).

Mather, S., De Bruyn, R., Bryant-Waugh, R. and Lask, B. (1996) "Hepatic steatosis in childhood onset anorexia nervosa." Submitted for publication.

Matsumoto, H., Takei, N., Kawai, M., Saito, F., Kachi, K., Ohashi, Y., Takeuchi, H. and Mori, N. (2001) "Differences of symptoms and standardized weight index between patients with early-onset and late-onset anorexia nervosa." Acta Psychiatr Scand **104**: 66-71.

Mattejat, F. and Remschmidt, H. (1993) "Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB)." Zeitschrift für Klinische Psychologie **22**: 192-233.

Mattejat, F. and Remschmidt, H. (1998) "Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)." Göttingen:Hogrefe.

Moller-Leimkuhler, A. M. and Dunkel, R. (2003) "Patient satisfaction with psychiatric services. Findings of a key date survey." Nervenarzt **74**(1): 40-47.

Möller, H.-J., Laux, G. and Deister, A. (2005) "Psychiatrie und Psychotherapie." Duale Reihe 3. überarbeitete Auflage.

Morfeld, M., Kirchberger, I. and Bullinger, M. (2011) "Fragebogen zum Gesundheitszustand-SF-36." Hogrefe, unter: <http://www.testzentrale.de/programm/sf-36-fragebogen-zum-gesundheitszustand.html> (abgerufen am 07.01.2015).

Neiderman, M., Farley, A. and Richardson, J. e. a. (2001) "Nasogastric feeding in children and adolescents with eating disorders: Toward good practice." Int J Eat Disord **29**: 441-448.

Newton, T. (2001) "Consumer Involvement in the Appraisal of Treatments for People with Eating Disorders: A Neglected Area of Research?" European Eating Disorders Review **9**: 301-308.

Newton, T., Robinson, P. and Hartley, P. (1993) "Treatment for eating disorders in the United Kingdom. Part II. Experiences of treatment: A survey of members of the Eating Disorders Association." Eur Eat Disord Rev **1**: 10-21.

Nicholls, D., Chater, R. and Lask, B. (2000) "Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence." Int J Eat Disord **28**: 317-324.

Nicholls, D. and Vine, R. (2009) "Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort." J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **48**: 791-799.

Nicholls, D. E., Lynn, R. and Viner, R. M. (2011) "Childhood eating disorders: British national surveillance study." Br J Psychiatry **198**(4): 295-301.

Nielsen, S. (1990) "The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nationwide register study of psychiatric admission." Acta Psychiatr Scand **81**: 507-514.

Noble, L. M., Douglas, B. C. and Newman, S. P. (2001) "What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies." Social Science and Medicine **52**: 985-998.

Noordenbos, G., Jacobs, M. and Hertzberger, E. (1998) "Chronic eating disorders: The patients' view of their treatment history." Eat Disord J Treat Prevent **6**: 217-223.

Norcross, J. (2002) "Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patient." New York, NY: Oxford University Press, Inc.

Offord, A., Turner, H. and Cooper, M. (2006) "Adolescent inpatient treatment for anorexia nervosa: a qualitative study exploring young adults' retrospective views of treatment and discharge." European Eating Disorders Review **14**(6): 377-387.

Paul, T. and Thiel, A. (2005) "Eating Disorder Inventory-2 - Deutsche Version." Hogrefe, unter: <http://www.testzentrale.de/programm/eating-disorder-inventory-2.html> (abgerufen am 07.01.2015).

Paulson-Karlsson, G. and Nevonen, L. (2012) "Anorexia nervosa: treatment expectations-a qualitative study." Journal of Multidisciplinary Healthcare: 169-177.

Paulson-Karlsson, G., Nevonen, L. and Engström, I. (2006) "Anorexia nervosa: treatment satisfaction." Journal of Family Therapy **28**: 293-306.

Peebles, R., Wilson, J. and Lock, J. (2006) "How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation?" J Adolesc Health **39**: 800-805.

Pekarik, G. (1992) "Relationship of client's reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction." Journal of Clinical Psychology **48**: 91-98.

Pekarik, G. and Guidry, L. (1999) "Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance in private practice." Professional Psychology: Research and Practice **30**: 474-478.

Perreault, M., Rogers, W. and Leichner, P. a. a. (1996) "Patients' requests and satisfaction with services in an outpatient psychiatric setting." Psychiatric Services **47**: 287-292.

Pettersen, G. and Rosenvinge, J. (2002) "Improvement and recovery from eating disorders: A patient perspective." Eat Disord J Treat Prevent **10**: 61-71.

Pinzon, L. J. and Beimers, M. A. (2005) "Medical complications in children and adolescents affected by eating disorders." BC Medical Journal **47**(1): 28-34.

Polowczyk, D., Brutus, M., Orivieto, A. A., Vidal, J. and Cipriani, L. (1993) "Comparison of Patient and Staff Surveys of Consumer satisfaction." Hospital and Community Psychiatry **44**(6): 589-591.

Pretorius, N., Dimmer, M., Power, E., Eisler, I., Simic, M. and Tchanturia, K. (2012) "Evaluation of a cognitive remediation therapy group for adolescents with anorexia nervosa: pilot study." Eur Eat Disord Rev **20**(4).

Raney, T., Thornton, L. and Berrettini, W. (2008) "Influence of over anxious disorder of childhood on the expression of anorexia nervosa." Int J Eat Disord **41**: 326-332.

Reid, M., Burr, J., Williams, S. and Hammersley, R. (2008) "Eating disorders patients' views on their disorders and on an outpatient service: a qualitative study." J Health Psychol **13**(7): 956-960.

Remschmidt, H. (2008) "Kinder- und Jugendpsychiatrie." Kinder- und Jugendpsychiatrie **5. aktualisierte Auflage**.

Rojo, L., Barber, M., Plumed, J., Sangüesa, M. C. and Livianos, L. (2009) "Hospitalization due to eating behavior disorders. Patient and family satisfaction." Actas Esp Psiquiatr **37**(5): 267-275.

Roots, P., Rowlands, L. and Gowers, S. G. (2009) "RESEARCH ARTICLE: User Satisfaction with Services in a Randomised Controlled Trial of Adolescent Anorexia Nervosa." Eur. Eat. Disorders Rev **17** 331-337.

Rosenvinge, J. and Klusmeier, A. (2000) "Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: A Norwegian replication of a British study." Eur Eat Disord Rev **8**: 293-300.

Rossi, G., Balottin, U., Rossi, M., Chiappedi, M., Fazzi, E. and Lanzi, G. (2007) "Pharmacological treatment of anorexia nervosa: a retrospective study in preadolescents and adolescents." Clin Pediatr (Phila) **46**(9): 806-811.

Ruggeri, M. (1994) "Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art and its measurement." Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology **29**: 212-227.

Sacomani, L., Savoini, M., Cirrincione, M., Vercellino, F. and Ravera, G. (1998) "Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: Study of Comorbidity" Journal of Psychosomatic Research **44**(5): 565-571.

Schmidt, J., Lamprecht, F. and Wittmann, W. (1989) "Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen." Psychother Psychosom Med Psychol **39**: 248-255.

Schneider, N., Korte, A., Lenz, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. and Salbach-Andrae, H. (2010) "Subjective evaluation of DBT treatment by adolescent patients with eating disorders and the correlation with evaluations by their parents and psychotherapists." Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother **38**(1): 51-57.

Schulte, M. (2005) "Reading Mind in the Eyes Test, Simon Baron-Cohen (2001), deutsche Bearbeitung Martin Schulte (2005)." unter: http://www.kgu.de/fileadmin/redakteure/Fachkliniken/Kinder-Jugendmedizin/Psychiatrie_I/Eyes_test_erw.pdf (abgerufen am 08.01.2015).

Seligman, M. (1995) "The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study." Am Psychol **50**: 965-974.

Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. and Sullivan, V. (1999) "Anorexia nervosa: Friend or foe? A qualitative analysis of the themes expressed in letters written by anorexia nervosa patients." International Journal of Eating Disorders **25**: 177-186.

Shapiro, J. P., Welker, C. J. and Jacobson, B. J. (1997) "The Youth Client Satisfaction Questionnaire: Development, Construct Validation and Other Factor Structure." Journal of Clinical Child Psychology **26**(1): 87-98.

Simonian, S., Tarnowski, K., Park, A. and Bekeny, P. (1993) "Child, Parent and Physician Perceived Satisfaction with Pediatric Outpatient Visits." Developmental and Behavioural Pediatrics **14**(1): 8-12.

Slade, P., Newton, T., Butler, N. and Murphy, P. (1991) "An experimental analysis of perfectionism and dissatisfaction." Br J Clin Psychol **30**(Pt 2): 169-176.

Smith, V., Chouliara, Z., Morris, P., Collin, P., Power, K., Yellowlees, A., Grierson, D., Papageorgiou, E. and Cook, M. (2016) "The experience of specialist inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adult patients' perspectives." Journal of Health Psychology **21**(1).

Stiles-Shields, C., Touyz, S., Hay, P., Lacey, H., Crosby, R., Rieger, E., Bamford, B. and Le Grange, D. (2013) "Therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa." Int J Eat Disord **46**(8).

Stuntzer-Gibson, D., Koren, P. E. and De Chillo, N. (1995) "'What Kids Think of Services: the Youth Satisfaction Questionnaire', Families in Society." Families in Society **76**(10): 616-624.

Swain-Campbell, N. R., Surgenor, L. J. and Snell, D. L. (2001) "An analysis of consumer perspectives following contact with an eating-disorders service." Australian and New Zealand Journal of Psychiatry **35**(1): 99-103.

Tan, J., Hope, T., Stewart, A. and Fitzpatrick, R. (2003) "Control and compulsory treatment in anorexia nervosa: The views of patients and parents." Int J Law Psychiatry **26**: 627-645.

Tasca, G. A., Keating, L., Maxwell, H., Hares, S., Trinneer, A., Barber, A. M., Bradwejn, J. and Bissada, H. (2012) "Predictors of treatment acceptance and of participation in a randomized controlled trial among women with anorexia nervosa." Eur Eat Disord Rev **20**(2): 155-161.

Tierney, S. (2008) "The Individual Within a Condition: A Qualitative Study of Young People's Reflections on Being Treated for Anorexia Nervosa." J Am Psychiatr Nurses Assoc **13**(6).

Treasure, J., Claudino, A. M. and Zucker, N. (2010) "Eating disorders." Lancet **375**: 583–593.

van Son, G., van Hoeken, D., Bartelds, A., van Furth, E. and Hoek, H. (2006) "Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands." Int J Eat Disord **39**: 565-569.

Vandereycken, W. (2003) "The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered." International Journal of Eating Disorders **34**: 409-422.

Vandereycken, W. and Pierloot, R. (1983) "Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients." Br J Med Psychol **56**(Pt 2): 145–156.

Vanderlinden, J., Buis, H., Pieters, G. and Probst, M. (2007) "Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process?-A comparison between the patient's and therapist's view." Eur Eat Disord Rev **15**(5): 357-365.

Vitousek, K., Watson, S. and Wilson, G. (1998) "Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders." Clin Psychol Rev **18**: 391-420.

Walford, G. and Mc Cune, N. (1991) "Long-term outcome in early-onset anorexia nervosa." Br J Psychiatry **159**: 383-389.

Walker, T., Watson, H. J., Leach, D. J., McCormack, J., Tobias, K., Hamilton, M. J. and Forbes, D. A. (2014) "Comparative study of children and adolescents referred for eating disorder treatment at a specialist tertiary setting." International Journal of Eating Disorders **47**(1): 47-53.

Wallier, J., Vibert, S., Berthoz, S., Huas, C., Hubert, T. and Godart, N. (2009) "Drop-out from inpatient treatment for anorexia nervosa: Critical review of the literature." Int J Eat Disord **42**: 636-647.

Ware, J. E., Davies-Avery, A. and Stewart, A. L. (1978) "The measurement of and meaning of patient satisfaction: A review of the recent literature." Health and Medical Care Services Review: 1-15.

Warren, W. (1968) "A study of anorexia nervosa in young girls." J Child Psychol Psychiatry **9**: 27-40.

Washington University School of Medicine (2009-2012) "TCI- A comprehensive assessment of personality." Center for Well-Being. All rights reserved. Department of Psychiatry, Campus Box 8134, Washington University School of Medicine, Euclid Ave., St. Louis, MO 63110 unter: <http://psychobiology.wustl.edu/tci> (abgerufen am 07.01.2015): 660.

Watson, S. J. a. and Leathern, J. M. (1996) "Methods for Overcoming Methodological Problems in the Measurement of Client Satisfaction in a Clinical Psychology Practice." Journal of Clinical Psychology in Medical Settings **3**(3).

Wentz, E., Gillsberg, I. and Anckarsäter, H. e. a. (2009) "Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome." Br J Psychiatry **194**: 168-174.

Whitney, J., Easter, A. and Tchanturia, K. (2008) "Service Users' Feedback on Cognitive Training in the Treatment of Anorexia Nervosa: A Qualitative Study." Int J Eat Disord **41**: 542-550.

Wilkin, D., Hallan, L. and Dogget, M. (1993) "Measures of Need and Outcome for Primary Health Care." Oxford University Press: Oxford.

Williams, B., Coyle, J. and Healy, D. (1998) "The meaning of patient satisfaction- An explanation of high reported levels." Soc. Sci. Med. **47**(9): 1351-1359.

Wittchen, H.-U., Zaudig, M. and Fydrich, T. (1997) "SKID-I und SKID-II: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV - Achse I: Psychische Störungen / Achse II: Persönlichkeitsstörungen." Hogrefe ,unter: <http://www.testzentrale.de/programm/strukturiertes-klinisches-interview-fur-dsm-iv.html> (abgerufen am 07.01.2015).

Yager, J., Landsverk, J. and Edelstein, C. (1989) "Help Seeking and Satisfaction with Care in 641 Women with Eating Disorders, I. Patterns of Utilization, Attributed Change and Perceived Efficacy of Treatment." The Journal of Nervous and Mental Disease **177**(10).

Young, S. C., Nicholson, J. a. and Davis, M. (1995) "An overview of issues in research on consumer satisfaction with child and adolescent mental health services." Journal of Child and Family Studies **4**(2): 219-238.

Zander, B., Balck, F., Rotthaus, W. and Strack, M. (2001) "Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie." Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. **50**: 325-341.

Zeeck, A. and Hartmann, A. (2005) "Relating therapeutic process to outcome: Are there predictors for the short-term course in anorectic patients?" Eur Eat Disord Rev **13**: 245-254.

Zeeck, A., Hartmann, A., Buchholz, C. and Herzog, T. (2005) "Drop outs from inpatient treatment of anorexia nervosa." Acta Psychiatr Scand **111**: 29-37.

Zeeck, A., Maier, J., Hartmann, A., Wetzler-Burmeister, E., Wirsching, M. and Herzog, T. (2009) "Treatment Components of Inpatient and Day Clinic Treatment of Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective." Psychother Psych Med **59**(5): 194-203.

Zucker, N., Marcus, M. and Bulik, C. (2006) "A group parent-training program: A novel approach for eating disorder management." Eat Weight Disord **11**: 78-82.

Zuercher, J., Cumella, E., Woods, B., Eberly, M. and Carr, J. (2003) "Efficacy of voluntary nasogastric tube feeding in female inpatients with anorexia nervosa." Journal of Parenteral and Enteral Nutrition **27**(4): 268-276.

Zugai, J., Stein-Parbury, J. and M., R. (2013) "Effective nursing care of adolescents with anorexia nervosa: a consumer perspective." J Clin Nurs **22**(13-14): 2020-2029.

9 Kontaktdaten und Klinikleitung der an der Studie teilnehmenden

Universitätskliniken:

- Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Uniklinik RWTH Aachen

Neuenhofer Weg 21

52074 Aachen

Direktorin der Klinik: Univ.-Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann

- Zentrum für Psychische Gesundheit

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsklinikum Würzburg

Füchslinstr. 15

97080 Würzburg

Direktor der Klinik: Univ.-Prof. Dr. M. Romanos

- Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Charité Universitätsmedizin Berlin

Augustenburger Platz 1

13353 Berlin

Kommissarische Leiterin der Klinik: PD Dr. med. Sibylle Winter

Danksagung

Ich danke Frau Dr. Egberts herzlich für die Betreuung meiner Dissertation und die tatkräftige Unterstützung im Rahmen des Korrekturprozesses der Arbeit. Zudem möchte ich Herrn Prof. Dr. Romanos für seine wertvollen Ratschläge im Rahmen der finalen Korrektur der Promotionsarbeit danken.

Mein Dank gilt auch Herrn Dr. Scheuerpflug für die Beratung in statistischen Fragestellungen, Frau Dr. Klein für die „EndNote“-spezifische Beratung und Herrn Wermke für die Unterstützung in Formatierungsfragen.

Ganz besonders möchte ich meinen Eltern und meinen engsten Freunden danken, die mich über die Jahre hinweg im Entstehungsprozess der Doktorarbeit begleitet haben, mir stets ein offenes Ohr geschenkt haben und mein Rückhalt waren.